

# Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen

Wilma Funke, Joachim Funke, Michael Klein und Reinhold Scheller

aus J. KÖRKEL, G. LAUER & R. SCHELLER (Hrsg.) (1995), Sucht und Rückfall. Stuttgart: Enke.

Katamnestiche Untersuchungen zur Psychotherapie Alkoholabhängiger werden heute mit erheblichem Aufwand durchgeführt. Ob es sich um sogenannte „externe Studien“ handelt, die durch eine beauftragte, von der therapeutischen Einrichtung unabhängige Institution oder von wissenschaftlich Interessierten aus der Hochschule bzw. einem Forschungsinstitut durchgeführt werden, oder um „hausinterne Projekte“ der Behandlungsstätten selbst: umfangreiche Kataloge definieren methodische und inhaltliche Standards, die an „aussagekräftige“ Designs zu stellen seien (vgl. z.B. „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“; *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e.V.*, 1985; nach der Überarbeitung jetzt „Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen“, 1992). Oft interessieren dann jedoch letztlich die „Auftraggeber“ oder Adressaten der Effizienzuntersuchungen die klassischen Quoten der Rückfälligen, Gebesserten und Abstinenter am meisten. Dies ist auf dem Hintergrund des in der Versorgungsstruktur festgeschriebenen medizinischen Krankheitsmodells der Alkoholabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland durchaus verständlich. Viele Anbieter von Leistungen psychotherapeutisch gestützter Entwöhnungsbehandlungen benennen jedoch ein Bündel von Motiven, das sie zur Durchführung katamnestiche Untersuchungen anregt. So steht der Wunsch nach für die Praxis hilfreichen Hinweisen und Interpretationsmöglichkeiten oft im Zentrum. Bereiche, für die Auswirkungen auf therapeutisches und beraterisches Handeln durch gezielte Rückmeldungen angestrebt werden, sind etwa die zielgruppenorientierte Konzept-Weiterentwicklung oder Aspekte der Mitarbeiterhygiene, wobei den Informationen über die weitere Entwicklung von Patienten<sup>1</sup> und der konstruktiven Auseinanderset-

zung mit „Erfolg“ und „Mißerfolg“ ein wichtiger Stellenwert in der Supervision und Mitarbeiterentwicklung zugewiesen wird. Die nachsorgenden Angebote im Rahmen des therapeutischen Netzes zur Stabilisierung eines Behandlungsergebnisses und die Weiterbetreuung und -behandlung entlassener Patienten kann ebenfalls von diesen katamnestiche Rückmeldungen profitieren, lassen sich doch entsprechende Programme mit höherer Akzeptanz, weil klarer auf die Interessen der Betroffenen zugeschnitten, und möglicherweise niedrigschwelliger anbieten. Katamnestiche Angaben stehen jedoch auch als Maß für die Effizienz eines therapeutischen Pakets und dienen damit der Selbstdarstellung einer Einrichtung nach außen.

Globale katamnestiche Befunde können für eine Reihe von Fragestellungen wertvolle Hinweise liefern. Mit der Bewertung „global“ werden Nachbefragungen belegt, die sich von der Variablenebene her auf soziodemographische oder sucht- und therapieanamnestiche Merkmale beziehen und in der Auswertung und Interpretation vorwiegend quantitativ-statistische Aussagen anstreben. Fruchtbarere Ansätze für die Psychotherapieforschung im engeren Sinn müssen allerdings störungsspezifische differentialdiagnostische Merkmale ebenso berücksichtigen wie therapieprozeßrelevante Wirkfaktoren und Merkmale der Patient-Therapeut-Beziehung im weiteren Sinne.

Hier kann für den forschenden Praktiker oder für den praxisorientierten Forscher eine Ambivalenz entstehen:

Einerseits besteht zurecht von seiten der Forschungsstrategen und ambitionierten Psychotherapieforscher eine Forderung nach und damit die Notwendigkeit von immer komplexeren und spezifischeren Modellen, deren Ziel die Erhöhung der internen Validität der Untersuchungen ist.

Andererseits ist der anwendungsorientierte Forscher an praktisch umsetzbaren Ableitungen interessiert, die die Fülle an Informationen „reduzieren“, d.h. bündeln und ein gewisses Maß an Generalisierung von Befunden auf andere Einrichtungen oder

<sup>1</sup> Wo immer dies möglich ist, werden geschlechtsneutrale Bezeichnungen gewählt. Aus Gründen der Lesbarkeit wird in den anderen Fällen die jeweils männliche Bezeichnungsförm gewählt.

zukünftige Zeitstichproben erlauben. Hier soll das Ausmaß der externen Validität und damit die Übertragbarkeit der Ergebnisse erhöht werden.

In dieser spannungsinduzierenden Situation steht vermutlich – so auch die eigene Erfahrung – mancher Anbieter von Psychotherapie, der zum einen gegenüber Kosten- und Leistungsträgern die Effizienz seiner Arbeit in einer Sprache zum Ausdruck bringen muß, die sich auch in Kosten bzw. Leistungen (meist finanzieller Art) übersetzen läßt. Zum anderen fühlt er sich aber ebenfalls den Klienten und der eigenen persönlichen und berufsethischen Anbindung verpflichtet, die auch Bewertungskategorien anderer Qualität beinhaltet. So decken sich zwar therapeutische Ziele der Leistungsträger naturgemäß mit denen der „Therapieanbieter“, denn letztere handeln im Auftrag und „auf Rechnung“ der Ersteren. Hier erfolgt auch die Festschreibung, daß als Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland die Abstinenzfähigkeit angesehen wird. Daraus leitet sich als Maß der Effizienz die Quote der nach einem definierten Zeitraum abstinent lebenden behandelten Patienten ab. Die Zielsetzungen von Patienten und Therapeuten gehen jedoch in vielen Fällen vermutlich über den Behandlungsauftrag im engeren Sinne – der Aufrechterhaltung, Stabilisierung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit – hinaus. Zielvorstellungen und -festlegungen sowie die Konkretisierung über Subziele sind auf dem Hintergrund adaptiver Indikationsstrategien als Bestandteil des therapeutischen Prozesses anzusehen. Neben der sich daraus ergebenden Notwendigkeit für die Entwicklung multipler Effizienzkriterien werden jedoch die klassischen „Erfolgskategorien“ der Abstinenz und Rückfälligkeit weiterhin Beachtung finden.

Auf die häufig von informierten und interessierten Laien gestellte Frage nach der **Abstinenz- und Effizienzquote** in der Psychotherapie Alkoholabhängiger läßt sich auf mehrere Arten und mehr oder weniger zufriedenstellend antworten:

a) mit der Angabe einer oder mehrerer Zahlen bezüglich der in einem definierten Zeitraum abstinent gebliebenen oder als „gebessert“ bewerteten ehemaligen Patienten, wobei im günstigen Fall die Bewertungskriterien vorher festgelegt wurden sowie

– der Zusatzinformation, unter welchen Bedingungen die Daten erhoben und ausgewertet und in welchem „zulässigen“ Interpretationszusammenhang sie verwendet werden können; dies braucht Zeit und ist nicht selten in der Darstellung äußerst komplex.

– der Warnung, sich allzu viele Hoffnungen über die Verwertungs- und Aussagemöglichkeiten zu machen; diese desillusionierende Wirkung schlägt manchmal auch auf die Forscher selbst zurück.

– der Bitte oder Erwartung, der Empfänger möge sich seine eigenen Gedanken zu den Angaben machen; diese wenig aufwendige Art kann jedoch zu Mißbrauch und Fehlinterpretation der Ergebnisse führen und scheint einen eher wenig verantwortlichen Umgang mit Fachkompetenz zu demonstrieren.

b) mit der Verweigerung einer „Quote“ und der Aussage, daß „Rückfall-“ bzw. „Abstinenzraten“ keine adäquate Information über die Wirksamkeit oder die Effekte psychotherapeutischer Interventionen darstellen:

– damit liefert man einerseits eine Rechtfertigung dafür, warum man sich der aufwendigen und recht frustrierten Aufgabe der herkömmlichen Katamnese entzieht.

– man verringert andererseits die Angriffsflächen seitens in der Interpretation statistischer Befunde nicht sachkundiger Bewertungsinstanzen und verhindert Fehlauslegungen bzw. unzulässige „Anwendungen“ der Ergebnisse.

Der Forderung nach Dokumentation der Wirksamkeit eines Behandlungsprogramms muß im letzteren Fall dann auf andere Weise entsprochen werden. In der Problematik der Interpretation von Effizienzquoten liegt allerdings auch eine Chance für die Entwicklung differenzierter Erfolgskriterien, die sich natürlich an den vorgegebenen Behandlungszielen zu orientieren haben.

Bereits 1981 berichtete Zivich in einer nordamerikanischen Studie über differentielle Erfolgsquoten für unterschiedliche Persönlichkeitstypen Alkoholabhängiger nach einer Entwöhnungsbehandlung und zog – wie andere vor und nach ihm – den Schluß, daß in der Behandlung Alkoholabhängiger nicht von einer homogenen Patientengruppe auszugehen ist. Dennoch wird in katamnesticen Untersuchungen häufig weder eine differentialdiagnostische störungsspezifische Beschreibung der Probanden vorgenommen noch der Überlegung Rechnung getragen, daß die an mittleren Ausprägungen orientierten Aussagen demzufolge wahrscheinlich deshalb mit einem nicht abschätzbaren Fehler behaftet sind, weil die (Ko-)Variationen von Merkmalen in Unterstichproben „herausgemittelt“ werden. Will man dieser vermuteten Heterogenität gerecht werden, bietet sich die Bildung von Subgruppen an. Da jedoch bei einer gegebenen Personengruppe theore-

tisch eine mit der Gruppengröße exponentiell anwachsende Zahl möglicher Untermengen gebildet werden kann, sind die Kriterien für die Konstruktion dieser Untergruppen zu begründen und transparent zu machen.

Eine gängige Vorgehensweise für die Bildung von Untergruppen in der Darstellung katamnesticer Befunde bezieht sich auf die Unterscheidung von Männern und Frauen – z.T. mit empirischen Ergebnissen, die zu widersprüchlichen Schlußfolgerungen führen. Als empirisch gut abgesicherte Kriterien für die Subgruppenbildung alkoholabhängiger Personen bieten sich auch die jüngst entwickelten störungsspezifischen Klassifikationen an. Auf der Basis von als klinisch relevant eingeschätzten Subgruppen alkoholabhängiger Männer und Frauen (vgl. für den deutschsprachigen Raum z.B. Funke, 1990; Klein, 1992) kann die Interpretation differentieller katamnesticer Befunde als ein wesentliches Element in der Optimierung der Indikation psychotrapeutischer Angebote angesehen werden. Dabei ist ein schrittweiser Wechsel von einer explorativen Forschungsstrategie hin zu einer stärker hypothesengeleiteten Vorgehensweise bereits in Gang gesetzt.

Ein Wechsel von der Einheitsstichprobe „der Alkoholabhängigen“ zu klinisch oder prognostisch bedeutsamen Subgruppen ist nicht nur akademischerseits zu fordern, kann doch katamnesticen Angaben ein nicht unerheblicher Einfluß auf z.B. gesundheitspolitische, juristische oder arbeitsrechtliche Argumentationen zugesprochen werden. Darüber hinaus gelten Effizienzquoten, wie oben ausgeführt, allgemein als Indikator für die „Leistungsfähigkeit“ einer Behandlungseinrichtung. Damit haben sie Gewicht in der Außendarstellung und der Wettbewerbsfähigkeit einer Institution.

## Fragestellung

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluß die gewählte Aufspaltung einer untersuchten Probandengruppe auf die statistischen Effekte und damit auf die inhaltlichen Ableitungen aus den erzielten Befunden hat. Damit soll verdeutlicht werden, welcher Spielraum in der Festlegung der Forschungsebenen und damit der Interpretation von Effizienzquoten besteht.

In welcher Weise die Wahl von Analyseebene und Subgruppenbildung auf der Basis einer gegebenen Stichprobe zu solch verschieden akzentuierten Ergebnissen führt, daß inhaltlich abgeleitete Hypothesen in ganz unterschiedliche Richtungen nahegelegt werden, soll im folgenden am Beispiel

katamnesticer Daten von alkoholabhängigen Patienten einer Fachklinik für Kurzzeitintensivtherapie gezeigt werden<sup>2</sup>. Die hier eingesetzten, methodisch wenig aufwendigen inferenzstatistischen Überprüfungen zeigen in der Gesamtschau, wie unterschiedlich die abzuleitenden Schlußfolgerungen sein können – selbst bezogen auf das einfache Kriterium der Abstinenz oder Rückfälligkeit. Wie verändern sich statistisch faßbare Effekte, wenn ein und dieselbe Probandengruppe in jeweils durchaus plausibel erscheinende und gängigerweise bevorzugte Untermengen aufgesplittet wird? Dabei geht es in der vorliegenden Arbeit weniger um die Darstellung der Effizienz eines bestimmten Behandlungsangebotes, obwohl dies natürlich auch herauszulesen ist. Vielmehr soll in programmatischer Absicht die Aufmerksamkeit des Lesers auf die „methodisch moderierbaren“ Befunde gerichtet werden. Damit kann die Notwendigkeit belegt werden, ausgehend von den Mikro- und Makrozielen eines therapeutischen Programms inhaltliche Hypothesen für katamnestiche Überprüfungen konkret zu formulieren und diese dann in statistisch überprüfbare Aussagen zu übersetzen. Der Stellenwert standardisierter Vorgehensweisen in der Katamnese ist dann auf dieser Basis zu hinterfragen.

## Methode

Für den Patientenjahrgang 1989 der beteiligten Einrichtung wurde zu Beginn, am Ende und ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung eine Reihe von Merkmalen über Selbstbeurteilungsverfahren und Fremdeinschätzungen erfaßt. Als unabhängige Variablen werden dabei Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer auf der Basis alkoholismus-spezifischer Selbstbeurteilungen abgeleiteten Subgruppe und prognostische Einschätzungen seitens der behandelnden Therapeuten zum Ende der stationären Behandlung definiert. Kriterium ist die Einordnung in eine von zwei bzw. drei Effizienz-kategorien: ohne katamnestiche Information, abstinent und rückfällig. Als abstinent wurden nur solche Personen eingestuft, die während des gesamten Katamnesezeitraums von 12 Monaten nach eigenen Angaben keinen Alkohol, keine stim-

<sup>2</sup> Den Mitarbeitern und Patienten der Fachklinik Bad Tönisstein sei gedankt für die Unterstützung der Studien.

mungsverändernden Medikamente und keine Drogen konsumiert hatten. Widersprüchliche Informationen im Fragebogen führten zur Eingruppierung in die Kategorie „rückfällig“. Die Überprüfung statistischer Bedeutsamkeiten erfolgte im Rahmen von Häufigkeitsanalysen mit dem Chi<sup>2</sup>-Test. Als signifikant galten Ergebnisse der Konfigurationsfrequenzanalysen mit einem Alpha-Fehler von kleiner oder gleich 5%. Befunde, deren statistische Fehlerwahrscheinlichkeit den Wert von 10% nicht überschritt, wurden als Trends interpretiert. Auf eine Alpha-Adjustierung wurde verzichtet. Für solchermaßen abgesicherte, subgruppenspezifische katamnestische Befunde wird in Ansätzen diskutiert, welche inhaltlichen Ableitungen sich für differentielle Indikationen therapeutischer Bausteine anbieten. Die für einzelne Zellen in Konfigurationstabellen ermittelten z-Werte von über ± 1.96, deren Gesamt-Chi<sup>2</sup> statistisch signifikant waren oder einen Trend anzeigten, bezeichnen „Typen“ bzw. „Antitypen“.

#### Erhebungsinstrument und Subgruppenbildung

Differentialdiagnostische suchtspezifische Informationen liefern die Ergebnisse des Trerer Alkoholismusinventars (TAI; Funke, Funke, Klein und Scheller, 1987), das von allen Patienten zu Beginn der Behandlung bearbeitet wurde. Das psychometrisch konstruierte Instrument erfragt in einfacher Form trinkbezogene Motivationen, Auswirkungen, Verhaltensweisen und Einstellungen. Die Probanden geben dabei ihre subjektiven Wahrnehmungen und Einschätzungen zu verschiedenen Bereichen ihrer Suchtentwicklung anhand einer vierstufigen Antwortskala an. Die fünf Hauptskalen des Instruments erfassen:

1. Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Konsequenzen des Trinkens („Schweregrad“);
2. soziale Aspekte und Trinkumstände („Soziales Trinken“);
3. süchtiges, andauerndes Trinken;
4. positive Trinkmotive („Funktionstrinken“);
5. psychophysiologische Konsequenzen des Trinkens und Versuch der Selbstbehandlung von Entzugserscheinungen („Schädigung“).

Es liegen Testnormen in Form von Stanine-Werten auf der Basis von 1275 Personen der Eichstichprobe vor, ebenso Normen für Männer und Frauen. Die individuellen Test-Profile lassen sich nach Ähnlichkeit einer von fünf Subgruppen zuordnen, die auf clusteranalytischer Basis entwickelt und anschließend nach verschiedenen Kriterien optimiert wurden (Funke, 1990):

1. **Funktionstrinker** (hohe selbstperzipierte psychische Anbindung an die Wirkung der Droge oder hohe Funktionalität der Drogenwirkung, ohne daß der Patient Einsicht in diese Aspekte psychischer Abhängigkeit haben muß; grundsätzlich erkennt der Funktionstrinker allerdings die suchtspezifischen Trinkmuster und benennt eine Reihe unmittelbarer negativer Konsequenzen);
2. **umfassend gestörte Alkoholiker** (hoher Leidensdruck, Einsicht in süchtiges Konsumverhalten, hohe Funktionalität der Drogenwirkung, ausgeprägte negative Konsequenzen des Trinkens, oft Selbstmedikation oder begleitende Medikamentenabhängigkeit; die Personen dieses Typs weisen erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten unterschiedlichster Ausgestaltung auf);
3. **Nur-Alkoholiker** (Einsicht in süchtigen Trinkstil und unmittelbare negative Folgeerscheinungen. Abwehr funktionaler Aspekte der Alkoholeinnahme oder mittelbarer Auswirkungen bzw. wenig Einsicht in psychische Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit; manchmal über vorherige Selbsthilfegruppenerfahrung „eingeschworen“ auf das klassisch-medizinische Suchtmodell);
4. **Gewohnheitstrinker** (keine Einsicht in süchtiges Konsumverhalten oder unmittelbare negative Auswirkungen des Trinkens, hohe soziale Funktionalität des Alkoholkonsums, Einbettung des Trinkens in den Lebensstil; oft auch sogenannte „Spiegeltrinker“);
5. **Leugner** (keine Einsicht in suchtspezifische Aspekte des Trinkens oder jedwede Funktionalität, Leugnung physischer und psychischer Antezedenzen und Konsequenzen; Leugnen als Abwehr, als Zeichen von Informationsdefiziten oder im Rahmen eingeschränkter Selbstbewertung).

Die Profile von etwa 10% der untersuchten Männer und Frauen sind „untypisch“ im Sinne von unklassifizierbar durch die vorgegebenen Regeln. In diese Kategorie werden jene Personen eingeordnet, die sich durch ein in sich widersprüchliches oder sehr ungewöhnliches TAI-Profil zu Beginn der Behandlung auszeichnen. Von der klinischen Erfahrung her sind dies oft Personen, die aufgrund verschiedenster Bedingungen (z.B. Motivationsfaktoren, Umweltbedingungen, Persönlichkeitsauffälligkeiten oder besonderer Einschränkungen in der Wahrnehmungs- oder kognitiven Funktionsfähigkeit) über einen sehr unüblichen Störungsverlauf berichten.

Die Patienten wurden auf der Basis postalischer Nachbefragungen ein Jahr nach Therapieende einer

der folgenden drei globalen Effizienz kategorien zugeordnet:

- **rückfällig** (Alkohol-, Medikamenten- oder Drogeneinnahme im Katamnesezeitraum, erneute Behandlung wegen Suchtmittelproblematik oder Diskrepanzen in diesbezüglichen Angaben);
- **keine Information** (nicht erreicht, verstorben, keine Rückmeldung, nicht auswertbarer Fragebogen, Verweigerer);
- **abstinent** (ohne Anhalt für erneuten Suchtmittelkonsum im gesamten Katamnesezeitraum von 12 Monaten).

Die klassische und konservative Bewertung katamnestischer Ergebnisse faßt die beiden Kategorien „rückfällig“ und „ohne Information“ zur Gruppe der „Rückfälligen“ zusammen und unterschätzt damit systematisch den Anteil abstinent lebender ehemaliger Patienten, da unter den Nichtantwortern ein gewisser Prozentsatz von Personen zu vermuten ist, die aus anderen Gründen als einem erneuten Suchtmittelkonsum nicht antworten. In den Analysen werden die Ergebnisse für zwei bzw. drei Effizienz kategorien berücksichtigt.

#### Durchführung

Die im folgenden verwendeten Daten wurden zum Teil im Rahmen eines seit Ende der 80er Jahre laufenden Forschungsprojekts der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in Berlin erhoben. In dieser Untersuchung soll die weitere Entwicklung derjenigen Versicherten überprüft werden, die eine von diesem Leistungsträger finanzierte stationäre Kurzzeit-Entwöhnungsbehandlung in einer von der BfA belegten Fachklinik absolviert haben. Die Studie wurde geplant und durchgeführt vom Institut für empirische Soziologie (IfeS) in Nürnberg. Aus Datenschutzgründen erfolgten die Befragungen über die beteiligten Kliniken. Alle entsprechenden Leistungsempfänger des Jahres 1989 wurden berücksichtigt und unterzogen sich bis auf wenige „Verweigerer“ (weniger als 10% der Personen) ausführlichen Befragungen und Testverfahren vor, zu Beginn und am Ende der stationären Entwöhnungsbehandlung sowie ein halbes Jahr nach Entlassung und in der Folge bis fünf Jahre nach der Therapie im jährlichen Rhythmus. Im Sommer 1992 wurden die Ergebnisse der Befragung ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Therapie durch das beauftragte Institut vorgelegt (siehe Siebter Sachstandsbericht; Institut für empirische Soziologie (IfeS), 1992).

Etwa 40% der Patienten des Jahrgangs 1989 der Fachklinik waren BfA-Versicherte und damit in das genannte Forschungsprojekt einbezogen. Da eine Ungleichbehandlung der Patienten hinsichtlich des Einsatzes der für die Datenerhebung erforderlichen umfangreichen diagnostischen Instrumente im stationären Setting als ungünstig bewertet wurde, nahmen alle Patienten der Einrichtung, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember 1989 aufgenommen wurden, an der Untersuchung teil. Die nachfolgenden Darstellungen der Einjahres-Katamnese beziehen sich somit auf den gesamten Patientenjahrgang 1989 der Einrichtung.

Das eingesetzte Katamneseinstrument (*Institut für empirische Soziologie*, 1988) erfaßt eine Vielzahl von Merkmalen, unter anderem aus den Bereichen „persönliche, soziale und berufliche Situation“, „spezifische Rehabilitation“ (z.B. Inanspruchnahme abhängigkeitspezifischer Hilfen), „Entwicklung und Status des Konsumverhaltens bzgl. Alkohol, Medikamenten und Drogen“ und entsprechende Bewertungen seitens des ehemaligen Patienten. Ein Erinnerungszyklus in drei Phasen (incl. telefonischer Nachbefragung) optimierte die Rücklaufquoten.

#### Beschreibung der Probanden

Alle Patienten des Aufnahmejahrgangs 1989 wurden in die Studie einbezogen. 798 Personen wurden von Januar bis Dezember aufgenommen, 67% der Patienten sind Männer. Der Altersdurchschnitt (bezogen auf den Aufnahmezeitpunkt) betrug 43,3 Jahre mit einer Streuung von 8,9 Jahren und einem Range von 20 bis 71 Jahren. Etwa 2,5% der Personen waren zuvor schon einmal in der gleichen Klinik in Behandlung, jede fünfte hatte bereits mindestens eine vorherige stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert, zwei Drittel waren bereits einmal oder mehrere Male entgiftet worden. Die Arbeitslosenquote betrug zu Beginn der Behandlung 14%. Die erste Aufnahmediagnose lautete für 98% der Personen „Alkoholabhängigkeit“, für 2% „Medikamentenabhängigkeit“, etwa 16% wurden neben der erfaßten Alkoholabhängigkeit auch als medikamentenabhängig eingestuft. Für etwa 8% bestand die Zweidiagnose einer Abhängigkeit von harten Drogen. Rund 15% der Personen gaben im Aufnahmegespräch einen oder mehrere Suizidversuche in der Vergangenheit an. Die durchschnittliche Trinkmenge pro Trinktag in den letzten drei Monaten betrug 164,8 Gramm reinen Alkohols bei einer Streuung von 89,5 Gramm und einem Range von 0 bis 960 Gramm; im Mittel tranken die Pa-

tienten vor ihrer Aufnahme in die Klinik an 61 von 90 Tagen (Streuung 33.2 Tage, Range 0 bis 90 Tage). TAI-Ergebnisse lagen für 736 Personen, also für über 92% der aufgenommenen Patienten, zum Abschluß der Aufnahmewoche vollständig vor. Die mittleren Werte der Skalen des TAI für die Gesamtgruppe (Skalen 1 bis 5 mit N=736; Skalen 6 und 7, die nur von in Partnerschaft lebenden Personen bearbeitet wurden, mit N=548) waren zu Beginn der Behandlung bei homogenen Varianzen nicht signifikant verschieden von denen der Normierungsstichprobe des Tests. Berücksichtigt wurden hier nur die Werte jener primär alkoholabhängigen Personen, die in der Bearbeitung weniger als 10% fehlende oder nicht auswertbare Itemantwortungen aufwiesen. Anhand der Testwerte konnten etwa 70% dieser Patienten als zumindest vorübergehend krankheitseinsichtig eingestuft werden (TAI-Typ „Funktionstrinker“, „umfassend gestörter Alkoholiker“ oder „Nur-Alkoholiker“; s.o.).

In Abbildung 1 ist die Häufigkeit der TAI-Typen differenziert nach dem Geschlecht aufgelistet. Sta-

tistisch überzufällig ist die Häufigkeit der weiblichen „umfassend gestörten Alkoholiker“ und der männlichen „Gewohnheitstrinker“ (z-Werte größer als 1.96). Rund 92% des Aufnahmejahrgangs wurden regulär nach Beendigung des Behandlungsprogramms entlassen. Zwei Drittel dieser Patienten verließen mit einer eher günstigen bis günstigen Prognose seitens der behandelnden Psychotherapeuten das Haus, wobei der Therapieerfolg für Männer und Frauen prognostisch nicht unterschiedlich bewertet wurde (Vierfelder-Chi<sup>2</sup> für Männer/Frauen bzgl. eher günstiger/eher ungünstiger Prognose nicht signifikant).

Vorzeitig entlassen wurden statistisch überzufällig häufiger „umfassend gestörte Alkoholiker“ und im Trend „Leugner“ (19% bzw. 13% der so klassifizierten Patienten; vgl. Tabelle 1), wobei erstere eine eher ungünstige, letztere eine eher günstige Prognose erhielten.

„Funktionstrinker“ beendeten statistisch auffällig die Behandlung regulär. Männer und Frauen unterschieden sich nicht statistisch bedeutsam in der Art

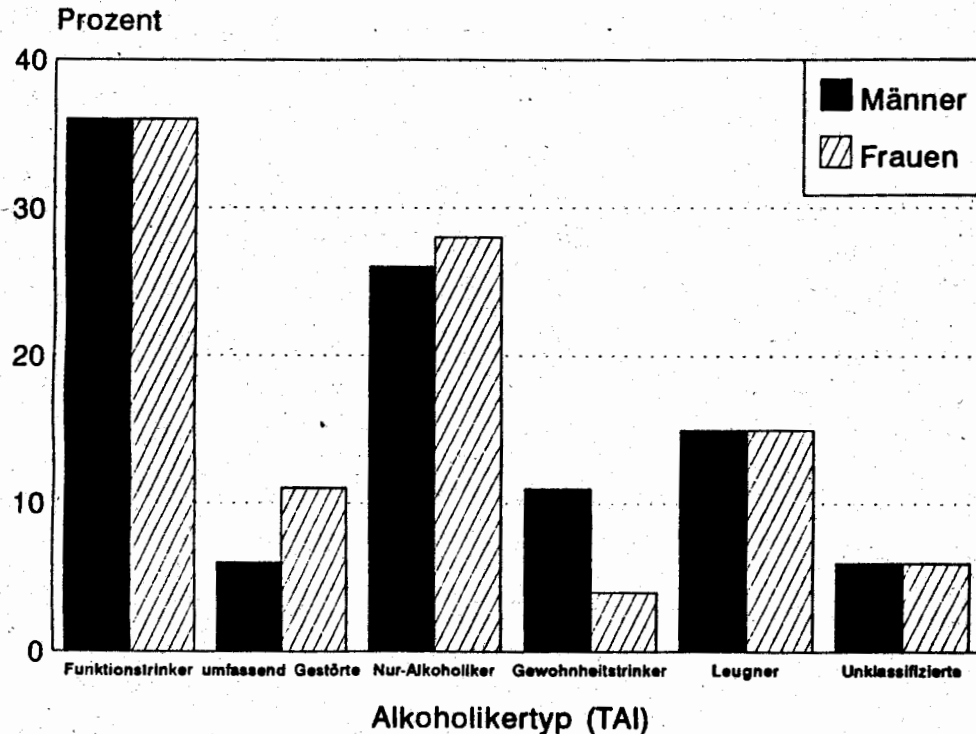


Abb. 1: Alkoholkertyp (TAI) und Geschlecht (Patientenjahrgang 1989; Chi<sup>2</sup> gesamt = 12.73; N = 736; p < 0.05)

Tab. 1: Vollständige Konfigurationstabelle mit den Merkmalen „Alkoholkertyp TAI“ und „Art der Entlassung“ (Chi<sup>2</sup> gesamt = 17.31; N = 735; p < 0.05; überrepräsentierte Typen: 11 und 22 („planmäßig entlassene Funktionstrinker“ und „irregulär entlassene umfassend gestörte Alkoholiker“))

Konfiguration <sup>a</sup>	Anzahl <sup>b</sup>	Anzahl <sup>c</sup>	Chi <sup>2</sup>	z-Wert
11	253	245	0.22	2.08
12	46	52	0.77	-3.25
13	182	177	0.11	1.37
14	60	60	0.00	-0.34
15	97	102	0.25	-1.92
16	38	37	0.00	0.16
21	14	21	2.56	-2.09
22	11	4	9.02	3.25
23	11	15	1.29	-1.38
24	6	5	0.09	0.33
25	14	8	2.90	1.91
26	3	3	0.01	-0.18

- <sup>a</sup> 1. Ziffer: Art der Entlassung (1 = planmäßig; 2 = irregulär)
- 2. Ziffer: TAI-Typ (1 = Funktionstrinker; 2 = umfassend gestörte Alkoholiker; 3 = Nur-Alkoholiker; 4 = Gewohnheitstrinker; 5 = Leugner; 6 = Unklassifizierte)
- <sup>b</sup> beobachtete Anzahl
- <sup>c</sup> erwartete Anzahl

der Therapiebeendigung (Chi<sup>2</sup> für Vierfelder-Tafel männlich/weiblich und vorzeitiges/planmäßiges Behandlungsende nicht signifikant).

### Ergebnisse

Nach einem Jahr sandten 455 ehemalige Patienten (=57% der Gesamtgruppe mit N= 798 Personen) den ausgefüllten Katamnesefragebogen zurück, wobei sich Männer und Frauen in der Rücklaufquote nicht unterschieden (Chi<sup>2</sup> der Vierfelder-Tafel nicht signifikant). 343 Personen (=43% der Gesamtgruppe; = 75% der Antwort) beschrieben sich als durchgängig abstinent im Katamnesezeitraum, 112 (=14% der Gesamtgruppe) berichteten über mindestens einen Rückfall mit der Einnahme von Alkohol, Medikamenten oder Drogen, wobei in etwa 8% der Fälle nach kurzer Zeit und ohne weitere therapeutische Intervention der Konsum nach eigenen Angaben wieder eingestellt wurde. Die folgenden Werte beziehen sich auf die Untersuchungsgruppe von 736 alkoholabhängigen Männern und Frauen, deren TAI-Ergebnisse aus der Aufnahmewoche vorlagen. Zwei Personen konnten aufgrund von Fehlern in der personbezogenen Kodierung im

Katamnesebogen nicht eindeutig identifiziert werden, so daß vollständige Informationen bezüglich TAI und katamnestischer Rückmeldung für 734 ehemalige Patienten in die Analysen einbezogen wurden. Differenzen bzgl. der Anzahl der berücksichtigten Personen in den folgend dargestellten Befunden ergeben sich aus fehlenden oder nicht auswertbaren Daten bei einzelnen Merkmalen.

Tabelle 2 zeigt die nach TAI-Typen aufgebrochenen Häufigkeiten von Antwortern und Nicht-Antwortern. Auffällig ist der hohe Prozentsatz an antwortenden „Gewohnheitstrinkern“, der sich in der Häufigkeitsanalyse als Trend ausweist. Vom klinischen Eindruck her läßt sich dieses Ergebnis gut einordnen, sind „Gewohnheitstrinker“ doch oft Personen mit einer hohen sozialen Anpassungsfähigkeit und einem Gespür für sozial erwartetes Verhalten, was sich ja möglicherweise auch darin ausdrückt, auf eine Anfrage seitens der Klinik zu antworten.

Tab. 2: Alkoholkertyp (TAI) und Antwortverhalten (Chi<sup>2</sup> gesamt = 11.39; N=734; p < 0.1)

Alkoholkertyp	Antwort		gesamt
	ja <sup>1</sup>	nein	
Funktionstrinker	155 (58)	110	265
umfassend Gestörte	31 (54)	26	57
Nur-Alkoholiker	105 (54)	89	194
Gewohnheitstrinker	49 (74)	17	66
Leugner	63 (57)	47	110
Unklassifizierte	19 (45)	23	42
gesamt	422 (58)	312	734

<sup>1</sup> Zeilenprozent in Klammern

Die niedrigste Rücklaufquote weisen die „Unklassifizierten“ auf. Möglicherweise ist die emotionale Anbindung dieser Personen als „nicht zu kategorisierende“ an die Einrichtung niedriger. Eher „untypische“ Patienten mögen von ihren Therapeuten eventuell als schwieriger oder weniger zur Mitarbeit bereit eingestuft werden, wodurch z.B. das zurückhaltende Antwortverhalten zu erklären wäre. Unter der Annahme, daß abstinent Ehemalige mit größerer Wahrscheinlichkeit antworten, ist jedoch auch zu überlegen, ob die Rückfallhäufigkeit bei diesen „außergewöhnlichen“ Patienten höher ist. Hier könnten aufsuchende katamnestische Methoden interessanten Aufschluß geben.

In Abbildung 2 findet sich die Übersicht zur Verteilung der Personen, die als abstinent oder rückfällig bzw. in die Kategorie „ohne Information“ einzu-

Tab.3: Vollständige Konfigurationstabelle mit den Merkmalen „Geschlecht“, „TAI-Typ“ und „Effizienz-kategorie“ (Chi<sup>2</sup>gesamt = 43.14; N = 733; p<0.05; 4/36 Zellen mit einem Erwartungswert<5; überrepräsentierte Typen: 143 und 222 [„abstinente männliche Gewohnheitstrinker“ und „weibliche umfassend gestörte Alkoholiker ohne Information“], unterrepräsentierter Typ 242: [„weibliche Gewohnheitstrinker ohne Information“])

Konfiguration <sup>a</sup>	Anzahl <sup>b</sup>	Anzahl <sup>c</sup>	Chi <sup>2</sup>	z-Wert
111	28	25	0.33	0.70
112	78	75	0.10	0.43
113	72	76	0.25	-0.71
121	4	5	0.36	-0.64
122	11	16	1.65	-1.57
123	16	16	0.00	-0.13
131	19	18	0.01	0.16
132	54	55	0.01	-0.20
133	51	55	0.44	-0.87
141	6	6	0.00	-0.11
142	15	18	0.74	-1.05
143	34	19	11.75	4.19
151	12	10	0.26	0.57
152	31	30	0.00	0.00
153	30	31	0.05	-0.33
161	2	3	0.98	-1.07
162	17	11	2.15	1.76
163	9	12	0.79	-1.09
211	18	12	2.40	1.71
212	32	37	0.80	-1.10
213	37	38	0.02	-0.23
221	1	2	1.05	-1.08
222	15	8	5.92	2.68
223	10	8	0.38	0.69
231	4	9	2.90	-1.85
232	35	27	2.04	1.66
233	31	27	0.33	0.68
241	2	3	0.39	-0.67
242	2	9	5.76	-2.67
243	7	9	0.64	-0.89
251	6	5	0.13	0.38
252	16	15	0.01	0.14
253	14	15	0.18	-0.49
261	2	1	0.00	0.00
262	6	5	0.00	0.01
263	6	6	0.00	-0.02

<sup>a</sup> 1. Ziffer Geschlecht (1=männlich; 2=weiblich)  
 2. Ziffer TAI-Typ (1=Funktionsstrinker; 2=umfassend gestörte Alkoholiker; 3=Nur-Alkoholiker; 4=Gewohnheitstrinker; 5=Leugner; 6=Unklassifizierte)  
 3. Ziffer Effizienz (1=rückfällig; 2=ohne Information, 3=abstinent)  
<sup>b</sup> beobachtete Anzahl  
<sup>c</sup> erwartete Anzahl

Werden drei Effizienz-kategorien der Häufigkeitsanalyse zugrunde gelegt, ergeben sich statistisch folgende Typen:

- überzufällig viele männliche abstinente Gewohnheitstrinker und
- überzufällig viele weibliche umfassend gestörte Alkoholiker ohne Information.

Weibliche Gewohnheitstrinker ohne katamnestiche Information sind hier statistisch unterrepräsentiert.

Werden Konfigurationsfrequenzanalysen für Männer und Frauen getrennt berechnet (jeweils 6 × 3 Felder bzw. 6 × 2 Felder mit den konfigurierenden Merkmalen „Alkoholikertyp TAI“ und „Effizienz-kategorie“), so ergeben sich für die Frauengruppe keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse, für die Männergruppe zeigt sich die Kategorie der abstinenten Gewohnheitstrinker zu Lasten der klassisch als rückfällig eingeschätzten Gewohnheitstrinker nur in der 6 × 2-Tafel statistisch überbesetzt.

Bei einem methodisch ausgereiften Vorgehen müßte an dieser Stelle die Konfigurationsstruktur-analyse der mehrdimensionalen Häufigkeitstabelle folgen (vgl. Krauth, 1983; Krauth und Lienert, 1973; Lienert, 1978<sup>2</sup>), aus deren Ergebnissen sich zu interpretierende Zusammenhänge ergeben können. Hierauf wird an dieser Stelle verzichtet. Die Daten in Tabelle 3 bilden die Grundlage für eine solche Überprüfung.

### Diskussion der Befunde

In der Zusammenschau der referierten Ergebnisse lassen sich je nach Analyseebene interessante Schlußfolgerungen ableiten. Eine Reihe von Befunden verdeutlicht, wie sehr die Entscheidung für eine bestimmte Stichprobenszusammenstellung und die Berücksichtigung eines zwei- oder dreistufigen Effizienzkriteriums bezüglich des Konsumstatus bei ein und derselben Probandengruppe zu unterschiedlichen Ergebnissen und dementsprechend divergenten Interpretationen führen können.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht statistisch bedeutsam in der Zuordnung zu einer von zwei bzw. drei Effizienz-kategorien. Auch die prognostische Bewertung seitens der behandelnden Psychotherapeuten am Ende des Klinikaufenthalts ist für beide Gruppen nicht unterschiedlich. Dies steht im Widerspruch zu Befunden, die Frauen eine ungünstigere Entwicklung hinsichtlich ihrer nachstationären Abstinenzdauer zuweisen als Männern. Inwieweit dieses Ergebnis auf längerfristige Behandlungsprogramme übertragbar ist, bleibt

### Prozent

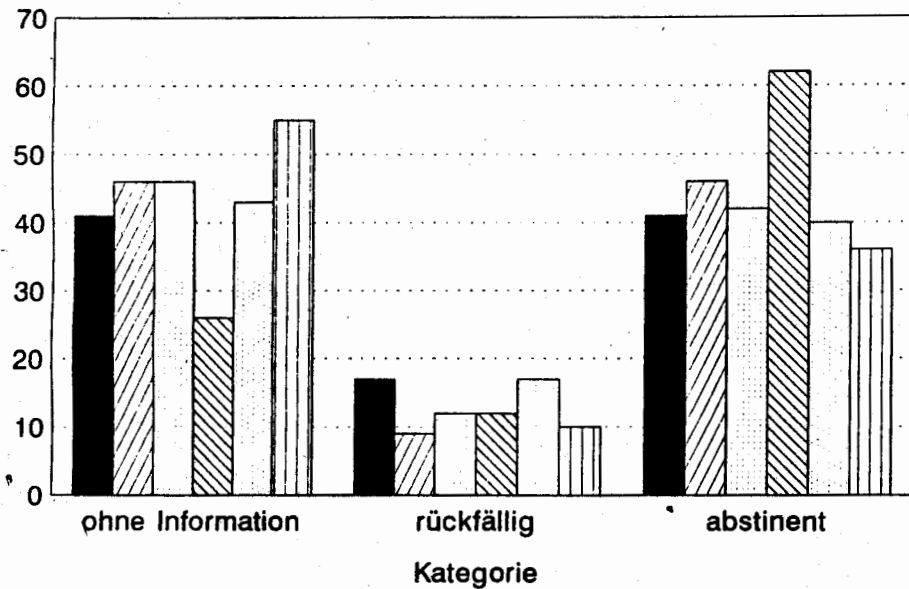


Abb. 2: Alkoholikertyp (TAI) und Effizienz-kategorie (Chi<sup>2</sup> gesamt = 18.53; N = 734; p < 0.1)

ordnen sind, aufgebrochen nach den TAI-Typen I bis 5 und der Subgruppe der „Unklassifizierten“.

Die höchste Abstinenzquote weisen die „Gewohnheitstrinker“ auf, obwohl diese Gruppe überzufällig häufig eine eher ungünstige Prognose am Ende der Therapiezeit erhalten hatte. Dies ist allerdings auch die Subgruppe mit der höchsten Antwortquote und damit der niedrigsten Rate „geschätzt“ rückfälliger Personen. Diese Kategorie der abstinenten Gewohnheitstrinker ist im Trend statistisch überzufällig stark besetzt, unabhängig davon, ob zwei oder drei Effizienz-kategorien der Häufigkeitsanalyse zugrunde gelegt werden (Chi<sup>2</sup> = 18.53; N = 734, 6 × 3 Felder, p<0.1; Chi<sup>2</sup> = 11.71, N = 734, 6 × 2 Felder, p<0.1). Auch bei Aufbruchung der Kategorie der „Rückfälligen“ in Personen „ohne Information“ und „gesichert rückfällige“ Ehemalige ergeben sich keine zusätzlichen überzufällig höheren Häufigkeiten hinsichtlich weiterer Subgruppen.

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht statistisch bedeutsam in der Verteilung auf die zwei bzw. drei oben definierten Effizienz-kategorien, so daß von dieser globalen Betrachtungsweise her eine

geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wirksamkeit der Behandlung nicht belegt ist (Chi<sup>2</sup> = 0.18, N = 733, 3 × 2 Felder, p>0.1). Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Alkoholikertyp (5 TAI-Typen zuzüglich der Subgruppe der „unklassifizierten“ Profile), Effizienz-kategorie (rückfällig, ohne Information, abstinent) und Geschlecht (männlich, weiblich), wenn also Häufigkeitsanalysen auf der Basis des Chi<sup>2</sup> für 6 × 3 × 2 Felder bzw. 6 × 2 × 2 Felder („rückfällig“ und „ohne Information“ als Kategorie der „Rückfälligen“ bei klassisch-konservativer Erfolgsschätzung) zu bewerten sind. Die vollständige Kontingenz-tabelle für 6 × 3 × 2 Felder findet sich in Tabelle 3. Aus dieser können über Faltungen der Tabelle alle Konfigurationen abgeleitet werden. Für die Kontingenz-tabelle mit zwei Effizienz-kategorien lassen sich ein Typ und ein Antityp eruieren mit einem Wert für die Gesamttabelle von Chi<sup>2</sup> = 27.12 (N = 733, p<0.05):

- überzufällig viele abstinente männliche Gewohnheitstrinker;
- überzufällig wenige weibliche Gewohnheitstrinker mit Rückfall.

abzuklären. Ob geschlechtsspezifisch konzipierte Therapiekomponenten eine Optimierung der Abstinenzquoten bewirken könnten, müssen gezielte Untersuchungen erst beantworten.

Werden suchtspezifische Subgruppen über typische TAI-Profile gebildet, zeigt sich in der klassischen-konservativen Erfolgsschätzung mit den Kategorien der „Abstinenten“ und der „Rückfälligen“ (= gesichert und vermutet Rückfällige) der Typ der abstinenten Gewohnheitstrinker als im Trend überrepräsentiert. Diese Personen gehören gemeinsam mit den als „Leugnern“ klassifizierten Patienten zu den 30%, die zu Beginn der Behandlung als „krankheitsuneinsichtig“ bewertet wurden. Sie weisen im Unterschied zu den „Leugnern“ allerdings keine erhöhte Häufigkeit in bezug auf eine vorzeitige Beendigung der Therapie auf. Gewohnheitstrinker haben mit über 70% auch die höchste Antwortquote in der katamnesticen Befragung. Da die klassische Erfolgsbewertung durchaus beeinflusst ist von der Höhe des Rücklaufs, weil die Rate der vermutet Rückfälligen in die Gesamtkategorie der „Rückfälligen“ eingeht, moderiert die hohe Antwortquote den „Erfolg“ der Gewohnheitstrinker. Im Hinblick auf die hohe soziale Anpassungsfähigkeit der Gewohnheitstrinker ist ebenfalls zu hinterfragen, inwieweit die Aussagen dieser Patienten zu ihrem Konsumstatus als valide einzuschätzen sind. Oder ist diese Anpassungsfähigkeit auch im positiven Sinne derart zu begreifen, daß diese Patienten am meisten von der im Programm dominierenden Gruppenpsychotherapie profitieren können? Es wäre interessant, hier Kreuzvalidierungen der Angaben durch Fremdkatamnesen oder über persönliche Befragungen vorzunehmen. Werden drei Effizienzkatamnesen (rückfällig, ohne Information, abstinent) zugrunde gelegt, ergibt sich im übrigen kein verändertes Bild.

Unter Einbeziehung des Merkmals „Geschlecht“ sind in den Konfigurationsfrequenzanalysen sowohl für zwei als auch für drei Effizienzkatamnesen die männlichen abstinenten Gewohnheitstrinker deutlich überrepräsentiert. Dieser Effekt schlägt nicht auf die Effizienzquote der Männer als Gesamtgruppe durch, obwohl nur sehr wenige Frauen der Gruppe der Gewohnheitstrinker zugeordnet wurden. Dies mag unter anderem in der insgesamt eher geringen Anzahl von Gewohnheitstrinkern begründet sein (etwa 11% der Männer und 4% der Frauen). Einen weiteren Typ im statistischen Sinne bilden die Frauen, die als umfassend gestörte Alkoholiker bewertet wurden und die keine katamnesticen Informationen an die Klinik zurückgaben. Frauen sind bezüglich dieses Typs statistisch überzufällig häufig vertreten (etwa 11% der Frauen

im Vergleich zu etwa 6% der Männer). Weder die umfassend gestörten Alkoholiker als Subgruppe noch die Untergruppe der Frauen weisen jedoch eine niedrigere Antwortquote auf, so daß hier die Kombination der Merkmale „weiblich, umfassend gestörter Alkoholiker, ohne katamnestiche Information“ zum Tragen kommt. Die im Vergleich zu den anderen TAI-Typen erhöhte Therapieabbruchquote bei umfassend gestörten Alkoholikern erscheint hier in einem anderen Licht, haben doch Frauen in der gesamten Probandengruppe keine statistisch abgesicherte höhere Abbruchwahrscheinlichkeit als Männer.

Analysiert man die Untergruppen der Männer und Frauen getrennt hinsichtlich der Merkmale „TAI-Typ“ und „Effizienzkatamnesen“, so lassen sich für Frauen – sowohl bei Zuordnung in zwei als auch drei Effizienzkatamnesen – keine statistisch nachweisbaren Typen oder Antitypen ermitteln. Für die Männer ergibt sich nur bei der klassisch-konservativen Effizienzschätzung mit den Kategorien „(gesichert und geschätzt) rückfällig“ und „abstinent“ der statistisch bedeutsame Typ des abstinenten Gewohnheitstrinkers, der in allen vorherigen Analysen ebenfalls auftritt.

Zur Bewertung katamnesticer Befunde spielt es demnach eine nicht unerhebliche Rolle, ob die Subgruppen von Männern und Frauen getrennt analysiert werden. Bestimmte Zusammenhänge sind erst in Abhängigkeit vom Geschlecht nachweisbar, andere werden durch die Einbeziehung des Merkmals Geschlecht eher verdeckt. Durch die Einbeziehung suchtspezifischer Variablen – hier praktiziert am Beispiel der TAI-Typisierung – und die Verwendung von zwei bzw. drei Effizienzkriterien bezüglich des Konsumstatus von Suchtmitteln werden die statistischen Befunde moderiert. Inwieweit die Verknüpfung von Befunden am Therapieanfang mit katamnestic erhobenen Informationen eine sinnvolle ist, bedarf der Diskussion. Möglicherweise zeigen sich für die klinische Umsetzbarkeit weit ergiebiger Zusammenhänge, wenn Therapieausgangsdaten als prognostische Merkmale für dann auch multiple Erfolgskriterien herangezogen werden. Die Höhe der Rücklaufquoten für katamnestiche Fragebögen und die Charakterisierung der Untergruppe der Nichtantworter sind ebenfalls bedeutsam für die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse.

Jeder der hier beispielhaft angeführten Befunde kann in bezug auf bestimmte Ausgangsfragestellungen von Wert sein. Es ergeben sich allerdings ebenso spezifische Angriffspunkte je nach Analyseebene und Interpretationszusammenhang. Die vorliegende Studie verdeutlicht, daß die Aufspit-

tung einer Probandengruppe sorgfältig begründet sein muß und die Ableitungen aus berichteten Effizienzquoten zu relativieren sind. Im Hinblick auf die verschiedenen Funktionen, die Katamnesen im Bereich von Entwöhnungsbehandlungen zu erfüllen haben, sollten die Ausgangsfragestellungen, die Zielgruppen sowie die Verwertungszusammenhänge für Befunde jeweils dokumentiert sein. Auch wenn eine inhaltliche Hypothesenformulierung und -überprüfung in der vorliegenden Arbeit nicht erfolgte, ergeben sich aus diesem „spielerisch-explorativen“ Vorgehen einige interessante Anregungen für zukünftigen Untersuchungen.

## Zusammenfassung

Effizienzüberprüfungen im Bereich der Rehabilitation Alkoholabhängiger können eine Reihe von Funktionen erfüllen, so etwa die Dokumentation der Wirksamkeit therapeutischer Programme, deren Optimierung durch Weiterentwicklung auf z.B. Programm-, Mitarbeiter- oder Zuweisungsebene oder der Zugewinn von Erkenntnissen bezüglich wissenschaftlicher Konstrukte. Die Auswahl von Analyseebene und Stichprobenszusammensetzung moderiert wesentlich die statistischen Ergebnisse und damit die inhaltlichen Schlußfolgerungen aus katamnesticen Daten. Die undifferenzierte Angabe von katamnesticen Quoten ist wenig aufschlußreich. Die eingangs formulierte Forderung nach einer hypothesengeleiteten und zielgruppenorientierten Planung und Umsetzung katamnesticer Untersuchungen wird durch die Befunde der vorliegenden Studie unterstützt.

## Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e.V. (Hrsg.). (1985). *Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie e.V. (Hrsg.). (1992). *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Funke, W. (1990). *Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus*. Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, 2 (1).
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. und Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Institut für empirische Soziologie (Hrsg.). (1988). *Langzeituntersuchungen über die Effektivität der Kurzzeitbehandlungen für Abhängigkeitskranke* (Zweiter Sachstandsbericht. Anhang X „Katamnesticbogen“). Nürnberg: Institut für empirische Soziologie (Forschungsbericht).
- Institut für empirische Soziologie (Hrsg.). (1992). *Langzeituntersuchungen über die Effektivität der Kurzzeitbehandlungen für Abhängigkeitskranke* (Siebter Sachstandsbericht). Nürnberg: Institut für empirische Soziologie (Forschungsbericht).
- Klein, M. (1992). *Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale*. Bonn: Nagel.
- Krauth, J. (1983). Typenanalyse. In J. Bredenkamp und H. Feger (Hrsg.), *Strukturierung und Reduzierung von Daten* (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B Methodologie und Methoden, Serie I: Forschungsmethoden der Psychologie, Band 4, S. 440-496). Göttingen: Hogrefe.
- Krauth, J. und Liener, G.A. (1973). *Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin*. Freiburg: Alber.
- Liener, G.A. (1978). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. (Bd. II, 2. Aufl.). Meisenheim am Glan: Hain.
- Zivich, J.M. (1981). Alcoholic subtypes and treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 72-80.