

Prognosefaktoren für die Behandlung alkoholkranker Frauen

Resultate einer Evaluation der Heilstätte Wysshölzli

Doris Bühler, Soziologisches Institut, Universität Zürich, Wiesenstrasse 9, CH-8008 Zürich

1. Einleitung

Evaluationsforschung in therapeutischen Institutionen kann mit zweierlei Zielsetzungen betrieben werden. Zum einen kann ein sehr eingeschränktes Interesse verfolgt werden, das wir als vorwiegend legitimierendes Ausweisen einer Erfolgsquote von seiten der untersuchten Institutionen bezeichnen können und als blosser Effektivitätsbeurteilung von seiten des Forschers. Sie kann aber auch mit dem zusätzlichen und weitergehenden Interesse betrieben werden, eine Handlungshilfe für die weitere Gestaltung der untersuchten Institution sowie Anhaltspunkte für die Indiziertheit dieser Behandlung zu erhalten. In diesem Fall darf sich die Forschung nicht auf die blosser Errechnung einer Durchschnittserfolgsquote beschränken. Sie muss dann zusätzlich möglichst detailliert Bedingungen des Erfolgs bzw. Misserfolgs festzustellen versuchen. Solche Angaben können aus der Abklärung unterschiedlicher Erfolgsraten bei je unterschiedlicher Behandlungsgestaltung gewonnen werden und aus der Abklärung unterschiedlicher Erfolgsraten bei Patienten mit verschiedenen Merkmalen und unterschiedlicher Aussensituation.

Der vorliegende Artikel wird sich auf die Präsentation von Zusammenhängen zwischen Erfolg und Merkmalen der Patienten und ihrer Aussensituation beschränken. Dabei könnten unterschiedliche Erfolgschancen bestimmter Patientengruppen zunächst auf zwei Arten interpretiert werden. Es könnte sowohl angenommen werden, dass die untersuchte Behandlung auf die erfolgreichere Gruppe besser zugeschnitten ist wie auch dass die erfolgreichere Gruppe unabhängig von der angebotenen Behandlung als die prognostisch günstigere zu beurteilen ist. Eine Entscheidung zugunsten der einen oder anderen Interpretation könnten allenfalls vergleichende Untersuchungen in verschiedenen Behandlungseinrichtungen ergeben. Solche Vergleichsdaten konnten durch die hier präsentierte Untersuchung nicht erhoben werden. Resultate anderer Untersuchungen lassen aber gewisse Rückschlüsse zu und sollen deshalb hier vergleichend mit den Resultaten unserer Untersuchung diskutiert werden. Aufgrund des weitgehenden Fehlens detaillierter Untersuchungen in andern Ländern und speziell in der Schweiz wird dieser Vergleich vorwiegend amerikanische und englische Untersuchungen berücksichtigen. Vorrangig interessieren bei einem solchen Vergleich die Abweichungen dieser Untersuchungsergebnisse von den durch unser Projekt gefundenen. Solche Abweichungen machen auf Besonderheiten der untersuchten Behandlung aufmerksam. Da bisher auch in der

Schweiz die gängigen Annahmen über prognostische Günstigkeit bei der Behandlung Suchtkranker auf den Resultaten der hier vergleichsweise zitierten Untersuchungen basierten, werden die Abweichungen zusätzlich auch zeigen, wie problematisch eine solche Abstützung ist und wie teilweise weit entfernt von der Realität die daraus resultierenden Annahmen zumindest für die Heilstätte Wysshölzli sind. Weniger aufschlussreich sind dagegen Übereinstimmungen zwischen den Resultaten dieser Untersuchung und den übrigen Projekten, denn auch ein durchgängig besseres Abschneiden einer bestimmten Patientengruppe kann nicht mit letzter Sicherheit als eine unabhängig von der Art der Behandlung höhere prognostische Günstigkeit dieser Gruppe interpretiert werden. Es ist nämlich anzunehmen, dass den meisten Behandlungsprogrammen ein gewisses Ausmass an Gemeinsamkeit eigen ist, das zumindest teilweise für die übereinstimmend höheren Erfolgsraten bestimmter Patienten verantwortlich sein könnte.

2. Die untersuchte Institution

Die Heilstätte Wysshölzli für alkohol- und suchtkranke Frauen bietet Kuren zwischen 6 und 12 Monaten an. Am häufigsten wurde in der Periode, auf die sich die Untersuchung erstreckt, eine Kurzeit zwischen 6 und 9 Monaten absolviert. Die Belegung liegt in der Regel bei rund 20 Patientinnen. Therapeutische Schwerpunkte werden auf die Betreuung durch Sozialarbeiter und auf Ergotherapie gelegt. Weiter finden wöchentlich Gruppen- und Musiktherapie sowie Hausversammlungen statt. Halbjährlich nehmen die zur Kur anwesenden Patientinnen zusätzlich an einer sogenannten «Therapiewoche» teil, in der die Patientinnen in kleinen Gruppen zusammen mit den therapeutischen und übrigen Mitarbeitern leben und in der täglich Gruppentherapie abgehalten wird. Das Therapieangebot entspricht damit weitgehend dem der übrigen schweizerischen Heilstätten.

3. Die Untersuchungsanlage

Zielpopulation der Untersuchung waren alle Patientinnen der Heilstätte Wysshölzli, die nach dem September 1971 in die Heilstätte eingetreten und mindestens 4 Monate vor der Befragung, die im Januar 1979 begann, ausgetreten waren. Dabei wurden sowohl Patientinnen miteinbezogen, die eine oder mehrere Kuren vollendet hatten, wie auch solche, die ihre Kur vorzeitig abgebrochen hatten. Die Datenerhebung gliedert sich auf in eine Erhebung für die Zeit vor der Kur und eine Erhebung für die Zeit nach der Kur.

Durch das Vorliegen von Daten zu zwei Zeitpunkten ist die notwendige Vergleichsmöglichkeit gegeben, um überhaupt Aussagen über den Erfolg machen zu können, da von Erfolg nur dann gesprochen werden kann, wenn eine Verbesserung in Relation zu einem ebenfalls bekannten Vergleichszustand vorliegt. Dieses Verfahren wird in der methodologischen Literatur als Evaluation über den «Patienten als seine eigene Kontrolle» bezeichnet (Hill und Blane [5]), da als Kontrolle ein Vergleichszustand eben dieses Patienten herbeigezogen wird und nicht zum Beispiel der Zustand einer nicht behandelten Vergleichsgruppe.

Für die Zeit vor der Kur wurden die Daten für die gesamte Zielpopulation von insgesamt 218 Patientinnen durch eine systematische Auswertung der vorliegenden Akten und Krankheitsgeschichten erhoben. Diese Unterlagen wurden vor allem auf Angaben zu den folgenden Bereichen ausgewertet: Herkunftsfamilie und Sozialisationsbedingungen, Partnerbeziehungen und Eigenfamilie, Verlauf der Suchtkrankheit und psychische Krankheit, soziale Stabilität und soziale Abweichung sowie Bildung und Berufsgeschichte.

Die Datenerhebung für die Zeit nach der Kur geschah über eine Befragung anhand eines dazu entwickelten Fragebogens, bestehend aus geschlossenen und offenen Fragen. Zur Befragung wurden eigens dafür rekrutierte und eingeschulte Interviewerinnen eingesetzt. Es ist wichtig zu erwähnen, dass kein Interview durch ehemalige Therapeuten der Patientinnen oder Mitarbeiter der Heilstätte durchgeführt wurde, um so eine höhere Objektivität der Untersuchung zu garantieren. Ebenso wurden auch keine einzelnen Fragebogen oder namentliche Angaben daraus der Heilstätte bekannt gegeben, und dies wurde den ehemaligen Patientinnen auch zugesichert. Von der ursprünglichen Zielpopulation konnten 64% erreicht werden, nämlich 140 Patientinnen. Berechnet auf die noch lebenden und in der Schweiz wohnhaften Patientinnen waren dies 72% der noch durch eine Befragung erfassbaren Patientinnen. Nebst den Todesfällen (7% der Zielpopulation) sind der Wegzug ins Ausland und Befragungsverweigerung als Ausfallgründe zu erwähnen. In Anbetracht der langen Zeitspanne, die der Evaluation unterworfen wurde, darf diese Ausschöpfung als befriedigend bezeichnet werden. Trotzdem wurde durch Einbeziehen der Angaben von Drittinstanzen überprüft, ob es sich bei der erfassten Gruppe um eine positive Selektion handelt. Ebenso wurde auch die Reliabilität der Angaben zum Suchtmittelkonsum durch Korrelation der Eigenangaben der Probanden mit Angaben von Drittinstanzen überprüft. In den folgenden Ausführungen wird die Stärke des Zusammenhangs zwischen verschiedenen Variablen jeweils mit dem Assoziationsmass Gamma ausgedrückt. Dieses Mass kann Werte zwischen 0,0 und 1,0 (bzw. -1,0) annehmen. Seine Verwendung bei der Auswertung der vorliegenden Daten ist angezeigt, da es bei nominalen, ordinalen wie auch Intervalldaten verwendet werden kann (vgl. dazu Mueller et. al. [7]).

4. Die Untersuchungsergebnisse

Bevor auf den Einfluss einzelner Patientenmerkmale eingegangen wird, sollen kurz die Raten des insgesamt erreichten Behandlungserfolgs präsentiert werden. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass ein Teil der Patientinnen nach der Kur gar nicht mehr oder nur noch in geringem Umfang Alkohol und Medikamente konsumiert. In Zahlen ausgedrückt sind es 22,9% der befragten ehemaligen Patientinnen, die nach Kurabschluss keinen Alkohol und nur noch ärztlich verordnete Medikamente konsumieren. Weitere 7,9% geben nur mässigen Konsum an, und 7,1% waren nur in einer Phase ihrer Nachkurzeit rückfällig¹. Diese Erfolgsrate entspricht in der Grössenordnung den Raten, die durch andere Evaluationsprojekte auch festgestellt wurden (vgl. z.B. Costello [3], und Bakeland [1]). Auch Einweisungen in psychiatrische Kliniken sind nach der Behandlung seltener, und dies auch, wenn wir zum Beispiel nur Patientinnen berücksichtigen, die bereits seit einigen Jahren aus der Heilstätte entlassen sind. Dagegen kann keine nachweisbar erhöhte soziale Stabilität und Anpassung nach der Kur im Vergleich zum Vorkurzstatus festgestellt werden. Das heisst, die Patientinnen sind nach der Kur nicht seltener als vorher behördlichen Massnahmen unterstellt, sie sind nur unwesentlich stabiler in ihrer Berufsausübung und sie leben eher noch häufiger als vor der Kur ohne einen festen Partner.

Die Rate von Rückfällen in den Suchtmittelmissbrauch nimmt ein Jahr nach dem Austritt nur noch geringfügig zu. Detailliertere Abklärungen ergaben, dass Patientinnen, die rückfällig werden, dies meist bereits in den ersten 6 Monaten nach Kurabschluss werden und es dann in der Regel auch immer wieder werden. Patientinnen, die dagegen im ersten Jahr nach Kuraustritt nicht rückfällig werden, werden dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auch später nicht. Auf diese Befunde soll bei der abschliessenden Interpretation von Erfolgs- bzw. Misserfolgsursachen noch einmal eingegangen werden.

Wenn wir in der Folge Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und Erfolg darstellen, so wird als Erfolgsdimension einzig der Suchtmittelkonsum besprochen. Dies einerseits, weil auf dieser Dimension der deutlichste Erfolg festgestellt werden kann, andererseits widmen auch andere Evaluationsprojekte von Suchtbehandlung dieser Dimension ihre grösste oder einzige Aufmerksamkeit, so dass am ehesten Vergleichsergebnisse vorliegen.

¹ Die Reliabilität dieser Angaben erwies sich als hoch, die Abweichungen zwischen Eigenangaben der befragten Ehemaligen und Angaben von Drittinstanzen liegen unter 4%. Die Abklärung zur Generalisierbarkeit der für die befragte Gruppe vorliegenden Befunde auf die Ehemaligen insgesamt ergab dagegen, dass es sich bei den Befragten um eine eindeutig positive Selektion handelt. Genaue Schätzungen über die Rückfälligkeit bei den nicht Befragten können keine gemacht werden, diese Rate ist jedoch mit Sicherheit höher.

4.1. Alter, soziale Merkmale und Erfolg

Table 1 hält den Anteil der nicht rückfälligen Patientinnen für die einzelnen Alters-, Zivilstands-, Bildungs- und Berufskategorien fest. Wie die Tabelle zeigt, sind die Erfolgchancen höher bei Patientinnen, die bei Kurantritt älter sind, die verheiratet sind und die eine geringere Bildung und schlechtere berufliche Qualifikation haben.

Alter (bei Kurantritt) (Gamma* = 0,28)			
20–29 J	30–39 J	40–49 J	50 J und mehr
24,0% (100% = 25)	25,0% (100% = 40)	31,9% (100% = 47)	50,0% (100% = 24)
Zivilstand (Gamma = 0,47)			
verheiratet		ledig, geschieden, getrennt, verwitwet	
46,7% (100% = 45)		24,2% (100% = 91)	
Bildung (Gamma = 0,37)			
Sekundarschule ohne Lehre oder Primarschule mit oder ohne Lehre		Sekundarschule mit Lehre oder Mittelschule	
35,3% (100% = 102)		20,0% (100% = 30)	
Beruf (Gamma = 0,25)			
Keine Qualifikationserfordernisse (z. B. Küchenmädchen, ungelernete Arbeiterin)		Geringe bis höhere Qualifikationserfordernisse (z. B. angelehrte Arbeiterin, Verkäuferin, Bürohilfe)	
35,0% (100% = 40)		24,4% (100% = 82)	

Zum Assoziationsmass Gamma siehe Abschnitt 3. Auf die Abbildung von Signifikanzwerten wird verzichtet, da es sich um eine Vollerhebung handelt.

Tab. 1. Erfolgsrate nach Alter und sozialen Merkmalen

4.2 Dauer und Schwere der Krankheit und Erfolg

Untersuchen wir die Variablen, die Dauer und Schwere der Krankheit vor dem Behandlungsantritt erfassen, so stellen wir fest, dass sie nur zum kleinsten Teil eine Beziehung zum Erfolg zeigen (Tab. 2). Einen deutlichen Zusammenhang zeigen einzig die konsumierten Suchtmittel. Patientinnen mit zusätzlichem oder alleinigem Medikamentenabusus weisen eine deutlich schlechtere Erfolgsrate auf als die Patientinnen mit alleinigem Alkoholabusus. Eine schwache Beziehung zeigt weiter noch das Alter bei Beginn des Suchtmittelmissbrauchs. Frauen, die erst nach 30 Jahren mit dem Abusus begonnen haben, haben eine etwas höhere Erfolgsrate.

Missbrauchsdauer (Gamma = 0,03)		
1–6 Jahre	7–15 Jahre	31 Jahre und mehr
32,3% (100% = 31)	30,9% (100% = 81)	31,5% (100% = 22)
Alter bei Missbrauchsbeginn (Gamma = 0,19)		
13–20 Jahre	21–30 Jahre	31 Jahre und mehr
28,0% (100% = 25)	25,9% (100% = 54)	38,2% (100% = 55)
Somatische Schädigung durch Sucht (Gamma = 0,14)		
nein		ja
36,1% (100% = 36)		30,0% (100% = 100)
Anzahl Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken (Gamma = 0,11)		
nie	1–4mal	5mal und mehr
31,6% (100% = 38)	38,6% (100% = 44)	25,9% (100% = 54)
Konsumierte Suchtmittel (Gamma = 0,30)		
nur Alkohol		Alkohol und Medikamente (oder nur Medikamente)
37,8% (100% = 74)		24,6% (100% = 61)
Diagnostizierte Schizophrenie, Psychopathie, hirnorganische Krankheit (Gamma = 0,04)		
nein		ja
32,2% (100% = 90)		30,4% (100% = 46)
Diagnostizierte Neurose, Depression (Gamma = 0,04)		
nein		ja
32,7% (100% = 55)		30,9% (100% = 81)

Tab. 2. Erfolgsrate nach Dauer und Schwere der Krankheit

4.3 Soziale Stabilität und soziale Abweichung und Erfolg

Die Zahlen in Tabelle 3 zeigen, dass Patientinnen, die vor der Kur sozial auffällig geworden sind und behördlich erfasst wurden oder sogar mit behördlichen Massnahmen belegt wurden, eine deutlich geringere Erfolgsrate aufweisen. Eine deutliche Beziehung zum Therapieerfolg zeigt auch die berufliche Bewährung vor der Kur.

Vorstrafen		(Gamma = 0,37)
nein	ja	
33,9 % (100 % = 115)	19,0 % (100 % = 21)	
Verschuldung		(Gamma = 0,41)
nein	ja	
38,5 % (100 % = 65)	20,6 % (100 % = 34)	
Erfassung durch Behörden		(Gamma = 0,42)
nein	ja	
41,5 % (100 % = 65)	22,5 % (100 % = 71)	
Bevormundung		(Gamma = 0,43)
nein	ja	
34,8 % (100 % = 112)	17,4 % (100 % = 23)	
Entzug der elterlichen Gewalt*		(Gamma = 0,73)
nein	ja	
50,0 % (100 % = 36)	13,5 % (100 % = 37)	
Entlassung am Arbeitsplatz (im Zeitraum von 2 Jahren vor der Kur**)		Gamma = 0,43
nein	ja	
40,6 % (100 % = 69)	21,8 % (100 % = 55)	
Stabile Berufsausübung (nicht mehr als einmal gewechselt und mind. 20 Arbeitsmonate im Zeitraum von 2 Jahren vor der Kur)		(Gamma = 0,25)
ja	nein	
32,4 % (100 % = 37)	22,2 % (100 % = 63)	

* Nur Patientinnen mit minderjährigen Kindern
** Nur Berufstätige

Tab. 3. Erfolgsrate nach sozialer Stabilität und Abweichung

4.4 Kurantrittsbedingungen und Erfolg

Die Behandlungsbereitschaft der Patientinnen bei Kurantritt zeigt eine deutliche Beziehung zum Erfolg der Behandlung (Tab. 4). Dagegen spielt die behördliche Anordnung eine geringe Rolle. Letzteres muss wohl damit erklärt werden, dass ein nicht behördlich angeordneter Kureintritt nicht gleichzusetzen ist mit einem freiwilligen Entschluss der Patientin. So kann trotz Fehlens einer expliziten behördlichen Anordnung ein recht hohes Ausmass behördlichen Drucks hinter dem Eintritt stehen, etwa in Form einer Bevormundungsandrohung oder einer Androhung des elter-

Behandlungsbereitschaft			(Gamma = 0,38)
vorhanden	teilweise	nicht vorhanden	
37,5 % (100 % = 48)	27,4 % (100 % = 51)	12,0 % (100 % = 25)	
Kuranordnung			(Gamma = 0,17)
nicht durch Behörden angeordnet	behördlich angeordnet oder durch Behörden nachträglich «zur Kenntnis genommen»*		
34,6 % (100 % = 81)	27,3 % (100 % = 55)		

* Das heisst, die Kur darf nicht ohne Information der Behörden abgebrochen werden.

Tab. 4. Erfolgsrate nach Kurantrittsbedingungen

lichen Gewaltentzugs. Ferner liegt auch häufig ein familiärer Druck vor, zum Beispiel eine Scheidungsandrohung des Ehemannes.

4.5 Situation nach der Kur und Erfolg

Als letzte Variablen-Gruppe sollen die Variablen der Situation nach der Kur in ihrem Zusammenhang zum Erfolg gezeigt werden. Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, spielt wiederum der Zivilstand nach Kurabschluss eine wesentliche Rolle. Verheiratete Frauen haben höhere Erfolgchancen als unverheiratete. Verheiratet zu sein bedeutet zum einen, nicht allein zu leben, und zum zweiten bedeutet es für Frauen auch, nicht allein für ihren Lebensunterhalt sorgen zu müssen. Untersuchen wir diese beiden Aspekte bei den unverheirateten Frauen eingehender, so sehen wir, dass auch hier diejenigen, die nicht allein leben, eine höhere Erfolgsrate aufweisen. Weiter finden wir eine tiefere Rate Erfolgreicher bei unverheirateten Frauen, die durch eine volle Berufstätigkeit für ihren Lebensunterhalt aufkommen als bei den Teilzeitbeschäftigten. Die Erfolgsrate ist allerdings noch kleiner bei unverheirateten Frauen, die gar nicht arbeiten. In dieser Gruppe befinden sich aber vor allem Frauen, die aufgrund ihrer psychischen und physischen Verfassung nicht mehr in der Lage sind, eine Berufstätigkeit auszuüben; die fehlende Berufstätigkeit ist also hier eher als Folge denn als Ursache von Rückfälligkeit zu sehen. Dagegen zeigt die Berufstätigkeit bei verheirateten Frauen, wo sie also weniger der Existenzsicherung dient, auch wenn sie eine vollzeitliche ist, einen positiven Zusammenhang zum Erfolg.

Eine eher geringe Rolle spielt das Trinkverhalten der Freunde und Bekannten. Was das Trinkverhalten des engsten Partners betrifft, so stellen wir fest, dass die Chancen zwar schlechter sind, wenn der Partner stark trinkt, dass sie aber auch dann noch besser sind als bei Frauen, die keinen engen Partner haben. Einen deutlichen Zusammenhang zeigen weiter die Verhaltenserwartungen des Partners bezüglich dem Trinken der ehemaligen Patientin. Am weitaus günstigsten ist hier

Zivilstand (nach Kuraustritt) (Gamma = 0,40)				
verheiratet	ledig, geschieden, verwitwet			
45,0 % (100 % = 40)	26,0 % (100 % = 96)			
Nur für Unverheiratete: Wohnpartner (Gamma = 0,51)				
vorhanden	nicht vorhanden			
37,0 % (100 % = 46)	16,0 % (100 % = 50)			
Nur für Unverheiratete: Ausmass der Berufstätigkeit (Gamma = 0,19)				
gar nicht	30–50 %	70–100 %		
17,9 % (100 % = 39)	42,9 % (100 % = 14)	27,9 % (100 % = 43)		
Nur für Verheiratete: Ausmass der Berufstätigkeit (Gamma = 0,53)				
gar nicht	30–50 %	70–100 %		
28,6 % (100 % = 21)	62,5 % (100 % = 8)	63,6 % (100 % = 11)		
Trinken der Freunde (Gamma = 0,20)				
keine, die stark trinken	einige oder viele, die stark trinken			
33,3 % (100 % = 124)	25,0 % (100 % = 40)			
Trinken des engsten Partners (Gamma = 0,31)				
abstinent	trinkt wenig	trinkt normal	trinkt viel	kein enger Partner
44,4 % (100 % = 27)	36,7 % (100 % = 30)	29,3 % (100 % = 41)	26,7 % (100 % = 15)	14,3 % (100 % = 21)
Verhaltenserwartungen nahestehender Personen (Gamma = 0,39)				
Pat. soll ab und zu ein Glas trinken	Pat. soll ab- stinent sein	keine Verhaltens- vorschriften		
22,2 % (100 % = 36)	31,3 % (100 % = 64)	54,2 % (100 % = 24)		
Nachbetreuung unmittelbar nach Kurabschluss (Gamma = 0,24)				
ja	nein			
35,4 % (100 % = 79)	25,0 % (100 % = 56)			
Nachbetreuung im Zeitpunkt der Befragung (Gamma = 0,03)				
ja	nein			
31,3 % (100 % = 74)	32,3 % (100 % = 62)			
Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Abstinenzvereinen (Gamma = 0,08)				
ja	nein			
34,4 % (100 % = 32)	31,1 % (100 % = 103)			

Tab. 5. Erfolgsrate nach Situation nach der Kur

eine Situation, in der der Partner keine solchen Verhaltenserwartungen äussert.

Der Besuch einer weitergehenden Behandlung nach der Kur zeigt nur einen schwachen Zusammenhang zum Erfolg. Patientinnen, die auch unmittelbar nach dem Austritt keine solche Nachbetreuung besuchen, haben eine etwas schlechtere Erfolgschance, wobei anzunehmen ist, dass es sich hier um eine Selektion wenig motivierter Patientinnen handelt. Dagegen zeigt der Besuch einer Nachbetreuung im Zeitpunkt der Befragung keinen Erfolgsszusammenhang. Ebenfalls keinen Erfolgsszusammenhang zeigt auch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und dem Angebot von Abstinenzvereinen.

5. Diskussion der Resultate und Vergleich mit andern Untersuchungen

Die relevantesten prognostischen Faktoren aus der Vorgeschichte der Patientin sind der Zivilstand, die soziale Stabilität und Anpasstheit, die Bildung und die Art der konsumierten Suchtmittel. Weiter zeigt die Behandlungsbereitschaft beim Kurantritt einen starken Zusammenhang zum Erfolg. Für die Zeit nach der Kur erweisen sich wiederum der Zivilstand und das Vorhandensein eines Wohnpartners als wesentliche Erfolgsbedingungen. Untersuchen wir durch multivariate Tabellenanalyse die gemeinsame Wirkung dieser Faktoren auf den Erfolg, so zeigt sich fast durchgängig eine additive Erfolgswirkung, das heisst, der Erfolg ist am grössten, wenn mehrere der oben erwähnten günstigen Ausprägungen dieser Erfolgsfaktoren zusammentreffen, und er ist analog am geringsten beim Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Ausprägungen. Keine der festgestellten Erfolgsbeziehungen wird durch die zusätzliche Berücksichtigung eines der weiteren Faktoren aufgehoben. Es handelt sich damit also nicht um Scheinkorrelationen².

Versuchen wir die Erfolgsbedingungen, wie sie durch diese Faktoren geschaffen werden, zu charakterisieren, so können wir einerseits festhalten, dass sie eine höhere Stabilität der Patientin beinhalten, und zwar sowohl im Sinne einer allgemeinen sozialen Stabilität wie auch speziell einer Stabilität in der Partnerschaft. Zum zweiten stellt sich aber dank dieser frühern Stabilität auch die Nachkursituation anders bei den Ehemaligen mit den erwähnten günstigen Merkmalen. Diese Situation beinhaltet keine sozialen Schwierigkeiten im Sinne von Verschuldung, Auseinandersetzung

² Die multivariaten Beziehungen sollen der Einfachheit und Kürze der Darstellung halber nicht im einzelnen dargestellt werden. Folgende Beziehungen wurden durch Einbezug einer weiteren Variable modifiziert:

- Die Behandlungsbereitschaft und der Zivilstand erhöhen den Erfolg nur bei ältern Patientinnen (über 40jährigen). Bei jüngern Patientinnen bleibt der Erfolg auch bei Vorhandensein dieser beiden günstigen Faktoren tief.
 - Zivilstand und Alter erhöhen den Erfolg nur bei vorhandener Behandlungsbereitschaft. Bei fehlender Behandlungsbereitschaft bleibt der Erfolg auch bei verheirateten und ältern Patientinnen tief.
- Alle übrigen multivariaten Wirkungen sind wie erwähnt additiv.

mit Behörden und ähnlichen durch soziale Instabilität verursachten Problemen. Die prognostisch günstige Patientin ist damit in der Zeit nach der Kur geringern Anforderungen ausgesetzt als die prognostisch ungünstige Patientin. Sie ist es zusätzlich auch deshalb, weil sie in einer festen Partnerbeziehung lebt und nicht allein für ihren Lebensunterhalt aufkommen muss. Im Hinblick auf das Ausmass an Anforderungen, mit dem sich die ehemalige Patientin konfrontiert sieht, können wir nun auch die günstige Wirkung der geringern Bildung und der geringern beruflichen Qualifikation sowie des höhern Alters interpretieren. Wir können annehmen, dass die Anforderungen in qualifizierteren Berufen objektiv höher sind als in einfacheren Berufen, und zwar sowohl hinsichtlich der Biografie der Bewerberin wie auch hinsichtlich ihrer Arbeitsleistungen. Zum ändern können wir aber auch annehmen, dass die Frauen mit besserer Bildung höhere Anforderungen an sich selber stellen, und zwar nicht nur hinsichtlich beruflicher Leistung. Bereits die Tatsache, dass sie eine höhere Bildung absolviert haben, kann als Ausdruck höherer Leistungsmotivation interpretiert werden. Zur prognostisch günstigen Wirkung des höhern Alters können wir im Rahmen dieses Interpretationsschemas annehmen, dass jüngere Frauen in der Nachkurzeit in höherem Masse versuchen, gewisse Ziele zu erreichen, sei dies nun der Aufbau einer Partnerschaft bzw. die befriedigendere Gestaltung der ehelichen Beziehung oder seien es berufliche Ziele oder beides. Das Anstreben solcher Ziele und vor allem auch ihr Nichterreichen stellen Belastungen dar, denen ältere Patientinnen nicht mehr in dem Masse ausgesetzt sind und denen auch Patientinnen, die sich aufgrund ihrer schlechten Ausbildung gar keine beruflichen Ziele setzen können, weniger ausgesetzt sind. Als Erfolgsbedingung könnten wir somit eine Situation bezeichnen, die in geringem Masse Anforderungen beinhaltet, seien dies nun von aussen gesetzte Anforderungen oder selber gesetzte Ansprüche.

Eine solche Interpretation hat selbstverständlich nur den Stellenwert einer Hypothese. Diese Hypothese kann nun aber durch weitere Untersuchungsergebnisse gestützt werden. Zu erwähnen sind hier in erster Linie die bereits zitierten Resultate über die Wirksamkeit der Behandlung im Hinblick auf eine erhöhte Anpassung und Stabilität. Diese haben gezeigt, dass in diesem Bereich keine nachweisbaren Behandlungserfolge erzielt werden. Die Tatsache, dass es also nicht gelingt, eine höhere soziale Kompetenz zu vermitteln, stützt nun unsere Interpretation, dass Erfolg nur dann möglich ist, wenn die spätere soziale Situation der Patientin eine solche Kompetenz nicht zu stark beansprucht und eine gewisse Stabilität auch bereits von seiten der Patientin vorhanden ist. Die ausgeführte Hypothese kann weiter auch abgestützt werden durch die Befunde zum Zeitpunkt der ersten Rückfälligkeit, die gezeigt haben, dass Patientinnen, die rückfällig werden, dies meist sehr rasch nach dem Austritt aus der Behandlung werden. Sie werden damit zum erstenmal in einer Periode rückfällig, die als besonders

anspruchsvoll im Hinblick auf Bewährung und Durchsetzung in der Aussenwelt bezeichnet werden kann.

Für den folgenden Vergleich mit Resultaten anderer Untersuchungen verweisen wir auf die Übersichtsartikel von *Bakeland* [1], *Ewing* [4], und *May* und *Kuller* [6], in denen die hauptsächlichlichen Befunde der neuern Evaluationsforschung zur Suchtbehandlung festgehalten sind. Insgesamt stützen sich diese Artikel auf weit über 100 Untersuchungen, in denen verschiedene Arten der Suchtbehandlung evaluiert wurden, von verschiedenen Methoden ambulanter Behandlung bis zur stationären Behandlung mit wiederum unterschiedlicher und unterschiedlich intensiver Therapieausrichtung. Angesichts der Vielfalt untersuchter Behandlungsmethoden ist es um so erstaunlicher, dass sie überwiegend zu übereinstimmenden Befunden hinsichtlich prognostischer Günstigkeit führten, die von den Resultaten unserer Untersuchung abweichen. So stellen andere Projekte fast durchgängig einen positiven Einfluss höherer Bildung und höherer beruflicher Qualifikation fest. Dies konnte durch das vorliegende Projekt nicht nur nicht bestätigt werden, sondern es wurde sogar ein deutlich negativer Zusammenhang festgestellt. Ebenso zeigen die ändern Untersuchungen deutliche Zusammenhänge zwischen der Dauer der Suchtkrankheit und der Schwere der Erkrankung, wie sie sich zum Beispiel in der Anzahl vorgängiger Hospitalisationen und in den somatischen Folgeschäden äussert. Auch diese Befunde konnten durch das vorliegende Projekt nicht bestätigt werden. Dasselbe gilt für den ändernorts wiederholt festgestellten negativen Einfluss von Schizophrenie und Psychopathie³. Verbreitet ist auch die Annahme, dass bei jüngern Alkoholikern bessere Erfolgsraten zu erzielen seien. Diese Annahme hält sich, obwohl die verschiedenen Untersuchungen dazu widersprüchliche Resultate geliefert haben. Unsere Resultate zeigen nun, dass für die von uns untersuchte Behandlung die besten Voraussetzungen sogar bei über 50jährigen Patientinnen liegen und dies auch bei Kontrolle weiterer Faktoren. Dagegen befinden sich unsere Ergebnisse zur prognostischen Bedeutung des Zivilstands, der sozialen Stabilität und der Behandlungsbereitschaft in Übereinstimmung mit den Resultaten anderer Untersuchungen und auch mit den gängigen Annahmen, wie sie etwa *Wieser* [8] zitiert. Auch unsere Resultate zum Zeitpunkt der ersten Rückfälligkeit und zur hohen Vorhersagbarkeit des längerfristigen Verlaufs aus dem Zustand, wie er ein Jahr nach Behandlungsaustritt vorliegt, werden durch andere Untersuchungen bestätigt. Auch letzteres steht im Widerspruch zu einem häufig vertretenen Standpunkt, nämlich dass sinnvolle Evaluationen erst fünf Jahre nach Behandlungsaustritt vorgenommen werden könnten.

Haben wir bereits bei der Diskussion der durch unser Projekt festgestellten erfolgsgünstigen Faktoren

³ Das vorliegende Projekt stützt sich bei der Untersuchung dieser Zusammenhänge auf die vorgängig in psychiatrischen Kliniken vorgenommenen Diagnosen.

auf die Bedeutung der sozialen Situation hingewiesen, so können wir nun nach dieser Präsentation von Vergleichsergebnissen festhalten, dass diese soziale Situation für die Behandlung in der Heilstätte Wysshölzli auch eine stärkere Bedeutung hat, als dies bei andern Behandlungseinrichtungen festgestellt werden konnte. Diese Bedeutung ist so dominierend, dass andere Faktoren, die sich in vergleichbaren Untersuchungen allgemein als prognostisch relevant erwiesen haben, wie etwa Dauer der Suchtkrankheit, somatische Folgeschäden oder psychische Störungen, keine Rolle spielen. Die in unserem Projekt als günstig ermittelte soziale Situation unterscheidet sich zum Teil von derjenigen, die sich in andern Projekten als erfolversprechend erwies. Sind es in den andern Projekten die Patienten, die durch Ausbildung, berufliche Qualifikation und vorgängige soziale Stabilität am besten für eine soziale Bewährung ausgerüstet sind, die nun auch den höchsten Erfolg zeigen, so stimmen in unserem Projekt nur die Resultate hinsichtlich sozialer Stabilität mit diesen Befunden überein. Als erfolgsbegünstigend für die durch unser Projekt evaluierte Behandlung haben wir eine Situation bezeichnet, die sich durch geringe Anforderungen an die soziale Kompetenz der Patientin auszeichnet.

Eine eindeutige Erklärung, weshalb in unserem Projekt teilweise andere Prognosekriterien ermittelt wurden, ist bei dem aktuellen Wissensstand nicht möglich. Immerhin können wir einige Vermutungen formulieren. Wir können zum Beispiel annehmen, dass eine langfristige stationäre Behandlung, wie wir sie evaluiert haben, die Orientierungsschwierigkeiten in der Aussenwelt nicht verkleinert, zum Teil vielleicht sogar erhöht, so dass dann das Ausmass an verlangter sozialer Bewährung zum eigentlichen Rückfallkriterium wird. Ebenso können wir auch auf die mangelhafte Nachbetreuung aufmerksam machen, deren Aufgabe es wäre, diese Orientierung in der Aussenwelt zu erleichtern. Diese Nachbetreuung wird zumeist durch Alkoholfürsorger durchgeführt, von denen – wie eine Befragung ergab (Bühler [2]) – nur sehr wenige in der Lage sind, mit zumindest einem kleinen Teil ihrer Klienten einen regelmässigen Kontakt zu unterhalten. Weiter muss aber auch erwähnt werden, dass die meisten Vergleichsprojekte zum grössten Teil oder sogar ausschliesslich männliche Patienten erfassen, für die sich die Probleme unter Umständen anders stellen. Es ist denkbar, dass sich jüngere, alleinstehende Frauen, die in qualifizierteren Berufen arbeiten, in einer besonders belastenden Situation befinden, so dass dann andere Faktoren kaum mehr eine Rolle spielen. Umgekehrt präsentiert sich wahrscheinlich die Situation für ältere und verheiratete Frauen besonders einfach, da nicht nur die Probleme der Existenzsicherung wegfallen, sondern beispielsweise aufgrund des Alters auch Probleme der Kindererziehung. Es ist denkbar, dass in einer Situation, die in dieser Art anspruchslos ist, auch bei fortgeschrittener Krankheit und ungünstigen persönlichen Voraussetzungen ein Erfolg leichter zu erzielen ist⁴.

Die hier aufgezeigten Interpretationsprobleme machen darauf aufmerksam, dass weitere gründliche Untersuchungen über den Erfolg von Behandlungseinrichtungen unerlässlich sind, wenn zuverlässige Schlussfolgerungen gezogen werden sollen. Notwendig wären insbesondere Untersuchungen in der Schweiz, um vermehrten Aufschluss über spezielle Probleme der Nachbetreuung und über Probleme des sozialen Kontextes, in dem die Patienten rehabilitiert werden müssen, zu erlangen. Auf diese Notwendigkeit weist auch die Tatsache, dass die Resultate unseres Projektes verschiedenen bisher gehaltenen Annahmen, die sowohl die Zuweisung von Patienten wie auch ihre Selektion durch die behandelnde Institution zumindest teilweise geleitet haben, widersprechen. Solche Annahmen beherrschen auch die Planungsdiskussion in verschiedenen Kantonen. So wird zum Beispiel eine zunehmende Ausrichtung auf früherfasste Fälle angestrebt, während unsere Resultate keinen Einfluss der Früherfassung auf den Behandlungserfolg zeigen. Das längst nicht mehr originelle Postulat nach mehr Forschung als Schlusssatz eines Artikels hat damit in dem angeschnittenen Themenbereich seine besondere und besonders aktuelle Gültigkeit.

Résumé

Facteurs de pronostic dans le traitement de femmes alcooliques

Cet article démontre que, dans le cas du traitement considéré, la situation sociale des femmes alcooliques est le facteur qui détermine principalement son succès. La situation favorable est celle posant peu d'exigences à la compétence sociale de la patiente. La durée de l'abus, les hospitalisations précédentes et la personnalité des patientes considérées n'ont par contre pas d'influence sur le succès. D'une part les résultats de l'enquête divergent partiellement des résultats d'autres enquêtes faites principalement à l'étranger, d'autre part ils contredisent certaines opinions courantes.

Summary

Pronostic factors in treatment of alcoholic women

This article presents results of an evaluation study on treatment of female alcoholics. The crucial point for the success of treatment is the social situation of the patients. The most favorable situation for success is one where low demands are made on former alcoholics. Length of addiction, former hospitalization and personality factors however show no relation to success. These results deviate partly from findings of foreign evaluation studies and from common assumptions.

Literatur

- [1] Bakeland, F., Lundwall, L., und Kissin, B., Methods for the treatment of chronic alcoholism, a critical appraisal, in: Gibbins, R. J., et. al. (editors), research advances in alcohol and drug problems (New York, London 1974).
- [2] Bühler, D., Planungsprojekt Kirchlindach, Resultate einer Nachfrageabklärung und Planungsthesen (Zürich 1977).
- [3] Costello, R. M., Alcoholism treatment and evaluation: in search of methods, the International Journal of Addictions 10, 251–275 (1975).
- [4] Ewing, J. A., Is there a relationship between type of alcoholism and prognosis? The Journal of Alcoholism 8, 133–154 (1973).
- [5] Hill, M. J., und Blane, H. T., Evaluation of psychotherapy with alcoholics, QJSA 28, 76–104 (1967)
- [6] May, S. J., und Kuller, L. H., Methodological approaches in the evaluation of alcoholism treatment: A critical review, Preventive Medicine 4, 464–481 (1975).
- [7] Mueller, J. H., Schuessler, K. F., und Costner, H. L., Statistical reasoning in sociology, 2nd ed. (Boston 1970).
- [8] Wieser, S., Alkoholismus III: Katamnesen und Prognose, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 34, 565–588 (1966).

⁴ So erreicht diese Gruppe eine Erfolgsrate von immerhin 52 %.