

Aus der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. P. Falkai)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Stationäre 6–Wochen–Psychotherapie
für Alkohol– und Medikamentenabhängige**

Eine Katamneseuntersuchung

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Silke Wacker
aus
Georgsmarienhütte

Göttingen 2010

D e k a n: Prof. Dr. med. C. Frömmel

I. Berichterstatterin: Prof. Dr. rer. nat. U. Havemann-Reinecke

II. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. nat. E. Leibing

III. Berichterstatter : Prof. Dr. med. Oppermann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.09.2011

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Einführung in die Problematik der Alkoholabhängigkeit, Möglichkeiten und Ergebnisse von Suchttherapien.....	3
2.1.	Alkoholkonsum	3
2.2.	Definition des Missbrauchs, des Abusus und der Abhängigkeit von Alkohol.....	4
2.3.	Therapie der Alkoholabhängigkeit/Abusus.....	5
2.3.1.	Kontaktphase/Frühintervention	6
2.3.2.	Akutbehandlung.....	6
2.3.2.1.	Qualifizierte Entzugstherapie.....	7
2.3.3.	Postakutbehandlung.....	8
2.3.4.	Weiterbehandlung und Nachsorge.....	11
2.3.5.	Medikamentöse Therapie zur Rückfallprophylaxe	11
2.4.	Psychotherapie	12
2.5.	Stationäre Kurzzeitpsychotherapien bei Alkoholabhängigkeit.....	14
2.5.1.	Die psychoanalytisch – interaktionelle Methode	15
2.6.	Das Göttinger stationäre Kurzzeittherapiekonzept.....	16
2.7.	Literaturübersicht ambulante und stationäre Katamnesen	16
2.7.1.	Stationäre Katamnesen.....	17
2.7.2.	Ambulante Katamnesen	20
2.8.	Generelle und differentielle Wirksamkeit	23
2.9.	Vergleich mit Spontanverläufen.....	24
2.10.	Methode zur Messung des Therapieerfolgs (Erfolgskriterien).....	24
2.11.	Ziel der Arbeit/Fragestellungen.....	26
2.12.	Hypothesen	27
3.	Methodik	29
3.1.	Methode der Kurzzeitpsychotherapie = stationäre 6-Wochen- Psychotherapie	29
3.1.1.	Allgemeines	29
3.1.2.	Zielgruppe, Ein- und Ausschlusskriterien	30
3.1.3.	Elemente der stationären Kurzzeitpsychotherapie.....	30
3.1.4.	Das Team	32
3.1.5.	Nachsorgebehandlung	32

3.2.	Durchführung der Nachuntersuchung	33
3.2.1.	Stichprobe	33
3.2.2.	Instrumente.....	34
3.2.3.	Datenbasis.....	37
3.2.4.	Statistik	37
4.	Ergebnisse	39
4.1.	Datenbasis.....	39
4.1.1.	Antwortverhalten des Katamnesebogens	39
4.1.2.	Katamneseedauer	40
4.1.3.	Sucht Diagnosen.....	41
4.2.	Soziodemographische Daten	41
4.2.1.	Alter und Geschlecht	41
4.2.2.	Familienstand	42
4.2.3.	Partnerschaft	42
4.2.4.	Sucht in der sozialen Umgebung	43
4.2.4.1.	Sucht des Partners	43
4.2.4.2.	Sucht von Angehörigen	43
4.2.5.	Erwerbstätigkeit	44
4.3	Trinkverhalten	45
4.3.1.	Abstinenzrate aller Antworter	45
4.3.2.	Korrigierte Abstinenz	46
4.4.	Korrelationen mit dem Trinkverhalten.....	46
4.4.1.	Antwortverhalten und Trinkverhalten.....	46
4.4.2.	Katamneseedauer und Trinkverhalten	47
4.4.3.	Geschlecht und Trinkverhalten.....	47
4.4.4.	Partnerschaft und Trinkverhalten	48
4.4.5.	Beruf und Trinkverhalten	48
4.5.	Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen	49
4.6.	Sicherheit ohne Alkohol leben zu können.....	51
4.7.	Kontakte	51
4.8.	Rückfälle.....	51
4.8.1.	Zeitpunkt des Rückfalles	52
4.8.2.	Bewertung des Rückfalles durch Patienten	54
4.8.3.	Gründe für Rückfall.....	54
4.8.4.	Hilfe im Rückfall.....	55
4.9.	Poststationäre Behandlungsangebote	56
4.9.1.	Selbsthilfegruppen.....	56
4.9.2.	Ambulante Psychotherapien	57
4.9.3.	Arztbesuch.....	57
4.10.	Psychiatrische Komorbidität.....	58
4.10.1.	ICD-10-Diagnosen.....	58
4.10.2.	SCL-53-Prä-Fragebogen (BSI).....	61
4.10.3.	Somatische Zweiterkrankungen	62
4.11.	Signifikante Beziehungen im Überblick	62

5.	Diskussion.....	65
5.1.	Diskussion der Methode.....	65
5.1.1.	Katamnesefragebogen/Suffizienz der katamnestischen Erhebung	65
5.1.2.	Methodische Probleme der Datenerhebung durch katamnestische Befragungen	67
5.1.3.	Patienten- und Stichprobenselektion.....	69
5.1.4.	Therapiekonzept.....	70
5.1.5.	Katamnesezeitraum.....	70
5.2.	Diskussion anderer Studien im Vergleich.....	72
5.3.	Diskussion der Ergebnisse	75
5.3.1.	Allgemeine Aspekte.....	75
5.3.1.1.	Ausschöpfungsquote	75
5.3.1.2.	Mortalität	76
5.3.1.3.	Therapieabbrecher	77
5.3.2.	Diskussion soziodemographischer Daten	77
5.3.2.1.	Alter und Geschlecht	77
5.3.2.2.	Partnerschaften	78
5.3.2.3.	Soziale Integration	79
5.3.2.4.	Sucht von Angehörigen	80
5.3.2.5.	Erwerbstätigkeit	80
5.3.3.	Trinkverhalten.....	82
5.3.4.	Soziales Trinken - Kontrolliertes Trinken.....	84
5.3.5.	Rückfälle.....	87
5.3.5.1.	Zeitpunkt des Rückfalles.....	87
5.3.5.2.	Gründe für den Rückfall.....	89
5.3.5.3.	Hilfe im Rückfall	90
5.3.6.	Poststationäre Behandlungsangebote	90
5.3.6.1.	Selbsthilfegruppen	91
5.3.6.2.	Ambulante Psychotherapien.....	92
5.3.6.3.	Arztbesuche	92
5.3.7.	Psychiatrische Komorbidität	93
5.3.8.	Zweitabhängigkeiten.....	97
5.3.9.	Prognosefaktoren	97
6.	Zusammenfassung	102
7.	Literaturverzeichnis	106
8.	Abkürzungsverzeichnis	117
9.	Anhang: Nachbefragungsbogen.....	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Retrospektive Darstellung der Rückfälle (durch Abfall der Kurve n=29, „zensiert“: Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung, bis dahin kein Rückfall).....	53
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	„Tübinger Behandlungsmodell“ Jahrgang 1976	19
Tabelle 2:	ICD-10-Diagnosengruppen.....	36
Tabelle 3:	ICD-F-Kriterien (psychiatrische Erkrankungen)	37
Tabelle 4:	Antwortverhalten aller angeschriebenen Patienten.....	40
Tabelle 5:	Suchtdiagnosen	41
Tabelle 6:	Familienstand Frauen – Männer.....	42
Tabelle 7:	Partnerschaft Frauen – Männer.....	43
Tabelle 8:	Beruf nach Entlassung	44
Tabelle 9:	Beruf zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	44
Tabelle 10:	Trinkverhalten aller Antworter.....	46
Tabelle 11:	Trinkverhalten unter Annahme " alle Nichtantworter sind nass ".....	46
Tabelle 12:	Katamnesedauer und Trinkverhalten.....	47
Tabelle 13:	Trinkverhalten Frauen und Männer	48
Tabelle 14:	Korrelationen Trinkverhalten und Zufriedenheiten aller untersuchten Patienten	50
Tabelle 15:	Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie t - und p – Werte für Frauen und Männer in Bezug auf Zufriedenheiten	50
Tabelle 16:	Sicherheit bezüglich eigener Abstinenz.....	51
Tabelle 17:	Trinkverhalten der rückfälligen Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	52
Tabelle 18:	Trinkverhalten der Patienten, die an erneuter Entzugsbehandlung teilgenommen haben.....	52
Tabelle 19:	Zeitpunkt des ersten Rückfalls	53
Tabelle 20:	Gründe für erneuten Alkoholkonsum (Mehrfachnennungen möglich) ..	55
Tabelle 21:	Hilfe im Rückfall (26 Mehrfachnennungen).....	55
Tabelle 22:	Psychiatrische Komorbidität (ohne Alkoholabhängigkeit oder Abusus).....	59
Tabelle 23:	Vergleich Rückfällige und Nichtrückfällige bei ICD-Zweitdiagnosen ohne Alkoholabhängigkeit oder Abusus.....	60
Tabelle 24:	Trinkverhalten der Patienten mit vorhandenem BSI- Fragebogen	61

Tabelle 25:	Korrelationen Trinkverhalten und BSI.....	62
Tabelle 26:	signifikante Korrelationen nach Kendall Tau.....	63
Tabelle 27:	Vergleichbare stationäre Katamnesen im Überblick	73
Tabelle 28:	Katamnesen nach ambulanter Entwöhnung bzw. nach Entzug und Motivationsbehandlung	74
Tabelle 29:	Antworten der „sozialen Trinker“	85
Tabelle 30:	Prognosefaktoren 1	99
Tabelle 31:	Prognosefaktoren 2	100
Tabelle 32:	Prognosefaktoren 3	100

1. Einleitung

Alkohol ist in Deutschland die verbreitetste und akzeptierteste Droge, die Alkoholabhängigkeit die häufigste Suchterkrankung. Für das Jahr 1997 ermittelten BÜHRINGER et al. (2000) 1,6 Millionen alkoholabhängige Deutsche und insgesamt 3,2 Millionen mit zurückliegender Alkoholabhängigkeit.

Die negativen Folgen dieser Erkrankung betreffen sowohl das Individuum und seine Angehörigen als auch, durch enorme volkswirtschaftliche Kosten, die Gesellschaft. So werden die direkten Kosten, verursacht durch alkoholbezogene Krankheiten für 2002 auf 24,4 Milliarden beziffert (www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php, 17.03.2010).

Als Folgen für das Individuum treten bei langjähriger Alkoholabhängigkeit chronisch degenerative Alkoholfolgeerkrankungen (äthyltoxische Leberzirrhose, Polyneuropathie, Hirnatrophie etc.) auf, als psychische Erkrankungen zeigen sich vermehrt Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, kognitiver Fähigkeiten und des Abstraktionsvermögens.

Daneben scheint der Komorbidität Alkoholabhängiger eine wichtige Rolle zuzukommen. Häufig bestehen komorbide psychische Erkrankungen, wie z.B. Angsterkrankungen und affektive Störungen. Eine prognostische Relevanz der komorbiden Erkrankungen für den weiteren Krankheitsverlauf konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden (BÄCHLE 2003, DRIESSEN et al. 2001, SOYKA et al. 2003).

In der Therapie der Alkoholabhängigkeit gibt es je nach Entzugsphase unterschiedliche Behandlungsangebote. Als effektiv hat sich in der Akutphase die „qualifizierte Entzugsbehandlung“ erwiesen. Neben der rein körperlichen Entgiftung mit der Behandlung der Entzugssymptome und der körperlichen Begleiterkrankungen beinhaltet die „qualifizierte Entzugstherapie“ gezielt psychoedukative und psychotherapeutische Motivationsarbeit. Ziel der Behandlung ist, die Bereitschaft der Patienten zur Abstinenz und zu einer weiterführenden Behandlung zu stärken.

In der Postakutphase gibt es weiterführenden Suchtbehandlungen, die sowohl stationär oder auch unter bestimmten Kriterien ambulant angeboten werden. Stationäre Postakutbehandlungen können als Kurzzeittherapien (6 - 12 Wochen) oder Langzeitbehandlungen (16 Wochen) durchgeführt werden. Die früher fast ausschließlich praktizierten Langzeittherapien werden heute hauptsächlich bei schwer Alkoholabhängigen mit geringen sozialen und persönlichen Ressourcen eingesetzt.

Die Definition von Therapiezielen in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit wird kontrovers diskutiert. Die dauerhafte Abstinenz gilt hierzulande weiterhin als oberstes Therapieziel.

Jedoch konnten in den letzten Jahrzehnten weitere wichtige Erfolgskriterien für die Aufrechterhaltung der Abstinenz gezeigt werden, wie z.B. berufliche Integration und soziale Stabilität. Bereits 1985 definierte die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie in den „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ als Erfolgskriterien der Alkoholismustherapie neben dem Suchtmittelkonsum, die berufliche Integration, die Verbesserung des Sozialverhaltens und der körperlichen Gesundheit.

Darüber hinaus sind als kleinere Ziele der Alkoholtherapie die Motivation zur Entzugstherapie sowie zur weiterführenden Behandlung und langfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz zu sehen.

In der vorliegenden Arbeit wird die stationäre 6-Wochen-Psychotherapie für Alkohol- und Medikamentenabhängige in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen für die Behandlungsjahrgänge 1998 – 2004 retrospektiv katamnestisch untersucht.

Diese Arbeit gliedert sich in vier große Abschnitte. Im ersten Abschnitt werden Informationen zur Alkoholabhängigkeit, zur Entwicklung der Suchttherapie und zu verschiedenen Ansätzen der psychotherapeutischen Behandlung gegeben sowie verschiedene Studien unterschiedlicher Psychotherapiekonzepte, die im Laufe dieser Arbeit häufiger zitiert werden, zusammengefasst.

Anschließend folgt im Methodikteil die Beschreibung des therapeutischen Konzepts der Kurzzeittherapie mit der Darstellung der statistischen Auswertung des Therapiekonzeptes.

Der dritte Teil enthält die Ergebnisse des Katamnesefragebogens der Behandlungsjahrgänge 1998 - 2004 sowie die nähere Darstellung der Komorbidität der Patienten anhand von ICD-Diagnosen und dem BSI-Fragebogen.

Abschließend werden im Diskussionsteil die Ergebnisse dieser Arbeit erläutert, mit anderen Studien und Therapiekonzepten verglichen und zugrunde liegende Ursachen diskutiert.

2. Einführung in die Problematik der Alkoholabhängigkeit, Möglichkeiten und Ergebnisse von Suchttherapien

2.1. Alkoholkonsum

Das jährlich von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen herausgegebene Buch „Jahrbuch Sucht“ veröffentlicht verschiedene Statistiken der vergangenen Jahre hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln in Deutschland. Jährlich sterben schätzungsweise 42.000 Menschen entweder direkt (Missbrauch) oder indirekt (z.B. alkoholbedingter Unfall) durch den Alkoholkonsum.

2002 wurden die jährlichen Kosten alkoholbedingter Krankheiten auf 24,4 Mrd. Euro geschätzt (www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php, 17.03.2010). Im Jahre 2002 ist der Pro-Kopf-Verbrauch an Bier um 0,9l und der von Schaumwein um 0,3l gesunken. Im Gegenzug stieg der Verbrauch an Wein pro Kopf um 0,5l und der von Spirituosen um 0,1l im Vergleich zum Vorjahr. Der Konsum von Biermischgetränken erhöhte sich um 30%. Für das Jahr 2007 wird das Alkoholniveau auf 9,9l reinen Alkohol pro Kopf geschätzt. Somit liegt der Alkoholverbrauch pro Kopf an reinem Alkohol erstmal seit Jahrzehnten unter 10l. Alles in allem scheint der Alkoholkonsum nach Rückgängen Anfang der neunziger Jahre und Stabilisierung auf hohem Niveau zu Beginn des 21. Jahrhunderts nun erneut leicht zu fallen.

Obwohl der Alkohol-pro-Kopf-Verbrauch in Deutschland in den letzten Jahren leicht rückläufig ist, kann SEIFERT (2004) in einer multizentrischen Studie einen Trend zu immer früher einsetzendem Alkoholkonsum und der damit verbundenen Gefahr einer steigenden Anzahl schwerst Alkoholabhängiger zeigen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschreibt im Kurzbericht 2007 über den Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007 nach kurzem Rückgang des Alkoholkonsums unter 12- bis 17-jährigen in den Jahren 2004 und 2005 einen erneuten Anstieg ab 2006. Seit 2005 steigt auch die pro Kopf konsumierte Alkoholmenge unter den Jugendlichen wieder an. Männliche Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren tranken 2004 pro Kopf und Woche 126,5g reinen Alkohol, 2007 stieg dieser Wert auf 154,2 g an. Darüber hinaus wird eine deutliche Zunahme beim episodischen exzessiven Trinken (binge drinking) mit mehr als 5 Gläsern Alkohol an einem Tag unter den 12- bis 17-Jährigen verzeichnet (BZgA 2007).

2.2. Definition des Missbrauchs, des Abusus und der Abhängigkeit von Alkohol

Lange Zeit erfasste der Begriff „Alkoholismus“ jegliche Form des Alkoholmissbrauchs. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1952 unter Alkoholismus die Folgen im psychischen, körperlichen und sozialen Bereich, die durch exzessives Trinken verursacht werden. Erst 1977 begann die WHO zwischen Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit zu unterscheiden, wobei der alte, aber heute teilweise noch gebräuchliche Begriff des Alkoholismus der Alkoholabhängigkeit zuzuordnen ist. Heute wird detaillierter zwischen riskantem Alkoholkonsum, schädlichem Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden.

• Riskanter Alkoholkonsum/gefährlicher Gebrauch:

Riskanter Alkoholkonsum umfasst den Alkoholkonsum, der über der Gefährdungsgrenze von 30 - 40g reinem Alkohol pro Tag bei Männern und mehr als 20g pro Tag bei Frauen liegt. Bei längerfristigem Überschreiten dieser Grenze ist das Risiko alkohol-bedingter körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen deutlich erhöht (ALLEBECK und RYDBERG 1998).

• Schädlicher Gebrauch (früher Missbrauch):

Schädlicher Gebrauch nach ICD-10 Kriterium (WHO 2000) erfordert das Vorhandensein einer alkoholbedingten, psychischen oder körperlichen Gesundheitsschädigung. Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden können. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.

Nach DSM IV (1996) gehören auch soziale und zwischenmenschliche Probleme (z.B. Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen im Beruf, in der Schule oder zu Hause und Konflikte mit dem Gesetz) zu den Kriterien des schädlichen Gebrauchs.

• Alkoholabhängigkeit:

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich nach ICD-Kriterien (WHO 2000) um eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickelt. Typischerweise wird dem Alkoholkonsum Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Zur Diagnosestellung einer Alkoholabhängigkeit (WHO 2000) müssen mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb des letzten Jahres erfüllt sein:

- starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren;
- verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch;
- körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird;
- Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten;
- Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs;
- anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen.

2.3. Therapie der Alkoholabhängigkeit/Abusus

Bereits 1995 teilt FEUERLEIN die Behandlungsziele in der Therapie der Alkoholabhängigkeit in kurzfristige und langfristige Ziele ein. Zu den kurzfristigen zählt die Reduktion alkoholbedingter Probleme wie z.B. Entzugssymptome, Suizidversuche oder Partnerkonflikte. Zu den längerfristigen Zielen gehören die Entwicklung psychosozialer Kompetenz im zwischenmenschlichen Kontakt sowie im Berufs- und Freizeitverhalten bis hin zur Entwicklung einer selbstverantwortlichen Persönlichkeit.

FEUERLEIN sieht in der Abstinenz eine wichtige Voraussetzung für das Erreichen der genannten Ziele. Er schränkt jedoch ein, dass die Abstinenz nicht immer allein eine ausreichende Voraussetzung ist, um die oben genannten Ziele zu erreichen. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit stellt einen jahrelangen Prozess dar.

FEUERLEIN gliederte diesen Prozess in 4 Phasen:

- Kontaktphase
- Entgiftungsphase
- Entwöhnungsphase
- Weiterbehandlung und Nachsorgephase.

Die spezifische, individuelle Behandlung sollte nach den jeweiligen Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet sein.

Die AWMF Leitlinien gliedert den Verlauf entsprechend in Frühintervention, Akutbehandlung und Postakutbehandlung. Heute ist die von FEUERLEIN beschriebene körperliche Entgiftungsphase von der qualifizierten Entzugsbehandlung abgelöst worden. Die qualifizierte Entzugsbehandlung als Teil der Akutbehandlung wird von der Krankenkasse bezahlt, sie enthält neben der körperlichen Entgiftung eine umfangreiche Motivationstherapie sowie Körper- und Ergotherapie, suchtspezifische Gruppentherapien, Psychotherapiesitzungen, Paargespräche, Diagnostik und gegebenenfalls

die Behandlung komorbider Störungen. Ziele während der Entzugsphase sind, die Patienten „rehabilitationsfähig“ zu machen und deren Motivation zu einer weiterführenden Behandlung (ambulant/stationär) zu stärken.

Die Entwöhnungsbehandlung als Element der Postakutbehandlung ist keine Kassenleistung, sondern eine Leistung des Rentenversicherungsträgers, sie beinhaltet die im Folgenden von Feuerlein beschriebene Entwöhnungsphase, d.h. die sich an die Entzugsbehandlung anschließende Suchtbehandlung.

2.3.1. Kontaktphase/Frühintervention

Die Kontaktphase stellt einen wochen- bis monatelangen, manchmal jahrelangen Prozess dar, in dem die Motivation zur eigentlichen Entzugsbehandlung und anschließender Weiterbehandlung ein wichtiges Ziel ist.

Die Frühintervention beinhaltet darüber hinaus die Klärung der Diagnose des Alkoholabusus bzw. der Alkoholabhängigkeit und unter Umständen das erste Erkennen von bereits entstandenen Folgeschäden. Die Klärung der Behandlungsbereitschaft des Patienten und die Motivation des Patienten zu einer weiterführenden Behandlung sind die vorrangigen Ziele der Kontaktphase.

Ähnliches beschreiben MANN et al. (1997) mit dem Begriff der Frühintervention. MANN et al. stellten die unterschiedlichen Vorgehensweisen der Frühintervention bei Patienten mit Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit dar und vertreten die Ansicht, dass bei Patienten mit Alkoholmissbrauch ein Gespräch („Minimalintervention“) eines Arztes mit dem Patienten über Frühwarnsymptome und mögliche Konsequenzen des Alkoholkonsums häufig bereits zu einer beträchtlichen Verminderung des Alkoholkonsums führt. Bei alkoholabhängigen Patienten sollte die Frühintervention hingegen der Abstinenzmotivation dienen. Bereits eingetretene negative Konsequenzen müssen dem Patienten durch den Arzt aufgezeigt und Therapieansätze, Hoffnung und Zuversicht vermittelt werden.

2.3.2. Akutbehandlung

Als eigentliches Element der Akutbehandlung hat sich die qualifizierte Entzugsbehandlung bewährt. Bei mäßigen bis schweren Entzugssyndromen sollten Arzneimittel eingesetzt werden. Bei stationären Akutbehandlungen hat sich eine Behandlungsdauer von 3 Wochen als wirksam und kosteneffizient erwiesen (SÜß 1995, STETTER und MANN 1997, DRIESSEN et al. 1999).

2.3.2.1. Qualifizierte Entzugstherapie

Die stationäre Entgiftung erfolgt in Allgemeinkrankenhäusern oder auf spezialisierten Suchtstationen in psychiatrischen Kliniken. Als Erfolgskriterien für eine Entzugsbehandlung werden u.a. die Abstinenzrate, das Rückfallverhalten sowie die Inanspruchnahme weiterführender Suchttherapien gewertet. Es hat sich gezeigt, dass die alleinige körperliche Entgiftung mit einer hohen Rückfallrate einhergeht.

WIESER und KUNAD (1965) zeigten in einer Studie, dass 8 Jahre nach alleiniger stationärer, körperlicher Entgiftung nur 5% der Patienten abstinent lebten, 12% gebessert schienen, 35% unverändert weiter tranken und beinahe 40% verstorben waren. Die alleinige körperliche Entgiftung konnte wegen der hohen Rückfallraten nicht überzeugen.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden große Anstrengungen unternommen, die Phase des Entzugs weiterzuentwickeln. Heute ist die qualifizierte Entzugsbehandlung die Methode der Wahl (SOYKA et al. 2001b). Vorrangiges Ziel dieser Weiterentwicklung ist neben der körperlichen Entzugsbehandlung die Förderung der Motivation des Patienten zu einer anschließenden weiteren Suchtbehandlung oder einer anderen individuell angepassten Behandlung im Anschluss an die körperliche Entzugsbehandlung. Die qualifizierte Entzugsbehandlung beinhaltet die Entgiftungstherapie, eine umfassende Motivationsbehandlung für die anschließende Weiterbehandlung mit Informationsvermittlung und suchtspezifischen Gruppen- und Einzeltherapien, Diagnostik und gegebenenfalls Therapie somatischer und psychischer Folgeerkrankungen sowie der komorbiden Störungen. Darüber hinaus beinhaltet die qualifizierte Entzugsbehandlung Sozio-, Ergo- und Körpertherapie, Klärung und Beginn einer rückfallprophylaktischen Therapie (mit und ohne Medikamente) sowie der erste Besuch von Selbsthilfegruppen.

Auftretende schwerwiegende Entzugssymptome werden in dieser Phase medikamentös (z.B. mit Clomethiazol, Diazepam, etc.) behandelt. Der medikamentöse Bedarf ist individuell anzupassen. Im stationären Bereich wird bei schweren Entzugssymptomen Clomethiazol unter Beachtung der Kontraindikationen als Mittel der 1. Wahl eingesetzt (BENKERT und HIPPIUS 2002). Delirsymptome wie Halluzinationen können mit der Kombination aus Antipsychotika (z.B. Haloperidol) und Benzodiazepinen behandelt werden (MAYO-SMITH 1997). Im ambulanten Bereich wird auf Grund des Missbrauchspotentials Chlordiazepoxid anstelle von Diazepam empfohlen. Clomethiazol ist bei hohem Suchtpotential ambulant nicht zu verschreiben (SCHMIDT et al. 2006).

Den Erfolg und die Praktikabilität einer ambulanten Entzugsbehandlung im strukturierten Rahmen einer ärztlich geführten Fachambulanz für eine Subgruppe von Alkoholabhängigen konnten SOYKA et al. (2001) zeigen. SOYKA et al. (2001) berichteten in einer Studie über 141 Patienten einer ambulanten, qualifizierten Entzugsbehandlung. Zu den Einschlusskriterien in die Studie zählten u.a. aktive Mitarbeit, Bereitschaft zur Abstinenz sowie die Mitarbeit einer unterstützenden Bezugsperson. Zu den Ausschlusskriterien gehörten u.a. Polytoxikomanie, relevante neurotoxische Folgeschäden sowie schwere psychische Erkrankungen.

96% der Patienten begannen nach der qualifizierten Entzugsbehandlung eine ambulante weiterführende Therapie. 10 Jahre nach der Entgiftung lebten 50% der Patienten abstinent.

In einer von STETTER und MANN (1997) durchgeführten Studie wurden 529 Alkoholpatienten untersucht, die an einer 2 – 3 wöchigen stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung teilnahmen.

89% der Patienten konnten 8 Monate später nachuntersucht werden, von diesen 469 Patienten nahmen 242 (52%) an einer weiterführenden Suchtbehandlung teil. Von diesen 242 Patienten waren 25% rückfällig, 22% lebten abstinent nach Rückfall und 47% waren die ganze Zeit über abstinent geblieben.

227 Patienten traten keine weitere Entwöhnungsbehandlung an, 50% von ihnen waren nach 8 Monaten rückfällig geworden.

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den oben genannten Ergebnissen der alleinigen körperlichen Entgiftung von WIESER und KUNAD (1965), so zeigt sich ein immenser Profit aufgrund der Einführung der qualifizierten Entzugsbehandlung. Die Effizienz der qualifizierten Entzugsbehandlung konnte in vielen Studien belegt werden (STETTER und MANN 1997, SOYKA et al. 2001b, ALTERMAN et al. 1998).

2.3.3. Postakutbehandlung

Die Postakutbehandlung umfasst weiterführende Suchtbehandlungen, die je nach Indikationsstellung sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können und sich möglichst zeitnah an die Entzugsbehandlung anschließen. Ziel der weiterführenden Behandlung ist die Festigung der Abstinenz bzw. des Abstinenzwunsches. Die Entscheidung über stationäre/ambulante Behandlung und deren Länge hängt sowohl von dem Stadium der Alkoholkrankung als auch von der Komorbidität des Patienten und den jeweiligen persönlichen und sozialen Ressourcen ab.

In manchen Untersuchungen wird die weiterführende Suchtbehandlung auch „Entwöhnung“ genannt. Diese Bezeichnung ist problematisch, da der Begriff der Entwöhnungstherapien in Deutschland, wie bereits erwähnt, als eine vom Rentenversicherungsträger finanzierte Therapie definiert ist, die qualifizierte Entzugstherapie hingegen eine Kassenleistung darstellt. Eine derartige Trennung ist in anderen Ländern nicht üblich.

Die Dauer der weiterführenden Suchtbehandlungen reicht von kurzen stationären Postakutbehandlungen (6 - 12 Wochen) bis zu Langzeitbehandlungen (16 Wochen). Eine ambulante Therapie erstreckt sich in der Regel über 6 - 12 Monate. An die stationären Therapien schließt sich in der Regel eine ambulante Nachsorgetherapie an. Die früher fast ausschließlich praktizierte Langzeittherapie wird heute hauptsächlich bei schwer Alkoholabhängigen mit geringen sozialen und persönlichen Ressourcen eingesetzt. Heute hat sich die Kurzzeittherapie unter bestimmten Indikationsstellungen (siehe 3.1.2.) als Therapieform bewährt (KÜFNER 2000, MANN et al. 1997). Bei strenger Indikationsstellung werden mittlerweile auch ambulante weiterführende Behandlungen mit großem Erfolg durchgeführt (SOYKA et al.2003).

Bei der Auswahl der Therapiedauer spielen sowohl die Schwere der Erkrankung des Patienten als auch, wie bereits erwähnt, seine persönlichen und sozialen Ressourcen eine Rolle. Sozial gut integrierte Alkoholabhängige ohne schwerwiegende somatische oder psychiatrische Erkrankungen und Eigenmotivation stellen eher das Klientel von Kurzzeittherapien dar, wobei jede behandelnde Klinik eigene Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme an einer Kurzzeittherapie festsetzt.

Langzeitbehandlungen in speziellen Suchtfachkliniken behalten ihren Stellenwert bei schwer erkrankten Alkoholabhängigen oder Patienten mit schwereren psychiatrischen/somatischen Zweiterkrankungen.

SÜß (1995) untersuchte 1995 die Länge der Therapie im Hinblick auf das Land der Behandlung. Die Therapiedauer in Deutschland war viermal länger als in anderen Ländern mit durchschnittlichen Zeiträumen von 2 bis 6 Wochen. SÜß (1995) konnte darüber hinaus in deutschen Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg zeigen, d.h. je länger die Therapie war, desto höher waren die Abstinenzzahlen. Diese Beziehung bestand in anderen Ländern mit Behandlungszeiträumen von 2 - 6 Wochen nicht. Das relative Therapieoptimum lag in diesen Ländern bei 4 Wochen. Insgesamt hat sich die Therapie der Alkoholabhängigkeit seit dieser Studie weiter entwickelt. Die Kurzzeittherapie und auch die ambulanten weiterführenden Therapien haben sich etabliert.

Die sog. „MEAT-Studie“ (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment) (KÜFNER und FEUERLEIN 1989) befasste sich ebenfalls mit dem Einfluss der Therapiedauer auf die Abstinenz. Die höchsten Abstinenzraten nach 18 Monaten wiesen alkoholabhängige Patienten der stationären Langzeittherapien (58,4%, n=298) auf, gefolgt von der Gruppe der Patienten der stationären Kurzzeittherapien (50,5%, n=157). Die mittelfristige Therapie schnitt mit einer Abstinenzrate von 47,1% (n=140) am schlechtesten ab.

In der „MEAT-Studie“ wurde auch die differentielle Wirksamkeit der einzelnen Therapielängen untersucht. Die Patienten wurden in prognostisch günstige, mittlere und ungünstige Gruppen eingeteilt. Für die prognostisch günstigste Gruppe wies die Langzeittherapie mit 74,7% die höchsten Abstinenzraten auf, die mittelfristige Therapie zeigte in dieser Gruppe die geringste Abstinenzrate mit 58,8%. Patienten der prognostisch ungünstigsten Gruppe wiesen bei Kurzzeittherapien Abstinenzraten von 7,7% bei Männern (n=13) und 0% bei Frauen (n=7) auf. Die Kurzzeittherapie war bei dieser Patientengruppe nicht indiziert. Für die Gruppe der prognostisch schweren Fälle stellte in der Studie die Langzeittherapie die Therapie der Wahl dar. Bei der Bewertung der Ergebnisse der MEAT-STUDIE bleibt einschränkend zu beachten, dass große Unterschiede bei der Patientenselektion in den Kurz- (< 3 Monate), Mittel- (3 - 5 Monate) und Langzeittherapien (> 6 Monate) bestanden, so dass die Vergleichbarkeit auch bei zum Teil niedriger Anzahl der untersuchten Patienten umstritten bleibt. Die Verallgemeinerung der Effektivität von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapien scheint nicht zulässig, da die Länge der Behandlung und die Patientenvariablen in Bezug auf den Behandlungserfolg miteinander interagieren, so KÜFNER und FEUERLEIN (1989).

KERN und JAHRREISS (1990) konnten in einer 1-Jahres-Katamnese nach stationärer 8-wöchiger Kurzzeittherapie zeigen, dass die Abstinenzraten der Kurz- (8 Wochen) und Langzeittherapie (> 6 Monate) vergleichbar hoch waren. Als prognostisch günstiger galten vor allem Patienten mit dem ungenau definierten Kriterien des „noch intakten sozialen Umfeldes“¹ sowie der geregelten Vor- und Nachsorge. Hier bleibt zu berücksichtigen, dass zu Beginn der Therapie die Gruppe der Kurzzeitpatienten „für die meisten der prognostisch wichtigen Merkmale günstigere Werte zeigt als die Gruppe der Langzeitpatienten“², so dass nach Kriterien der VDR-Studie KÜFNER et al. (1986) der Prognoseindex „die Kurzzeitpatienten als eine Population mit günstigerer Prognose ausweisen“³ würde.

¹ KERN und JAHRREISS, 1990, S. 176

² KERN und JAHRREISS, 1990, S. 172

³ KERN und JAHRREISS, 1990, S. 172

2.3.4. Weiterbehandlung und Nachsorge

An die jeweiligen weiterführenden Suchtbehandlungen schließt sich als ambulanter Abschnitt die Nachsorge an. Sie kann aus einer ambulanten Nachsorge der Klinik, durch Besuch von Selbsthilfegruppen, von niedergelassenen Ärzten oder auch in der Teilnahme an ambulanten Psychotherapien bestehen.

Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist in den ersten Monaten bis ersten zwei Jahren nach der Therapie am größten (LÄNGLE 1990) Daher ist die Weiterbehandlung und Nachsorge in diesem Zeitraum überaus wichtig. LAUER (1988) sieht in der Nachsorge einen wichtigen Impuls in der Förderung der sozialen Reintegration. Durch umfassende soziale und psychologische Unterstützung sowie den weiteren Besuch von Selbsthilfegruppen nach Entlassung können die Rückfallrate verringert, der Rückfall an sich abgeschwächt und mögliche negative, soziale Konsequenzen (Arbeitslosigkeit, Scheidung...) verhindert werden.

Selbsthilfegruppen als Nachsorge haben sich als effektiv erwiesen (GOSSOP et al. 2003). Es konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass Teilnehmer an SHG's einen geringeren Alkoholkonsum haben als Nichtteilnehmer (GOSSOP et al. 2003, BOTTLENDER und SOYKA 2005a).

Die ambulante Nachsorge der Göttinger Psychiatrischen Klinik war lange Zeit auf einen Zeitraum von 6 Wochen begrenzt. Seit 2002 erfolgt eine Nachsorgebehandlung über die psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die in ihrer Dauer und Frequenz den individuellen Erfordernissen der Patienten angepasst wird und mit abnehmender Frequenz über Jahre verlaufen kann. Die ambulante Nachsorge kann sich auch direkt an eine qualifizierte Entzugstherapie anschließen und dient dann der Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie der Förderung der Motivation für eine weiterführende (z.B. rehabilitative) Therapie.

2.3.5. Medikamentöse Therapie zur Rückfallprophylaxe

Die medikamentöse Therapie während der Entgiftungsbehandlung wurde bereits unter 2.3.2.1. beschrieben. Es gibt darüber hinaus Arzneimittel, die als Teil des Gesamttherapiekonzepts zur Unterstützung der Entwöhnung und als Rückfallprophylaxe dienen. Eine Pharmakotherapie alkoholbezogener Störungen hat zum Ziel, Rückfälle zu vermeiden (d.h. Abstinenzhaltung nach vorangegangenem Entzug), die Schwere eines Rückfalls zu verringern sowie den Verbleib von Alkoholabhängigen in (ambulanten) Behandlungen zu fördern (AWMF 2003).

Die Substanz Acamprosat wird vor allem bei motivierten Patienten mit Abstinenzabsicht empfohlen. Die Behandlung sollte über 12 Monate erfolgen und bei einem Rückfall nicht unterbrochen werden (AWMF 2003). Nach vorausgegangener körperlicher Entzugsbehandlung ist unter Acamprosat die Rückfallwahrscheinlichkeit signifikant verringert (BOUZA et al. 2004, MANN et al. 2004b). Bei rückfälligen Patienten ist bei kontinuierlicher Einnahme die Zahl alkoholfreier Tage (kumulative Abstinenz) signifikant erhöht (BOUZA et al. 2004).

Die Therapie mit Disulfiram (Antabus) ist bei zuverlässigen, complianten Patienten einsetzbar, wird nach den AWMF-Leitlinien jedoch nicht generell empfohlen. Im Rahmen spezifischer Behandlungsprogramme kann der Einsatz von Disulfiram allerdings sinnvoll sein.

Naltrexon ist in Deutschland für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit nicht zugelassen.

KIEFER et al. (2003) untersuchten die Effizienz medikamentöser Rückfallprophylaxe an 160 Patienten nach Entgiftungsbehandlung. Sie erhielten Naltrexon, Acamprosat, die Kombination aus beiden oder ein Placebo für 12 Wochen. KIEFER et al. konnten zeigen, dass v.a. die Kombinationstherapie signifikant effektiver war als das Placebomedikament. Die Kombinationstherapie zeigte eine hohe Rückfallprävention.

2.4. Psychotherapie

Die Psychotherapie wird in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Suchttherapie eingesetzt.

Nach AWMF-Leitlinien zur Postakutbehandlung bei Störungen durch Alkohol werden v.a. psychotherapeutische Maßnahmen mit hohen Evidenzen (A) empfohlen. Die Psychotherapie teilt sich nach AWMF-Leitlinien (SCHMIDT et al.2006) u.a. in:

• Psychoedukation

beinhaltet die Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung, der damit verbundenen möglichen Folgen. Psychoedukation als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung kann empfohlen werden (Evidenzgrad C), nicht aber die Anwendung als alleinige Intervention (A).

• Motivierende Gesprächsführung

Zielsetzung ist es, die Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung zu reduzieren. Es sollte als Interaktionsstil in der Postakutbehandlung eingesetzt werden (A). In Kombination mit anderen Methoden der Postakutbehandlung verbessert sie die Ergebnisse.

- **Klassische verhaltenstherapeutische Verfahren**

In der Postakutbehandlung wird der Therapieansatz empfohlen (A).

- **Kognitiv – behaviorale Therapie (CBT)**

Die CBT kann für die Behandlung des schädlichen Gebrauchs und der Alkoholabhängigkeit, für die Therapie komorbider Störungen und psychosozialer Probleme und für die Rückfallprevention angewandt werden. Die Anwendung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ist zu empfehlen (A).

- **Soziales Kompetenztraining**

Das soziale Kompetenztraining umfasst das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Sie sollten in der Behandlung der Abhängigkeit nicht fehlen (A).

- **Expositionsbehandlung**

Aufgrund der Datenlage kann die Exposition als Maßnahme der Postakutbehandlung derzeit nicht allgemein empfohlen werden.

- **Psychodynamische Therapien**

In der Postakutbehandlung werden psychodynamisch-interaktionelle Verfahren erfolgreich angewendet und empfohlen (B). Es gibt Hinweise darauf, dass psychodynamische Therapien bei weniger stark Abhängigen bessere, bei stärker abhängigen schlechtere Ergebnisse als CBT erbrachten. Die Anwendung der klassischen Psychoanalyse zur Behandlung alkoholbezogener Störungen kann nicht empfohlen werden (C).

- **Klienten-zentrierte Gesprächspsychotherapie**

Die Anwendung der Klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie, deren Grundhaltungen sich auch in der motivierenden Gesprächsführung finden, kann im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes empfohlen werden (B).

- **Paar- und Familientherapie**

Die Effektivität von Familientherapien für die Behandlung alkoholbezogener Störungen wird bestätigt (A). Die verhaltenstherapeutische (behaviorale) Familientherapie wird effektiver eingeschätzt als andere Formen. Die Ergänzung der auf den Patienten bezogenen Interventionen um familientherapeutische, paar- oder ehetherapeutische Ansätze ist vor allem dann zu empfehlen, wenn der Patient es wünscht (C) und wenn die Abstinenz des Patienten durch dysfunktionale Beziehungsmuster erheblich gefährdet ist (B).

MANN et al. (1997) beschreiben folgende Besonderheiten der Psychotherapie Alkoholkranker:

- Abstinenz ist die Voraussetzung und Bedingung für die Therapie;
- bei Abhängigen wird hinsichtlich der Abstinenz eine sofortige, vollständige Verhaltensänderung gefordert (kein Konsum). Eine schrittweise Annäherung zur Abstinenz ist nicht möglich;
- Selbsthilfegruppen wird im Bereich der Alkoholabhängigkeit ein großer Stellenwert zugeschrieben;
- im weiteren Verlauf der Therapie besteht eine permanente Gefährdung durch einen möglichen Rückfall.

Aus den oben genannten Besonderheiten der Psychotherapie Alkoholabhängiger ergeben sich nach MANN et al. (1997) entscheidende Unterschiede im Hinblick auf die Therapie. So muss in kürzester Zeit ein tragfähiges Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut hergestellt werden mit dem Ziel der Stärkung des Wunsches nach Abstinenz. Die Patient–Therapeut-Beziehung ist einer permanenten Gefährdung durch einen möglichen Rückfall ausgesetzt.

Die Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit umfasst ein breites Spektrum verschiedener Ansätze wie supportive Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, systemische Ansätze der Suchttherapie, Tiefenpsychologie und die Psychoanalyse. Für eine genauere Beschreibung psychotherapeutischer Konzepte für Alkoholabhängige wird auf den Artikel „Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit – Grundlagen und neue Ergebnisse der Therapieforschung“ von SOYKA et al. (2001a) verwiesen. Dort werden die einzelnen Konzepte eingehend beschrieben.

Die Psychotherapie mit ihren unterschiedlichen Ansätzen und Konzepten findet in allen Phasen der Therapie der Alkoholabhängigkeit Anwendung. Die psychodynamische orientierte Kurzzeittherapie mit verhaltenstherapeutischen Anteilen stellt die Grundlage der vorliegenden katamnesticen Studie dar, deshalb wird im Folgenden auf verschiedene Aspekte und Konzepte dieser Art von Kurzzeittherapie näher eingegangen.

2.5. Stationäre Kurzzeitpsychotherapien bei Alkoholabhängigkeit

Die Kurzzeitpsychotherapien waren in der Vergangenheit vielen Vorbehalten ausgesetzt. So wurde ihnen häufig vorgeworfen eine Notlösung zu sein, anstatt eine dauerhafte längere Anbindung zu schaffen. Gerade in Zeiten massiven Sparzwangs lag die Kritik darin, eine Therapieform zu fördern, die dem Sparzwang unterliegt und sich den Marktanforderungen anpasst. All diesen Vorbehalten zum Trotz gibt es mittlerweile fundierte Studien, die die Effektivität von Kurzzeittherapien nachweisen, so dass es am Wert von Kurzzeittherapien heute keinen Zweifel mehr gibt.

Es gibt eine Vielzahl eigenständiger Verfahren von Kurzzeittherapien. Im Folgenden wird die psychodynamische Kurzzeittherapie als Grundlage der hier beschriebenen Kurzzeittherapie näher erläutert.

BEUTEL (2000) beschreibt die wichtigsten Gemeinsamkeiten/Besonderheiten psychodynamischer Kurztherapien:

- Abstinenz ist die Voraussetzung und Bedingung für die Therapie;
- Zeitbegrenzung auf 40 Sitzungen. Festlegung der Zeitbegrenzung vor Therapiebeginn oder Spezifizierung/Thematisierung im Verlauf;
- Ausrichtung der Therapie auf einen Fokus, welcher eine aktuelle Konfliktsituation, ein maladaptives Beziehungsmuster oder eine akut unlösbare Belastungssituation darstellen kann;
- aufgrund der zeitlichen Begrenzung wird dem Therapeuten erhöhte Aktivität bei der Entwicklung der therapeutischen Allianz und bei der Fokusausrichtung abverlangt.

Die Kurzzeitpsychotherapie bietet auf Grund der besonderen Anforderungen die Möglichkeit, andere Schwerpunkte in der Therapie zu setzen. Der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie liegen unterschiedliche Behandlungskonzepte zu Grunde. Die Psychotherapiegruppen im Rahmen der hier vorgestellten Kurzzeitpsychotherapie beziehen sich auf die psychoanalytisch–interaktionelle Methode.

2.5.1. Die psychoanalytisch–interaktionelle Methode

Die Kurzzeittherapie der Suchtstation der Klinik der Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Göttingen besteht aus Gruppenpsychotherapie. Sie integriert unterschiedliche therapeutische Verfahren: psychodynamische, verhaltenstherapeutische und körperorientierte. Die interaktionelle Psychotherapie stellt eine Modifikation der klassischen psychoanalytischen Behandlung dar und wurde in den 70er Jahren von HEIGL/HEIGL-EVERS am Landeskrankenhaus Tiefenbrunn (Göttingen) als Gruppentherapie (HEIGL-EVERS und HEIGL 1979) für Patienten mit Ich-pathologischen Phänomenen entwickelt. Ich-Funktionsstörungen finden sich u.a. bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen und Patienten mit Suchterkrankungen. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode hat sich als gruppentherapeutische Methode in psychosomatischen Kliniken und Suchtfachkliniken in den letzten 20 Jahren weitgehend etabliert.

HEIGL-EVERS und HEIGL (1983) beschreiben die Grundprinzipien dieser Therapieform. Die Patienten werden angehalten, ihre Aufmerksamkeit auf eigene Affekte und Probleme zu lenken, um sie erfassen und ihre Auswirkungen auf zwischenmenschliche Beziehungen wahrnehmen zu können. Ziel ist, beim Patienten eine Motivation zu entwickeln, genau diese unzureichenden Funktionen zu erlernen. Dazu gehört nach HEIGL-EVERS unvermeidbar die Auseinandersetzung mit Gefühlen wie Scham, Peinlichkeit, Demütigung und Ängsten, die bei Suchtpatienten häufig anzutreffen sind

und eine zentrale Rolle in der Psychodynamik der Suchterkrankung darstellen. Die Aufmerksamkeit des Therapeuten wird vor allem auf den interpersonellen Prozess gerichtet, auf verbale und nonverbale Äußerungen und der dadurch beim Umfeld ausgelösten Emotionen und Reaktionen. Die Patienten werden angehalten, sich frei über das zu äußern, was sie in zwischenmenschlichen Beziehungen zu Mitpatienten oder dem Therapeuten erleben. Die Wahrnehmung und Äußerung eigener und fremder Affekte wird durch antwortendes Verhalten des Therapeuten im Sinne einer Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen gefördert. In der therapeutischen Gruppe werden so die zentralen emotionalen Probleme der Patienten sichtbar und korrigierende emotionale Erfahrungen möglich.

2.6. Das Göttinger stationäre Kurzzeittherapiekonzept

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen besteht seit 1987 eine eigene Suchtstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in der sowohl akute Entzugsbehandlungen als auch geschlossene 6-Wochen-Gruppenbehandlungen angeboten werden.

Die 6-Wochen-Kurzzeittherapie richtet sich vor allem an Patienten mit einer sekundären Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, oft im Rahmen einer neurotischen oder persönlichkeitsgestörten Grunderkrankung. Jährlich werden ca. 4 - 5 Gruppen mit bis zu 8 Patienten als 6-Wochengruppentherapie durchgeführt. Die Patienten müssen vor Antritt der Therapie entgiftet haben. Die Psychotherapiebehandlung sollte sich wenn möglich zeitnah, aber nicht direkt an die Entzugsbehandlung anschließen. Die Zuweisung erfolgt über niedergelassene Ärzte, Beratungsstellen, Polikliniken, andere Kliniken und Akutstationen. Die Patienten müssen vor Antritt der Therapie mindestens vier Wochen an einer ambulanten Kontaktgruppe teilnehmen, die einmal wöchentlich stattfindet. Sie wird von der später behandelnden Therapeutin geleitet und dient dazu, spezifische Ziele und Erwartungen zu definieren.

2.7. Literaturübersicht ambulante und stationäre Katamnesen

In diesem Abschnitt werden wichtige Studien dargestellt, die sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten mit der Therapie der Alkoholabhängigkeit beschäftigt haben. Einige Studien werden detaillierter beschrieben, da sie im weiteren Verlauf dieser Arbeit immer wieder zitiert werden und wichtige Vergleichsstudien zur Einordnung der

Ergebnisse dieser Arbeit darstellen. Eingeteilt werden sie in Nachuntersuchungen stationärer und ambulanter, weiterführender Therapiekonzepte.

2.7.1. Stationäre Katamnesen

Zu den wichtigsten stationären Studien zählen:

- EMRICK (1974)
- MEAT-Studie (KÜFNER und FEUERLEIN 1989)
- Tübinger Behandlungsmodell GRUNER und ESSER (1979)
- MANN und BATRA (1993)
- HEIDE (1985)
- HECK (1987)
- LÄNGLE (1990)
- SCHÄFER (1996)
- WIDMANN (1997)
- KERN und JAHRREIS (1990)
- DE SOTO et al. (1989)
- ZOBEL (2003).

Eine der ersten Übersichtsarbeiten über den Therapieerfolg der Alkoholabhängigkeit bietet die Studie von EMRICK (1974). EMRICK stellte eine größere Literaturübersicht zur psychologisch orientierten Therapie der Alkoholabhängigkeit vor. Sie beinhaltete 265 Studien zur Therapie der Alkoholabhängigkeit, die zwischen 1952 und 1971 in englischsprachigen Zeitschriften publiziert worden sind. Einbezogen wurden Studien mit Patienten, die an jeglicher Form psychologisch orientierter Behandlung ihrer Erkrankung teilgenommen haben. EMRICK stellte die sog. „Drittelregel“ auf, nach der ein Drittel der Patienten nach psychologisch orientierter Behandlung der Alkoholabhängigkeit abstinent lebte, ein Drittel der Patienten als gebessert und ein Drittel als ungebessert galt.

Eine weitere bedeutende und umfangreiche Studie liegt in der bereits erwähnten MEAT-Studie (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment) vor. Sie wurde 1989 von KÜFNER und FEUERLEIN veröffentlicht und ist eine prospektive multizentrische Studie, die die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen untersuchte. KÜFNER und FEUERLEIN (1989) untersuchten 1410 Patienten (27% weiblich, 73% männlich) die in 21 verschiedenen Einrichtungen an stationären Kurz- Mittel- und Langzeittherapien teilgenommen haben.

Das Trinkverhalten wurde in folgende drei Kategorien eingeteilt:

- abstinent = total abstinent;
- gebessert = < 60g für Männer und < 30g für Frauen pro Tag, weder psychische und physische Alkoholfolgen noch pathologische Elemente im Trinken;
- keine Besserung.

Nach 6 Monaten (Rücklaufquote 84,5%) lebten 67% abstinent, 11,2% gebessert und 21,8% ungebessert. Nach 18 Monaten (Rücklaufquote 84,4%) lebten noch 53,2% über den gesamten Zeitraum abstinent, 8,5% galten als gebessert und 38,3% als ungebessert, wobei die Abstinenzrate, bezogen auf die letzten 6 Monate, ähnlich wie bei der 6-Monatskatamnese bei 63% lag. Nach 18 Monaten lag die Abstinenzrate der Langzeittherapien bei 60%, gefolgt von der Kurzzeittherapie mit 54%, die mittellange Therapie bot die niedrigste Abstinenzrate mit 44,8%. Auf große Unterschiede bei der Patientenselektion in den Kurz-, Mittel- und Langzeittherapien ist bereits hingewiesen worden.

Ein sehr ähnliches Therapiekonzept zur Göttinger Kurzzeittherapie stellt das Tübinger Behandlungsmodell dar. Verschiedene Studien dieses Konzeptes werden im Folgenden zitiert. GRUNER und ESSER entwickelten (1979) das Tübinger Behandlungsmodell. Es besteht aus einer 6-wöchigen stationären psychodynamischen Therapiephase und einer anschließenden 1-jährigen ambulanten Phase mit einer Gruppensitzung pro Woche. Die Behandlung erfolgt ausschließlich in „geschlossenen Gruppen“, d.h. dass alle Patienten am gleichen Tag die Behandlung beginnen und nach 6 Wochen zusammen entlassen werden. Das Therapieprogramm besteht aus Gruppentherapie, Informationsgruppe, Beschäftigungs-, Bewegungstherapie, „Dreiergespräch“ (Patient, Arzt, Pflegekraft) und Angehörigenabend. Es werden Patienten aus dem nahen Einzugsgebiet der Klinik aufgenommen, um die gemeindenahere Versorgung sicherzustellen. Jedem Patienten wird eine Pflegekraft als therapeutische Bezugsperson zugewiesen. Zu den Ausschlusskriterien des langjährig nachuntersuchten Behandlungsjahrgangs 1976 gehörten schizophrene Psychose oder schwerwiegende somatische Erkrankungen, die eine stationäre internistische Behandlung erforderten. Als Bedingung zur Aufnahme galt eine gute soziale Integration, die entweder durch berufliche Integration oder durch die Teilnahme eines nahen Bekannten oder Verwandten gewährleistet werden konnte, der bereit war, an Teilen des Behandlungsprogramms teilzunehmen. Der Wohnort des Patienten sollte nicht weiter als 60 km vom Krankenhaus entfernt sein, um die ambulante Nachbehandlung zu gewährleisten (LÄNGLE et al. 1993).

Neben den Alkoholproblemen bestanden häufig Symptome wie Depressivität, Suizidalität, Angst und massive Partnerkonflikte (MANN et al. 1994). Das Tübinger Behandlungsmodell ist über Jahre katamnestisch nachuntersucht worden. Bereits 1979 berichteten GRUNER und ESSER (1979) über großen Zulauf und erste Erfolge. MANN und BATRA (1993) werteten die Patienten der Jahre 1982 bis 1989 retrospektiv aus. Der Behandlungsjahrgang 1976 ist nach 2 Jahren (HEIDE 1985), 5 Jahren (HECK 1987), 10 Jahren (LÄNGLE 1990) und 16 Jahren (SCHÄFER 1996) katamnestisch nachuntersucht worden. Tabelle 1 zeigt die Abstinenzzahlen des Behandlungsjahrgangs 1976, aufgelistet nach den verschiedenen Katamnesezeitpunkten.

Tabelle 1: „Tübinger Behandlungsmodell“ Jahrgang 1976

n = 96	abstinent	abstinent nach Rückfall	gebessert ²	nicht gebessert	keine Information	verstorben
2 Jahre Prozent Anzahl	30,2% 29	6,3% 6	7,3% 7	23,9% 23	27,1% 26	5,2% 5
5 Jahre Prozent Anzahl	28,2% 27	21,8% 21	8,3% 8	28,2% 27	3,1% 3	10,4% 10
10 Jahre Prozent Anzahl	26,1% 25	25,0% 24	7,3% 7	14,6% 14	5,2% 5	21,8% 21

Quelle: LÄNGLE et al. 1993

² = wenn er/sie in 12 Monaten pro Tag nicht mehr als 30g (Frauen), 60g (Männer) reinen Alkohol getrunken hat und mindestens 6 Monate von 12 abstinent

Eine weitere Studie entstand an der Universität Tübingen. BÄCHLE (2003) untersuchte den Langzeiterfolg der Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Frauen. Die Stichprobe umfasste 110 Frauen, die zwischen 1992 und 1996 an einer 6-wöchigen stationären Psychotherapie und anschließender einjähriger ambulanter Nachbetreuung teilnahmen. Die Auswirkungen von Komorbidität auf das Trinkverhalten der Frauen wurden untersucht. 47% der Frauen waren über den gesamten Katamnesezeitraum abstinent. Unter den abstinenten Frauen zeigten sich eine bessere soziale, gesundheitliche und berufliche Weiterentwicklung und eine geringere psychiatrische Komorbidität (BÄCHLE 2003).

Eine weitere eigenständige stationäre Studie mit ähnlichem Therapiekonzept stellte die Untersuchung von KERN und JAHREISS (1990) dar. Sie berichteten über eine 1-Jahres-Katamnese nach stationärer 8-wöchiger Kurzzeittherapie in der Fachklinik

Münchwies. Die Therapiegruppen mit max. 10 Teilnehmern stellten wie im Tübinger Modell geschlossene Gruppen dar. Die Behandlung setzte sich aus Gruppen-, Einzel-, Sport-, Ergotherapie und Patientengruppensitzungen zusammen. Ein intaktes Umfeld (Familie, Arbeitsplatz) sowie eine ambulante Vor- und Nachsorge galten als Bedingung für die Teilnahme an der Kurzzeittherapie. KERN und JAHREISS verglichen in der Studie Ergebnisse von Kurzzeittherapie (n=82) mit Ergebnissen von Langzeittherapien von 6 Monaten (n=386) des Jahrganges 1986. Die Abstinenzraten der Kurz- und Langzeittherapie zeigten ähnlich hohe Abstinenzraten, wobei die Patienten der Kurzzeittherapie wiederum eine hoch selektive Gruppe darstellten und als prognostisch günstiger einzuschätzen waren.

Des Weiteren fasst ZOBEL (2003) die Ergebnisse des Entlassjahrgangs 2001 der Kliniken Daun zusammen, die bei einer Behandlungsdauer von durchschnittlich 93,3 Tagen (13,3 Wochen) eher zu den mittellangen Therapien zu zählen sind. ZOBEL (2003) berichtete über die Ein-Jahres-Katamnese von 1065 Patienten des Entlassjahrgangs 2001 nach stationärer weiterführender Suchtbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die Rücklaufquote zum Zeitpunkt der Nachbefragung lag bei 64,0% (n=680). Zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach einem Jahr lebten 66,8% (n=447) der antwortenden Patienten durchgehend abstinent, 7,9% (n=53) lebten abstinent nach Rückfall, 25,3% (n=169) waren rückfällig. Unter der Annahme, dass alle nicht erreichten/antwortenden Patienten rückfällig waren, zeigte sich ein deutlich anderes Bild. 42,5% (n=447) Patienten waren durchgehend abstinent, 5,1% (n=53) abstinent nach Rückfall und 52,4% (n=551) galten demnach als rückfällig

2.7.2. Ambulante Katamnesen

Im Folgenden werden katamnestische Ergebnisse ambulanter Behandlungen vorgestellt.

Obwohl es lange Zeit nur wenige Untersuchungen zu ambulanten Weiterbehandlungen gab, konnte in den letzten Jahren in verschiedenen Studien die Wirksamkeit ambulanter weiterführender Therapien aufgezeigt werden.

1991 wurden von Kranken- und Rentenkassen eine „Empfehlungsvereinbarung ambulante Entwöhnungsbehandlung Sucht“ (EVARS) festgelegt. EVARS regelt sowohl Durchführung als auch Finanzierung ambulanter Entwöhnungstherapien und beinhaltet Indikations- und Ausschlusskriterien ambulanter weiterführender Suchtbehandlungen.

Zu den Einschlusskriterien zählen hiernach ein intaktes soziales Umfeld, die Bereitschaft zur Abstinenz, die eigene Motivation und regelmäßige Teilnahme, eine berufliche Integration sowie eine stabile Wohnsituation. Zu den Ausschlusskriterien zählen schwere körperliche und neurologische Folgeschäden, schwere psychiatrische Störungen, fehlende soziale Integration und mangelnde Bereitschaft.

Somit werden nach der Empfehlungsvereinbarung mit der ambulanten weiterführenden Behandlung vor allem sehr gut integrierte Personen angesprochen, die in ein intaktes soziales Umfeld integriert sind und eine prognostisch sehr günstige Gruppe darstellen. Bei der Bewertung der Ergebnisse ambulanter Therapien bleibt dieser Aspekt zu berücksichtigen.

Zu den im Verlauf zitierten ambulanten Katamnesen zählen:

- PFEIFFER et al. (1987)
- MUNDLE et al. (2001)
- SOYKA et al. (2003)
- BOTTLENDER und SOYKA (2005b).

PFEIFFER et al. (1987) untersuchten 186 alkoholabhängige Patienten, die an einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung mit verhaltenstherapeutischer, psychoanalytischer oder integrativ-therapeutischer Ausrichtung teilnahmen. Der Katamnesezeitraum erstreckte sich über ein bis neun Jahre. Über den gesamten Katamnesezeitraum lebten 25% der Patienten abstinent, 13% galten als gebessert, 62% als ungebessert. Bezogen auf das letzte halbe Jahr vor der Nachuntersuchung lebten jedoch 52% abstinent. Trotz hoher Abstinenzraten - bezogen auf das letzte halbe Jahr - zeigten sich schlechtere Abstinenzraten gegenüber den oben geschilderten stationären Therapien.

MUNDLE et al. (2001) veröffentlichten Ergebnisse einer retrospektiven 6-, 18-, 36-Monats-Katamnese nach ambulanter Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten. 97 Patienten, die zwischen 1992 und 1997 eine ambulante Entwöhnung in den Psychosozialen Beratungsstellen Böblingen, Reutlingen und Tübingen in Anspruch nahmen, wurden in der Studie nachuntersucht. Die einjährige ambulante Entwöhnungsbehandlung wurde im Sinne der „Empfehlungsvereinbarung ambulante Entwöhnungsbehandlung Sucht“ (EVARS) durchgeführt.

Nach 6 Monaten waren 59% der Patienten abstinent, 4% gebessert (<100g Männer und <80g Frauen reinen Alkohol pro Tag oder <60g bzw. 40g pro Tag an mehr als 4 Tagen pro Woche), 37% rückfällig. Die Ausschöpfquote lag bei 83% (n=81).

Die 18-Monats-Katamnese wies 53% (n=38) als durchgehend abstinent aus, 4% der Patienten als gebessert (n=3), 42% (n=30) als rückfällig.

Nach 36 Monaten konnten Daten von 33 Personen in die Katamnese aufgenommen werden, 20 von ihnen (61%) lebten im letzten halben Jahr abstinent, 13 Personen (39%) waren rückfällig geworden. Über den gesamten Zeitraum blieben 13 Personen (39%) durchgehend abstinent, während 20 Personen (61%) mindestens einen Rückfall erlitten.

In einer weiteren Studie aus dem Jahre 2003 untersuchten SOYKA et al. (2003) die Effizienz einer ambulanten Entwöhnungstherapie in einer prospektiv angelegten Untersuchung. Die Studie umfasste 102 Patienten, die zwischen April 1999 und 2000 an einer ambulanten Entwöhnungstherapie in der Klientenzentrierten Problemlösung Dachau teilgenommen hatten.

Die Therapie bestand aus einer 12-wöchigen ambulanten Motivationsphase (Gruppen- und Einzelgespräche) und anschließender ambulanter Entwöhnungsbehandlung (eklektischer Ansatz) im Umfang von 80 bis 120 Stunden, die sich über 6 - 9 Monate erstreckte.

Während der Therapie erlitten 32 Patienten (31,4%) einen Rückfall. Nach 6 Monaten (Rücklaufquote 95%, n=97) lebten 65 Patienten (64%) abstinent, 15 Patienten (15%) galten als gebessert (nicht >3 Trinkperioden mit der Dauer <1 Woche im letzten halben Jahr, keine Anzeichen für pathologisches Trinken), 22 Patienten als rückfällig (21%). Nach 12 Monaten (Rücklaufquote 90% n=90) lebten noch 56% der Patienten (n=57) seit Ende der Therapie abstinent, 14 Patienten (14%) galten weiterhin als gebessert, 30 Patienten (30%) waren rückfällig. SOYKA et al. (2003) schlussfolgern, dass ambulante Entwöhnungsbehandlungen für eine selektierte Patientengruppe mit gutem sozialem Rückhalt eine effiziente therapeutische Alternative darstellen.

BOTTLENDER und SOYKA (2005b) untersuchten nach 36 Monaten 103 Patienten, die an einer intensivierten ambulanten Alkoholtherapie teilgenommen hatten. 74 der 103 Patienten beendeten die Therapie regulär. Nach 36 Monaten waren 2 Patienten nach Alkoholorückfall verstorben. 44 Patienten lebten abstinent, 46 Patienten waren rückfällig, 12 galten als gebessert. Mit Abstinenzrate von 43% nach 3 Jahren sehen BOTTLENDER und SOYKA die Effektivität der intensiven ambulanten Therapie bestätigt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für sozial integrierte Personen die ambulante Entwöhnung eine effiziente Therapieform mit ähnlich hohen Abstinenzraten wie nach stationärer Therapie darstellt.

2.8. Generelle und differentielle Wirksamkeit

SÜß (1995) untersuchte die generelle und differentielle Wirksamkeit verschiedener Ansätze in der Behandlung Alkoholkranker. SÜß (1995) veröffentlichte eine umfangreiche Metaanalyse, die 23 experimentelle und 21 nichtexperimentelle Studien erfasst. Die Studien waren jeweils einem von vier Konzepten zuzuordnen:

- Eklektische Standardtherapie (58% aller Therapien)
- Verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte (22%)
- Paar- und Familientherapie
- Disulfiram-Therapie.

Die eklektische Standardtherapie beinhaltete ein Therapieprogramm ohne spezifische theoretische Orientierung mit Gruppentherapie, nicht näher bezeichneter Psychotherapie, Einzelgesprächen, Beratung und Information, Arbeits- und Beschäftigungstherapie. In manchen Studien wurde zusätzlich auch Disulfiram gegeben. Zu den verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten gehörten „Social skill- und Kommunikationstraining, kognitiv-behaviorale Techniken, sowie Entspannungstraining. Die Paar- und Familientherapie beinhaltete zusätzlich Elemente aus der eklektischen Standardtherapie. Die Disulfiram Therapie bestand allein aus der Disulfiram-Gabe ohne zusätzliche psychologische Therapie.

Die generelle Wirksamkeit psychologisch fundierter Therapien der Alkoholabhängigkeit konnte SÜß in dieser Studie bestätigen. Bei der Prüfung der differentiellen Wirksamkeit zeigte sich eine Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepte gegenüber der eklektischen Standardtherapie, diese Beziehung war jedoch nicht statistisch signifikant. SÜß weist darauf hin, dass es sich bei den verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepten um eklektische, größtenteils nicht-standardisierte Therapieprogramme handelt, die auch Elemente der eklektischen Standardtherapie enthalten. Die alleinige Disulfiram-Therapie zeigte die schlechteste Abstinenzrate nach Entlassung.

Eine weitere wichtige Studie, die sich mit der Frage der generellen und differentiellen Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze beschäftigte, ist die MATCH-Studie (PROJECT MATCH RESEARCH GROUP 1997b). Sie stellt eine der größten je durchgeführten Psychotherapiestudien zur Therapie der Alkoholabhängigkeit dar. Anhand von ausgewählten Variablen (u.a. psychiatrischer Schweregrad, Geschlecht, Soziologie, kognitive Defizite) sollte geprüft werden, ob für bestimmte Patientenmerkmale eine der drei Therapiekonzepte am geeignetesten erscheint.

In der Studie wurden 1726 Patienten randomisiert einer der folgenden drei Therapieformen zugeteilt:

- einer kognitiven Verhaltenstherapie zur Verbesserung der „coping skills“
- einer Behandlung zur Motivationsförderung
- einer an das Zwölf–Stufen-Schema der Anonymen Alkoholiker angelehnten Therapie.

952 der Patienten nahmen an einer ambulanten Alkoholtherapie teil, die übrigen 774 Patienten erhielten ambulante Nachsorge nach stationärem Aufenthalt oder nach der Behandlung in Tageskliniken. Die Behandlung dauerte jeweils 12 Wochen. Nachuntersuchungen erfolgten nach 3, 6, 9, 12 und 15 Monaten. Es konnte bei allen drei Therapiekonzepten ein signifikanter Anstieg der trinkfreien Tage gezeigt werden. Rückfällige wiesen geringere Trinkmengen auf als vor der Therapie, jedoch stellte sich kein Therapiekonzept als dem anderen überlegen heraus.

2.9. Vergleich mit Spontanverläufen

Inwieweit beeinflusst Therapie die Abhängigkeit? Mit dieser Frage beschäftigt sich die Arbeit von WEISNER et al. (2003). WEISNER et al. (2003) verglichen 1-Jahres Ergebnisse von behandelten mit unbehandelten Alkoholabhängigen. Sie untersuchten 111 unbehandelte Alkoholabhängige der Normalbevölkerung und 371 Alkoholiker, die an einem Behandlungsprogramm teilnahmen. Die Gruppe der behandelten Alkoholiker wies in der Auswertung eine höhere Abstinenzrate und häufiger ein „unproblematisches“ Trinkverhalten auf als die Gruppe der nicht behandelten Alkoholabhängigen. In einer Regressionsanalyse konnte ein stark positiver Zusammenhang zwischen Behandlung und Abstinenz sowie unproblematischem Trinken gezeigt werden.

WEISNER et al. (2003) schlussfolgern, dass Spontanverläufe (Abstinenz ohne Behandlung) möglich sind, die Wahrscheinlichkeit der Abstinenz mit der Teilnahme an einer Behandlung jedoch deutlich steigt. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Therapie bei Alkoholikern.

2.10. Methode zur Messung des Therapieerfolgs (Erfolgskriterien)

Um die Bedeutung der Therapie von Alkoholikern im Einzelnen zu bewerten, müssen Faktoren zur Messung des Therapieerfolgs definiert werden. Lange galt die Abstinenz als führendes Erfolgskriterium bei der Behandlung von Alkoholabhängigen. Heute

umfassen die Erfolgskriterien einer weiterführenden Suchtbehandlung neben der Abstinenz auch andere Merkmale oder Eigenschaften von Patienten, die mit dem Trinkverhalten in enger Beziehung stehen.

Therapieerfolg, bewertet anhand von Erfolgskriterien mit deren Rangfolge und Gewichtung, ist immer wieder starken Diskussionen ausgesetzt. Dass der Behandlungserfolg nur multidimensional erfassbar sei, beschreiben bereits RÜGER und SENF (1994).

In den „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“, herausgegeben von der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE (1985), zählen folgende Faktoren zu den Erfolgskriterien bei Alkoholismustherapie:

- Suchtmittelkonsum
- berufliche Integration
- Sozialverhalten, v.a. in Partnerschaft und Familie
- körperliche Gesundheit.

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) sehen in der Abstinenz das eigentliche Erfolgskriterium. Sie definieren die Abstinenz als Voraussetzung für eine dauerhafte Lösung anderer Probleme. KÜFNER und FEUERLEIN (1989) vertreten die Meinung, dass Abstinenz einen größeren Einfluss auf andere Kriterien hat als diese auf die Abstinenz. Neben der Abstinenz sehen sie weitere Erfolgskriterien im Sinken der Arbeitslosigkeit, im Anstieg fester Partnerschaften und in der Verbesserung der Lebensverhältnisse.

JOHN (1984) stellt die Bedeutung der Abstinenz als alleiniges Erfolgskriterium und die von KÜFNER und FEUERLEIN (1989) beschriebenen automatisch auf Abstinenz folgenden Veränderungen in anderen Lebensbereichen in Frage. JOHN (1984) fordert die Ausweitung auf mehrere Erfolgskriterien, um die Lebenssituation der Patienten mit einbeziehen zu können. Er untersuchte Erfolgskriterien im Bereich Sozialkontakte und Arbeitssituation und kam zu dem Ergebnis, dass Patienten mit günstigeren Merkmalen des Sozialkontaktes und der Arbeit besseren Erfolg in Bezug auf die Abstinenz hatten. JOHN schlussfolgerte, dass Behandlungserfolg nicht allein am Trinkverhalten auszumachen ist, sondern auch Kriterien aus den Bereichen des sozialen Umfeldes und der Arbeitssituation mit eingeschlossen werden müssen.

In einer weiteren Studie konnte JOHN (1979b) das Vorhandensein einer Arbeitsstelle als hochsignifikanten Indikator für das Trinkverhalten darstellen. Darüber hinaus konnte die positive Auswirkung der baldigen Wiederaufnahme von Arbeit nach Ende der Therapie auf das Trinkverhalten gezeigt werden.

DE SOTO et al. (1989) sahen in Abstinenz und in der Zeit die wichtigsten Schlüssel zum Erfolg. Abstinente Alkoholiker können sich über die Zeit von Entzugerscheinungen und zerebralen Dysfunktionen erholen und sich in sozialen Beziehungen und in der Berufswelt rehabilitieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auch bei der Definition von Wirkfaktoren unterschiedliche Wege zum eigentlichen Ziel führen. So kann zum einen die Abstinenz Veränderungen der eigenen Person, des sozialen Umfelds und der Arbeitswelt herbeiführen. Zum anderen können auch ein stabiles soziales Umfeld und eine gesicherte Arbeit die Abstinenz eines Patienten fördern.

In der Wahl der Einschlusskriterien für die Göttinger Kurzzeittherapie werden die eigentlichen Prognosefaktoren deutlich. So sind ein intaktes soziales Umfeld, die berufliche Integration, eine stabile Wohnsituation und die eigene Motivation zur Abstinenz als Erfolgskriterien anzusehen.

2.11. Ziel der Arbeit/Fragestellungen

Die immense Bedeutung der Alkoholtherapie wird neben der Betrachtung eines jeden Einzelschicksals der betroffenen Alkoholiker vor allem bei der Betrachtung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Sucht deutlich. Laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren sind 2,0% der stationären Behandlungsfälle im Jahre 1997 dem Konsum von Alkohol zuzurechnen. 73714 Todesfälle jährlich sind allein durch Alkoholkonsum bedingt. Bezüglich der volkswirtschaftlichen Kosten schätzten HANKE und JOHN 2003 die Kosten Alkoholbezogener Krankheiten für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Mrd. Euro. Diese Summe entspricht 1,16% des Bruttoinlandsproduktes, wobei 8,4 Mrd. Euro direkte Kosten (ambulante/stationäre Behandlungen/Rehabilitation) und 16 Mrd. indirekte Kosten (Mortalität/Arbeitsunfähigkeit/Frühberentung) darstellen (HANKE und JOHN 2003)

Anhand der Nachuntersuchung von 76 Patienten der 6-Wochen-Kurzzeittherapie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen soll die Effektivität der durchgeführten Kurzzeittherapie untersucht und mit anderen Therapieformen verglichen werden.

Als primäres Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung des Rückfallverhaltens zu sehen. Hiermit verbunden ergeben sich sekundäre Ziele und Fragestellungen, die sich an diese Problematik anschließen.

So soll das Rückfallverhalten hinsichtlich folgender Fragen näher untersucht werden:

- Wann ereignen sich Rückfälle?
- Wie viele Patienten erleiden einen Rückfall?
- Wie wird der Rückfall begründet, wie bewertet?
- Welche Anlaufstationen werden im Rückfall aufgesucht?

Sekundäre Fragestellungen:

- Welche Faktoren beeinflussen das Rückfallverhalten (fördernd/schützend)?
- Schützt Nachsorge vor Rückfällen? Zeigen Patienten, die Nachsorgeangebote in Anspruch nehmen, ein besseres Abstinenzverhalten? Nehmen vor allem rückfällige Patienten Nachsorgeangebote in Anspruch?
- Welche Rolle spielt Komorbidität? Welche Bedeutung haben Zweitabhängigkeiten, welche Rolle spielen Depressionen als psychiatrische Komorbidität?

2.12. Hypothesen

Aus den aufgestellten Fragen und unter Berücksichtigung der oben genannten Literatur ergeben sich folgende Hypothesen, die zu prüfen sind:

- Psychotherapie ist effektiv in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit;
- höchste Rückfallrate/Rückfallrisiko in der ersten Zeit nach Entlassung (KÖRKELE und KRUSE 2005). Die meisten Rückfälle ereignen sich nach LÄNGLE (1990) in den ersten zwei Jahren nach Entlassung;
- Sicherheit in beruflicher und sozialer Umgebung (berufliche Perspektive, soziale Integration) fördert die Abstinenz bzw. schützt vor Rückfällen (JOHN1979b). Der berufliche Status als Prädiktor für den Behandlungserfolg (BURTSCHIEDT et al. 2001);
- erhöhte Zufriedenheit (soziales, körperliches und seelisches Wohlbefinden über Freizeit, Arbeitsplatz etc.) schützt vor Rückfällen;
- negative psychische Symptome (z.B. Somatisierung, Aggressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken) erhöhen die Rückfallwahrscheinlichkeit;
- Nachsorge durch umfassende soziale und psychologische Unterstützung sowie der weitere Besuch von Selbsthilfegruppen nach Entlassung kann die Rückfallrate verringern, den Rückfall an sich abschwächen und mögliche negative soziale Konsequenzen verhindern (LAUER 1988);

- Nachsorge in Form von Selbsthilfegruppen hat sich als effektiv erwiesen (GOSSOP et al. 2003). Teilnehmer einer SHG zeigten einen geringeren Alkoholkonsum als Nichtteilnehmer (GOSSOP et al. 2003, BOTTLENDER und SOYKA 2005a);
- unter Alkoholabhängigen gibt es eine erhöhte Anzahl psychiatrischer Zweiterkrankungen (Angst-, Zwangs-, Belastungsstörungen etc.) (HELZER und PRYZBECK 1988). Rückfällige Patienten weisen eine erhöhte Komorbidität auf (BÄCHLE 2003);
- vermehrte psychische Komorbidität korreliert mit geringerer Abstinenzquote, bzw. erhöhtem Rückfallverhalten.

3. Methodik

Der Methodikteil gliedert sich zwei Abschnitte. Im ersten wird die durchgeführte Kurzzeittherapie beschrieben, im zweiten folgt die methodische Auswertung der vorliegenden Arbeit.

3.1. Methode der Kurzzeitpsychotherapie = stationäre 6-Wochen-Psychotherapie

Im Folgenden wird die in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Göttingen durchgeführte 6-Wochen-Kurzzeittherapie, deren Entstehung, Anforderungen und die einzelnen Elemente der Therapie ausführlich beschrieben. Darüber hinaus werden das behandelnde Team und die poststationäre Begleitung durch ambulante Nachsorge vorgestellt.

3.1.1. Allgemeines

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen besteht seit 1987 eine eigene Suchtstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in der sowohl akute Entgiftungsbehandlungen als auch geschlossene Kurzzeitpsychotherapien durchgeführt werden. Das kombinierte Behandlungssetting bietet entscheidende Vorteile. Zum einen erleben die Akutpatienten die Fortschritte der 6-Wochen-Patienten und können dadurch Mut und Motivation für ein Leben nach der Sucht schöpfen. Zum anderen spiegeln die Akutpatienten den Psychotherapiepatienten das Bild eines Lebens mit der Sucht, den Suchtalltag und die Realität der Abhängigkeit wider. Die Entwicklung der Suchtstation, das Therapiekonzept und die ersten Erfahrungen wurden von SCHAUBURG et al. (1989) erstmals beschrieben.

Die Kurzzeitpsychotherapie richtet sich vor allem an Patienten mit einer sekundären Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, oft im Rahmen einer neurotischen oder persönlichkeitsgestörten Grunderkrankung. Die Patienten müssen vor Antritt der Therapie eine Entgiftung durchgeführt haben, diese sollte wenn möglich zeitnah zur Psychotherapiebehandlung liegen.

Die psychotherapeutische Behandlung in der Kurzzeittherapie zentriert auf die individuelle Psychodynamik der Suchterkrankung und auf die aktuellen interpersonellen Konflikte unter Berücksichtigung der biografischen Anamnese der Patienten. Neurosenstrukturelle Aspekte der Suchtentwicklung finden bei den Inter-

ventionstechniken besondere Berücksichtigung. Im Bereich der 6-Wochen-Therapie werden jährlich in etwa 4 - 5 Gruppen mit bis zu 8 Patienten angeboten.

3.1.2. Zielgruppe, Ein- und Ausschlusskriterien

Zu den Aufnahmebedingungen für die Kurzzeitpsychotherapie zählen neben dem Abschluss der körperlichen Entgiftung die grundsätzliche Behandlungsbereitschaft, die Kenntnis des Behandlungskonzepts und die mehrmalige Teilnahme an der im Vorhinein stattfindenden Kontaktgruppe. Folgende weitere spezifische Einschlusskriterien gelten für die Teilnahme:

- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit
- relative soziale Stabilität (Familie, Partnerschaft, Wohnung)
- Gruppenfähigkeit
- Verbalisierungsfähigkeit (Ausschluss schwerer kognitiver oder hirnerganischer Beeinträchtigungen)
- Introspektionsfähigkeit/Selbstexplorationsfähigkeit
- Ausschluss schwerer Persönlichkeitsstörungen, affektiver Störungen sowie schwerer Angststörungen.

3.1.3. Elemente der stationären Kurzzeitpsychotherapie

Das stationäre Behandlungsprogramm setzt sich aus folgenden Elementen zusammen:

• Psychotherapiegruppe (2x wöchentlich 90 min)

Die Psychotherapiegruppe stellt eine psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie dar, in der das persönliche Erleben und Verhalten im aktuellen Gruppengeschehen thematisiert wird.

• Einzeltherapie (1x wöchentlich 60 min bei Bedarf)

Die Einzeltherapie dient der Vertiefung und Unterstützung der Gruppenpsychotherapie (Bearbeitung der Widerstände) und der Nachreifung der Persönlichkeit (Ich-Funktionsdefizite). Ein zusätzliches Ziel der Einzelbehandlung, die im Rahmen der Kurzzeittherapie auch eine Haltefunktion übernimmt, ist die Förderung der weiteren Therapiebereitschaft.

• Selbstsicherheitstraining (2x wöchentlich 90 min)

Das Selbstsicherheitstraining ist eine Gruppentherapie unter Anwendung der Technik des Rollenspiels zur Stärkung der sozialen Kompetenzen. Ziel dieser Gruppe ist

darüber hinaus die Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung der Patienten, Selbstbehauptung im Sinne der Durchsetzung eigener angemessener Forderungen und die Bewältigung von Belastungssituationen. Das Beziehungsverhalten der Patienten, bzw. die Stärkung persönlicher Erfahrungen mit sich selbst und mit anderen stehen im Zentrum der Gruppenarbeit.

- **Körpererfahrungsgruppe (2x wöchentlich 90 min)**

Sie basiert auf der Grundlage der Tanz- und Bewegungstherapie sowie der Krankengymnastik. Ziele sind u.a. eine differenziertere Körperwahrnehmung und die Auseinandersetzung mit dem eigenem Körperbild. Die Förderung des Gespürs für die eigenen Grenzen und die Suche nach persönlichen Ausdrucks- und Bewegungsformen stehen im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit. Der für Suchtpatienten wichtige Bereich des Abbaus körperlicher Spannungen wird in Einzel- und Gruppenübungen erprobt. Der Selbsterfahrungscharakter dieser Gruppe ist bei Patienten mit rigiden Abwehrformen besonders hoch.

- **Gestaltungstherapie/Kunsttherapie (2x wöchentlich 90 min.)**

In dieser Gruppe werden mithilfe unterschiedlicher kreativer Medien Ausdrucksmöglichkeiten im nonverbalen Bereich erprobt und reflektiert. Die Anwendung verschiedener malerischer und plastischer Techniken gibt den Patienten die Möglichkeit, sprachlich noch nicht erfassbare Bedürfnisse und Gefühle auf dem Wege des Gestaltens klarer zu erkennen und unbewusste Zusammenhänge besser zu verstehen.

- **Suchtgruppe (2x wöchentlich 45 min)**

Die Suchtgruppe ist eine themenzentrierte Gruppe unter Anwendung des so genannten Jellinek-Schemas. Es werden suchtspezifische Themen wie z.B. erlebte Rückfälle, soziale Folgen des Alkohols und der persönliche Umgang der Patienten mit dem Suchtmittel erörtert. Darüber hinaus werden spezielle aktuelle Themen der Patienten aufgegriffen.

- **Informationsgruppe (1x wöchentlich 60 min)**

Sie dient der Wissensvermittlung zu medizinischen Grundlagen der Suchterkrankung (Ursachen, Folgeerkrankungen, spezielle Therapien).

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (3x wöchentlich)**

Diese Gruppe bietet Anleitungen zur systemischen Entspannung durch die aktive Anwendung spezieller Techniken.

- **Sportgruppe**

In der Sportgruppe werden unterschiedliche Sportarten angeboten.

- **Selbsthilfegruppen (2x wöchentlich)**

Die Gruppen finden zunächst in der Klinik statt. Ab der zweiten Therapiewoche können die verschiedenen Selbsthilfegruppen vor Ort besucht werden (Probebesuche).

- **Nachsorgegruppe (ambulant)**

Besprechung aktueller Ereignisse und Probleme, Nachbearbeitung einzelner Therapiethemen. Im Rahmen der Nachsorge (ambulant) werden zusätzlich Partner-, bzw. Familiengespräche angeboten

- **Angehörigenabend**

Dieser Abend dient der Vermittlung von Informationen über Suchterkrankungen, Besprechung spezifischer Anliegen und Probleme von Angehörigen (Schuld, Vertrauensverlust, Trennung, Umgang mit Alkohol und Rückfall). Die Veranstaltung findet in der fünften Therapiewoche statt.

3.1.4. Das Team

Das therapeutische Team besteht aus je einem Psychologen/Psychotherapeuten, Körpertherapeuten, Kunst-/Gestaltungstherapeuten, Sozialarbeiter und zwei zuständigen Fachpflegern. Die Therapie wird durch einen Arzt und einen Oberarzt begleitet. Die therapeutische Arbeit in einer Kleingruppe bei begrenzter Zeitdauer und umschriebenem Therapiefokus erfordert einen intensiven fachlichen Austausch der verschiedenen an der Therapie beteiligten Mitarbeiter. Wöchentlich findet eine Besprechung (90 min) aller Mitarbeiter zum Therapieverlauf jedes einzelnen Patienten und zum Gruppenverlauf statt. Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene und Schwierigkeiten im Therapieprozesses (Stationsalltag, Regeln, Widerstand in der Therapie) werden erörtert. Bezugspunkt ist der jeweilige Therapiefokus der Patienten.

3.1.5. Nachsorgebehandlung

Im Anschluss nehmen alle Patienten an Nachsorgegruppen-Treffen (90 min./Woche über sechs bis zwölf Wochen) teil. Bei Bedarf wird gezielt Einzel-, Familien- oder Paartherapie durchgeführt.

3.2. Durchführung der Nachuntersuchung

Die vorliegende Arbeit stellt eine retrospektive statistische Ausarbeitung der Kurzzeitpsychotherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit der Jahrgänge 1998 - 2004 (Studie 2) dar. Verglichen werden diese Jahrgänge mit den Therapiejahrgängen 1993 - 1997 (Studie 1), deren Ergebnisse bereits erhoben, aber noch nicht veröffentlicht wurden. Die Arbeit konzentriert sich hauptsächlich auf die statistische Auswertung der Katamnesebögen der Studie 2, der Untersuchung der Komorbidität und deren Auswirkung auf die Abstinenz.

76 Patienten, die im Zeitraum Februar 1998 bis März 2004 an der 6-Wochen-Kurzzeittherapie teilnahmen, wurden angeschrieben mit der Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Katamnesebogens. Wenn die angeschriebenen Patienten nach sechs Wochen nicht geantwortet hatten, wurden sie postalisch erneut kontaktiert. Nach einer Frist von einem Monat bekamen die säumigen Patienten ein Erinnerungsschreiben zugesandt, in dem noch einmal um die Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens gebeten wurde. Erfolgte auch darauf keine Antwort, wurden sie telefonisch nochmals auf die Beantwortung des Fragebogens hingewiesen und gegebenenfalls nach Gründen des Nichtantworens befragt.

3.2.1. Stichprobe

Untersucht werden die Daten von 76 Patienten, die zwischen Oktober Februar 1998 und März 2004 (Studie 2) an der stationären Kurzzeittherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Göttingen teilgenommen haben. Die Untersuchung schließt sich der vorangegangenen Katamnese der Behandlungsjahrgänge 1993 - 1997 (Studie 1) an. Alle Patienten haben vor der Kurzzeitpsychotherapie an einer Entzugsbehandlung teilgenommen. Jährlich beginnen vier bis fünf Kurzzeitpsychotherapiegruppen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen mit einer Teilnehmerzahl von bis zu acht Patienten pro Gruppe. Das bedeutet, dass pro Jahr ca. 20 bis 30 Patienten an der 6-Wochen-Therapie teilnehmen, dadurch erstreckt sich der Katamnesezeitraum dieser Studie über drei Monate bis hin zu sechs Jahren. Die unterschiedliche Katamnesezeitdauer wird bei der zeitlichen Errechnung der Rückfallereignisse berücksichtigt und mit Hilfe der Kaplan-Meier-Schätzer-Kurve dargestellt.

3.2.2. Instrumente

Als Erhebungsinstrumente werden der Nachbefragungsbogen, ICD-Diagnosen und der BSI-Fragebogen verwendet.

- **Katamnesebogen**

Es wurde ein Fragebogen eingesetzt, der sich an den Katamnesebogen der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ anlehnt. Der Katamnesebogen (siehe Anhang) umfasst insgesamt 42 Fragen, die sowohl demographische Daten (Basisdaten) als auch detaillierte Fragen zur aktuellen Situation in verschiedenen Lebensbereichen erfassen. Neben detaillierten Fragen zur Lebenssituation, Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen, zum Suchtmittelkonsum, zur Arbeitssituation, zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen werden auch Fragen zum Rückfallverhalten und zur Inanspruchnahme von Hilfen im Fall eines Rückfalls abgefragt. Der Fragebogen ist unterteilt in zwei Abschnitte. Der erste Teil sollte von allen Befragten beantwortet werden, der zweite Teil beinhaltet Fragen zum Rückfall, die entsprechend nur von den rückfälligen Patienten beantwortet werden sollen.

- **BSI (Brief Symptom Inventory)**

Der BSI bzw. SCL-53 (DEROGATIS 1993), ist eine Kurzform der Symptom Check List (SCL-90-R) von DEROGATIS (FRANKE 2001). Der Fragebogen bezieht sich auf die subjektive Beeinträchtigung auf Grund körperlicher und psychischer Symptome.

Der BSI besteht aus 53 Items und wird in neun Symptomkategorien und weitere drei globale Indizes eingeteilt. Die Patienten sollen zu Therapiebeginn bewerten, wie stark sie in der letzten Woche unter den angegebenen Symptomen gelitten haben. Dazu gibt es eine Fünf-Punkte-Bewertungsskala, in der sie zwischen 0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=moderat, 3=stark und 4=sehr stark wählen können. Der BSI sollte innerhalb acht bis zehn Minuten auszufüllen sein.

Die einzelnen Skalen des BSI:

Somatisierung	Diese Skala beinhaltet somatische Beschwerden und den damit verbundenen psychischen Stress. Einzelne Items beziehen sich auf die verschiedenen Organsysteme.
Zwanghaftigkeit	Diese Skala bezieht sich auf zwanghafte Gedanken, Impulse und Handlungen, die als unwiderstehlich oder nicht bezwingbar erfahren werden. Weitere allgemeine Probleme der kognitiven Funktionen sind mit eingeschlossen.
Depressivität	Diese Skala beinhaltet Symptome von Depressionen. Sie zeigt dysphorische Zustände mit Motivationslosigkeit und Interessensverlust.
Ängstlichkeit	Nervosität, Panikattacken, Anspannungen, Besorgnis sowie somatische Korrelationen der Angst werden in dieser Skala berücksichtigt.
Feindseligkeit und Aggressivität	Es werden Gedanken, Gefühle und Handlungen, die Wut, Ärger und Zorn widerspiegeln, zusammengefasst.
Phobien	Persistierende irrationale Ängste vor Personen, Objekten oder Situationen, die zu Fluchtverhalten oder Vermeidung führen.
Paranoides Denken	Paranoides Denken stellt eine Denkstörung dar, die sich aus Misstrauen, Feindseligkeit, Größenwahn und Angst vor Autonomieverlust zusammensetzt.
Psychotizismus	Diese Skala bezieht sich auf schizophrene Symptome u.a. Gedankenkontrolle und auch auf eine isolierte Lebensführung.
Soziale Unsicherheit	Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel und Unwohlfühlen im zwischenmenschlichen Kontakt werden in dieser Skala zusammengefasst.

Quelle: Franke (2001)

Die Auswertung des BSI erfolgt über die Ermittlung der Rohwerte. Die Rohwerte erhält man, indem die Itemwerte (0 - 4) der verschiedenen neun Skalen aufsummiert und sie anschließend durch die Anzahl der Items der einzelnen Skalen dividiert.

Es werden drei Globalwerte berechnet:

- Gesamtmittelwert (GSI) = sensitivster Marker für das Stressniveau
- Anzahl positiver Antworten (PST) = durchschnittliche Stressniveau einer Person
- Mittelwert positiver Antworten (PSDI) = Überblick über die Bewertung von Stress durch den Patienten.

Es konnte eine hohe Übereinstimmung zwischen dem SCL-90R und dessen Kurzform (BSI) bei einer Studie mit 565 psychiatrischen Patienten festgestellt werden (FRANKE 2001). Die Validität des BSI wurde auch für die einzelnen Skalen nachgewiesen (FRANKE 2001).

• ICD-Diagnosen

Die ICD-10-Diagnosen (1999) wurden den stationären Akten entnommen. Die psychiatrischen Diagnosen wurden an Hand der ICD-Kriterien verschlüsselt. Die ICD-Diagnosen wurden, wie im entsprechenden Schrifttum vorgesehen, nach Buchstaben in die verschiedenen Organklassen eingeteilt.

Tabelle 2: ICD-10-Diagnosengruppen

ICD-10 Diagnosen	
ICD-C	Neoplasien
ICD-D	Blut, blutbildende Organe, Immunsystem
ICD-E	Endokrinium, Ernährung, Stoffwechsel
ICD-F	Psychische und Verhaltensstörungen
ICD-G	Nervensystem
ICD-H	Auge und Ohr
ICD-I	Kreislauf
ICD-J	Atmungssystem
ICD-K	Verdauungssystem
ICD-L	Haut
ICD-M	Muskel-Skelett-System, Bindegewebe
ICD-X	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Quelle: ICD-10-SGBV (1999), S. V - XIII

Die psychiatrischen Erkrankungen werden gemäß der vorgegebenen Nummerierung in Untergruppen unterteilt. Die eigentliche Suchtdiagnose ist in der Regel als Erstdiagnose von weiteren Zweitdiagnosen getrennt (siehe Tab. 3). Die ICD-X Diagnose Suizidversuch wird in die Kategorie der psychiatrischen Erkrankungen mit aufgenommen. Die Zweitdiagnosen selbst werden wiederum in psychiatrische (ICD-F) und somatische (alle weiteren Diagnosen) Zweitdiagnosen eingeteilt.

Tabelle 3: ICD-F-Kriterien (psychiatrische Erkrankungen)

ICD-F-Kriterien	
Erstdiagnosen	
10.00 – 10.10	Alkoholmissbrauch
10.20 – 10.29	Alkoholabhängigkeit
12.00 – 13.90	Medikamentenabhängigkeit
Zweitdiagnosen	
01.00 – 09.90	Organische psychische Störungen
10.30 – 19.90	Psych. +.Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
30.00 – 39.90	Affektive Störungen
40.00 – 49.90	Neurot., Belastungs-+ somatoforme Störungen
50.00 – 59.90	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
60.00 – 69.90	Persönlichkeits-+ Verhaltensstörungen
ICD-X- Kriterium	
84.90	Suizidversuch

Quelle: ICD-10-SGBV (1999), S.149 – 199 + S. 677

3.2.3. Datenbasis

Die in dieser Arbeit erhobenen Daten zur Beurteilung der 6-Wochen-Psychotherapie sind dem Katamnesefragebogen entnommen. Zur Beurteilung der Komorbidität der Patienten und deren Auswirkung auf den Therapieerfolg sind Daten anhand der ICD-Diagnosen der stationären Akten und des BSI-Fragebogens erfasst worden.

- **Daten des Katamnesebogens**

Siehe Anhang

- **Daten der ICD-10-Kriterien**

Die ICD-Diagnosen sind den Diagnosen des Entlassungsbriefes der Kurzzeitpsychotherapie entnommen.

- **Daten des BSI**

Der BSI-Fragebogen wurde zu Therapiebeginn von den Patienten ausgefüllt.

3.2.4. Statistik

Die statistische Auswertung des Katamnesebogens, der ICD-Diagnosen und des BSI-Fragebogens erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS.

- **Auswertungen des Katamnesebogens**

Die Ergebnisse dieser Studie werden hauptsächlich mit Hilfe deskriptiver Statistiken berechnet (Häufigkeiten und Mittelwerte). Zur Überprüfung der Hypothesen wurden vor allem bivariate Rangkorrelationen nach Kendall-Tau verwendet.

Die Werte der berechneten Korrelationskoeffizienten nach Kendall-Tau liegen zwischen -1 und 1. Das Vorzeichen des Koeffizienten zeigt die Richtung der Beziehung (positiv, negativ) an. Der absolute Wert des Korrelationskoeffizienten gibt die Stärke der Beziehung an, größere absolute Werte weisen auf stärkere Beziehungen hin. Darüber hinaus wird die Signifikanz (p-Wert) berechnet. Bei einer Signifikanz $<0,05$ gilt die Beziehung zwischen zwei Variablen als signifikant, d.h. die Variablen sind statistisch voneinander abhängig. Als hoch signifikant gilt die Korrelation, wenn sie auf dem 0,01 Niveau liegt. Eine hoch signifikante Beziehung wird im Folgenden mit ** im Anschluss an den p-Wert markiert. Eine einfach signifikante Beziehung erhält *, eine nicht signifikante Beziehung wird mittels n.s (nicht signifikant) markiert.

Darüber hinaus wird der T-Test für unabhängige Stichproben verwendet, um verschiedene Stichproben hinsichtlich ihrer Mittelwerte zu untersuchen. Die Frage, ob auftretende Mittelwertunterschiede sich mit zufälligen Schwankungen erklären lassen, kann beantwortet werden. Berechnet werden Prüfgröße t , Freiheitsgrade df und die Irrtumswahrscheinlichkeit p .

Der zeitliche Verlauf der Rückfallereignisse wird durch die Survivalkurve (Kaplan Meier Schätzer) dargestellt. Mit Hilfe der Kurve können zeitliche Abstände zwischen Behandlungsende und Rückfallereignissen berechnet und graphisch dargestellt werden. Darüber hinaus können die bis zum Katamnesezeitpunkt abstinenten Patienten graphisch erfasst werden („zensiert“).

• BSI-Auswertung

Die BSI- Auswertung erfolgt ebenfalls mit Hilfe der Korrelationsberechnung nach Kendall-Tau. Für die einzelnen Skalenwerte des BSI werden Korrelationen mit dem Trinkverhalten errechnet.

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie 2 des Zeitraumes 1998 – 2004 dargestellt. Die Auswertung des Katamnesebogens beinhaltet die ausführliche Darlegung soziodemographischer Daten sowie Daten zum Trinkverhalten der Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Zur Erfassung von Prädiktoren werden signifikante Beziehungen mit dem Trinkverhalten untersucht. Das Rückfallverhalten sowie die ambulante Nachsorge werden ausgewertet. Die Beurteilung der Komorbidität erfolgt anhand der ICD-Diagnosen sowie des BSI-Fragebogens.

4.1. Datenbasis

Die Datenbasis umfasst das Antwortverhalten sowie die Rücklaufquote des Katamnesefragebogens.

4.1.1. Antwortverhalten des Katamnesebogens

Insgesamt nahmen 76 Patienten im Behandlungszeitraum 1998 bis 2004 (Studie 2) an der 6-Wochen-Kurzzeittherapie an der Universitätsklinik Göttingen teil. Von den 76 Patienten beendeten 73 Patienten die Therapie regulär. Zwei Patienten wurden aus disziplinären Gründen vorzeitig entlassen, ein Patient wurde auf eine andere Station verlegt.

Alle 76 Patienten wurden mit der Bitte um Beantwortung des zugeschickten Fragebogens angeschrieben. Tabelle 4 zeigt das Antwortverhalten der Patienten. In acht Fällen (10,5%) konnte auch über das Einwohnermeldeamt keine aktuelle Adresse ermittelt werden. Drei Patienten sind seit dem Ende der Therapie verstorben. Insgesamt sind 11 Patienten nicht erreichbar oder verstorben.

Die Stichprobe der vorliegenden Auswertung umfasst folglich 65 Patienten.

Die oben erwähnten drei Patienten, die die Therapie nicht regulär beendeten, sind in die Nachbefragung mit eingeschlossen. Von ihnen schickten zwei vorzeitig entlassene Patienten den Fragebogen unausgefüllt zurück, der auf eine andere Station verlegte Patient antwortete nicht.

Von 53 Patienten liegen ausgefüllte Fragebögen vor, die Rücklaufquote insgesamt beläuft sich daher auf 70%. Berechnet man die Rücklaufquote anhand der erreichten Patienten (n=65) und vernachlässigt die Personen, die den Brief auf Grund von

Unzustellbarkeit nicht erhalten haben oder verstorben sind, so beläuft sich die Rücklaufquote auf 81,5%.

Tabelle 4: Antwortverhalten aller angeschriebenen Patienten

	Anzahl	Prozent
geantwortet	53	69,7
sofort	34	44,7
nach schriftlicher Aufforderung	14	18,4
nach Telefonat	5	6,6
nicht geantwortet	9	11,8
Adresse nicht ermittelbar	8	10,5
keine Angaben	3	3,9
verstorben	3	3,9
Gesamt	76	100

Von 53 der antwortenden Personen beantworteten 34 Patienten (64,2%) den Fragebogen sofort, 14 Patienten (26,4%) nach einer erneuten schriftlichen Aufforderung. Die telefonische Erinnerung brachte in 5 Fällen (9,4%) weitere katamnestische Informationen. Die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse beziehen sich somit auf die 53 Patienten (21 Frauen, 32 Männer), die den Katamnesebogen ausgefüllt haben.

4.1.2. Katamnesedauer

Der Zeitraum zwischen Entlassung aus der 6-Wochen-Therapie und der Nachbefragung ist bei den Patienten unterschiedlich lang. Die Unterschiede in der Katamnesedauer sind auf die Durchführung der 6-Wochen-Therapie in Kleingruppen zurückzuführen. Jährlich werden in der Regel 5 - 6 Therapiegruppen angeboten. Da die Nachbefragung für alle Gruppen zu ein- und demselben Zeitpunkt stattfindet, entstehen unterschiedliche Katamnesezeiträume.

Die Katamnesedauer beträgt im Durchschnitt 33,28 Monate mit einem Minimum von 3 Monaten und einem Maximum von 6,25 Jahren.

Die Einteilung der Patienten nach Behandlungsjahrgängen mit dem Ziel, Veränderungen auf Grund von unterschiedlichen Nachbefragungszeiträumen erfassen zu können, lässt die Fallzahl so klein werden, dass die Aussagekraft deutlich eingeschränkt wird. Die Anteile der Nichtantworter schwanken in den einzelnen Jahrgängen zwischen 0 und 20%. Im Jahr 2003 erreicht der Anteil der Nichtantworter mit 44,4% den höchsten Wert. Eine statistische Auswertung der einzelnen Behandlungsjahrgänge bleibt rein deskriptiv.

4.1.3. Suchtdiagnosen

Von 52 der 53 Patienten, die den Fragebogen beantwortet haben, liegen ICD-Diagnosen vor. Zum Zwecke der Übersichtlichkeit werden die Suchtdiagnosen (siehe Tab. 5) getrennt von weiteren psychiatrische Diagnosen aufgelistet. Die Suchtdiagnose entspricht nicht unbedingt der Hauptdiagnose.

Bei den 52 Patienten, von denen ICD-Diagnosen vorliegen, bestehen 59 Suchterkrankungen (Mehrfachdiagnosen). 47 Patienten (79,7%) weisen eine Alkoholabhängigkeit, vier Patienten (6,8%) einen Alkoholmissbrauch und eine Patientin (1,7%) eine Medikamentenabhängigkeit als Suchterkrankung auf.

Bei sieben der 52 Patienten besteht eine weitere Suchterkrankung, in Tabelle 5 gezeigt anhand von Doppeldiagnosen. Fünf Patienten mit einer Zweitabhängigkeit zeigen eine Sedativa oder Hypnotikaabhängigkeit, ein Patient weist eine Cannabisabhängigkeit und ein weiterer Patient eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auf.

Tabelle 5: Suchtdiagnosen

ICD-10–Diagnose	Anzahl	Prozent
Alkoholmissbrauch F10.1	4	6,8
Alkoholabhängigkeit F10.2	47	79,7
Medikamentenabhängigkeit F13.2	1	1,7
Doppeldiagnosen	7	11,8
Gesamt	59	100

4.2. Soziodemographische Daten

Im Folgenden werden einzelne soziodemographische Daten betrachtet.

4.2.1. Alter und Geschlecht

Unter den 65 erreichten Adressaten (nicht verstorben, Brief zustellbar) befinden sich 28 Frauen (43,1%) und 37 Männer (56,9%). Insgesamt antworteten weniger Frauen als Männer, so dass sich unter den Antwortern 21 Frauen (39,6%) und 32 Männer (60,4%) befinden. Mittels Chi Quadrat Test kann kein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied im Antwortverhalten gezeigt werden ($\chi^2(1, 65) = 1,4$ $p = .023$)

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 48,64 Jahren mit einem Minimum von 32 und einem Maximum von 66 Jahren. Nach Geschlecht getrennt, liegt das Durchschnittsalter für Frauen bei 47,81 Jahren (min. 32J, max. 66J) und für Männer bei 49,19 Jahren (min. 35J, max. 65J).

4.2.2. Familienstand

Angaben zum Familienstand sind dem Fragebogen entnommen und spiegeln die familiäre Situation zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wider.

Tabelle 6: Familienstand Frauen – Männer

Geschlecht		Anzahl	Prozent
männlich	ledig	6	18,8
	verheiratet, zusammen lebend	16	50,0
	verheiratet, getrennt lebend	1	3,1
	verheiratet, wegen Problemen getrennt lebend	2	6,3
	geschieden	6	18,8
	verwitwet	1	3,1
	Gesamt	32	100
weiblich	ledig	5	23,8
	verheiratet, zusammen lebend	9	42,9
	verheiratet, getrennt lebend	2	9,5
	verheiratet, wegen Problemen getrennt lebend	1	4,8
	geschieden	3	14,3
	verwitwet	1	4,8
	Gesamt	21	100

Der größte Teil der Patienten der 6-Wochen-Therapie mit 47,2% (n=25) ist zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung verheiratet und lebt mit dem Partner zusammen. Ledig sind 20,8% (n=11), verheiratet und getrennt leben 5,7% (n=3), weitere drei Personen (5,7%) sind zwar verheiratet, leben aber auf Grund von Problemen getrennt. Geschieden sind 17,0% (n=9), 3,8% (n=2) sind zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung verwitwet. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Familienstandes bestehen nicht (siehe Tab. 6).

Informationen über den Familienstand zum Zeitpunkt der Entlassung liegen nicht vor. Veränderungen des Familienstandes im Katamnesezeitraum können somit in der vorliegenden Arbeit nicht erfasst werden.

4.2.3. Partnerschaft

Partnerschaft erfasst im Gegensatz zum Familienstand die Dauer und Sicherheit der Beziehung zum Partner.

Die meisten Teilnehmer (66%, n=35) leben zum Zeitpunkt der Nachbefragung in festen Partnerschaften, wobei der prozentual größte Teil von ihnen mit 52,8% (n=28) mit dem Partner zusammenlebt und lediglich 13,2% (n=7) getrennt vom festen Partner leben. 22,7% (n=12) der Patienten leben allein, 11,3% (n=6) geben zeitweilige Beziehungen an.

Die Partnerschaftsverhältnisse, nach Geschlecht getrennt, sind Tabelle 7 zu entnehmen. Im Gegensatz zum Familienstand können geschlechtsspezifische Unterschiede gezeigt werden. So befinden sich 75% (n=24) der Männer und lediglich 51,4% (n=11) der Frauen in festen Partnerschaften. Dagegen leben 38,1% (n=8) der Frauen seit langem allein, gegenüber nur 6,3% (n=2) der Männer. Mittels T-Test für abhängige Stichproben kann eine sig. Beziehung zwischen dem Geschlecht und der Partnerschaft gezeigt werden ($p = .041^*$, $df = 51$, $t = -2,1$), errechnet anhand der in Tabelle 7 aufgeführten Parameter.

Tabelle 7: Partnerschaft Frauen – Männer

Geschlecht		Anzahl	Prozent
männlich	kurz allein	2	6,3
	lang allein	2	6,3
	zeitweiliger Partner	4	12,5
	fester Partner, zusammenlebend	19	59,4
	fester Partner, getrennt lebend	5	15,6
	Gesamt	32	100
weiblich	kurz allein	0	0,0
	lang allein	8	38,1
	zeitweiliger Partner	2	9,5
	fester Partner, zusammenlebend	9	42,9
	fester Partner, getrennt lebend	2	9,5
	Gesamt	21	100

4.2.4. Sucht in der sozialen Umgebung

Sucht in der eigenen sozialen Umgebung erfasst das Suchtverhalten des Partners und von Angehörigen.

4.2.4.1. Sucht des Partners

63,6% (n=35) der Patienten leben mit einem Partner ohne Suchtprobleme, 23,6% (n=13) führen keine Beziehung. Drei Patienten (5,5%) sehen Ihren Partner als gefährdet an, ein Patient (1,8%) lebt mit abstinentem Partner und einer der Befragten (1,8%) lebt in der Beziehung mit einem abhängigen Partner.

Es kann keine signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der Sucht des Partners nach Kendall-Tau ($p = .29$ n.s., $\tau = .13$) gezeigt werden.

4.2.4.2. Sucht von Angehörigen

47,1% (n=25) der Befragten geben an, Angehörige mit Suchtproblemen zu haben. 28,4% (n=15) haben keine Angehörigen mit Suchtproblemen, 24,5% (n=13) der

Befragten ist eine Suchtproblematik bei Angehörigen nicht bekannt. 15% derjenigen Teilnehmer, die Suchtprobleme bei Angehörigen angeben, berichten von mehreren nahen Verwandten mit einer Suchterkrankung. Eine signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der Sucht von Angehörigen kann nicht gezeigt werden.

4.2.5. Erwerbstätigkeit

Die berufliche Situation der Patienten wird zum Zeitpunkt der Entlassung und zum Zeitpunkt der Nachbefragung erfasst. Eine berufliche Entwicklung im Laufe des Katamnesezeitraums kann somit dargestellt werden.

Direkt nach Entlassung sind 71,2% (n=37) der Patienten erwerbstätig, 20,8 % (n=11) sind arbeitslos (siehe Tab. 8).

Tabelle 8: Beruf nach Entlassung

	Anzahl	Prozent
Angestellter	27	50,9
Facharbeiter	6	11,3
Arbeiter	1	1,9
selbständig	2	3,8
Familienangehörige	1	1,9
erwerbslos	11	20,8
Rentner	3	5,7
krankgeschrieben seit Entlassung	1	1,9
keine Angaben	1	1,9
Gesamt	53	100

Die Arbeitslosigkeit liegt zum Zeitpunkt der Nachbefragung mit 22,6% etwas höher und die Erwerbstätigkeitsrate mit 66% gut 5% niedriger als zum Zeitpunkt der Entlassung. Der Anteil der Rentner ist zum Zeitpunkt der Nachbefragung von 5,7% auf 9,4% gestiegen.

Tabelle 9: Beruf zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

	Anzahl	Prozent
Angestellter	26	49,1
Facharbeiter	5	9,4
Arbeiter	1	1,9
selbständig	2	3,8
Familienangehörige	1	1,9
erwerbslos	12	22,6
Rentner	5	9,4
krankgeschrieben seit Entlassung	1	1,9
Gesamt	53	100

4.3 Trinkverhalten

Das Trinkverhalten wird in dieser Nachuntersuchung in fünf Kategorien gegliedert:

- abstinent
- Kurzurückfall (einmalig, bis zu 4 Tagen)
- abstinent nach Rückfall (min. 3 Monate abstinent)
- soziale Trinker
- nass.

Als „abstinent“ gelten alle Patienten, die seit Beendigung der 6-Wochen-Therapie keinen Alkohol getrunken haben. Unter „Kurzurückfall“ werden alle Patienten gefasst, die einmalig kurzfristig (bis zu 4 Tagen) rückfällig waren. Unter „abstinent nach Rückfall“ werden die Patienten gezählt, die längerfristig oder mehrmals rückfällig waren, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung jedoch seit mehr als 3 Monaten abstinent leben. „Soziales Trinken“ wird im Fragebogen als soziales, nicht tägliches Trinken ohne starke Rausche definiert. Als „nass“ gelten alle Patienten, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung rückfällig sind oder weniger als 3 Monate nach Rückfall abstinent leben.

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, die Abstinenzrate zu berechnen. So kann unter allen Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, die Abstinenzrate berechnet werden. Unter der Annahme, dass die Nichtantworter eher ein rückfälliges Trinkverhalten zeigen, wird häufig darüber hinaus eine „korrigierte Abstinenzberechnung“ aufgestellt. Sie bewertet alle Nichtantworter oder Patienten, von denen keine Information vorliegt, als rückfällig.

4.3.1. Abstinenzrate aller Antworter

Die Abstinenzrate aller Antworter berücksichtigt nur das Trinkverhalten der 53 Patienten, die den Befragungsbogen ausgefüllt haben. Gemäß dieser Einteilung sind zum Nachbefragungszeitpunkt, unabhängig von der Katamnesedauer, 24 Antworter (45,3%) durchgehend „abstinent“. Ein Patient (1,9%) ist abstinent nach einem einmaligen „Kurzurückfall“, 11 Patienten (20,8%) gelten als „abstinent nach Rückfall“. Somit zeigen sich zum Erhebungszeitpunkt 68,0 % (n=36) seit 3 bis 74 Monaten (Median 34 Monate) „abstinent“. 10 Patienten (18,9%) bezeichnen sich als „soziale Trinker“, sieben Patienten (13,2%) gelten als „nass“.

Tabelle 10: Trinkverhalten aller Antwortter

Trinkverhalten	Anzahl	Prozent
trocken	24	45,3
Kurzrückfall	1	1,9
abstinent nach Rückfall	11	20,8
soziale Trinker	10	18,9
nass	7	13,2
Gesamt	53	100

4.3.2. Korrigierte Abstinenz

Tabelle 11 zeigt das Ergebnis bei korrigierter Abstinenz, d.h. unter der Annahme, dass alle Nichtantworter „nass“ sind. Danach leben seit Beendigung der Therapie 36,9% (n=24) aller Patienten „abstinent“. 55,3% (n=36) der Patienten sind seit min. 3 bis max 74 Monaten „abstinent“ (Kategorien: trocken+Kurzrückfall+abstinent nach Rückfall). Als „soziale Trinker“ bezeichnen sich 10 (15,4%) Patienten, als „nass“ gelten hiernach 29,3% (n=19).

Tabelle 11: Trinkverhalten unter Annahme " alle Nichtantworter sind nass "

Trinkverhalten	Anzahl	Prozent
trocken	24	36,9
Kurzrückfall	1	1,5
abstinent nach Rückfall	11	16,9
soziale Trinker	10	15,4
nass	19	29,3
Gesamt	65	100

4.4. Korrelationen mit dem Trinkverhalten

Untersucht werden signifikante Beziehungen zwischen verschiedenen Faktoren und dem Trinkverhalten und somit deren Einfluss auf den Therapieerfolg.

4.4.1. Antwortverhalten und Trinkverhalten

Es kann keine signifikante Korrelation nach Kendall-Tau ($p= 0.27$ n.s., $\tau= -0.05$) zwischen dem Antwortzeitpunkt (sofort, nach schriftlicher, nach telefonischer Aufforderung) und dem aktuellen Trinkverhalten gezeigt werden.

4.4.2. Katamnesedauer und Trinkverhalten

Tabelle 12 zeigt die Unterschiede im aktuellen Trinkverhalten der einzelnen Behandlungsjahrgänge.

Tabelle 12: Katamnesedauer und Trinkverhalten

Trinkverhalten		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Gesamt
trocken	%	25,0	40,0	60,0	53,3	20,0	60,0	50,0	45,3
	n	1	2	6	8	2	3	2	24
Kurzurückfall	%	-	-	-	6,7	-	-	-	1,9
	n	-	-	-	1	-	-	-	1
abstinent n. Rückfall	%	50,0	40,0	20,0	6,7	20,0	20,0	25,0	20,8
	n	2	2	2	1	2	1	1	11
soziale Trinker	%	25,0	20,0	10,0	20,0	40,0	-	-	18,7
	n	1	1	1	3	4	-	-	10
nass	%	-	-	10,0	13,3	20,0	20,0	25,0	13,2
	n	-	-	1	2	2	1	1	7
Gesamt	%	100	100	100	100	100	100	100	100
	n	4	5	10	15	10	5	4	53

Die Bewertung der Zahlen wird, wie bereits erwähnt, durch die stark variierenden Patientenzahlen der verschiedenen Jahrgänge erschwert.

Die Patientenanzahl schwankt zwischen 4 und 15 Patienten pro Jahrgang. Auf Grund der geringen Anzahl der Patienten pro Jahrgang kann eine statistische Berechnung nicht erfolgen. Die weiteren Betrachtungen der einzelnen Jahrgänge sind somit rein deskriptiv, ohne Berechnung von Signifikanzen.

Der Anteil der durchgehend „abstinenten“ Patienten (trocken) schwankt je nach Behandlungsjahrgang zwischen 20% und 60%. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Gruppe der Rückfälligen („nass“) durchschnittlich einen Anteil von etwa 20% ausmacht. In den Jahren 1998 und 1999 gibt es keine Patienten die zum Zeitpunkt der Nachbefragung rückfällig sind („nass“). Der Anteil der Abstinenten (Kategorien: trocken + abstinent + Kurzurückfall) beläuft sich in der Regel auf 70 bis 80%, wobei die durchgängig „abstinent“ lebenden Patienten je nach Jahrgang mit einem Anteil von 40% - 60% vertreten sind.

4.4.3. Geschlecht und Trinkverhalten

Zwischen Geschlecht und dem aktuellem Trinkverhalten kann keine signifikante Korrelation ($p = .71$ n.s., $\tau = -.05$) festgestellt werden.

Es fällt rein deskriptiv auf, dass die Kategorien „trocken“ und „abstinent nach Rückfall“ keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede aufweisen, jedoch größere geschlechtsspezifische Unterschiede in den Kategorien „nass“ und „soziales Trinken“

bestehen. So geben sich bei den Frauen 28,6% als „soziale Trinker“ aus bei nur 12,5% der Männer. Lediglich 4,8% der Frauen, jedoch 18,8% der Männer, sind nass.

Tabelle 13: Trinkverhalten Frauen und Männer

Trinkverhalten	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
trocken	10	47,6	14	43,8
Kurzrückfall	0	0	1	3,1
abstinent nach Rückfall	4	19,0	7	21,9
soziale Trinker	6	28,6	4	12,5
nass	1	4,8	6	18,8
Gesamt	21	100	32	100

4.4.4. Partnerschaft und Trinkverhalten

Zwischen Partnerschaft und Trinkverhalten kann keine signifikante Korrelation nachgewiesen werden ($p = .080$ n.s., $\tau = .21$). Es zeigt sich jedoch eine signifikante Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit der Partnerschaftssituation und dem Trinkverhalten ($p = .050^*$, $\tau = .36$). Die in der Partnerschaft zufriedenen Patienten sind häufiger abstinent, bzw. abstinent lebende Patienten sind signifikant glücklicher in ihrer Partnerschaft.

4.4.5. Beruf und Trinkverhalten

Bei Entlassung sind 71,2% ($n=37$) der Patienten erwerbstätig, 20,8% ($n=11$) arbeitslos, 5,7% ($n=3$) sind berentet. Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen nicht.

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung sind 66% ($n=35$) der Patienten erwerbstätig, 22,6% ($n=12$) sind arbeitslos. Somit gibt es einen leichten Anstieg der Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Der Anteil der Rentner steigt ebenfalls leicht auf 9,4% ($n=5$).

Vergleicht man die berufliche Ausgangssituation der im Laufe der Katamnese Rückfälligen mit der der Nichtrückfälligen, so bietet sich ein unerwartetes Bild. Die Gruppe der Rückfälligen weist zum Entlassungszeitpunkt, verglichen mit der Gruppe der Nichtrückfälligen, eine niedrigere Arbeitslosigkeit (Rückfall=17,9%, kein Rückfall=25,0%) und eine höhere Erwerbstätigkeit (75,0% versus 66,7%) auf. D.h. die beruflichen Voraussetzungen nach Ende der Therapie waren für die heutige Gruppe der Rückfälligen besser als für die Gruppe der bis heute Nichtrückfälligen.

Im Vergleich der Rückfälligen mit Nichtrückfälligen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zeigt sich im Hinblick auf die berufliche Situation ein erwartetes Bild. Die Gruppe der Nichtrückfälligen weist heute eine höhere Erwerbstätigkeit (70,8% versus 62,1%) und eine niedrigere Arbeitslosigkeit (16,7% versus 27,6%) auf, als die Gruppe der Rückfälligen.

Es kann eine signifikante Korrelation zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem aktuellem Trinkverhalten ($p = .031^*$, $\tau = .25$) gezeigt werden, hohe berufliche Zufriedenheit korreliert mit trockenem Trinkverhalten.

4.5. Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Die durchschnittliche Zufriedenheit liegt in allen Kategorien im zufriedenen Bereich, so dass insgesamt eine hohe Lebenszufriedenheit in den verschiedenen zentralen Lebensbereichen vorliegt. Die Gesamtzufriedenheit als Summe aller Zufriedenheiten ergibt für Frauen eine höhere Zufriedenheit als für Männer. Diese Beziehung ist jedoch nicht signifikant (siehe Tab. 15).

Die soziale Zufriedenheit und die Freizeit Zufriedenheit werden bei Frauen und Männer am wenigsten zufriedenstellend bewertet bei einer durchschnittlichen Gesamtzufriedenheit von 2,60.

Mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der körperlichen Verfassung kann für alle übrigen Zufriedenheitskategorien eine signifikante Korrelation nach Kendall-Tau mit dem Trinkverhalten gezeigt werden. D.h. je zufriedener die Patienten, desto häufiger sind sie abstinent (siehe Tab. 14); ob Zufriedenheit die Abstinenz bedingt oder die Abstinenz die Zufriedenheit, bleibt bei der Berechnung offen.

Die stärksten Signifikanzen mit dem Trinkverhalten weisen die Freizeit- und Arbeitsplatzzufriedenheit auf.

Tabelle 14: Korrelationen Trinkverhalten und Zufriedenheiten aller untersuchten Patienten

Zufriedenheit # Trinkverhalten	τ	p (2-seitig)
Freizeit Zufriedenheit	.39	.001**
Zufriedenheit mit Partnerschaft	.33	.006**
Zufriedenheit mit seelischer Verfassung	.29	.012*
soziale Zufriedenheit	.25	.031*
Arbeitsplatz Zufriedenheit	.25	.031*
Zufriedenheit mit körperlicher Verfassung	.16	.157 n.s.

Korrelation mit Kendall Tau

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)

Zufriedenheiten: (1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)

Tabelle 15 stellt die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben zur Berechnung geschlechtsspezifischer Unterschiede bei den Zufriedenheiten dar.

Tabelle 15: Mittelwerte (M) und Standardabweichung (SD) sowie t - und p - Werte für Frauen und Männer in Bezug auf Zufriedenheiten

	Frauen M (SD)	Männer M (SD)	t	P (2-seitig)
Partnerschaft	2,41 (1,37)	2,75 (1,59)	0,74	.46
soziale Zufriedenheit	2,65 (1,46)	2,63 (1,48)	-0,06	.95
Freizeit	2,52 (1,40)	2,66 (1,23)	0,36	.72
Arbeitsplatz	2,33 (1,35)	3,47 (1,59)	2,70	.01**
körperliche Verfassung	2,43 (1,25)	2,81 (1,33)	1,05	.29
seelische Verfassung	2,43 (1,40)	3,00 (1,41)	1,45	.16
Gesamtzufriedenheit	2,52 (1,10)	2,89 (1,18)	1,14	.26

1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden

Es gibt keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf die oben genannten Zufriedenheiten mit Ausnahme der Arbeitsplatzzufriedenheit. Frauen geben signifikant höhere Zufriedenheiten bezüglich des Arbeitsplatzes an.

4.6. Sicherheit ohne Alkohol leben zu können

Auf die Frage, wie sicher sich die Patienten fühlen, auf Dauer ein Leben ohne Alkohol, Medikamente oder andere Drogen führen zu können, zeigten sich unerwartet eindeutige Antworten.

Abstinent lebende Patienten geben signifikant häufiger eine große Sicherheit bezüglich der eigenen Abstinenz an, hingegen geben süchtige Patienten eine große Unsicherheit bezüglich der eigenen Sucht an. Es besteht eine hoch signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der eigenen Sicherheit bezüglich der Sucht (siehe Tab. 16).

Tabelle 16: Sicherheit bezüglich eigener Abstinenz

	Trinkverhalten		Rückfall/ kein Rückfall		nass/ trocken	
	τ	P	τ	p	τ	p
Sicherheit bezüglich eigener Sucht	.52	<.001**	.43	.001**	.60	.001**

4.7. Kontakte

Der größte Teil der Patienten (86,8%, n=46) hat nach Beendigung der Therapie überwiegend Kontakt zu Menschen ohne Abhängigkeitsproblematik oder abstinent lebenden Menschen. Fünf Patienten (9,4%) finden ihre Freunde und den sozialen Kontakt in allen Bereichen (ohne Suchtproblematik/Abstinente/Süchtige) wieder.

Ein Patient (1,9%) hat Kontakt vor allem zu Süchtigen, ein weiterer Patient (1,9%) gibt an, keinen sozialen Kontakt zu haben. Eine sig. Beziehung zwischen dem Trinkverhalten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und den Kontakten der Patienten besteht nicht ($p = .37$ n.s., $\tau = .112$). Auch für die Einteilung Rückfall/kein Rückfall kann keine sig. Korrelation mit Kontaktpersonen nach Entlassung ($p = .820$ n.s., $\tau = .031$) gezeigt werden.

4.8. Rückfälle

29 (54,7%) der 53 Patienten erlitten nach Entlassung aus der 6-Wochen-Kurzzeittherapie einen Rückfall. Tabelle 17 zeigt das momentane Trinkverhalten der rückfälligen Patienten.

Tabelle 17: Trinkverhalten der rückfälligen Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Rückfall	Anzahl	Prozent
Kurzurückfall	1	3,4
abstinent nach Rückfall	11	37,9
soziale Trinker	10	34,5
nass	7	24,1
Gesamt	29	100

62,1% (n=18) der 29 Rückfälligen begaben sich in erneute Entgiftungsbehandlung. 77,7% (n=14) der Patienten, die an einer erneuten Entgiftung teilnahmen, traten die Behandlung innerhalb des ersten Jahres nach der Kurzzeittherapie an. 10 Patienten entgifteten einmal, fünf Patienten auch mehrmals, zwei Patienten machten über die Anzahl der Entgiftungen keine Angaben. 13 Patienten nahmen an einer erneuten stationären weiterführenden Behandlung im Anschluss an die Entgiftung teil.

Tabelle 18 zeigt das Trinkverhalten der 13 Patienten, die sich erneut in stationärer Entzugsbehandlung befanden. Der Anteil „nasser“ Patienten beträgt 46,2% (n=6).

15,4% (n=2) gehören der Kategorie „soziale Trinker“ an, abstinent nach Rückfall leben 30,8% der Patienten (n=4), 7,7% (n=1) leben abstinent nach einmaligem Kurzurückfall.

Tabelle 18: Trinkverhalten der Patienten, die an erneuter Entzugsbehandlung teilgenommen haben

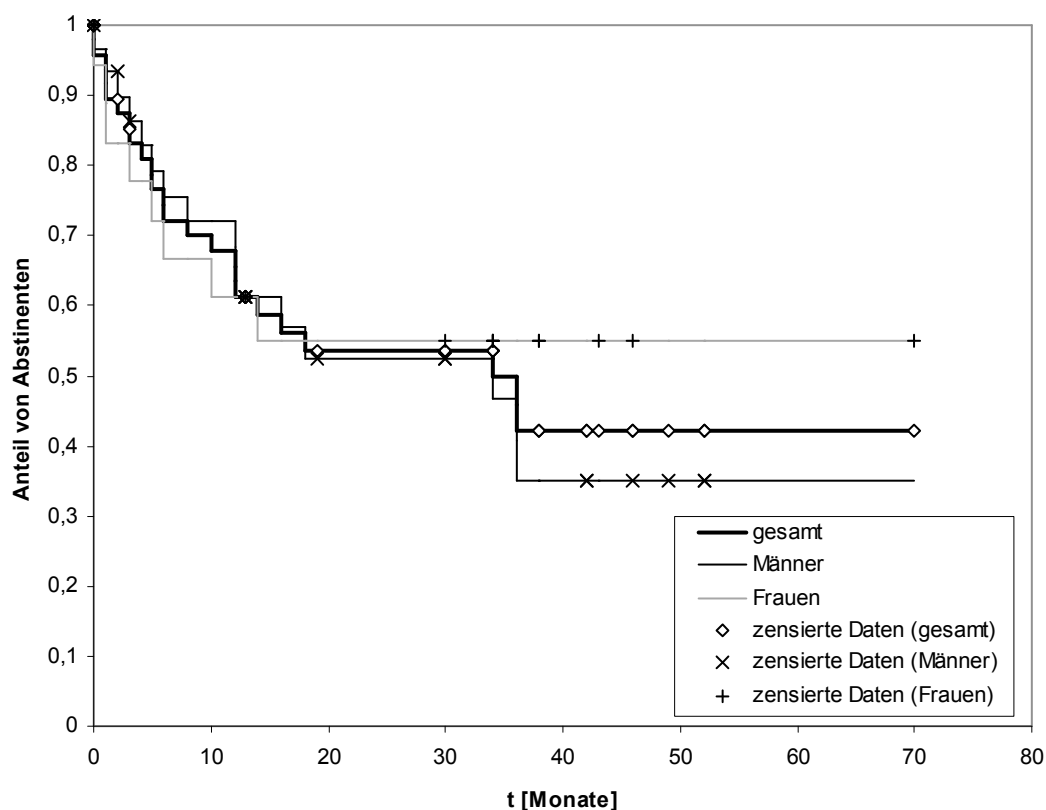
	Anzahl	Prozent
Kurzurückfall	1	7,7
abstinent nach Rückfall	4	30,8
soziale Trinker	2	15,4
nass	6	46,2
Gesamt	13	100

4.8.1. Zeitpunkt des Rückfalles

Im Folgenden wird der Zeitpunkt des erneuten Rückfalls untersucht. Abbildung 1 stellt die Kaplan-Meier-Schätzer Survivalkurve zur Berechnung der zeitlichen Abstände zwischen Behandlungsende und Rückfallereignissen dar. Darüber hinaus werden die bis zum Katamnesezeitpunkt abstinenten Patienten ebenfalls erfasst („zensiert“).

Die Survivalkurve zeigt, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit in den ersten zwei Jahren nach Behandlungsende am höchsten ist, danach bleibt die Abstinenzquote stabil. Wie in der Graphik zu sehen ist, ereignen sich alle Rückfälle bei den Frauen innerhalb der ersten 14 Monate, bei den Männern ereignen sich die Rückfälle in 81,3% der Fälle innerhalb der ersten 18 Monate.

Abbildung 1: Retrospektive Darstellung der Rückfälle (durch Abfall der Kurve n=29, „zensiert“: Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung, bis dahin kein Rückfall)



Drei Patienten (18,7%) wurden erst nach über 30 Monaten nach Behandlungsende rückfällig, zwei männliche und drei weibliche Patienten machten keine Angaben zum Zeitpunkt des Rückfalles („zensiert“).

Insgesamt ereignen sich 54% (n=13) der Rückfälle innerhalb der ersten 6 Monate, 75% (n=18) der Rückfälle innerhalb des ersten Jahres und weitere 12,5% (n=3) innerhalb des zweiten Jahres nach Behandlungsende. Nach über 2 Jahren erlitten lediglich drei Patienten einen Rückfall (12,5%).

Tabelle 19: Zeitpunkt des ersten Rückfalls

	Frauen		Männer		Gesamt		kumulierte Prozente
	n	%	n	%	n	%	
1.-3. Monat	4	50,0	4	25,0	8	33,3	33,3
4.-6. Monat	2	25,0	3	18,8	5	20,8	54,2
7.-12. Monat	1	12,5	4	25,0	5	20,8	75,0
13.-24. Monat	1	12,5	2	12,5	3	12,5	87,5
> 24. Monat	0	0,0	3	18,8	3	12,5	100
Gesamt	8	100	16	100	24	100	
keine Angaben	3		2		5		

4.8.2. Bewertung des Rückfalles durch Patienten

Einen Rückfall erlitten 29 der 53 Patienten. Eine Frage des Nachbefragungsbogens bezieht sich auf die Bewertung des Rückfalls durch die rückfällige Person. Vier der 29 rückfälligen Patienten (2 Frauen, 2 Männer) beantworteten die Frage nicht.

Lässt man die Nichtbeantworter unberücksichtigt, bewerten 72% (n=18) der Rückfälligen einen erneuten Alkoholkonsum als Rückfall. 28% (n=7) der Befragten sehen in dem erneuten Alkoholkonsum keinen Rückfall. Von diesen sieben Patienten (4 Frauen, 3 Männer) gehören sechs Patienten wegen ihres derzeitigen Umgangs mit Alkohol zu den sozialen Trinkern und ein weiterer Befragter, der den erneuten Alkoholkonsum nicht als Rückfall bewertet, ist zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung „nass“.

Die Gruppe derjenigen, die den erneuten Alkoholkonsum als Rückfall bewerten, setzt sich sowohl aus aktuell Rückfälligen, abstinent lebenden Patienten nach Rückfall und aus drei Patienten, die in die Gruppe der „sozialen Trinker“ gehören, zusammen. Von dieser Patientengruppe, die Alkoholkonsum als Rückfall bewerten, geben 55,6% Entzugssymptome nach dem Trinken von Alkohol an.

Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. 81,3% (n=13) der Männer und nur 55,6% (n=5) der Frauen bewerten den erneuten Alkoholkonsum als Rückfall. Dagegen sehen 44,4 % (n=4) der Frauen und nur 18,8% (n=3) der Männer keinen Rückfall in dem erneuten Alkoholkonsum. Zwei Frauen und zwei Männer machten keine Angaben zur Rückfallbewertung. Die Beziehung zwischen Geschlecht und Bewertung des erneuten Konsums ist jedoch nicht signifikant ($p = .18$ n.s.), auf Grund der geringen Anzahl wurde die Korrelation mittels Fisher's exakt berechnet.

4.8.3. Gründe für Rückfall

Tabelle 20 stellt die am häufigsten genannten Gründe der Rückfälligen für den erneuten Alkoholkonsum dar. Der überwiegende Teil der Patienten gibt den Wunsch nach Veränderung der seelischen Befindlichkeit und den Wunsch, Belastungssituationen besser bewältigen zu können, als Hauptgründe für einen Rückfall an. Gut 12% der Antworten fallen unter die Kategorie „Sonstiges“, da sie keiner der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten untergeordnet werden. Diese Kategorie beinhaltet Gründe wie Einsamkeit und Trauer, zur Antriebssteigerung, sowie Spaß beim Feiern, Wunsch nach kontrolliertem Trinken.

Tabelle 20: Gründe für erneuten Alkoholkonsum (Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	Prozent
seelische Befindlichkeit	21	43,7
körperliche Befindlichkeit	1	2,1
Belastungssituation	17	35,5
Entzugserscheinungen lindern	2	4,2
Schmerzen lindern	1	2,1
Sonstiges	6	12,4
Spaß beim Feiern	2	4,15
Einsamkeit + Trauer	2	4,15
Antriebssteigerung	1	2,1
kontrolliertes Trinken	1	2,1
Gesamtangaben	48	100
Anzahl Rückfällige gesamt	29	
keine Angaben	4	
Angaben	25	
Durchschnittliche Angabe pro Patient	1,92	

4.8.4. Hilfe im Rückfall

Von den 29 rückfälligen Patienten fanden 18 (62,1%) Patienten Hilfe im Rückfall, vier (13,8%) Patienten fanden keine Hilfe, sieben Patienten machten keine Angaben. Mehrfachnennungen waren möglich. Von den 18 Hilfe findenden Patienten geben 11 Patienten eine, sechs Patienten zwei und ein Patient gab drei Anlaufstationen im Rückfall an. Der größte Teil der Patienten findet im Rückfall Hilfe in der Klinikambulanz/Suchtstation (29,7%), gefolgt vom niedergelassenen Arzt mit 23,1%. In der Selbsthilfegruppe finden 11,5%, bei Psychotherapeuten/Psychologen und bei der Suchtberatung finden ebenfalls jeweils 11,5% der Patienten Hilfe in Not.

Tabelle 21: Hilfe im Rückfall (26 Mehrfachnennungen)

Hilfe im Rückfall	Anzahl	Prozent
Hilfe	18	62,1
Suchtambulanz/Suchtstation	11	42,3
niedergelassener Arzt	6	23,1
Selbsthilfegruppe	3	11,5
Psychotherapeut/Psychologe	3	11,5
Suchtberatung	3	11,5
keine Hilfe	4	13,8
keine Angaben	7	24,1
Gesamt	29	100

4.9. Poststationäre Behandlungsangebote

Zu den poststationären Betreuungsangeboten gehören u.a. die SHG's, ambulante Psychotherapien und der Hausarzt.

4.9.1. Selbsthilfegruppen

Die SHG-Teilnahme wird direkt nach Entlassung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erfasst. Nach Entlassung nehmen 34,0 % (n=18) der Patienten regelmäßig, 24,5% (n=13) unregelmäßig und 41,5% (n=22) gar nicht an einer SHG teil. Zum Nachbefragungszeitpunkt besuchen noch 32,1% (n=17) der ehemaligen Patienten keine SHG, 67,9% (n=36).

In Anspruch genommen wird die SHG nach Entlassung von allen Gruppen von Patienten (trocken 50%, Kurzurückfall 5,6%, abstinent nach Rückfall 27,8%, soziale Trinker 11,1%, nass 5,6%). Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung unterscheidet sich dieses hauptsächlich durch einen größeren Anteil von nassen Patienten und einem geringeren Anteil an trockenen Patienten. (trocken 35,3%, Kurzurückfall 5,9%, abstinent nach Rückfall 29,4%, soziale Trinker 11,8%, nass 17,6%).

Patienten, die nach Therapie regelmäßig an einer SHG teilnehmen, weisen auch in dieser Untersuchung die höchste Abstinenzrate (50%) auf. Diejenigen, die nur unregelmäßig teilnehmen, weisen mit 38,5% die schlechteste Abstinenzrate auf. Eine signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der Teilnahme an den SHG's kann nicht gezeigt werden ($p = .378$ n.s., $\tau = .107$).

Fasst man alle seit mehr als drei Monaten Abstinenten zusammen (Kategorien: abstinent+ Kurzurückfall+ abstinent nach Rückfall), so weisen sowohl die aktuellen Besucher einer SHG, als auch die Gruppe der Nichtteilnehmer ähnlich hohe Abstinenzraten auf (70,6% versus 66,7%).

Frauen besuchen seltener eine SHG als Männer, sowohl kurz nach Entlassung (Frauen=47,6%, n=10 bzw. Männer=65,6%, n=21) als auch zum Nachbefragungszeitpunkt (Frauen=19,0%, n=4 bzw. Männer=40,6%, n=13). Es kann jedoch keine signifikante Korrelation nach Kendall Tau bezüglich Geschlecht und SHG-Besuch gezeigt werden (SHG nach Entlassung: $p = .085$ n.s., $\tau = .226$, SHG aktuell: $p = .103$ n.s., $\tau = .226$).

4.9.2. Ambulante Psychotherapien

Es kann eine hohe Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapien (60,4%, n=32) im Anschluss an die Therapie gezeigt werden.

Ambulante Psychotherapien fanden am häufigsten in Arzt/Therapeutenpraxen (53,1%) statt, gefolgt von Therapien in Suchtberatungsstellen (26,5%) und Beratungsstellen (20,6%).

66,7% der Frauen (n=14) und 56,3% der Männer (n=18) nahmen an einer poststationären ambulanten Psychotherapie teil. Es kann auch hier keine signifikante Korrelation nach Kendall Tau bezüglich Geschlecht und ambulanter Psychotherapie gezeigt werden ($p = .453$ n.s., $\tau = -.104$).

Insgesamt zeigt sich eine höhere Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie in der Gruppe der Rückfälligen (69% Teilnahme, n=20) im Gegensatz zu der Gruppe der Abstinenter (50% Teilnahme, n=12). Eine signifikante Beziehung zwischen Teilnahme und Trinkverhalten zeigt sich nicht ($p = .556$ n.s., $\tau = -.075$).

In der Gruppe der Rückfälligen weisen diejenigen bessere Abstinenzraten auf, die an einer ambulanten Psychotherapie teilnehmen (50% abstinent), gegenüber den Rückfälligen, die keine Psychotherapie besuchen (22,2% abstinent). Eine signifikante Korrelation kann nicht gezeigt werden ($p = .076$ n.s., $\tau = .313$).

4.9.3. Arztbesuch

Insgesamt 17 Patienten (32,1%) suchen auf Grund von Abhängigkeitsproblemen poststationär ihren Hausarzt auf. Fünf Patienten (9,4%) machen keine Angaben, 31 Patienten (58,5%) geben an, den Hausarzt nicht in Anspruch zu nehmen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nicht. 34,4% der Männer (n=11) und 28,6% der Frauen (n=6) suchen auf Grund von Suchtproblemen den Hausarzt auf.

Die Inanspruchnahme des Hausarztes bezieht sich v. a. auf rückfällige Patienten. 87,0% der Rückfälligen suchen auf Grund von Abhängigkeitsproblemen ihren Hausarzt auf (Nichtrückfälligen 42,3%). Dieses wird durch eine hoch signifikante Korrelation nach Kendall Tau zwischen Arztbesuch nach Entlassung und dem Trinkverhalten ($p = .01^{**}$, $\tau = .33$) bestätigt. Patienten, die einen Rückfall erleiden, suchen vermehrt einen Arzt auf.

Die Gruppe der Nichtarztbesucher weisen eine bessere Abstinenzrate auf als die Gruppe der Arztbesucher. Patienten ohne Rückfall suchen signifikant seltener nach Entlassung einen Arzt auf ($p = .001^{**}$, $\tau = .428$). Diese Beziehung ist sehr

wahrscheinlich damit zu erklären, dass abstinent lebende Patienten in der Regel keinen Arzt aufsuchen.

Des Weiteren kann gezeigt werden, dass die Gruppe der Patienten, die einen Rückfall erleiden und den Arzt in Anspruch nehmen, eine höhere Abstinenzrate (46,7%) aufweisen als die Rückfälligen, die keine Hilfe von einem Arzt in Anspruch nehmen (27,3%). Die Gruppe der Rückfälligen, die keinen Arzt besuchen, weist mit 45,5% einen großen Anteil an sozialen Trinkern auf.

4.10. Psychiatrische Komorbidität

Zur Erfassung der psychiatrischen Komorbidität werden, wie oben beschrieben, die ICD-10-Kriterien aus den Entlassungsbriefen und der zu Beginn der Therapie ausgefüllte BSI-Fragebogen verwendet. Auf die Ergebnisse dieser beiden Erhebungsmethoden wird im Weiteren eingegangen.

4.10.1. ICD-10-Diagnosen

Insgesamt wiesen die 52 Patienten zusammen neben den 59 Suchtdiagnosen 68 weitere psychiatrische ICD-Diagnosen auf. Die Verteilung der weiteren Diagnosen wird aus Tabelle 22 ersichtlich. Auffällig sind hohe Prozentsätze an affektiven Störungen F3X.X (29,4%), hohe prozentuale Anteile an Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen F43X (32,4%) sowie spezifische Persönlichkeitsstörungen F60.X mit 19,1%. Unter den affektiven Störungen nehmen rezidivierende Depressionen F33 (16,2%) und Anpassungsstörungen als F43.2 Diagnose den größten prozentualen Anteil ein.

Als weitere ICD-Diagnosen der Suchtpatienten spielen Angststörungen F41 und 40.XX (5,9%), Zwangsstörungen F42 (4,5%), somatoforme Störungen F45.X (1,4%) andere neurotische Störungen F48.X (5,9%) und Essstörungen F50.X (1,4%) eine untergeordnete Rolle ein.

Tabelle 22: Psychiatrische Komorbidität (ohne Alkoholabhängigkeit oder Abusus)

	Anzahl	Prozent
affektive Störungen (F3X.X)	20	29,4
depressive Episode (F32)	7	10,3
rezidivierende depressive Störung (F33)	11	16,2
bipolar affektive Störung (F31)	0	0,0
Dysthymia (F34.1)	2	1,9
Angststörungen (F41 und 40.XX)	4	5,9
generalisierte Angststörung (F41.1)	0	0,0
phobische Störung (F40.)	0	0,0
Agoraphobie (F40.0)	1	1,4
soziale Phobien (F40.1)	2	2,9
Panikstörung (F41.0)	1	1,4
spezifische Phobien (F40.2)	0	0,0
Reaktion auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörung (F43.X)	22	32,4
akute Belastungsreaktion (F43.0)	3	4,4
posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	0	0,0
Anpassungsstörung (F43.2)	10	14,7
Reaktion auf schwere Belastungssituation ohne nähere Angaben (F43.9)	5	7,4
Suizidversuch	4	5,9
Zwangsstörung (F42)	3	4,5
spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.X)	13	19,1
schizoide (F60.1)	1	1,4
histrionische (F60.4)	1	1,4
anankastische (F60.5)	1	1,4
ängstlich vermeidende (F60.6)	4	5,9
abhängige asthenische (F60.7)	2	2,9
Sonstige (F60.8)	4	5,9
somatoforme Störungen (F45.X)	1	1,4
andere neurotische Störungen (F48.X)	4	5,9
Essstörungen (F50.X)	1	1,4
Gesamt	68	100

Vergleicht man die ICD-Diagnosen der Rückfälligen mit den Nichtrückfälligen, zeigen sich einige Besonderheiten (siehe Tab. 23).

Tabelle 23: Vergleich Rückfällige und Nichtrückfällige bei ICD-Zweitdiagnosen ohne Alkoholabhängigkeit oder Abusus

	Nichtrückfällige = N		Rückfällige = R	
	Anzahl	Prozente	Anzahl	Prozente
affektive Störungen (F3X.X)	7	26,9	13	31,0
depressive Episode (F32)	3	11,5	4	9,5
rezidivierende depressive Störung (F33)	4	15,4	7	16,7
bipolar affektive Störung (F31)	0	0,0	0	0,0
Dysthymia (F34.1)	0	0,0	2	4,8
Angststörungen (F41 und 40.XX)	1	3,8	3	7,1
generalisierte Angststörung (F41.1)	0	0,0	0	0,0
phobische Störung (F40.)	0	0,0	0	0,0
Agoraphobie (F40.0)	0	0,0	1	2,4
soziale Phobien (F40.1)	0	0,0	2	4,8
Panikstörung (F41.0)	1	3,8	0	0,0
spezifische Phobien (F40.2)	0	0,0	0	0,0
Reaktion auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörung (F43.X)	8	30,8	14	33,3
akute Belastungsreaktion (F43.0)	1	3,8	2	4,8
posttraum. Belastungsstörung (F43.1)	0	0,0	0	0,0
Anpassungsstörung (F43.2)	4	15,5	6	14,2
Reaktion auf schwere Belastungssituation ohne nähere Angaben (F43.9)	1	3,8	4	9,5
Suizidversuch	2	7,7	2	4,8
Zwangsstörung (F42)	0	0	3	7,1
spez. Persönlichkeitsstörungen(F60.X)	5	19,3	8	19,1
schizoide (F60.1)	0	0,0	1	2,4
histrionische (F60.4)	1	3,8	0	0,0
anankastische (F60.5)	1	3,8	0	0,0
ängstlich vermeidende (F60.6)	1	3,8	3	7,1
abhängige asthenische (F60.7)	0	0,0	2	4,8
Sonstige (F60.8)	2	7,7	2	4,8
somatoforme Störungen (F45.X)	1	3,8	0	0,0
andere neurotische Störungen (F48.X)	3	11,6	1	2,4
Essstörungen (F50.X)	1	3,8	0	0,0
Gesamt	26	100	42	100
Anzahl der Patienten	23		29	
Durchschnittliche Anzahl	1,13		1,45	

Die Komorbidität der Rückfälligen (R) sollte mit den psychiatrischen Zweitdiagnosen der Nichtrückfälligen (N) verglichen werden. Auf Grund der kleinen Anzahl der Untersuchungsgruppe kann ein statistischer Vergleich mittels T-Test nicht erfolgen. Die Auswertung beläuft sich auf rein deskriptive Statistik.

Die durchschnittliche Anzahl von psychiatrischen Zweitdiagnosen liegt mit 1,45 Diagnosen bei rückfälligen Patienten diskret über dem Durchschnitt der Nichtrückfälligen mit 1,13 weiteren psychiatrischen ICD-Diagnosen.

Signifikante Korrelation nach Kendall Tau der ICD-F-Untergruppen mit dem Trinkverhalten können nicht gezeigt werden (affektive Störungen $p = .32$ n.s., $\tau = .13$; Angststörungen $p = .79$ n.s., $\tau = .03$; Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen $p = .97$ n.s., $\tau = .01$; Persönlichkeitsstörungen $p = .69$ n.s., $\tau = .05$; Zwangsstörungen $p = .36$ n.s., $\tau = .11$).

4.10.2. SCL-53-Prä-Fragebogen (BSI)

Anhand von BSI-Werten zu Therapiebeginn, d.h. anhand von Patientenmerkmalen erhoben zu Therapiebeginn, sollen Beziehungen zu dem späteren Therapieverlauf hergestellt und gegebenenfalls Therapiekonsequenzen daraus abgeleitet werden.

Zu Therapiebeginn wurde von 40 (75,5%) der 53 Patienten ein BSI-Fragebogen ausgefüllt. Anhand dieser Patientengruppe wird nach Beziehungen zwischen Skalenwerten im BSI zu Therapiebeginn und dem Therapieerfolg anhand des Abstinenzverhaltens gesucht. Tabelle 24 zeigt das aktuelle Trinkverhalten dieser Patientengruppe, das Trinkverhalten dieser Untergruppe entspricht in etwa dem Outcome der Gesamtstichprobe (vgl. Tab. 10).

Tabelle 24: Trinkverhalten der Patienten mit vorhandenem BSI- Fragebogen

	Anzahl	Prozent	kumulierte Prozente
trocken	18	45,0	45,0
Kurzurückfall	1	2,5	47,5
abstinent nach Rückfall	7	17,5	65,0
soziale Trinker	7	17,5	82,5
nass	7	17,5	100
Gesamt	40	100	

Die Skalenwerte des BSI-Fragebogen sind im Einzelnen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit und Phobie, darüber hinaus werden globale Indizes berechnet wie der Gesamtwert (GSI) und die Anzahl positiver Antworten (PST). Der GSI ist der sensitivste Einzelindikator für das Stressniveau des Antworters und kombiniert Häufigkeit und Intensität von Stress miteinander. Der PST gibt Hilfestellung bei der Bewertung des Ausmaßes des individuellen emotionalen Stress.

Eine signifikante Korrelation mit dem Trinkverhalten nach Kendall Tau zeigen die Skalenwerte für Somatisierung, Aggressivität und Feindseligkeit, Ängstlichkeit, paranoides Denken, der GSI und PST (siehe Tab. 25).

Tabelle 25: Korrelationen Trinkverhalten und BSI

BSI	#Trinkverhalten	τ	p (2-seitig)
Somatisierung		.28	.038*
Aggressivität/Feindseligkeit		.32	.016*
Ängstlichkeit		.38	.004**
paranoides Denken		.32	.015*
Gesamtwert (GSI)		.22	.069
positive Antworten (PST)		.26	.040 .*

Korrelation mit Kendall Tau

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)

Die stärkste Signifikanz (siehe Tab. 25 und 26) zeigt auch in der Auswertung der Extrembedingungen (Rückfall/kein Rückfall, trocken/nass), die Ängstlichkeit. Der GSI als Indikator des allgemeinen Stressniveaus zeigt nur bei der Betrachtung der Extremwerte nass/trocken eine signifikante Beziehung an.

4.10.3. Somatische Zweiterkrankungen

Unter diese Kategorie fallen alle Zweiterkrankungen, die keine psychiatrischen Erkrankungen darstellen. Die meisten nicht-psychiatrischen Zweiterkrankungen stellen typische Alkoholfolgeerkrankungen (wie z.B. Lebererkrankungen, degenerative Veränderungen des Nervensystems) dar.

Es kann keine signifikante Korrelation zwischen dem aktuellen Trinkverhalten und somatischen Zweiterkrankungen gezeigt werden.

4.11. Signifikante Beziehungen im Überblick

Die folgende Tabelle zeigt die signifikanten Korrelationen für verschiedene Faktoren der vorliegenden Studie. Berechnet wurde dies sowohl für das Trinkverhalten mit den oben genannten fünf Kategorien, als auch mit Hilfe der Auswertung der Extrembedingungen (Rückfall/kein Rückfall, trocken/nass), um den unterschiedlichen Einteilungen des Trinkverhaltens (siehe 5.3.3.) der vergleichenden Literatur gerecht zu werden.

Tabelle 26: signifikante Korrelationen nach Kendall Tau

	Trinkverhalten		Rückfall/ kein Rückfall		nass/trocken	
	τ	p	τ	p	τ	p
Allgemeine Daten:						
aktuelle Arbeitsunfähigkeit	.26	.046*	.16	.243	.39	.037
Arztbesuch nach Entlassung	.33	.01**	.44	.001**	.43	.015*
Zufriedenheiten:						
Gesamtzufriedenheit	.30	.005**	.24	.040*	.46	.002**
Freizeitgestaltung	.39	.001**	.28	.028*	.55	.001**
Partnerschaft	.33	.006**	.27	.040*	.45	.011*
seelische Verfassung	.29	.012*	.29	.020*	.46	.005**
soziale Situation	.25	.031*	.19	.134	.41	.017*
Arbeitsplatz	.25	.03*	.19	.130	.43	.008**
Sicherheit bezüglich eigener Sucht	.52	<.001*	.43	.001**	.60	.001**
BSI:						
Somatisierung	.28	.038*	.24	.097	.41	.035*
Aggressivität/Feindseligkeit	.32	.016*	.18	.201	.38	.044*
Ängstlichkeit	.38	.004**	.29	.044*	.47	.010*
paranoides Denken	.32	.015*	.25	.083	.44	.018*
Gesamtwert	.22	.069	.15	.248	.37	.029*
positive Antworten	.26	.040*	.23	.098	.32	.086

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)
kein Rückfall:/ Rückfall: (1 = kein Rückfall, 2 = Rückfall)
trocken/nass: (1 = trocken, 2 = nass)
aktuelle Arbeitsunfähigkeit: (0 = nicht arbeitslos, 1-70 Monate arbeitslos)
Arztbesuch nach Entlassung: (1 = nein, 2 = ja)
Sicherheit...: (1 = sehr sicher bis 6 = sehr unsicher ohne Sucht zu leben)
Zufriedenheiten: (1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)

Die Kategorie Trinkverhalten umfasst die fünf Unterskalen des Trinkverhaltens. In der Kategorie Rückfall/kein Rückfall sind alle Patienten einbezogen und nach dem Kriterium Rückfall oder kein Rückfall gruppiert, in der letzten Kategorie werden nur die Patienten der Extremkategorien abstinent und trocken untersucht.

Auffallend ist im Bereich der allgemeinen Daten, dass keine Korrelationen zwischen soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht...) und dem Trinkverhalten bestehen. Hier fallen vor allem die hoch signifikanten Beziehungen der Sicherheit bezüglich der eigenen Sucht und dem Trink- und Rückfallverhalten auf.

Im Bereich der Zufriedenheiten zeigt sich, wie bereits erwähnt, beinah in allen Bereichen eine signifikante Beziehung zur Abstinenz. Im Bereich der BSI-Auswertung sticht die Ängstlichkeit als signifikantester Prädiktor für die Abstinenz und für das Rückfallverhalten hervor.

5. Diskussion

Im Folgenden wird der Erfolg der Therapie bei Alkoholabhängigkeit diskutiert. Um den Einfluss der Therapie und Prädiktoren für die Abstinenz bzw. das Rückfallverhalten darstellen zu können, werden methodische Einflussfaktoren und mögliche Fehlerquellen bei der Bewertung der Ergebnisse dargestellt und die Ergebnisse anhand vergleichender Literatur diskutiert.

5.1. Diskussion der Methode

Um die Ergebnisse dieser Studie diskutieren zu können und mögliche Fehlerquellen zu erfassen, werden zunächst die methodischen Aspekte und die damit verbundenen Fehlerquellen dieser Arbeit erörtert.

Zu den methodischen Gesichtspunkten gehören:

- Katamnesefragebogen, Suffizienz der katamnestischen Erhebung
- Patienten- und Stichprobenselektion
- Therapiekonzept
- Katamnesezeitraum
- methodische Aspekte der Auswertung.

WATZL (1979) beschreibt folgende Faktoren, die Abstinenzraten fehlerhaft beeinflussen können und die in der vorliegenden Arbeit ebenfalls diskutiert werden sollen:

- Vorselektion (Indikations- und Ausschlussfaktoren)
- Nichtberücksichtigung von Behandlungsabbrechern (Ausschluss einer prognostisch ungünstigeren Gruppe in Bezug auf Abstinenz)
- Patientenschwund
- Art der katamnestischen Erhebung.

5.1.1. Katamnesefragebogen/Suffizienz der katamnestischen Erhebung

Insuffiziente katamnestische Erhebungen stellen mögliche Fehlerquellen bei der Datenerhebung dar (WATZL 1979). Eine suffiziente Erhebung umfasst sowohl die Art der katamnestischen Erhebung (mündlich, persönlich, postalisch, fremdanamnestisch) als auch das Erhebungsinstrument (Katamnesebogen) selbst.

WATZL (1979) befasst sich mit der Art der Informationsgewinnung. Er vergleicht die verschiedenen Möglichkeiten der Informationsgewinnung durch Briefkontakt, Telefonanrufe und persönliche Gespräche und kommt zu dem Ergebnis, dass in der

persönlichen Kontaktaufnahme die verlässlichste Art der Informationsgewinnung besteht. Die persönliche Kontaktaufnahme ist darüber hinaus mit dem geringsten Patientenschwund verbunden (WATZL 1979).

Diese Ergebnisse konnten allerdings in einigen Untersuchungen im Laufe der Jahre widerlegt werden. Die Gleichwertigkeit postalischer und mündlicher Befragungen zeigen sowohl die Studie von BONGERS und VAN-OERS (1998) als auch die Studie von JOHN (1979a).

Bei fremdanamnestischer Katamneserhebung konnten KÜFNER und FEUERLEIN (1989) zeigen, dass nahe Verwandte bzw. Bekannte von Alkoholabhängigen eine objektivere Einschätzung bezüglich des Trinkverhaltens der Patienten abgeben als die Patienten selbst.

Als Erhebungsinstrument wurde in der vorliegenden Arbeit ein Katamnesebogen verwendet. Um einer suffizienten katamnестischen Erhebung gerecht zu werden und die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, lehnt sich der Fragebogen an den Katamnesefragebogen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie an.

Trotz der engen Anlehnung des Katamnesebogens an den Fragebogen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie bleiben im Nachhinein einige Aspekte, die verbessert werden können. Um verschiedene Schweregrade des Alkoholkonsums besser in Relation zu der Abstinenz setzen zu können, wäre eine exaktere Erfassung des früheren Alkoholkonsums, der Frequenz und der Dauer des Alkoholkonsums hilfreich. Darüber hinaus bleibt die Bezeichnung des „sozialen Trinkens“ eine unzureichend definierte Kategorie. Eine exaktere Definition des sozialen Trinkens mit genaueren Angaben zum Rückfall, zur Rückfalldauer sowie zur Alkoholmenge und Kontrolle über das eigene Trinkverhalten ist zwingend notwendig, um die Kategorie des sozialen Trinkens exakter einordnen zu können. Gegebenfalls wäre zur objektiveren Einschätzung des „sozialen Trinkens“ eine fremdanamnestische Befragung von Verwandten und Bekannten hilfreich.

Bezüglich des Aufbaus des Fragebogens fällt eine sehr umfangreiche Tabelle zum Suchtverhalten im Fragebogen auf (siehe Anhang), die von den Patienten häufig gar nicht oder nur unvollständig ausgefüllt wurde, so dass es empfehlenswert erscheint, wichtige Fragen der genannten Tabelle in Zukunft als Einzelfragen getrennt aufzuführen. Um gezielte Informationen zu erhalten, müssen eindeutige, einfache und leicht verständliche Fragen gestellt werden.

Zusammenfassend ist dies im vorliegenden Fragebogen, mit Ausnahme der oben genannten Tabelle zum Suchtverhalten, gelungen.

Als letzter Aspekt wäre eine Beantwortung des BSI-Fragebogens vor und nach Therapie wünschenswert. Der Fragebogen bezieht sich auf die subjektive Beeinträchtigung auf Grund körperlicher und psychischer Symptome. Es liegen in dieser Arbeit nur zu Beginn der Therapie von 75% der antwortenden Patienten (n=40) ausgefüllte SCL-53-Fragebögen vor, so dass die Aussagekraft des SCL-53-Fragebogens eingeschränkt ist. Über eine Nachbefragung der Patienten mittels BSI zum Ende der Therapie und zum Zeitpunkt der Nachbefragung sollte diskutiert werden.

5.1.2. Methodische Probleme der Datenerhebung durch katamnestische Befragungen

Die katamnestischen Befragung mittels Fragebogen bringt das Problem mit sich, dass die Angaben der Patienten keiner direkten Kontrolle unterliegen. Gerade in Bezug auf den Alkoholkonsum ist mit Verheimlichung und Tabuisierung zu rechnen. Bei der Beantwortung der Fragebögen ist man auf die exakten und ehrlichen Antworten der Befragten in Bezug auf einen möglichen erneuten Alkoholkonsum und aktuellen Umgang mit Alkohol angewiesen.

In vielen Untersuchungen über eigenanamnestische Angaben über den eigenen Alkoholkonsum hat sich jedoch gezeigt, dass sie dennoch eine hohe Validität besitzen und eigenanamnestische Angaben als Mittel der Datenerhebung verwendet werden können.

So konnten COOPER et al. (1981) eine hohe Validität eigenanamnestischer Angaben Alkoholkranker zeigen. Darüber hinaus fanden sie folgende Prädiktoren, die in der Befragung Alkoholkranker genauere Angaben gewährleisten:

- freiwillige Teilnahme an Behandlung, da sie sich selbst als Problemtrinker erkannt haben;
- Gewissheit über vertrauliche Behandlung ihrer Angaben, keine Auswirkungen ihrer Angaben auf die Behandlung;
- Überprüfung der Genauigkeit der Angaben durch andere Quellen.

Punkt 1 und 2 wurden in der vorliegenden Arbeit beachtet, die Überprüfung der Angaben durch andere Quellen erfolgte nicht.

Eine weitere Studie von CZARNECKI et al. (1990) überprüfte die 5-Jahres-Reliabilität eigenanamnestischer Angaben zum Alkoholkonsum. Befragt wurden 73 ambulante gynäkologische Patientinnen in den Jahren 1978 - 1979 nach ihrem damaligen Alkoholkonsum, ein zweites Mal wurden sie 1983 retrospektiv zum Alkoholkonsum vor

5 Jahren befragt. Die Patientinnen waren zufällig aus ambulanten gynäkologischen Patienten unabhängig vom Alkoholkonsum ausgewählt worden. Es zeigte sich eine beeindruckende Reliabilität zwischen den gemachten Angaben. Aussagen zur Trinkfrequenz waren genauer als jene zur Trinkmenge. Schwere Trinkerinnen gaben retrospektiv einen höheren Alkoholkonsum an, als in der prospektiven Befragung.

Weitere Untersuchungen befassen sich mit der Genauigkeit eigenanamnestischer Angaben in Bezug auf unterschiedliche Methoden der Informationsgewinnung (Fragebogen, persönliches Interview, Befragung Angehöriger). JOHN (1979a) verglich Ergebnisse mündlicher und postalischer Befragungen Alkoholabhängiger in Bezug auf Abstinenz, Trinkverhalten und Medikamentenmissbrauch. Postalische und mündliche Befragungen stellten sich als ebenbürtige Befragungsmethode heraus. Somit existiert nach JOHN auch auf zeitsparendem postalischem Weg die Möglichkeit, valide und reliable Informationen über Trinkverhalten, Abstinenz und Medikamentenmissbrauch zu erhalten.

Ähnliche Ergebnisse resultieren aus der Studie von BONGERS und VAN-OERS (1998). Sie konnten keine Unterschiede bei der postalischen Befragung und dem persönlichen Interview zu Fragen nach Alkoholenuss, alkoholbezogenen Problemen, problematischem Trinken und Alkoholfolgeerkrankungen aufzeigen. Auch diese Studie kommt zu der Schlussfolgerung, dass ein postalischer Fragebogen und das persönlich geführte Interview eine ähnlich große Aussagekraft besitzen.

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) stellten in der bereits näher beschriebenen MEAT-Studie eine etwas geringere, aber nicht signifikant niedrigere Abstinenzrate (Differenz 3,6%) in persönlichen Interviews im Gegensatz zur schriftlichen Nachbefragung fest.

POLICH (1982) verglich eigenanamnestische Angaben von Patienten mit den Angaben von Angehörigen und mit Blutalkoholkontrollen. Polich fand heraus, dass bei Fragen nach sichtbaren Ereignissen (Alkoholkonsum, Krankenhausaufenthalt, Gefängnis-aufenthalt) nahe Angehörige exakte, valide Angaben über das Verhalten der Patienten machen konnten. Bei sehr viel detaillierteren Fragen, wie z.B. die Fragen nach Tremor oder morgendlichem Trinken, waren die Angehörigen sehr viel unsicherer und nicht in der Lage, genaue Angaben zu machen. Beim Vergleich der Alkoholblutwerte mit den Angaben über das Trinkverhalten konnte gezeigt werden, dass 35% der augenblicklichen Trinker ihren Alkoholkonsum in den letzten 24 Stunden unterschätzten und 24% ihren Konsum während der vorangegangenen Monate als zu

gering angegeben. Alles in allem kam POLICH (1982) aber zu der Schlussfolgerung, dass die meisten eigenanamnestischen Angaben als valide anzusehen waren.

Zusammenfassend können auf Grund oben genannter Studien für die vorliegende Arbeit, die sich auf postalisch eigenanamnestische Angaben der Patienten bezieht, valide Informationen/Antworten erwartet werden.

5.1.3. Patienten- und Stichprobenselektion

Patienten- und Stichprobenselektion stellen weitere Selektionsmechanismen dar, die bei der Bewertung dieser Arbeit berücksichtigt werden müssen.

Selektionen können durch verschiedene Mechanismen entstehen. Im Falle der Kurzzeittherapien findet eine Selektion bereits zu Beginn der Therapie mit der Bestimmung von Indikations- und Ausschlusskriterien statt. Die Anwendung von Indikationskriterien ist sowohl im ambulanten als auch im Bereich stationärer Kurzzeittherapie üblich, da die Therapiekonzepte der Kurzzeittherapien für eine Patientengruppe mit bestimmten Voraussetzungen konzipiert sind.

Das Patientenkollektiv der vorliegenden Studie stellt somit eine selektierte Gruppe dar (siehe 3.1.2.). Indikationskriterien der 6-Wochen-Therapie sind unter anderem die grundsätzliche Behandlungsbereitschaft, ein relativ gesichertes soziales Umfeld sowie die Fähigkeit zur Gruppentherapie, Introspektions- und Selbstexplorationsfähigkeit. Auf Grund dieser Vorauswahl stellt das Patientenkollektiv der 6-Wochen-Therapie eine Gruppe mit wahrscheinlich besserer Abstinenzprognose dar.

Eine weitere Selektion entsteht durch den so genannten „Patientenschwund“. WATZL (1979) versteht unter diesem Begriff, dass die eigentliche Katamnesegruppe nur einen Teil der Gesamtgruppe darstellt. Dies geschieht, weil einige Patienten bei der Befragung nicht erreicht werden, andere nicht antworten, weitere Patienten verstorben sind, so dass sich ein bestimmter Schwund an Patienten nicht vermeiden lässt. WATZL geht davon aus, dass gerade diese nicht erfasste Patientengruppe ungünstigere Ergebnisse bezüglich der Abstinenz aufweist und dadurch zur Verzerrung der Abstinenzquote beiträgt.

Einen weiteren wichtigen Faktor stellt der quantitative Umfang der Nachuntersuchung dar. Die Größe der verschiedenen Studien unterscheidet sich immens (1410 Patienten KÜFNER und FEUERLEIN (1989), 189 Patienten MANN und BATRA (1993), 186 Patienten PFEIFFER et al. (1987)).

In den Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE 1985) wird eine Mindeststichprobe von 50 Patienten gefordert, um Aussagen anhand der statistischen Auswertung treffen zu können. Die Größe der Patientengruppe in der vorliegenden Arbeit ist mit 76 Teilnehmern klein, entspricht jedoch der von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie geforderten Mindestanzahl von 50 Personen. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es bei der vorliegenden Untersuchung weitere Daten der vorangegangenen Studie (Studie 1) mit vergleichbarem methodischem Ansatz vorliegen (n=96).

5.1.4. Therapiekonzept

Therapiekonzepte unterscheiden sich u.a. in der Länge der Therapie (Kurzzeit-, Mittel-, Langzeittherapie), dem Setting (stationär, ambulant) sowie dem eigentlichen, inhaltlichen Konzept der Therapie (Gesprächstherapie, VT, Gruppentherapie...).

Das Therapiekonzept der vorliegenden Arbeit ähnelt dem Konzept des Tübinger Behandlungsmodells (GRUNER und ESSER 1979). Das Tübinger Behandlungsmodell besteht, wie unter 2.7.1 bereits näher beschrieben, aus einer 6-wöchigen stationären Gruppentherapie und einer einjährigen ambulanten Nachbehandlung. Das Tübinger Modell bietet auf Grund zahlreicher Studien, die nach ähnlichem Konzept durchgeführt wurden, weitreichende methodische Hilfe für die Auswertung der katamnestischen Daten dieser Arbeit.

5.1.5. Katamnesezeitraum

Der Katamnesezeitraum variiert je nach Studie zwischen einigen Monaten und mehreren Jahren.

Kurze Katamnesezeiträume haben einerseits den Vorteil, dass der Einfluss der Therapie sicherer nachzuweisen ist, und andererseits den Nachteil, dass Rückfälle nicht sicher erfasst werden können, da die meisten Rückfälle nach mehr als 2 Jahren nach stationärer Behandlung geschehen.

Bei längeren Katamnesezeiträumen wird der Einfluss therapieexterner Faktoren (Ereignisse/Nachsorge) relevant. Mehr-Jahres-Katamnesen haben den Vorteil, dass Veränderungen in den verschiedenen Lebensbereichen besser erfasst werden. Der zeitliche Verlauf und die Konstanz über Jahre können so beurteilt werden. Bei sehr langen Katamnesedauern ist auf Grund des zunehmenden Einflusses therapieexterner Faktoren der Therapieeinfluss auf das Trinkverhalten schwieriger herzustellen.

SÜß (1995) sieht in einer Katamnesedauer von einem Jahr einen optimalen Nachbefragungszeitraum, um eine zeitliche Entwicklung erfassen und den Zusammenhang zur Therapie noch herstellen zu können. LAUER (1988) verweist darauf, dass sich bei verstärkter Nachsorge die Rückfälle zeitlich verzögern.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus uneinheitlichen Katamnesezeiträumen in den jeweiligen Studien. Die Problematik uneinheitlicher Katamnesedauern weisen neben der vorliegenden Arbeit auch die Studien von PFEIFFER et al. (1987), BÄCHLE (2003) und TALMON-GROS et al. (1989) auf.

TALMON-GROS et al. (1989) untersuchten Patienten mit Katamnesezeiträumen von 1 - 4 Jahren. Die Vergleichbarkeit der Daten dieser Studie wird zum einen durch Unterschiede im Konzept (3-wöchige Motivationsbehandlung), zum anderen durch eine Schwundgruppe in der Nachbefragung von TALMON-GROS et al. (1989) von 56% deutlich eingeschränkt.

Da in der Uniklinik Göttingen pro Jahr etwa 20 Patienten die Kurzzeittherapie durchlaufen, die Nachbefragung jedoch zu einem festgelegtem Zeitpunkt nach einigen Jahren erfolgt, weist auch die vorliegende Arbeit uneinheitliche Katamnesezeiträume auf. Die Katamnesedauer schwankt zwischen 3 Monaten und 6,25 Jahren mit einem Mittelwert von 33,28 Monaten. Auf Grund dieser Unterschiede werden Patienten in verschiedenen Stadien nach Ende der Therapie erfasst. 16 Patienten (30,2 %) mit einer Katamnesedauer kürzer als 2 Jahre befinden sich noch in der kritischen Rückfallzeit. Der Großteil der Patienten (n=37, 69,8 %) weist eine Katamnesedauer von über 2 Jahren auf.

Die uneinheitlichen Katamnesezeiträume führen jedoch auch dazu, dass die zeitliche Entwicklung der Patienten bezüglich Abstinenzstabilität, Beziehungsstabilität und Veränderungen nach Ende der Therapie gut beurteilt werden kann.

Die uneinheitlichen Katamnesedauern werden bei der Auswertung sowie der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit berücksichtigt. Eine statistische Auswertung der einzelnen Behandlungsjahrgänge ist bei kleiner Stichprobe nur rein deskriptiv möglich.

5.2. Diskussion anderer Studien im Vergleich

Zur besseren Vergleichbarkeit der Studien dient die Einteilung in ähnlich angelegte Therapieformen mit Gruppierung in ambulantes und stationäres Setting sowie die weitere Gliederung in Kurzzeit- bzw. Entzugs- und Motivationstherapie. Eine nähere Beschreibung der Studien ist bereits erfolgt (siehe 2.7.1. und 2.7.2.).

Stationäre Katamnesen:

- Kurzzeittherapie
 - Tübinger Behandlungsjahrgang 1976
 - MANN und BATRA (1993)
 - BÄCHLE (2003)
 - KERN und JAHRREIS (1990)
 - Göttinger Untersuchungen:
 - Studie 2 (1998 - 2004)
 - Studie 1 (1993 - 1997).

- Entzug und Motivationsbehandlung
 - WIDMANN (1997)
 - SOYKA et al. (2001b).

Ambulante Katamnesen

- weiterführende Suchttherapie
 - PFEIFFER et al. (1987)
 - MUNDLE et al. (2001)
 - SOYKA et al. (2003).

Unterschiede in Therapieansätzen, Zielgruppen und Auswertung erschweren den Vergleich der einzelnen Studien untereinander. Zum Beispiel variiert die Einteilung des Trinkverhaltens in den einzelnen Studien und führt zur deutlichen Erschwerung des Vergleichs. In einigen Arbeiten wird das Trinkverhalten in abstinent, gebessert und ungebessert, in anderen Studien nur in Rückfall und kein Rückfall unterteilt. In der vorliegenden Studie wird die Kategorie Trinkverhalten in abstinent, Kurzurückfall (einmalig bis zu 4d), abstinent nach Rückfall (min. 3 Monate abstinent nach Rückfall), soziales Trinken und nass eingeteilt. Um trotz der unterschiedlichen Einteilungen eine Vergleichbarkeit der Studien zu ermöglichen, werden die verwendeten Kategorien einer Studie der jeweils passenden Kategorie der zum Vergleich herangezogenen Studien zugeordnet. Erscheint die Zuordnung bei einigen Angaben nicht möglich, wird explizit auf eindeutige Einteilungen (z.B. abstinent, nass) zurückgegriffen. Tabellen 27

und 28 zeigen Ergebnisse der oben genannten stationären und ambulanten Studien im Überblick.

Tabelle 27: Vergleichbare stationäre Katamnesen im Überblick

Studie	Tübinger Modell	MANN u. BATRA	KERN u. JAHR-REISS	BÄCHLE	Studie 1 Göttingen	Studie 2 Göttingen
Jahrgänge	1976	1988-90	1990	2003	1993-1997	1998-2004
Katamnesedauer	10 J.	3 J.	1 J.	3–6 J.	5–60 M.	3-70 M.
Patienten Gesamt	n=96	n=189	n=82	n=110	n=96	n=76
Ausschöpfungsquote	73% (n=70)	97% (n=184)	83% (n=76)	95% (n=105)	62% (n=60)	74% (n=53)
Durchschnittsalter	38 J.	41 J.	40 J.	-	44,1 J.	48,6 J.
Geschlecht (%)						
Frauen	28,1	18	40	100	45	39,6
Männer	71,9	82	60	0	55	60,4
Partnerschaft (%)						
Ja	71,8	72	71	-	71,7	66,0
Nein	24,0	28	29	-	25,0	22,7
Sonstiges	4,2	-	-	-	3,3	11,3
erwerbstätig (%)						
Ja	60,4	76	-	-	65,0	66,0
Nein	39,6	17	20	-	13,3	22,6
Sonstiges	-	7	-	-	21,7++	11,4
Abstinenzzeit #	10 J.	3 J.	1 J.	letzte 6 M.	5-60 M.	3-70 M.
abstinent % (n)	70% (49)	61,4% (113)	73%	55% (61)	86,7% (52)	68,0% (36)+
gebessert	10% (7)	27,7% (51)	-	0% (0)	3,3% (2)	18,9% (10)
ungebessert	20% (14)	10,9% (20)	-	40% (44)	10,0% (6)	13,2% (7)

+ : abstinent = abstinent + abstinent nach Rückfall + Kurzurückfall

++ : fehlende Angaben

#: Abstinenzrate berechnet in Bezug auf die angegebene Abstinenzzeit (entspricht nicht unbedingt Katamnesedauer)

Die Abstinenzrate der vorliegenden Untersuchung liegt mit 68,0% (n=36) im Bereich der Katamnesen von MANN und BATRA (1993), BÄCHLE (1993) und den Nachuntersuchungen des Tübinger Behandlungsjahrganges 1976. Allein die vorangegangene Studie der Jahrgänge 1993 - 1997 aus Göttingen weist mit 86,7% (n=52) eine deutlich höhere Abstinenzrate auf.

Im ambulanten Sektor gab es in den vergangenen Jahren viele Untersuchungen (PFEIFFER et al. 1987, WIDMANN 1997, MUNDLE et al. 2001, SOYKA et al. 2001b, SOYKA et al. 2003) Tabelle 27 zeigt die Ergebnisse von ambulanten Studien und von Katamnesen nach Entzugs- und Motivationsbehandlungen.

Die Studien von SOYKA et al. (2001b) und WIDMANN (1997) beschreiben Ergebnisse nach Entzugs- und Motivationsbehandlung. Die Studien von PFEIFFER (1987), MUNDLE et al. (2001) und SOYKA et al. (2003) stellen ambulante Entwöhnungsbehandlungen dar. Die Studien des ambulanten Sektors liegen in ihren Abstinenzquoten mit ungefähren 50% unter denen der stationären Untersuchungen.

Tabelle 28: Katamnesen nach ambulanter Entwöhnung bzw. nach Entzug und Motivationsbehandlung

Studie	PFEIFFER et al. 1987	MUNDLE et al. 2001	SOYKA et al. 2003	WIDMANN 1997	SOYKA et al. 2001b
Katamesedauer	1-9 J.	18 M.	12 M.	30 M.	10 M.
Patienten Gesamt	n=186	n=97	n=103	n=129	n=141
Ausschöpfungs- quote	85% (n=157)	73% (n=71)	90% (n=90)	93% (n=120)	90% (n=127)
Geschlecht (%)					
Frauen	28,0	32,0	40,2	21,7	34,0
Männer	72,0	68,0	59,8	78,3	66,0
Partnerschaft (%)					
Ja	-	75,0	77,5	41,4	60,0
Nein	-	25,0	18,6	58,6	40,0
zeitweilig	-	0,0	3,9		0,0
erwerbstätig (%)					
Ja	-	90,0	81,4	72,0	70,0
Nein	-	10,0	18,6	24,0	30,0
Sonstiges	-	0,0	0,0	4,0	0,0
Abstinenzzeit#	Letzte 6 M.	18 M.	12 M.	30 M.	10 M.
abstinent % (n)	52% (70)	53% (38)	56% (57)	33,3% (40)	50% (61)
gebessert	13% (18)	4% (3)	14% (14)		
ungebessert	34% (46)	42% (40)	30% (30)		

#: Abstinenzrate berechnet in Bezug auf die angegebene Abstinenzzeit (entspricht nicht unbedingt Katamesedauer)

5.3. Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammenfassend diskutiert und mit der Literatur verglichen.

5.3.1. Allgemeine Aspekte

Unter allgemeine Aspekte fällt die Diskussion methodischer Aspekte und erster Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

5.3.1.1. Ausschöpfungsquote

WATZL (1979) beschreibt die immense Bedeutung einer hohen Rücklaufquote, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu verhindern. Die Ausschöpfquote selbst unterliegt je nach Studie großen Schwankungen. LÄNGLE et al. (1993) konnten 10 Jahre nach einer 6-Wochen-Kurzzeitentwöhnung an der Universitätsklinik Tübingen von 94% der Patienten katamnestische Informationen erfassen. In der MEAT- Studie (1989) werden bei Katamnesezeiträumen von 6, 18 und 48 Monaten Ausschöpfquoten von 85%, 84% bzw. 81% erreicht. WIDMANN (1997) beschreibt in einer 30-Monatskatamnese nach Entgiftungs- und Motivationsbehandlung eine Ausschöpfquote von 93%.

Die höchste Ausschöpfquote von 97,2% wird in der 18-Monatskatamnese der LVA Berlin (ROGHMANN und LÜDTKE 1990) erreicht. Gründe für die hohe Aufklärungsquote in der letzt genannten Studie liegen in der engen Kooperation mit den Krankenkassen beim Aufsuchen der Patienten und in den politischen und geographischen Gegebenheiten durch die damals noch bestehende räumliche Begrenzung wegen der Teilung Berlins in Ost und West.

Eine sehr geringe Ausschöpfquote bietet dagegen die Studie von TALMON-GROS et al. (1989). Sie erhielten in der Nachbefragung Information von nur 44% der Patienten. Eine Verlustrate von 56% stellt die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studie deutlich in Frage.

In der vorliegenden Studie konnten Informationen von 73,6% (n=56, 53 Antworten, 3 Verstorbene) erhalten werden. Auf Grund der uneinheitlichen Katamnesezeiträume wurden in der vorliegenden Untersuchung auch Patienten angeschrieben, die die Therapie vor über 6 Jahren beendeten, so dass die Nachbefragung auf Grund der langen Katamnesezeiträume und den damit verbundenen gehäuften Umzügen, Namenswechseln oder nachlassender Motivation der Patienten erschwert wird. Hinzu kommt, dass viele Patienten aus entfernten Städten an der Kurzzeittherapie

teilgenommen haben und somit der Kontakt zu diesen Patienten im Anschluss an die Therapie auf Grund der räumlichen Distanz häufig nicht gehalten werden konnte.

Ein Ziel für weitere Untersuchungen in der Zukunft besteht sicherlich darin, die Ausschöpfquote über die allgemein weit verbreitete Nutzung von Internet und Handy oder aber über die Einholung von Informationen von Betreuern oder Verwandten zu verbessern. Vor allem die hohe Anzahl von nicht erreichbaren Patienten (n=8, 10,5%) gilt es zu verringern.

5.3.1.2. Mortalität

In der Literatur finden sich, abhängig von der Katamnesedauer und der Art der Studie, sehr unterschiedliche Mortalitätsraten. In der 30-Monats-Katamnese nach stationärer Entgiftung und Entwöhnung beschreibt WIDMANN (1997) eine Mortalitätsrate von 5,8% (n=7). LÄNGLE et al. (1993) berichten in der 10-Jahres-Katamnese von einer Mortalitätsrate von 22% (n=21) Schon 1965 konnten WIESER und KUNAD (1965) in einer katamnestischen Studie chronisch Alkoholkranker zeigen, dass die Mortalität alkoholkranker Männer dreimal höher lag als in der Normalbevölkerung.

NORDSTRÖM et al. (2004) beschreiben in einer Langzeituntersuchung 30 bis 50 Jahre nach stationärer Alkoholtherapie einen signifikanten Zusammenhang zwischen guter sozialer Integration und Mortalität. Die sozial gut integrierte Gruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe eine sehr viel niedrigere Mortalitätsrate von 33% im Gegensatz zu 63%. Insgesamt war die Mortalität aller behandelten Patienten im Vergleich zu der Durchschnittsbevölkerung in der Studie von NORDSTRÖM et al. um 2,1- bzw. 5-fache erhöht.

In der vorliegenden Studie liegt die Mortalität bei 3,9% (n=3). Das Durchschnittsalter der Verstorbenen liegt bei 56,7 Jahren. Ob sich unter den nicht erreichten oder nicht antwortenden Personen Patienten befinden, die inzwischen verstorben sind, kann nicht geklärt werden.

Einer der verstorbenen Patienten gehörte dem Behandlungsjahrgang 2000, zwei dem Behandlungsjahrgang 1998 an. Nähere Informationen über das Trinkverhalten der verstorbenen Patienten bis zum Tod sowie die Todesursache liegen nicht vor.

Zusammenfassend ist die Mortalitätsrate in der vorliegenden Arbeit mit 3,9% (n=3) sehr gering. Ursachen können nach NORDSTRÖM (2004) in der guten sozialen Integration des Patientenkollektivs begründet liegen. Darüber hinaus werden die Ausschlusskriterien, die Patienten mit schwerer kognitiver oder hirnorganischer Beeinträchtigungen und schweren Persönlichkeits- und Angststörungen im Vorhinein von der Kurzzeittherapie ausschließen, die niedrige Mortalitätsrate begünstigen. Des

Weiteren ist der Nachbefragungszeitraum von 3 Monaten bis zu 6 Jahren zur Beurteilung der Mortalität relativ kurz.

5.3.1.3. Therapieabbrecher

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Therapieabbrecher eine geringere Abstinenzrate (29,9%) aufwiesen als Patienten, die die Therapie regulär beenden (54%). Die häufigsten Ursachen eines Abbruchs waren Motivationslosigkeit, diese Patienten wiesen eine Abstinenzrate von 34,1% auf und externe Gründe mit einer Abstinenzrate von 42,3%. Patienten mit einem Rückfall unter Therapie boten eine Abstinenzquote von 4,5%. Insgesamt wiesen Therapieabbrecher deutlich geringere Abstinenzraten in den Nachbefragungen auf als regulär Entlassene.

Der Umgang mit Therapieabbrechern stellt bei der Auswertung ein methodisches Problem dar. In einigen Studien (z.B. PFEIFFER et al. 1987) sind Therapieabbrecher mit eingeschlossen, aus anderen Studien werden sie ausgeschlossen.

Schon WATZL (1979) beschreibt, dass das Ein- bzw. Ausschließen von Therapieabbrechern eine Studie in Bezug auf die Abstinenzrate erheblich beeinflussen kann.

In der vorliegenden Studie sind die Therapieabbrecher (n=3) in die Studie mit einbezogen. Zwei Patienten sind frühzeitig entlassen worden und ein Patient ist während der Therapie auf Grund von somatischen Erkrankungen auf eine andere Station verlegt worden. Die frühzeitig Entlassenen verweigerten jedoch die Aussage, indem sie einen leeren Zettel zurückschickten, der verlegte Patient antwortete nicht. Diese Angaben wurden in die korrigierte Abstinenzrate (Annahme: alle Nichtantworter sind nass) mit einbezogen.

5.3.2. Diskussion soziodemographischer Daten

Bereits 1987 berichtet KUNKEL über den nachweisbaren Einfluss soziodemographischer Daten und deren Ausprägungen auf den Erfolg der Alkoholtherapie.

Im Folgenden werden einzelne soziodemographische Daten betrachtet, deren Einfluss auf das Trinkverhalten untersucht und mit Erkenntnissen aus anderen Studien verglichen.

5.3.2.1. Alter und Geschlecht

Das Durchschnittsalter in den Studien von MANN und BATRA (1993) liegt bei 41 Jahren. In der Untersuchung von WIDMANN (1997) bei 42 Jahren und bei KERN und JAHREISS (1990) bei 40 Jahren.

Das Durchschnittsalter in der vorliegenden Untersuchung liegt bei 48,6 Jahren (Frauen 47,8 J.; Männer 49,2 J.) und liegt damit höher als das Durchschnittsalter der oben genannten Studien.

In Bezug auf die Geschlechtsverteilung nehmen in dem Zeitraum 1998 bis 2004 32 Frauen (42,1%) und 44 Männer (57,9%) an der Kurzzeittherapie teil.

Die Geschlechterverteilung dieser Studie entspricht im Bereich der ambulanten Entwöhnungsstudien der Geschlechtsverteilung der Studie von SOYKA et al. (2003) (weiblich 40,2%, männlich 59,8%) und im stationären Bereich der Studie von KERN und JAHRREIS (1990) mit einem Frauenanteil von 40%.

Verglichen mit den übrigen, oben genannten (Tab. 26 und 27) stationären Katamnesen von GRUNER und ESSER (1979) (Frauenanteil 28,1%), MANN und BATRA (1993) (Frauenanteil 18%) und WIDMANN (1997) (Frauenanteil 21,7%) liegt die Anzahl der Frauen in der vorliegenden Studie mit 39,6% deutlich höher.

5.3.2.2. Partnerschaften

Der Einfluss von Partnerschaft in Hinblick auf die Abstinenz ist vielfach untersucht worden. In der MEAT-Studie stellten KÜFNER und FEUERLEIN (1989) fest, dass Verheiratetsein und Zusammenleben mit dem Partner prognostisch günstige Faktoren in Hinblick auf die Abstinenz darstellen.

Auch TALMON-GROS et al. (1989) zeigten, dass Rückfälle hoch signifikant mit einer ungünstigen Partnerschaftssituation korrelieren.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam KUNKEL (1987). Er berichtete über niedrige Abstinenzraten in Patientengruppen mit hohem Anteil Geschiedener im Gegensatz zu hohen Abstinenzraten in Gruppen mit hohem Anteil intakter Ehen.

In der vorliegenden Arbeit leben 66% der Patienten in einer festen Partnerschaft. Dies entspricht in etwa den Anteilen an festen Partnerschaften in den stationären Katamnesen von GRUNER und ESSER (1979) mit 71,8%, MANN und BATRA (1993) mit 72,0% und KERN und JAHRREIS (1990) mit 71%. Deutlich hiervon unterscheidet sich die 30-Monats-Katamnese von WIDMANN (1997), in der nur 41,4 % der Patienten in festen Beziehungen leben. In den oben erwähnten ambulanten Katamnesen liegt der Anteil an festen Partnerschaften im Mittel ebenfalls bei 70%.

Zusammenfassend zeigt sich in allen vergleichenden Studien (Ausnahme: WIDMANN 1997) ein hoher Anteil an Partnerschaften. Zu erklären ist das am ehesten mit der Selektion der Patientengruppe anhand der Indikationskriterien, in denen eine relative soziale Stabilität gefordert wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen die Behauptung von TALMAN-GROS et al. (1989) über die Beziehung zwischen Abstinenz und Partnerschaft. Es zeigt sich zwar keine signifikante Beziehung zwischen Trinkverhalten und dem Vorhandensein einer Partnerschaft selbst ($p = .08$ n.s., $\tau = .208$). **Jedoch besteht eine signifikante Beziehung ($p = .005^{**}$, $\tau = .361$) zwischen dem Trinkverhalten und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft. So kann Zufriedenheit in der Partnerschaft Abstinenz fördern, oder auch Abstinenz Zufriedenheit in der Partnerschaft bedingen.**

Interessant wären Untersuchungen zu Veränderungen/Entwicklungen in der Partnerschaft über die Katamnesedauer, dieses ist in dieser Arbeit wegen fehlender Daten über die Partnerschaft bei Entlassung nicht möglich.

5.3.2.3. Soziale Integration

Im Folgenden soll der Einfluss von sozialer Integration als Netz aus Kontakten und Beziehungen in der Familie, im Freundeskreis und am Arbeitsplatz auf die Abstinenz diskutiert werden.

Den Einfluss von sozialer Unterstützung im Rückfall und den Einfluss des sozialen Umfelds auf die Dauer der Abstinenz untersucht JOHN (1984). JOHN konnte eine enge Beziehung zwischen dem Trinkverhalten, sozialer Integration und der Dauer der Abstinenz aufzeigen und sieht in der Abstinenz die Grundlage für die spätere soziale Integration.

In der vorliegenden Arbeit wird die soziale Integration im Fragebogen durch die Fragen bezüglich Erwerbstätigkeit, sozialen Kontakten, Partnerschaft und sozialer Unterstützung in Notsituationen erfasst. Wie bereits erwähnt, kommt der Zufriedenheit mit der Partnerschaft eine Bedeutung im Hinblick auf das Abstinenzverhalten zu. Darüber hinaus unterstreichen die signifikanten Korrelationen zwischen Trinkverhalten und der Zufriedenheit im sozialen Bereich die Aussage JOHNS (1984) über den Einfluss des sozialen Gefüges auf die Abstinenz. **So zeigen sich signifikante Beziehungen zwischen dem Abstinenzverhalten und der Zufriedenheit mit der sozialen Umgebung ($p = .031^*$, $\tau = .25$), der Freizeit- ($p = .001^{**}$, $\tau = .39$), dem Arbeitsplatz- ($p = .031^*$, $\tau = .25$) und der Partnerschaftszufriedenheit ($p = .006^{**}$, $\tau = .33$). Je zufriedener die Patienten in den genannten sozialen Bereichen sind, desto häufiger leben sie abstinent.** Nicht unterschieden werden kann, ob Abstinenz soziale Zufriedenheit bedingt oder umgekehrt ein intaktes soziales Umfeld die

Abstinenz. Am ehesten sind Zufriedenheiten und Abstinenz als gegenseitige Beziehungen zu sehen.

Ein weiterer Aspekt der sozialen Integration ist die Inanspruchnahme von Hilfe in Notsituationen. Am häufigsten suchen die Patienten mit 23,9% Hilfe beim Partner, mit 20,4% bei Freunden und Bekannten und mit 26,5% bei professionellen Helfern (26,5%). 2,7% (n=3) geben an, nirgendwo Hilfe zu finden, einer von Ihnen ist rückfällig, einer trocken und einer fällt unter die Kategorie sozialer Trinker. Eine signifikante Beziehung zwischen den Anlaufstationen in Notsituationen und der Abstinenz kann nicht gezeigt werden.

Zusammenfassend wurde Hilfe in Notfallsituationen in hohem Maße in Anspruch genommen. Die sehr hohe Inanspruchnahme von Hilfe von Partnern und Bekannten spiegelt eine gute soziale Integration wider.

5.3.2.4. Sucht von Angehörigen

HAVEMANN-REINECKE (2006) beschreibt eine genetische Prädisposition in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit, die anhand von Zwillingsstudien nachgewiesen werden konnte welche anhand von 39 Familienstudien eine familiäre Häufung beim Auftreten von Alkoholabhängigkeit zeigen. Der genaue Einfluss einer genetischen Disposition bleibt jedoch weiterhin unbekannt. HAVEMANN-REINECKE folgert, dass neben einer genetischen Disposition für Suchterkrankungen psychische und soziale externe Faktoren sowie die toxischen Wirkungen der Droge selbst eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit spielen.

Es zeigt sich in der vorliegenden Arbeit ein hoher Anteil an Süchtigen im Bereich der Angehörigen der Patienten (47,1% n=25 haben Angehörige mit Suchtproblemen).

5.3.2.5. Erwerbstätigkeit

JOHN (1979b) beschreibt das Vorhandensein einer Arbeitsstelle als hochsignifikanten Indikator für das Trinkverhalten, sowohl in der Zeit der Therapie als auch nach ihrem Ende. So war die Gewissheit über das Bestehen einer Arbeitsstelle während der Therapie ein hochsignifikanter Prädiktor für die Abstinenz. Ein häufiger Arbeitsplatzwechsel nach Ende der Therapie wirkte sich, nach JOHN (1979b), ungünstig auf das Trinkverhalten aus. Schlussfolgernd beschreibt JOHN im Verlust der Arbeitsstelle und der damit verbundenen Einschränkung der Lebensperspektive, der Zerstörung des gewohnten Tagesplanes, dem Verlust von Kontakten zu Arbeitskollegen und in einem

häufig auftretenden Nutzlosigkeitsgefühl mögliche Gründe für eine Verschlechterung des Trinkverhaltens bei arbeitslosen Alkoholabhängigen.

Der Erwerbstätigkeitsstatus wird auch in der Arbeit von BURTSCHIEDT et al. (2001) als valider Prädiktor für den Behandlungserfolg in der Therapie der Alkoholabhängigkeit gesehen.

In der vorliegenden Studie kann keine direkte signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der Arbeitslosigkeit gezeigt werden. Eine signifikante Rangkorrelation nach Kendall Tau besteht, wie bereits erwähnt, zwischen der Arbeitsplatzzufriedenheit und dem Trinkverhalten ($p = .031^*$, $\tau = .25$): **d.h., je zufriedener die Patienten zum Zeitpunkt der Nachbefragung mit der Arbeitsplatzsituation sind, desto eher leben sie abstinent.** Eine weitere Beziehung besteht zwischen der aktuellen Arbeitsunfähigkeit ($p = .046^*$, $\tau = .26$) und dem Trinkverhalten. Patienten, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung arbeitsunfähig sind, leben häufiger nicht abstinent.

Diese Ergebnisse unterstützen die Aussagen JOHN's zum immensen Stellenwert der Erwerbstätigkeit und der Sicherheit bezüglich der Arbeitsplatzsituation im Hinblick auf die Abstinenz. Unsicherheit in Bezug auf den Arbeitsplatz (Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit) geht in der vorliegenden Studie mit einer Verschlechterung des Trinkverhaltens einher.

Beim Vergleich der Gruppe der Rückfälligen und der Gruppe der Abstinenten bezüglich der Entwicklung der Erwerbstätigkeit über den Katamnesezeitraum kann eine interessante Entwicklung gezeigt werden. Die Gruppe der zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung Rückfälligen ist zum Zeitpunkt der Entlassung mit besseren beruflichen Ausgangsbedingungen (geringere Arbeitslosigkeit 14,8% $n=4$, höhere Erwerbstätigkeit 85,2%, $n=23$) gestartet als die Gruppe der heute Abstinenten (arbeitslos 27,1% $n=6$, erwerbstätig 72,7%, $n=16$). Es wäre nach JOHN's Aussagen zu erwarten, dass eine hohe Erwerbstätigkeit einen besseren Schutz gegen den Rückfall bedeutet. Dieses kann in dieser Untersuchung nicht belegt werden. Es zeigt sich jedoch, dass Patienten, die abstinent lebten, trotz schlechterer Ausgangsbedingungen nach Therapie (höhere Arbeitslosigkeit und geringere Erwerbstätigkeit) zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung eine sehr viel bessere Arbeitssituation aufweisen (geringere Arbeitslosigkeit 14,4%, $n=3$, höhere Erwerbstätigkeit 85,7%, $n=18$) als die Gruppe der Rückfälligen (arbeitslos 30,8% $n=8$, erwerbstätig 69,2% $n=18$). **Diese Ergebnisse weisen erneut daraufhin, dass nicht nur der Erwerbstätigkeit allein, sondern eher der Zufriedenheit mit der Erwerbstätigkeit eine wichtige Rolle in Bezug auf die**

Abstinenz zukommt. Auf der anderen Seite scheint auch die Abstinenz selbst größeren Einfluss auf die berufliche Entwicklung zu haben als die berufliche Ausgangssituation.

Wenn der Abstinenz diese Bedeutung zukommt, bleibt die entscheidende Frage, was die Abstinenz fördert. JOHN's Antwort wäre: Arbeit. Ist jedoch, wie bei der Gruppe der heute Abstinenten der vorliegenden Untersuchung zum Zeitpunkt der Entlassung keine Arbeit gegeben, muss es folglich weitere Faktoren geben, die Abstinenz bedingen. **Die vorliegenden Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sich die Abstinenz positiv, bzw. ein Rückfall sich negativ auf die Arbeitssituation auswirkt, dass hingegen eine gute Ausgangsposition mit Vorhandensein einer Arbeitsstelle nicht vor einem Rückfall schützt, da es erwartungsgemäß weitere Faktoren gibt, die die Abstinenz beeinflussen. Zufriedenheit scheint ein wichtiger Faktor zu sein.**

5.3.3. Trinkverhalten

Ein wichtiges Erfolgskriterium des Therapieerfolgs ist das Trinkverhalten (Abstinenzquote) und dessen Differenzierung.

Unterschiede in der Kategorisierung des Trinkverhaltens erschweren die Vergleichbarkeit des Therapieerfolgs verschiedener Studien. Die Standards der deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie nehmen eine Einteilung in „gebessert“, „ungebessert“ und „abstinent“ vor. Hierbei ist zu bemerken, dass die Kategorie „gebessert“ eine nicht eindeutig definierte Einteilung darstellt. In der MEAT-Studie (KÜFNER UND FEUERLEIN 1989) wird „gebessert“ als <60/30 g Alkohol pro Tag (Männer/Frauen) und unter der Voraussetzung fehlender physischer und psychischer Zeichen des Alkoholkonsums sowie pathologischer Trinkmuster definiert.

Die Nachuntersuchungen des Tübinger Behandlungsjahrgangs 1976 (LÄNGLE et al. 1993) orientiert sich bei der Definition „gebessert“ an den oben genannten Angaben von KÜFNER und FEUERLEIN (1989). LÄNGLE et al. (1993) fügt der Definition des „gebesserten“ Trinkens hinzu, dass die Trinkperiode in den letzten 12 Monaten nicht länger als 6 Monate dauern dürfe. Darüber hinaus wurde den Katamneseuntersuchungen des Tübinger Modells eine weitere Kategorie mit „abstinent nach Rückfall“ hinzugefügt.

PFEIFFER et al. (1987) verwenden ebenfalls die Definition des gebesserten Trinkverhaltens.

BRÜGEL (2000) bezieht sich auf die Dreiteilung in „gebessert“, „ungebessert“ und „abstinent“.

In dem hier vor liegendem Fragebogen werden folgende Kategorien verwendet:

- „abstinent“ = durchgehend abstinent
- „Kurzurückfall“ = einmaliger Rückfall (max. 4d)
- „abstinent nach Rückfall“ = > 3 Monaten nach Rückfall abstinent
- „soziale Trinker“ = nicht tägliches Trinken, keine Rausche
- „nass“ = trinkend.

Die Definition des sozialen Trinkens als soziales, nicht tägliches Trinken ohne Rauschzustände wird anhand der abgefragten Items nur unpräzise begrenzt. Es fehlt eine exakte Erfassung mittels max. Tagesdosis sowie physischer und psychischer Abhängigkeit. Um diese Kategorie jedoch zu validieren und exakt zu erfassen, werden oben genannte Kriterien zur Einschränkung des sozialen Trinkens benötigt, um einen kontrollierten Umgang mit Alkohol eines jeden sozialen Trinkers belegen zu können und von unkontrollierten Trinken (nass) zu trennen. Die Problematik des sozialen, kontrollierten Trinkens und deren Erfassung werden unter 5.3.4. eingehender diskutiert.

Beim Vergleich des Trinkverhaltens in den Studien des Tübinger Modells mit den Ergebnissen dieser Arbeit sind die Kategorien abstinent, abstinent nach Rückfall und ungebessert leicht zu übertragen. Schwierigkeiten bereitet die Kategorie des gebesserten Trinkverhaltens, die am ehesten der Kategorie „soziales Trinken“ dieser Untersuchung entspricht.

Eine weitere Schwierigkeit besteht in den unterschiedlichen Bezugszeiten des Trinkverhaltens. Manche Autoren beziehen das Trinkverhalten auf die gesamte Katamnesedauer (MANN und BATRA 1993), andere bewerten das Trinkverhalten bezogen auf einen fest bestimmten Zeitraum (WIDMANN 1997, BÄCHLE 2003). Verdeutlichen lässt sich diese Problematik anhand der Studie von WIDMANN (1997). Das Trinkverhalten teilt sich in der Studie von WIDMANN, bezogen auf das letzte Katamnesehalbjahr, auf in 58,3% Abstinente und 41,7% Rückfällige. Das Trinkverhalten derselben Patienten, bezogen auf den letzten Katamnesemonat, zeigt jedoch deutlich höhere Abstinenzraten (70% abstinent, 30% rückfällig). Durch unterschiedliche Bezugsdauern kann es zu immensen Veränderungen der Abstinenzzahlen kommen.

In der vorliegenden Studie wird die Festlegung der Abstinenzdauer dadurch erschwert, dass die Katamnesedauern der Patienten variieren (siehe 5.1.5.).

5.3.4. Soziales Trinken - Kontrolliertes Trinken

Inwieweit soziales Trinken nach Alkoholabhängigkeit möglich ist und ob soziales Trinken als kontrolliertes Trinken gelten kann, wird in der Literatur vielfach diskutiert.

KUNKEL (1987) beschäftigt sich mit der Problematik des kontrollierten Trinkens und ist bemüht, eine einheitliche Definition für kontrolliertes Trinken zu finden. KUNKEL's Forderungen (1987) an die Definition des „kontrollierten Trinkens“ sind folgende:

- keine Ausrutscher sind erlaubt;
- < 40 gr. reinen Alkohol im Schnitt pro Tag und in einzelnen Trinksituationen;
- < 0,8 Promille;
- Berücksichtigung der Trinkmenge, Häufigkeit, Trinkumstände und Geschwindigkeit.

KUNKEL fordert die Festlegung einer Bewährungszeit für kontrolliertes Trinken von 2 - 4 Jahren, da in den ersten beiden Jahren nach Ende der Therapie das Trinkverhalten häufig Veränderungen unterliegt und somit noch nicht als stabil gelten kann. Zu einer eigentlichen Bewertung, ob kontrolliertes Trinken möglich ist, kommt KUNKEL nicht. „Es ergeben sich keine hinreichend sicheren Belege dafür, daß es Alkoholikern möglich sein könnte, für eine längere Zeit kontrolliertes Trinken zu erlernen“⁴, so KUNKEL (1987).

ROSENBERG (1993) sammelt Angaben verschiedener Studien in der Literatur zum kontrollierten Trinken, dabei fallen sehr unterschiedliche Definitionen des kontrollierten Trinkens auf. Häufig wird es über die Trinkmenge (< 3 oz. pro Tag), das Fehlen von Abhängigkeitssymptomen sowie sozialen, gesetzlichen oder gesundheitlichen Problemen definiert. In einigen Studien gilt darüber hinaus der Kontrollverlust als weiteres Ausschlusskriterium. Die Frage, ob ehemalige Alkoholiker kontrolliert trinken können, kann auch ROSENBERG (1993) nicht eindeutig beantworten. ROSENBERG schließt die Möglichkeit eines kontrollierten Trinkstils nach Abhängigkeit nicht prinzipiell aus, verweist jedoch auf die Breite von Einflussfaktoren (Persönlichkeitsmerkmale, Unterstützung, Behandlungen, eigene Arbeit, Glück), die den Erfolg des kontrollierten Trinkens maßgeblich mit beeinflussen.

ROSENBERG (1993) fand folgende Prädiktoren für das Funktionieren des kontrollierten Trinkens:

- geringere Schwere der Alkoholabhängigkeit;
- der Glaube an das Funktionieren des kontrollierten Trinkens;
- Erwerbstätigkeit ;

⁴ KUNKEL, 1987, S.389

- jüngeres Alter;
- psychische und soziale Stabilität;
- weibliches Geschlecht.

In Hinblick auf die Kategorie des sozialen Trinkens weist die vorliegende Arbeit Ungenauigkeiten auf. Wie oben bereits gesagt, ist die Definition des sozialen Trinkens zu ungenau und beschreibt in dieser Studie einen subjektiven Trinkzustand der Patienten, der wahrscheinlich eher als nass einzuordnen ist. Dieser Einwand bleibt bei der Bewertung zu berücksichtigen.

Tabelle 29 zeigt die Angaben der einzelnen „sozialen Trinker“ zu spezifischen Fragen nach Trink- und Rückfallverhalten.

Tabelle 29: Antworten der „sozialen Trinker“

Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alter	50	56	56	54	52	55	41	53	56	61
Geschlecht	m	m	m	m	w	w	w	w	w	w
Arbeit	x	x	-	x	x	x	-	x	x	x
Kontrolle	x	-	x	x	x	-	x	x	x	x
Entzug	-	x	x	-	-	-	-	-	-	x
Bewertung	-	-	x	-	-	x	-	x	-	-
Entgiftung	-	-	-	-	-	-	x	-	-	x
Entwöhnung	-	-	-	-	-	-	x	-	-	x

Alter: in Jahre

Geschlecht: w = weiblich, m = männlich

Arbeit: x = Arbeit, - = keine Arbeit

Kontrolle = können sie kontrolliert mit Suchtmitteln umgehen? x = ja, - = nein

Entzug = hatten sie Entzugserscheinungen bei Alkoholeinstellung? x = ja, - = nein

Bewertung des erneuten Alkoholkonsums als Rückfall? x = ja, - = nein

Entgiftung = erneut entgiftet? x = ja, - = nein

Entwöhnung = erneute Entwöhnung? x = ja, - = nein

Das durchschnittliche Alter der „sozialen Trinker“ beträgt 53,4 Jahre. 40% (n= 4) sind männlich, 60% (n=6) weiblich. Zwei (20%) Patienten sind zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung arbeitslos. Acht Patienten (80%) geben an, Kontrolle über ihren Alkoholkonsum zu haben. Dieses Item scheint die sozialen Trinker am ehesten zu charakterisieren. Zwei Patienten (20%) haben jedoch nach eigener Einschätzung keine Kontrolle über den Alkoholkonsum. Drei Patienten (30%) geben Entzugserscheinungen

beim Einstellen des Alkoholkonsums an. Bei Auftreten von Entzugssymptomen liegt der Verdacht nahe, dass diese Patienten mehr als „sozial“ getrunken haben. Jedoch bleibt zu berücksichtigen, dass Entzugssymptome auch bei Abstinenz durch Konditionierungsphänomene auftreten können.

Zwei Patienten haben eine erneute Entzugs- und weiterführende Suchtbehandlung in Anspruch genommen. Die Wahrscheinlichkeit, nach Mehrfachentwöhnungen kontrolliert trinken zu können, sinkt.

Drei Patienten bewerten das erneute Trinken als Rückfall, auch hier bleibt offen, ob diese Bewertung des eigenen Trinkens mit kontrolliertem Trinken vereinbar ist.

Wertet man alle zweifelhaften „sozialen Trinker“ (keine Alkoholkontrolle, Entzugserscheinungen, erneuter Entzug/Entwöhnung, Bewertung als Rückfall) als nass, so bleiben vier (40%) der 10 Patienten in der Kategorie der sozialen Trinker. Die übrigen sechs Patienten (60%) sind in die Gruppe der „Nassen“ einzuordnen.

Vom klinischen Alltag aus ist ein kontrolliertes Trinken bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung äußerst fragwürdig. Das behandelnde Team schätzt, unabhängig von den Antworten, „50 % der „sozialen Trinker“ der vorliegenden Arbeit (Studie 2) als nass ein“⁵.

Unklar bleibt der zeitliche Zusammenhang zwischen der erneuten Behandlung und dem Beginn des sozialen Trinkens. Haben soziale Trinker erst nach dem Rückfall angefangen „sozial zu trinken“ oder ordnen sie ihr vorangegangenes Trinken auch als soziales Trinken ein? Die Widersprüche im Antwortverhalten der „sozialen bzw. kontrollierten Trinker“ sind vielfältig.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass eine Bewertung, inwieweit „soziale Trinker“ wirklich sozial kontrolliert trinken, durch die ungenaue Definition des sozialen Trinkens und die fehlende Überprüfbarkeit der gemachten Angaben in dieser Arbeit nur eingeschränkt möglich ist (40%, n=4 scheinen soziale Trinker zu sein).

Eine genauere Definition des sozialen Trinkens sollte eine Mindestmengenbegrenzung an Alkohol pro Tag, den Ausschluss von Rauschzuständen, Kontrollverlusten und Entzugserscheinungen sowie eine Festlegung einer Bewährungszeitraums dieses Trinkstils enthalten. Gegebenenfalls wäre die Einbeziehung von Bezugspersonen zur Überprüfung der gemachten Angaben der Patienten zu erwägen.

⁵ HAVEMANN-REINECKE, 10.10.07, mündliche Mitteilung

5.3.5. Rückfälle

Im Folgenden werden Ursachen und Zeitpunkt eines Rückfalls diskutiert und verschiedene Anlaufstationen im Falle eines Rückfalls gezeigt.

5.3.5.1. Zeitpunkt des Rückfalles

Die erste Zeit nach Entlassung sowohl aus Entgiftungen als auch aus weiterführenden Behandlungen gilt als die Zeit mit dem höchsten Risiko für einen Rückfall. (KÖRKEL und KRUSE 2005). KÖRKEL und KRUSE beschreiben die Zeit nach Entlassung aus der stationären Behandlung als sehr kritische Phase. Die Patienten werden zu diesem Zeitpunkt aus der sicheren stationären Umgebung in ihren Alltag mit den ganz eigenen Problemen entlassen. Die Studie empfiehlt, den Einstieg in den Alltag bereits während der Therapie zu ebnen, um einen abrupten Übergang zu vermeiden und Rückfälle zu verhindern. In der Einbindung des sozialen und beruflichen Umfelds in die Therapie sehen KÖRKEL und KRUSE (2005) ebenfalls eine Rückfallprophylaxe.

LÄNGLE (1990) beschreibt in seiner Katamnese nach einer weiterführenden Therapie die größte Zahl der Rückfälle (89,8%) innerhalb der ersten 2 Jahre nach Therapieentlassung. „Wer diese Zeit ohne Rückfall überstanden hat, hat offensichtlich größere Chancen, auch die folgenden Jahre abstinent zu leben“⁶, so LÄNGLE (1990). LÄNGLE beschreibt jedoch auch einige wenige Rückfälle nach Jahren der Abstinenz.

WIDMANN (1997) berichtet nach Entgiftungs- und Motivationsbehandlung von einer großen Anzahl sehr früher Rückfälle. 52,5% der Rückfälle ereigneten sich im ersten Monat nach Entlassung aus der Behandlung.

STETTER und MANN (1997) beschreiben ebenfalls eine hohe Rückfallquote in den ersten Monaten nach Entlassung. In den ersten 4 Wochen nach Entlassung aus der stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung waren 30% der Patienten rückfällig, nach 3 Monaten waren 40% rückfällig. Nach 9 Monaten erlitten nur wenige Patienten noch einen Rückfall.

In der vorliegenden Arbeit ereigneten sich die meisten Rückfälle in den ersten beiden Jahren nach Entlassung, dieses entspricht den Ergebnissen von LÄNGLE (1990). ***Gut 50% der Rückfälle fallen in das erste halbe Jahr nach Ende der Therapie. Bei den Frauen ereignen sich alle Rückfälle innerhalb der ersten zwei Jahre nach***

⁶ LÄNGLE, 1990, S.32

Entlassung, bei den Männern ereignen sich in diesem Zeitraum 80% aller Rückfälle. Hierbei bleibt zu berücksichtigen, dass auch Patienten mit Katamnesezeiträumen unter 2 Jahren eingeschlossen sind, die sich noch in der kritischen Rückfallzeit befinden.

LÄNGLE's Aussage, dass auch nach mehreren Jahren der Abstinenz einige Patienten einen Rückfall erleiden, kann anhand dieser Daten bestätigt werden.

Die beschriebenen hohen frühen Rückfallraten ziehen Forderungen für die ambulante oder teilstationäre Nachsorge nach sich. STETTER und MANN (1997) fordern für die ersten Wochen bzw. Monate nach einer Entzugsbehandlung eine ambulante, eventuell durch „anticraving Substanzen“ (Medikamente zur Reduktion des Alkoholverlangens) unterstützte Therapie zur Rückfallprävention.

Für die Zeit nach einer weiterführenden Therapie können die Rückfallraten möglicherweise durch längere teilstationäre oder ambulante Nachsorge verringert werden. LAUER (1988) kann eine Verzögerung des Rückfallzeitpunkts durch ambulante bzw. teilstationäre Nachsorge zeigen. Bei intensiver Nachsorge werden laut LAUER die Rückfälle zeitlich aufgeschoben und darüber hinaus auch weniger Rückfälle erlitten. Außerdem führt nach LAUER (1988) die intensive Nachsorge zur deutlichen Abschwächung der Rückfallintensität. Des Weiteren sieht LAUER (1988) eine wichtige Rückfallprophylaxe in der Förderung der sozialen Reintegration durch umfassende soziale und psychologische Unterstützung nach Therapieentlassung. So können durch ein gutes soziales Umfeld sowohl Rückfälle als auch mögliche negative soziale Konsequenzen (Arbeitslosigkeit, Scheidung) abgeschwächt werden.

BÄCHLE (2003) stellt in ihrer Studie nach Entwöhnungstherapie bei Frauen eine erhöhte Rückfallquote bei Patientinnen > 40 Jahre fest. Bächle sieht dadurch ihre Annahme bestätigt, dass es notwendig ist, möglichst frühzeitig schon zu Beginn einer Alkoholikerkarriere professionell zu intervenieren.

In der vorliegenden Arbeit liegt das Durchschnittsalter der Gruppe der Rückfälligen mit 48,97 Jahren im Bereich der Gruppe der Nichtrückfälligen mit 48,25 Jahren. Eine signifikante Beziehung zwischen Alter und Rückfallverhalten kann nach Kendall Tau nicht gezeigt werden ($p = .830$ n.s., $\tau = .025$).

5.3.5.2. Gründe für den Rückfall

LÄNGLE (1990) stellt in seiner Arbeit fest, dass nur wenige Patienten Angaben zu den Ursachen des Rückfalls machen können. Bei den Patienten, die zu genauere Angaben in der Lage sind, stellt psychisches Missbefinden die häufigste Ursache eines Rückfalles dar, gefolgt von dem Wunsch, kontrolliert trinken zu können und dem Vorhandensein von Partnerproblemen.

Ähnliche Ergebnisse zeigt die Studie von BÄCHLE (2003). 29% der Rückfälligen geben das allgemeine psychische Befinden als Auslöser für den Rückfall an, ohne dieses jedoch näher definieren zu können. In 23% der Fälle liegt der Grund des erneuten Alkoholkonsums in Partnerschaftsproblemen und weitere 23% begründen ihren Rückfall mit dem gescheiterten Versuch, kontrolliert trinken zu wollen. Nur 8% der rückfälligen Patienten geben in der Studie von BÄCHLE Arbeitsplatzprobleme als Grund für ihren Rückfall an.

Negative emotionale Stimmungen als Hauptursache für einen Rückfall beschreibt die Studie von HODGINS et al. (1995). HODGINS et al. (1995) konnten zeigen, dass Frauen im Gegensatz zu Männern eher interpersonelle als intrapersonelle Konfliktsituationen als Ursache eines Rückfalls anführen. Leichte Rückfälle sind eher auf soziale Konfliktsituationen und weniger auf negative emotionale Stimmungslagen zurückzuführen, schwerwiegende Rückfälle liegen vor allem in negativen emotionalen Stimmungen begründet (HODGINS et al. 1995).

In der vorliegenden Studie wird das seelische Befinden mit 43,7% am häufigsten als Ursache für erneuten Alkoholkonsum angegeben. Dieses kann u.a. damit erklärt werden, dass die Einschätzung der Psychodynamik des eigenen Suchtverhaltens ein wichtiger Faktor in der Therapie darstellt. Ausdruck und Wahrnehmung des eigenen seelischen Befindens werden während der Therapie gezielt geschult.

Mit 25% stellen Belastungssituationen den zweithäufigsten Grund für einen Rückfall dar, gefolgt von Partnerproblemen (6,3%), dem Versuch, kontrolliert zu trinken (2,1%) und der Arbeitslosigkeit (2,1%).

Die Erkenntnisse von HODGIN et al. (1995) über die große Bedeutung des seelischen Befindens als Auslöser eines Rückfalls kann anhand der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Dieses Ergebnis wird durch die signifikante Beziehung zwischen dem Trinkverhalten und der Zufriedenheit mit der seelischen Verfassung unterstützt ($p = .012^*$, $\tau = .29$).

Aus diesen Erkenntnissen kann die Bedeutung der Schulung, die Fokussierung und Wahrnehmung des eigenen seelischen Befindens als wichtiger Therapieinhalt und als Therapieziel formuliert werden. **Die Erarbeitung und Erfassung der seelischen Befindlichkeit und deren individuelle Auslöser scheinen entscheidende Prädiktoren in der Rückfallprophylaxe zu sein.**

5.3.5.3. Hilfe im Rückfall

Die Wichtigkeit des Hausarztes als Anlaufstation im Rückfall verdeutlichen LÄNGLE (1990), SCHÄFER (1996), BRÜGEL (2000) und BÄCHLE (2003). Alle Arbeiten kommen zu der Erkenntnis, dass der Hausarzt einen wichtigen Ansprechpartner vor allem in Krisenzeiten darstellt, und für viele Patienten auch dauerhaft.

Die große Bedeutung des Hausarztes in Krisenzeiten, vor allem bei rückfälligen Patienten, kann auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Dieses wird durch eine hoch signifikante Korrelation nach Kendall Tau zwischen Arztbesuch nach Entlassung und dem Trinkverhalten ($p = .01^{**}$, $\tau = .33$) bestätigt (siehe 4.9.3.).

In der vorliegenden Studie sucht der größte Teil der Patienten mit 37,9% ($n=11$) im Rückfall Hilfe in der Klinikambulanz oder auf der Suchtstation. 20,7% ($n=6$) wenden sich an einen niedergelassenen Arzt (z.B. Hausarzt).

Beinahe ein Drittel der Rückfälligen sucht erneut die Krankenhausambulanz oder die Suchtstation auf, um Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine signifikante Beziehung zwischen dem Aufsuchen der Suchtstation/Krankenhausambulanz kann nicht gezeigt werden. Dieses ist möglicherweise auf die damals noch fehlende spezifische Suchtambulanz zurückzuführen. Seit Dezember 2002 gibt es die spezifische Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) am Klinikum Göttingen, durch die konstante Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Die insgesamt hohe Inanspruchnahme von Hilfe im Falle eines Rückfalls (62,1%, $n=18$) ist als Therapieerfolg zu werten. Ein erklärtes Therapieziel der 6-Wochen-Kurzzeittherapie, die Bereitschaft zur Abstinenz zu stärken und Wege zur Rückfallbewältigung zu schaffen, scheint hiermit erfüllt.

5.3.6. Poststationäre Behandlungsangebote

Im Folgenden wird die Bedeutung poststationärer Behandlungsangebote (SHG, ambulante Psychotherapien, Arztbesuche...) diskutiert, wobei zu erwähnen ist, dass SHG's nicht allein poststationäre Angebote darstellen, sondern bereits Inhalte der stationären qualitativen Entzugsbehandlungen sind.

5.3.6.1. Selbsthilfegruppen

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) untersuchten in der MEAT-Studie u.a. den Stellenwert und die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen (SHG's) in der Therapie der Alkoholabhängigkeit. In der Nachuntersuchung nach 18 Monaten nahmen 25% der ehemaligen Patienten regelmäßig an einer SHG teil. Die Gruppe der Patienten, die regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besuchten, wies mit 72% die höchste Abstinenzrate, die Gruppe der Patienten mit unregelmäßiger Teilnahme mit 48% die niedrigste auf. Nach 48 Monaten nahmen noch 21% der Patienten regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teil.

LÄNGLE (1990) berichtet in der 10-Jahres-Katamnese an der Uni Tübingen von 11 Personen (14,7%), die nach 10 Jahren noch regelmäßig an einer SHG teilnahmen. 10 der 11 SHG-Teilnehmer lebten abstinent, LÄNGLE bestätigt somit die Erkenntnisse der MEAT-Studie, dass die Teilnahme an einer SHG mit längerer Katamnesezeit sinkt, als auch die Aussage, dass die regelmäßige Teilnahme an SHG's die Abstinenz fördert.

In der vorliegenden Studie wird die SHG-Teilnahme direkt nach Entlassung und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung erfasst. Direkt nach Entlassung nehmen 34,0 % (n=18) der Patienten regelmäßig und 24,5% (n=13) unregelmäßig an einer SHG teil. Zum Nachbefragungszeitpunkt sind noch 32,1% (n=17) der ehemaligen Patienten regelmäßig dabei. Patienten, die direkt nach Therapieende regelmäßig an einer SHG teilnehmen, weisen auch in dieser Untersuchung die höchste Abstinenzrate (50%) auf. Bei denjenigen, die nur unregelmäßig teilnehmen, zeigt sich mit 38,5% die schlechteste Abstinenzrate.

Zusammenfassend wird die regelmäßige ambulante Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe als Begleitung nach Ende der Therapie nur von einem Teil der Patienten in Anspruch genommen, geht jedoch mit erhöhter Abstinenz einher. Unregelmäßige Teilnehmer an einer SHG haben schlechtere Abstinenzraten.

Die Erkenntnisse der MEAT-Studie (KÜFNER und FEUERLEIN 1989) und der Studie von LÄNGLE (1990) können, bezogen auf den Stellenwert der SHG's, somit in vielen Punkten in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zeigt sich ein anderes Bild. Diejenigen, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung an einer SHG teilnehmen, weisen eine schlechtere durchgehende Abstinenzrate (35,3%) auf als diejenigen, die zum Nachbefragungszeitpunkt keine SHG besuchen (50,0%). ***Dieses liegt am ehesten in der Inanspruchnahme der SHG, die v.a. von Abstinenten nach Rückfall (29,4%) und Personen***

nach Kurzurückfall (5,9%) besucht wird. Die genannten Personengruppen, die nach Rückfall abstinent leben, besuchen länger noch eine SHG als diejenigen, die keinen Rückfall erlebt haben. Dadurch sind die auf den ersten Blick schlechteren Abstinenzraten der SHG-Teilnehmer erklärbar.

Auffällig ist darüber hinaus, dass Frauen seltener eine SHG besuchen als Männer, sowohl kurz nach Entlassung (Frauen=47,6% bzw. Männer=65,6%) als auch zum Nachbefragungszeitpunkt (Frauen=19,0% bzw. Männer=40,6%).

In der MEAT-Studie (KÜFNER und FEUERLEIN 1989) konnte bereits gezeigt werden, dass Frauen trotz regelmäßiger Teilnahme an einer SHG eine geringere Abstinenzrate aufweisen als Männer, so dass vermutet werden kann, dass das Angebot der SHG eher von Männern genutzt wird und diese eher davon profitieren.

5.3.6.2. Ambulante Psychotherapien

In Bezug auf die ambulante Psychotherapie nach Entlassung bietet sich in der MEAT-Studie (KÜFNER und FEUERLEIN 1989) ein ähnliches Bild, wie bei dem Besuch einer SHG. Patienten, die regelmäßig an einer Gruppenpsychotherapie teilnahmen, wiesen die höchsten Abstinenzraten (65%) auf. Diejenigen, die nur unregelmäßig teilnahmen, wiesen die niedrigsten Abstinenzraten (36%) auf.

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) konnten zeigen, dass der individuellen ambulanten Psychotherapie gerade bei rückfälligen Patienten eine besondere Bedeutung zukommt. Rückfällige Patienten wiesen durch den regelmäßigen Besuch einer ambulanten Psychotherapie ein sehr viel besseres Outcome auf (63% abstinent), als die Gruppe der Rückfälligen, die entweder unregelmäßig oder gar nicht an einer Therapie teilnahmen (22% abstinent).

In der vorliegenden Untersuchung können die Erkenntnisse der MEAT-Studie bestätigt werden. In der Gruppe der Rückfälligen weisen diejenigen bessere Abstinenzraten auf, die an einer ambulanten Psychotherapie teilnehmen (50% abstinent), gegenüber den Rückfälligen, die keine Psychotherapie besuchen (22,2% abstinent).

5.3.6.3. Arztbesuche

LÄNGLE (1990) beschreibt in seiner 10-Jahres-Katamnese, dass der Hausarzt in der Nachsorge den wichtigsten Ansprechpartner darstellt. SCHÄFER (1996) kann dieses in der 16-Jahres-Katamnese desselben Behandlungsjahrgangs bestätigen.

Die wichtige Rolle des Hausarztes beschreibt auch BRÜGEL (2000). In seiner Arbeit sehen 62,9% der Patienten im Hausarzt eine große dauerhafte Hilfe, v.a. in Krisenzeiten.

BÄCHLE (2003) kann trotz geringer Inanspruchnahme von Hausärzten in Anschluss an die Therapie (10% der Abstinenten, 13% der Rückfälligen) eine hohe Wertschätzung des Hausarztes und dessen Hilfe durch die Patienten nachweisen. 29% der Abstinenten und 39% der Rückfälligen sahen in ihrem Hausarzt eine dauerhafte Hilfe, weitere 15% bzw. 13% sahen in ihm eine wichtige Hilfe in Krisenzeiten.

Die große Bedeutung des Hausarztes in Krisenzeiten kann auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Der Arztbesuch spielt vor allem bei rückfälligen Patienten eine wichtige Rolle. 87,0% der Rückfälligen suchen auf Grund von Abhängigkeitsproblemen ihren Hausarzt auf (Nichtrückfällige 42,3%). Dieses wird durch eine hoch signifikante Korrelation nach Kendall Tau zwischen Arztbesuch nach Entlassung und dem Trinkverhalten ($p = .01^{**}$, $\tau = .33$) bestätigt. Patienten, die einen Rückfall erleiden, suchen vermehrt einen Arzt auf. Die Gruppe der Nichtarztbesucher weisen eine bessere Abstinenzrate auf als die Gruppe der Arztbesucher. Diese Beziehung ist sehr wahrscheinlich damit zu erklären, dass abstinent lebende Patienten in der Regel keinen Arzt aufsuchen.

Des Weiteren kann gezeigt werden, dass die Gruppe der Patienten, die einen Rückfall erleiden und den Arzt in Anspruch nehmen, eine höhere Abstinenzrate (46,7%) aufweist, als die der Rückfälligen, die keine Hilfe von einem Arzt in Anspruch nahm (27,3%). Die Gruppe der Rückfälligen, die keinen Arzt besuchen, weist mit 45,5% einen großen Anteil an sozialen Trinkern auf. Vermutlich empfinden soziale Trinker ihren erneuten Alkoholkonsum nicht als behandlungswürdig und nehmen somit auch im Falle des erneuten Trinkens keinen Arzt in Anspruch.

Zusammenfassend kann die von BÄCHLE (2003) genannte Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen den Behandlungseinrichtungen und den Allgemeinärzten unterstrichen werden.

5.3.7. Psychiatrische Komorbidität

Die psychiatrische Komorbidität bei Alkoholabhängigkeit ist in vielen Studien unter wechselnden Aspekten untersucht worden (SCHNEIDER et al. 2001, HELZER und PRYZBECK 1988, BURNS und TEESSON 2002, BÄCHLE 2003).

Ein vermehrtes Vorkommen von psychiatrischer Komorbidität unter Alkoholikern gegenüber der „Normalbevölkerung“ stellen HELZER und PRYZBECK (1988) fest.

Insbesondere konnte dies für die antisoziale Persönlichkeit, weitere Substanzabhängigkeit und die Manie gezeigt werden. Depressionen traten in der Untersuchung ebenfalls vermehrt bei Alkoholikern auf.

BURNS und TEESSON (2002) stellten anhand einer Studie in Australien die Auswirkungen von Zweiterkrankungen bei Alkoholikern auf die Schwere der Krankheit dar. BURNS und TEESSON (2002) können zeigen, dass 37% der Personen mit einer Alkoholproblematik (Abhängigkeit oder Abusus nach DSM-IV) über den Zeitraum des letzten Jahres mindestens eine Zweiterkrankung (affektive Störung, Angststörung, Drogenkonsum) aufwiesen. Darüber hinaus konnten BURNS und TEESSON (2002) zeigen, dass Alkoholiker mit einer schweren Zweiterkrankung viermal häufiger psychiatrisch/therapeutische Hilfe in Anspruch nahmen als Personen mit alleiniger Alkoholproblematik.

In der in Deutschland durchgeführten Multicenterstudie (SCHNEIDER et al. 2001) bezüglich der Komorbidität bei Alkoholikern konnten 556 alkoholabhängige Patienten aus 25 Suchtzentren untersucht werden. Unter den Patienten mit einer psychiatrischen Zweitdiagnose waren affektive (n=135, 24,3% der psychiatrischen Zweitdiagnosen) und Angststörungen (n=235, 42,3%) die häufigsten Komorbiditäten. Für weibliche Patientinnen mit einer Angststörung konnten ein erhöhter Alkoholkonsum und ein früherer Beginn des Alkoholkonsums gegenüber Patientinnen ohne Angststörung gezeigt werden.

BÄCHLE (2003) befasst sich mit dem Thema Komorbidität und Rückfallverhalten anhand des BSI- und SCL-90-R-Fragebogens. Rückfällige Patientinnen wiesen im Vergleich zu Abstinente einen höheren Anteil an psychischen Störungen auf. Dieses galt vor allem für Depressivität. Rückfällige Patienten litten viermal so häufig unter starken depressiven Symptomen wie abstinent Lebende. Ob Depressionen bei den Patienten schon vor der Alkoholabhängigkeit bestanden oder sich erst im Verlauf dieser Erkrankung entwickelten, kann BÄCHLE (2003) nicht klären. Bei der Auswertung des SCL-R-90 stellte BÄCHLE (2003) fest, dass Rückfällige im Gegensatz zu den Abstinente in der Depressivitätsskala und in den Skalen für Psychotizismus und paranoides Denken eine erhöhte psychiatrische Komorbidität aufwiesen. Auch in allen weiteren Skalen (Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, phobische Angst und Aggressivität) konnte eine Tendenz erhöhter Komorbidität bei Rückfälligen gezeigt werden.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen SOYKA et al. (2003) bei der Nachuntersuchung einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Sie stellten fest, dass später Rückfällige bereits zu Therapiebeginn signifikant höhere Werte für Depressivität und Ängstlichkeit aufwiesen.

In wieweit Depression und Alkoholabhängigkeit als zwei eigene Erkrankungen zu sehen sind oder sich auch gegenseitig bedingen, untersuchten SCHUCKIT et al. (1997). Sie befassten sich mit der Beziehung zwischen Alkoholabhängigkeit und Depression und in wie weit zwischen induzierte (durch den Alkoholismus bedingte) und vom Alkohol unabhängige Depressionen bei 2945 Alkoholikern unterschieden werden kann. SCHUCKIT et al. (1997) kamen zu dem Ergebnis, dass unter Alkoholikern sehr viel häufiger affektive Störungen auftreten. 41,6% der Alkoholabhängigen wiesen depressive Symptome auf. Hinsichtlich der Unterscheidung in Alkohol induzierte und unabhängige Depressionen konnten SCHUCKIT et al. (1997) 60% der Depressionen bei Alkoholikern als Alkohol induzierte Depressionen ausweisen.

Die erhöhte Komorbidität Rückfälliger kann in der vorliegenden Arbeit nicht abschließend geklärt werden, da die Komorbidität der Patienten dieser Arbeit bei sehr kleiner Fallzahl rein deskriptiv beschrieben werden kann. Als häufigste psychiatrische Zweitdiagnosen kommen in der vorliegenden Studie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (38,5% der Zweitdiagnosen) und affektive Störungen (25,6%) vor, gefolgt von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (16,7%) und Zweitabhängigkeiten (9%).

Im BSI (siehe Tab. 25) zeigen sich signifikante Korrelationen nach Kendall Tau mit dem Trinkverhalten für die Skalen Ängstlichkeit ($p = .004^{**}$, $\tau = .38$), Aggressivität und Feindseligkeit ($p = .016^*$, $\tau = .32$), Somatisierung ($p = .038^*$, $\tau = .28$), paranoides Denken ($p = .015^*$, $\tau = .32$) sowie positive Antworten als Indikator für das individuelle Stressniveau ($p = .040^*$, $\tau = .26$). Die Skalen korrelieren mit dem Trinkverhalten, in dem höhere Werte der genannten Skalen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines rückfälligen Trinkverhaltens einhergehen. **Die stärkste Korrelation nach Kendall Tau zeigt die Ängstlichkeit. Ängstlichkeit erfasst anhand des BSI zu Therapiebeginn geht mit einem ungünstigeren Outcome einher.**

DE SOTO et al. (1989) untersuchten den Langzeitverlauf und Veränderungen bei abstinenten Alkoholikern über die Zeit u.a. an hand des BSI-Fragebogens. Sie konnten zeigen, dass der Global Severity Index (GSI), als Indikator für die Schwere der Symptome, signifikant mit der Abstinenzdauer korreliert. DE SOTO et al. (1989) konnten eine dramatische Verbesserung der Symptome im Verlauf längerer Abstinenz-

zeiten über einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren zeigen. Eine Patientengruppe mit mehr als 10 Jahren Abstinenz, wies einen Mittelwert des GSI von 0.30 auf, dieses entspricht dem Wert der Normalbevölkerung. Insgesamt konnten De SOTO et al. (1989) in der Studie zeigen, dass es abstinenten Alkoholikern im Verlauf der Zeit besser geht und sie weniger Symptome aufweisen.

Ein direkter Vergleich der Ergebnisse der Studie von DE SOTO et al. (1989) mit den vorliegenden Ergebnissen ist nicht möglich, da in der vorliegenden Untersuchung der BSI-Fragebogen nur zu Beginn der Therapie ausgefüllt wurde. Somit wurde eine Abstinenzzeit, die zur Linderung der Symptome führen konnte, nicht erfasst. Alle Werte des BSI-Fragebogens beziehen sich in der vorliegenden Studie auf den Zeitpunkt des Therapiebeginns. Beim quantitativen Vergleich der GSI-Werte, liegt in der vorliegenden Arbeit der GSI zu Therapiebeginn im Durchschnitt bei 1,51 (hoch symptomatisch) und liegt somit deutlich höher als in der Gruppe der Patienten, die in der Studie von DE SOTO et al. eine Abstinenzzeit von 1 - 6 Monaten aufwiesen. Dieses könnte die größere Schwere der Symptome/Pathologie unter der eigentlichen Therapie zeigen.

DRIESSEN et al. (2001) konnten verdeutlichen, dass persistierende Angststörungen nach mehr als 3 Wochen nach Ende der Therapie und das Vorhandensein von Depressionen und/oder Angststörungen das größte Rückfallrisiko darstellen. Sie schlussfolgern aus diesen Ergebnissen, dass eine spezielle Fokussierung der Behandlung der Komorbiditäten erforderlich scheint. Darüber hinaus konnten DRIESSEN et al. (2001) zeigen, dass nach 6 Monaten Patienten mit gegenwärtiger schwerer Angststörung oder Depression geringere Abstinenzraten (Abstinenz 12,5%) aufwiesen, als Patienten ohne Komorbiditäten (60,5%) oder Patienten mit anderen Komorbiditäten (26,7%).

SCHADÉ et al. (2003) untersuchten in Ihrer Literaturrecherche die Frage, ob bei alkoholabhängigen Patienten mit einer Angststörung durch intensive Behandlung der Angststörung mittels medikamentöser Therapie oder Verhaltenstherapie Rückfälle verhindert werden können. Sie kommen zu keinem eindeutigen Ergebnis. So gehen SCHADÉ et al. davon aus, dass die Angststörung als Komorbidität verringert werden kann; ein signifikanter Einfluss auf das Rückfallverhalten konnte nicht gezeigt werden. In einer weiteren Untersuchung konnten SCHADÉ et al. (2005) darstellen, dass eine spezielle Behandlung von Angststörungen bei Alkoholabhängigen mit einer Angststörung als Komorbidität zur Reduktion der Angstsymptome führt, ein signifikanter Effekt auf Rückfallrate und das Outcome konnte jedoch nicht gezeigt werden.

Zu berücksichtigen bei der Bewertung dieser Ergebnisse ist, dass nicht zwischen präorbider Angststörung oder Angststörung als Folge des Alkoholkonsums unterschieden wurde. Auch das Ausmaß der genetischen Belastung muss für diese Fragestellung mitberücksichtigt werden.

5.3.8. Zweitabhängigkeiten

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) befassten sich in ihrer Studie auch mit dem Thema der Zweitabhängigkeiten und damit verbundenen Auswirkungen auf den Therapieverlauf.

Die Abstinenzrate in der Gruppe der alkoholabhängigen Patienten mit zusätzlichem Medikamentenabusus war mit 66,7% am höchsten, in der Gruppe der Patienten mit weiterer Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit am geringsten (45,0%). Unter den Patienten mit keiner weiteren Suchtdiagnose lag die Abstinenzrate bei 50,7%. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass die Gruppe der Patienten mit zusätzlichem Medikamentenabusus zahlenmäßig die kleinste Gruppe (n=24) darstellte.

In der vorliegenden Untersuchung geben sieben Patienten neben der eigentlichen Suchtdiagnose weitere Abhängigkeitsdiagnosen an. 71,4% der Patienten (n=5) mit einer Zweitabhängigkeit gehören der Gruppe der Abstinenten an. Somit scheint in der vorliegenden Studie eine Zweitabhängigkeitsdiagnose keinen negativen Effekt auf die Abstinenz zu haben. Die Aussagekraft dieses Ergebnis ist bei kleiner Fallzahl jedoch deutlich eingeschränkt.

5.3.9. Prognosefaktoren

In verschiedenen Studien werden prognostisch günstige Faktoren für einen Therapieerfolg beschrieben.

KÜFNER und FEUERLEIN (1989) fanden für Kurz-, Mittel- und Langzeittherapien gemeinsame generelle Prognose Faktoren, die nach Geschlecht getrennt folgende sind:

- Männer:
 - Leben mit Ehepartnerin;
 - Heimatstadt < 100.000 Einwohner;
 - Arbeitsplatz in vergangenen 2 Jahren;
 - nicht arbeitslos;
 - Hauseigentümer;
 - nicht obdachlos oder in einer vorübergehenden Unterkunft wohnend;

- keinen Jobverlust auf Grund von Alkoholproblemen;
- kein Suizidversuch in der Vergangenheit;
- keine vorherige Suchtbehandlung.

- **Frauen:**

- < 2 Selbstmordversuche in der Vergangenheit;
- keine vorherige Suchtbehandlung;
- < 625 g reinen Alkohol pro Woche;
- geringer Wert: Fähigkeit Forderungen zu stellen;
- hoher Wert: soziale Anstandsformen.

Einige der von KÜFNER und FEUERLEIN (1989) erhobenen Prognosefaktoren sind in unserer Arbeit nicht in allen Parametern erfasst.

DRIESSEN et al. (2001) beschrieben, wie bereits erwähnt, persistierende Angststörungen nach mehr als 3 Wochen nach Ende der Therapie sowie Komorbiditäten bezüglich Depressionen und/oder Angststörungen als größtes Rückfallrisiko. Darüber hinaus bleibt auf Grund der Ergebnisse der Untersuchung von DRIESSEN et al. die Komorbidität als eigener Prognosefaktor zu diskutieren.

In einer weiteren Untersuchung konnten DRIESSEN et al. (2008) die Posttraumatische Belastungsstörung als eigenen Risikofaktor für ein schlechtes Outcome bei Substanzabhängigkeit (Alkohol- und Drogenabhängigkeit) aufweisen.

Die Prognosefaktoren dieser Arbeit lassen sich drei erhobenen Datengruppen zuteilen:

- allgemeine Daten (soziodemographisch, andere Aspekte) (Tab. 30)
- Zufriedenheiten (Tab. 31)
- BSI (Tab. 32).

Berechnet wurden Korrelationen nach Kendall Tau für die genannten drei Gruppen in Hinblick auf das Trinkverhalten (1=trocken, 2=Kurzurückfall, 3=abstinent n. Rückfall, 4=Kurzurückfall, 5=nass), Rückfall/kein Rückfall (1=kein Rückfall, 2=Rückfall) und der Einteilung in Extremwerte nass/trocken (1=trocken, 5=nass).

Tabelle 30: Prognosefaktoren 1

Allgemeine Daten	Trinkverhalten		kein Rückfall/ Rückfall		trocken/nass	
	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ
aktuelle Arbeitsunfähigkeit	.26	.046*	.16	.243	.39	.037*
Arztbesuch nach Entlassung	.33	.01**	.44	.001**	.43	.015*
Sicherheit bezüglich eigener Sucht	.52	<.001* *	.43	.001**	.60	.001**

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)
kein Rückfall:/ Rückfall: (1 = kein Rückfall, 2 = Rückfall)
trocken/nass: (1 = trocken, 2 = nass)

aktuelle Arbeitsunfähigkeit: (0 = nicht arbeitslos, 1-70 Monate arbeitslos)
Arztbesuch nach Entlassung: (1 = nein, 2 = ja)
Sicherheit...: (1 = sehr sicher bis 6 = sehr unsicher ohne Sucht zu leben)

Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung geht stärker mit einem rückfälligen Trinkverhalten einher. Auf Grund der kleinen Stichprobe von rückfälligen Patienten ist die aktuelle Arbeitsunfähigkeit als negativer Prädiktor für Abstinenz in seiner Aussagekraft eingeschränkt.

Des Weiteren zeigt sich der Arztbesuch nach Entlassung als positiver Prädiktor für das Trinkverhalten. Dem Hausarzt scheint gerade in Krisenzeiten und bei Alkoholrückfällen eine entscheidende Rolle zuzukommen. Er wird v.a. von rückfälligen Patienten in Anspruch genommen. Es kann eine höhere Abstinenzrate (46,7%) in der Gruppe der Rückfälligen, die einen Arzt in Anspruch nehmen, gezeigt werden. Dieses Ergebnis befürwortet die Theorie, dass ein Arztbesuch nach Entlassung nicht vor einem Rückfall schützt. Im Falle eines Rückfalls geht der Besuch eines Arztes jedoch mit einer signifikant höheren Abstinenzrate einher.

Darüber hinaus zeigt sich als Prädiktor für die Abstinenz die eigene Einschätzung der Patienten bezüglich ihrer Sicherheit gegenüber der eigenen Sucht. Abstinent lebende Patienten sind sich sicherer, ein Leben ohne Sucht führen zu können, während nasse Patienten sich unsicherer fühlen.

Tabelle 31: Prognosefaktoren 2

Zufriedenheiten	Trinkverhalten		kein Rückfall/ Rückfall		trocken/nass	
	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ
Gesamtzufriedenheit	.30	.005**	.24	.040*	.46	.002**
Arbeitsplatz	.25	.03*	.19	.130	.43	.008**
Partnerschaft	.33	.006**	.27	.040*	.45	.011*
seelische Verfassung	.29	.012*	.29	.020*	.46	.005**
soziale Situation	.25	.031	.19	.134	.41	.017*
Freizeitgestaltung	.39	.001**	.28	.028*	.55	.001**

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)

kein Rückfall/Rückfall: (1 = kein Rückfall, 2 = Rückfall)

trocken/nass: (1 = trocken, 2 = nass)

Zufriedenheiten: (1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)

Als entscheidendes Erfolgskriterium für ein abstinentes Trinkverhalten zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung die Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen. Mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der körperlichen Verfassung kann für alle übrigen Zufriedenheitskategorien eine signifikante Korrelation nach Kendall-Tau mit dem Trinkverhalten gezeigt werden; d.h. je zufriedener die Patienten sind, desto häufiger leben sie abstinent. Ob Zufriedenheit die Abstinenz bedingt oder die Abstinenz die Zufriedenheit, bleibt bei der Berechnung offen. Für die eigentliche Therapie ergibt sich aus diesen Erkenntnissen die Forderung nach unterstützenden Elementen bereits während der Therapie, die sich mit sozialen Bereichen, Freizeitgestaltung und Partnerschaft befassen und für Lösungsansätze bei Problemen in diesen Bereichen sorgen.

Tabelle 32: Prognosefaktoren 3

BSI	Trinkverhalten		kein Rückfall/ Rückfall		trocken/nass	
	τ	ρ	τ	ρ	τ	ρ
Somatisierung	.28	.038*	.24	.097	.41	.035*
Aggressivität/Feindseligkeit	.32	.016*	.18	.201	.38	.044*
Ängstlichkeit	.38	.004**	.29	.044*	.47	.010*
paranoides Denken	.32	.015*	.25	.083	.44	.018*
Gesamtwert	.22	.069	.15	.248	.37	.029*
positive Antworten	.26	.040*	.23	.098	.32	.086

Trinkverhalten: (1 = trocken, 2 = Kurzurückfall, 3 = abstinent nach Rückfall, 4 = soziale Trinker, 5 = nass)

kein Rückfall/ Rückfall: (1 = kein Rückfall, 2 = Rückfall)

trocken/nass: (1 = trocken, 2 = nass)

Weitere Prognosefaktoren in Hinblick auf die Abstinenz können mittels BSI gezeigt werden. Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, Somatisierung, paranoides Denken sowie positive Antworten als Indikator für das individuelle Stressniveau können als negative Prädiktoren für das spätere Abstinenzverhalten gezeigt werden. Die stärkste Korrelation nach Kendall Tau zeigt die Ängstlichkeit. Dieses Ergebnis unterstützt die Bedeutung von Angststörungen im Hinblick auf die Abstinenz, die bereits in der Multicenterstudie (SCHNEIDER et al. 2001) beschrieben wurde.

6. Zusammenfassung

Fragestellung:

Vorgestellt wird eine 6-Wochen-Psychotherapie mit anschließender ambulanter Nachbehandlung. Der langfristige Therapieerfolg (Abstinenz/weitere Prognosefaktoren) wurde anhand einer Katamneseuntersuchung (Zeitraum bis zu 6 Jahren) untersucht. Darüber hinaus lag der Schwerpunkt der Untersuchung auf der Charakterisierung des Rückfalles (Zeitpunkt/Ursache/Anlaufstationen), der Untersuchung von weiteren Prognosefaktoren sowie der Komorbidität.

Stichprobe:

76 Patienten mit sekundärer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, die im Behandlungszeitraum 1998 bis 2004 (Studie 2) an der stationären 6-Wochen-Kurzzeittherapie in der Universitätsklinik Göttingen teilgenommen haben, werden nachuntersucht.

Auf Grund der Indikationskriterien handelt es sich bei den untersuchten Patienten um eine Gruppe mit relativ günstiger Behandlungsprognose.

Die Katamnesedauer der Patienten schwankte zwischen 3 Monaten und 6,25 Jahren (Median 33,28 Monate), dies ist in der Durchführung der 6-Wochen-Therapie in Kleingruppen (5 - 6 Therapiegruppen jährlich) begründet.

Methodik:

Die Nachuntersuchung erfolgte mit Hilfe eines Katamnesebogens, der sich eng an den Katamnesebogen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. anlehnt (siehe Anhang). Darüber hinaus wurden zur Erfassung der Komorbidität der BSI-Fragebogen zu Therapiebeginn sowie die ICD-10-Diagnosen der Patienten verwendet.

Die statistische Auswertung erfolgte hauptsächlich mit Hilfe deskriptiver Statistiken. Die Rückfallereignisse wurden mit Hilfe der Kaplan-Meier-Schätzer-Kurve dargestellt.

Die Rücklaufrate des Katamnesebogens liegt bei 73,6% (n=56, 53 Antworten, 3 Verstorbene).

Ergebnisse:

Zum Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung leben in der Beantwortergruppe (n=53) 24 Patienten (45,3%) durchgehend „abstinente“, ein Patient (1,9%) ist abstinent nach einmaligem „Kurzurückfall“, 11 Patienten (20,8%) gelten als „abstinent nach Rückfall“. 10 Patienten (18,9%) bezeichnen sich als „soziale Trinker“, sieben Patienten (13,2%)

gelten als „nass“. Zusammengefasst leben zum Erhebungszeitpunkt 68,0 % (n=36) seit mindestens 3 Monaten „abstinent“.

Die Ergebnisse der Göttinger Kurzzeittherapie liegen im Bereich der Abstinenzraten vergleichbarer stationärer Kurzzeittherapien (MANN und BATRA 1993, BÄCHLE 2003 und KERN und JAHRREIS 1990).

Im Vergleich mit ambulanten Therapien von PFEIFFER et al. (1987), MUNDLE et al. (2001) und SOYKA et al. (2003) liegen die Abstinenzraten dieser Studie höher, bei im Durchschnitt längerer Katamnesedauer.

Die Rückfälle ereignen sich vor allem im ersten und zweiten Jahr nach Ende der Therapie. Nach diesem bereits von LÄNGLE (1990) beschriebenen kritischen Zeitraum zeigen sich nur noch einzelne wenige Rückfälle.

Es kann eine hohe Inanspruchnahme von Hilfe im Rückfall (62,1%, n=18) gezeigt werden. Als Grund für den erneuten Alkoholkonsum wird mit 43,7% am häufigsten das seelische Befinden genannt. Dies entspricht den Ergebnissen von HODGINS et al. (1995), die negative emotionale Stimmungen als Hauptursache für einen Rückfall beschreiben.

Als ein signifikanter Prädiktor für das Abstinenzverhalten kann die Zufriedenheit in verschiedenen sozialen Bereichen dargestellt werden. Patienten, die zufriedener mit der Freizeit, ihrer seelischen Verfassung, der Partnerschaft, dem Arbeitsplatz oder mit ihrer sozialen Situation sind, leben signifikant häufiger abstinent. Ob Abstinenz die Zufriedenheit beeinflusst, oder ein gesichertes, zufriedenes soziales Umfeld die Abstinenz, bleibt zu diskutieren.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit und der Abstinenz kann JOHN's (1979b) Aussage über den immensen Stellenwert der Arbeit unterstrichen werden.

Die Gruppe der abstinent lebenden Patienten wies in der Nachuntersuchung eine deutlich gebesserte Arbeitssituation auf (geringere Arbeitslosigkeit 14,4%, n=3, höhere Erwerbstätigkeit 85,7%, n=18) im Gegensatz zu der Gruppe der Nicht-Abstinenten (arbeitslos 30,8% n=8, erwerbstätig 69,2% n=18), obwohl sie nach Ende der Therapie mit schlechteren Ausgangsbedingungen (höhere Arbeitslosigkeit und geringere Erwerbstätigkeit) gestartet war. Die vorliegenden Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sich die Abstinenz positiv, bzw. ein Rückfall sich negativ auf die Arbeitssituation auswirkt. Hingegen schützt eine gute Ausgangsposition mit Vorhandensein einer Arbeitsstelle nicht unbedingt vor einem Rückfall, da es erwartungsgemäß weitere Faktoren gibt, die die Abstinenz beeinflussen.

Einen weiteren Prädiktor für die Abstinenz stellt die Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich der eigenen Sicherheit in Hinblick auf ein suchtfreies Leben dar. Patienten, die sich sicher fühlen, ein Leben ohne süchtiges Verhalten führen zu können, leben signifikant häufiger abstinent. Umgekehrt sind rückfällige Patienten signifikant eher der Meinung, dass sie kein Leben ohne süchtiges Verhalten führen können.

In Hinblick auf die ambulante Nachsorge zeigt sich eine hohe Inanspruchnahme von ambulanten Psychotherapien (60,4%). Die regelmäßige Teilnahme an einer ambulanten Psychotherapie geht, wie in der MEAT-Studie (KÜFNER und FEUERLEIN 1989) beschrieben, auch in der vorliegenden Untersuchung mit der höchsten Abstinenzzahl einher (50% abstinent).

Selbsthilfegruppen werden nach Entlassung aus der Therapie von 25% der Patienten besucht. Die Ergebnisse der MEAT-Studie von KÜFNER und FEUERLEIN (1989) über höchste Abstinenzrate bei regelmäßiger Teilnahme und niedrigster Abstinenzrate bei unregelmäßiger Teilnahme können in dieser Untersuchung bestätigt werden.

Darüber hinaus scheint dem Hausarzt eine wichtige Rolle im Rückfall zuzukommen. Patienten, die den Hausarzt in Anspruch nehmen, weisen eine höhere Abstinenzrate (46,7%) auf gegenüber der Gruppe der Rückfälligen, die im Falle eines Rückfalls keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen (27,3%).

Bezüglich der Komorbidität zeigen sich vor allem neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (38,5%) sowie affektive Störungen (25,6%) als psychiatrische Zweitdiagnosen.

Mittels BSI können Symptome wie Ängstlichkeit ($p = .004^{**}$, $\tau = .38$), Aggressivität und Feindseligkeit ($p = .016^*$, $\tau = .32$), Somatisierung ($p = .038^*$, $\tau = .28$), paranoides Denken ($p = .015^*$, $\tau = .32$) sowie positive Antworten ($p = .040^*$, $\tau = .26$) als Indikator für das individuelle Stressniveau als negative signifikante Prädiktoren für das spätere Abstinenzverhalten gezeigt werden. Die stärkste Korrelation nach Kendall Tau zeigt hierbei die Ängstlichkeit.

Es kann zusammenfassend gefolgert werden, dass bei diesem speziellen Klientel von alkoholabhängigen Patienten die stationäre Kurzzeit-Psychotherapie eine effektive Methode der Behandlung der Alkoholabhängigkeit darstellt.

Hierbei sollte zum einen die Behandlung der Ängstlichkeit im besonderen Focus der Therapie stehen. Darüber hinaus müsste diese auf die Erarbeitung unterstützender Elemente bei Partnerschaftskonflikten, bei Problemen in Bezug auf die Freizeitgestaltung, die Arbeitsplatzsituation, das soziale Umfeld sowie die seelische Verfassung fokussieren.

Ein weiteres Ziel der Therapie sollte die Förderung der Sicherheit und der Fähigkeit sein, ein Leben auf Dauer ohne Suchtmittel führen zu können.

Da die erste Zeit, v.a. die ersten Monate bis zu zwei Jahren nach Entlassung, auch in der vorliegenden Studie mit dem höchsten Rückfallrisiko einhergeht, können Forderungen von STETTER und MANN (1997) nach einer intensiven ambulanten Behandlung zur Rückfallprävention für mindestens die ersten 18 Monate nach Entlassung befürwortet werden.

Die hohe Inanspruchnahme von Hilfe im Falle eines Rückfalls ist als Therapieerfolg zu werten. Im Falle eines Rückfalles kommt dem Hausarzt eine besondere Bedeutung in Bezug auf das weitere Abstinenzverhalten zu. Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme, dass konstante Ansprechpartner wichtig sind.

7. Literaturverzeichnis

- Allebeck P, Rydberg U (1998): Risks and protective effects of alcohol on the individual. *Alcohol Clin Exp Res* 22. 269.
- Alterman A I, Hayashida M, O'Brien C P (1998): Treatment response and safety of ambulatory medical detoxification. *J Stud Alcohol* 49. 160 – 166.
- AWMF: Leitlinie der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. <http://www.leitlinie.net/>. (Stand 11. Februar 2003).
- Bächle H F: Langzeiterfolg der Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Frauen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. *Med. Dissertation*. Tübingen 2003.
- Benkert O, Hippus H: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. *Springer*. Hamburg 2002.
- Beutel M (2000): Psychodynamische Kurztherapie. Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. *Psychotherapeut* 45. 203 – 213.
- Bongers I M B, Van-Oers J A M (1998): Mode effects on self-reported alcohol use and problem drinking: mail Questionnaires and personal interviewing compared. *J Stud Alcohol* 59 (3). 280 – 285.
- Bortz J 1993: Statistik. Für Sozialwissenschaftler. 4. vollst. überarb. Aufl. *Springer*. Berlin u.a. 1993.
- Bottlender M, Soyka M (2005a): Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73. 150 – 155.
- Bottlender M, Soyka M (2005b): Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug Alcohol Depend* 80 (1). 83 - 89.

- Bouza C, Angeles M, Muñoz A, Amate JM (2004): Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction* 99 (7). 811 - 828.
- Brügel R-J: Ambulante Therapie bei alkoholabhängigen Patienten. Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. *Med. Dissertation*. Tübingen 2000.
- Bühringer G, Augustin R, Bergmann E (Hrsg.): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 128). *Nomos*. Baden-Baden 2000.
- Burns L, Teesson M (2002): Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend* 68. 299 - 307.
- Burtscheidt W, Schwarz R, Wölwer W, Gaebel W (2001): Outpatient behavioural treatment in alcoholism: alcohol consumption and sociodemographic factors. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69 (11). 526 – 531.
- BZgA: Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. Kurzbericht 2007. www.bzga.de/studien.
- Collins M N, Burns T, Van den Berk P A H, Tubman G F (1990): A structured programme for out-patient alcohol detoxification. *Br J Psychiatry* 56. 871 - 874.
- Cooper A M, Sobell M B, Sobell L C, Maisto S A (1981): Validity of Alcoholics' Self - Reports: Duration Data. *Int J Addict* 16 (3). 401 – 406.
- Czarnecki D M, Russell M, Cooper M L und Salter D (1990): Five-year reliability of self-reported alcohol consumption. *J Stud Alcohol* 51 (1). 68 – 76.
- Davanloo H: Evaluation, criteria for selection of patients for short-term dynamic psychotherapy: A Metapsychological Approach. In: Basic principles and techniques in short – term dynamic Psychotherapy. Davanloo (Hrsg.). Spektrum publication, Inc J. Aronson. Northvale u.a. 1978. 9-34.

- de Soto C B, O'Donnell W E, de Soto J L (1989): Long-term recovery in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 13. 693 –697.
- Derogatis L R: BSI, Brief Symptom Inventory, Administration, Scoring and Procedures Manual. 3. Auflage. *National Computer Systems Inc.* Minneapolis 1993.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.): Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. *Lambertus*. Freiburg im Breisgau 1985.
- Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H (1999): Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 70. 463 - 470.
- Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K (2001): The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol* 36 (3). 249 - 255.
- Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, Kemper U, Koesters G, Chodzinski C, Schneider U, Broese T, Dette C, Havemann-Reinecke U und die TRAUMAB- Studiengruppe (2008): Trauma und PTSD in patients with alcohol, drug or dual dependence: A Multi-Center Study. *Alcohol Clin Exp Res* 32 (3). 481 - 488.
- DSM IV. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung und Einleitung von H. Saß, H-U Wittchen, M Zaudig. *Hogrefe*. Göttingen 1996.
- Emrick C D (1974): A Review of psychologically oriented treatment of alcoholism. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quart J Stud Alc* 35. 523 - 549.
- Feuerlein W: Definition, Diagnose, Entstehung und Akuttherapie der Alkoholkrankheit. In: Seitz/Lieber/Simanowski (Hrsg.). Handbuch Alkohol. Alkoholismus, Alkoholbedingte Organschäden. *Barth*. Leipzig 1995. 1 – 20.

- Feuerlein W, Kufner H (1989): A prospectiv multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up. (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 239. 144 – 157.
- Franke G: Brief Symptom Inventory von Derogatis. *Hans Huber*. Bern 2001.
- Gossop M, Harris J, Best D, Man L H, Manning V, Marshall J, Strang J.(2003): Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol Alcohol* 38. 421 - 426.
- Gruner W, Esser R (1979): Die regionale Suchtkrankenversorgung an der Tübinger Universitäts-Nervenlinik. Konzept einer stationären Kurzzeittherapie mit integrierter ambulanter Nachsorge. *Suchtgefahren* 1. 29 – 36.
- Hanke M, John U (2003): Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. *DMW* 128. 1387 – 1390.
- Havemann–Reinecke U (2006): Veranlagung. Über die Forschung zur genetischen Disposition für Suchterkrankungen und ihren Verlauf. *Nds ÄrzteBl* 10. 8 – 9.
- Heck R F: Fünf-Jahreskatamnesen an der Universitätsnervenlinik Tübingen im Jahr 1976 behandelter alkoholkranker Männer und Frauen. *Med. Dissertation*. Tübingen 1987.
- Heide K: Katamnesen nach Alkoholismustherapie an der Suchtstation der Universitäts-Nervenlinik Tübingen (1976). *Med. Dissertation*. Tübingen 1985.
- Heigl F S, Heigl - Evers A: Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht und ihre Therapie. In: Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC (Hrsg.): Suchttherapie psychoanalytisch verhaltenstherapeutisch. *Vandenhoeck und Ruprecht*. Göttingen 1991. 128 – 139.
- Heigl - Evers A, Heigl F S: Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychotherapie. In: Heigl-Evers A, Streeck (Hrsg.): Psychologie des 20. Jahrhunderts. *Kindler*. Zürich 1979. 850 – 858.

- Heigl - Evers A, Heigl F S (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 29. 1 – 14.
- Heigl - Evers A, Ott J (Hrsg.): Die psychoanalytisch - interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. *Vandenhoeck und Ruprecht*. Göttingen und Zürich 1994.
- Helzer J E, Pryzbeck T R (1988): The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol* 3. 219 – 224.
- Hodgins D C, el-Guebaly N, Armstrong S (1995): Prospective and Retrospective reports of Mood States Before Relapse to Substance Use. *J Consult Clin Psychol* 63 (3). 400 - 407.
- ICD-10-SGBV: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Ausgabe für die Zwecke des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Version 1.3 – Stand Juli 1999. *Deutscher Ärzte-Verlag*. Köln 1999.
- Jahrbuch Sucht 04. Hrsg. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.2003. *Neuland*. Geesthacht 2003.
- John U (1979a): Zwei Methoden der Therapieerfolgskontrolle Bei Alkoholkranken: empirische Ergebnisse. *Suchtgefahren* 2. 65 – 77.
- John U (1979b): Zum Stellenwert der Arbeit im Therapieerfolg bei Alkoholkranken. *Suchtgefahren* 4. 145 – 156.
- John U (1984): Erfolgskriterien bei Alkoholabhängigen nach einer Therapie: Aspekte sozialer Integration und Abstinenz. *Suchtgefahren* 30. 168 -177.
- Kern E, Jahrreiss R (1990): Klientel und katamnestiche Ergebnisse einer Kurzzeitentwöhnungstherapie. *Suchtgefahren* 36. 167 – 177.

- Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, Helwig H, Briken P, Holzbach R, Kämpf P, Stracke R, Baehr M, Naber D, Wiedemann K (2003): Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch General Psychiatr* 60. 92 – 99.
- Körkel J, Kruse G: Basiswissen Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. *Psychiatrie Verlag*. Bonn 2005.
- Küfner H (2000): Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus – ein Überblick. *Suchtmed* 2 (4). 181 - 192.
- Küfner H, Feuerlein W: In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. *Springer*. Berlin und Heidelberg 1989.
- Küfner H, Feuerlein W, Flohrschütz T (1986): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. *Suchtgefahren* 32. 1 - 86.
- Kunkel E (1987): Kontrolliertes Trinken und Abstinenz- Therapieziele bei Alkoholikern. Neue Veröffentlichungen aus den USA und Großbritannien. *Suchtgefahren* 33. 389 – 404.
- Längle G: Zehn-Jahres-Katamnese nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. *Med. Dissertation*. Tübingen 1990.
- Längle G, Mann K, Mundle G, Schied HW (1993): Ten years after – the post-treatmentcourse of alcoholism. *Eur Psychiatry* 8. 95 – 100.
- Lauer G: Interventionsstudien zur Rückfallprophylaxe. Ergebnisse und Probleme. In: Körkel J (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? *Springer*. Berlin 1988. 217 – 237.
- Malan D H: Exploring the limits of brief psychotherapy (S.43 – 67). Evaluation criteria for selection of patients (S. 85 - 97) In: Basic principles and techniques in short – term dynamic Psychotherapy. Davanloo (Hrsg.). *Spektrum publication, Inc. Medical, Scientific Books*. New York 1978.

- Mann K, Batra A (1993): Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen. Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. *Psychiatr Prax* 20. 102 - 105.
- Mann K, Günthner A: Neue Aspekte in der Behandlung Alkoholabhängiger. In: Nissen G (Hrsg.). Abhängigkeit und Sucht. Prävention und Therapie. *Hans Huber*. Bern 1994. 88 – 96.
- Mann K, Stetter F: Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In: Mann K (Hrsg.) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. *Pabst Science Publ*. Lengerich u.a. 2002. 59 - 72.
- Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Dtsch Arztebl* 92 (45). 3052 - 3059.
- Mann K, Czisch P, Mundle G: Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit. In: Bayer-ZNS-Symposium, Bd. XII. Soyka M, Möller H-J (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. *Springer*. Berlin und Heidelberg 1997. 119 - 132.
- Mann K, Hintz T, Jung M (2004a): Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254 (3). 172 - 181.
- Mann K, Lehert P, Morgan M Y (2004b): The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 28 (1). 51 – 63.
- Mayo - Smith M F (1997): Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 278 (2). 144 - 51.
- Mundle G, Brügel R, Urbaniak H, Längle G, Buchkremer G, Mann K (2001): Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlungen für alkoholabhängige Patienten. Eine 6-, 18-, 36-Monats-Katamnese. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69. 374 - 378.

- Nordström G, Berglund M, Frank A (2004): Stability of successful long-term adjustment in alcohol dependence: a follow-up study 15 years after the first long-term follow-up. *Eur Addict Res* 10. 126 - 132.
- Pfeiffer W, Fahrner E M, Feuerlein W (1987): Katamnestic investigation of ambulant treated alcohol dependents. *Suchtgefahren* 33. 309 – 320.
- Polich (1982): The validity of self-reports in alcoholism research. *Addict Behav* 7. 123 –132.
- Project MATCH Research Group (1997a): Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 92 (12). 1671 – 1698.
- Project MATCH Research Group (1997b): Matching alcoholism treatments to client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 58. 27 – 29.
- Rogmann R, Lütke G-P (1990): Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungsbehandlung. *Sucht* 37. 37 – 41.
- Rosenberg H (1993): Prediction of Controlled Drinking by Alcoholics and Problem Drinkers. *Psychol Bull* 113 (1). 129 – 139.
- Rüger U, Senf W (1994): Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Z Psychosom Med Psychother* 40 (2). 103 - 116.
- Schadé A, Marquenie L A, van Balkom A J L M, de Beurs E, van Dyck R, van den Brink W (2003): Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent ts need specific treatment to prevent relapse? *Alcohol Alcohol* 38 (3). 255 - 262.
- Schadé A, Marquenie L A, van Balkom A J, Koeter M W, de Beurs E, van den Brink W, van Dyck R (2005): The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 29 (5). 794 – 800.
- Schäfer D R: Der Langzeitverlauf bei Alkoholabhängigen – sechzehn Jahre nach einer stationär-/ambulanten Psychotherapie. *Med. Dissertation*. Tübingen 1996.

- Schauenburg H, ter Meulen A, Hilken S (1989): Erfahrungen mit einer gemischten Suchtstation (Entgiftung und Kurzgruppentherapie). *Suchtgefahren* 35. 115 – 119.
- Schmidt L G, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie. Substanzbezogene Störungen. *Deutscher Ärzte-Verlag*. Köln 2006.
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Brooks 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, Schläfke D, Schmid G, Schröder 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 Alcohol* 36 (3). 219 - 223.
- Schuckit M A, Tipp J E, Bergmann M, Reich W, Hesselbrock V M., Smith T.L. (1997): Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 154. 948 – 957.
- Seifert J (2004): Zur Entwicklung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland - Ergebnisse einer Multizenterstudie. *Psychiatr Prax* 31. 83 - 89.
- Sifneos P E: Short – term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique. *In: Plenum medical book company*. New York and London 1979.
- Soyka M, Helten C, Scharfenberg C O (2001a): Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit – Grundlagen und neue Ergebnisse der Therapieforschung. *WMW* 151 (15/16/17). 380 – 388.
- Soyka M, Horak M, Morhart V, Möller H J (2001b): Modellprojekt „qualifizierte ambulante Entgiftung“. *Nervenarzt* 72. 565 – 569.

- Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, Löhnert B, Bottlender M (2003): Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigen Patienten. Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. *Nervenarzt* 74. 226 – 234.
- Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 68. 574 - 581.
- Süß H M (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychol Rundsch* 46. 248 – 266.
- Talmon-Gros S, Dilling H, Jost A, Kok H-G, (1989): Katamnestische Ergebnisse der stationären Motivationsgruppen – Behandlung von Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren* 35. 110 - 114.
- Veltrup C, Driessen M (1993): Erweiterte Entzugsbehandlung für Alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. *Sucht* 3. 168 - 172.
- Watzl (1979): Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren* 1. 37 – 38.
- Weisner C, Matzger H, Kaskutas L A, (2003): How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction* 98. 901 - 911.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt. 4. Auflage: *Hans Huber*. Bern 2000.
- Widmann G: Inanspruchnahme- und Trinkverhalten nach einer Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Eine 30-Monatskatamnese. *Med. Dissertation*. Tübingen 1997.
- Wieser S, Kunad E (1965): Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt* 36 (11). 477 – 483.

www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php, 17.03.2010

Zobel M: Ein-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 für den Indikationsbereich Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Kliniken Daun Jahresbericht 2002/2003*. Kliniken Daun 2003.

8. Abkürzungsverzeichnis

AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BSI: Brief System Inventory

BZgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

CBT: Kognitiv-behaviorale Therapie

DSM-IV: Vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EVARS: Empfehlungsvereinbarung ambulante Entwöhnungsbehandlung Sucht

GSI: Global Severity Index = Gesamtmittelwert

ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten

MEAT–Studie: Munich Evaluation for Alcoholism Treatment

PIA: Psychiatrische Institutsambulanz

PSDI: Positive Symptom Distress Index = Mittelwert positiver Antworten

PST: Positive Symptom Total = Anzahl positiver Antworten

SCL-53: Kurzform der Symptom Check List

SHG: Selbsthilfegruppe

VDR: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

WHO: Weltgesundheitsorganisation

9. Anhang: Nachbefragungsbogen

Nachbefragungsbogen

Patienten-Nummer: _____

Eingangsdatum: _____

Entlassungszeitpunkt: _____

Bitte ab hier ausfüllen:

1. *Geschlecht*: männlich weiblich

2. *Alter*: _____ Jahre

3. *Familienstand*:

- ledig
- verheiratet, zusammenlebend
- verheiratet, räumlich getrennt lebend
- verheiratet, wegen Partnerschaftsproblemen getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

4. *Derzeitige Partnerschaftssituation*:

- alleinstehend, seit kurzem kein Partner
- alleinstehend, seit längerem kein Partner
- zeitweilige Beziehungen
- feste Partnerschaft, zusammenlebend
- feste Partnerschaft, getrennt lebend

5. *Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Situation bzgl. Partnerschaft/Beziehung?*

sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 sehr unzufrieden

6. *Hatte oder hat Ihr Partner Suchtprobleme?*

- trifft nicht zu, da kein Partner
- Partner hat keine Suchtprobleme
- Partner ist gefährdet
- Partner war früher in Behandlung, jetzt abstinent
- Partner ist jetzt abhängig
- Sonstiges

7. Suchtprobleme bei leiblichen Angehörigen:

- kein naher Verwandter mit Suchtproblemen
- Vater
- Mutter
- Geschwister
- Andere nahe Verwandte mit Suchtproblemen
- nicht bekannt

8. Wie zufrieden fühlen Sie sich derzeit in Ihrem Freundes-/ Bekanntenkreis?

Sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 sehr unzufrieden

9. Zu welchem Personenkreis haben Sie seit Beendigung der Therapie überwiegend Kontakt ?

- zu Menschen mit aktuellen Suchtproblemen
- zu Menschen, die früher Süchtig waren, jetzt aber abstinent leben
- zu Menschen ohne Suchtprobleme

10. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer Freizeitgestaltung?

Sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 sehr unzufrieden

11. Wo finden Sie in Notsituationen Hilfe? (Mehrfachnennungen möglich)

- Beim Partner/ in
- Bei Verwandten
- Bei Freunden und Bekannten
- Bei professionellen Helfern(Arzt, Psychologe/Psychotherapeut, Suchtberater)
- Selbsthilfegruppenmitglieder
- Nirgendwo

12. Wo haben Sie seit Therapiebeendigung überwiegend gelebt?

- in eigener Wohnung/ Haus
- in Mietwohnung/ Haus
- bei Eltern
- bei Angehörigen
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer therapeutischen Einrichtung
- in sonstiger Wohngelegenheit
- ohne festen Wohnsitz

13. *Welcher Erwerbstätigkeit gingen Sie seit Therapiebeendigung überwiegend nach?*

(Mehrfachnennungen möglich)

- Auszubildende/r
- Angestellter/ Beamter
- Facharbeiter
- Arbeiter/ Hilfsarbeiter
- Selbstständiger/ Freiberufler
- mithelfender Familienangehöriger
- erwerbslos

Nicht-Erwerbspersonen:

- Schüler/ Student
- Hausfrau
- Rentner/Pensionär

14. *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation?* (bitte auch beantworten, wenn Sie zur Zeit nicht erwerbstätig sind)

sehr zufrieden 1 2 3 4 5 6 sehr unzufrieden

15. Haben Sie nach Abschluß der Therapie

- einen beruflichen Aufstieg erlebt?
- einen beruflichen Abstieg erlebt?
- weder noch.

16. *Haben Sie nach Beendigung der Therapie eine Schul- oder Berufsausbildung/ Umschulung begonnen oder beendet?*

keine Schul- oder Berufsausbildung begonnen

Ausbildung /Umschulung läuft noch bis _____

Ausbildung/ Umschulung abgebrochen

Ausbildung/ Umschulung beendet als _____

Sonstiges:

.....

17. Waren Sie unmittelbar nach Therapie arbeitslos?

- ja, und zwarMonate lang
- nein
- trifft nicht zu (Hausfrau, Rentner etc.)

18. Sind Sie zur Zeit arbeitslos?

- ja, seitMonaten
- nein
- trifft nicht zu (Rentner etc.)

19. Waren Sie nach Beendigung der Therapie arbeitsunfähig oder krankgeschrieben?

- ja, insgesamt..... Wochen
- nein
- trifft nicht zu

20. Sind Sie derzeit krankgeschrieben bzw. arbeitsunfähig?

- ja, seitWochen
- nein
- trifft nicht zu

21. Wie oft haben Sie nach Beendigung der Therapie die Arbeitsstelle gewechselt?

- ich hatte Arbeitsstellen
- ich hatte keine Arbeitsstellen
- trifft nicht zu (Rentner, Hausfrau etc.)

22. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer körperlichen Verfassung?

Sehr zufrieden 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | sehr unzufrieden

23. Wie zufrieden sind Sie derzeit mit Ihrer seelischen Verfassung?

Sehr zufrieden 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | sehr unzufrieden

24. Haben Sie nach Beendigung der Therapie an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen?

- ja, regelmäßig an folgender Gruppe (Bezeichnung):
- ja, aber unregelmäßig an folgender Gruppe:
- nein, überhaupt nicht

25. Nehmen Sie derzeit an einer Selbsthilfegruppe teil?

- ja, an der Selbsthilfegruppe.....(Bezeichnung), seit.....(Zeitraum)
- nein

26. Waren Sie nach Abschluß der stat. Psychotherapie in weiterführender ambulanter Behandlung?

- ja, in psychosozialer Beratungsstelle
- Suchtberatungsstelle
- niedergelassenem Arzt/ Psychotherapeut
- sonstige (Mehrfachnennungen möglich)
- nein

27. Haben Sie nach Therapieende aufgrund von Abhängigkeitsproblemen einen Arzt aufgesucht ?

- nie gelegentlich regelmäßig
- sonstiges

28. Waren Sie seit Entlassung aus der Therapie wieder in stationärer Entgiftung?

- ja nein

Wenn ja, innerhalb welchen Zeitraumes (nach Entlassung)?

- innerhalb von: 4 Wochen 3 Monaten 6 Monaten 1 Jahr später.....

Wenn ja, Anzahl der stationären Aufenthalte nach der Therapie

29. Waren Sie seit Entlassung aus der Therapie wegen Alkohol- oder Medikamentenrückfall in stationärer Entwöhnungsbehandlung ?

- ja ...
- nein....

Anzahl der Aufenthalte

	Monat / Jahr	Monat / Jahr
1. Aufenthalt:	von 19....	bis 19....
2. Aufenthalt:	von 19....	bis 19....
3. Aufenthalt:	von 19....	bis 19....
4. Aufenthalt:	von 19....	bis 19....

30. Haben Sie nach Beendigung der 6-Wochen-therapie wieder Alkohol getrunken oder andere Suchtmittel genommen?

- Ja Nein, total abstinent....

Tabelle Suchtmittelaufnahme

Wir bitten Sie in der Tabelle Ihren Alkohol- oder/und Medikamentenkonsum seit Beendigung der 6-Wochen-Therapie möglichst genau anzugeben. Bitte beantworten Sie die Fragen nach Suchtmittel getrennt.

Art der Suchtmittel	Name des Suchtmittels	Wie lange nach Therapieende abstinent? (in Monaten)	Seit wann sind Sie jetzt ohne Suchtmittel (in Monaten)	Kam es im Rückfall zu einer Steigerung der Dosis?	Haben Sie gegenüber vor der Therapie die Dosis gesteigert?	
Alkohol ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Schlafmittel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Beruhigungsmittel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Schlafmittel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Appetitzügler ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Aufputschmittel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Opiate oder Opiat-Ersatzmittel ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						

Die folgenden Fragen (31 - 39) beantworten Sie bitte nur, wenn Sie nach Beendigung der 6-Wochen-Therapie eines oder mehrere der auf Seite 6 genannten Suchtmittel genommen haben!

31. Welche der folgenden Aussagen treffen als Beschreibung Ihres Rückfalls zu?

- Ich war einmal kurzfristig rückfällig (bis zu 4 Tagen)
- Ich war mehrmals kurzfristig rückfällig.
- Ich habe zunächst „kontrolliert“ Suchtmittel eingenommen und bin erst später wieder in mein altes Suchtverhalten geraten

32. Glauben Sie, daß Sie jetzt kontrolliert mit Suchtmitteln umgehen können?

- Ja
- Nein

Die folgenden Fragen (33-36) bitte nur beantworten, wenn Sie nach der 6-Wochentherapie getrunken haben, sonst gehen Sie bitte weiter zu Frage 37!

33. Aus welchen Gründen haben Sie Alkohol getrunken?

- Um meine seelische Befindlichkeit zu verändern
- Um meine körperliche Befindlichkeit zu verändern
- Um Schmerzen zu lindern
- Um Belastungssituationen besser zu bewältigen
- Um Zittern, Schweißausbrüche oder sonstige Entzugerscheinungen zu unterdrücken
- Aus sonstigen Gründen, und zwar.....

34. Wenn Sie Ihren Alkoholkonsum eingestellt haben, ist es dann zu Entzugerscheinungen, wie z.B. innere Unruhe, Reizbarkeit, Angst, Schlaflosigkeit gekommen?

- Ja
- Nein

35. Wie würden Sie Ihren derzeitigen Umgang mit Alkohol beschreiben?

- häufiges oder ständiges übermäßiges Trinken
- nur gelegentliches, dann aber übermäßiges Trinken
- täglicher oder fast täglicher Alkohol konsum oder übermäßiges Trinken
- soziales Trinken (nicht täglich, keine starken Rausche)

36. Wenn Sie wieder Alkohol getrunken haben, bewerten Sie dies als Rückfall?

- Ja
- Nein

Die folgenden Fragen (36-38) beantworten Sie bitte nur, wenn Sie seit Beendigung 6-Wochen-Therapie stimmungsverändernde Medikamente eingenommen haben!

37. Wenn sie wieder Medikamente eingenommen haben, bewerten Sie das als Rückfall?

- Ja Nein

38. Aus welchen Gründen haben Sie Medikamente eingenommen? (mehrere Antworten möglich)

- Um meine seelische Befindlichkeit zu verändern
 Um meine körperliche Befindlichkeit zu verändern
 Um Schmerzen zu lindern
 Um Belastungssituationen besser zu bewältigen
 Um Entzugserscheinungen zu unterdrücken
 Aus sonstigen Gründen, und zwar.....

39. Wenn Sie Ihren Medikamentenkonsum eingestellt haben, ist es dann zu Entzugserscheinungen wie z.B. innere Unruhe, Reizbarkeit, Angst, Schlaflosigkeit gekommen?

- Ja Nein

40. Welche Medikamente haben Sie seit Behandlungsende genommen?
 (bitte alle Medikamente angeben, auch die ärztlich verordneten)

.....

41. An welche Einrichtung haben Sie sich bei Ihrem Rückfall gewandt?

- Selbsthilfegruppe Suchtberatungsstelle
 Ambulanz der Klinik/Suchtstation Niedergelassener Arzt
 Psychotherapeut/ Psychologe Andere Einrichtung
 Keine

42. Wie sicher fühlen Sie sich, auf Dauer ein Leben ohne Alkohol, Medikamente oder andere Drogen führen zu können (gemeint sind nicht medikamente zur körperlichen Behandlung)

- sehr sicher 1 2 3 4 5 6 sehr unsicher

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!