

# Prädiktoren des Therapieerfolges bei ambulant/tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen

V. Kielstein\*, G. Kapelle, K. Herbst\*\*

\* *Abt. Suchtkrankheiten und Tagesklinik am BRZ Magdeburg*

\*\* *Institut für Therapieforchung, München*

*Vortrag ICAA-Seminar Berlin, Reichstag, 14.8.1990 – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1995 18:49-53*

## Einleitung

Wenn wir den Therapieerfolg bei einem Alkoholkranken voraussagen, hat das gewöhnlich mehr mit unserer positiven oder negativen Übertragung ihm gegenüber zu tun, als mit einer wissenschaftlich begründeten Feststellung. Die zum Katamnesezeitpunkt vorgefundene Wirklichkeit steht allzuoft im Widerspruch zu unseren aus der „Erfahrung“ abgeleiteten Zukunftsphantasien. Vorsicht ist geboten bei negativen Prognosen. Sie beinhalten die Gefahr einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Aber auch das Gegenteil ist der Fall: „Du schaffst es sowieso nicht“ kann die Reaktion „Dem werde ich es zeigen“, also den Erfolg provozieren. Mit wissenschaftlichen Anspruch vertretene prognostische Aussagen muten zunächst an wie schwarze Kunst und selbst wenn sie statistisch zuträfen, was bedeuten sie für den Einzelfall? Wozu überhaupt prognostische Einschätzungen? Ich glaube, dass es wichtig ist, jene Patientenvariablen zu identifizieren, die im konkreten Therapieprogramm mit Misserfolg korrelieren. Wir könnten den Betroffenen besondere Unterstützung, zusätzliche oder andere Behandlungen zuteil werden lassen. Vielleicht enthüllt uns ein Muster von unvorteilhaften Patientenvariablen auch einen therapeutischen Defekt in dem Sinne, dass wir die Bedürfnisse eines bestimmten Klientels nicht ausreichend kennen und berücksichtigen.

In der Literatur, und noch mehr in der Praxis, fanden wir eine Reihe von prognostischen Annahmen, denen wir uns nicht uneingeschränkt anschließen konnten. Voraussetzung für den Erfolg sei z. B. „hohe Anfangsmotivation“. Wir kennen die Strohfeuer und möchten uns im übrigen der Meinung von Madden (1975) anschließen, nach der nicht die Motivation zu Beginn der Behandlung die entscheidende Rolle spielt, sondern die Fähigkeit des Patienten, die Motivation im Laufe der Zeit in die erwünschte Richtung zu verändern. Dann ist die Rede von „Gruppenfähigkeit“ (man muss fragen gruppenfähig für welche Gruppe), „unbedingtes Bekenntnis zur Krankheit“ (als ob eine gehörige Portion Scham nicht sehr verständlich wäre), „Anpassung an die jeweils herrschende Behandlungsideologie“ (das mit der „herrschenden Ideologie“ hatten wir gerade), „Bewältigung der neurotischen Anteile“ (nicht schlecht, leider versteht fast jeder etwas anderes darunter).

## Material und Methode

Die Grundlage für unser Bemühen, wissenschaftlich begründete Hypothesen über Prognosefaktoren in einem ambulant/tagesklinischen Therapieprogramm abzuleiten, waren 105 unausgelesene Alkoholranke, die mit (40 %) und ohne (60 %) ärztliche Überweisung

unsere Einrichtung aufsuchten: 19 % Frauen, Altersgipfel zwischen 40 bis 50 Jahren; 44 % verheiratet, 30 % geschieden, 23 % ledig, 4 % verwitwet. Nur 41 % hatten einen Abschluss der 10-jährigen Polytechnischen Oberschule oder höhere Bildung, etwa 45 % befanden sich unterhalb des Facharbeiterniveaus.

Die Patienten wurden nach einer Wartezeit von 1 bis 5 Tagen, meistens für 4 bis 6 Wochen, in die Tagesklinik aufgenommen. Danach hatten sie die Möglichkeit, für unbegrenzte Zeit eine wöchentliche ambulante Therapiegruppe aufzusuchen.

1 Patientin blieb gleich nach der Aufnahmeuntersuchung weg, 1 weitere Patientin kam unter Umgehung der Tagesklinik sofort in die wöchentliche Gruppe, 4 Kranke mussten aus der Tagesklinik heraus zur stationären Entgiftung verlegt werden, 4 wurden zur stationären Entwöhnung geschickt.

Insgesamt konnten 91,4 % aller Patienten in die wöchentliche Gruppe vermittelt werden.

Die Untersuchungszeitpunkte waren eine Woche nach Aufnahme, am Ende der Tagesklinik, 1/2 und 1 Jahr nach Beendigung der Tagesklinik. Verwendet wurden voll standardisierte EDV-gerechte Fragebögen (Aufnahmebogen, Untersuchungsbogen am Ende der Tagesklinik, Katamnesebogen).

### **Operationalisierung des Therapieerfolges**

Der Therapieerfolg bei Alkoholkranken lässt sich nicht allein aus dem Trinkverhalten ableiten. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Therapieerfolg durch Veränderungen in den Bereichen „Soziale Kontakte“, „Ausbildung/Beruf“, „Abstinenz Alkohol/psychoaktive Medikamente“ definiert. Um die Veränderungen einschätzen zu können, wurden eine Reihe von Variablen mit -1 (verschlechtert), 0 (unverändert), +1 (verbessert) bewertet:

<b>Soziale Kontakte:</b>	<b>Ausbildung/Beruf:</b>
1 Ehe/Partnerschaft	6 Schule/Qualifikation
2 Freunde	7 berufliche Stellung
3 Eltern	8 Arbeitsleistung
4 Kinder	9 Arbeitsatmosphäre
5 Freizeit	

### **Der Suchtmittelkonsum wurde in den Bereichen**

10 Alkohol

12 psychoaktive Medikamente

wie folgt bewertet: -1 verschlechtert, 0 unverändert, +1 abstinent nach maximal zwei Rückfällen oder gelegentlichem moderaten Trinken, +2 abstinent nach einem Rückfall, +3

abstinent ohne Rückfall. Aus den Bewertungen 1/2 und 1 Jahr nach dem Ende der Tagesklinik wurden schließlich kumulativ Countscores für alle drei Bereiche (Sozialkontakte, Ausbildung/Beruf, Suchtmittelkonsum) gewonnen.

Ausgehend von den gewonnenen Countscores führten wir zur Klassifikation des Therapieerfolges mehrere Clusteranalysen durch. Wir entschieden uns schließlich für die Clusteranalyse nach Ward, eine Methode, die auf die maximale Trennung möglichst homogener Untergruppen abzielt. Wir wählten die 2-Clusterlösung und fanden eine Gruppe 1 mit 54 Fällen und eine Gruppe 2 mit 22 Fällen.

Der Mittelwertvergleich der Countscores zeigte folgende Situation:

	<b>Sozialkontakte</b>	<b>Ausbildung/Beruf</b>	<b>Abst. Alk.</b>
Gruppe 1 (n=54)	3,7222	2,4074	4,1481
Gruppe 2 (n=22)	-0,2777	-0,5901	-0,5000

Die Werte für die Gruppe 1 lagen sämtlich im positiven Bereich. Die Patienten dieser Gruppe haben sich in allen Bereichen gebessert. Gruppe 2 liegt im negativen bzw. im ungebesserten Bereich.

Es war also durch die Clusteranalyse möglich, gebesserte von ungebesserten Patienten zu trennen.

In einem nächsten Schritt der explorativen Datenanalyse wurden alle Patienten der einzelnen Cluster klinisch unter Heranziehung aller vorhandenen Informationen (Behandlungsunterlagen, Berichte von Gruppenmitgliedern, Nachbarn, Familien- und Betriebsangehörigen, eigene Beobachtung usw.) überprüft. Bei 3 Fällen des Clusters 1 (Gebesserte) entstanden Zweifel an der richtigen Zuordnung. Sie wanderten in einen Sammeltopf „unklare Fälle“ = 0. Auf gleichem Wege wurden 6 Fälle des Clusters 2 (Ungebesserte) ausgesondert. Schließlich wurden alle 29 Patienten, die bei den Nachuntersuchungen nicht erreicht werden konnten, unter Berücksichtigung aller Informationen klassifiziert. 17 Patienten waren zur Nachuntersuchung nicht erschienen bzw. nicht auffindbar, 9 in Haft, 2 verstorben infolge alkoholbedingter Erkrankung, einer verstorben an anderer Krankheit. Wir beurteilten 25 dieser „Missings“ als ungebessert, 4 als unklare Fälle.

### **Nach Abschluss aller Prüfungen hatten wir**

51 „Gebesserte“

41 „Ungebesserte“

13 unklare Fälle.

Die 13 unklaren Fälle wurden in den folgenden Berechnungen nicht mehr berücksichtigt.

## **Zusammenhänge zwischen Patientendaten und Behandlungserfolg**

Wir setzen die „Gebesserten“ und „Ungebesserten“ mit allen Eingangs- und Verlaufsdaten über Kontingenztafeln in Beziehung und suchten nach signifikanten Zusammenhängen. Die Ergebnisse sind den Tabellen 1 und 2 (im Anhang) zu entnehmen.

Beim Vergleich der gewonnenen Prognosemerkmale mit der Literatur fällt eine hohe Übereinstimmung der prognostisch relevanten sozialen Daten mit den Untersuchungen von Kufner und einem Prognoseindex nach Skala auf. Kufner fand 1985 unter den allgemeinen Prognosefaktoren für Männer die Merkmale „mit Ehepartner lebend“, „kein Arbeitsplatzverlust wegen Alkoholmissbrauchs“ und „nicht vorher in Suchtfachklinik“. Das Merkmal „nicht vorher in Suchtfachklinik“ sah er auch als Prognosemerkmal bei Frauen. Mit dem Prognoseindex von Skala, der aus 4 Items besteht, stimmen unsere Merkmale „verheiratet“, „kein Arbeitsplatzwechsel“, „keine Verurteilung“ überein. (Siehe Tabelle 3 im Anhang)

Überraschend war, welchen großen Einfluss auf den späteren Therapieerfolg der Umstand hat, ob die Arbeitskollegen des Patienten während der Arbeitszeit trinken oder nicht. Es ist auch bemerkenswert, wie stark körperliche Merkmale (Allgemeinzustand, Lebervergrößerung), visuelle Merkfähigkeit (BENTON) und Feinmotorik (GRÜNBERGER) auf das Therapieergebnis durchschlagen.

Nach Abschluss der Tagesklinik ist die Dauer der Nachsorge wichtig für ein gutes Therapieergebnis. (Siehe Tabelle 4 im Anhang)

Wer von den Patienten länger als 2 Monate die Nachsorgegruppe besucht hat, befindet sich mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nach einem Jahr noch unter den Gebesserten. Die wöchentliche Gruppe ist also immer noch das sicherste Mittel abstinenz zu bleiben. Die Zahlen zeigen aber auch, dass das Dogma „wenn Du nicht zur Gruppe gehst, wirst Du rückfällig“ auch nicht stimmt. Von den 27 Alkoholkranken, die nur 0 bis 2 Monate in der Nachsorgegruppe waren, blieben immerhin 13 erfolgreich.

Ein guter Prädiktor für zukünftigen Misserfolg ist die Häufung alkoholbedingter betrieblicher Probleme im weiteren Verlauf. Wir erfassten Bummeltage, Verweis, Lohnminderung, Entlassung u. a. (Siehe Tabelle 5 im Anhang)

Die Schlussfolgerung aus Tabelle 5 ist: Sobald ein in der Nachsorge befindlicher Alkoholkranker mehr als 2 alkoholbedingte betriebliche Probleme bekommt, kann man mit Misserfolg nach einem Jahr rechnen.

In einem nächsten Schritt versuchten wir auf diskriminanzanalytischem Wege die Prognosefaktoren zu finden, die sich am besten für einen Prognoseindex eignen.

Mit 8 binären Variablen, die sich in den ersten Analysen als besonders erfolgversprechend zeigten, wurde bei der Stichprobe von 51 gebesserten und 41 ungebesserten Patienten eine lineare logistische Diskriminanzanalyse durchgeführt, die eine hoch signifikante Maximum-Likelihood-Schätzung der Aposteriori-Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges bzw. -misserfolges ergab.



Dieses Ergebnis bedarf allerdings, insbesondere wegen der geringen Stichprobengröße, einer Kreuzvalidierung mit unabhängigen Stichprobenelementen. Bis diese geleistet ist, hat sie den Wert einer empirisch begründeten Hypothese.

Einschränkend muss weiterhin gesagt werden, dass der Index nicht für ambulant/tagesklinische Behandlung schlechthin gilt, sondern lediglich in unserem Behandlungssetting die Orientierung erleichtert. Das Vorkommen einzelner, in unserem Index relevanter Items im Prognoseindex der Apollinarisklinik in Prag und unter den prognostischen Faktoren von Kufner lässt allerdings die Vermutung aufkommen, dass unsere Prognosefaktoren auch in anderen Behandlungsstrukturen von Bedeutung sein könnten.

### **Wo sehen wir den Wert unseres Prognoseindex?**

Um das Negative vorwegzunehmen: Er darf keineswegs dazu benutzt werden, um prognostisch ungünstige Patienten von der Therapie auszuschließen! Wir werden den Index verwenden, um bei misserfolgsgefährdeten Patienten zunächst aufmerksam den Behandlungsverlauf hinsichtlich weiterer erschwerender Situationen zu beobachten. Sollte ein solcher Patient z. B. Schwierigkeiten mit der Einhaltung der Abstinenz haben, erhebliche zwischenmenschliche oder berufliche Probleme hinzubekommen, oder nach kurzer Zeit die Nachsorgebehandlung abbrechen, steht mit ziemlicher Sicherheit fest, dass er mit unserer bisherigen Hilfe keinen Erfolg haben wird. Wir werden dann eine grundsätzliche, der individuellen Situation angepasste Änderung der Behandlungsstrategie vornehmen müssen: z. B. intensive Stützung durch konsequente Einbeziehung von Bezugspersonen, Einzeltherapie, aktive Eingriffe im Sozialfeld.

Wenn diese zusätzliche Unterstützung in kurzer Zeit keine Besserung erkennen lässt, sollten wir uns nicht lange mit weiteren ambulanten Versuchen aufhalten, sondern eine rasche mittel- bis langfristige stationäre Entwöhnung veranlassen; mit dem Hintergedanken freilich, dass ein prognostisch ungünstiger ambulanter Patient auch stationär nicht ohne weiteres erfolgreich sein wird.

### **Literatur**

BUSCH, T.: Methodische Ansätze bei ambulanter Therapie – Erfahrungen mit Alkoholabhängigen. In: Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.

Hrsg. O. Schrappe, S. 131 – 136, Verlag Schattauer 1983.

COHEN, R., WATZEL: Über Differentialindikation und Gemeinsamkeiten verschiedener Programme zur Therapie Alkoholkranker. In: Alkoholismus-Therapie. Hrsg. E. Knischewski, S. 207 – 212, Nicol-Verlag, Kassel 1981.

FEUERLEIN, W.: Indikationskriterien für die Behandlung Alkoholkranker.

In: Alkoholismus-Therapie. Hrsg. E. Knischewski, S. 71 – 80, Nicol-Verlag, Kassel 1981.

FEUERLEIN W.: Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1989.

KIELSTEIN, V.: Analyse von Patientendaten am Beginn und Ende einer tagesklinischen Behandlung von Alkoholkranken. In: Psychiatrie und Neurologie in der medizinischen Grundbetreuung. Hrsg. G. Rabending, H.A.F. Schulze, K. Ernst et al., S.102, S. Hirzel Verlag, Leipzig 1988.

KIELSTEIN, V.: Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. Z. Klin. Med. 45 (1990) Heft 1, S. 69 – 72.

KLINGENBERG, K. W. : Analytisch orientierte Beratung und Behandlung Suchtkrankter in der Beratungsstelle. Suchtgefahren 29, S. 394 – 400, 1983.

KÜFNER, H.: Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen: Empirische Ergebnisse und Indikation. In: Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Wiss. Symposium der DHS, 1980, Hrsg. W. Keup, S. 73 – 83. Verlag Georg Thieme, Stuttgart-New York 1981.

KÜFNER, H.: Prognosefaktoren bei stationärer Therapie Alkoholabhängiger – pers. Mitteilung 1985.

MADDEN, J. S.: Motivation to cease drinking. In: Notes on Alcohol and Alcoholism. Ed. 5. Carvana, Pp. 173-177, M.C.A., London.

SCHWARZ, J. : Kontra-Indikation. In: Alkoholismus-Therapie. Hrsg. E. Knischewski, S. 94 – 97, Nicol-Verlag, Kassel 1981.

SKALA, J.: pen. Mitteilung, Prag 1986

VOLLMER, H.: KRAEMER, S., SCHNEIDER, R., et al.: Ein verhaltenstherapeutisches Programm junger Alkoholabhängiger unter besonderer Berücksichtigung der Therapiemotivation. Suchtgefahren 28, S. 1 – 15, 1982.

#### **Anschriften der Verfasser:**

Dr. med. Volker Kielstein

Chefarzt der Abt. Suchtkrankheiten

und Tagesklinik am BRZ Magdeburg

Planckstraße 4/5

D-3010 Magdeburg

Dr. phil. Klaus Herbst

Institut für Therapieforchung

Parzivalstraße 25

D-8000 München 40

DipI. Math. Günter Kapelle

Cotheniusstraße 2

D-1055 Berlin

## Anhang

**Tab. 1:** Prognostisch günstige Merkmale 1

Prognosemerkmal	n =	Signifikanz Kreuztab.	Besserungsrate	Besserungsrate
			in % Merkmal vorh.	in % Merkmal nicht vorh.

## SOZIALE STABILITÄT

verheiratet	40	.0261	67,5	42,2
kein Arbeits- platzwechsel	51	.0066	70,6	36,6
keine Verurteilung	64	.0093	67,2	28,2
min. betriebl. Probleme	40	.0314	72,5	42,3
keine Bummeltage	37	.0212	70,3	43,4
keine fristlose Entlassung	79	.0037	60,8	9,1



keine Meld.				
Abt. Innere				
Angelegenheit	81	.0165	59,3	11,7

## GÜNSTIGES TRINKVERHALTEN

trinkt allein	58	.0511	65,5	38,2
erster Alkohol				
nach 18. Lj.	37	.0367	67,6	47,3
Gewohnheits-				
trinker nach				
30 Lj.	40	.0452	72,5	42,3
morgendl.				
Trinken < 2 Jahre	47	.0364	72,3	37,8
Kollegen				
trinken				
nicht während				
der Arbeitszeit	68	.0047	67,9	36,1
keine station.				
Entwöhnung	77	.0309	61,0	26,7

## KÖRPERLICH /GEISTIG FIT

guter				
Allgemeinzustand	20	.0011	90,0	45,8
Leber max.				
leicht vergrößert	70	.0032	64,3	27,3
kein				
Durchfall	47	.0223	68,1	42,4
BENTON				
durchschn.				
oder besser	38	.0136	76,3	42,8
GRÜNBERGER				
innerh. der				
Altersnorm	39	.0047	71,8	45,1
guter Appetit am				
Ende d. Tagesklinik	70	.0191	67,1	
				14,3

**Tab. 2:** Prognostisch günstige Merkmale 2

Prognose- merkmal	n =	Signifikanz	Besserungsrate in %	Besserungsrate in %
----------------------	-----	-------------	------------------------	------------------------

		Kreuztab	Merkmal vorh.	Merkmal nicht vorh.
<b>VERLAUFS DATEN</b>				
höchstens mini- male betriebl. Probleme		.0000	90,7	18,2
keine stationäre Entwöhnung	58	.0049	82,8	33,3
Nachsorge > 2 Monate	40	.0075	90,5	48,1

**Tab. 4:** Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und Dauer der Nachsorge (Signif. .0075)

Dauer der Nachsorge in Monaten	Erfolg	Misserfolg
0 – 2	13	14
– 6	10	2
–12	28	–

**Tab. 5:** Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und zwischenzeitlichen betrieblichen Problemen (Signif. .000)

Dauer der Nachsorge in Monaten Erfolg Misserfolg

Dauer der Nachsorge in Monaten	Erfolg	Misserfolg
0 – 2	49	5
– 4	2	4
–12	–	7