

Verlauf psychischer Beeinträchtigungen von Rehabilitanden einer stationären Alkoholentwöhnung

Diagnostic Trends in Psychic Impairment of Patients of an Inpatient Alcohol Rehabilitation

Autoren

L. Krohn¹, T. Wacker¹, H. Buhk¹, R. Stracke², U. Koch¹

Institute

¹ Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
² Fachkrankenhaus Hansenbarg, Hanstedt

Schlüsselwörter

- stationäre Rehabilitation
- Entwöhnungsbehandlung
- Alkoholabhängigkeit
- psychische Symptome

Key words

- inpatient rehabilitation
- withdrawal treatment
- alcohol dependency
- symptoms of mental illness

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1215582
Suchttherapie 2009; 10: 1–10
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Dr. Phil. L. Krohn
Institut für Medizinische
Psychologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20149 Hamburg
l.kahle@uke.uni-hamburg.de

Zusammenfassung

Psychische Beeinträchtigungen von Rehabilitanden einer stationären Suchttherapieeinrichtung vom Aufnahme- (T₁) zum Entlasszeitpunkt (T₂) wurden untersucht. 920 Patienten des Aufnahmezeitraums 2001–2003 wurden prospektiv durch Selbst-Ratings in standardisierten Fragebögen befragt. Die Patienten zeigen hinsichtlich soziodemografischer und suchtbbezogener Variablen typische Merkmale von Alkoholrehabilitanden. Zu Beginn der Therapie besteht im Mittel eine geringe psychische und subjektiv empfundene somatische Beeinträchtigung. Die mit der SCL-90-R erhobenen psychischen Belastungen liegen im Normbereich und erreichen lediglich in einigen Skalen Werte am oberen Grenzbereich. Depressive Symptome wurden mit dem BDI erhoben und liegen im Mittel im unteren Bereich einer leichten Depression. Im Laufe der Therapie nach einem ganzheitlichen, methodenübergreifenden Therapieansatz verringern sich die Beschwerden im Bereich großer statistischer Effekte. Die psychischen Symptome gehen auf Werte nahe des 50%-Perzentils der Normstichprobe zurück. Am Ende der Rehabilitation schätzen Patienten ihre Fähigkeit, Stressbelastungen konstruktiv zu bewältigen (SVF), ihre Fähigkeit, in kritischen Situationen abstinent bleiben zu können (DTCQA) und ihre soziale Kompetenz (UFB) höher als zu Beginn ein. Die Suchtrehabilitation in der evaluierten Einrichtung erweist sich als erfolgreich im Hinblick auf eine Verbesserung des psychischen Befindens und der Verminderung psychosomatischer Beschwerden der Patienten.

Einleitung

Die Wirksamkeit der Rehabilitation Alkoholabhängiger, vor allem bezogen auf das zentrale Kriterium der Abstinenz und der sozialmedizinisch

Abstract

Objective: The focus of this evaluation study is the comparison of the psychic impairment of patients at the beginning (T₁) and the end (T₂) of an inpatient alcohol rehabilitation.

Method: Between 2001 and 2003 existential orientation of 920 patients was prospective determined by standardised questionnaires.

Results: The Patients showed typical criteria of alcohol patients concerning sociodemographic and addiction variables. At the beginning of the rehabilitation a moderate impairment of psychic symptoms was observed. The mean values of psychic impairment, which were evaluated by SCL-90-R, lie within the normal range. Just a few scales enter the upper limit range. Depression symptoms were evaluated by BDI and were located in the lower range of a slight depression. During the therapy which regards an integrated and cross-method therapy approach symptoms were reduced by a huge statistical effect. Psychic symptoms decreased close to a value of 50%-Percentile, which is equivalent to the reference group. At the end of the rehabilitation patients estimate their capability to manage stress constructively (SVF), their capability to remain abstinent in critical situations (DTCQA) and their social competence (UFB) higher than at the beginning.

Conclusion: This evaluation of an alcohol rehabilitation shows successful effects in the improvement of the psychic condition and in the reduction of psychosomatic complaints.

wichtigen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen [1,2]. Dabei konnte für Deutschland eine im internationalen Vergleich hohe Ergebnisqualität belegt werden. Katamnesen aus Entwöhnungs-

einrichtungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. drei Monaten belegen Abstinenzraten von etwa 50% bezogen auf alle behandelten und befragten Patienten im ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung [3]. Insbesondere liegt der Wirksamkeitsnachweis für die stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit vor [4]. Daher herrscht weitgehende Einigkeit zum globalen Behandlungserfolg der Alkoholrehabilitation. Unklar ist jedoch noch weitgehend deren Effektstärke [5,6]. Zudem konnte bisher nicht hinreichend geklärt werden, welche Wirkung die Alkoholentwöhnung auf allgemeine psychische Beeinträchtigungen hat und inwieweit spezifische Interventionsformen zur Behandlung komorbider Störungen indiziert sind [1]. Ziel der vorliegenden Arbeit ist, Effekte der Rehabilitation auf die psychische Befindlichkeit der behandelten Patienten aufzuzeigen.

Evaluierte Einrichtung

Die evaluierte Suchtrehabilitations-Einrichtung¹ umfasst 100 Behandlungsplätze für alkohol-, tabak- und medikamentenabhängige Erwachsene aus dem Großraum Hamburg und dem nördlichen Niedersachsen. Es wird eine durchschnittlich 13-wöchige eklektische Standardtherapie mit multiprofessionellen und modularen Therapieansätzen durchgeführt, die auch indikativ im Gruppen- und Einzelsetting die Behandlung komorbider psychischer Störungen wie Angststörungen (ICD-10 F40, F41), Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43), Depressiver Störungen (F32-F34, F43.2), Persönlichkeitsstörungen (F60), in begrenztem Umfang auch Essstörungen (F50) in der Frauengruppe und Somatoformer Störungen (F45) ermöglicht. Neben anderen indikativen Gruppen wie „Soziales Kompetenztraining“ werden ergänzend in drei Rückfallprophylaxegruppen positive Stressverarbeitungsstrategien zur Situationskontrolle sowie positive Selbstinstruktionen eingeübt.

Methodik

Für den Vergleich der psychischen Beeinträchtigungen der alkoholabhängigen Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn und -ende wurden die konsekutiv erhobenen soziodemografischen, suchbezogenen und psychometrischen Daten analysiert. Die Eingruppen-Studie wurde als prospektive naturalistische Prä-Post-Erhebung konzipiert und eine Vollerhebung der Patienten (n=958) der Aufnahmejahrgänge 2001–2003 vorgenommen. Im Rahmen der Aufarbeitung der Daten wurden 4% (n=38) von der ursprünglichen Intention-to-treat-Stichprobe aufgrund eines hohen Anteils fehlender Werte oder mangelnder Plausibilität ausgeschlossen, sodass für den Dreijahreszeitraum 920 Patienten einbezogen wurden.

Datenerhebung

Die Rehabilitanden füllen routinemäßig in der evaluierten Einrichtung zu Beginn und am Ende der stationären Therapie Fragebögen zur allgemeinen klinisch-psychologischen Diagnostik und zur Suchtdiagnostik aus. Für die Beurteilung möglicher Effekte der Rehabilitation auf die psychische Befindlichkeit wurden die Differenzwerte aus den Gesamtskalen des Stressver-

arbeitungsfragebogens SVF [7] (Positive und Negative Strategien), aus den Summenwerten des Beck-Depressions-Inventars BDI [8] sowie aus den Subskalen der Symptom-Checkliste SCL-90-R [9], des Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige DTCQA [10] und des Unsicherheitsfragebogens UFB [11] ausgewählt. Fehlende Werte, die durch fehlerhafte oder unvollständige Bearbeitung von Fragebogenitems entstanden sind, wurden durch den individuellen Skalenmittelwert ersetzt, wenn innerhalb eines ansonsten bearbeiteten Fragebogens mehr als 90% der Items einer Skala vorlagen. Durch dieses Vorgehen kommt es zu Schwankungen in Bezug auf die Fallzahlen.

Auswertungsverfahren

Die Fragebogendaten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 12.0 ausgewertet. Es wurden χ^2 -Tests und t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Für die Verlaufsuntersuchungen wurden einfaktorielle univariate Varianzanalysen mit Messwiederholungen nach dem Allgemeinen linearen Modell angewendet. Als Effektstärkemaß wurde die standardisierte Differenz (Cohens d) [12] berechnet und folgendermaßen klassifiziert: klein (+): $d \geq 0,10$; mittel (++): $d \geq 0,30$; groß (+++): $d \geq 0,60$.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 691 (75%) Männern und 229 (25%) Frauen (• Tab. 1). Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe liegt bei 43,6 Jahren. 48% der Rehabilitanden leben in einer festen Partnerbeziehung, etwa ebenso viele ohne Partner. Die meisten Patienten wohnen selbständig (85%). Mehr als die Hälfte der Rehabilitanden hat einen Haupt- oder Volksschulabschluss, etwa ein Viertel einen Realschulabschluss. Die Hälfte der Patienten ist vor Behandlungsbeginn arbeitslos, ein Drittel ist teil- oder vollzeitbeschäftigt. Im Durchschnitt sind die Patienten bis zum Beginn der Therapie seit 14,6 Jahren alkoholabhängig, bei Störungsbeginn waren die Patienten durchschnittlich 29 Jahre alt. 46% der Rehabilitanden sind in den 30 Tagen vor Therapiebeginn abstinent.

Ergebnisse zum Reha-Ende

Die Rehabilitation am FKH dauerte im Schnitt 94 Tage (• Tab. 2). 91% aller Patienten beendeten die Behandlung planmäßig. 87% der Rehabilitanden wurden bei Entlassung von den Therapeuten im Basisdokumentationsbogen der Einrichtung als abstinent beurteilt und jeweils 6% als gebessert bzw. unverändert, also rückfällig eingestuft.

Psychische Beschwerden bei Behandlungsbeginn und -ende SVF-120

Der Stressverarbeitungsfragebogen SVF von Janke et al. [7] erfasst das Ausmaß verschiedener von Probanden in Stresssituationen verfolgter Verarbeitungsstrategien². Zehn Strategien wer-

²Der SVF-120 besteht aus 120 Items, die 20 Subtests (Stressverarbeitungsstrategien) zugeordnet sind. Jedes Item beschreibt eine mögliche Stressreaktion, jeder Subtest soll eine Stressverarbeitungsstrategie repräsentieren. Der Proband hat auf einer fünfstufigen Skala (0 = gar nicht bis 4 = sehr wahrscheinlich) anzugeben, mit welcher Wahrscheinlichkeit er das beschriebene Verhalten zeigt, wenn er „durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden“ ist.

¹Fachkrankenhaus Hansenbarg in Hanstedt bei Buchholz/Hamburg, Träger: Alida-Schmidt-Stiftung Hamburg.

Tab. 1 Stichproben- und Studienmerkmale (n=920).

Merkmal	Männer %	Frauen %	Gesamt %
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Geschlecht	75,1	24,9	100,0
Alter bei Behandlungsbeginn (Jahre)	43,0 (8,8)	45,5 (9,6)	43,6 (9,1)
Familienstand			
ledig	38,8	21,1	34,8
verheiratet, zusammen lebend	27,1	26,3	26,9
verheiratet, getrennt lebend	8,1	10,5	8,6
geschieden	23,2	35,8	26,1
verwitwet	2,8	6,3	3,6
Wohnsituation			
selbständiges Wohnen	82,4	94,2	85,0
bei anderen Personen	9,7	2,1	8,0
betreutes Wohnen/Heim/Klinik	3,6	3,1	3,5
ohne Wohnung	2,4	0,0	1,9
Sonstiges	1,8	0,5	1,5
höchster Schulabschluss			
ohne Schulabschluss	5,9	4,2	5,5
Sonderschule	3,3	1,6	2,9
Haupt-/Volksschulabschluss	56,8	47,1	54,7
Realschulabschluss/Polytechn.	23,7	34,0	26,0
Oberschule			
(Fach-) Abitur	7,4	9,4	7,9
Hochschulabschluss	2,4	3,1	2,6
anderer Schulabschluss	0,3	0,5	0,4
Beschäftigungsverhältnis			
voll- und teilzeitbeschäftigt	35,3	35,8	32,5
arbeitslos, arbeitssuchend	58,2	45,8	50,9
sonstiges (z. B. Erziehungszeit)	6,6	18,4	8,5
Alter bei Störungsbeginn (Jahre)	27,9 (9,3)	32,7 (10,5)	29,0 (9,7)
Konsumhäufigkeit in den 30 Tagen vor T₁^a			
kein Konsum	47,3	41,2	45,9
1 Tag	5,9	4,3	5,6
2–7 Tage	13,4	16,0	14,0
8–25 Tage	15,7	19,3	16,5
täglich	17,7	19,3	18,0

^aZeitraum vor Entgiftung, wenn das Ende der Entgiftung nicht länger als 30 Tage zurückliegt

den als Positive Strategien benannt. Sie stellen Stressverarbeitungsweisen dar, die auf eine Stressreduktion abzielen und dazu auch prinzipiell geeignet sein können. Sechs weitere Subskalen erfassen Negative Strategien, die im Allgemeinen stresserhöhend wirken.

Negative Stressverarbeitungsstrategien

Die Mittelwerte der sechs negativen Bewältigungsstrategien liegen zu Behandlungsbeginn (T₁) über dem 50%-Perzentil und einige Skalenmittelwerte erreichen nahezu das 60%-Perzentil, sie liegen aber ohne Ausnahme noch im Normbereich (● Abb. 1). Die Patienten tendieren am Beginn der Behandlung etwas stärker als die Normstichprobe dazu, früh mit einem Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit aufzugeben, Belastungen eher eigenen Fehlhandlungen zuzuschreiben und sich selbst mit einer missgünstigen oder aggressiven Komponente zu bemitleiden. Gegen Ende der Therapie sinken alle Skalenwerte unter das 50%-Perzentil. Die höchsten Zeiteffekte finden sich in den beiden zu Therapiebeginn am stärksten ausgeprägten Bereichen Selbstbeschuldigung und Resignation, sowie in den Subskalen Gedankliche Weiterbeschäftigung und Selbstmitleid. Insgesamt liegt ein großer Zeiteffekt für die Gesamtskala Negative Strategie vor.

Tab. 2 Ergebnisse zum Reha-Ende (n=920).

Merkmal	Männer %	Frauen %	Gesamt %
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Behandlungsdauer			
Tage insgesamt (M)	93,3 (28,3)	95,7 (28,1)	93,9 (28,3)
> 16 Wochen (%)	6,2	12,2	7,7
≤ 16 Wochen (%)	93,8	87,8	92,3
Art der Behandlungsbeendigung (%)			
planmäßig*	89,6	94,7	90,7
nicht planmäßig**	10,4	5,3	9,3
Beurteilung der Symptomatik zu T₂ (%)			
kein Problem seit	1,1	0,0	0,8
Betreuungsbeginn			
abstinent	86,3	88,9	86,9
gebessert	5,3	6,8	5,7
unverändert	6,6	3,2	5,8
verschlechtert	0,8	1,1	0,8

*Enthält die Kategorien „planmäßig“, „Vermittlung/Wechsel/Verlegung“, „vorzeitig auf ärztliche Veranlassung“ und „vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis“

**Enthält die Kategorien „vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis“, „Abbruch durch Patient“ und „disziplinarisch“

gien vor. Verglichen mit allen anderen psychometrischen Daten ist daher – mit Ausnahme der Subskala Pharmakaeinnahme – der größte Therapieeffekt in diesem Bereich zu finden.

Obwohl der Vergleich der für die Patienten erhobenen Mittelwerte mit der Normstichprobe eher geringe Unterschiede in den Strategien der Stressverarbeitung nahelegen, ist der Unterschied andererseits so groß, dass im Vergleich zur Normstichprobe, in der nur 16% der Werte mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert liegen, der entsprechende Anteil in der Patientenstichprobe zu Beginn der Behandlung mit 43% mehr als doppelt so groß ist (● Abb. 3). Er sinkt am Ende der Behandlung auf lediglich 9% der Patienten.

Positive Stressverarbeitungsstrategien

Verglichen mit der Normstichprobe liegen die Mittelwerte aller zehn zu den positiven Stressverarbeitungsstrategien zählenden Subskalen sowohl für die Anfangs- als auch für die Endmessung im Normbereich (● Abb. 2). Dabei liegen Situationskontrolle und Positive Selbstinstruktion zu Therapiebeginn eher im unteren Drittel des Normbereichs, d.h. die Patienten machen verhältnismäßig wenig Gebrauch von Situations- und Reaktionsanalysen und sich daraus ergebenden möglichen Problemlösungen. Sie schreiben sich selbst wenig Kompetenz und Kontrollvermögen zu. Die wichtigsten positiven Stressverarbeitungsstrategien sind Selbstbestätigung, Schuldabwehr (Eigenverantwortung ablehnen), Reaktionskontrolle und Ablenkung von stressverursachenden Situationen und Aktivitäten. Die Werte in diesen Skalen liegen nahe am Mittelwert der Normstichprobe.

Am Ende der Therapie steigen die Mittelwerte aller positiven Stressverarbeitungsstrategien an, die Veränderungen der Skalenmittelwerte sind dabei statistisch hoch signifikant und es werden kleine bis große statistische Effekte erreicht. Die stärksten Zeiteffekte finden sich im Bereich Entspannung, gefolgt von der zu Reha-Beginn vergleichsweise schwach ausgeprägten Subskala Situationskontrolle. Die Werte der Gesamtskala Positive Strategien nehmen mit großer Effektstärke zu und die Skalenmittelwerte der einzelnen Subskalen steigen alle statistisch hoch signifikant und liegen – mit Ausnahme der Subskala Bagatellisie-

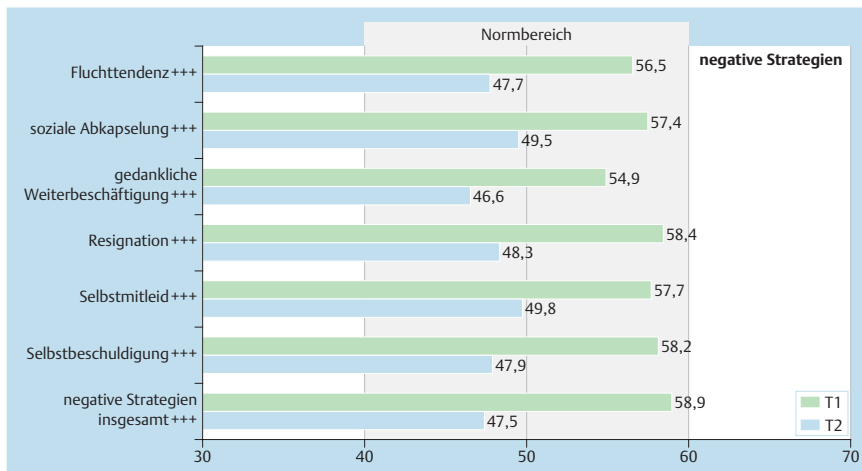


Abb. 1 Negative Stressverarbeitungsstrategien im Verlauf von T₁ zu T₂: Sub- und Gesamtskalenwerte des SVF-120.

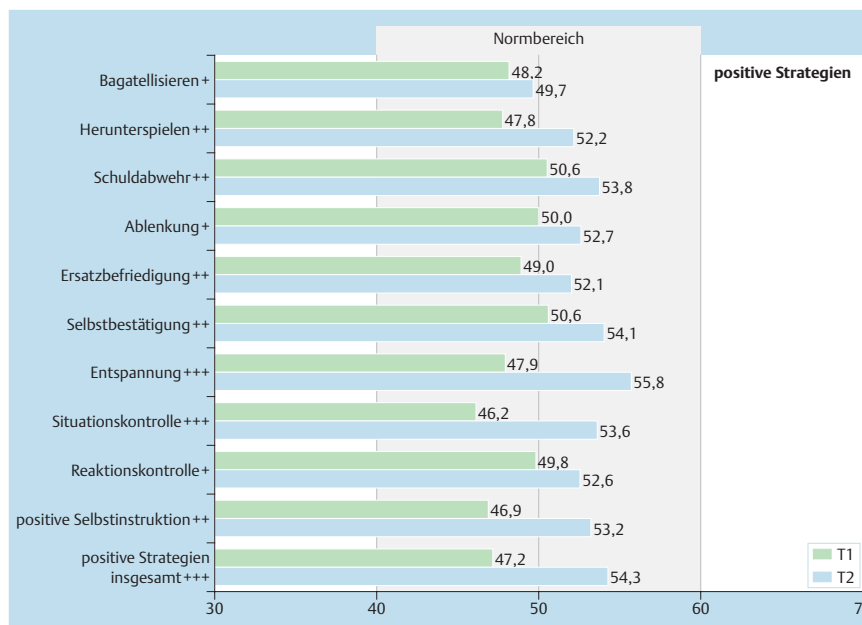


Abb. 2 Positive Stressverarbeitungsstrategien im Verlauf von T₁ zu T₂: Sub- und Gesamtskalenwerte des SVF-120.

ren – am Ende der Rehabilitation zwischen dem 50%- und 60%-Perzentil.

Im Bereich Positiver Strategien wird zu Beginn der Reha der Normmittelwert nur von 10% der Patienten überschritten. Am Ende der Behandlung liegt dieser Wert mit 25% über dem entsprechenden Anteil der Normstichprobe (16%).

Weitere Skalenwerte

Vier Subtests des SVF-120 werden keinem der Bereiche Positive oder Negative Strategien zugeordnet. Die Ergebnisse dieser Subtests sind daher nur im Kontext des jeweiligen Profils interpretierbar bzw. nach der Betrachtung von Antworten auf einzelne Items. Im Vergleich mit den Normwerten liegt der Skalenmittelwert der Subskala Pharmakaeinnahme bei der Stichprobe zu Behandlungsbeginn erwartungsgemäß im überdurchschnittlichen Bereich (Abb. 4) und somit als einzige aller 20 Subskalen außerhalb des Normbereichs. Laut Janke et al. [7] weist der Subtest Pharmakaeinnahme bei Gesunden und Patienten mit fehlender Drogenproblematik hohe Schwierigkeiten in der Profildarstellung auf, sodass er in den Gesamtskalen nicht dargestellt wird und ein Vergleich der Stichprobe mit der Normgruppe nicht sinnvoll erscheint. Bis zum Ende der Reha geht die Bewältigungsstrategie, in belastenden Situationen psychotrope Substanzen

wie Medikamente, Alkohol und Nikotin einzunehmen, annähernd auf das 50%-Perzentil zurück. Unter den Skalen des SVF wird hier der größte statistische Effekt erreicht. Die Strategie, Aussprache, soziale Hilfe und Unterstützung zu suchen (Soziales Unterstützungsbedürfnis), liegt zum Ende der Therapie im oberen Normbereich. Die Tendenz, aggressives Verhalten einzusetzen, nimmt mit einem mittleren Zeiteffekt ab.

BDI

Das Depressions-Inventar von Beck [8,13] misst die subjektive Schwere einer Depression und wurde konzipiert als Screeningtest zur Unterscheidung depressiver und nicht depressiver Patienten. Das BDI³ ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und eignet sich sowohl für die Statusdiagnostik als auch für Verlaufsstudien.

21,7% der Rehabilitanden liegen zu Beginn der Rehabilitation

³Das Instrument enthält 21 Items zu depressionstypischen Symptomen, die auf einer vierstufigen Skala von 0 bis 3 hinsichtlich des Auftretens und der Intensität während der letzten Woche beurteilt werden. Der Gesamtscore mit Summenwerten aller Items zwischen 0 und 63 gibt Auskunft über die Schwere der Depression. Werte unter 11 Punkten gelten als unauffällig, Werte zwischen 11 und 17 als mild bis mäßig depressiv, Werte von 18 und darüber als klinisch relevant.

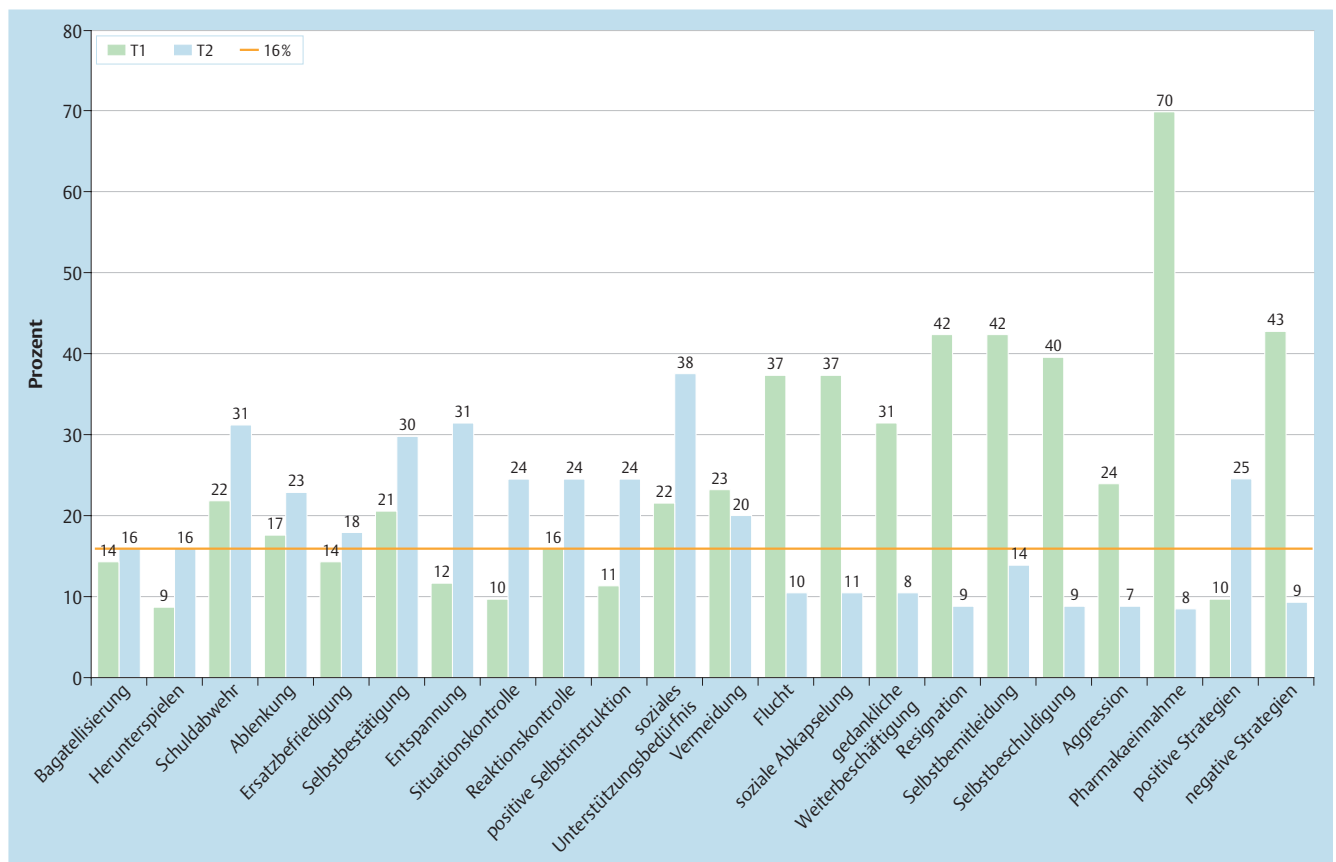


Abb. 3 Stressverarbeitungsstrategien im Verlauf von T₁ zu T₂: Abweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe.

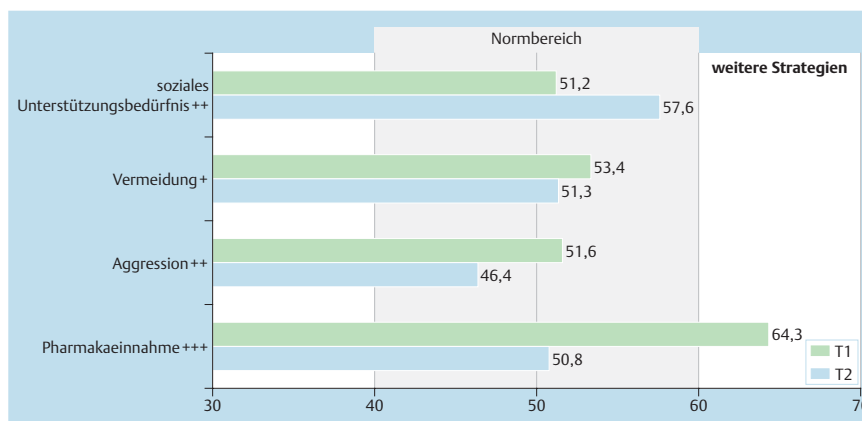


Abb. 4 Skalenwerte des SVF-120 im Verlauf von T₁ zu T₂, die keinem Gesamtskalenwert zugeordnet werden.

sion (• Abb. 5). Dies trifft am Ende der Behandlung noch auf 5,6% der Patienten zu.

Der Mittelwert der Belastung durch depressive Symptome liegt in der Gesamtgruppe (n=738) zu Beginn der Behandlung bei 11,6 (SD=8,0) und somit im unteren Bereich einer leichten Depression (• Abb. 6). Bei Beendigung der Rehabilitation beträgt der mittlere Gesamtscore 5,6 (SD=6,1); depressive Symptome nehmen also mit großer Effektivität bis zum Ende der Therapie ab. Mit diesen Werten liegen die Patienten am Ende der Reha im Mittel unterhalb des klinisch auffälligen Bereichs.

SCL-90-R

Aktuelle psychische und psychosomatische Beschwerden wurden mit der Symptom-Checkliste SCL-90-R [9], einem standardisierten Selbstbeurteilungs-Fragebogen, erhoben. Dieser liefert

mit 90 Items Kurzinformationen über belastende Symptome und vermittelt eine Grundorientierung über die psychische Verfassung sowie über die psychosomatische und psychiatrische Symptomatologie des Patienten. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala quantifiziert der Proband, wie sehr er während der letzten sieben Tage unter den aufgelisteten Problemen und Beschwerden gelitten hat (0 = „ein wenig“; 4 = „sehr stark“). Aus den Items erhält man einerseits einen globalen Kennwert, der als Gesamtwert über alle Fragen die grundsätzliche psychische Belastung misst (Globaler Schwere-Index, GSI). Weiterhin liefert die SCL-90-R insgesamt neun Werte für folgende Subskalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

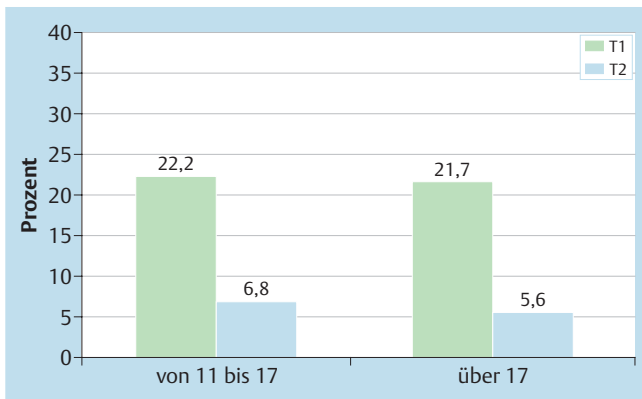


Abb. 5 BDI im Verlauf von T₁ zu T₂: Verteilung der Stichprobe. Werte zwischen 11 und 17 gelten als mäßig ausgeprägte, ab 18 als klinisch bedeutsame depressive Symptome.

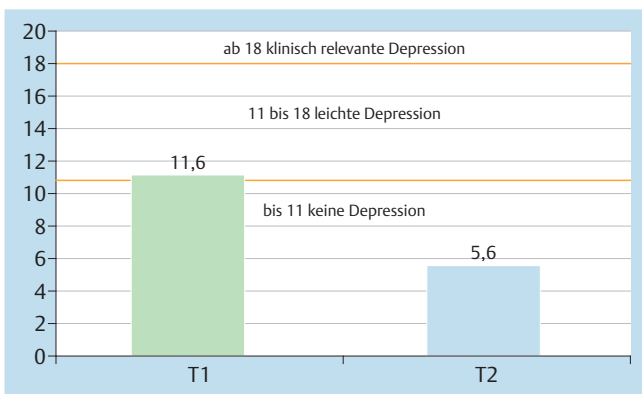


Abb. 6 BDI im Verlauf von T₁ zu T₂: Mittelwert der Stichprobe.

Zu Beginn der Reha liegen alle Skalenmittelwerte der Patienten im Normbereich⁴ ($M=50$; $SD=10$; **Abb. 7**). Außer der Subskala Aggressivität überschreiten alle Werte den Mittelwert der gesunden Normstichprobe. Die Subskala Isolation enthält den höchsten Mittelwert und liegt nahe dem 60%-Perzentil, gefolgt von Depressivität und der allgemeinen psychopathologischen Symptombelastung GSI.

Bis zum Ende der Reha gehen die Mittelwerte in allen Skalen des SCL-90-R mit kleiner bis großer Effektstärke unter den mittleren Wert des Normbereichs (50) zurück, lediglich der Skalenmittelwert für Isolation liegt knapp darüber. Die Mittelwerte nehmen mit großer Effektstärke in der Psychischen Gesamtbelastung ab. Der Effekt der Verbesserung in der Subskala Depressivität ist groß und in den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Isolation, Paranoides Denken und Ängstlichkeit von mittlerer Stärke. Das Ausmaß psychischer und psychosomatischer Beschwerden geht von einem leicht erhöhten Niveau zu Beginn der Therapie hochsignifikant mit großem Effekt bis zum Ende der Reha zurück.

In **Abb. 8** ist der Anteil der Normstichprobe mit Werten größer als eine Standardabweichung über dem Mittelwert durch die Linie bei 16% markiert. Besonders hohe Abweichungen von der Norm wurden in der Patientenstichprobe zu Behandlungs-

beginn in den Skalen: „Isolation/Psychotizismus“ (43,2%), „Depressivität“ (41,8%), „Zwanghaftigkeit“ (34,4%) und „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (33,1%) gefunden. Der Anteil der Patienten mit Werten größer als eine Standardabweichung über der Norm nähert sich am Behandlungsende in fast allen Skalen der 16% Markierung der Normstichprobe. Nur in der Skala „Isolation/Psychotizismus“ haben bei Behandlungsende noch 23% Werte größer als eine Standardabweichung über dem Mittelwert.

IDTSA

Das IDTSA (Inventory of Drug Taking Situations) [14] wurde als klinischer Test zur Erfassung der Suchtgefährdung zu Beginn der Therapie durchgeführt. Der Patient soll für 50 mögliche Trinksituationen auf einer 4-stufigen Skala (1 = „nie“; 4 = „regelmäßig“) angeben, wie häufig er innerhalb des letzten Jahres in dieser Situation Alkohol getrunken hat. Für jede der acht Subskalen kann ein „Problemindex“ (von 0 bis 100) bestimmt werden. Diese Indizes bilden ein Risikoprofil problematischer Trinksituationen.

Für die untersuchte Patientengruppe variiert der Problemindex im Skalenmittelwert zwischen 32% und 62%. Unangenehme Gefühlszustände werden als die häufigste Versuchungssituation angegeben (**Abb. 9**). Danach folgen Geselligkeit (48%), Soziale Verführung (46%), Angenehme Gefühlszustände (45%) und Soziale Konflikte (44%). Somit sind die drei Subskalen zu interpersonellen Versuchungssituationen unter den ersten fünf Rangplätzen zu finden. Kontrolliertes Trinken bildet den kleinsten Risikobereich (32%).

DTCQA

Der DTCQA (Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige) [10] ist ein Fragebogen zur Abstinenzzuversicht in den auch mit dem IDTSA erfassten Risikosituationen. Er erhebt mit 50 Items, wie zuversichtlich alkoholabhängige Patienten auf einer Skala von 0 bis 100% sind, in einer Reihe vorgegebener Situationen abstinent zu bleiben. Da der DTCQA die gleichen 50 Items und acht inhaltlichen Subskalen wie das IDTSA enthält, können die Ergebnisse zur Planung von Maßnahmen zur Verminderung des Rückfallrisikos genutzt werden.

Zu Behandlungsbeginn variiert die Abstinenzzuversicht aller Patienten zwischen 70% und 86% (**Abb. 10**). In Unangenehmen Gefühlszuständen, die im IDTSA am häufigsten angegebene Trinksituation, besteht mit 70% am wenigsten Zuversicht, dem Verlangen nach Alkohol widerstehen zu können. 78% der Patienten sind sich sicher, bei Sozialen Konflikten abstinent zu bleiben (IDTSA: Rang 5). Kontrolliertes Trinken ist mit 79% Abstinenzzuversicht eine weitere kritische Situation, die allerdings lediglich 32% der Patienten als eine für sie typische Trinksituation einordneten (IDTSA: Rang 8). Mit jeweils 86% am zuversichtlichsten abstinent bleiben zu können schätzten sich die Patienten zu Therapiebeginn während Angenehmer Gefühlszustände (IDTSA: Rang 4) und Körperlicher Beschwerden (IDTSA: Rang 7) ein. Danach folgten Geselligkeit (IDTSA: Rang 2) und Soziale Verführung (IDTSA: Rang 3) mit jeweils 82% Abstinenzzuversicht, die letzteren stellen also häufig genannte typische Risikosituationen dar.

Bis zum Ende der Therapie steigt die Abstinenzzuversicht hinsichtlich jeder typischen Risikosituation hoch signifikant auf Werte zwischen 91% und 97% mit jeweils mittlerer Effektstärke an. Die Situationen, für die schon zu Therapiebeginn wenig bzw. viel Zuversicht empfunden wurde, sind bis zum Therapieende im Wesentlichen die gleichen geblieben. Nach wie vor wird in Situationen wie Unangenehme Gefühlszustände (91%), Soziale

⁴Eine Einordnung der aus den Rohwerten transformierten T-Werte ($M=50$, $SD=10$) erfolgt anhand einer Standardisierungsstichprobe von $n=1006$ „Normal Gesunden“. T-Werte zwischen 60 und 70 zeigen eine deutlich messbare psychische Belastung an, T-Werte zwischen 70 und 80 zeigen eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung an.

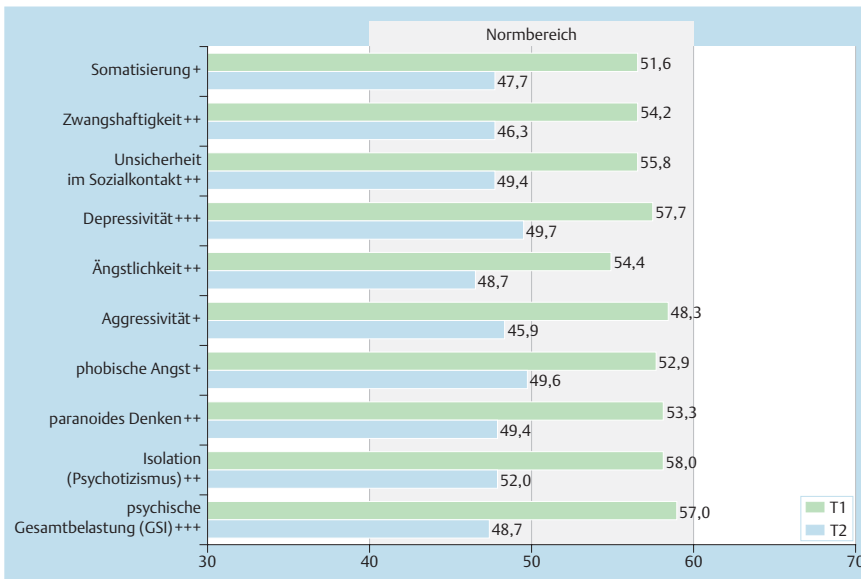


Abb. 7 SCL-90-R im Verlauf von T₁ zu T₂: GSI und Skalenwerte.

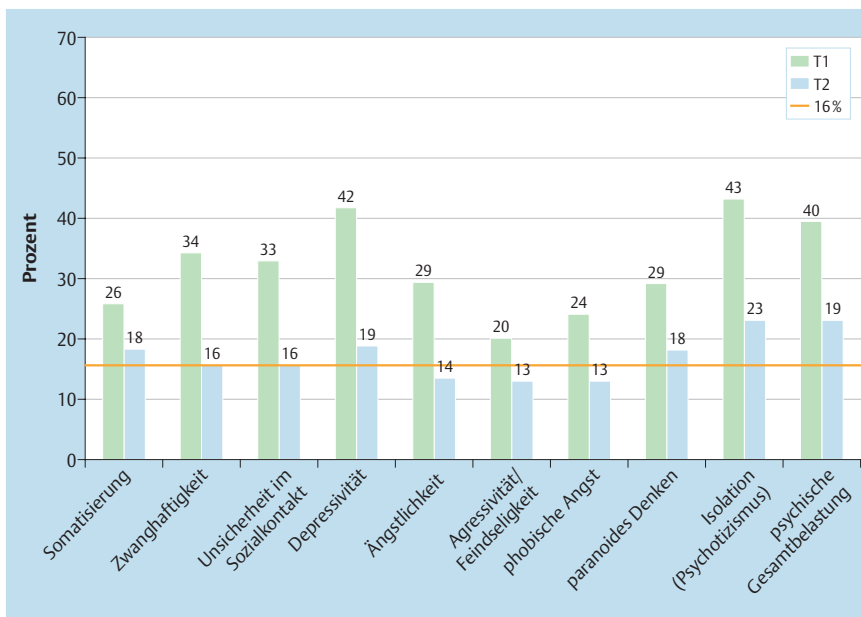


Abb. 8 SCL-90-R im Verlauf von T₁ zu T₂: Abweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe.

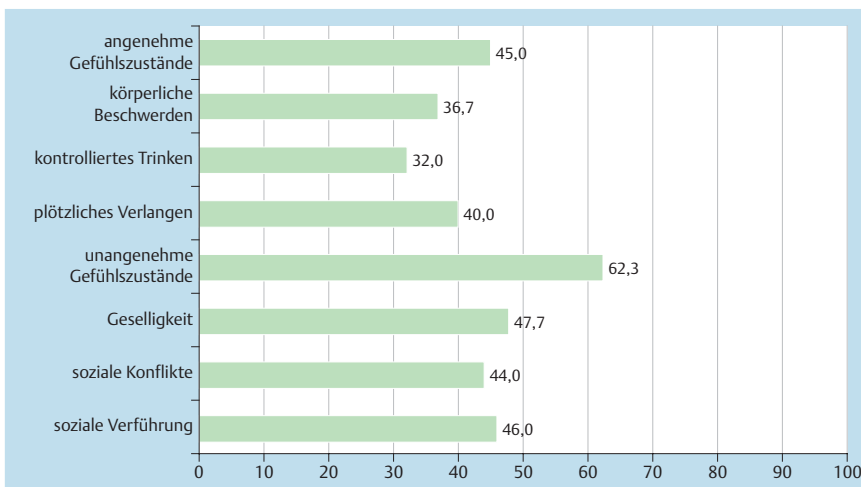


Abb. 9 IDTSA-Risikoprofil der Gesamtstichprobe.

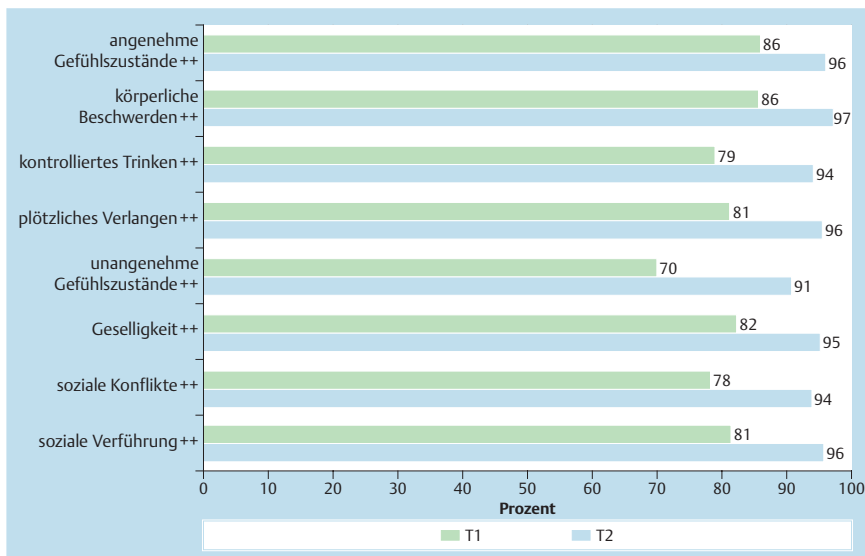


Abb. 10 Abstinenzzuversicht der Gesamtstichprobe hinsichtlich typischer Trinksituationen: Skalenwerte im Verlauf von T₁ zu T₂ im DTCQA.

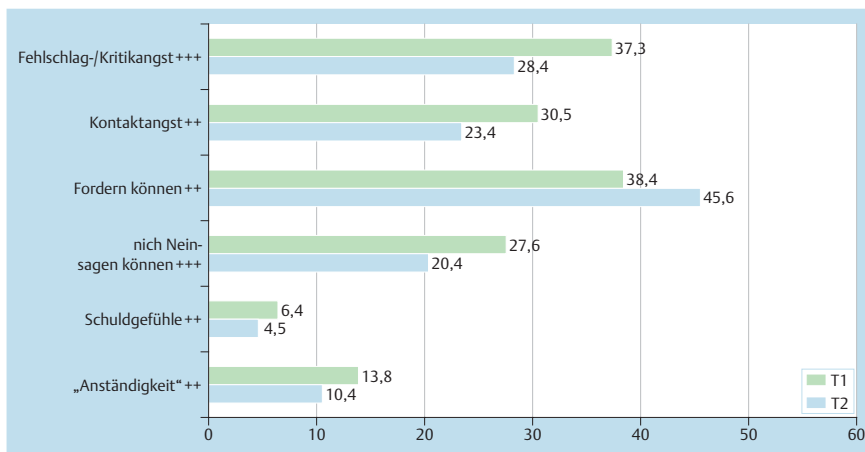


Abb. 11 Skalenwerte des UFB im Verlauf von T₁ zu T₂.

Konflikte (94%) und Kontrolliertes Trinken (94%) die Fähigkeit abstinent zu bleiben, vergleichsweise gering eingeschätzt. Zuversichtlicher sind die Patienten bei Körperlichen Beschwerden (97%) und Angenehmen Gefühlszuständen sowie Sozialer Verführung (jeweils 96%).

U-Fragebogen

Der Unsicherheitsfragebogen UFB [11] misst das Ausmaß vorhandener sozialer Ängste und Defizite. Er besteht aus 65 Items, die zu sechs Subskalen zusammengefasst werden. Zu jedem Item ordnet sich der Patient anhand einer sechsfach gestuften Antwortmöglichkeit (0= „trifft nicht zu“ bis 5= „trifft voll und ganz zu“) ein. Im Einzelnen stehen die Subskalen für folgende soziale Ängste und Defizite: Fehlschlag- und Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können, Nicht-Nein-Sagen-Können, Schuldgefühle und Anständigkeit.

Die Ergebnisse des U-Fragebogens ermöglichen objektive und quantifizierbare Informationen über die Störungsbereiche soziale Angst und soziale Defizite. Die Mittelwerte aller Subskalen des U-Fragebogens (• **Abb. 11**) liegen bei der Entlassung hoch signifikant unter denen der Aufnahme. In zwei Skalen (Kritikangst und Nicht-Nein-Sagen-Können) liegt das Ausmaß der Verbesserungen im Bereich einer großen Effektstärke, in den übrigen Skalen liegen mittlere statistische Effekte vor.

Am Ende der Therapie wird deutlich weniger Angst vor Blamage, Misserfolg, Kritik und öffentlicher Beachtung als zu Beginn der Therapie angegeben. Die Auswertung der Skalen Kontaktangst und Fordern können zeigt außerdem, dass die Patienten zum Behandlungsende einerseits weniger emotional befangen im Kontakt mit anderen Menschen sind, andererseits eigene Erwartungen deutlicher zum Ausdruck bringen und mehr Forderungen stellen und durchsetzen können. Die Veränderung in der Skala Nicht-Nein-Sagen-Können demonstriert, dass die Rehabilitanden gegenüber Anforderungen anderer weniger nachgiebig sind und sich besser abgrenzen können. Es werden weniger Schuldgefühle empfunden, wenn materielle Ansprüche insbesondere bedürftiger oder zuvorkommender Menschen nicht erfüllt werden können. Überhöfliche Beachtungen von Normen haben bis zum Therapieende deutlich abgenommen, eine potenzielle Verletzung von Anstandsregeln wird als weniger peinlich empfunden.

Die Ergebnisse des U-Fragebogens zeigen, dass sich die Patienten im Laufe der Therapie nicht nur besser behaupten können, sondern auch selbstsicherer, durchsetzungsfähiger und somit sozial kompetenter werden.

Tab. 3 Vergleich der Ergebnisse zur psychischen Belastung mit anderen Studienergebnissen.

Merkmale	FK Hansenbarg M (SD)	Neubauer u. a. [17] M (SD)	Krohn [16] M (SD)	Driessen [15] M (SD)
Depressivität (SCL)	57,7 (12,4)	58,8 (9,4)	61,5 (13,2)	–
Ängstlichkeit (SCL)	54,4 (11,6)	57,4 (9,7)	57,7 (11,1)	–
Phobische Angst (SCL)	52,9 (11,8)	54,4 (8,5)	54,7 (12,0)	–
BDI	11,6 (8,0)	–	–	10,1 (6,1)

Vergleich der Ergebnisse zur psychischen Belastung mit anderen Studien

Die gemessene psychische Belastung am Behandlungsbeginn entspricht weitgehend den Ergebnissen anderer Studien (☉ Tab. 3).

Fazit

Die Mittelwerte der psychischen und psychosomatischen Belastung von Patienten der Alkohol-Rehabilitation liegen am Beginn der Behandlung im oberen Normbereich der eingesetzten Messinstrumente. Der Mittelwert der depressiven Symptomatik liegt für die Gesamtgruppe der Patienten im unteren Bereich einer leichten Depression. Der größte Teil der Patienten ist daher auch nicht über ein normales Maß hinaus belastet. Dennoch ist der Anteil von Patienten mit Belastungen, die über den Normbereich hinausgehen, durch die erhöhten Mittelwerte bis zu 2,5 mal größer als derjenige der Vergleichsstichproben. Am Ende der Behandlung nehmen die Mittelwerte der psychischen Belastung der Patientenstichprobe soweit ab, dass sie sich auf dem Niveau der Mittelwerte der Normstichproben befinden oder – das gilt für die meisten Merkmale – auch deutlich darunter liegen. Dieser positive Trend wurde auch für die Fähigkeit, langfristig wirksame Strategien der Stressverarbeitung einzusetzen, beobachtet: Sie ist zu Behandlungsbeginn bei den Patienten geringer und am Behandlungsende stärker ausgeprägt als in der Normstichprobe.

Diskussion

Die überwiegende Mehrheit der Patienten ist am Beginn der Rehabilitation psychisch nicht stärker belastet als der Bevölkerungsdurchschnitt. Während aber in der Normstichprobe 16% der Werte mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert liegen, gibt es in der Patientenstichprobe erheblich mehr Fälle mit Werten außerhalb des Normbereichs. Dies entspricht auch der klinischen Erfahrung. Besonders hohe Anteile wurden für folgende Skalen der psychischen Belastung (SCL-90-R) gefunden: „Isolation/Psychotizismus“ (43%), „Depressivität“ (42%), „Zwanghaftigkeit“ (34%) und „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (33%). Mit den unterhalb der Mittelwerte der Normstichprobe am Behandlungsende absinkenden Mittelwerten der Patienten geht auch der Anteil der Patienten mit Werten der psychischen Belastung außerhalb des Normbereichs in den meisten Merkmalen deutlich zurück. Nur in 4 der 9 Skalen des SCL-90-R liegt der Anteil von Patienten mit hoher Belastung am Behandlungsende noch geringfügig über der 16% Grenze, in den übrigen Skalen liegt der Anteil sehr nahe an dieser Grenze oder deutlich darunter.

Das für die meisten Patienten eher geringe Ausmaß der psychischen Belastung am Beginn der Behandlung stimmt mit den

Ergebnissen anderer Studien überein [15–17]. Es widerspricht jedoch der klinischen Erfahrung und könnte durch Antworttendenzen wie soziale Erwünschtheit oder Zweckoptimismus verursacht sein. Auch können Mittelwertberechnungen den Anteil stärker belasteter Patienten in den Hintergrund treten lassen.

Der klinische Eindruck könnte andererseits auch durch Patienten mit einer hohen psychischen Belastung hervorgerufen werden, die viel Arbeitsenergie binden und somit den Eindruck einer generell hohen psychischen Belastung für die Gesamtgruppe der Patienten hinterlassen. Die Erwartung einer generell bestehenden hohen Belastung von Patienten der Alkoholrehabilitation könnte auch durch eine während der letzten Phase des Alkoholkonsums und in der Entzugbehandlung bestehende kritische psychische Situation der Patienten entstehen, die dann jedoch bereits vor dem Beginn der Rehabilitationsbehandlung mit der Dauer der Abstinenz und der abnehmende hirnorganische Toxizität des Alkohols abnimmt. Auch könnte das Bewusstsein, mit dem Entzug den ersten Schritt gegen die Abhängigkeit und zur Lösung bestehender Probleme erreicht zu haben, die psychische Belastung bereits vor dem Beginn der Behandlung reduzieren. Für diese Annahmen spricht die Literaturanalyse von Driessen et al. [15], die zeigt, dass Depressions- und Angstwerte Alkoholabhängiger mit zunehmenden Zeitabstand zum Entzug auch ohne Intervention abnehmen.

Wichtige idealtypische Voraussetzungen für die Rehabilitation – aber häufig auch erst das Ergebnis der Entwöhnungsbehandlung – sind das Eingeständnis der eigenen Abhängigkeit, die Motivation zur Veränderung der Situation und die Absicht, abstinenz zu leben. Daher ist die Teilgruppe der Alkoholabhängigen, die eine Suchttherapie aufnimmt, im Vergleich zur Gesamtgruppe Alkoholabhängiger, die durch das Rehabilitationsangebot nicht erreicht wird, vermutlich hoch selektiert.

Die positive Veränderung der psychischen Belastung findet ihre Entsprechung in der Veränderung der Fähigkeit zur Stressverarbeitung. Der Mittelwert der Skala „Positive Stressverarbeitung“ liegt zu Beginn der Rehabilitation im unteren und am Ende der Rehabilitation im oberen Normbereich, der Mittelwert der Skala „Negative Stressverarbeitung“ liegt dagegen bei Beginn der Rehabilitation im oberen und am Ende im unteren Normbereich. Entsprechend ist auch der Anteil von Patienten mit hohen Werten der „Negativen Stressverarbeitung“ am Behandlungsende kleiner als in der Normstichprobe und der Anteil mit hohen Werten der „Positiven Stressverarbeitung“ größer. Die Ergebnisse zeigen, dass die Fähigkeit der Patienten, konstruktiv mit Stresssituationen umzugehen, im Verlauf der Rehabilitation deutlich zunimmt.

Die Zuversicht abstinenz bleiben zu können nimmt in allen erfassten Risikosituationen im Verlauf der Rehabilitation zu. Aus klinischer Sicht ist aber die bereits hohe Rate an Abstinenz zu Behandlungsbeginn und -ende mit Skepsis zu betrachten, da bekanntermaßen [1,5] die Alkoholabhängigkeit eine chronisch rezidivierende Störung ist, die zu entsprechenden Rückfallquoten führt. In diesem Kontext kann die hohe Absti-

nenzzuversicht auch als Hinweis auf eine verzerrte Realitätswahrnehmung auf dem Boden des bei alkoholabhängigen Menschen pathognomonischen Bagatellisierens der Abhängigkeitsproblematik gewertet werden. Die klinische Bedeutung der beobachteten Zunahme der Abstinenzzuversicht ist auch daher nicht eindeutig zu bewerten. Nach den Ergebnissen eines Teils der Untersuchungen zur Abstinenzzuversicht [16, 18] korreliert eine hohe Abstinenzzuversicht am Ende der Behandlung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der Abstinenz im poststationären Verlauf. Andere Untersuchungen [19] konnten keine prognostisch positive Bedeutung der Abstinenzzuversicht feststellen oder kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen [1]. Zu der gestiegenen Abstinenzzuversicht passt auch die im Rehabilitationsverlauf erlernte soziale Kompetenz (Anstieg der Werte aus dem U-Fragebogen).

Trotz der für die Mehrzahl der Patienten eher geringen psychischen Belastung zu Beginn der Behandlung verbessert sich die psychische Situation im Verlauf der Therapie mit großem Effekt. Da die Patientengruppe sich auszeichnet durch eine im Mittel seit etwa 15 Jahren bestehende Alkoholabhängigkeit und eine geringe berufliche Integration – 63% der Patienten haben einen Hauptschulabschluss oder eine geringere Qualifikation und 51% sind arbeitslos – ist die erreichte Verbesserung der psychischen Gesamtsituation als ein bedeutender positiver Teileffekt der Rehabilitation zu bewerten⁵.

Für zukünftige Forschungen ist eine differenzierte Methodik empfehlenswert, die sich auf höher belastete Patientengruppen im Kontext unserer Fragestellung konzentriert und damit eine noch gezieltere Allokation von Behandlungsangeboten ermöglicht. Mit anderen Forschungsansätzen und entsprechend anderer Fragestellung ist dies bereits gelungen [20]. Da in den letzten Jahren Umsteuerungsprozesse mehr den ambulanten oder ganztägig ambulanten Bereich der Suchtrehabilitation als den vollstationären berücksichtigen [1], wäre eine Vergleichsuntersuchung mit jüngeren Jahrgängen und/oder vergleichbaren Kliniken sinnvoll, um mögliche Veränderungen im Schweregrad der psychischen Belastungen – wie sie von der Praxisseite berichtet werden – auch wissenschaftlich darstellen zu können. Die untersuchten Jahrgänge stammen aus einer Zeit, als die Klinik sich noch nicht auf die Behandlung komorbider Patienten spezialisiert hatte, daher ist heute eine andere psychische Belastung der Patienten anzunehmen.

Interessenkonflikt: Es bestehen keinerlei Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

⁵Dank Die Autoren danken Dr. Thomas Hilge und Dr. Hardy-Bernd Wagner, Fachklinik Hansenberg, für die Beteiligung an der Erstellung des Artikels und den Patienten des FKH für ihre Studienteilnahme. Die Studie wurde finanziert vom regionalen Methodenzentrum Hamburg des vffr (Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.).

Fazit für die Praxis

Die vorliegende Arbeit weist eine eher geringe psychische Belastung der Patienten zu Beginn der Behandlung nach. Die Ergebnisse legen nahe, dass im Regelfall im Anschluss an die Alkoholrehabilitation eine ambulante suchtbetogene Selbsthilfemaßnahme hinreichend ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass durch Mittelwertberechnungen und Antworttendenzen der vorhandene Anteil stärker belasteter Patienten möglicherweise nicht hinreichend abgebildet wird. Dem klinischen Eindruck entsprechend ist daher davon auszugehen, dass eine Reihe von Patienten eine begleitende psychische Symptomatik in einem Ausmaß zeigt, die eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erfordert.

Literatur

- 1 Müller-Fahrnow W, Ilchmann U, Kühner S et al. Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. DRV-Schriften 2002; 32: 182
- 2 Süß H-M. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 1995; 46: 248–266
- 3 Zobel M, Missel P, Bachmeier R et al. Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 2005; 2: 5–15
- 4 Müller-Fahrnow W, Löffler H, Schuntermann M et al. Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik. Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: „Die sozialmedizinische Prognose“. Hg. Deutsche Rentenversicherung. 1998; Vol. 3
- 5 Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht 2000; 46: 88–176
- 6 Koch U, Lehmann C, Morfeld M. Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitation in Deutschland. Rehabilitation 2007; 46: 127–144
- 7 Janke W, Erdmann G, Boucsein W. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Handanweisung. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe; 1985
- 8 Beck A, Ward C, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571
- 9 Franke GH. SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test; 1995
- 10 Lindenmeyer J, Brandes C. Deutsche Version des Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige (DTCA). Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES) Version 1.00 2001
- 11 Ullrich de Muynck. Unsicherheitsfragebogen 1977
- 12 Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988
- 13 Hautzinger M, Bailer M, Worall H et al. Beck-Depressionsinventar (BDI). Testhandbuch. Bern Göttingen Toronto: Hans Huber; 1994
- 14 Lindenmeyer J, Florin I. Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). Verhaltenstherapie 1998; 8: 26–36
- 15 Driessen M, Meier S, Hill A et al. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. Alcohol Alcohol 2001; 36: 249–255
- 16 Krohn L. Vergleich von tagesklinischer und stationärer Alkoholentwöhnung. Saarbrücken: Vdm-Verlag; 2008
- 17 Neubauer F, Schwoon D, Gemeinhardt B et al. Zur Komorbidität von Sucht und Angst: Ein Vergleich der Psychopathologie bei Alkoholabhängigen mit und ohne Angststörung. Suchttherapie 2007; 8: 67–73
- 18 Rist F. Therapiestudien mit Alkoholabhängigen. Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie 1996; 243–254
- 19 Schneider S, Brenner R, Funke W et al. Abstinenzzuversicht und ihre Bedeutung für Therapieplanung und Prognose bei alkoholabhängigen Therapiewiederholern. Suchttherapie 2002; 3: 29–34
- 20 Spyra K, Möllmann C, Müller-Fahrnow W. Bedarfs- und leistungsbezogene Fallgruppenbildung in der stationären Suchtrehabilitation – das Konzept der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKS). Sucht Aktuell 2007; 1: 35–40