

Thomas Kuder

Negative Affektivität
und vorzeitige Therapiebeendigung
bei Drogenabhängigen

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sozialwissenschaften

in der Fakultät

für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

2003

Gedruckt mit Genehmigung
der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter:	Prof. Dr. Martin Hautzinger
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Gerhard Buchkremer
Dekan:	Prof. Dr. Andreas Boeckh
Tag der mündlichen Prüfung:	21. Juli 2003

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
2	Die vorzeitige Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen	8
2.1	Definition	8
2.2	Häufigkeit vorzeitiger Therapiebeendigung und zeitlicher Verlauf 10	
2.2.1	Häufigkeit vorzeitiger Therapiebeendigung	11
2.2.2	Zeitlicher Verlauf der vorzeitigen Therapiebeendigung.....	13
2.3	Vorzeitige Therapiebeendigung und Behandlungserfolg.....	14
2.3.1	Therapieabbruch und Behandlungserfolg	15
2.3.2	Verweildauer in der Therapie und Behandlungserfolg.....	16
2.4	Klientenmerkmale und ihr Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung.....	19
2.4.1	Soziodemographische Variablen	19
2.4.2	Drogenkarriere	21
2.4.3	Legalität	23
2.4.4	Behandlungsgeschichte.....	24
2.4.5	Stellenwert der Klientenmerkmale	25
2.5	Erfolgversprechende Klientenmerkmale	27
3	Suchterkrankungen und psychiatrische Symptomatik.....	31
3.1	Epidemiologische Befunde	31
3.2	Gemeinsamkeiten von Affektiven Störungen und Angststörungen 34	
3.2.1	Tripartite Model of Anxiety and Depression	36
3.2.2	Negativer Affekt und Negative Affektivität	37
3.3	Negativer Affekt und Substanzabhängigkeit	41
3.3.1	Negativer Affekt und Drogengebrauch.....	41
3.3.2	Negativer Affekt und Craving	43
3.4	Negativer Affekt und Therapieabbruch	44
4	Ableitung der Fragestellung und Hypothesen	54
5	Methode	59
5.1	Stichprobe	59
5.2	Design der Untersuchung.....	60
5.3	Behandlungseinrichtungen.....	61
5.3.1	Bebenhäuser Klosterhof.....	61
5.3.2	Bläsiberg	62
5.4	Meßinstrumente	63
5.4.1	Basisdokumentation (BADO).....	63
5.4.2	Symptom-Check-List (SCL-90-R).....	63
5.4.3	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	65
5.4.4	State-Trait-Angstinventar (STAI).....	65
5.5	Ablauf der Untersuchung	67
5.6	Datenanalyse	68
6	Ergebnisse.....	70
6.1	Modus der Therapiebeendigung	70
6.2	Therapieeinrichtungen	70
6.3	Basisdaten	71

6.3.1	Geschlecht.....	71
6.3.2	Alter	72
6.4	Familie, Partnerschaft und Wohnen.....	73
6.4.1	Familienstand.....	73
6.4.2	Partnerschaft	74
6.4.3	Kinder	76
6.4.4	Wohnsituation.....	77
6.5	Bildung und Erwerbstätigkeit	78
6.5.1	Schulbildung	78
6.5.2	Berufsausbildung	80
6.5.3	Qualifikationsniveau.....	82
6.5.4	Erwerbstätigkeit	84
6.6	Finanzielle Situation	86
6.6.1	Schulden	86
6.7	Legalität	87
6.7.1	Finanzquellen.....	87
6.7.2	Anzahl ergangener Urteile	89
6.7.3	Zeit in Haft.....	91
6.7.4	Therapieauflage zum Zeitpunkt der Aufnahme	93
6.8	Drogen	95
6.8.1	Abhängigkeit oder Mißbrauch von mehreren Substanzen.....	95
6.8.2	Art der Hauptdroge	97
6.8.3	Aktueller Gebrauch weicher Drogen	99
6.8.4	Aktueller Gebrauch harter Drogen.....	100
6.8.5	Alter beim Erstkonsum weicher Drogen.....	102
6.8.6	Alter beim Erstkonsum harter Drogen.....	102
6.9	Behandlungsgeschichte.....	104
6.9.1	Substitutionstherapie.....	104
6.9.2	Substitution direkt vor Therapiebeginn	105
6.9.3	Entwöhnungstherapie.....	107
6.10	Negative Affektivität	108
6.10.1	Negative Affektivität	109
6.10.2	Depressivität	111
6.10.3	Ängstlichkeit.....	112
6.10.4	Psychische Symptombelastung	114
7	Diskussion.....	116
	Literatur	132
	Verzeichnis der Tabellen.....	142
	Anhang.....	149
	Danksagung	151

1 Einleitung

Seit geraumer Zeit wird im Gesundheitswesen aufgrund der knapper werdenden Mittel eine intensive Debatte über Qualitätssicherung und evidenzbasierte Behandlung geführt. Von diesen Entwicklungen ist auch die Rehabilitationsbehandlung von Drogenabhängigen nicht ausgenommen. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht hierbei neben den hohen Rückfallquoten nach einer Behandlung der hohe Anteil der vorzeitigen Therapiebeendigungen. Beide Punkte hängen eng zusammen. Die reguläre Beendigung einer Therapie war nämlich in einer Metaanalyse von Roch, Küfner, Arzt, Böhmer und Denis (1992), unabhängig von der Art der Therapie und den Klientenmerkmalen, mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,36$ die Variable mit dem höchsten Zusammenhang mit dem langfristigen Therapieerfolg. Allerdings beendeten gemäß dieser Metaanalyse nur 20 % bis 25 % der Drogenabhängigen in einer stationären Entwöhnungsbehandlung die Behandlung regulär. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen in einer früheren Übersichtsarbeit auch Baekeland und Lundwall (1975): Bei ambulanten Entgiftungstherapien lag die Abbruchquote bei 26 % bis 68,6 %, bei stationären Entgiftungstherapien bei 23 % bis 39 % und bei Entwöhnungsbehandlungen sogar bei 82 % bis 88,2 %. Auch Stark (1992) berichtete in seiner Übersichtsarbeit, daß in der Mehrheit der von ihm betrachteten Untersuchungen über 50 % der Klienten die Behandlung innerhalb des ersten Behandlungsmonats vorzeitig beendete.

Aufgrund des Zusammenhangs zwischen regulärer Beendigung der Therapie und langfristigem Therapieerfolg wäre es hilfreich, mehr darüber zu wissen, wie sich diejenigen Klienten, welche eine Therapie vorzeitig beenden, von denjenigen Klienten unterscheiden, die die Behandlung planmäßig zu Ende führen. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, für besonders gefährdete Klienten geeignete Interventionen zu entwickeln, die eine vorzeitige Therapiebeendigung verhindern oder zumindest verzögern könnten. Ähnliche Intentionen verfolgte das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem Projekt „Vergleichende klinische Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen“ (Antragsteller: A. Günthner, T. Bader, K. Mann & G. Buchkremer), in dessen Rahmen die vorliegende Arbeit erstellt wurde. Dieses Projekt war innerhalb des Förderschwer-

punkts „Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit“ genehmigt worden (Teilprojekt 01, BMBF-Förderkennzeichen 01EB 9420/4) und hatte eine Laufzeit von fünf Jahren. Die wissenschaftliche Leitung lag bei der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Eberhard-Karls-Universität Tübingen (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. G. Buchkremer, federführende Projektleitung: Dr. A. Günthner); die Felduntersuchungen wurden in mehreren Einrichtungen der Drogenhilfe Tübingen e. V. (Leitung: Dipl.-Psych. T. Bader) durchgeführt.

Durch das Projekt sollte unter anderem mehr über die Faktoren in Erfahrung gebracht werden, die den Therapieerfolg und insbesondere die vorzeitige Therapiebeendigung der Klienten bestimmen. Hier setzt auch die vorliegende Arbeit an, die zwei Ziele verfolgt. Zum einen soll ein Überblick über bisherige Forschungsbefunde zur vorzeitigen Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen gegeben werden. Hierbei steht insbesondere deren Zusammenhang mit verschiedenen Klientenmerkmalen und die Replikation von bisherigen Forschungsergebnisse im Vordergrund. Zum anderen wird hergeleitet, warum ein alternatives Klientenmerkmal, nämlich das Ausmaß der Negativen Affektivität, einen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung aufweisen sollte. Diese Hypothese wird ebenfalls empirisch geprüft. Diesen beiden Zielsetzungen folgt auch der inhaltliche Aufbau der Arbeit.

Im folgenden zweiten Kapitel werden zunächst Probleme und Schwierigkeiten bei der Definition der vorzeitigen Therapiebeendigung dargestellt. Anschließend wird der Anteil der vorzeitigen Therapiebeendigungen für verschiedene Behandlungsmodalitäten und der zeitliche Verlauf dieser vorzeitigen Therapiebeendigungen referiert. Auch auf den Zusammenhang der vorzeitigen Therapiebeendigung beziehungsweise der Verweildauer in der Therapie mit dem Behandlungserfolg wird eingegangen. Daran schließt sich eine Übersicht über die empirischen Befunde für diejenigen Klientenmerkmale an, deren Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung bisher am häufigsten untersucht wurde. Mögliche Ursachen des geringen Zusammenhangs zwischen den bisher untersuchten Klientenmerkmalen und der vorzeitigen Therapiebeendigung werden diskutiert. Eine mögliche Alternative zu den bisher häufig untersuchten Klientenmerkmalen wird skizziert. Im dritten Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und psychiatrischer Symptomatik

dargestellt. Ausgehend von epidemiologischen Befunden zur Komorbidität von Suchterkrankungen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wird das Tripartite Model of Anxiety and Depression von Clark und Watson (1991a) eingeführt. Gemäß diesem Modell ist die Gemeinsamkeit von Affektiven Störungen und Angststörungen das Erleben von Negativem Affekt. Negativer Affekt kann dabei als Zustand oder als Disposition, dann als Negative Affektivität bezeichnet, betrachtet werden. Die Variable Negativer Affekt steht im Mittelpunkt der weiteren Betrachtungen, in denen herausgearbeitet wird, warum gerade für diese Variable ein Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung erwartet wird. Das vierte Kapitel faßt die Überlegungen des zweiten und dritten Kapitels zusammen und schließt mit der Fragestellung der Untersuchung und den Hypothesen ab. Das fünfte Kapitel ist der Methode der Untersuchung gewidmet. Hier werden das Design der Untersuchung, die verwendeten Instrumente, der Ablauf der Untersuchung und das Vorgehen bei der Datenanalyse dargestellt. Die Ergebnisse werden im sechsten Kapitel berichtet. Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und Vorschläge für zukünftige Forschungsstrategien gemacht.

2 Die vorzeitige Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen

In fast allen Bereichen der Medizin und Psychotherapie sind vorzeitige Beendigungen einer Therapie zu beobachten (Baekeland & Lundwall, 1975; Vollmer, 1991). Wissenschaftliche Beachtung fand das Problem in der Inneren Medizin und vor allem in der Psychiatrie (Baekeland & Lundwall, 1975), wahrscheinlich weil bei den dort häufig vorliegenden chronischen Krankheitsbildern der Compliance eine besondere Rolle zukommt. Insbesondere bei der Behandlung von Substanzabhängigen ist die vorzeitige Therapiebeendigung ein zentrales Problem und wurde deshalb bei dieser Klientengruppe am häufigsten untersucht (Vollmer, 1991).

2.1 Definition

In der empirischen Forschung mit Drogenpatienten gibt es bislang keine Einigkeit darüber, wann eine Therapiebeendigung als vorzeitig zu bezeichnen ist. Häufig wurde eine vorzeitige Therapiebeendigung durch den Vergleich der tatsächlichen mit der geplanten Behandlungsdauer definiert. Eine Therapie wurde dann als vorzeitig beendet betrachtet, wenn die geplante Behandlungsdauer nicht erreicht worden war (Roch et al., 1992). Alternativ dazu wurde eine vorzeitige Beendigung oft auch durch Therapeutenurteil definiert. Eine Therapie galt dann als nicht regulär beendet, wenn der Therapeut eine Weiterführung der Therapie für notwendig gehalten hatte. Dabei wurden die Kriterien, nach denen der Therapeut diese Einschätzung vorgenommen hatte, in den Studien meist nicht genannt (Vollmer, 1991). Zudem ist die Objektivität, Reliabilität und Validität dieser Therapeutenurteile fraglich. Verschiedene Therapeuten eines Klienten können beispielsweise unterschiedlicher Meinung darüber sein, ob eine Weiterführung der Therapie notwendig ist oder nicht (Vollmer, 1989; Vollmer, 1991).

Eine vorzeitige Therapiebeendigung in einer Einrichtung kann viele Ursachen haben (Roch et al., 1992; Vollmer, 1991). Wenn beispielsweise ein Klient zur Weiterbehandlung in eine andere Einrichtung verlegt wird, wird dieser Klient

in der Statistik der entlassenden Einrichtung häufig als vorzeitiger Therapiebeender geführt. Sehr viel häufiger liegt aber einer vorzeitigen Therapiebeendigung ein Therapieabbruch durch den Klienten oder eine disziplinarische Entlassung zugrunde.

Zwischen und innerhalb der Einrichtungen muß mit starken Schwankungen der Anteile der einzelnen Ursachenkategorien gerechnet werden. So kommt es beispielsweise in einigen Einrichtungen bei Verstößen gegen die Hausordnung zu disziplinarischen Entlassungen, in anderen nicht (Vollmer, 1991). Deshalb können die Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung zweier Einrichtungen nicht ohne weiteres verglichen werden. Aber auch innerhalb einer Einrichtung sind die Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung über die Zeit hinweg nicht ohne weiteres zu vergleichen. Denn auch wenn in einer Einrichtung Verstöße gegen die Hausordnung eigentlich zu einer disziplinarischen Entlassung führen, wird diese Konsequenz nicht in jedem Einzelfall gezogen.

Neben diesen Unterschieden, die durch unterschiedliches Vorgehen in den einzelnen Einrichtungen oder innerhalb einer Einrichtung zu verschiedenen Zeitpunkten entstehen, wird der Vergleich der Abbruchquoten auch durch verschiedene Definitionen für den Therapieabbruch erschwert. So wurde in einigen Studien Therapieabbruch nur als Therapiebeendigung durch den Klienten verstanden, in anderen Studien wurde auch eine disziplinarische Entlassung unter Abbruch eingeordnet (Roch et al., 1992). Studien, die zwischen Therapieabbrüchen durch die Klienten und disziplinarischen Entlassungen unterschieden, zeigten daß Abbrüche durch Klienten häufig zu Beginn der Therapie stattfanden. Mit zunehmender Therapiedauer wurde dann eine disziplinarische Entlassung wahrscheinlicher (Herbst & Hanel, 1989; Vollmer, 1988). Bale et al. (1980) wiesen aber darauf hin, daß manche Klienten einer drohenden disziplinarischen Entlassung durch einen Therapieabbruch zuvorkommen. Die beiden Kategorien disziplinarische Entlassung und Abbruch durch den Klienten sind deshalb schwer zu trennen.

Die dargestellten Unterschiede bei der Definition der vorzeitigen Therapiebeendigung und die Unsicherheiten bei der Zuordnung einer konkreten vorzeitigen Therapiebeendigung zu einer Kategorie erschweren einen Vergleich der Abbruchquoten und Abbruchgründe zwischen verschiedenen Einrichtungen

und Studien. Auch der Vergleich über verschiedene Zeitpunkte innerhalb einer Einrichtung ist durch die mangelnde Reliabilität eher wenig aussagekräftig. Deshalb schlug Vollmer (1991) vor, bei der Therapiebeendigung die beiden Kategorien reguläre oder planmäßige Therapiebeendigung und vorzeitige Therapiebeendigung zu unterscheiden. Als regulär wird eine Therapiebeendigung betrachtet, wenn der Klient eine vor Beginn der Therapie festgelegte Mindesttherapiezeit in der Einrichtung verbracht hat oder die vor Beginn der Therapie definierten Kriterien für einen regulären Abschluß erfüllt. Eine vorzeitige Therapiebeendigung liegt hingegen vor, wenn die Behandlung beendet wird, bevor der Klient die Mindesttherapiezeit in der Einrichtung verbracht hat oder der Klient die definierten Kriterien für einen regulären Abschluß nicht erfüllt. Natürlich können beide Vorgehensweisen auch kombiniert werden. So kann etwa eine Mindesttherapiezeit festgelegt werden, vor deren Ablauf eine reguläre oder planmäßige Therapiebeendigung nicht möglich ist. Nach Ablauf dieser Mindesttherapiezeit wird der Klient als regulärer Beender klassifiziert, wenn er die Kriterien für einen regulären Abschluß erfüllt, und als vorzeitiger Beender, wenn er die Kriterien nicht erfüllt.

2.2 Häufigkeit vorzeitiger Therapiebeendigung und zeitlicher Verlauf

Im vorhergehenden Abschnitt wurde deutlich, daß aufgrund der verschiedenen Definitionen und Kriterien die Quoten vorzeitiger Therapiebeendigung zwischen verschiedenen Studien und Einrichtungen nur eingeschränkt vergleichbar sind. Auf weitere methodische Probleme, die den Vergleich von Studienergebnissen erschweren, wiesen auch die Autoren von drei Übersichtsarbeiten hin (Baekeland & Lundwall, 1975; Roch et al., 1992; Stark, 1992). So wurden bei den in den Übersichtsarbeiten berücksichtigten Studien beispielsweise unterschiedliche Berechnungsalgorithmen für die Ermittlung der Abbruchquoten verwendet. Häufig waren in den einzelnen Studien auch die Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach Therapiebeginn berechnet worden. Problematisch ist ein Vergleich auch immer dann, wenn in den verglichenen Einrichtungen unterschiedliche Aufnahme- und Entlassungskriterien angewendet werden. Diese können nämlich dazu führen, daß

sich die untersuchten Populationen zweier Studien stark unterscheiden (Vollmer, 1991).

Trotz dieser Probleme versuchten Roch et al. (1992) in einer Metaanalyse einen quantitativen Überblick über die empirische Literatur zur vorzeitigen Beendigung von stationären Behandlungen bei Drogenabhängigen zu geben. Roch et al. integrierten Daten aus 54 deutsch- und 71 englischsprachigen Studien, die zwischen 1975 und 1991 publiziert wurden. Bei der Definition der regulären und vorzeitigen Therapiebeendigung orientierten sich Roch et al. an der Definition von Vollmer (1991) und faßten sowohl eine vorzeitige Beendigung durch den Klienten als auch durch die Therapieeinrichtung in der Kategorie vorzeitige Therapiebeendigung zusammen. Roch et al. berechneten auf Grundlage der von ihnen berücksichtigten Studien mittlere Quoten der regulären Therapiebeendigung für verschiedene Behandlungsmodalitäten und für Behandlungen mit kurzer, mittlerer und langer geplanter Therapiedauer. Sie versuchten zudem, durch die Berechnung von Abbruchquoten für verschiedene Zeitpunkte nach Beginn der Therapie einen Eindruck des zeitlichen Verlaufs der vorzeitigen Therapiebeendigungen zu erhalten. Die Ergebnisse beider Analysen werden in den folgenden Abschnitten dargestellt und durch Befunde aus anderen empirischen Arbeiten ergänzt.

2.2.1 Häufigkeit vorzeitiger Therapiebeendigung

Die durchschnittlichen Quoten der regulären Therapiebeendigung bei einer stationären Behandlung ermittelten Roch et al. (1992), indem sie ein mit dem Stichprobenumfang gewichtetes arithmetisches Mittel aus den Quoten von 37 Studien mit über 11000 Klienten bildeten. Aus diesen, von Roch et al. angegebenen Quoten der regulären Therapiebeendigung, errechnete dann der Verfasser die entsprechenden Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung, wie sie in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: *Quoten vorzeitiger Therapiebeendigung bei verschiedenen Formen der Behandlung (Quelle: Roch et al., 1992; Eigene Berechnungen).*

Art der Behandlung	Anzahl Studien	Anzahl Studien- teilnehmer	Quote vorzeitiger Therapiebeendigung
Stationäre Behandlung gesamt	37	11904	79,7 %
nur Therapeut. Gemeinschaften	33	11503	80,1 %
nur Klinikstationen	4	401	69,2 %

Im Schnitt beendeten 79,7 % der Klienten eine stationäre Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft oder auf einer Klinikstation vorzeitig. Auffällig ist, daß die Quote der vorzeitigen Therapiebeender in Klinikstationen mit 69,2 % deutlich niedriger lag als in Therapeutischen Gemeinschaften, die im Schnitt auf 80,1 % vorzeitige Therapiebeender kamen. Ursache hierfür könnte der geringe Stichprobenumfang von nur vier Studien bei den Klinikstationen sein.

Baekeland und Lundwall kamen in ihrer Übersichtsarbeit von 1975 auf ähnliche Zahlen: Bei ambulanten Entgiftungstherapien berichteten sie von 26 % bis 68,6 % Abbrechern, bei stationären Entgiftungstherapien von 23 % bis 39 % und bei Entwöhnungsbehandlungen sogar von 82 % bis 88,2 %.

Roch et al. (1992) berechneten auch für stationäre Therapien mit jeweils kurzer, mittlerer und langer Dauer eine mittlere Quote der regulären Therapiebeendigung. Wiederum wurde ein mit dem Stichprobenumfang gewichtetes arithmetisches Mittel aus den Quoten der berücksichtigten Studien gebildet. Aus diesen von Roch al. errechneten Quoten der regulären Therapiebeendigung ermittelte dann der Verfasser die entsprechenden Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: *Quoten vorzeitiger Therapiebeendigung bei einer stationären Behandlung, unterschieden nach geplanter Therapiedauer (Quelle: Roch et al., 1992; Eigene Berechnungen)*

Therapiedauer	Anzahl Studien	Anzahl Studienteilnehmer	Quote vorzeitiger Therapiebeendigung
Kurz (1 bis 5 Monate)	6	890	75,4 %
Mittel (6 bis 11 Monate)	7	624	71,9 %
Lang (12 Monate und länger)	19	7092	81,3 %

Die wenigsten vorzeitigen Beendigungen waren bei einer mittleren Therapiedauer zu beobachten: 71,9 % der Klienten beendeten eine Behandlung vorzeitig. Bei Therapien mit einer Dauer von einem bis fünf Monaten wurde die Therapie von 75,4 % der Klienten vorzeitig beendet. Dauerte eine Therapie planmäßig länger als zwölf Monate, beendeten 81,3 % der Klienten die Therapie vorzeitig. Somit gibt es, obwohl man dies vielleicht intuitiv vermuten würde, keinen einfachen linearen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und der Häufigkeit einer vorzeitigen Therapiebeendigung.

2.2.2 Zeitlicher Verlauf der vorzeitigen Therapiebeendigung

Um Aufschlüsse über den zeitlichen Verlauf der Abbrüche zu gewinnen, berechneten Roch et al. (1992) Quoten der vorzeitigen Therapiebeendigung für verschiedene Zeitpunkte nach dem Beginn der Therapie. Es zeigte sich, daß mit zunehmender Therapiedauer der Anteil der Klienten, die nicht mehr in Therapie waren, immer größer wurde. Nach einem Monat lag der Anteil der vorzeitigen Beender mit 33,9 % bei ziemlich genau einem Drittel der Klienten. Nach drei Monaten hatten mit 54,8 % bereits mehr als die Hälfte der Klienten die Therapie vorzeitig beendet und nach sechs Monaten waren 70,5 % der Klienten nicht mehr in Therapie.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Simpson, Joe und Brown (1997) im Rahmen der Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), einer großen, landesweiten Studie in den USA mit mehreren tausend untersuchten Klienten. Sie berichteten, daß in stationären Langzeitbehandlungen die Hälfte der Klienten

92 Tage oder länger in Behandlung blieben. In ambulanten Entwöhnungsbehandlungen lag der Median der Aufenthaltsdauer bei 91 Tagen.

Etwas andere Zahlen nannte Stark (1992) in seiner Übersichtsarbeit. In der Mehrheit der von ihm betrachteten Untersuchungen beendeten über 50 % der Klienten die Behandlung schon innerhalb des ersten Behandlungsmonats vorzeitig.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, daß Roch et al. (1992) und Simpson et al. (1997) übereinstimmend zum Ergebnis kamen, daß nach etwa drei Monaten Therapiedauer die Hälfte der Klienten die Behandlung vorzeitig beendet hatte. Stark (1992) weicht von diesem Ergebnis ab. Da Roch et al. und Simpson et al. sehr große Fallzahlen berücksichtigt haben, sind ihre Ergebnisse vermutlich recht gute Schätzungen für die wirklichen Verhältnisse in der Population. Ursache für die abweichenden Ergebnisse von Stark ist wahrscheinlich eine verzerrte Auswahl der von ihm in seiner Übersichtsarbeit berücksichtigten Untersuchungen oder eine fehlende Gewichtung der Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen mit ihrem Stichprobenumfang.

2.3 Vorzeitige Therapiebeendigung und Behandlungserfolg

In der Literatur wurde ein linearer Zusammenhang zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und langfristigem Therapieerfolg im allgemeinen auf zwei Arten modelliert. Entweder wurde eine Korrelation zwischen der dichotomen Variablen vorzeitige versus reguläre Beendigung und dem langfristigen Therapieerfolg berechnet oder eine Korrelation zwischen der kontinuierlichen Variablen tatsächliche Therapiedauer und dem langfristigen Therapieerfolg. Dabei wurde der Therapieerfolg in den Studien meist anhand des Drogenverhaltens, der beruflichen und sozialen Integration und der Delinquenz beurteilt, die häufig zu einem globalen Erfolgsindex integriert wurden. Die Vorteile der dichotomen Modellierung liegen hauptsächlich in der Anschaulichkeit der beiden Ausprägungen vorzeitige und reguläre Therapiebeendigung, während die kontinuierli-

che Modellierung den Vorteil hat, daß die gesamte Varianz der Therapiedauer bei der Analyse berücksichtigt wird.

2.3.1 Therapieabbruch und Behandlungserfolg

Die Quote der regulären Therapiebeender in einer Therapieeinrichtung zur Behandlung von Substanzabhängigen wird häufig als wichtiges Kriterium herangezogen, wenn der Erfolg einer Einrichtung beurteilt wird. Grundlage für dieses Vorgehen ist die Annahme, daß die reguläre Beendigung einer Therapie einen hohen Zusammenhang mit dem langfristigen Therapieerfolg hat. Ob diese Annahme tatsächlich gerechtfertigt ist, haben Roch et al. (1992) in ihrer Metaanalyse empirisch überprüft. Datengrundlage für diese Fragestellung waren elf Untersuchungen. Zehn der elf Studien zeigten einen auf 5 %-Niveau signifikanten positiven Zusammenhang zwischen regulär beendeter Therapie und langfristigem Therapieerfolg. Auch die Untersuchung, in der kein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde, zeigte einen Trend in dieselbe Richtung. Dabei lagen die langfristigen Erfolgsquoten in den Studien für die regulären Therapiebeender zwischen 36 % und 94 % und für die Therapieabbrecher zwischen 14 % und 56 %. Acht der elf Studien enthielten ausreichende statistische Angaben für eine metaanalytische Auswertung. Die Metaanalyse ergab einen Zusammenhang von $r = 0,36$ zwischen regulärer Therapiebeendigung und Behandlungserfolg. Den relativen Therapieerfolg der Gruppe der vorzeitigen Beender ermittelten Roch et al., indem sie den Anteil der erfolgreich behandelten vorzeitigen Beender durch den Anteil der erfolgreich behandelten regulären Beender dividierten. Es zeigte sich, daß die vorzeitigen Beender im Durchschnitt 50 % des Therapieerfolgs der regulären Beender erzielten, wobei die Quote für die einzelnen Studien zwischen 20 % und 79 % lag.

Eine reguläre Beendigung einer Therapie ist somit mit einer Effektstärke von $r = 0,36$ und einer erklärten Varianz von etwa 13 % ein zufriedenstellender Prädiktor für den langfristigen Behandlungserfolg. Allerdings ist eine reguläre Beendigung einer Therapie keine notwendige Voraussetzung für einen positiven Langzeitverlauf. Auch bei vielen vorzeitigen Beendern war ein positiver Langzeitverlauf zu beobachten; allerdings erzielten sie im Mittel nur 50 % des langfristigen Therapieerfolgs der regulären Beender.

2.3.2 Verweildauer in der Therapie und Behandlungserfolg

Roch et al. (1992) untersuchten in ihrer Metaanalyse auch den Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem langfristigen Behandlungserfolg. Alle acht berücksichtigten Studien zeigten einen positiven Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Behandlungserfolg. In sechs der acht Studien waren ausreichende statistische Angaben gemacht worden, so daß sie in die metaanalytische Auswertung einbezogen werden konnten. Es ergab sich ein Zusammenhang von $r = 0,30$ zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Behandlungserfolg.

Eine noch genauere Analyse des Zusammenhangs zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Behandlungserfolg wurde von der Arbeitsgruppe um Simpson (Simpson, 1979, 1981; Simpson, Savage & Lloyd, 1979) für zwei Stichproben mit 2178 beziehungsweise 1496 Klienten vorgenommen. Alle Klienten wurden im Rahmen des Drug Abuse Treatment Program in verschiedenen Behandlungseinrichtungen in den USA und Puerto Rico behandelt. Sowohl für Klienten, die mit Methadon behandelt wurden, als auch für Klienten in Therapeutischen Gemeinschaften und ambulanten Entwöhnungstherapien war ein linearer Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Therapieerfolg zu beobachten. Allerdings galt diese lineare Beziehung nur bei einer tatsächlichen Therapiedauer von mehr als 90 Tagen. Bei einer tatsächlichen Therapiedauer von 90 Tagen oder weniger zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Untergruppen von Klienten mit unterschiedlicher Verweildauer in der Therapie. Zudem war bei einer tatsächlichen Therapiedauer von 90 Tagen oder weniger der Therapieerfolg nach einem Jahr nicht signifikant verschieden vom Therapieerfolg von Klienten, die nur eine kurze ambulante Entgiftungsbehandlung oder überhaupt keine Behandlung erhalten hatten. Hingegen war der Therapieerfolg von Klienten mit mehr als 90 Tagen Behandlung signifikant besser als der von Klienten mit einer Therapiedauer von 90 Tagen oder weniger. Somit scheint eine Mindestbehandlungsdauer von etwa drei Monaten notwendig zu sein, damit sich überhaupt ein Therapieerfolg einstellt. Nach diesen drei Monaten besteht dann eine kontinuierliche lineare Beziehung zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Thera-

pieerfolg. Wiederum war der Therapieerfolg von Klienten in Therapeutischen Gemeinschaften und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, welche die Behandlung planmäßig beendet hatten, besser als der von Klienten, die disziplinarisch entlassen wurden oder die die Behandlung von sich aus abgebrochen hatten. Diese Unterschiede blieben auch statistisch bedeutsam, wenn die tatsächliche Therapiedauer und der Status des Opioidgebrauchs des Klienten statistisch kontrolliert wurden.

Im Rahmen der schon oben erwähnten Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) konnte von Simpson et al. (1997) nochmals empirisch bestätigt werden, daß Klienten von stationären Langzeitprogrammen, die sich drei Monate oder länger in Behandlung befanden, signifikant bessere Ergebnisse in allen wichtigen Verhaltensbereichen erzielten als Klienten mit einer Verweildauer von weniger als drei Monaten. Allerdings konnte dieser Unterschied für ambulante Klienten nicht bestätigt werden. Die Autoren wiesen aber darauf hin, daß der Befund für die ambulanten Programme aufgrund von Stichprobenproblemen fragwürdig ist und deshalb mit Vorsicht betrachtet werden muß.

Auch Stark (1992) berichtete in seiner Übersichtsarbeit, daß frühe Therapieabbrecher bei katamnestischen Untersuchungen ähnliche Ergebnisse wie unbehandelte Klienten zeigten.

Zusammenfassend läßt sich also ein linearer Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem katamnestischen Therapieerfolg feststellen. Die Effektstärke dieses Zusammenhangs liegt bei $r = 0,30$. Dies bedeutet, daß 9 % der Varianz des katamnestischen Therapieerfolgs durch die Verweildauer in der Therapie erklärt werden kann. Allerdings wird dieser lineare Zusammenhang erst nach etwa drei Monaten Mindesttherapiedauer wirksam. Klienten, die weniger als drei Monate Therapie erhalten haben, unterscheiden sich in ihrem katamnestischen Therapieerfolg nicht von Personen, die keine Behandlung oder nur eine kurze ambulante Entgiftungsbehandlung erhalten haben. Zudem ist der langfristige Therapieerfolg von Klienten, die ihre Behandlung regulär beendet haben, bei gleicher Therapiedauer besser, als der von vorzeitigen Beendern.

Der ermittelte rechnerische Zusammenhang zwischen dem langfristigen Therapieerfolg und einer regulären Therapiebeendigung könnte eventuell noch erhöht werden, wenn die qualitative Variable reguläre versus vorzeitige Therapiebeendigung, die mit $r = 0,36$ den bisher höchsten Zusammenhang mit dem langfristigen Therapieerfolg zeigte, mit der kontinuierlichen Variable tatsächliche Therapiedauer kombiniert werden würde. Eine Möglichkeit der Kombination wäre beispielsweise, eine trichotome Variable mit den Kategorien Frühabbruch, Spätabbruch und reguläre Beendigung einzuführen und diese in Beziehung zum langfristigen Therapieerfolg zu setzen. Durch diese trichotome Variable könnten die Abbrecher nochmals in zwei, in sich homogenere Gruppen aufgeteilt werden. Hierbei könnten alle Klienten mit einer tatsächlichen Therapiedauer von 90 Tagen und weniger in der Gruppe der Frühabbrecher zusammengefaßt werden. Klienten mit einer tatsächlichen Therapiedauer von mehr als 90 Tagen und einer vorzeitiger Therapiebeendigung bildeten die Gruppe der Spätabbrecher. Durch diese Aufteilung der Abbrecher in Frühabbrecher und Spätabbrecher würde eine ordinale Variable mit den drei Stufen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender generiert, die neben der Verweildauer auch die qualitative Information einer regulären oder vorzeitigen Therapiebeendigung berücksichtigen würde. Grundlage dieser Einteilung sind die oben dargestellten Befunde der Arbeitsgruppe um Simpson (Simpson, 1979, 1981; Simpson et al., 1979; Simpson et al., 1997). Diese Arbeitsgruppe konnte zum einen zeigen, daß sich Klienten mit einer tatsächlichen Therapiedauer von 90 Tagen und weniger katamnestisch nicht von unbehandelten Personen unterscheiden, während der katamnestische Therapieerfolg von Klienten mit mehr als 90 Tagen Behandlung signifikant besser war als der von Klienten mit einer Behandlungsdauer von 90 Tagen oder weniger. Ein weiterer Befund der Arbeitsgruppe war zudem, daß Klienten, die ihre Therapie regulär beendet hatten, einen besseren langfristigen Therapieerfolg erreichten als Personen, welche die Therapie vorzeitig beendeten, auch wenn die Einflüsse der tatsächlichen Verweildauer in der Therapie statistisch kontrolliert wurden.

2.4 Klientenmerkmale und ihr Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung

Es gibt eine Vielzahl von Studien, in denen versucht wurde, die für die vorzeitige Therapiebeendigung relevanten Klientenmerkmale zu identifizieren. Die bis 1974 vorliegenden angloamerikanischen Arbeiten werden von Baekeland und Lundwall in ihrer narrativen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1975 zusammenfassend dargestellt. Diese Arbeit wird durch Stark (1992) aktualisiert. Stark berücksichtigt vor allem Arbeiten von Mitte der 70er bis Anfang der 90er Jahre. Die methodisch anspruchvollste und deshalb aussagekräftigste Übersicht zum Therapieabbruch bei stationärer Drogentherapie ist die Metaanalyse von Roch et al. (1992). Die Autoren fassen zunächst die Ergebnisse der berücksichtigten Arbeiten in Strichlistenform zusammen. Dann werden die statistischen Kennwerte der Studien in Korrelationskoeffizienten umgerechnet und integriert. Da für einen Teil der in der Strichliste berücksichtigten Studien die für diese Umrechnung notwendigen statistischen Angaben fehlen, konnten diese Arbeiten bei der quantitativen Analyse nicht berücksichtigt werden. Die Arbeit von Roch et al. berücksichtigt im Gegensatz zu den beiden vorher genannten auch Originalarbeiten aus dem deutschen Sprachraum.

Im folgenden Abschnitt werden die Befunde dieser drei Übersichtsarbeiten von Baekeland und Lundwall (1975), Roch et al. (1992) und Stark (1992) für die vier Variablengruppen Soziodemographie, Drogenkarriere, Legalität und Behandlungsgeschichte dargestellt. Insgesamt unterscheidet sich die Einschätzung der Autoren der drei Übersichtsarbeiten relativ deutlich voneinander. Deshalb wird zunächst mit Hilfe der Arbeit von Roch et al., welche die methodisch anspruchvollste Arbeit ist und zudem die größte Datenbasis verwendet, ein Überblick gegeben. In einem zweiten Schritt wird dann versucht, für ausgewählte Variablen Erklärungen für die Widersprüche der drei Arbeiten zu finden.

2.4.1 Soziodemographische Variablen

Die Übersicht über die in der Literatur untersuchten Klientenmerkmale beginnt mit verschiedenen soziodemographischen Variablen, welche die am häufigsten

untersuchten Variablen im Zusammenhang mit Therapieabbruch sind (Baekeland & Lundwall, 1975; Roch et al., 1992; Stark, 1992).

Roch et al. (1992) belegten mit einer großen Datenbasis von bis zu 33 Untersuchungen zu einer Variable, daß die Forschungsergebnisse relativ widersprüchlich sind. In den meisten Untersuchungen gab es keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zwischen regulärer Therapiebeendigung beziehungsweise tatsächlicher Therapiedauer und den soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status, Schulbildung, Arbeitserfahrung, Beschäftigungssituation oder Sozialisation. Am häufigsten konnte noch ein Zusammenhang von Alter und regulärer Therapiebeendigung und Schulbildung und regulärer Therapiebeendigung nachgewiesen werden. Ältere Klienten beendeten in 33 % der Studien die Behandlung häufiger regulär. Bei der metaanalytischen Auswertung konnte zwar eine auf 5 %-Niveau signifikante positive Korrelation zwischen höherem Alter und regulärer Therapiebeendigung nachgewiesen werden, da aber keine Varianzhomogenität vorlag, kann das Ergebnis statistisch nicht eindeutig interpretiert werden. Höhere Schulbildung wies in 29 % der Studien einen Zusammenhang mit der regulären Beendigung der Therapie auf und war auch die einzige soziodemographische Variable, die statistisch eindeutig interpretierbar mit regulärer Therapiebeendigung korreliert war. Aber dieser Effekt war mit $r = 0,075$ und damit einer Varianzaufklärung von weniger als einem Prozent vernachlässigbar klein. Bei allen anderen oben genannten soziodemographischen Variablen war weder Varianzhomogenität noch eine auf 5 %-Niveau signifikante Effektstärke zu beobachten. Eine Ausnahme bildete die Variable Familienstand, deren Varianz homogen war.

Beakeland und Lundwall (1975) und Stark (1992) kamen in ihren Übersichtsartikeln bei einigen Variablen zu anderen Schlüssen als Roch et al. (1992). Allerdings sind beide Arbeiten wiederum nicht konsistent und berücksichtigen deutlich weniger Untersuchungen als die Arbeit von Roch et al. Besonders interessant sind die Unterschiede der drei Arbeiten bei der Variable Schulbildung, da dies die einzige Variable ist, für die Roch et al. einen eindeutig interpretierbaren Zusammenhang mit einer regulären Therapiebeendigung nachweisen konnten. Baekeland und Lundwall berichten übereinstimmend mit den Ergebnissen von Roch et al., daß in Methadonprogrammen eine höhere Schulbildung positiv

mit einer regulären Therapiebeendigung korreliert war. Stark kam hingegen zum Schluß, daß zwischen Schulbildung und regulärer Therapiebeendigung kein Zusammenhang besteht. Ursache dieses abweichenden Ergebnisses von Stark ist eine Verzerrung seiner Datenbasis. Stark berücksichtigte in seinem Übersichtsartikel nämlich ausschließlich Studien, in denen es keinen Zusammenhang zwischen Schulbildung und vorzeitiger Therapiebeendigung gab.

Auch beim Alter sind die drei Autorengruppen nicht konsistent. Baekeland und Lundwall (1975) kamen zum Schluß, daß es bei jüngeren Personen eher zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung kommt. Diese Schlußfolgerung ist konsistent mit dem Ergebnis von Roch et al. (1992). Stark (1992) berücksichtigte in seiner Übersichtsarbeit acht Studien, bei denen in einigen ein jüngeres Lebensalter mit höheren Abbruchraten verbunden war. Er war aber der Ansicht, daß die Ergebnisse insgesamt widersprüchlich seien und Alter deshalb keine wichtige Einflußvariable für die reguläre Beendigung einer Therapie sei.

Somit spricht die empirische Evidenz dafür, daß soziodemographische Variablen und vorzeitige Therapiebeendigung keinen Zusammenhang beziehungsweise nur einen Zusammenhang mit vernachlässigbar kleiner Effekstärke haben.

2.4.2 Drogenkarriere

Neben den im vorhergehenden Abschnitt dargestellten soziodemographischen Variablen wurden auch Variablen, die im Zusammenhang mit der Drogenkarriere stehen häufig untersucht (Baekeland & Lundwall, 1975; Roch et al., 1992; Stark, 1992).

Wiederum haben Roch et al. (1992) mit bis zu 15 Untersuchungen zu einer Variablen die größte Datenbasis. Wie schon bei den soziodemographischen Variablen sind die Ergebnisse auch im Bereich der Drogenkarriere widersprüchlich. In den meisten Untersuchungen gab es keinen Zusammenhang zwischen einer regulären Therapiebeendigung und der Art der Hauptdroge, der Dauer der Drogenabhängigkeit oder dem Einstiegsalter bei weichen und harten Drogen. Allerdings fanden Roch et al. bei zwei von vier Untersuchungen einen positiven Zusammenhang zwischen höherem Einstiegsalter beim Gebrauch von harten Drogen und einer regulären Therapiebeendigung. Für die harten Drogen konnte dieser Zusammenhang nicht metaanalytisch überprüft werden, da in den Studien keine ausreichenden quantitativen Informationen angegeben waren. Für

das Einstiegsalter beim Gebrauch von weichen Drogen wurde in 23 % der von Roch et al. berücksichtigten Studien ein positiver Zusammenhang zwischen höherem Einstiegsalter und regulärer Therapiebeendigung nachgewiesen. Für die weichen Drogen ergab die metaanalytische Auswertung weder Varianzhomogenität noch eine auf 5 %-Niveau signifikante Effektstärke. Bei der Variable Art der Hauptdroge hat sich in der Arbeit von Roch et al. ein Druckfehler eingeschlichen. Die tabellarische Darstellung und der Text widersprechen sich. Aus Plausibilitätsgründen wird davon ausgegangen, daß die Angabe im Text korrekt ist. In 40 % der Untersuchungen konnte ein negativer Zusammenhang zwischen Opiaten als Hauptdroge und einer regulären Therapiebeendigung nachgewiesen werden, was bedeutet, daß Klienten, die bevorzugt Opiate konsumieren, eine Therapie eher abbrechen als Klienten, deren Hauptdroge ein Nicht-Opiat ist. Allerdings ließen sich auch hier metaanalytisch weder Varianzhomogenität noch eine auf 5 %-Niveau signifikante Effektstärke nachweisen. Bei der Dauer der Drogenabhängigkeit kamen sowohl Roch et al. als auch Stark (1992) zum Schluß, daß es keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der Drogenabhängigkeit und einer regulären Therapiebeendigung gibt. Der Gebrauch von mehreren Drogen erhöhte sowohl nach Ansicht von Baekeland und Lundwall (1975) als auch von Stark das Risiko für eine vorzeitige Therapiebeendigung. So formuliert Stark ausdrücklich: "The fact that clients who use more drugs have higher attrition rates is true almost by definition and is overwhelmingly confirmed by the evidence" (1992, S. 102). Roch et al. haben diese Variable leider nicht in ihrer Arbeit berücksichtigt.

Somit haben auch bei den Variablen zum Drogengebrauch die meisten Variablen wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung. Ausnahmen könnten das Einstiegsalter beim Gebrauch von harten Drogen und ein multipler Drogengebrauch darstellen. Bei beiden Variablen stehen aber noch Metaanalysen aus, die genaueren Aufschluß geben könnten. Es könnten zudem für die eine oder andere Variable auch moderierende Variablen existieren, mit deren Hilfe sich Gruppen identifizieren ließen, für die dann möglicherweise ein Zusammenhang vorhanden wäre. Dies gilt insbesondere für die Variable Opiat als Hauptdroge, bei der bei Varianzheterogenität immerhin 40 % der Untersuchungen einen negativen Zusammenhang mit der regulären Therapiebeendigung fanden.

2.4.3 Legalität

Ein weiterer Bereich, der von vielen Untersuchungen abgedeckt wird, ist die Legalität (Roch et al., 1992). Hierzu gehört die kriminelle Vorgeschichte des Klienten, gerichtliche Auflagen, anhängige Verfahren und ähnliches. Der Zusammenhang der vorzeitigen Therapiebeendigung mit diesen Variablen wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

Auch bei den Variablen im Bereich der Legalität haben Roch et al. (1992) mit bis zu 22 Untersuchungen zu einer Variablen die größte Datenbasis. Wiederum waren die Ergebnisse widersprüchlich. Es war bei vielen Untersuchungen kein Zusammenhang zwischen einer regulären Therapiebeendigung oder der tatsächlichen Therapiedauer und den Variablen kriminelle Vorgeschichte oder Haftdauer nachzuweisen. Bei der Variable gerichtliche Auflagen und der Variable anhängige Verfahren oder ausstehende Haftstrafen konnte in 50 % beziehungsweise 40 % der Studien ein positiver Zusammenhang mit einer regulären Therapiebeendigung gefunden werden. Aber auch bei diesen Variablen ergab die metaanalytische Auswertung bei einem Signifikanzniveau von 5 % keine signifikante Effektstärke. Zudem waren die Varianzen heterogen.

Baekeland und Lundwall (1975) und Stark (1992) berücksichtigten im Bereich Legalität die beiden Variablen gerichtliche Auflagen und kriminelle Vorgeschichte in ihren Übersichtsarbeiten. Während Stark widersprüchliche Ergebnisse berichtete, kamen Baekeland und Lundwall zum Schluß, daß jugendliche Delinquenz und viele Verhaftungen vor Beginn der Behandlung die Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Therapiebeendigung erhöhen. Wie auch schon Roch et al. schätzten sowohl Stark als auch Baekeland und Lundwall die bisherigen Forschungsergebnisse zu der Variable gerichtliche Auflagen als widersprüchlich ein. Allerdings gab Stark zu bedenken, daß Klienten mit gerichtlicher Auflage wahrscheinlich mehr Drogen gebrauchen als Klienten ohne Auflage und somit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Therapiebeendigung bestehe. Auch Roch et al. gingen davon aus, daß Klienten mit Therapieauflage eine eher ungünstige Prognose haben und eher zum Therapieabbruch neigen. Wenn sich dann Klienten mit und ohne Auflagen in der Häufigkeit der vorzeitigen Beendigungen nicht unterscheiden, sollte eine gerichtliche Auflage die Wahrscheinlichkeit für eine reguläre Therapiebeendigung erhöhen.

Deshalb ist es durchaus möglich, daß ein Zusammenhang zwischen einer gerichtlichen Auflage und der regulären Beendigung der Therapie besteht.

2.4.4 Behandlungsgeschichte

Neben soziodemographischen Variablen, Variablen zur Drogenkarriere und zur Legalität beschäftigen sich Untersuchungen zur vorzeitigen Therapiebeendigung auch häufig mit der Behandlungsgeschichte des Klienten.

Roch et al. (1992) haben 21 Studien in ihre Übersicht einbezogen. In zwei Dritteln dieser Studien gab es keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der früheren Behandlungen und einer regulären Therapiebeendigung. In den restlichen Studien wurden praktisch gleichverteilt sowohl positive als auch negative Zusammenhänge nachgewiesen. Auch bei der metaanalytischen Auswertung war die Effektstärke bei einem Signifikanzniveau von 5 % und Varianzheterogenität nicht statistisch bedeutsam.

Bei diesen Variablen sind die Schlußfolgerungen, die in den drei Übersichtsartikeln gezogen werden, ebenfalls inkonsistent. Für Baekeland und Lundwall (1975) erhöhen weniger oder keine vorhergehenden Behandlungsversuche das Risiko einer vorzeitigen Therapiebeendigung. Stark (1992) berichtete hingegen nur von Untersuchungen, in denen kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen einer vorzeitigen Beendigung und früheren Behandlungen gefunden wurde. Für ihn haben deshalb Klienten ohne vorhergehende Behandlungsversuche eine genauso gute oder bessere Chance, ihre Behandlung regulär zu beenden, wie Klienten ohne vorhergehende Behandlung. Die Ursache für die Inkonsistenz der drei Übersichtsartikel ist die eingeschränkte Datenbasis von Stark und Baekeland und Lundwall. Während Stark keine Arbeiten mit einem negativen Zusammenhang zwischen früheren Behandlungen und einer vorzeitigen Beendigung berücksichtigt hat, fehlen bei Baekeland und Lundwall Untersuchungen mit keinem oder einem positiven Zusammenhang. Nur Roch et al. haben Untersuchungen aus allen drei Kategorien berücksichtigt. Somit gibt es mit großer Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang zwischen vorhergehenden Behandlungsversuchen und regulärer Therapiebeendigung.

2.4.5 Stellenwert der Klientenmerkmale

Bisher lag der Schwerpunkt der Forschung eher auf soziodemographischen Variablen, auf Variablen zur Sozialisation, zur Drogenkarriere, zum Drogenkonsum und auf Variablen zur Legalität, wie beispielsweise Delinquenz. Gemeinsamkeit dieser Variablen ist, daß sie alle Korrelate der Lebensumstände von Drogenabhängigen sind. Zudem sind viele dieser Variablen sehr einfach zu operationalisieren und werden in den meisten Behandlungseinrichtungen routinemäßig im Rahmen einer Basisdokumentation erhoben. Dies ist wahrscheinlich auch die Ursache für die bisherige Schwerpunktsetzung in der Forschung.

Wie die Metaanalyse von Roch et al. (1992) zeigte, korrelieren diese oft untersuchten Variablen nur recht schwach positiv oder negativ mit einer regulären Therapiebeendigung. Die mittleren Effektstärken für die einzelnen Variablen reichten dabei von $r = -0,120$ bis $r = 0,148$. Zudem umschloß das Konfidenzintervall bei allen untersuchten Variablen mit Ausnahme von Alter und Schulbildung die Null. Da die Varianzen der einzelnen Datensätze mit Ausnahme der Variablen Familienstand und Schulbildung heterogen waren, kann strenggenommen nur der Zusammenhang zwischen Schulbildung und regulärer Therapiebeendigung interpretiert werden.

Die heterogenen Varianzen der untersuchten Datensätze weisen darauf hin, daß Moderatorvariablen wirksam sind. Diese Moderatorvariablen müßten identifiziert und mit ihrer Hilfe homogene Untergruppen von Untersuchungen gebildet werden. Dies war in der Metaanalyse von Roch et al. (1992) nicht möglich, da die Studien nach Angaben der Autoren zuwenig Informationen für diesen Analyseschritt enthalten hatten. Roch et al. kamen allerdings aufgrund der Ergebnisse der Strichlistenauswertung und der insgesamt recht kleinen Effektstärken – $r = 0,148$ ist die dem Betrag nach größte Effektstärke – zum Schluß, es sei auch nach diesem Analyseschritt nicht zu erwarten, daß zwischen den üblicherweise untersuchten Variablen und der regulären Therapiebeendigung ein Zusammenhang mit einer nennenswerten Effektstärke vorhanden sein könnte. Nach Ansicht von Roch et al. könne nämlich für die untersuchten Variablen auch nach einer Identifikation von Moderatorvariablen höchstens eine Effektstärke im Bereich von $r = 0,10$ erwartet werden. Dies gilt auch für die dargestellten Variablen, für die im Rahmen der Metaanalyse von Roch et al. keine quantitative Auswertung möglich war.

Nun stellt sich natürlich die Frage nach der Ursache des relativ geringen Zusammenhangs der bisher untersuchten Klientenmerkmale mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung.

Bei einigen dieser Variablen, insbesondere aus dem soziodemographischen Bereich, läßt sich vermuten, daß sie nicht viel Einfluß auf das Verhalten des Klienten in der Therapie haben. Sie stellen bestenfalls Korrelate von denjenigen Variablen dar, von denen diese Verhaltensrelevanz eher angenommen werden kann. Warum sollte beispielsweise die Tatsache, daß ein Klient verheiratet ist, den Abbruch einer Therapie vorhersagen? Diese Variable ist bestenfalls ein Korrelat der Variable soziale Unterstützung. Das bloße Bestehen einer Ehe sagt aber noch nichts über die Qualität der Ehe und die vom Ehepartner gegebene soziale Unterstützung aus. Zudem ist nochmals zwischen der vom Ehepartner gegebenen sozialen Unterstützung und der subjektiv vom Klienten wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch den Ehepartner zu unterscheiden. Es wäre also erfolgversprechender, statt des Familienstands die wahrgenommene soziale Unterstützung direkt zu messen.

Bei anderen Variablen, hierzu gehören beispielsweise Variablen zum Drogenkonsum und zur Legalität, handelt es sich häufig um Korrelate des Lebensstils und der Lebenssituation von Drogenabhängigen. Aufgrund ihrer ähnlichen Lebenssituation zeigen Drogenabhängige dann vermutlich auch ähnliche Ausprägungen in diesen Variablen. So haben beispielsweise die von illegalen Drogen Abhängigen durch ihre Sucht einen hohen Geldbedarf, der häufig nur durch Straftaten gedeckt werden kann. Bei diesen Variablen ist deshalb wohl von vornherein nur eine sehr geringe Varianz vorhanden. Durch diese geringe Varianz, welche eine Variable im Extremfall zu einer Konstanten werden läßt, bei der alle Klienten denselben Wert haben, kann dann in der Folge auch keine nennenswerte Kovarianz von diesen Variablen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung beobachtet werden.

Aber auch die weiter oben beschriebenen Inkonsistenzen bei der Definition der Variable vorzeitige Therapiebeendigung können zum geringen Zusammenhang mit den Klientenmerkmalen beitragen. So gibt es keine einheitliche Operationalisierung der Variable vorzeitige Therapiebeendigung. Häufig wird ein Ver-

gleich mit der geplanten Behandlungsdauer oder eine Definition durch den behandelnden Therapeuten verwendet. Vor allem bei der zweiten Variante ist die Objektivität, Reliabilität und Validität der Zuordnung fraglich (Vollmer, 1989; Vollmer, 1991).

Einige Autoren, wie beispielsweise Küfner, Denis, Roch, Arzt und Rug (1994), unterscheiden zwischen Früh- und Spätabbruchern. Die Grundlage dieser Kategorisierung ist die Überlegung, daß Therapien wahrscheinlich zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus unterschiedlichen Gründen abgebrochen werden. Folglich sollten dann zu Beginn einer Behandlung andere Variablen einen Zusammenhang mit dem Abbruch aufweisen als gegen Ende der Behandlung (Craig & Olson, 1988; Vollmer, 1991). Demnach wäre ein Zusammenhang zwischen einem Klientenmerkmal und einer vorzeitigen Therapiebeendigung immer nur bis zu oder ab einem bestimmten Abbruchzeitpunkt vorhanden. Beziehungen zwischen Klientenmerkmale und dem Therapieabbruch können also unentdeckt bleiben, wenn, wie in den meisten Untersuchungen, nicht zwischen früher und später vorzeitiger Beendigung unterschieden wird.

2.5 Erfolgversprechende Klientenmerkmale

Nachdem oben mögliche Gründe für die bisher nicht zufriedenstellenden Ergebnisse angeführt wurden, sollen nun Variablen identifiziert werden, bei denen ein höherer Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung zu erwarten ist.

Generell lassen sich zwei große Gruppen von Variablen unterscheiden. Dies sind zum einen Variablen, die Merkmale der Behandlung und der Behandlungseinrichtung beschreiben, und zum anderen Variablen, die Charakteristika des Klienten beschreiben. Prinzipiell könnten Variablen aus beiden Variablengruppen einen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung aufweisen. Im folgenden sollen aber nur die Klientencharakteristika weiter betrachtet werden, da diese im Mittelpunkt des Forschungsprojekts standen, in dessen Rahmen diese Arbeit erstellt wurde.

Bei den Klientencharakteristika können wiederum zwei Gruppen von Variablen unterschieden werden. Wie in den vorhergehenden Abschnitten dargestellt, gibt es Klientencharakteristika, bei denen Unterschiede zwischen vorzeitigen und regulären Therapiebeendern eher unwahrscheinlich sind. Hierzu gehören die soziodemographischen Variablen, bei denen sich schon aufgrund von theoretischen Überlegungen vermuten läßt, daß sie keinen Einfluß auf das Verhalten des Klienten in der Therapie haben. Bei anderen Variablen, wie etwa bei Variablen zum Drogenkonsum oder zur Legalität, könnte aus theoretischer Sicht eher ein Einfluß auf das Verhalten des Klienten in der Therapie angenommen werden. Wenn aber bei diesen Variablen aufgrund einer ähnlichen Lebenssituation und eines ähnlichen Lebensstils von Drogenabhängigen wahrscheinlich nur eine geringe Varianz zu erwarten ist, sind sie nicht geeignet, reguläre von vorzeitigen Therapiebeendern zu unterscheiden. Vielmehr handelt es sich bei diesen Variablen dann um Charakteristika, die Drogenabhängige von der Normalpopulation unterscheiden, da sie den Lebensstil von Drogenabhängigen abbilden. Diese Variablen werden im folgenden unter dem Begriff Hintergrundvariablen zusammengefaßt.

Auf der anderen Seite gibt es eher psychologische Klientenvariablen wie Wahrnehmungen von endogenen und exogenen Sachverhalten, Kognitionen, Therapiemotivation oder psychische Belastung des Klienten. Von diesen Variablen kann nun eher ein Einfluß auf das konkrete Klientenverhalten in der Therapie erwartet werden. Deshalb sollte es in den Ausprägungen dieser Variablen Unterschiede zwischen regulären und vorzeitigen Beendern geben. Somit sollte es bei den psychologischen Klientenvariablen eher einen Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung geben als bei den Hintergrundvariablen. Eine ähnliche Abgrenzung nahmen auch Condelli und De Leon (1993) vor, die zwischen festen Prädiktoren (fixed predictors) und dynamischen Prädiktoren (dynamic predictors) unterschieden. Feste Prädiktoren sind hierbei alle Klientencharakteristika, die als unveränderlich betrachtet werden, wie beispielsweise das Einstiegsalter beim Gebrauch von harten Drogen. Dynamische Prädiktoren sind alle Klientencharakteristika, die auch während der Therapie veränderlich sind, wie etwa die Therapiemotivation.

Wie lassen sich nun Variablen identifizieren, die direkt auf das Verhalten der Klienten in der Therapie wirken und bei denen deshalb ein Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung vermutet werden kann?

Einen Hinweis gibt eine Untersuchung von Kufner et al. (1994), die vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wurde. In einem Teilbereich dieser Studie wurden unter anderem regulär entlassene Klienten darüber befragt, was aus ihrer Sicht die Ursachen von ernsthaften Abbruchgedanken waren, die sie während der Therapiezeit hatten. Da bei den tatsächlichen Therapieabbrechern im Rahmen der Untersuchung leider nicht direkt erfragt werden konnte, was aus ihrer Sicht die Ursache für ihren Therapieabbruch war, wurden stattdessen die behandelnden Therapeuten gebeten, für jeden Klienten die von ihnen vermuteten Gründe für den Therapieabbruch anzugeben.

Von den 827 Klienten, die ihre Therapie regulär beendet hatten, erwägten 83,5 % während der Therapie ernsthaft einen Therapieabbruch. Diese Klienten wurden nach Abschluß ihrer Therapie gebeten, aus 31 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten diejenigen Gründe auszuwählen, die sie nach ihrer Ansicht an einen Therapieabbruch denken ließen. Dabei war „Niedergeschlagenheit und Depression“ mit 57,9 % der von den Klienten am häufigsten genannte Grund (Kufner et al., 1994, S. 89). Die Items mit der zweit-, dritt-, und vierthäufigsten Nennung waren die Items „Zweifel an den eigenen Fähigkeiten zu einem drogenfreien Leben“ (49,3 %), „Zweifel am Sinn der Therapie“ (42,2 %) und „Zweifel die Therapie zu schaffen“ (42,2 %) (Kufner et al., 1994, S. 89). Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang eine Cluster-Analyse, welche die 31 Items in fünf Gruppen anordnete und dabei die Items „Niedergeschlagenheit und Depression“, „Zweifel an den eigenen Fähigkeiten zu einem drogenfreien Leben“, „Zweifel die Therapie zu schaffen“, „Verlangen nach Drogen“ und „Zweifel am Sinn eines drogenfreien Lebens“ in einem Cluster zusammenfaßte. Dieser Cluster wurde von den Autoren mit dem Etikett „Allgemeine Zweifel und Mißstimmung“ versehen (Kufner et al., 1994, S.90). Dieser Befund zeigt, daß das Verlangen nach Drogen im Zusammenhang steht mit Niedergeschlagenheit, allgemeinen Zweifeln am Sinn der Therapie und an den eigenen Fähigkeiten, also mit Symptomen, die Kufner et al. (1994, S. 204f) als Ausdruck einer depressiven Symptomatik betrachteten.

Bei den 775 vorzeitigen Beendern wurden die Therapeuten gebeten, aus den 31 Items, die schon bei der Befragung der regulären Beender verwendet wurden, für jeden Klienten die von ihnen vermuteten Gründe für die vorzeitige Therapiebeendigung auszuwählen. Im Urteil der Therapeuten war bei Klienten, bei denen eine Partnerbeziehung vorhanden war, die Partnersituation mit 85,0 % der wichtigste Grund für eine vorzeitige Therapiebeendigung. Belastende Themen in der Therapie waren nach Ansicht der Therapeuten bei 55,7 % der Klienten und Verlangen nach Drogen bei 48,7 % der Klienten ein Grund für die vorzeitige Beendigung (Küfner et al., 1994, S. 100). Aber auch im Urteil der Therapeuten sind „Zweifel an der eigenen Fähigkeit zum drogenfreien Leben“ (44,8 %), „Niedergeschlagenheit und Depression“ (39,2 %) und „Zweifel am Sinn eines drogenfreien Lebens“ (36,6 %) wichtige Gründe für einen Abbruch (Küfner et al., 1994, S. 102.) Auch für die vorzeitigen Beender wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Die Gruppierung der Items wich etwas von der Gruppierung bei den regulären Beendern ab, aber wiederum fielen die Items „Niedergeschlagenheit und Depression“, „Zweifel an den eigenen Fähigkeiten zum drogenfreien Leben“, „Zweifel die Therapie zu schaffen“, „Verlangen nach Drogen“ und „Zweifel am Sinn eines drogenfreien Lebens“ in einen Cluster (Küfner et al., 1994, S. 100ff).

Da die Daten für die regulären Beender durch Selbstbeurteilung, die Daten für die vorzeitigen Beender aber durch Fremdbeurteilung gewonnen wurden, ist unklar, ob bei beiden Gruppen tatsächlich verschiedene Ursachen und Bedingungsgefüge zu ernsthaften Abbruchgedanken beziehungsweise einer vorzeitigen Therapiebeendigung führen oder ob es sich bei den Unterschieden um einen Methodenartefakt handelt. Festzuhalten ist aber, daß sowohl bei den regulären als auch bei den vorzeitigen Beendern die Items aus dem Cluster „Zweifel und Mißstimmung“ am häufigsten genannt wurden (Küfner et al., 1994, S. 204ff). Da in diesen Cluster neben Items, die von den Autoren als Indikatoren für eine depressive Symptomatik betrachtet werden, auch das Verlangen nach Drogen fällt, könnte es einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer depressiven Symptomatik und einer vorzeitigen Therapiebeendigung geben.

3 Suchterkrankungen und psychiatrische Symptomatik

3.1 Epidemiologische Befunde

Die Befunde von Kufner et al. (1994) legen einen engen Zusammenhang von depressiver Symptomatik und dem Konsum von Drogen nahe. Sollte dieser Zusammenhang gegeben sein, müßte sich auch epidemiologisch eine relativ hohe Komorbidität von depressiven Störungen und Suchterkrankungen nachweisen lassen. Tatsächlich weisen epidemiologische Daten darauf hin, daß depressive Störungen bei Substanzabhängigen deutlich häufiger sind als in der Normalbevölkerung. Allerdings gibt es auch noch einige andere Störungen, deren Prävalenzraten bei Substanzabhängigen erhöht sind.

Besonders aussagekräftige Prävalenzschätzungen liefert die in den USA durchgeführte National Comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1996), die explizit das Ziel hatte, "to study the comorbidity of substance use disorders and nonsubstance use disorders in the United States" (Kessler et al., 1994, S. 8). In der NCS wurde erstmals eine landesweite repräsentative Stichprobe von 8098 Personen von 14 bis 54 Jahren mit Hilfe eines strukturierten psychiatrischen Interviews untersucht. Dadurch wurden die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzen für 14 Störungen gemäß der dritten, überarbeiteten Ausgabe des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R;* American Psychiatric Association [APA], 1987; deutsche Version: Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991) ermittelt. Da die Untersuchung auf Daten einer Zufallstichprobe aus der Gesamtbevölkerung des Landes basierte, konnten besonders valide Prävalenzschätzungen erzielt werden.

Mit 48,0 % litt fast die Hälfte der Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung (Kessler et al., 1994). Löst man die Daten noch feiner auf, zeigt sich, daß bei 21,0 % der Bevölkerung eine, bei 13,0 % zwei und bei 14,0 % drei und mehr Lebenszeitdiagnosen vergeben wurden (Kessler et al., 1994). Somit haben 56,3 % der Personen, die mindestens einmal im Leben an einer psychischen Störung litten, zwei oder mehr Lebenszeitdiagnosen. Die Komorbidität war insgesamt betrachtet sehr hoch.

Bei Personen mit einer Lebenszeitdiagnose für Substanzabhängigkeit war die Komorbidität noch ausgeprägter: 65,5 % von ihnen litten im Laufe ihres Lebens an einer zusätzlichen psychischen Störung (Kessler et al., 1996). Dabei waren die Angststörungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 54,4 % die bedeutendste komorbide Störungsklasse (Kessler et al., 1996). Der Vergleichswert für die Normalpopulation war mit 24,9 % weniger als halb so hoch (Kessler et al., 1994). Die häufigste komorbide Angststörung bei Vorliegen einer Lebenszeitdiagnose für Substanzabhängigkeit war die Soziale Phobie mit einer Lebenszeitprävalenzrate von 26,4 % (Kessler et al., 1996). Am zweithäufigsten nach den Angststörungen war mit 49,4 % eine Lebenszeitdiagnose für eine Störung des Sozialverhaltens oder für Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter (Kessler et al., 1996). Lebenszeitdiagnosen für Affektive Störungen wurden bei 39,1 % der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose für Substanzabhängigkeit vergeben (Kessler et al., 1996). Der Vergleichswert für die Normalpopulation war mit 19,3 % weniger als halb so hoch (Kessler et al., 1994). Dabei war unter den Affektiven Störungen die Major Depression mit 34,5 % die bei den Substanzabhängigen mit weitem Abstand wichtigste komorbide Störung. Alle anderen untersuchten Affektiven Störungen wurden bei deutlich weniger als 10 % der Personen mit einer Lebenszeitdiagnose für Substanzabhängigkeit beobachtet (Kessler et al., 1996).

Betrachtet man die 12-Monats-Prävalenzen für die Komorbidität von Substanzabhängigkeit und anderen psychischen Störungen, ergibt sich ein ähnliches Bild. 52,8 % der Substanzabhängigen hatten eine zusätzliche Störung (Kessler et al., 1996). Wiederum waren die Angststörungen mit 45,5 % am stärksten vertreten (Kessler et al., 1996), während in der Normalpopulation nur 17,2 % der Personen an einer Angststörung erkrankt waren (Kessler et al., 1994). Die häufigste komorbide Angststörung bei den Substanzabhängigen war mit 20,6 % wiederum die Soziale Phobie (Kessler et al., 1996). Eine Affektive Störung lag bei 31,7 % der Substanzabhängigen vor (Kessler et al., 1996), während in der Normalpopulation nur 11,3 % in den letzten 12 Monaten an einer Affektiven Störung litten (Kessler et al., 1994). Dabei war die Major Depression mit 28,4 % nicht nur die am häufigsten vorkommende Affektive Störung, sondern überhaupt die häufigste komorbide Störung bei Substanzabhängigen. Für alle anderen genannten Affektiven Störungen lagen die 12-Monats-

Prävalenzraten bei den Substanzabhängigen deutlich unter 5 % (Kessler et al., 1996).

Eine schon etwas ältere Untersuchung aus den USA, die zwar keine landesweite Repräsentativität beanspruchen kann, aber doch zumindest mit etwas Vorsicht verallgemeinerbare Daten ermittelte, ist die Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study (Regier et al., 1990). Die Ergebnisse dieser Studie wurden an fünf großen Stichproben an unterschiedlichen Orten in den USA erhoben. Auch die ECA Study kommt zu ähnlichen Ergebnissen wie die NCS. So war das relative Risiko an einer weiteren psychischen Störung zu leiden für Personen, die eine Diagnose im Zusammenhang mit Substanzgebrauch erhalten hatten, gegenüber den anderen Untersuchungsteilnehmern um das 4,5 fache erhöht (Regier et al., 1990). Betrachtet man einzelne Störungsklassen, dann ist das relative Risiko für eine Angststörung um den Faktor 2,5 und für eine Affektive Störung um den Faktor 4,7 erhöht (Regier et al., 1990). Dabei wurden bei den drei genannten Zahlen nur Personen berücksichtigt, die Diagnosen für andere Substanzen als Alkohol erhielten (Regier et al., 1990).

Ähnliche Ergebnisse findet man auch in der Arbeit von Merikangas et al. (1998). Die Autoren integrierten Daten von sechs epidemiologischen Untersuchungen aus fünf Ländern, um ein Bild davon zu erhalten, welche Beziehung zwischen Affektiven Störungen beziehungsweise Angststörungen und Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen existiert. Für Personen mit der Diagnose Substanzabhängigkeit konnte bei ungefähr 35 % eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose für eine Affektive Störung, bei 45 % eine Lebenszeitdiagnose für eine Angststörung und bei 50 % eine Lebenszeitdiagnose für eine Störung des Sozialverhaltens oder eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung vergeben werden. Die mittleren Prävalenzraten in der Normalbevölkerung, vom Verfasser berechnet als arithmetisches Mittel aus den von den Autoren angegebenen Zahlen der einzelnen Studien, waren bei allen Störungen sehr viel geringer und erreichten nur 20 % bis 40 % der Häufigkeiten, die bei den Substanzabhängigen erreicht wurden. So erhielten im Mittel 14 % der Normalbevölkerung eine Lebenszeitdiagnose für eine Affektive Störung. Eine Lebenszeitdiagnose für eine Angststörung lag bei 19 % der Normalbevölkerung vor. Bei 16 %

wurde eine Lebenszeitdiagnose für eine Störung des Sozialverhaltens und bei 11 % eine Lebenszeitdiagnose für Antisoziales Verhalten vergeben.

Interessanterweise gab es in dieser Untersuchung einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Affektiven Störungen oder Angststörungen und der Häufigkeit, mit der eine komorbide Substanzabhängigkeit auftrat: Je größer die Anzahl der Affektiven Störungen oder der Angststörungen bei einer Person war, desto wahrscheinlicher war eine Substanzabhängigkeit.

Es gibt zusätzlich eine große Zahl von Untersuchungen an klinischen Stichproben, die teilweise noch weit höhere Prävalenzraten für komorbide Störungen bei suchtkranken Klienten fanden (Brooner, King, Kidorf, Schmidt & Bigelow, 1997; Kokkevi & Stefanis, 1995; Rounsaville et al., 1991; Rounsaville, Weissman, Kleber & Wilber, 1982; Woody et al., 1983; Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1985).

Somit wird deutlich, daß Substanzabhängige sehr viel stärker mit psychischen Problemen und Störungen belastet sind als die Normalpopulation. Zudem zeigen klinische Stichproben, daß die Untergruppe der Substanzabhängigen, die Kontakt zum Hilfesystem hat, besonders belastet ist. Neben Störungen des Sozialverhaltens oder Antisozialem Verhalten sind vor allem Affektive Störungen und Angststörungen, insbesondere Major Depression und Soziale Phobie, wichtige komorbide Störungsklassen. Die Befunde von Kufner et al. (1994) zum engen Zusammenhang von depressiver Symptomatik und dem Verlangen nach Drogen konnten also auch durch epidemiologische Daten untermauert werden. Allerdings gibt es für Substanzabhängige neben dem erhöhten Risiko für eine Affektive Störung auch ein erhöhtes Risiko für eine Angststörung.

3.2 Gemeinsamkeiten von Affektiven Störungen und Angststörungen

Angststörungen und Affektive Störungen hängen eng zusammen. So gibt es eine relativ große Untergruppe von Depressiven, die auch eine Angstsymptomatik zeigen (APA, 1994; deutsche Version: Saß, Wittchen & Zaudig, 1998; Boulenger & Lavallée, 1993; Coop, Schwiderski & Robinson, 1990; Stahl,

1993; Wittchen & Essau, 1993). Zudem scheint eine vorhergehende Angststörung einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine Major Depression zu sein (Maser & Cloninger, 1990; Merikangas et al., 1996; Thompson, Bland & Orn, 1989; Wittchen, 1996; Wittchen & Essau, 1989; Wittchen & Perkonig, 1996). Beide Störungsklassen haben auch in der Symptomatik viele Gemeinsamkeiten und ihre Abgrenzung war lange ein wichtiges Anliegen der psychopathologischen Forschung (L. A. Clark & Watson, 1991a; Kendall & Watson, 1989; Maser & Cloninger, 1990). Besonders deutlich werden diese Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Angst und Depression beim Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen und klinischen Fremdbeurteilungsskalen. So konnten beispielsweise L. A. Clark und Watson (1991a) in ihrer Übersicht zeigen, daß bei den üblicherweise verwendeten Selbstbeurteilungsskalen die diskriminante Validität zwischen den beiden Konstrukten Depression und Angst eher schlecht ist. Dies galt sowohl für Patienten- als auch für nichtklinische Stichproben. Bei Selbstbeurteilungsskalen in nichtklinischen Stichproben lag die diskriminante Validität, also die Korrelation zwischen zwei Skalen, die beide unterschiedliche Konstrukte messen, bei $r = 0,62$ bis $r = 0,70$, während die konvergente Validität, also die Korrelation zwischen zwei Skalen, die dasselbe Konstrukt messen, bei $r = 0,71$ bis $r = 0,80$ lag. Auch in Patientenstichproben wurden mit Korrelationen von $r = 0,64$ bis $r = 0,66$ für die diskriminante Validität und $r = 0,73$ bis $r = 0,84$ für die konvergente Validität ähnliche Werte erreicht. Bei den üblicherweise verwendeten Fremdbeurteilungsskalen erreichte die konvergente Validität mit Korrelationskoeffizienten von $r = 0,74$ bis $r = 0,83$ ähnliche Werte wie bei den Selbstbeurteilungsskalen. Allerdings war die Diskrimination mit Korrelationen von $r = 0,39$ bis $r = 0,43$ zwischen den beiden Konstrukten geringfügig besser als bei den Selbstbeurteilungsskalen.

Watson, Weber et al. (1995) führten diese hohen Korrelationen zwischen den beiden Konstrukten Angst und Depression zumindest teilweise auf taxonomische und psychometrische Probleme der existierenden Skalen und Konstrukte zurück: Beispielsweise überlappen sich gemäß der vierten Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (APA, 1994; deutsche Version: Saß et al., 1998), wie auch schon in der dritten Auflage *DSM-III* (APA, 1980; deutsche Version: Koehler & Saß, 1984) und in der überarbeiteten dritten Auflage, dem *DSM-III-R* (APA, 1987; deutsche Version:

Wittchen et al., 1991), die Symptome der Generalisierten Angststörung und der Major Depression. Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit beziehungsweise leichte Ermüdbarkeit und Psychomotorische Unruhe beziehungsweise Ruhelosigkeit sind in den diagnostischen Kriterien beider Störungen enthalten (Gotlib & Cane, 1989). Da diese gemeinsamen Symptome in der Folge dann sowohl in den Angstskalen als auch in den Depressionsskalen enthalten sind, ist die Korrelation zwischen den Maßen für beide Konstrukte entsprechend hoch. Zusätzlich fragen viele Skalen auch Symptome ab, die jeweils für das andere Konstrukt angemessener wären. So erfaßt beispielsweise das State-Trait-Angstinventar (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970; deutsche Version: Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) Gefühle von Versagen, Enttäuschung und Unglücklichsein, welche eher für Depression als für Angst kennzeichnend sind.

Allerdings wiesen Watson, Weber et al. (1995) zurecht darauf hin, daß diese konzeptionellen und psychometrischen Probleme nicht als die alleinige Ursache für den engen Zusammenhang zwischen Depressions- und Angstskalen betrachtet werden können. Eine substantielle Korrelation zwischen den Konstrukten blieb nämlich auch vorhanden, wenn solche Probleme eliminiert wurden (L. A. Clark & Watson, 1991a). Zudem gab es diesen Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten, wie schon oben dargestellt, nicht nur bei Daten, die mit Selbstbeurteilungsinstrumenten erhoben wurden, sondern auch beim Einsatz von klinischen Fremdbeurteilungsskalen, wenn auch der Grad der Differenzierung bei letzteren etwas höher war. Auch die oben berichtete hohe Komorbidität von nach *DSM* diagnostizierten Angststörungen und Affektiven Störungen spricht für Gemeinsamkeiten der beiden Störungsklassen.

3.2.1 Tripartite Model of Anxiety and Depression

Wie kann nun dieser enge Zusammenhang der beiden Störungsklassen Angst und Depression erklärt werden, der sowohl beim Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen, als auch bei klinischen Fremdbeurteilungsinstrumenten und auf der Ebene von *DSM-IV*-Diagnosen zu beobachten ist?

L. A. Clark und Watson (1991a) erklären den engen Zusammenhang zwischen beiden Störungsklassen durch das sogenannte Tripartite Model of Anxiety and

Depression. In diesem Drei-Faktoren-Modell werden die Symptome von Angststörungen und depressiven Störungen in die drei breiten Kategorien Negativer Affekt, Positiver Affekt und Physiologische Übererregung gruppiert. Mit dem Begriff Negativer Affekt wird dabei ein relativ breiter unspezifischer Faktor bezeichnet, unter dem alle Symptome zusammengefasst werden, die sowohl von Angstpatienten als auch von depressiven Patienten erlebt werden. So fallen neben Angst, Besorgtheit und depressiver Gefühlslage auch Schlaflosigkeit, Rastlosigkeit, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten in diesen Faktor. Der Faktor Negativer Affekt ist somit für den starken Zusammenhang der Depressions- und Angstmaße verantwortlich und kann inhaltlich als genereller Distressfaktor bezeichnet werden. Zusätzlich zu diesem unspezifischen Faktor wird jede der beiden Störungsklassen noch durch einen spezifischen Faktor charakterisiert. Das Vorhandensein von körperlicher Anspannung und Übererregung ist dabei spezifisch für Angststörungen, während Anhedonie beziehungsweise das Nichtvorhandensein von Positivem Affekt spezifisch für depressive Störungen ist. Da der Negative Affekt im Drei-Faktoren-Modell von L. A. Clark und Watson (1991a) die Gemeinsamkeit von Angststörungen und depressiven Störungen ist, wird dieser Faktor im folgenden noch etwas genauer betrachtet.

3.2.2 Negativer Affekt und Negative Affektivität

Gemäß dem zweidimensionalen Stimmungsmodell von Watson und Tellegen (1985), das die Grundlage für die Entwicklung des Drei-Faktoren-Modells von L. A. Clark und Watson (1991a) ist, kann selbstberichtete Stimmung durch die beiden orthogonalen Faktoren Negativer Affekt und Positiver Affekt charakterisiert werden. Dabei beschreibt die Dimension Positiver Affekt das Ausmaß, in dem eine Person enthusiastisch, aktiv und freudig erregt ist (Watson & Tellegen, 1985). Die Dimension Negativer Affekt beschreibt hingegen das Ausmaß, in dem eine Person negativ angespannt oder verärgert ist (Watson & Tellegen, 1985). Negativer Affekt kann somit als ein Generalfaktor zur Beschreibung von emotionalem Distress betrachtet werden, der einen weiten Bereich von negativen Stimmungszuständen wie Furcht, Angst, Feindseligkeit, Verachtung und Ekel umfaßt. (Watson & L. A. Clark, 1984; Watson, L. A. Clark & Carey, 1988; Watson & Tellegen, 1985).

Negativer Affekt kann sowohl als vorübergehender Zustand als auch als überdauernde Disposition betrachtet werden (L. A. Clark & Watson, 1991a; Watson & L. A. Clark, 1984; Watson, L. A. Clark & Carey, 1988). Dabei werden, zurückgehend auf Tellegen (1982, zitiert nach Watson, L. A. Clark & Carey, 1988), vorübergehende negative Stimmungszustände als Negativer Affekt (negative affect) bezeichnet, während unter Negativer Affektivität (negative affectivity) eine Disposition für das Erleben von negativen emotionalen Zuständen verstanden wird. Von manchen Autoren, wie beispielsweise L. A. Clark und Watson (1991a), wird statt des Begriffs negative affectivity hin und wieder auch der Begriff trait negative affect verwendet. Andere Autoren, beispielsweise Brown, Chorpita und Barlow (1998), verwenden den Begriff negative affect auch ohne weiteren Zusatz als Bezeichnung für die Disposition, so daß insgesamt keine hohe Konsistenz bei der Verwendung dieser Begriffe besteht. Zwischen Negativer Affektivität und Negativem Affekt besteht nun der Zusammenhang, daß Menschen mit einem hohen Maß an Negativer Affektivität über alle Situationen hinweg, das heißt auch in völlig stressfreien Situationen, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ein bedeutsames Maß an Negativem Affekt erleben als Personen mit niedriger Negativer Affektivität (Watson & L. A. Clark, 1984).

Es gibt zahlreiche empirische Belege dafür, daß das Vorhandensein von hoher Negativer Affektivität beziehungsweise eines hohen Negativen Affekts und damit von generellem emotionalen Distress eine Gemeinsamkeit von Angst und Depression ist. Dieser gemeinsame Faktor konnte mit Hilfe von verschiedenen Instrumenten sowohl in Klientenstichproben als auch in Stichproben aus der Normalpopulation nachgewiesen werden. Einige dieser Befunde werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Ein wichtiger Beleg sind die Ergebnisse von faktorenanalytischen Untersuchungen von Angst- und Depressionsskalen, über die L. A. Clark und Watson (1991a) einen kurzen Überblick geben. In diesen faktorenanalytischen Untersuchungen konnten, je nach verwendeten Skalen, im allgemeinen zwei oder drei Faktoren ermittelt werden. Wurden drei Faktoren gefunden, spiegelten diese inhaltlich im allgemeinen die drei Faktoren des Tripartite Model of Anxiety

and Depression wider. Bei nur zwei identifizierten Faktoren wurde meist ein spezifischer Angstfaktor und ein genereller Faktor gefunden, welcher dem generellen Distressfaktor im Tripartite Model entspricht. Der fehlende spezifische Depressionsfaktor wurde von L. A. Clark und Watson (1991a) auf das Fehlen entsprechender spezifischer Items zurückgeführt. Für das Vorhandensein dieses großen gemeinsamen Faktors spricht auch, daß nur eine kleine Untergruppe von Symptomen reliabel depressive Patienten von Angstpatienten unterscheidet (L. A. Clark & Watson, 1991a).

Auch in einer Untersuchung der Arbeitsgruppe um Watson und L. A. Clark, in der das Tripartite Model of Anxiety and Depression direkt getestet wurde, konnte der Nachweis erbracht werden, daß ein genereller Distressfaktor die Gemeinsamkeit von Angststörungen und depressiven Störungen darstellt (Watson, L. A. Clark et al., 1995). In der Untersuchung wurden einer Stichprobe aus der erwachsenen Normalpopulation, einer Patientenstichprobe und drei studentischen Stichproben das Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ, Watson & L. A. Clark, 1991, zitiert nach Watson, L. A. Clark et al., 1995) vorgelegt, um die Vorhersagen des Modells zu testen. Das MASQ ist eine Skala, die von Watson und L. A. Clark explizit entwickelt wurde, um das Tripartite Model of Anxiety and Depression zu testen. Die Skala enthält Items aus jeder der drei postulierten Symptomgruppen. Durch Faktorenanalysen konnten in jeder der fünf Stichproben drei Faktoren repliziert werden. Zwei dieser drei Faktoren waren jeweils spezifisch für Angst beziehungsweise Depression, während der dritte Faktor inhaltlich einen generellen Distressfaktor repräsentierte, der die gemeinsame Varianz von depressiver Symptomatik und Angstsymptomatik abbildete. Dieser Faktor hatte sowohl hohe Ladungen von Items, die eine ängstliche Gefühlslage widerspiegeln, als auch von Items, die für eine depressive Gefühlslage charakteristisch sind.

D. A. Clark, Steer und Beck (1994) legten einer psychiatrischen und einer studentischen Stichprobe sowohl das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck & Steer, 1987; deutsche Version: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) als auch das Beck Angstinventar (BAI, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Beck & Steer, 1990; deutsche Version Margraf & Ehlers, in Vorbereitung) vor. Mit Hilfe von Faktorenanalysen konnten sie in beiden Stichproben die Existenz zweier korrelierter Faktoren nachweisen, die von den Autoren als Angst- be-

ziehungsweise Depressionsfaktor identifiziert wurden. Diese beiden Faktoren wurden wiederum einer Faktorenanalyse zweiter Ordnung unterzogen. Dadurch konnte in beiden Stichproben ein Faktor zweiter Ordnung ermittelt werden, den die Autoren als generellen Distressfaktor beziehungsweise Negative Affektivität identifizierten.

Watson, L. A. Clark und Carey (1988) konnten nachweisen, daß Negative Affektivität mit vielen Angst- und Depressionssymptomen korreliert war, die mit Hilfe der Diagnostic Interview Schedule (DIS, Robins, Helzer, Croughan & Ratcliff, 1981) erhoben wurden. Auch bei verschiedenen, aus der DIS abgeleiteten Diagnosen aus dem Bereich der Angststörungen und depressiven Störungen konnte ein Zusammenhang mit Negativer Affektivität nachgewiesen werden.

Die methodisch anspruchvollste Untersuchung stammt von Brown et al. (1998). Die Autoren konnten mit Hilfe eines linearen Strukturgleichungsmodells eine Beziehung zwischen Negativer Affektivität und verschiedenen Angststörungen beziehungsweise Depression nachweisen. Die latente Variable Negative Affektivität wurde mit Hilfe der Trait-Form der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, L. A. Clark & Tellegen, 1988; deutsche Version: Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996), das heißt mit der Instruktion, „How do you feel in general“, erhoben. Die Störungen nach *DSM-IV* waren ebenfalls als latente Faktoren konzipiert, die durch viele verschiedene Skalen operationalisiert wurden. Der Faktor Negative Affektivität hatte signifikante Pfade zu allen untersuchten Angststörungen und zu Depression.

Aufgrund der dargestellten empirischen Befunde kann die Existenz eines gemeinsamen Faktors von Angst und Depression als gut belegt betrachtet werden. Dieser Faktor wird als Negative Affektivität oder Negativer Affekt bezeichnet und bildet inhaltlich das Vorhandensein von emotionalem Distress ab. Neben den emotionalen Aspekten des Faktors nehmen Watson und L. A. Clark (L. A. Clark & Watson, 1991b; Watson & L. A. Clark, 1984) auch einen Zusammenhang zwischen Negativer Affektivität und kognitiven Faktoren an. Ein negativer Attributionsstil, ein negatives Selbstkonzept, eine negative Sicht der Welt und das Vorhandensein von dysfunktionalen Überzeugungen sind für Watson und L. A. Clark kognitive Charakteristika des Traits Negative Affektivität (L.

A. Clark & Watson, 1991b; Watson & L. A. Clark, 1984). Für diese Annahme sprechen beispielsweise Studien, die bei kognitiven Variablen ein ähnliches Muster des Zusammenhangs von Angst und Depression zeigen wie die Untersuchungen zur Negativen Affektivität. Depressive Patienten und Angstpatienten zeigten nämlich häufiger negative auf sich selbst bezogene Gedanken als verschiedene andere psychiatrische Gruppen (Hollon, Kendall & Lumry, 1986; Kendall & Ingram, 1989).

3.3 Negativer Affekt und Substanzabhängigkeit

In den vorhergehenden Abschnitten wurde dargestellt, daß eine hohe Negative Affektivität beziehungsweise ein hohes Maß an negativen emotionalen Zuständen sowohl bei Angststörungen als auch bei depressiven Störungen zu beobachten ist. Unter diesem Gesichtspunkt kann die von Kufner et al. (1994) in der oben dargestellten Untersuchung zum Therapieabbruch als depressiv bezeichnete Symptomatik auch als Ausdruck einer hohen Negativen Affektivität betrachtet werden. Denn die Items aus dem Cluster „Zweifel und Mißstimmung“, die sowohl von den regulären Beendern am häufigsten als Ursache für ernsthafte Gedanken an einen vorzeitigen Therapieabbruch, als auch von den Therapeuten der vorzeitigen Beender am häufigsten als Ursache für einen tatsächlichen Therapieabbruch genannt wurden, sind nämlich wie oben dargelegt weniger spezifisch depressiv, sondern bilden eher das Konstrukt Negative Affektivität ab. Verschiedene Hypothesen postulieren nun einen Zusammenhang zwischen negativen emotionalen Zuständen und dem Gebrauch von Drogen. Einige dieser Hypothesen werden im folgenden Abschnitt kurz dargestellt.

3.3.1 Negativer Affekt und Drogengebrauch

Gemäß der Selbstmedikationshypothese, die vor allem von Khantzian (Khantzian, 1985; Khantzian, Mack & Schatzberg, 1974) in die Diskussion eingebracht wurde, spielen negative emotionale Zustände eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Substanzabhängigkeit. Der Substanzgebrauch wird als Versuch des Klienten betrachtet, durch Selbstmedikation psychopathologische Auffälligkeiten und die damit einhergehenden unerwünschten emotionalen Zustände rückgängig zu machen. Dabei nimmt Khantzian (1985) an, daß die psychopa-

thologische Symptomatik bereits vor dem Substanzgebrauch vorliegt. Die Auswahl der Droge erfolge deshalb nicht zufällig, sondern sei das Resultat einer Wechselwirkung zwischen der psychopharmakologischen Wirkung der Droge und den vorliegenden psychopathologischen Auffälligkeiten mit ihren resultierenden affektiven Verstimmungen. Somit werden bestimmte Drogen aufgrund ihrer spezifischen pharmakologischen Wirkungen bei bestimmten psychopathologischen Auffälligkeiten selektiv konsumiert. Neuere Fassungen der Selbstmedikationshypothese sind allgemeiner gehalten und nehmen nur noch an, daß Personen, die eine Disposition zum Erleben von negativen affektiven Zuständen haben, eher zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen neigen (vgl. Mueser, Drake & Wallach, 1998). Im Gegensatz dazu vertreten andere Autoren, wie beispielsweise Schuckit (1983, 1985), die Ansicht, psychische Auffälligkeiten seien häufig keine Ursache, sondern vielmehr eine Folge von chronischem Drogenkonsum oder der daraus resultierenden Entzugerscheinungen. Da die Klienten durch den fortgesetzten Substanzkonsum das Auftreten von Entzugssymptomen verhindern, kann aber auch in diesem Fall der fortgesetzte Substanzgebrauch als eine Art von Selbstmedikation betrachtet werden.

Die klinischen Auswirkungen bei der Behandlung von Substanzabhängigen sind für beide Varianten gleich. Gleichgültig, ob die affektiven Verstimmungen schon vor Beginn der Substanzabhängigkeit vorlagen oder ob sie erst durch diese entstanden, beziehungsweise ein Bestandteil der Entzugerscheinungen sind, in beiden Fällen erfährt der Substanzabhängige durch den Drogenkonsum eine Verbesserung seiner Symptomatik. Diese Lernerfahrung, daß die Einnahme von Drogen kurzfristig positive Wirkungen hat und in bestimmten Situationen als hilfreich erlebt wird, wird von Substanzabhängigen in einer meist langjährigen Drogenkarriere vermutlich häufig gemacht. Sie wird durch eine Entgiftung nicht gelöscht und sollte auch bei entgifteten Substanzabhängigen noch unmittelbar präsent sein. Deshalb sollten Substanzabhängige, wenn sie Negativen Affekt erleben, dazu neigen, diesem durch den Konsum von Drogen entgegenzuwirken.

Neben dieser eher operanten Betrachtung kann bei Drogenabhängigen der Zusammenhang von Negativem Affekt und dem Konsum von Drogen auch im Rahmen des Paradigmas der Klassischen Konditionierung erklärt werden.

3.3.2 Negativer Affekt und Craving

Poulos, Hinson und Siegel (1981) betrachteten affektive Zustände im Rahmen des Paradigmas der klassischen Konditionierung als Teil eines konditionierten Stimuluskomplexes. Ein affektiver Zustand wird nach wiederholter Paarung mit dem unkonditionierten Stimulus Drogengebrauch oder Entzugssituation zu einem konditionierten Stimulus, der dann das Verlangen nach Drogen oder Entzugserscheinungen als konditionierte Reaktion auslöst. Die Gültigkeit dieser Hypothese wird durch mehrere empirische Studien gut gestützt. So konnten beispielsweise Payne, Schare, Levis und Colletti (1991) nachweisen, daß Raucher, die durch eine stressreiche Aufgabe in eine negative Stimmung versetzt wurden, verstärkt das Verlangen zu rauchen verspürten. Auch bei Opiatabhängigen konnte ein Zusammenhang zwischen negativer Stimmung und dem Verlangen nach Drogen nachgewiesen werden. Childress, McLellan, Natale und O'Brien (1987, zitiert nach Cooney, Litt, Morse, Bauer & Gaupp, 1997) induzierten bei Opiatabhängigen durch Hypnose eine negative Stimmung und setzten diese Personen anschließend einem Hinweisreiz für den Konsum von Drogen aus. Etwa zwei Drittel der Versuchsteilnehmer erlebten nach der hypnotischen Stimmungsinduktion Craving oder Entzugssymptome. Die zusätzliche Präsentation des Drogenhinweisreizes löste keinen weiteren Zuwachs beim Drogenverlangen oder bei den Entzugssymptomen aus. Neben den genannten Studien werden von Cooney et al. (1997) noch einige weitere Untersuchungen zum Zusammenhang von negativer Stimmung und dem Auftreten von Entzugssymptomatik oder dem Verlangen nach Drogen aufgeführt. Marlatt und Gordon (1980) konnten durch Untersuchungen an Alkoholikern zudem die wichtige Rolle belegen, die eine negative Stimmung beim Rückfallgeschehen spielt.

Diese Untersuchungsergebnisse, die den engen Zusammenhang zwischen negativer Stimmung und dem Verlangen nach Drogen belegen, könnten auch den oben dargestellten Befund von Kufner et al. (1994) erklären. In dieser Untersuchung bildeten Items, die als Korrelate von Negativer Affektivität oder Negativem Affekt betrachtet werden können, und das Item „Verlangen nach Drogen“ bei einer Clusteranalyse einen gemeinsamen Cluster.

3.4 Negativer Affekt und Therapieabbruch

Für Personen mit einer negativen affektiven Symptomatik sollte die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs oder einer disziplinarischen Entlassung aufgrund eines Rückfalls während einer Entwöhnungsbehandlung deutlich erhöht sein. Ursache für dieses erhöhte Risiko sind die in den vorhergehenden Abschnitten dargestellten Beziehungen von Drogenkonsum und negativer affektiver Stimmung: Zum einen muß davon ausgegangen werden, daß negative Stimmung durch klassische Konditionierungsprozesse Entzugserscheinungen und Craving auslösen kann. Desweiteren haben Abhängige vermutlich aufgrund einer langjährigen Lerngeschichte gelernt, Drogen bewußt zur kurzfristigen Stimmungsverbesserung zu nutzen. Deshalb stellt die Drogeneinnahme wahrscheinlich einen wichtigen Bestandteil ihres verfügbaren Verhaltensrepertoires bei negativen Stimmungszuständen dar. Beide Sachverhalte sollten die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall der Klienten erhöhen. Dieser Rückfall kann in der Behandlungseinrichtung erfolgen, was dann häufig eine disziplinarische Entlassung nach sich zieht. Es ist aber auch denkbar, daß der Klient die Therapie von sich aus abbricht, weil er unter dem Einfluß des Negativen Affekts glaubt, nicht ohne Drogen leben zu können.

In den folgenden Abschnitten soll untersucht werden, ob es empirische Belege für diesen vermuteten Zusammenhang zwischen Negativem Affekt und vorzeitiger Therapiebeendigung gibt. Da keine Arbeiten identifiziert werden konnten, die sich explizit mit dem Zusammenhang von Negativem Affekt oder Negativer Affektivität und vorzeitiger Therapiebeendigung beschäftigen, wurden stattdessen vor allem Arbeiten berücksichtigt, bei denen das Ausmaß psychischer Symptombelastung im Mittelpunkt stand. Dies scheint vertretbar, da viele der üblicherweise verwendeten Symptomskalen eine mehr oder weniger hohe Ladung auf dem Faktor Negative Affektivität haben (L. A. Clark & Watson, 1991a; Watson & L. A. Clark, 1984).

Studien, die explizit den Zusammenhang zwischen psychischer Symptombelastung und vorzeitiger Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen untersuchen, sind im Vergleich zu Studien, die soziodemographische Variablen oder Variablen zur Legalität betrachten, weniger häufig. So haben Roch et al. (1992) in

ihrer Metaanalyse zur vorzeitigen Therapiebeendigung psychische Störungen oder psychische Belastungen weder bei der Strichlistenauszählung noch bei der quantitativen Analyse berücksichtigen können. Auch Baekeland und Lundwall (1975) nennen nur vier Studien, in denen der Zusammenhang von vorzeitiger Therapiebeendigung und Psychopathologie untersucht wurde. Alle vier Studien berichten Daten von Methadonprogrammen. Stark (1992) berücksichtigte in seiner Übersichtsarbeit die Ergebnisse von etwa zehn Studien, welche die Beziehung von vorzeitiger Therapiebeendigung und Psychopathologie untersuchen.

In vielen dieser Studien, vor allem aus den 70er- und 80er-Jahren, wurden verschiedene Skalen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Hathaway & McKinley, 1967; Dahlstrom, Welsh & Dahlstrom, 1972, 1975; Hathaway & Meehl, 1972; Lachar, 1974; deutsche Version: Spreen, 1963) eingesetzt, um den Zusammenhang von Psychopathologie und vorzeitiger Therapiebeendigung zu untersuchen. Dabei sind die Ergebnisse der Studien nicht eindeutig.

So kamen Baekeland und Lundwall (1975) auf Grundlage von zwei Studien (Pittel, Weinberg, Grevert & Sullivan, 1972; Stewart & Wadell, 1972, beide zitiert nach Baekeland und Lundwall, 1975), in denen das MMPI eingesetzt wurde, zum Schluß, daß Klienten „who are more *psychopathic*, have lower *ego strength*, are *less defensive*, and have a *bizarre symptomatology*“ (S. 753) eine Therapie eher vorzeitig beendeten. Auch Stark (1992) berichtete von zwei Studien (Keegan & Lachar, 1979; Robinson & Little, 1982), in denen bei vorzeitigen Therapiebeendern eine im Vergleich zu den regulären Beendern erhöhte Psychopathologie gefunden worden war. Craig, (1984a, 1984b), dessen Arbeiten zum Teil auch von Stark (1992) in seiner Übersichtsarbeit berücksichtigt wurden, faßte in einer der Arbeiten (1984a) die Befunde von zehn Studien zusammen, die das MMPI und einige andere Persönlichkeitstests verwendet hatten, um Unterschiede zwischen regulären und vorzeitigen Beendern zu identifizieren. Gemäß Craig zeigten die meisten dieser Studien einen „significant trend toward significance for dropouts to score at higher levels of psychopathology on most of the psychological tests“ (1984a, S. 668). Dabei hatten die vorzeitigen Beender insbesondere bei der F-Skala (Validität) des MMPI oft höhere

Werte aufgewiesen. Craig kritisierte (1984a), daß mit Ausnahme einer von ihm selbst durchgeführten Arbeit (1984b) keine Kreuzvalidierung anhand anderer Stichproben vorgenommen worden war. In dieser zweiten Arbeit Craigs (1984b) wiesen Abbrecher auf der Depressionsskala (Skala 2) des MMPI signifikant höhere Werte auf als die Beender. Craig betonte, daß dieser Befund ein reiner Zufallsbefund sein könnte, da insgesamt 29 Vergleiche durchgeführt wurden, und somit bei einem 5 %-Signifikanzniveau ein signifikanter Unterschied zu erwarten war. Er berichtete weiterhin, nur wenige MMPI Indizes (Skala 6 Paranoia, Skala 8 Schizoidie und Skala 9 Hypomanie) hätten in einer Diskriminanzanalyse zur Klassifikation der vorzeitigen Therapiebeender beigetragen. Insbesondere wies Craig auch darauf hin, daß die Diskriminanzanalyse zwar 87 % Treffergenauigkeit erreichte, diese Treffergenauigkeit allerdings hauptsächlich erreicht wurde, weil diejenigen Personen, die das Programm regulär beendet hatten, zu 94 % richtig klassifiziert wurden, während die Vorhersage der vorzeitigen Beender mit einer Treffergenauigkeit von 60 % kaum besser als der Zufall war. Bei der Kreuzvalidierung der Diskriminanzgleichung an einer drei Jahre später in der selben Therapieeinrichtung erhobenen Stichprobe, ging die Treffergenauigkeit von 87 % auf 44 % zurück. Somit konnte die ermittelte Diskriminanzgleichung nicht auf andere Stichproben der gleichen Therapieeinrichtung generalisiert werden.

Neben dem MMPI wurden auch verschiedene andere Operationalisierungen und Instrumente eingesetzt, um den Zusammenhang zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und genereller psychologischer beziehungsweise psychiatrischer Symptombelastung zu untersuchen.

Corty, Ball und Myers (1988) untersuchten bei 567 mit Methadon substituierten Klienten den Zusammenhang sowohl von aktuell vorhandener als auch von während der gesamten Lebenszeit aufgetretener psychischer Symptomatik und der tatsächlichen Therapiedauer. Die aktuell vorhandene psychische Symptomatik wurde mit dem Psychiatric Composite Score des Addiction Severity Index (ASI, McLellan, Luborsky, Woody & O'Brien, 1980; McLellan et al., 1985; McGahan, Griffith & McLellan, 1986; deutsche Version: Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999) gemessen. Der Psychiatric Composite Score ist normiert und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen, wobei höhere Werte

eine stärker ausgeprägte psychische Symptomatik anzeigen. In ihn gehen unter anderem das Vorhandensein von Depressionen, Angst- und Spannungszuständen, Konzentrationsschwierigkeiten, Halluzinationen, Schwierigkeiten der Kontrolle gewalttätigen Verhaltens, Selbstmordgedanken und Selbstmordversuche in den letzten 30 Tagen ein. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Psychiatric Composite Score des ASI und der tatsächlichen Therapiedauer festgestellt werden. Die während der gesamten Lebenszeit aufgetretene psychische Symptomatik wurden analog zur aktuellen psychischen Symptomatik ermittelt. Es wurde allerdings kein Index berechnet, sondern der Zusammenhang jedes einzelnen Symptoms und der Anzahl der Symptome mit der tatsächlichen Therapiedauer geprüft. Auch hier konnte kein Zusammenhang beobachtet werden.

Joe, Brown und Simpson (1995) konnten in einer Stichprobe von 462 Klienten in einer Substitutionsbehandlung mit Methadon zeigen, daß Klienten mit einem hohen Grad an psychischer Symptombelastung häufiger bei einer Einzelberatung erschienen als Klienten mit wenig oder nicht vorhandener Symptombelastung. Zudem war es für Klienten mit vielen Problemen mehr als doppelt so wahrscheinlich wie für Klienten mit keinen oder wenigen psychologischen Problemen, daß das im Behandlungsprogramm geforderte Minimum von mindestens zwei Einzelsitzungen pro Monat wahrgenommen wurde. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von psychologischen Problemen und dem Auftreten von psychologischen Themen in den Therapiesitzungen nachgewiesen werden. Bei Gruppensitzungen gab es allerdings keine Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen. Der Ausprägungsgrad der psychischen Symptombelastung wurde mit Hilfe eines Index gemessen, der aus einem Suizidindex, einem Pathologieindex, einem Depressionsindex und einem Angstindex gebildet wurde. Der Suizidindex und der Pathologieindex sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf der Grundlage des ASI entwickelt worden und dem in der oben beschriebenen Untersuchung von Corty et al. (1988) verwendeten Instrument zur Messung der in der gesamten Lebenszeit aufgetretenen psychischen Symptomatik sehr ähnlich. Der Depressionsindex wurde mit Hilfe der TCU Depression Scale und der Angstindex mit Hilfe der TCU Anxiety Scale erstellt. Beide Skalen sind Bestandteil der TCU Psychosocial Function-

ning and Motivation Scales (Knight, Holcom & Simpson, 1994, zitiert nach Joe et al., 1995).

Auch die in der klinischen Forschung relativ weit verbreitete Symptom-Check-List (SCL-90-R, Derogatis, 1977; deutsche Version: Franke, 1995) wurde in verschiedenen Studien verwendet, um den Zusammenhang zwischen der generellen psychiatrischen Symptombelastung und vorzeitiger Therapiebeendigung zu untersuchen. Auch hier sind die Ergebnisse wiederum nicht eindeutig.

Steer (1983) untersuchte bei einer Stichprobe von 110 ambulanten Beratungsklienten den Zusammenhang von sowohl der kontinuierlichen Variable tatsächliche Therapiedauer als auch der dichotomen Variable reguläre versus vorzeitige Therapiebeendigung mit einigen demographischen Variablen und der generellen psychiatrischen Symptombelastung, gemessen durch den Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R. Steer berechnete sowohl bivariate Korrelationen als auch eine schrittweise Regression. Dabei war die tatsächliche Therapiedauer umso länger, je geringer die Symptombelastung war. Bivariat betrug der Zusammenhang zwischen dem GSI und der in der Behandlung verbrachten Zeit $r = -0,31$, das inkrementelle Bestimmtheitsmaß für den GSI in der Regression betrug $R^2 = 0,03$. Es gab aber keinen Zusammenhang des GSI mit der dichotomen Variable reguläre beziehungsweise vorzeitige Therapiebeendigung. Auch Stark und Campbell (1988) fanden keinen Zusammenhang zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und SCL-90-R-Scores.

Neben einer generellen psychiatrischen Symptombelastung wurde mit Hilfe von verschiedenen spezifischen Symptomskalen auch der Zusammenhang von Ängstlichkeit und Depressivität mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung untersucht. Teilweise wurden Depressionsdiagnosen verwendet, die die Symptomskalen ergänzten oder ganz ersetzten. Auch hier zeigen sich unklare Ergebnisse.

Grella, Wugalter und Anglin (1997) fanden in ihrer Studie mit einer Stichprobe von 462 methadonsubstituierten Klienten einen Zusammenhang zwischen dem Verbleib in einer Therapie und Indikatoren von psychologischen Problemen wie Depressivität und Ängstlichkeit. Die depressive Symptomatik wurden mit der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, Radloff,

1977; deutsche Version: Hautzinger, 1988) gemessen. Die CES-D ist eine 20-Item Selbstbeurteilungsskala, welche die depressive Gefühls- und Stimmungslage mißt. Mit Hilfe der Daten der CES-D wurde dann die dichotome Variable Vorliegen einer depressiven Symptomatik gebildet, indem die Population am Mittelwert in zwei Gruppen aufgeteilt wurde. Die Ängstlichkeit wurde mit der Anxiety Scale des Basic Personality Inventory (BPI, Jackson, 1989, zitiert nach Grella et al., 1997) ermittelt, für die T-Werte berechnet wurden. Die Autoren benutzten vier Cox-Proportional-Hazard-Regressionsmodelle, um den Verbleib einer Person in Therapie nach 90 Tagen, 12 Monaten, 18 Monaten und 24 Monaten vorherzusagen. In dieses Modell gingen neben anderen Variablen die dichotome Variable Vorliegen einer depressiven Symptomatik und als Kovariate die Variable Ängstlichkeit ein. Während bei 90 Tagen die Variable Vorliegen einer depressiven Symptomatik mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = 0,054$ die Signifikanzgrenze knapp verfehlte, war für den Verbleib nach 12, 18 und 24 Monaten sowohl die Variable Vorliegen einer depressiven Symptomatik als auch die Variable Ängstlichkeit statistisch signifikant. Bei Depressiven war das Risiko einer vorzeitigen Therapiebeendigung zu allen drei Zeitpunkten etwa um den Faktor 1,5 höher als bei Nichtdepressiven. Bei der Ängstlichkeit führte jede Erhöhung um einen Wert auf der Skala zu einer Reduktion der Hazardrate um 2 % nach 12 Monaten und um 5 % nach 18 und 24 Monaten. In dieser Studie verhielten sich also Depressivität und Ängstlichkeit gegenläufig zueinander. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik erhöhte das relative Risiko für eine vorzeitige Therapiebeendigung, während eine höhere Ängstlichkeit das Verbleiben in der Therapie wahrscheinlicher werden ließ.

Araujo et al. (1996) untersuchten den Zusammenhang von Depressivität beziehungsweise Ängstlichkeit und vorzeitiger Therapiebeendigung bei einer Entgiftungstherapie mit einer regulären Therapiedauer von 5 bis 10 Tagen. An der Studie nahmen 148 Klienten teil, die alle die *DSM-III-R*-Diagnose Substanzmißbrauch erfüllten. Allerdings wurden bei den Analysen nur die 123 Klienten mit den Hauptdrogen Heroin und Kokain berücksichtigt. Den Grad der Depressivität lieferte die Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD, Hamilton, 1967; deutsche Version: Collegium Internationale Psychiatrica Scalarum [CIPS], 1996a) und das Ausmaß der Ängstlichkeit die Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA, Hamilton, 1959; deutsche Version: CIPS, 1996b). Die

Autoren verwendeten univariate Varianzanalysen um die beiden Gruppen der Abbrecher und Beender zu vergleichen. Auf beiden Symptomskalen unterschieden sich die Mittelwerte der Abbrecher und Beender nicht signifikant voneinander. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl in der Gesamtpopulation als auch bei separaten Analysen für Personen mit der Hauptdroge Heroin beziehungsweise Kokain.

Charney, Paraherakis, Negrete & Gill (1998) untersuchten 75 Klienten eines ambulanten Behandlungsprogramms mit dem Ziel der völligen Abstinenz. Das Programm hatte eine reguläre Therapiedauer von drei Monaten. Bei den Klienten wurde Substanzmißbrauch oder -abhängigkeit von Alkohol, Benzodiazepinen, Kokain oder Heroin gemäß *DSM-IV* diagnostiziert. Mit Hilfe eines klinischen Interviews und denjenigen Teilen des Structured Clinical Interview for *DSM-IV* (SCID, First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996; deutsche Version: Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), die für die Diagnose von Affektiven Störungen verwendet werden, wurden Diagnosen einer primären oder substanzinduzierten Depression nach *DSM-IV* vergeben. Zudem wurden von den Autoren das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck & Steer, 1987; deutsche Version: Hautzinger et al., 1995), die Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD, Hamilton, 1967; deutsche Version: CIPS, 1996a) und die Global Assessment Scale (GAS, Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) eingesetzt. Eine Überlebensanalyse konnte keinen Zusammenhang zwischen einer Diagnose einer primären oder substanzinduzierten Depression nach *DSM-IV* und der tatsächlichen Therapiedauer ermitteln. In einer multiplen und einer hierarchischen Regressionsanalyse waren weder das Vorliegen einer *DSM-IV*- Diagnose Depression noch Werte von BDI, HAMD oder GAS signifikante Prädiktoren für den Verbleib in der Behandlung. Allerdings wiesen schon die Autoren darauf hin, daß die Ursache dieses Befunds ein Deckeneffekt sein könnte, da die Klienten bei einer Gesamtdauer der Behandlung von 90 Tagen eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 72 Tagen hatten.

Miller, Hoffmann, Ninonuevo und Astrachan (1997) verglichen, in einer mit 4339 Patienten sehr großen Stichprobe, Klienten mit einer Lebenszeitdiagnose Major Depression nach *DSM-III-R* mit Klienten, die keine solche Diagnose erhalten hatten. Allerdings machten die Autoren darauf aufmerksam, daß es sich eher um eine Diagnose eines „`major depressive syndrome´ rather than a

„major depressive episode“ (S. 130) handelte, da nicht geprüft wurde, ob die Depression durch einen organischen Faktor ausgelöst wurde, eine psychotische Störung überlagerte oder ähnliches. Es gab bei der Zeit, die in stationärer Therapie verbracht wurde, keine signifikanten Unterschiede zwischen Klienten mit einer Depressionsdiagnose, die durchschnittlich 25,0 Tage in Behandlung waren, und Klienten ohne Diagnose, bei denen die durchschnittliche Zeit in Therapie 24,7 Tage betrug. Auch der Zusammenhang zwischen regulärer Beendigung und Vorliegen einer Depressionsdiagnose war mit einem Phi-Koeffizienten von $\Phi = -0,03$ nur sehr gering. Von den Klienten mit Diagnose hatten 87 % regulär abgeschlossen, während es von den Klienten ohne Diagnose 89 % waren. Für den Phi-Koeffizienten wurde von den Autoren kein Signifikanzniveau angegeben. Die Studie hat mit 54 % einen sehr hohen Anteil von Patienten mit Alkohol als Hauptdroge, während nur 16 % Kokain, 10 % Marihuana, 6 % Medikamente, 5 % Stimulantien und 3 % Opiate als Hauptdroge konsumierten. Weitere 6 % fielen in keine der genannten Gruppen. Zudem gingen 69 % der Patienten einer Beschäftigung nach. Beide Faktoren zusammen könnten den hohen Anteil der regulären Beender erklären.

Auch Baekeland und Lundwall (1975) schlossen aus den Ergebnissen von zwei Studien (Fisch et al., 1973; Levine, Levin, Sloan & Chappel, 1972), daß das Vorliegen einer Depression ein Risikofaktor für eine vorzeitige Beendigung einer Methadontherapie ist.

Die Ergebnisse der referierten Studien zum Zusammenhang zwischen Psychischen Störungen oder psychischer Symptombelastung und der tatsächlichen Therapiedauer beziehungsweise einer vorzeitigen Therapiebeendigung sind nicht eindeutig. In einigen Studien wurde ein Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung gefunden, in anderen nicht. Dies kann verschiedene Ursachen haben.

Eine mögliche Ursache dieser inkonsistenten Ergebnisse könnten die verschiedenen Operationalisierungen der Variable Psychische Symptombelastung sein. So ist zunächst zwischen der Verwendung von Diagnosen nach *DSM-III-R* oder *DSM-IV* und dem Einsatz von standardisierten psychometrischen Skalen zur Messung der Psychopathologie oder Symptombelastung zu unterscheiden. Wenn wie in der Untersuchung von Miller et al. (1997) der Zusammenhang

zwischen einer Lebenszeitdiagnose Major Depression und der vorzeitigen Therapiebeendigung untersucht wird, könnte dieses Maß möglicherweise nicht genügend trennscharf zwischen Personen mit einer hohen und einer niedrigen negativen affektiven Symptomatik zum Zeitpunkt der Untersuchung unterscheiden. Es wäre dann nicht verwunderlich, wenn sich kein Zusammenhang zwischen einer Lebenszeitdiagnose Major Depression und einer vorzeitigen Therapiebeendigung zeigt. Ähnliche Probleme mit der Trennschärfe könnten auch bei einigen der vielen verschiedenen standardisierten Instrumente vorliegen, die in den Untersuchungen verwendet wurden. Dies könnte insbesondere bei Instrumenten der Fall sein, die neben Negativer Affektivität auch noch einen hohen Anteil an sonstiger unspezifischer Varianz enthalten.

Ursächlich für die inkonsistenten Ergebnisse könnte aber auch die Operationalisierung der Variable vorzeitige Therapiebeendigung sein. Hier sind wieder die schon weiter oben angeführten Inkonsistenzen bei der Definition der vorzeitigen Therapiebeendigung zu nennen. Vor allem wenn die Definition einer vorzeitigen Beendigung durch die Therapeuten der Einrichtung erfolgt, ist die Reliabilität und Validität der Zuordnung fraglich. Da die vorzeitige Beendigung wahrscheinlich je nach Zeitpunkt unterschiedliche Ursachen hat (Craig & Olson, 1988; Vollmer, 1991), könnte die in den meisten Untersuchungen nicht vorhandene Unterscheidung zwischen früher und später vorzeitiger Beendigung für die inkonsistenten Ergebnisse verantwortlich sein. Einen Hinweis gibt hier die Untersuchung von Steer (1983), bei der der Zusammenhang zwischen dem Global Severity Index der SCL-90-R und der tatsächlichen Therapiedauer $r = -0,31$ betrug, während es keinen Zusammenhang des Global Severity Index mit der dichotomen Variable reguläre beziehungsweise vorzeitige Therapiebeendigung gab. Ein eigentlich vorhandener Zusammenhang wäre bei einer rein kategorialen Betrachtung der Daten mit groben dichotomen Kategorien nicht entdeckt worden.

Wie von Charney et al. (1998) angeführt, kann aber auch ein Deckeneffekt, also ein zu geringer Unterschied in der durchschnittlichen Behandlungsdauer von vorzeitigen und regulären Beendern, eine Ursache für den nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Symptombelastung und der tatsächlichen Therapiedauer sein. Die gleiche Wirkung haben hohe Abbruchquoten. Wenn fast alle Klienten die Therapie vorzeitig beenden, ist

es unwahrscheinlich, daß eine Klientenvariable identifiziert werden kann, die einen hohen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung hat.

Auch die Zusammensetzung der untersuchten Stichproben kann eine Ursache für die inkonsistenten Befunde sein. Die Mehrzahl der referierten Studien untersucht Methadonpatienten. Obwohl Methadon kein klinisch verwendetes Antidepressivum ist, kann nicht ausgeschlossen werden, daß es im Sinne der Selbstmedikationshypothese eine eventuell vorliegende negative affektive Symptomatik so ausreichend bekämpft, daß die Klienten eine Erleichterung ihrer Symptomatik erfahren und deshalb ihre Substitutionstherapie nicht abbrechen.

Zudem sind die Stichproben teilweise auch bezüglich der von den Klienten konsumierten Substanzen sehr heterogen. Beispielsweise sind in den Untersuchungen von Charney et al. (1998) und Miller et al. (1997) auch Alkoholiker enthalten; bei Miller et al. (1997) sind sie mit 54 % sogar in der Überzahl. Da es möglich ist, daß es grundlegende Unterschiede gibt zwischen dem Abbruchgeschehen bei Alkoholikern und dem Abbruchgeschehen bei Suchtkranken, die abhängig von illegalen Drogen sind, könnte dies die Ursache für die unklaren Ergebnisse sein.

Eine Generalisierung der Befunde auf die in der Bundesrepublik Deutschland weit verbreiteten stationären Abstinenztherapien ist auch abgesehen von den Inkonsistenzen nicht ohne weiteres möglich. Zum einen muß davon ausgegangen werden, daß sich das Geschehen in ambulanten Substitutionstherapien deutlich von dem in abstinenzorientierten stationären Rehabilitationstherapien unterscheidet und zum zweiten unterscheidet sich das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik deutlich vom amerikanischen System. So werden beispielsweise in der Bundesrepublik im allgemeinen Alkoholiker und Suchtkranke, die abhängig von illegalen Drogen sind, in getrennten Einrichtungen behandelt. Deshalb ist es sinnvoll, die generelle Fragestellung des Zusammenhangs von negativer affektiver Belastung und vorzeitiger Therapiebeendigung unter den Bedingungen der bundesdeutschen Suchtbehandlung zu untersuchen.

4 Ableitung der Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Untersuchung ist eingebettet in das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierte Forschungsprojekt „Vergleichende klinische Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen“ (Antragsteller: A. Günthner [federführende Projektleitung], T. Bader, K. Mann & G. Buchkremer), in dem unter anderem Zusammenhänge zwischen verschiedenen Klientenmerkmalen und dem Therapieerfolg in Einrichtungen mit unterschiedlicher Therapiedauer identifiziert werden sollten. Die in diesem Projekt gewonnenen Erkenntnisse sollen dann die gezielte Entwicklung von Maßnahmen ermöglichen, durch die die Quote der regulären Therapiebeender erhöht wird. Eine möglichst hohe Quote von regulären Therapiebeendern ist anzustreben, weil bei Drogenabhängigen die reguläre Beendigung einer Rehabilitationstherapie unabhängig von der Art der Therapie und unabhängig von anderen Klientenmerkmalen mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,36$ die Variable mit dem höchsten Zusammenhang mit dem langfristigen Therapieerfolg ist (Roch et al., 1992). Auch wenn man die kontinuierliche Variable tatsächliche Therapiedauer betrachtet, liegt der Zusammenhang mit dem langfristigen Therapieerfolg mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,30$ in einer ähnlichen Größenordnung (Roch et al., 1992).

Die bisher häufig untersuchten Variablen aus den Bereichen Soziodemographie, Drogenkarriere, Legalität und Behandlungsgeschichte haben keinen oder nur einen geringen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung. Die mittleren Effektstärken dieser häufig untersuchten Variablen liegen nämlich zwischen $r = -0,120$ und $r = 0,148$ und erklären somit im besten Fall etwa 2 % bis 3 % der Varianz (Roch et al., 1992). Hinzu kommt, daß das Konfidenzintervall die Null im allgemeinen umschließt und heterogene Varianzen vorliegen, was auf die Wirksamkeit von Moderatorvariablen hinweist (Roch et al., 1992). Diese Befunde können ihre Ursache sowohl in der Auswahl der Klientenvariablen als auch in der Operationalisierung der Variable vorzeitige Therapiebeendigung haben. Die Problembereiche für beide Variablengruppen werden im folgenden nochmals kurz zusammengefaßt.

Hauptproblem bei der Variable vorzeitige Therapiebeendigung ist, daß in den Untersuchungen die Gruppe der Therapieabbrecher als homogene Gruppe betrachtet wird und nicht nach Abbruchzeitpunkten differenziert wird. Diese Differenzierung ist aber sinnvoll, da eine vorzeitige Therapiebeendigung vermutlich je nach Zeitpunkt, zu dem sie stattfindet, unterschiedliche Ursachen hat. Folglich sollten auch die Variablen, die einen Zusammenhang mit der vorzeitigen Beendigung aufweisen, zu Beginn der Therapie andere sein als gegen Ende der Therapie (Craig & Olson, 1988; Vollmer, 1991). Wenn nun nicht zwischen verschiedenen Abbrechergruppen unterschieden wird, können Zusammenhänge zwischen Klientenmerkmale und einer vorzeitigen Therapiebeendigung unentdeckt bleiben, da der Zusammenhang immer nur bis zu oder ab einem bestimmten Abbruchzeitpunkt vorhanden ist und nicht für alle Abbrecher gilt.

Die einfachste Differenzierung ist eine Aufteilung der Abbrecher in die beiden Kategorien Frühabbrecher und Spätabbrecher. Dies führt dann zu einer Trichotomisierung der Variable vorzeitige Therapiebeendigung in die Kategorien Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender. Diese trichotome Variable berücksichtigt neben der tatsächlichen Therapiedauer auch die qualitative Information einer regulären beziehungsweise vorzeitigen Therapiebeendigung. Dies ist wichtig, weil gemäß den Befunden der Arbeitsgruppe um Simpson (Simpson, 1979, 1981; Simpson et al., 1979; Simpson et al., 1997) Klienten, die eine Therapie regulär beenden, einen besseren langfristigen Therapieerfolg erreichen als Klienten, die die Therapie vorzeitig beenden, auch wenn die Einflüsse der tatsächlichen Therapiedauer statistisch kontrolliert werden. Eine Mindestbehandlungsdauer von mehr als 90 Tagen ist dabei ein klinisch und empirisch sinnvolles Kriterium, um Frühabbrecher und Spätabbrecher zu trennen. Wird diese Mindesttherapiezeit von mehr als 90 Tagen nämlich nicht erreicht, ist der langfristige Therapieerfolg gemäß der Befunde der Arbeitsgruppe um Simpson nicht besser als der von unbehandelten Klienten. Zudem hat bei der Hälfte der Klienten, die eine stationäre Behandlung vorzeitig beenden, diese vorzeitige Beendigung nach spätestens 91 Tagen stattgefunden (Simpson et al., 1997). Somit unterteilt eine Therapiedauer von 90 Tagen die Gruppe der Abbrecher in zwei etwa gleich große Gruppen. Diese Unterteilung wird auch in der vorliegenden Arbeit vorgenommen: Klienten mit einer Behandlungsdauer von 90 Tagen und weniger gelten als Frühabbrecher, gleichgültig, aus welchen

Gründen sie die Therapie beendet haben. Klienten, welche die Behandlung nach mehr als 90 Tagen Behandlungsdauer ohne Einverständnis der behandelnden Therapeuten vorzeitig beenden, werden als Spätabbrecher klassifiziert. Alle anderen Klienten sind reguläre Beender. Durch diese Operationalisierung können dann möglicherweise vorhandene Unterschiede zwischen den drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender entdeckt werden.

Bei den Klientenvariablen können mehrere Ursachen für den geringen Zusammenhang der bisher untersuchten Variablen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung angeführt werden. Die wichtigste ist sicherlich, daß bisher vor allem Hintergrundvariablen wie beispielsweise soziodemographische Variablen oder Variablen zur Legalität untersucht wurden.

Insbesondere soziodemographischen Variablen haben vermutlich nicht viel Einfluß auf das Klientenverhalten in der Therapie. Diese soziodemographischen Variablen sind nämlich bestenfalls Korrelate von Variablen, von denen diese Verhaltensrelevanz eher angenommen werden kann. Vermutlich wurden diese soziodemographischen Variablen nur deshalb so häufig untersucht, weil sie in den Einrichtungen routinemäßig erhoben werden.

Bei vielen anderen Hintergrundvariablen, hierzu gehören beispielsweise die meisten der üblicherweise erhobenen Variablen zur Legalität oder zur Drogenkarriere, gibt es wahrscheinlich von vornherein nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Klienten. Schließlich bilden viele dieser Variablen die Lebenssituation oder die Drogenkarriere von Drogenabhängigen ab, die bei vielen Drogenabhängigen vermutlich sehr ähnlich ist. Aufgrund dieser zu erwartenden geringen Varianz kann dann in der Folge auch keine nennenswerte Kovarianz von Klientenvariable und der Variable vorzeitige Therapiebeendigung festgestellt werden.

Aufgrund dieser Überlegungen sollte bei diesen Hintergrundvariablen auch eine Differenzierung der Abbrecher in Frühabbrecher und Spätabbrecher keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender ergeben.

Die Ergebnisse einer Untersuchung von Kufner et al. (1994), in der das Abbruchgeschehen in stationären Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige

untersucht wurde, legen einen Zusammenhang zwischen Negativem Affekt und Therapieabbruch oder zumindest den Gedanken an einen solchen nahe. Empirische Befunde, denen zufolge das Erleben von Negativem Affekt ein starkes Verlangen nach Drogen, das sogenannte Craving, oder konditionierte Entzugssymptome auslösen kann (Childress et al., 1987, zitiert nach Cooney et al. 1997; Payne et al., 1991), stützen die Hypothese des Zusammenhangs von Negativem Affekt und vorzeitigem Therapieabbruch.

Wenn während der Therapie eine Verlaufsmessung der Zustandsvariable Negativer Affekt mit häufigen Meßwiederholungen nicht möglich ist, sondern nur eine Messung zu Beginn der Therapie, ist es sinnvoll, statt der Zustandsvariable Negativer Affekt die Disposition Negative Affektivität zu untersuchen. Beide Variablen hängen nämlich eng zusammen. Eine Person mit hoher Negativer Affektivität erlebt im Vergleich zu einer Person mit niedriger Negativer Affektivität mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen negativen affektiven Zustand (Watson & L. A. Clark, 1984). Klienten mit einer hohen Negativen Affektivität sollten also häufiger und früher in der Therapie Negativen Affekt erleben als Klienten mit niedriger Negativer Affektivität. Dieser häufig und frühzeitig erlebte Negative Affekt sollte in der Folge auch recht schnell zu einem vorzeitigem Therapieende führen. Wenn man nun die Überlegungen von Craig und Olson (1988) beziehungsweise Vollmer (1991) aufgreift, gemäß denen Therapien zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus unterschiedlichen Gründen abgebrochen werden, ist es plausibel anzunehmen, daß Negative Affektivität insbesondere beim Frühabbruch eine Rolle spielt. Deshalb sollten die Frühabbrecher im Vergleich zu den Spätabbrechern und den regulären Beendern die höchste Negative Affektivität der drei Gruppen aufweisen. Dabei ist natürlich nicht auszuschließen, daß Negative Affektivität auch beim Spätabbruch eine Rolle spielt.

In der vorliegenden Untersuchung werden die Klienten von zwei Therapieeinrichtungen untersucht. Somit können die Zusammenhänge zwischen Klientenmerkmale und Modus der Therapiebeendigung neben der Gesamtstichprobe auch in zwei verschiedenen Teilstichproben untersucht werden. Da zudem in beiden Einrichtungen sowohl Frauen als auch Männer behandelt werden, sind zudem auch für beide Geschlechter getrennte Auswertungen möglich.

Aufgrund der oben dargestellten Befunde und Überlegungen sollte sich nun zeigen lassen, daß auch eine Differenzierung in Frühabbrecher, Spätabbrecher und Beender bei den Hintergrundvariablen zur Soziodemographie, zur Legalität und im Bereich Drogen nicht zu bedeutsamen Unterschieden zwischen den drei Gruppen führt. Da die Ergebnisse zu den Hintergrundvariablen über die Untersuchungen hinweg auch sehr inkonsistent waren, sollten die Zusammenhänge für die Gesamtstichprobe und die verschiedenen Teilstichproben häufig unterschiedlich ausfallen.

Anders sehen die Verhältnisse bei der Variable Negative Affektivität aus. Da diese Variable als direkt handlungsrelevant betrachtet wird, sollte es hinsichtlich der Negativen Affektivität in allen Teilstichproben Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern geben. Insbesondere wird vorhergesagt, daß die Frühabbrecher zu Therapiebeginn eine höhere Negative Affektivität aufweisen als die beiden anderen Gruppen. Personen mit hoher Negativen Affektivität sollten nämlich recht schnell nach Beginn der Therapie und auch häufiger als Personen mit niedriger Negativer Affektivität negative emotionale Zustände erleben. Diese negativen emotionalen Zustände führen dann zum Auftreten von konditionierten Entzugserscheinungen oder zum Erleben von Craving. In der Folge kommt es dann zu einem Therapieabbruch durch den Klienten oder zu einer Einnahme von Drogen, welche wiederum eine disziplinarische Entlassung nach sich zieht.

5 Methode

5.1 Stichprobe

In die Untersuchung wurden 319 Personen einbezogen, die sich von Juli 1996 bis September 2000 in den Einrichtungen Bläsiberg und Bebenhäuser Klosterhof der Drogenhilfe Tübingen e.V. einer stationären Rehabilitationsbehandlung wegen Substanzabhängigkeit gemäß den Kriterien der 9. Revision des Handbuchs der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1979 (ICD 9, Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, 1979) unterzogen haben. Bei der Mehrzahl der Personen lag Abhängigkeit oder Mißbrauch von mehreren Substanzen vor. Die von den Klienten bevorzugte Substanzklasse war bei der überwiegenden Mehrheit die der Opiate. Die Stichprobe bestand aus 76 Frauen und 243 Männern. Das durchschnittliche Alter war $M = 30,2$ Jahre ($s = 5,5$). Der Median lag bei $Md = 30,0$ Jahre. Der jüngste Klient war 20 Jahre, der älteste 46 Jahre alt. Da viele Klienten während der Untersuchung ihr Einverständnis zur Untersuchung zurückgezogen oder die Therapie vorzeitig beendet haben, gibt es bei einigen Variablen einen nennenswerten Anteil von fehlenden Daten.

Die Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung wurde im Rahmen des Projekts „Vergleichende klinische Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen“ (Antragsteller: A. Günthner, T. Bader, K. Mann & G. Buchkremer) durchgeführt. Das Projekt wurde im Rahmen des Förderschwerpunkts „Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmißbrauch und -abhängigkeit“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung genehmigt (Teilprojekt 01, BMBF-Förderkennzeichen 01EB 9420/4). Es wurde im Forschungsschwerpunkt Suchtforschung an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. G. Buchkremer) in Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe Tübingen e. V. (Leitung: Dipl.-Psych. T. Bader) realisiert. Federführender Projektleiter war Dr. A. Günthner von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Projekt hatte eine Laufzeit von fünf Jahren. Projektstart war am 1. Oktober

1995, Projektende am 31. Dezember 2000. Die Feldarbeit wurde von Juli 1996 bis September 2000 durchgeführt.

5.2 Design der Untersuchung

Die Untersuchung sollte Aussagen über die Zusammenhänge von verschiedenen Klientenmerkmalen mit dem Therapieerfolg in Einrichtungen mit unterschiedlicher Therapiedauer ermöglichen. Hierzu wurden Klienten von zwei verschiedenen Therapieeinrichtungen mit einer regulären Therapiedauer von sechs und zwölf Monaten untersucht, wodurch es zu einer Konfundierung von Einrichtung und Therapiedauer kam. Der Therapieerfolg wurde nach Art und Zeitpunkt der Therapiebeendigung differenziert und durch drei Gruppen operationalisiert: Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender. Als Frühabbrecher wurden alle Klienten betrachtet, die innerhalb von 90 Tagen nach Beginn der Therapie diese, aus welchen Gründen auch immer, beendet hatten. Spätabbrecher waren Klienten, die zwar länger als 90 Tage in der Einrichtung geblieben waren, aber die Therapie gemäß dem Urteil der behandelnden Therapeuten nicht regulär beendet hatten. Reguläre Beender wiederum wiesen eine Behandlungsdauer von mindestens 90 Tagen auf und hatten die Therapie gemäß Therapeutenurteil regulär beendet. Als weiterer Faktor ging das Geschlecht in den Untersuchungsplan ein. Es ergab sich also ein dreifaktorielles Untersuchungsdesign mit den zweifach gestuften Faktoren Therapieeinrichtung (Therapiedauer 6 Monate versus 12 Monate) und Geschlecht und dem dreifach gestuften Faktor Modus der Therapiebeendigung (Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender). Als abhängige Variablen wurden Klientenvariablen aus den Bereichen soziale, finanzielle und berufliche Situation, Legalität, Drogen- und Behandlungskarriere und die psychologische Variable Negative Affektivität betrachtet. Diese Variablen wurden zu Beginn der Therapie erhoben. Die Untersuchung war als prospektive Feldstudie angelegt. Es erfolgte also keine zufällige Zuweisung der Klienten auf die einzelnen Therapieeinrichtungen.

Im beschriebenen Design werden der Modus der Therapiebeendigung, das Geschlecht und die Therapieeinrichtung als unabhängige Variablen betrachtet, die

Klientenvariablen als abhängige Variablen. Obwohl diese statistische Modellierung das angenommene Ursache-Wirkungs-Prinzip sozusagen auf den Kopf stellt, ist dies eine in der Literatur häufig gewählte Vorgehensweise. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, daß die Kennwerte der verschiedenen, durch die Faktorstufenkombinationen gebildeten Gruppen sehr anschaulich darzustellen und zu vergleichen sind, was bei Untersuchungen mit eher explorativem Charakter besonders interessant ist.

5.3 Behandlungseinrichtungen

In der vorliegenden Untersuchung wurden zwei stationäre Einrichtungen der Drogenhilfe Tübingen e. V. mit unterschiedlicher Therapiedauer berücksichtigt. Der Bebenhäuser Klosterhof, eine Einrichtung mit 12monatiger Therapiedauer und die Einrichtung Bläsiberg mit 6monatiger Therapiedauer. Beide Einrichtungen verfolgen das Therapieziel Abstinenz. Die Klienten sollen zudem nach Abschluß der Therapie in der Lage sein, eine berufliche Qualifikation zu erwerben oder zu erhalten und ihren eigenen Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit zu verdienen. Sie sollen ihrem Leben neue Strukturen geben, selbstverantwortlich leben und ihre Freizeit sinnvoll gestalten. Im folgenden werden die Konzeptionen der beiden Einrichtungen kurz dargestellt.

5.3.1 Bebenhäuser Klosterhof

Der Bebenhäuser Klosterhof ist eine Therapeutische Gemeinschaft und verfügt über 50 Therapieplätze. Die Therapiedauer ist auf 12 Monate angelegt. Es werden Drogenabhängige ab 18 Jahren aufgenommen. Es wird keine weitergehende Eingangsselektion vorgenommen. Die einzige Eingangsvoraussetzung besteht in einem abgeschlossenen körperlichen Entzug und einer zugesagten Kostenübernahme eines Kostenträgers. Die Therapie Drogenabhängiger im Bebenhäuser Klosterhof basiert auf den drei Säulen Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeitgestaltung. Dabei stehen die drei Bereiche gleichberechtigt nebeneinander. Die psychotherapeutische Behandlung findet überwiegend in einem Gruppensetting statt und bedient sich Verfahren aus der Verhaltenstherapie, der Familientherapie, dem Psychodrama und der Gestalttherapie. Die therapeutischen Inhalte ergeben sich sowohl aus den aktuellen Konflikten innerhalb der

Therapeutischen Gemeinschaft als auch aus der retrospektiven Erarbeitung der Suchtgenese und der Persönlichkeitsentwicklung. Zusätzlich gibt es verschiedene themenzentrierte Gruppenangebote, an denen die Klienten je nach Indikation teilnehmen. Falls notwendig wird auch ergänzend Einzeltherapie angeboten. In der Arbeitstherapie werden alle Tätigkeiten eingesetzt, die bei der Versorgung der Therapeutischen Gemeinschaft anfallen. Das breit angelegte Freizeitangebot, in dem sowohl Sport als auch kreative Tätigkeiten wie Malen angeboten werden, soll ein sinnvolles Freizeitverhalten für die Zeit nach der Therapie aufbauen. Die 12monatige Therapiedauer gliedert sich in die drei Phasen Orientierungsphase, Kerntherapiephase und Adaptionphase. In der Orientierungsphase sollen die Klienten mit dem therapeutischen Setting vertraut werden. In der Kerntherapiephase findet der Hauptteil der therapeutischen Arbeit statt, während die Adaptionphase dazu dient, das in der Therapie Gelernte in der Außenwelt zu erproben.

5.3.2 Bläsiberg

Die Einrichtung Bläsiberg ist ebenfalls als Therapeutische Gemeinschaft angelegt und verfügt über maximal 30 Therapieplätze. Die Therapiedauer ist auf 6 Monate angelegt. Es werden dort überwiegend Drogenabhängige aufgenommen, die schon über Therapieerfahrung verfügen. Häufig haben die Klienten auch während ihrer Drogenkarriere immer wieder einige Zeit drogenfrei gelebt und sind zumindest teilweise sozial und beruflich integriert. Die Therapie in der Einrichtung Bläsiberg ruht ebenfalls auf den drei Säulen Psychotherapie, Arbeitstherapie und Freizeitgestaltung. Die Therapie ist wenig einschränkend und erfordert von den Klienten eine hohe Motivation und Eigenverantwortung. Im Vordergrund steht insbesondere die systematische Analyse von Verhaltensmustern beim Drogengebrauch und in Rückfallsituationen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die aktuelle Lebenssituation des Klienten und das Leben nach der Therapie. Daraus folgt, daß die Therapieziele der einzelnen Klienten sehr individuell gestaltet werden und von Beginn der Therapie an eine sehr starke Außenorientierung vorhanden ist.

5.4 Meßinstrumente

5.4.1 Basisdokumentation (BADO)

Die Basisdokumentation (BADO) wurde auf der Grundlage gängiger Dokumentationsstandards wie beispielsweise den Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen (1992) der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. oder des European Addiction Severity Index (Gsellhofer et al. 1999) von A. Günthner und Mitarbeitern eigens für das Forschungsprojekt entwickelt. Sie besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil der Basisdokumentation (BADO I) wird die allgemeine Lebenssituation vor Therapiebeginn ermittelt. Dabei werden Bereiche wie Wohnsituation, Partnerschaft, Freizeitgestaltung, finanzielle Verhältnisse, Ausbildung und Erwerbsarbeit, Legalität und Gesundheit berücksichtigt. Auch einige Fragen zur bisherigen Behandlungsgeschichte und zum Drogenkonsum sind enthalten. Im zweiten Teil der Basisdokumentation (BADO II) werden Umstände, Art und Dauer des Drogenkonsums erhoben. Der dritte Teil (BADO III) erfaßt nochmals detaillierter die sozialen Beziehungen. Da die BADO während der Laufzeit der Untersuchung mehrmals von der Projektleitung ergänzt beziehungsweise an Einrichtungs- oder Therapiemerkmale angepaßt und dadurch inhaltlich verändert wurde, wurden für die vorliegende Untersuchung nur solche Teile der BADO verwendet, bei denen die Kompatibilität der verschiedenen Versionen gegeben ist (Kerndatensatz BADO).

5.4.2 Symptom-Check-List (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Derogatis, 1977; deutsche Version: Franke, 1995) ist ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

Die SCL-90-R enthält 90 Items, die verschiedene körperliche und psychische Beschwerden beschreiben. Auf einer fünfstufigen Ratingskala, die von überhaupt nicht (0) bis sehr stark (4) reicht, sollen die Probanden jeweils angeben, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter einem Syptom gelitten haben. 83 der 90 Items gehen in die Berechnung von neun Skalen ein, die restlichen sieben Items sind separat auswertbare Zusatzfragen. Die neun Skalen sind Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängst-

lichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Zusätzlich zu den neun Skalen können drei globale Kennwerte berechnet werden: Global Severity Index (GSI), Positive Symptom Total (PST) und Positive Symptom Distress Index (PSDI). Der GSI ist ein Maß für die grundsätzliche psychische Belastung. Er wird berechnet, indem die Summe der Itemrohwerte durch 90 abzüglich der Anzahl der nichtbeantworteten Items dividiert wird. Der PST erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Er wird ermittelt, indem die Anzahl der Items mit einem Rohwert größer als 0 ausgezählt wird. Der PSDI erlaubt eine Aussage über die Intensität der Antworten. Er wird berechnet, indem die Summe der Itemrohwerte durch den PST dividiert wird.

Wie Hessel, Schumacher, Geyer und Brähler (2001) berichten, ergab eine testtheoretische Überprüfung der SCL-90-R eine mangelnde faktorielle Validität der von Derogatis (1977) postulierten Struktur mit neun Faktoren, die auch von Franke (1995) in der deutschen Version beibehalten wurde. Die meisten Studien, in denen die Faktorenstruktur der SCL-90-R mit Hilfe einer Faktorenanalyse überprüft wurde, fanden einen varianzstarken Generalfaktor, der inhaltlich die allgemeine Symptombelastung einer Person abbildet (Bonyng, 1993; Brophy, Norvell & Kiluk, 1988; A. Clark & Friedman, 1983; Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998; Rauter, Leonhard & Swett, 1996; Steer, D. A. Clark & Rianeri, 1994; Zack, Toneatto & Streiner, 1998). Diese Befunde konnten auch von Hessel et al. (2001) bestätigt werden, die eine testtheoretische Überprüfung und Normierung der deutschen Version an einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe mit 2179 Personen im Alter von 16 bis 96 Jahren durchführten. Nach Ansicht von Hessel et al. „scheint mit der SCL-90-R eine valide Erfassung voneinander abgrenzbarer Symptombereiche mittels verschiedener Subskalen somit nicht möglich zu sein“ (S. 38). Hessel et al. sehen deshalb „angesichts der unzureichenden faktoriellen Validität und der hohen Interkorrelationen der SCL-90-Skalen und der damit verbundenen Annahme eines Generalfaktors, der die globale Symptombelastung einer Person abbildet (*global distress factor*)“ (S. 36) auch davon ab, „Normwerte für die aus testtheoretischer Sicht fragwürdigen SCL-90-Subskalen zu berechnen“ (S. 36). Aufgrund dieser Befunde wurde in der vorliegenden Arbeit nur der GSI berechnet und

nach einer T-Normierung ($M = 50$, $s = 10$) gemäß dem Handbuch von Franke (1995) für weitergehende Analysen verwendet.

5.4.3 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (Beck & Steer, 1987; deutsche Version: Hautzinger et al., 1995) ist ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik.

Es erhebt die Intensität von 21 depressiven Symptomen: Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthaß, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, Sozialer Rückzug, Entschlußunfähigkeit, Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust. Zu jedem Symptom werden vier als Selbstaussagen formulierte Items dargeboten. Diese vier Items sind aufsteigend angeordnet, die depressive Stimmungslage wird immer stärker. Der Proband wird dann gebeten, die auf ihn in der letzten Woche am ehesten zutreffende Stimmungslage anzukreuzen. Bei jedem Symptom ist das schwächste Item mit 0 Punkten bewertet, das stärkste Item mit 3 Punkten. Über alle 21 Symptome hinweg wird dann ein Summenscore berechnet, mit dessen Hilfe Aussagen über die Intensität einer depressiven Symptomatik gemacht werden können. Der Summenscore kann Werte zwischen 0 und 63 Punkten annehmen. Dabei gelten Werte unter 11 Punkten als unauffällig. Werte zwischen 11 und 19 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Klinisch relevant ist ein Summenscore von 20 und mehr Punkten. Das BDI ist nach Aussage der deutschen Autoren besonders geeignet, eine mäßige bis mittelgradige depressive Symptomatik zu erfassen. Es ersetzt aber keine Diagnose einer Major Depression.

5.4.4 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Das State-Trait-Angstinventar (Spielberger et al., 1970; deutsche Version: Laux et al., 1981) ist ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Angst als vorübergehendem emotionalen Zustand, der sogenannten

State-Angst oder Zustandsangst und Angst als intraindividuell relativ stabiler Eigenschaft, der sogenannten Trait-Angst oder Ängstlichkeit.

Das STAI wurde auf der Grundlage des State-Trait-Angstmodells von Spielberger (1966, 1972, 1975, 1980) entwickelt. Spielberger versucht in diesem Modell die Beziehung zwischen Angst als vorübergehendem emotionalen Zustand und Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft zu beschreiben. Er definiert Zustandsangst (State-Angst) als einen vorübergehenden emotionalen Zustand, der durch eine erhöhte Aktivierung des autonomen Nervensystems und durch Anspannung, Nervosität, Besorgtheit, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen gekennzeichnet ist. Zustandsangst wird hervorgerufen durch die subjektive Bewertung einer objektiven Situation als bedrohlich. Diese Bewertung der Situation als bedrohlich löst dann eine Angstreaktion aus, deren Stärke dem Ausmaß der erlebten Bedrohung entspricht und die anhält, solange die Situation als bedrohlich bewertet wird. Ängstlichkeit oder Trait-Angst ist demgegenüber als intraindividuell relativ stabile Neigung definiert, Situationen als bedrohlich zu bewerten und darauf mit einem Ansteigen der Zustandsangst zu reagieren. Dabei neigen hochängstliche Personen dazu, mehr Situationen als bedrohlich zu bewerten und auf diese Situationen mit einem größeren Anstieg der Zustandsangst zu reagieren als niedrigängstliche Personen (Spielberger, 1972). Allerdings war die Zunahme der Zustandsangst bei hochängstlichen Personen nur in Situationen, in denen der Selbstwert der betreffenden Person in Frage gestellt oder beeinträchtigt wurde, den sogenannten ich-involvierenden Stress-Situationen, größer als bei niedrigängstlichen Personen. In Situationen physischer Gefährdung unterschied sich der Anstieg der Zustandsangst bei hoch- und niedrigängstlichen Personen nicht (vgl. Laux et al., 1981). Die Intensität der Angstemotion scheint demnach unabhängig vom Ausprägungsgrad der mit der Trait-Angstskala des STAI operationalisierten Ängstlichkeit zu sein. Laux et al. (1981) empfehlen, beim Einsatz beider Skalen die Zustandsangst zuerst zu erheben, da eine Beeinflussung der vom Probanden bei der Erhebung erlebten Zustandsangst durch die vorherige Beantwortung der Trait-Angst-Skala nicht auszuschließen ist. Zudem sind beide Skalen nicht orthogonal zueinander, sondern korrelieren je nach untersuchter Situation und Stichprobe zu $r = 0,43$ bis $r = 0,75$ miteinander (Laux et al., 1981).

Die State-Angstskala besteht aus zwanzig Items, die verschiedene mit Angst in Beziehung stehende Gefühlszustände beschreiben. Zehn Items beschreiben angstfreie, die anderen zehn Items angstvolle Gefühlszustände. Der Proband soll dann auf einer vierstufigen Ratingskala mit Intensitätsangaben, die von überhaupt nicht (= 1) bis sehr (= 4) reicht, angeben, „wie er sich **jetzt**, d. h. **in diesem Moment** fühlt“ (Laux et al., 1981, S. 8). Nach einer Inversion der Skalen der zehn Items, die angstfreie Gefühlszustände beschreiben, wird dann über die 20 Items hinweg ein Summenscore berechnet, der ein Maß für die Zustandsangst darstellt. Dieser Summenscore kann Werte zwischen 20 und 80 Punkten annehmen. Ein Wert von 20 Punkten entspricht dabei dem Nichtvorhandensein von Zustandsangst, ein Wert von 80 Punkten einer maximalen Intensität der Zustandsangst.

Die Trait-Angst-Skala besteht ebenfalls aus zwanzig Items, die verschiedene mit Angst in Beziehung stehende Aussagen enthalten. Sieben Items sind als angstfreie Aussagen, dreizehn Items als angstvolle Aussagen formuliert. Der Proband soll dann auf einer vierstufigen Ratingskala mit Häufigkeitsangaben, die von fast nie (= 1) bis fast immer (= 4) reicht, angeben, „wie er sich **im allgemeinen** fühlt“ (Laux et al., 1981, S. 8). Nach einer Inversion der Skalen der sieben angstfreien Aussagen wird dann ebenfalls über die 20 Items hinweg ein Summenscore berechnet, der ein Maß für die Tendenz einer Person ist, eine Situation als Bedrohung zu bewerten und darauf mit einer Zunahme der Zustandsangst zu reagieren. Der Summenscore kann wiederum einen Wert zwischen 20 und 80 annehmen. Allerdings liegen für die Trait-Angst Normen vor, so daß alle Analysen in der vorliegenden Arbeit mit gemäß dem Testmanual (Laux et al., 1981) T-normierten Trait-Angstwerten ($M = 50$, $s = 10$) durchgeführt wurden.

5.5 Ablauf der Untersuchung

Die Klienten wurden zu Beginn ihrer Therapie einer Eingangsuntersuchung unterzogen, die in der Regel vier Wochen nach Therapiebeginn abgeschlossen war. Ursache für den langen Zeitraum zwischen Beginn der Behandlung und dem Ende der Eingangsuntersuchung war zum einen die Vielzahl der Instrumente und Untersuchungen, die im Rahmen des Gesamtprojekts durchgeführt

wurden, zum anderen sollten eventuell bei Aufnahme noch vorhandene Entzugssymptome als konfundierende Variablen bei der Messung möglichst ausgeschlossen werden. Bei der Eingangsuntersuchung wurden sowohl Instrumente zur Selbst- als auch zur Fremdbeurteilung des körperlichen, psychischen und sozialen Zustands der Klienten eingesetzt. Die Daten der gesamten Basisdokumentation wurden in einem halbstandardisierten Interview von insgesamt etwa drei Stunden Dauer erhoben. Diese drei Stunden konnten sich, abhängig vom Therapiestundenplan der Klienten, auf bis zu drei verschiedene Termine verteilen. Es wurde aber sichergestellt, daß ein einmal begonnener Teil der BADO in einer Sitzung abgearbeitet wurde. SCL-90-R, BDI und STAI wurden im allgemeinen zu verschiedenen, zeitlich eng zusammenhängenden Einzelterminen von den Klienten bearbeitet, meist zusammen mit anderen Instrumenten, die im Gesamtprojekt verwendet wurden.

5.6 Datenanalyse

Auf Grundlage des dreifaktoriellen Untersuchungsdesigns wurden verschiedene Gruppenvergleiche vorgenommen. Zunächst wurden die drei durch den dreistufigen Faktor Modus der Therapiebeendigung gebildeten Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender für alle nichtstetigen Variablen mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests auf Unterschiede zwischen den Gruppen untersucht. Diese Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern wurden sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für jede Therapieeinrichtung und beide Geschlechter separat untersucht. Unterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen den Klienten der beiden Therapieeinrichtungen wurden nicht untersucht, da sie für die Fragestellung nicht relevant sind. Bei den stetigen Merkmalen wurden dreifaktorielle Varianzanalysen mit den Faktoren Modus der Therapiebeendigung, Therapieeinrichtung und Geschlecht berechnet, wobei alle drei Faktoren als feste Faktoren betrachtet wurden. Für die Fragestellung sind dabei nur der Haupteffekt des Faktors Modus der Therapiebeendigung und die zu diesem Haupteffekt gehörenden Zweifach- und Dreifach-Interaktionen von Interesse. Alle anderen Haupteffekte und Interaktionen werden nicht berichtet.

Die Kennwerte für die Variable Negative Affektivität, die als abhängige Variable in eine Varianzanalyse eingingen, entsprechen den Faktorenwerten des durch eine Faktorenanalyse ermittelten gemeinsamen Faktors von BDI (Summenscore), der Trait-Angstskala des STAI (T-Werte) und dem GSI der SCL-90-R (T-Werte). Für die Faktorenextraktion wurde die Hauptkomponentenmethode verwendet. Zusätzlich wurde überprüft, ob eine Mittelung der z-standardisierten Kennwerte der drei Instrumente zu denselben Ergebnissen führt.

6 Ergebnisse

6.1 Modus der Therapiebeendigung

Wie in Tabelle 3 dargestellt, waren von den 319 Klienten der Stichprobe 87 Personen oder 27,3 % Frühabbrecher, 80 Personen oder 25,1 % Spätabbrecher und 152 Personen oder 47,6 % reguläre Beender.

Tabelle 3: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender in den Therapieeinrichtungen

	Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe	319	100,0	87	27,3	80	25,1	152	47,6
Bebenhäuser Klosterhof	193	100,0	64	33,2	54	28,0	75	38,9
Bläsiberg	126	100,0	23	18,3	26	20,6	77	61,1

6.2 Therapieeinrichtungen

Vergleicht man die Angaben für die beiden Einrichtungen in Tabelle 3, dann zeigt sich, daß die Anteile der drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender in beiden Einrichtungen verschieden groß waren, $\chi^2_{\text{Einr}}(2, N = 319) = 15,77, p = 0,000$. Während im Bebenhäuser Klosterhof fast genau ein Drittel der Klienten Frühabbrecher waren, betrug deren Anteil im Bläsiberg etwas weniger als 20 %. Bei den Spätabbrechern lag der Anteil im Bebenhäuser Klosterhof bei fast 30 %, während er in der Einrichtung Bläsiberg bei circa 20 % lag. Mit etwa 22 Prozentpunkten war der Unterschied zwischen den beiden Einrichtungen deskriptiv betrachtet bei den regulären Beendern am größten, deren Anteil im Bebenhäuser Klosterhof bei etwas weniger als 40 % und im Bläsiberg bei etwas mehr als 60 % lag.

6.3 Basisdaten

6.3.1 Geschlecht

Angaben zum Geschlecht lagen für alle Klienten vor. Der Anteil der Männer und Frauen in der Gesamtstichprobe und in den drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender ist in Tabelle 4a angegeben.

Tabelle 4a: Anteil der Männer und Frauen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Geschlecht		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		319	100,0	87	100,0	80	100,0	152	100,0
Geschlecht	Männer	243	76,2	66	75,9	60	75,0	117	77,0
	Frauen	76	23,8	21	24,1	20	25,0	35	23,0
Bebenhäuser Klosterhof		193	100,0	64	100,0	54	100,0	75	100,0
Geschlecht	Männer	146	75,6	50	78,1	40	74,1	56	74,7
	Frauen	47	24,4	14	21,9	14	25,9	19	25,3
Bläsiberg		126	100,0	23	100,0	26	100,0	77	100,0
Geschlecht	Männer	97	77,0	16	69,6	20	76,9	61	79,2
	Frauen	29	23,0	7	30,4	6	23,1	16	20,8

Tabelle 4b: Anteil der Männer und Frauen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Geschlecht	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	0,12	0,942	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	0,33	0,850	nein
Bläsiberg	2	0,93	0,628	nein

Von den 319 Klienten der Gesamtstichprobe waren 243 Männer und 76 Frauen. Somit waren etwa drei Viertel der Stichprobe Männer und etwa ein Viertel Frauen. Wie die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests in Tabelle 4b zeigen, war dieses Geschlechterverhältnis von drei zu eins sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in beiden Einrichtungen jeweils bei den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern konstant.

6.3.2 Alter

Tabelle 5a stellt deskriptiv die Mittelwerte und zugehörigen Standardabweichungen der Altersverteilung für die gesamte Stichprobe und für die drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender dar. In Tabelle 5b sind die zugehörigen inferenzstatistischen Informationen enthalten.

Tabelle 5a: *Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	319	30,2	5,5	87	30,1	5,3	80	30,0	5,1	152	30,4	5,8
Männer	243	31,1	5,4	66	30,7	5,3	60	30,7	5,0	117	31,5	5,7
Frauen	76	27,6	4,9	21	28,5	5,1	20	27,9	4,8	35	26,9	4,8
Beb. Klosterhof	193	28,9	5,5	64	29,3	5,4	54	28,9	5,1	75	28,6	5,9
Bläsiberg	126	32,3	4,8	23	32,6	4,1	26	32,3	4,3	77	32,2	5,2

Tabelle 5b: *Durchschnittliches Alter, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	1,17	0,313	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	1,69	0,186	nein
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,17	0,845	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	0,64	0,529	nein
Fehler	307	(25,46)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Angaben zum Alter lagen für alle Klienten vor. Die Klienten waren durchschnittlich etwa 30 Jahre alt. Die drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender unterschieden sich nicht voneinander; der Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung war nicht signifikant.

Dies galt für beide Geschlechter und für beide Einrichtungen, da es weder eine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Modus der Therapiebeendigung noch eine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen Einrichtung und Modus der Therapiebeendigung gab. Auch innerhalb der beiden Einrichtungen unterschieden sich die Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender weder bei den Männern noch bei den Frauen hinsichtlich des

Alters; die Dreifach-Wechselwirkung der Faktoren Geschlecht, Einrichtung und Modus der Therapiebeendigung war nicht signifikant.

6.4 Familie, Partnerschaft und Wohnen

6.4.1 Familienstand

Beim Familienstand lagen für 318 von 319 Klienten Daten vor. Der Anteil der fehlenden Werte lag also weit unter einem Prozent.

Tabelle 6a: *Familienstand bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		318	100,0	87	100,0	79	100,0	152	100,0
Familienstand	ledig	239	75,2	65	74,7	57	72,2	117	77,0
	verheiratet	36	11,3	10	11,5	11	13,9	15	9,9
	geschieden	41	12,9	11	12,6	11	13,9	19	12,5
	verwitwet	2	0,6	1	1,1	-	-	1	0,7
Männer		242	100,0	66	100,0	59	100,0	117	100,0
Familienstand	ledig	188	77,7	53	80,3	44	74,6	91	77,8
	verheiratet	21	8,7	4	6,1	7	11,9	10	8,5
	geschieden	31	12,8	8	12,1	8	13,6	15	12,8
	verwitwet	2	0,8	1	1,5	-	-	1	0,9
Frauen		76	100,0	21	100,0	20	100,0	35	100,0
Familienstand	ledig	51	67,1	12	57,1	13	65,0	26	74,3
	verheiratet	15	19,7	6	28,6	4	20,0	5	14,3
	geschieden	10	13,2	3	14,3	3	15,0	4	11,4
	verwitwet	-	-	-	-	-	-	-	-
Bebenhäuser Klosterhof		192	100,0	64	100,0	53	100,0	75	100,0
Familienstand	ledig	149	77,6	49	76,6	40	75,5	60	80,0
	verheiratet	21	10,9	7	10,9	6	11,3	8	10,7
	geschieden	21	10,9	7	10,9	7	13,2	7	9,3
	verwitwet	1	0,5	1	1,6	-	-	-	-
Bläsiberg		126	100,0	23	100,0	26	100,0	77	100,0
Familienstand	ledig	90	71,4	16	69,6	17	65,4	57	74,0
	verheiratet	15	11,9	3	13,0	5	19,2	7	9,1
	geschieden	20	15,9	4	17,4	4	15,4	12	15,6
	verwitwet	1	0,8	-	-	-	-	1	1,3

Tabelle 6b: *Familienstand, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Familienstand	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	6	1,88*	0,930	nein
Männer	6	2,26*	0,894	nein
Frauen	4	2,10*	0,717	nein
Bebenhäuser Klosterhof	6	2,53*	0,865	nein
Bläsiberg	6	2,60*	0,857	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Wie Tabelle 6a zeigt, waren fast genau drei Viertel der Klienten ledig. Jeweils etwa ein Achtel waren verheiratet oder geschieden. Der Anteil der Verwitweten lag unter einem Prozent. Wie Tabelle 6b zeigt, waren keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern festzustellen. Dies galt für die Gesamtstichprobe, für beide Geschlechter und für beide Therapieeinrichtungen.

6.4.2 Partnerschaft

Für die Variable Partnerschaft lagen für 315 von 319 Klienten Daten vor. Der Anteil der fehlenden Werte lag somit für die Gesamtstichprobe bei 1,25 %. Bei den Frühabbrechern waren für 1,2 % der Klienten keine Werte vorhanden, bei den Spätabbrecher fehlen für 1,25 % und bei den regulären Beendern für 1,3 % der Klienten die Daten.

Tabelle 7a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit einem festen Partner oder einer festen Partnerin

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		315	100,0	86	100,0	79	100,0	150	100,0
Feste	nein	205	65,1	59	68,6	56	70,9	90	60,0
Partnerschaft	ja	110	34,9	27	31,4	23	29,1	60	40,0
Männer		241	100,0	66	100,0	59	100,0	116	100,0
Feste	nein	165	68,5	45	68,2	46	78,0	74	63,8
Partnerschaft	ja	76	31,5	21	31,8	13	22,0	42	36,2
Frauen		74	100,0	20	100,0	20	100,0	34	100,0
Feste	nein	40	54,1	14	70,0	10	50,0	16	47,1
Partnerschaft	ja	34	45,9	6	30,0	10	50,0	18	52,9
Bebenhäuser Klosterhof		190	100,0	63	100,0	53	100,0	74	100,0
Feste	nein	124	65,3	42	66,7	41	77,4	41	55,4
Partnerschaft	ja	66	34,7	21	33,3	12	22,6	33	44,6
Bläsiberg		125	100,0	23	100,0	26	100,0	76	100,0
Feste	nein	81	64,8	17	73,9	15	57,7	49	64,5
Partnerschaft	ja	44	35,2	6	26,1	11	42,3	27	35,5

Tabelle 7b: Feste Partnerschaft, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Feste Partnerschaft	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	3,35	0,188	nein
Männer	2	3,64	0,162	nein
Frauen	2	2,85	0,241	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	6,65	0,036	ja
Bläsiberg	2	1,42	0,492	nein

Bei der tatsächlichen Partnerschaftssituation waren die Ergebnisse mit denjenigen bei der Variable Familienstand vergleichbar. Ungefähr zwei Drittel der 315 Klienten hatten keinen festen Partner. Wie in den Tabellen 7a und 7b deutlich wird, war der Anteil der Klienten mit einem festen Partner bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern gleich groß. Dies galt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für Männer und Frauen. Lediglich bei den Klienten des Bebenhäuser Klosterhofs ließ sich ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen.

6.4.3 Kinder

Der Anteil der Klienten mit Kindern ist in Tabelle 8a dargestellt. Da bei dieser Variable für 318 von 319 Klienten Informationen vorlagen, war der Anteil der fehlenden Werte deutlich kleiner als ein Prozent. Etwa drei Viertel der Klienten hatten keine Kinder. Wiederum gab es, wie Tabelle 8b zeigt, keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Dies galt auch, wenn man die drei Gruppen getrennt nach Geschlechtern und Therapieeinrichtung verglich.

Tabelle 8a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Kindern

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		318	100,0	87	100,0	79	100,0	152	100,0
Kinder	nein	230	72,3	56	64,4	62	78,5	112	73,7
	ja	88	27,7	31	35,6	17	21,5	40	26,3
Männer		242	100,0	66	100,0	59	100,0	117	100,0
Kinder	nein	174	71,9	41	62,1	46	78,0	87	74,4
	ja	68	28,1	25	37,9	13	22,0	30	25,6
Frauen		76	100,0	21	100,0	20	100,0	35	100,0
Kinder	nein	56	73,7	15	71,4	16	80,0	25	71,4
	ja	20	26,3	6	28,6	4	20,0	10	28,6
Bebenhäuser Klosterhof		192	100,0	64	100,0	53	100,0	75	100,0
Kinder	nein	138	71,9	39	60,9	42	79,2	57	76,0
	ja	54	28,1	25	39,1	11	20,8	18	24,0
Bläsiberg		126	100,0	23	100,0	26	100,0	77	100,0
Kinder	nein	92	73,0	17	73,9	20	76,9	55	71,4
	ja	34	27,0	6	26,1	6	23,1	22	28,6

Tabelle 8b: Kinder, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Kinder	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	4,39	0,111	nein
Männer	2	4,55	0,103	nein
Frauen	2	0,56	0,756	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	5,84	0,054	nein
Bläsiberg	2	0,31	0,857	nein

6.4.4 Wohnsituation

In Tabelle 9a ist die Wohnsituation der Klienten dargestellt. Bei dieser Variablen lagen nur für 297 von 319 Klienten Daten vor. Somit fehlten für 6,9 % der Klienten die Angaben. Dabei betrug der Anteil der fehlenden Werte bei den Frühabbrechern 4,6 %, bei den Spätabbrechern 7,5 % und bei den regulären Beendern 7,9 %.

Tabelle 9a: *Wohnsituation der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		297	100,0	83	100,0	74	100,0	140	100,0
Wohnen	zus. mit anderen	97	32,7	20	24,1	21	28,4	56	40,0
	alleine	51	17,2	16	19,3	13	17,6	22	15,7
	Betreutes Wohnen	18	6,1	6	7,2	4	5,4	8	5,7
	Gefängnis	131	44,1	41	49,4	36	48,6	54	38,6
Männer		225	100,0	64	100,0	55	100,0	106	100,0
Wohnen	zus. mit anderen	60	26,7	12	18,8	13	23,6	35	33,0
	alleine	38	16,9	11	17,2	9	16,4	18	17,0
	betreut	15	6,7	4	6,3	4	7,3	7	6,6
	Gefängnis	112	49,8	37	57,8	29	52,7	46	43,4
Frauen		72	100,0	19	100,0	19	100,0	34	100,0
Wohnen	zus. mit anderen	37	51,4	8	42,1	8	42,1	21	61,8
	alleine	13	18,1	5	26,3	4	21,1	4	11,8
	betreut	3	4,2	2	10,5	-	-	1	2,9
	Gefängnis	19	26,4	4	21,1	7	36,8	8	23,5
Bebenhäuser Klosterhof		181	100,0	63	100,0	48	100,0	70	100,0
Wohnen	zus. mit anderen	55	30,4	16	25,4	12	25,0	27	38,6
	alleine	24	13,3	12	19,0	7	14,6	5	7,1
	betreut	12	6,6	5	7,9	3	6,3	4	5,7
	Gefängnis	90	49,7	30	47,6	26	54,2	34	48,6
Bläsiberg		116	100,0	20	100,0	26	100,0	70	100,0
Wohnen	zus. mit anderen	42	36,2	4	20,0	9	34,6	29	41,4
	alleine	27	23,3	4	20,0	6	23,1	17	24,3
	betreut	6	5,2	1	5,0	1	3,8	4	5,7
	Gefängnis	41	35,3	11	55,0	10	38,5	20	28,6

Tabelle 9b: *Wohnsituation, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Wohnen	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	6	7,10	0,312	nein
Männer	6	5,15	0,525	nein
Frauen	6	6,76*	0,343	nein
Bebenhäuser Klosterhof	6	6,68*	0,352	nein
Bläsiberg	6	5,42*	0,492	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Mit 44 % war fast die Hälfte der Klienten vor der Aufnahme in die Therapieeinrichtung inhaftiert. Weitere 6 % lebten in einer betreuten Wohnform wie betreuten Wohngemeinschaften, psychiatrischen Kliniken und ähnlichen Einrichtungen. Ungefähr 17 % wohnten alleine und etwa ein Drittel wohnte mit mindestens einer anderen Personen zusammen. Bei der Wohnsituation gab es, wie in Tabelle 9b dargestellt, keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Auch eine für beide Geschlechter oder Einrichtungen getrennt vorgenommene Analyse zeigte keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen.

6.5 Bildung und Erwerbstätigkeit

6.5.1 Schulbildung

Wie Tabelle 10a zeigt, lagen für 318 Klienten Daten über die Schulbildung vor. Damit lag der Anteil der fehlenden Werte weit unter einem Prozent.

Tabelle 10a: *Schulbildung der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		318	100,0	87	100,0	79	100,0	152	100,0
Schulbildung	ohne Schulabschluß	30	9,4	12	13,8	7	8,9	11	7,2
	Hauptschulabschluß	190	59,7	54	62,1	49	62,0	87	57,2
	Mittlere Reife	80	25,2	20	23,0	19	24,1	41	27,0
	FH-Reife o. Abitur	18	5,7	1	1,1	4	5,1	13	8,6
Männer		242	100,0	66	100,0	59	100,0	117	100,0
Schulbildung	ohne Schulabschluß	21	8,7	10	15,2	5	8,5	6	5,1
	Hauptschulabschluß	151	62,4	43	65,2	39	66,1	69	59,0
	Mittlere Reife	55	22,7	13	19,7	12	20,3	30	25,6
	FH-Reife o. Abitur	15	6,2	-	-	3	5,1	12	10,3
Frauen		76	100,0	21	100,0	20	100,0	35	100,0
Schulbildung	ohne Schulabschluß	9	11,8	2	9,5	2	10,0	5	14,3
	Hauptschulabschluß	39	51,3	11	52,4	10	50,0	18	51,4
	Mittlere Reife	25	32,9	7	33,3	7	35,0	11	31,4
	FH-Reife o. Abitur	3	3,9	1	4,8	1	5,0	1	2,9
Bebenhäuser Klosterhof		192	100,0	64	100,0	53	100,0	75	100,0
Schulbildung	ohne Schulabschluß	25	13,0	12	18,8	6	11,3	7	9,3
	Hauptschulabschluß	113	58,9	36	56,3	32	60,4	45	60,0
	Mittlere Reife	47	24,5	16	25,0	13	24,5	18	24,0
	FH-Reife o. Abitur	7	3,6	-	-	2	3,8	5	6,7
Bläsiberg		126	100,0	23	100,0	26	100,0	77	100,0
Schulbildung	ohne Schulabschluß	5	4,0	-	-	1	3,8	4	5,2
	Hauptschulabschluß	77	61,1	18	78,3	17	65,4	42	54,5
	Mittlere Reife	33	26,2	4	17,4	6	23,1	23	29,9
	FH-Reife o. Abitur	11	8,7	1	4,3	2	7,7	8	10,4

Tabelle 10b: *Schulbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Schulbildung	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	6	8,69	0,192	nein
Männer	6	13,49	0,036	ja
Frauen	6	0,59*	0,997	nein
Bebenhäuser Klosterhof	6	6,85*	0,335	nein
Bläsiberg	6	4,89*	0,558	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Fast 10 % der Klienten hatten keinen Schulabschluß. Etwa 60 % konnten die Hauptschule erfolgreich abschließen. Etwa ein Viertel hatte die Mittlere Reife

erworben und etwa 5 % hatten Abitur oder Fachhochschulreife. Wie Tabelle 10b zeigt, gab es in der Gesamtstichprobe und in beiden Einrichtungen keine Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Wertete man die Daten getrennt für beide Geschlechter aus, zeigten sich bei den Frauen ebenfalls keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Bei den Männern waren hingegen statistisch bedeutsame Unterschiede zu beobachten. Am geringsten qualifiziert waren die Frühabbrecher. Bei ihnen war mit etwa 15 % der Anteil der Klienten ohne Schulabschluß am höchsten. Zudem hatte keiner der männlichen Frühabbrecher die Fachhochschulreife oder das Abitur erworben. Der Anteil der Klienten mit Hauptschulabschluß lag bei den Frühabbrechern bei etwa zwei Drittel und etwa ein Fünftel hatte die Realschule erfolgreich abgeschlossen. Die regulären Beender waren die am höchsten qualifizierte Männergruppe. Etwa 10 % von ihnen hatten das Abitur oder die Fachhochschulreife abgelegt. Etwa ein Viertel verfügte über die Mittlere Reife, etwa 60 % hatten einen Hauptschulabschluß und etwa 5 % waren ohne Schulabschluß. Das Qualifikationsniveau der Spätabbrecher lag zwischen dem der Frühabbrecher und dem der regulären Beender. Wie bei den Frühabbrechern hatten etwa zwei Drittel der Spätabbrecher einen Hauptschulabschluß und etwa ein Fünftel die Mittlere Reife. Allerdings war der Anteil der gering qualifizierten Klienten ohne Schulabschluß bei den Spätabbrechern mit 8,5 % nur etwas mehr als halb so groß wie bei Frühabbrechern. Zudem hatten 5 % der Spätabbrecher das Abitur oder die Fachhochschulreife abgelegt, während bei den Frühabbrechern niemand das Abitur oder die Fachhochschulreife erworben hatte.

6.5.2 Berufsausbildung

Zusätzlich zur Schulbildung wurde auch erfragt, ob die Klienten eine Berufsausbildung erfolgreich beendet hatten. Hier konnten bei 315 Personen Informationen erhoben werden. Somit lag der Anteil der fehlenden Werte in der Gesamtstichprobe bei 1,25 %. Dabei waren bei den Frühabbrechern für alle Personen Daten vorhanden. Bei den Spätabbrechern fehlten für 1,25 % und bei den regulären Beendern für 2,0 % der Klienten die Werte. Den Anteil der Klienten mit erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung zeigt Tabelle 11a. Die zugehörigen inferenzstatistischen Kennwerte für den Vergleich zwischen

Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern sind in Tabelle 11b enthalten.

Tabelle 11a: *Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit abgeschlossener Berufsausbildung*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		315	100,0	87	100,0	79	100,0	149	100,0
Abgeschlossene	nein	153	48,6	53	60,9	40	50,6	60	40,3
Berufsausbildung	ja	162	51,4	34	39,1	39	49,4	89	59,7
Männer		240	100,0	66	100,0	59	100,0	115	100,0
Abgeschlossene	nein	116	48,3	40	60,6	29	49,2	47	40,9
Berufsausbildung	ja	124	51,7	26	39,4	30	50,8	68	59,1
Frauen		75	100,0	21	100,0	20	100,0	34	100,0
Abgeschlossene	nein	37	49,3	13	61,9	11	55,0	13	38,2
Berufsausbildung	ja	38	50,7	8	38,1	9	45,0	21	61,8
Bebenhäuser Klosterhof		191	100,0	64	100,0	53	100,0	74	100,0
Abgeschlossene	nein	100	52,4	41	64,1	28	52,8	31	41,9
Berufsausbildung	ja	91	47,6	23	35,9	25	47,2	43	58,1
Bläsiberg		124	100,0	23	100,0	26	100,0	75	100,0
Abgeschlossene	nein	53	42,7	12	52,2	12	46,2	29	38,7
Berufsausbildung	ja	71	57,3	11	47,8	14	53,8	46	61,3

Tabelle 11b: *Abgeschlossene Berufsausbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Abgeschlossene Berufsausbildung	df	Chi-Quadrat- Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	9,56	0,008	ja
Männer	2	6,56	0,038	ja
Frauen	2	3,26	0,196	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	6,77	0,034	ja
Bläsiberg	2	1,47	0,480	nein

Etwa die Hälfte der Klienten verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Bei dieser Variable ließen sich Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern feststellen. Der Prozentsatz der Personen mit Ausbildung lag bei den Frühabbrechern bei etwa 40 % und stieg um etwa 10 Prozentpunkte auf etwa 50 % bei den Spätabbrechern und um weitere 10 Prozentpunkte auf etwa 60 % bei den regulären Beendern. Dieses Muster blieb auch im großen und ganzen erhalten, wenn man Männer und Frauen

und die beiden Einrichtungen jeweils getrennt betrachtete. Allerdings wurden die deskriptiv vorhandenen Unterschiede nur bei den Männern und in der Einrichtung Bebenhäuser Klosterhof statistisch bedeutsam, während bei den Frauen und in der Einrichtung Bläsiberg keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen nachgewiesen werden konnten.

6.5.3 Qualifikationsniveau

Um der Besonderheit des dualen Systems in Deutschland gerecht zu werden, wurde aus den Variablen Berufsausbildung und Schulbildung eine Variable Qualifikationsniveau gebildet. Hierbei wurden Klienten, die über einen beliebigen Schulabschluß und eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten, als höher qualifiziert klassifiziert. Zusätzlich wurden Klienten mit Fachhochschulreife und Abitur, aber ohne abgeschlossene Berufsausbildung, ebenfalls dieser Kategorie zugeschlagen. Klienten ohne Schulabschluß wurden als geringer qualifiziert klassifiziert, gleichgültig, ob sie über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten oder nicht. Ebenso wurden alle Klienten mit Hauptschulabschluß und Mittlerer Reife, die keine Berufsausbildung abgeschlossen hatten, als geringer qualifiziert klassifiziert. Bei der Variable Qualifikationsniveau lagen für 315 Klienten Daten vor. Somit waren für 1,25 % der Klienten der Gesamtstichprobe keine Daten vorhanden. Bei den Frühabbrechern waren für alle Klienten Daten vorhanden, während bei den Spätabbrechern für 1,25 % und bei den regulären Beendern für 2,0 % der Klienten die Daten fehlten. Der Anteil der Klienten mit höherem und niedrigerem Qualifikationsniveau in den verschiedenen Gruppen ist in Tabelle 12a dargestellt.

Tabelle 12a: *Qualifikationsniveau der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender*

	Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe	315	100,0	87	100,0	79	100,0	149	100,0
Qualifikationsniveau geringer	153	48,6	53	60,9	40	50,6	60	40,3
höher	162	51,4	34	39,1	39	49,4	89	59,7
Männer	240	100,0	66	100,0	59	100,0	115	100,0
Qualifikationsniveau geringer	116	48,3	41	62,1	29	49,2	46	40,0
höher	124	51,7	25	37,9	30	50,8	69	60,0
Frauen	75	100,0	21	100,0	20	100,0	34	100,0
Qualifikationsniveau geringer	37	49,3	12	57,1	11	55,0	14	41,2
höher	38	50,7	9	42,9	9	45,0	20	58,8
Bebenhäuser Klosterhof	191	100,0	64	100,0	53	100,0	74	100,0
Qualifikationsniveau geringer	102	53,4	42	65,6	29	54,7	31	41,9
höher	89	46,6	22	34,4	24	45,3	43	58,1
Bläsiberg	124	100,0	23	100,0	26	100,0	75	100,0
Qualifikationsniveau geringer	51	41,1	11	47,8	11	42,3	29	38,7
höher	73	58,9	12	52,2	15	57,7	46	61,3

Tabelle 12b: *Qualifikationsniveau, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Qualifikationsniveau	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	9,56	0,008	ja
Männer	2	8,24	0,016	ja
Frauen	2	1,67	0,433	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	7,82	0,020	ja
Bläsiberg	2	0,63	0,730	nein

Etwa die Hälfte der Klienten war höher qualifiziert und hatte einen Schulabschluß und eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Fachhochschulreife beziehungsweise Abitur. Bei dieser Variable ließen sich statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern feststellen. Der Prozentsatz der Personen mit höherem Qualifikationsniveau lag bei den regulären Beendern bei etwa 60 % und fiel dann um etwa 10 Prozentpunkte auf etwa 50 % bei den Spätabbrechern und um weitere 10 Prozentpunkte auf etwa 40 % bei den Frühabbrechern. Diese Zahlen waren auch bei den Männern wiederzufinden. Auch bei den Männern waren die Unterschiede statistisch bedeutsam. Bei den Frauen waren die Verhältnisse etwas anders als bei den Männern. Hier waren die Frühabbrecherinnen und Spä-

tabbrecherinnen mit einem Anteil von etwas über 40 % höher Qualifizierten in etwa gleich qualifiziert, während die regulären Beenderinnen etwa 20 Prozentpunkte über den Abbrecherinnen lagen. Diese Unterschiede waren aber nicht statistisch bedeutsam. Wie bei den Männern und Frauen waren auch in den beiden Einrichtungen die Verhältnisse unterschiedlich. Im Bebenhäuser Klosterhof entsprachen die Verhältnisse mit kleinen Abweichungen denen in der Gesamtstichprobe und die Unterschiede zwischen den drei Gruppen waren ebenfalls statistisch bedeutsam. In der Einrichtung Bläsiberg lag der Anteil der höher Qualifizierten in allen drei Gruppen über 50 %. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht statistisch bedeutsam, und der Unterschied zwischen der Gruppe mit dem höchsten Anteil an höher Qualifizierten und der Gruppe mit dem geringsten Anteil an höher Qualifizierten betrug weniger als 10 Prozentpunkte.

6.5.4 Erwerbstätigkeit

In Tabelle 13a ist der Anteil der Klienten dargestellt, die zum Zeitpunkt des Therapiebeginns erwerbstätig waren oder sich in Ausbildung befanden. Auch bei dieser Variable waren nicht für alle untersuchten Klienten Daten vorhanden. In der Gesamtstichprobe fehlte die Information für 8 von 319 Klienten, das entspricht 2,5 %. Bei den Frühabbrechern lag der Anteil der fehlenden Daten bei 3,5 %, bei den Spätabbrechern bei 3,8 % und bei den regulären Beendern bei 1,3 %.

Tabelle 13a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender, die erwerbstätig oder in Ausbildung sind

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		311	100,0	84	100,0	77	100,0	150	100,0
Erwerbstätig oder	nein	244	78,5	65	77,4	60	77,9	119	79,3
in Ausbildung	ja	67	21,5	19	22,6	17	22,1	31	20,7
Männer		237	100,0	65	100,0	57	100,0	115	100,0
Erwerbstätig oder	nein	189	79,7	49	75,4	46	80,7	94	81,7
in Ausbildung	ja	48	20,3	16	24,6	11	19,3	21	18,3
Frauen		74	100,0	19	100,0	20	100,0	35	100,0
Erwerbstätig oder	nein	55	74,3	16	84,2	14	70,0	25	71,4
in Ausbildung	ja	19	25,7	3	15,8	6	30,0	10	28,6
Bebenhäuser Klosterhof		186	100,0	61	100,0	51	100,0	74	100,0
Erwerbstätig oder	nein	144	77,4	47	77,0	42	82,4	55	74,3
in Ausbildung	ja	42	22,6	14	23,0	9	17,6	19	25,7
Bläsiberg		125	100,0	23	100,0	26	100,0	76	100,0
Erwerbstätig oder	nein	100	80,0	18	78,3	18	69,2	64	84,2
in Ausbildung	ja	25	20,0	5	21,7	8	30,8	12	15,8

Tabelle 13b: Erwerbstätig oder in Ausbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Erwerbstätig oder in Ausbildung	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	0,14	0,933	nein
Männer	2	1,08	0,583	nein
Frauen	2	1,32	0,516	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	1,12	0,571	nein
Bläsiberg	2	2,77	0,250	nein

Etwa ein Fünftel der Klienten war zu Beginn der Therapie erwerbstätig oder in Ausbildung. Wie Tabelle 13b zeigt, gab es keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Dieser Befund der Gesamtstichprobe galt auch, wenn die Daten für beide Geschlechter und beide Therapieeinrichtungen getrennt analysiert wurden.

6.6 Finanzielle Situation

6.6.1 Schulden

Für 312 Klienten waren Informationen über die Verschuldung vorhanden. Somit fehlte für 2,2 % der Gesamtstichprobe diese Information. Bei den Frühabbrechern lag der Anteil der fehlenden Werte bei 4,6 %. Bei den Spätabbrechern lagen hingegen für 2,5 % und bei den regulären Beendern für 0,7 % der Klienten keine Daten vor. Tabelle 14a zeigt den Anteil der verschuldeten Klienten für die einzelnen Gruppen.

Tabelle 14a: *Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Schulden*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		312	100,0	83	100,0	78	100,0	151	100,0
Schulden	nein	62	19,9	11	13,3	20	25,6	31	20,5
	ja	250	80,1	72	86,7	58	74,4	120	79,5
Männer		238	100,0	64	100,0	58	100,0	116	100,0
Schulden	nein	46	19,3	6	9,4	15	25,9	25	21,6
	ja	192	80,7	58	90,6	43	74,1	91	78,4
Frauen		74	100,0	19	100,0	20	100,0	35	100,0
Schulden	nein	16	21,6	5	26,3	5	25,0	6	17,1
	ja	58	78,4	14	73,7	15	75,0	29	82,9
Bebenhäuser Klosterhof		188	100,0	60	100,0	53	100,0	75	100,0
Schulden	nein	39	20,7	9	15,0	14	26,4	16	21,3
	ja	149	79,3	51	85,0	39	73,6	59	78,7
Bläsiberg		124	100,0	23	100,0	25	100,0	76	100,0
Schulden	nein	23	18,5	2	8,7	6	24,0	15	19,7
	ja	101	81,5	21	91,3	19	76,0	61	80,3

Tabelle 14b: *Schulden, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Schulden	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	3,96	0,138	nein
Männer	2	6,02	0,049	ja
Frauen	2	0,80*	0,672	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	2,26	0,324	nein
Bläsiberg	2	2,04*	0,360	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Nach eigenen Angaben waren etwa vier Fünftel der Klienten verschuldet. In der Gesamtstichprobe zeigten sich, wie in Tabelle 14b dargestellt, keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Dies galt auch für beide Einrichtungen. Bei den Männern waren hingegen Unterschiede zwischen den drei Gruppen nachweisbar. Hier war bei den Frühabbrechern der Anteil der Klienten, die verschuldet waren, mit 90,6 % höher als in den beiden anderen Gruppen, in denen etwa drei Viertel der Klienten verschuldet waren. Bei den Frauen ließen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen nachweisen.

6.7 Legalität

6.7.1 Finanzquellen

Die Basisdokumentation gab auch Aufschluß darüber, ob die Klienten ihren Lebensunterhalt einschließlich des Drogenkonsums in den 3 Monaten vor Aufnahme in die Therapieeinrichtung vorwiegend aus legalen oder aus illegalen Einkünften finanziert hatten. Legale Einkunftsquellen umfaßten dabei neben Einkommen aus Erwerbsarbeit, unternehmerischer Tätigkeit und Vermögen auch staatliche Transferleistungen wie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Renten und ähnliche Zahlungen sowie Transferleistungen von Privatpersonen. Die illegalen Einkommensquellen waren vor allem Drogenhandel und Diebstähle. Waren die Klienten direkt vor der Aufnahme in Haft, bezogen sich die Angaben der Klienten auf die 3 Monate vor Antritt der Haftstrafe. Zu dieser Variable

lagen Informationen von 309 Klienten vor, die in Tabelle 15a dargestellt werden. Somit fehlten für 3,1 % der Gesamtstichprobe die Informationen zur Finanzierung des Lebensunterhalts. Dabei lagen bei den regulären Beendern für alle Klienten Daten vor, während bei den Frühabbrechern für 3,4 % und bei den Spätabbrechern für 8,6 % der Klienten die Daten fehlten.

Tabelle 15a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit legaler Finanzierung des Lebensunterhalts

	Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe	309	100,0	84	100,0	73	100,0	152	100,0
Finanzierung Lebensunterhalt								
legal	199	64,4	53	63,1	41	56,2	105	69,1
illegal	110	35,6	31	36,9	32	43,8	47	30,9
Männer	235	100,0	64	100,0	54	100,0	117	100,0
Finanzierung Lebensunterhalt								
legal	146	62,1	39	60,9	29	53,7	78	66,7
illegal	89	37,9	25	39,1	25	46,3	39	33,3
Frauen	74	100,0	20	100,0	19	100,0	35	100,0
Finanzierung Lebensunterhalt								
legal	53	71,6	14	70,0	12	63,2	27	77,1
illegal	21	28,4	6	30,0	7	36,8	8	22,9
Bebenhäuser Klosterhof	184	100,0	62	100,0	47	100,0	75	100,0
Finanzierung Lebensunterhalt								
legal	101	54,9	35	56,5	22	46,8	44	58,7
illegal	83	45,1	27	43,5	25	53,2	31	41,3
Bläsiberg	125	100,0	22	100,0	26	100,0	77	100,0
Finanzierung Lebensunterhalt								
legal	98	78,4	18	81,8	19	73,1	61	79,2
illegal	27	21,6	4	18,2	7	26,9	16	20,8

Tabelle 15b: Legale Finanzierung des Lebensunterhalts, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Legale Finanzierung des Lebensunterhalts	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	3,67	0,159	nein
Männer	2	2,69	0,260	nein
Frauen	2	1,22	0,543	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	1,73	0,420	nein
Bläsiberg	2	0,62	0,734	nein

Etwa zwei Drittel der Klienten finanzierten in den letzten drei Monaten vor Beginn der Therapie ihren Lebensunterhalt vorwiegend aus legalen Quellen. Dabei konnten, wie in Tabelle 15b dargestellt, weder in der Gesamtstichprobe noch bei separaten Analysen für beide Geschlechter und beide Therapieeinrich-

tungen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern festgestellt werden.

6.7.2 Anzahl ergangener Urteile

Die Klienten wurden auch nach der Anzahl der gegen sie ergangenen Urteile befragt. Bei dieser Variable lagen für 307 Klienten Informationen vor. Somit waren für 3,8 % der Klienten keine Daten vorhanden. Dabei fehlten für 2,3 % der Frühabbrecher, 5,0 % der Spätabbrecher und 3,9 % der regulären Beender die entsprechenden Angaben.

Tabelle 16a: Anzahl der Verurteilungen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		307	100,0	85	100,0	76	100,0	146	100,0
Anzahl	Keine	48	15,6	8	9,4	13	17,1	27	18,5
Verurteilungen	1	42	13,7	13	15,3	11	14,5	18	12,3
	2 bis 4	85	27,7	21	24,7	18	23,7	46	31,5
	5 bis 10	82	26,7	24	28,2	20	26,3	38	26,0
	11 und mehr	50	16,3	19	22,4	14	18,4	17	11,6
Männer		234	100,0	65	100,0	56	100,0	113	100,0
Anzahl	Keine	28	12,0	6	9,2	5	8,9	17	15,0
Verurteilungen	1	26	11,1	8	12,3	7	12,5	11	9,7
	2 bis 4	59	25,2	12	18,5	13	23,2	34	30,1
	5 bis 10	75	32,1	21	32,3	19	33,9	35	31,0
	11 und mehr	46	19,7	18	27,7	12	21,4	16	14,2
Frauen		73	100,0	20	100,0	20	100,0	33	100,0
Anzahl	Keine	20	27,4	2	10,0	8	40,0	10	30,3
Verurteilungen	1	16	21,9	5	25,0	4	20,0	7	21,2
	2 bis 4	26	35,6	9	45,0	5	25,0	12	36,4
	5 bis 10	7	9,6	3	15,0	1	5,0	3	9,1
	11 und mehr	4	5,5	1	5,0	2	10,0	1	3,0
Bebenhäuser Klosterhof		186	100,0	63	100,0	51	100,0	72	100,0
Anzahl	Keine	22	11,8	4	6,3	8	15,7	10	13,9
Verurteilungen	1	28	15,1	11	17,5	9	17,6	8	11,1
	2 bis 4	52	28,0	15	23,8	13	25,5	24	33,3
	5 bis 10	52	28,0	17	27,0	14	27,5	21	29,2
	11 und mehr	32	17,2	16	25,4	7	13,7	9	12,5
Bläsiberg		121	100,0	22	100,0	25	100,0	74	100,0
Anzahl	Keine	26	21,5	4	18,2	5	20,0	17	23,0
Verurteilungen	1	14	11,6	2	9,1	2	8,0	10	13,5
	2 bis 4	33	27,3	6	27,3	5	20,0	22	29,7
	5 bis 10	30	24,8	7	31,8	6	24,0	17	23,0
	11 und mehr	18	14,9	3	13,6	7	28,0	8	10,8

Tabelle 16b: Anzahl der Verurteilungen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Anzahl Verurteilungen	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	8	9,02	0,341	nein
Männer	8	8,50	0,386	nein
Frauen	8	6,91*	0,547	nein
Bebenhäuser Klosterhof	8	8,76	0,363	nein
Bläsiberg	8	5,78*	0,672	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Wie Tabelle 16a zeigt, wurden nur etwa 15 % der Klienten noch nie wegen einer Straftat verurteilt. Ungefähr gleich groß war der Anteil der Klienten, die erst einmal verurteilt wurden. Alle anderen Klienten sind Mehrfachtäter. Dabei wurde etwas mehr als ein Viertel zwischen zwei- und viermal und ein weiteres gutes Viertel zwischen fünf- und zehnmal verurteilt. Mehr als zehn Urteile ergingen gegen die restlichen Klienten. Auch bei dieser Variable konnten, wie Tabelle 16b zeigt, durch einen Chi-Quadrat-Test keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachgewiesen werden. Dies galt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für Männer und Frauen und für beide Einrichtungen. Da die Klassen eher gering besetzt sind, wurden zusätzlich noch Berechnungen durchgeführt, bei denen die Variable Anzahl der Verurteilungen nur in zwei und vier Klassen aufgeteilt wurde. Dabei führte weder eine Klassifizierung in jemals verurteilt versus nie verurteilt noch eine Aufteilung in die beiden Klassen häufig verurteilt versus weniger häufig verurteilt zu anderen Ergebnissen. Auch bei vier Klassen, die durch die Quartile getrennt wurden, blieb das Ergebnis erhalten.

6.7.3 Zeit in Haft

Neben der Anzahl der Verurteilungen wurde auch erfragt, ob die Klienten Haft-erfahrung haben. Hierbei war es gleichgültig, ob diese Hafterfahrung als Untersuchungshäftling oder als Strafgefangener gemacht wurde. Zusätzlich wurde für die Klienten mit Hafterfahrung auch die Dauer der Haft erhoben. Bei dieser

dieser Variable waren für 3,1 % der Klienten keine Daten vorhanden. Dabei betrug der Anteil der Klienten mit fehlenden Werten bei den Frühabbrechern 1,1 %, bei den Spätabbrechern 5,0 % und bei den regulären Beendern 3,3 %. Tabelle 17a zeigt für die verschiedenen Gruppen die Häufigkeitsverteilung der in Haft verbrachten Zeit.

Tabelle 17a: *Zeit in Haft bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		309	100,0	86	100,0	76	100,0	147	100,0
Zeit in Haft	Nie in Haft	76	24,6	17	19,8	18	23,7	41	27,9
	Bis 1 Jahr	81	26,2	18	20,9	24	31,6	39	26,5
	1 bis 3 Jahre	71	23,0	22	25,6	11	14,5	38	25,9
	Mehr als 3 Jahre	81	26,2	29	33,7	23	30,3	29	19,7
Männer		236	100,0	66	100,0	57	100,0	113	100,0
Zeit in Haft	Nie in Haft	48	20,3	11	16,7	9	15,8	28	24,8
	Bis 1 Jahr	54	22,9	12	18,2	16	28,1	26	23,0
	1 bis 3 Jahre	57	24,2	14	21,2	10	17,5	33	29,2
	Mehr als 3 Jahre	77	32,6	29	43,9	22	38,6	26	23,0
Frauen		73	100,0	20	100,0	19	100,0	34	100,0
Zeit in Haft	Nie in Haft	28	38,4	6	30,0	9	47,4	13	38,2
	Bis 1 Jahr	27	37,0	6	30,0	8	42,1	13	38,2
	1 bis 3 Jahre	14	19,2	8	40,0	1	5,3	5	14,7
	Mehr als 3 Jahre	4	5,5	-	-	1	5,3	3	8,8
Bebenhäuser Klosterhof		189	100,0	63	100,0	52	100,0	74	100,0
Zeit in Haft	Nie in Haft	44	23,3	13	20,6	12	23,1	19	25,7
	Bis 1 Jahr	49	25,9	14	22,2	19	36,5	16	21,6
	1 bis 3 Jahre	45	23,8	17	27,0	9	17,3	19	25,7
	Mehr als 3 Jahre	51	27,0	19	30,2	12	23,1	20	27,0
Bläsiberg		120	100,0	23	100,0	24	100,0	73	100,0
Zeit in Haft	Nie in Haft	32	26,7	4	17,4	6	25,0	22	30,1
	Bis 1 Jahr	32	26,7	4	17,4	5	20,8	23	31,5
	1 bis 3 Jahre	26	21,7	5	21,7	2	8,3	19	26,0
	Mehr als 3 Jahre	30	25,0	10	43,5	11	45,8	9	12,3

Tabelle 17b: *Zeit in Haft, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Zeit in Haft	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	6	11,10	0,085	nein
Männer	6	12,30	0,056	nein
Frauen	6	9,77*	0,135	nein
Bebenhäuser Klosterhof	6	5,32	0,503	nein
Bläsiberg	6	17,39	0,008	ja

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Nur etwa ein Viertel der Klienten war noch niemals inhaftiert. Jeweils wiederum etwa ein Viertel war bis zu einem Jahr, zwischen einem und drei Jahren und mehr als drei Jahre in Haft. Wie Tabelle 17b zeigt, war auch die Zeitdauer der Inhaftierung kein Merkmal, in dem sich Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender statistisch bedeutsam unterschieden. Dies galt auch, wenn man Männer und Frauen getrennt voneinander betrachtete. Auch im Bebenhäuser Klosterhof gab es keinen Unterschied zwischen den drei Gruppen. In der Einrichtung Bläsiberg ließen sich hingegen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. In beiden Abbrechergruppen waren jeweils über 40 % der Klienten länger als drei Jahre in Haft gewesen, während bei den regulären Beendern nur etwas mehr als 10 % eine so lange Haftdauer hatten. Auch der Anteil der Klienten, die noch nie in Haft waren oder eine kürzere Haftdauer hatten, war bei den regulären Beendern in der Einrichtung Bläsiberg größer.

6.7.4 Therapieauflage zum Zeitpunkt der Aufnahme

Drogenabhängigen wird von der Staatsanwaltschaft oder dem Gericht gemäß dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ häufig angeboten, von einer weiteren Strafverfolgung abzusehen oder einen Teil einer bereits verhängten Haftstrafe für die Dauer der Behandlung auszusetzen, wenn sich die Person in eine Rehabilitationsbehandlung begibt. In Tabelle 18a ist der Anteil der Klienten angegeben, welche die Therapie aufgrund einer solchen Therapieauflage begonnen hatten. Bei dieser Variable lag der Anteil der Klienten, für die keine Angaben

vorlagen, in der Gesamtstichprobe bei unter einem Prozent. Dabei waren bei den regulären Beendern überhaupt keine Datenausfälle zu verzeichnen, während bei den Frühabbrechern bei 1,1 % und bei den Spätabbrechern bei 2,5 % der Klienten keine Informationen vorlagen.

Tabelle 18a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Therapieauflage

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		316	100,0	86	100,0	78	100,0	152	100,0
Therapieauflage	nein	129	40,8	29	33,7	32	41,0	68	44,7
	ja	187	59,2	57	66,3	46	59,0	84	55,3
Männer		240	100,0	65	100,0	58	100,0	117	100,0
Therapieauflage	nein	89	37,1	19	29,2	22	37,9	48	41,0
	ja	151	62,9	46	70,8	36	62,1	69	59,0
Frauen		76	100,0	21	100,0	20	100,0	35	100,0
Therapieauflage	nein	40	52,6	10	47,6	10	50,0	20	57,1
	ja	36	47,4	11	52,4	10	50,0	15	42,9
Bebenhäuser Klosterhof		190	100,0	63	100,0	52	100,0	75	100,0
Therapieauflage	nein	63	33,2	20	31,7	19	36,5	24	32,0
	ja	127	66,8	43	68,3	33	63,5	51	68,0
Bläsiberg		126	100,0	23	100,0	26	100,0	77	100,0
Therapieauflage	nein	66	52,4	9	39,1	13	50,0	44	57,1
	ja	60	47,6	14	60,9	13	50,0	33	42,9

Tabelle 18b: Therapieauflage, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Therapieauflage	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	2,76	0,251	nein
Männer	2	2,52	0,284	nein
Frauen	2	0,55	0,758	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	0,37	0,831	nein
Bläsiberg	2	2,38	0,305	nein

Fast 60 % der Klienten hatten die Therapie aufgrund einer Therapieauflage der Justiz begonnen. Wie Tabelle 18b zeigt, unterschieden sich Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender auch hinsichtlich des Vorhandenseins einer Therapieauflage nicht. Dies galt wiederum für die Gesamtstichprobe als auch für Männer, Frauen und für beide Therapieeinrichtungen.

6.8 Drogen

Im folgenden Abschnitt werden einige Variablen dargestellt, die direkt den Drogenkonsum und die Drogenproblematik der Klienten beschreiben. Neben der bevorzugten Hauptdroge und dem Ausmaß der Polytoxikomanie wurde erfragt, ob in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Therapie harte oder weiche Drogen konsumiert wurden.

6.8.1 Abhängigkeit oder Mißbrauch von mehreren Substanzen

Tabelle 19a zeigt die Anzahl der Substanzen, die von den Klienten in so hohem Ausmaß gebraucht wurden, daß Mißbrauch oder Abhängigkeit diagnostiziert werden konnte. Bei dieser Variablen fehlten für 13,2 % der Klienten die Angaben, wobei die Gruppe der Frühabbrecher mit einem Ausfall von 22,9 % besonders stark betroffen war. Bei den Spätabbrechern waren für 13,8 % und bei den regulären Beendern für 7,2 % der Klienten keine Informationen vorhanden.

Tabelle 19a: Anzahl der mißbrauchten Substanzen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		277	100,0	67	100,0	69	100,0	141	100,0
Anzahl der	Bis 1	55	19,9	12	17,9	15	21,7	28	19,9
mißbrauchten	2	54	19,5	16	23,9	14	20,3	24	17,0
Substanzen	3	57	20,6	9	13,4	18	26,1	30	21,3
	4	48	17,3	14	20,9	10	14,5	24	17,0
	5 und mehr	63	22,7	16	23,9	12	17,4	35	24,8
Männer		212	100,0	51	100,0	52	100,0	109	100,0
Anzahl der	Bis 1	44	20,8	10	19,6	10	19,2	24	22,0
mißbrauchten	2	44	20,8	13	25,5	11	21,2	20	18,3
Substanzen	3	41	19,3	6	11,8	12	23,1	23	21,1
	4	40	18,9	12	23,5	10	19,2	18	16,5
	5 und mehr	43	20,3	10	19,6	9	17,3	24	22,0
Frauen		65	100,0	16	100,0	17	100,0	32	100,0
Anzahl der	Bis 1	11	16,9	2	12,5	5	29,4	4	12,5
mißbrauchten	2	10	15,4	3	18,8	3	17,6	4	12,5
Substanzen	3	16	24,6	3	18,8	6	35,3	7	21,9
	4	8	12,3	2	12,5	-	-	6	18,8
	5 und mehr	20	30,8	6	37,5	3	17,6	11	34,4
Bebenhäuser Klosterhof		159	100,0	49	100,0	44	100,0	66	100,0
Anzahl der	Bis 1	35	22,0	9	18,4	8	18,2	18	27,3
mißbrauchten	2	33	20,8	14	28,6	8	18,2	11	16,7
Substanzen	3	29	18,2	6	12,2	10	22,7	13	19,7
	4	30	18,9	10	20,4	8	18,2	12	18,2
	5 und mehr	32	20,1	10	20,4	10	22,7	12	18,2
Bläsiberg		118	100,0	18	100,0	25	100,0	75	100,0
Anzahl der	Bis 1	20	16,9	3	16,7	7	28,0	10	13,3
mißbrauchten	2	21	17,8	2	11,1	6	24,0	13	17,3
Substanzen	3	28	23,7	3	16,7	8	32,0	17	22,7
	4	18	15,3	4	22,2	2	8,0	12	16,0
	5 und mehr	31	26,3	6	33,3	2	8,0	23	30,7

Tabelle 19b: Anzahl der mißbrauchten Substanzen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Anzahl der mißbrauchten Substanzen	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	8	6,09	0,638	nein
Männer	8	4,41	0,819	nein
Frauen	8	8,07*	0,426	nein
Bebenhäuser Klosterhof	8	5,42	0,711	nein
Bläsiberg	8	10,05*	0,262	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Für etwa 80 % der Klienten konnte für mehr als eine Substanz Mißbrauch oder Abhängigkeit diagnostiziert werden. Für jeweils etwa ein Fünftel der Klienten lag Mißbrauch oder Abhängigkeit von bis zu einer Substanz, von zwei, drei, vier oder noch mehr Substanzen vor. Wie Tabelle 19b zeigt, gab es hier keine Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Dies galt nicht nur für die Gesamtstichprobe, sondern auch für Männer, Frauen und für beide Therapieeinrichtungen.

6.8.2 Art der Hauptdroge

Häufig haben Drogenabhängige, auch wenn sie viele verschiedene Drogen gebrauchen, eine Substanz oder Substanzklasse, die sie bevorzugt konsumieren, falls diese verfügbar ist. Tabelle 20a zeigt den Anteil der am häufigsten genannten Drogenklassen Opiate und Kokain in den verschiedenen Gruppen. In der Kategorie „sonstige“ wurden alle anderen psychotropen Substanzen wie beispielsweise Cannabinoide, Alkohol, Halluzinogene, Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa zusammengefaßt. Bei der Variable Hauptdroge fehlten für 6,3 % der Gesamtstichprobe die Angaben. Dabei waren bei den Frühabbrechern für 6,9 %, bei den Spätabbrechern für 3,8 % und bei den regulären Beendern für 7,2 % der Klienten keine Informationen vorhanden.

Tabelle 20a: *Hauptdroge der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender*

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		299	100,0	81	100,0	77	100,0	141	100,0
Hauptdroge	Opiate	200	66,9	50	61,7	55	71,4	95	67,4
	Kokain	56	18,7	18	22,2	11	14,3	27	19,1
	Sonstige	43	14,4	13	16,0	11	14,3	19	13,5
Männer		225	100,0	60	100,0	57	100,0	108	100,0
Hauptdroge	Opiate	146	64,9	35	58,3	41	71,9	70	64,8
	Kokain	44	19,6	14	23,3	8	14,0	22	20,4
	Sonstige	35	15,6	11	18,3	8	14,0	16	14,8
Frauen		74	100,0	21	100,0	20	100,0	33	100,0
Hauptdroge	Opiate	54	73,0	15	71,4	14	70,0	25	75,8
	Kokain	12	16,2	4	19,0	3	15,0	5	15,2
	Sonstige	8	10,8	2	9,5	3	15,0	3	9,1
Bebenhäuser Klosterhof		175	100,0	58	100,0	51	100,0	66	100,0
Hauptdroge	Opiate	108	61,7	34	58,6	38	74,5	36	54,5
	Kokain	37	21,1	16	27,6	5	9,8	16	24,2
	Sonstige	30	17,1	8	13,8	8	15,7	14	21,2
Bläsiberg		124	100,0	23	10,0	26	100,0	75	100,0
Hauptdroge	Opiate	92	74,2	16	69,6	17	65,4	59	78,7
	Kokain	19	15,3	2	8,7	6	23,1	11	14,7
	Sonstige	13	10,5	5	21,7	3	11,5	5	6,7

Tabelle 20b: *Hauptdroge, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Hauptdroge	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	4	2,16	0,707	nein
Männer	4	2,62	0,624	nein
Frauen	4	0,66*	0,956	nein
Bebenhäuser Klosterhof	4	7,61	0,107	nein
Bläsiberg	4	6,09*	0,193	nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Von ziemlich genau zwei Drittel der Klienten wurden bevorzugt Opiate konsumiert. Auch Kokain war mit einem Anteil von fast einem Fünftel eine relativ häufig genannte Hauptdroge. Etwa ein Siebtel der Klienten bevorzugten sonstige Drogen. Auch bei dieser Variable gab es, wie Tabelle 20b zeigt, weder in der Gesamtstichprobe noch bei Männern oder Frauen oder in einer der beiden

Therapieeinrichtungen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern.

6.8.3 Aktueller Gebrauch weicher Drogen

Als Maß für die aktuelle Drogenproblematik wurde der Gebrauch von harten und weichen Drogen in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Therapie erfragt. Ging dem Therapiebeginn unmittelbar eine Entgiftung voraus, wurden die letzten 30 Tage vor Beginn der Entgiftung zugrunde gelegt.

Tabelle 21a zeigt den Anteil der Klienten in den verschiedenen Gruppen, die in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Therapie weiche Drogen konsumiert hatten. Auch bei dieser Variable lagen nicht von allen Klienten Angaben vor. In der Gesamtstichprobe fehlten für 10,7 % der Klienten die Informationen. Dabei waren die Frühabbrecher mit 20,7 % fehlenden Werten im Vergleich zu den Spätabbrechern mit 10,0 % und den regulären Beendern mit 5,3 % vergleichsweise stark betroffen.

Tabelle 21a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		285	100,0	69	100,0	72	100,0	144	100,0
Konsum weicher Drogen	nein	145	50,9	29	42,0	39	54,2	77	53,5
in den letzten 30 Tagen	ja	140	49,1	40	58,0	33	45,8	67	46,5
Männer		219	100,0	53	100,0	54	100,0	112	100,0
Konsum weicher Drogen	nein	117	53,4	25	47,2	30	55,6	62	55,4
in den letzten 30 Tagen	ja	102	46,6	28	52,8	24	44,4	50	44,6
Frauen		66	100,0	16	100,0	18	100,0	32	100,0
Konsum weicher Drogen	nein	28	42,4	4	25,0	9	50,0	15	46,9
in den letzten 30 Tagen	ja	38	57,6	12	75,0	9	50,0	17	53,1
Bebenhäuser Klosterhof		165	100,0	50	100,0	47	100,0	68	100,0
Konsum weicher Drogen	nein	80	48,5	17	34,0	24	51,1	39	57,4
in den letzten 30 Tagen	ja	85	51,5	33	66,0	23	48,9	29	42,6
Bläsiberg		120	100,0	19	100,0	25	100,0	76	100,0
Konsum weicher Drogen	nein	65	54,2	12	63,2	15	60,0	38	50,0
in den letzten 30 Tagen	ja	55	45,8	7	36,8	10	40,0	38	50,0

Tabelle 21b: *Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen	df	Chi-Quadrat- Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	2,86	0,239	nein
Männer	2	1,10	0,577	nein
Frauen	2	2,67	0,263	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	6,47	0,039	ja
Bläsiberg	2	1,49	0,474	nein

Ziemlich genau die Hälfte der Klienten hatte in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Therapie weiche Drogen konsumiert. Wie Tabelle 21b zu entnehmen ist, gab es in der Gesamtstichprobe keine Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Dies galt auch, wenn Männer und Frauen getrennt betrachtet wurden. Wertete man für beide Einrichtungen getrennt aus, gab es in der Einrichtung Bläsiberg ebenfalls keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Anders lagen die Verhältnisse im Bebenhäuser Klosterhof. Dort waren sich Spätabbrecher und reguläre Beender, die zu 48,9 % beziehungsweise 42,6 % in den letzten 30 Tagen weiche Drogen konsumiert hatten, sehr ähnlich, während bei den Frühabbrechern der Anteil der Konsumenten mit 66,0 % deutlich höher lag.

6.8.4 Aktueller Gebrauch harter Drogen

Der Anteil der Klienten in den verschiedenen Gruppen, die in den letzten 30 Tagen vor Beginn der Therapie harte Drogen konsumiert hatten, ist in Tabelle 22a angegeben. Bei dieser Variable fehlten ebenfalls für einige Klienten die Angaben. Wie bei der vorhergehenden Variable „Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen“ fehlten in der Gesamtstichprobe für 10,7 % der Klienten die Informationen. Auch hier waren bei den Frühabbrecher 20,7 %, bei den Spätabbrechern 10,0 % und bei den regulären Beendern 5,3 % fehlende Werte zu verzeichnen.

Tabelle 22a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Konsum harter Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn

	Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Gesamtstichprobe	285	100,0	69	100,0	72	100,0	144	100,0	
Konsum harter Drogen	nein	131	46,0	32	46,4	34	47,2	65	45,1
in den letzten 30 Tagen	ja	154	54,0	37	53,6	38	52,8	79	54,9
Männer	220	100,0	54	100,0	54	100,0	112	100,0	
Konsum harter Drogen	nein	111	50,5	28	51,9	28	51,9	55	49,1
in den letzten 30 Tagen	ja	109	49,5	26	48,1	26	48,1	57	50,9
Frauen	65	100,0	15	100,0	18	100,0	32	100,0	
Konsum harter Drogen	nein	20	30,8	4	26,7	6	33,3	10	31,3
in den letzten 30 Tagen	ja	45	69,2	11	73,3	12	66,7	22	68,8
Bebenhäuser Klosterhof	165	100,0	50	100,0	47	100,0	68	100,0	
Konsum harter Drogen	nein	83	50,3	21	42,0	23	48,9	39	57,4
in den letzten 30 Tagen	ja	82	49,7	29	58,0	24	51,1	29	42,6
Bläsiberg	120	100,0	19	100,0	25	100,0	76	100,0	
Konsum harter Drogen	nein	48	40,0	11	57,9	11	44,0	26	34,2
in den letzten 30 Tagen	ja	72	60,0	8	42,1	14	56,0	50	65,8

Tabelle 22b: Konsum harter Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Konsum harter Drogen in den letzten 30 Tagen	df	Chi-Quadrat- Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	0,09	0,956	nein
Männer	2	0,17	0,920	nein
Frauen	2	0,18	0,915	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	2,77	0,251	nein
Bläsiberg	2	3,76	0,152	nein

Mit 54,0 % hatten etwas mehr als die Hälfte der Klienten in den 30 Tagen vor Aufnahme in die Therapieeinrichtung harte Drogen konsumiert. Wie Tabelle 22b zeigt, war der Anteil der Klienten, die in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn harte Drogen konsumiert hatten, bei den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern gleich groß. Dies galt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für nach Geschlecht oder Therapieeinrichtung getrennte Teilstichproben.

6.8.5 Alter beim Erstkonsum weicher Drogen

Tabelle 23a zeigt das durchschnittliche Alter beim erstmaligen Gebrauch von weichen Drogen für die Gesamtstichprobe und die verschiedenen Gruppen. Hier fehlten für 11,6 % der Gesamtstichprobe die Angaben. Bei den Frühabbrechern betrug der Anteil der Klienten, für die keine Angaben vorlagen, 20,7 %, bei den Spätabbrechern 12,5% und bei den regulären Beendern 5,9 %.

Tabelle 23a: *Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender beim Erstkonsum weicher Drogen*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	282	15,0	2,5	69	15,0	2,5	70	15,4	3,2	143	14,8	2,2
Männer	218	15,1	2,5	53	15,0	2,6	54	15,5	2,9	111	15,0	2,2
Frauen	64	14,6	2,6	16	14,8	2,2	16	15,3	4,1	32	14,1	1,8
Beb. Klosterhof	163	14,8	2,5	50	14,5	2,2	45	15,4	2,9	68	14,6	2,3
Bläsiberg	119	15,3	2,6	19	16,2	3,0	25	15,5	3,7	75	15,1	2,0

Tabelle 23b: *Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum weicher Drogen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	2,13	0,121	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	0,39	0,676	nein
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,67	0,512	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	0,35	0,708	nein
Fehler	270	(6,43)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Die Klienten begannen etwa im Alter von 15 Jahren mit dem Konsum von weichen Drogen. Wie Tabelle 23b zeigt, ließen sich mit Hilfe einer Varianzanalyse keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. Dies galt für beide Geschlechter in beiden Therapieeinrichtungen.

6.8.6 Alter beim Erstkonsum harter Drogen

Das Durchschnittsalter der Klienten beim ersten Konsum von harten Drogen ist in Tabelle 24a angegeben. Hier fehlten für 10,7 % aller Klienten die entspre-

chenden Angaben. Betrachtet man nur die Frühabbrecher, dann waren in dieser Gruppe für 19,5 % der Klienten keine Daten vorhanden. Bei den Spätabbrechern lag der entsprechende Anteil bei 10,0 % und bei den regulären Beendern bei 5,9 %.

Tabelle 24a: *Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender beim Erstkonsum harter Drogen*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	285	17,6	3,6	70	17,4	4,0	72	18,2	3,9	143	17,4	3,1
Männer	219	18,0	3,5	54	17,8	4,0	54	18,4	3,6	111	17,9	3,2
Frauen	66	16,3	3,4	16	15,9	3,6	18	17,8	4,7	32	15,8	2,0
Beb. Klosterhof	166	17,6	3,7	51	17,0	3,8	47	18,4	3,7	68	17,5	3,6
Bläsiberg	119	17,7	3,3	19	18,5	4,4	25	18,0	4,2	75	17,4	2,7

Tabelle 24b: *Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum harter Drogen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	2,08	0,128	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	1,37	0,257	nein
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,28	0,759	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	1,27	0,284	nein
Fehler	273	(12,18)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Die Klienten hatten im Alter von 17 bis 18 Jahren mit dem Gebrauch harter Drogen begonnen. Wie die Ergebnisse der Varianzanalyse in Tabelle 24b zeigen, waren Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender beim ersten Konsum harter Drogen gleich alt. Die Frauen waren zwar beim ersten Konsum harter Drogen im Schnitt jünger als die Männer, $F(1, 247) = 9,891$, $p = 0,002$, es gab aber bei beiden Geschlechtern keine Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Dies galt für beide Einrichtungen.

6.9 Behandlungsgeschichte

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit der Frage, ob eine in der Vergangenheit erhaltene Entgiftungs- oder Substitutionstherapie oder ein unmittelbarer Wechsel aus einer Substitutionstherapie in die Entgiftungstherapie einen Zusammenhang mit dem Modus der Therapiebeendigung hat.

6.9.1 Substitutionstherapie

Tabelle 25a gibt den Anteil der Klienten an, die in der Vergangenheit schon eine oder mehrere Substitutionstherapien erhalten hatten. Hier lagen für 1,6 % der Gesamtstichprobe keine Angaben vor. Dabei fehlte die Information für 2,3 % der Frühabbrecher, 1,25 % der Spätabbrecher und 1,3 % der regulären Beender.

Tabelle 25a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit zurückliegender Substitutionstherapie

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		314	100,0	85	100,0	79	100,0	150	100,0
Zurückliegende	nein	120	38,2	26	30,6	27	34,2	67	44,7
Substitutionstherapie	ja	194	61,8	59	69,4	52	65,8	83	55,3
Männer		239	100,0	65	100,0	59	100,0	115	100,0
Zurückliegende	nein	94	39,3	22	33,8	21	35,6	51	44,3
Substitutionstherapie	ja	145	60,7	43	66,2	38	64,4	64	55,7
Frauen		75	100,0	20	100,0	20	100,0	35	100,0
Zurückliegende	nein	26	34,7	4	20,0	6	30,0	16	45,7
Substitutionstherapie	ja	49	65,3	16	80,0	14	70,0	19	54,3
Bebenhäuser Klosterhof		190	100,0	63	100,0	53	100,0	74	100,0
Zurückliegende	nein	79	41,6	20	31,7	17	32,1	42	56,8
Substitutionstherapie	ja	111	58,4	43	68,3	36	67,9	32	43,2
Bläsiberg		124	100,0	22	100,0	26	100,0	76	100,0
Zurückliegende	nein	41	33,1	6	27,3	10	38,5	25	32,9
Substitutionstherapie	ja	83	66,9	16	72,7	16	61,5	51	67,1

Tabelle 25b: *Zurückliegende Substitutionstherapie, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Zurückliegende Substitutionstherapie	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	5,28	0,071	nein
Männer	2	2,38	0,305	nein
Frauen	2	3,98	0,137	nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	11,50	0,003	ja
Bläsiberg	2	0,68	0,713	nein

Fast zwei Drittel der Klienten wurden im Lauf der Zeit schon substituiert. Wie Tabelle 25b zeigt, gab es in der Gesamtstichprobe keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und Beendern. Dies galt auch, wenn man Männer und Frauen getrennt betrachtete. Vergleich man Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender jeweils getrennt in den beiden Therapieeinrichtungen, dann ließen sich im Bebenhäuser Klosterhof statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den drei Gruppen nachweisen. Hier hatten die regulären Beender mit etwas mehr als 40 % einen sehr viel niedrigeren Anteil an jemals Substituierten als die beiden Abbrechergruppen, bei denen der Anteil der jemals Substituierten fast 70 % erreichte. In der Einrichtung Bläsiberg unterschieden sich die drei Gruppen hingegen nicht.

6.9.2 Substitution direkt vor Therapiebeginn

Tabelle 26a zeigt den Anteil der Klienten, die bis unmittelbar vor Beginn der Entwöhnungstherapie beziehungsweise bis unmittelbar vor Beginn einer der Entwöhnungstherapie vorausgehenden Entgiftungsbehandlung eine ärztlich verordnete Substitutionsbehandlung erhalten hatten. Bei dieser Variablen fehlten für 1,6 % der Klienten die entsprechenden Angaben. Der Anteil der Klienten, für die keine Informationen vorlagen, betrug bei den Frühabbrechern 1,1 %, bei den Spätabbrechern 1,25 % und bei den regulären Beendern 2,0 %.

Tabelle 26a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Substitution direkt vor Therapiebeginn

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		314	100,0	86	100,0	79	100,0	149	100,0
Substitution direkt vor	nein	220	70,1	58	67,4	57	72,2	105	70,5
Therapiebeginn	ja	94	29,9	28	32,6	22	27,8	44	29,5
Männer		240	100,0	66	100,0	59	100,0	115	100,0
Substitution direkt vor	nein	173	72,1	49	74,2	40	67,8	84	73,0
Therapiebeginn	ja	67	27,9	17	25,8	19	32,2	31	27,0
Frauen		74	100,0	20	100,0	20	100,0	34	100,0
Substitution direkt vor	nein	47	63,5	9	45,0	17	85,0	21	61,8
Therapiebeginn	ja	27	36,5	11	55,0	3	15,0	13	38,2
Bebenhäuser Klosterhof		189	100,0	63	100,0	53	100,0	73	100,0
Substitution direkt vor	nein	145	76,7	43	68,3	42	79,2	60	82,2
Therapiebeginn	ja	44	23,3	20	31,7	11	20,8	13	17,8
Bläsiberg		125	100,0	23	100,0	26	100,0	76	100,0
Substitution direkt vor	nein	75	60,0	15	65,2	15	57,7	45	59,2
Therapiebeginn	ja	50	40,0	8	34,8	11	42,3	31	40,8

Tabelle 26b: Substitution direkt vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Substitution direkt vor Therapiebeginn	df	Chi-Quadrat- Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	0,46	0,795	nein
Männer	2	0,74	0,689	nein
Frauen	2	6,99	0,030	ja
Bebenhäuser Klosterhof	2	3,94	0,139	nein
Bläsiberg	2	0,34	0,844	nein

Fast genau 30 % der Klienten waren bis unmittelbar vor Beginn der Therapie substituiert worden. Wie die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests in Tabelle 26b zeigen, war der Anteil der Substituierten bei den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern in der Gesamtstichprobe und in beiden Therapieeinrichtungen gleich groß. Wertete man die Daten für beide Geschlechter getrennt aus, so war bei den Männern ebenfalls kein Unterschied zwischen den drei Gruppen zu beobachten. Bei den Frauen unterschieden sich die drei Gruppen. Bei den Frühabbrecherinnen war der Anteil der Substituierten mit 55 % mit weitem Abstand am größten. Bei den regulären Beenderinnen waren immerhin fast 40 % direkt vor Beginn der Therapie substituiert worden. Hingegen

war der Anteil der Substituierten bei den Spätabbrecherinnen mit 15 % weniger als halb so groß wie bei den regulären Beenderinnen. Im Vergleich zu den Frühabbrecherinnen betrug er sogar nur wenig mehr als ein Viertel.

6.9.3 Entwöhnungstherapie

Aus Tabelle 27a ist der Anteil der Klienten ersichtlich, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Entwöhnungstherapie absolviert hatten. Auch bei dieser Variable waren wieder für einige Klienten keine Daten vorhanden. In der Gesamtstichprobe fehlten für 2,8 % die entsprechenden Angaben. Für die Frühabbrecher lag der Anteil der fehlenden Werte bei 1,1 %, bei den Spätabbrechern bei 2,5 % und bei den regulären Beendern bei 3,9 %.

Tabelle 27a: Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit zurückliegender Entwöhnungstherapie

		Gesamt		Frühabbrecher		Spätabbrecher		Reg. Beender	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtstichprobe		310	100,0	86	100,0	78	100,0	146	100,0
Zurückliegende	nein	94	30,3	26	30,2	27	34,6	41	28,1
Entwöhnungstherapie	ja	216	69,7	60	69,8	51	65,4	105	71,9
Männer		235	100,0	65	100,0	58	100,0	112	100,0
Zurückliegende	nein	68	28,9	20	30,8	17	29,3	31	27,7
Entwöhnungstherapie	ja	167	71,1	45	69,2	41	70,7	81	72,3
Frauen		75	100,0	21	100,0	20	100,0	34	100,0
Zurückliegende	nein	26	34,7	6	28,6	10	50,0	10	29,4
Entwöhnungstherapie	ja	49	65,3	15	71,4	10	50,0	24	70,6
Bebenhäuser Klosterhof		189	100,0	63	100,0	53	100,0	73	100,0
Zurückliegende	nein	86	45,5	24	38,1	24	45,3	38	52,1
Entwöhnungstherapie	ja	103	54,5	39	61,9	29	54,7	35	47,9
Bläsiberg		121	100,0	23	100,0	25	100,0	73	100,0
Zurückliegende	nein	8	6,6	2	8,7	3	12,0	3	4,1
Entwöhnungstherapie	ja	113	93,4	21	91,3	22	88,0	70	95,9

Tabelle 27b: Zurückliegende Entwöhnungstherapie, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern

Zurückliegende Entwöhnungstherapie	df	Chi-Quadrat-Wert	p-Wert zweiseitig	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Gesamtstichprobe	2	1,03	0,598	Nein
Männer	2	0,20	0,907	Nein
Frauen	2	2,84	0,242	Nein
Bebenhäuser Klosterhof	2	2,66	0,265	Nein
Bläsiberg	2	2,08*	0,354	Nein

Anmerkung. Bei Chi-Quadrat-Werten mit Stern sind bei mehr als 20 % der Zellen die erwarteten Häufigkeiten kleiner als fünf oder die erwartete Häufigkeit in mindestens einer Zelle kleiner als eins.

Für fast genau 30 % der Klienten war die gegenwärtige Behandlung der erste Entwöhnungsversuch. Alle anderen hatten bereits einen oder mehrere Therapieversuche unternommen. Wie Tabelle 27b zeigt, ließen sich auch bei dieser Variable keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. Die galt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für beide Geschlechter und beide Therapieeinrichtungen.

6.10 Negative Affektivität

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse zur Variable Negative Affektivität berichtet. Die Kennwerte der Variable Negative Affektivität wurden durch eine Faktorenanalyse aus den Testwerten der Einzelinstrumente BDI (Summenscore), Trait-Angstskala des STAI (T-Werte) und dem GSI der SCL-90-R (T-Werte) gewonnen und entsprechen den Faktorenwerten des gemeinsamen Faktors dieser drei Instrumente, der 78,7 % der Varianz aufklärte. Die Ergebnisse dieser Faktorenanalyse sind detailliert im Anhang dargestellt.

Im Anschluß an die Ergebnisse zur Negativen Affektivität werden dann die Ergebnisse für den BDI-Summenscore, den T-normierten Wert der Trait-Angstskala des STAI und den T-normierten Wert des GSI der SCL-90-R berichtet, welche die Grundlage der Variable Negative Affektivität bilden.

6.10.1 Negative Affektivität

Tabelle 28a zeigt die mittlere Negative Affektivität der Gesamtstichprobe und der verschiedenen Gruppen. Die Tabelle enthält die Faktorenwerte des gemeinsamen Faktors der Trait-Angstskala des STAI, des BDI und des GSI der SCL-90-R. Bei diesem Kennwert fehlten für 27,9 % der Klienten die Daten. Die drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender waren in unterschiedlichem Ausmaß betroffen. Bei den Frühabbrechern fehlten für 59,8 %, bei den Spätabbrechern für 30,0 % und bei den regulären Beendern für 8,6 % der Klienten die Werte. Auch bei Männern und Frauen lagen verschieden hohe Ausfallquoten vor. Bei den Männern fehlten für 30,5 % der Klienten die Werte, wobei die Ausfallquoten bei den Frühabbrechern 68,2 %, bei den Spätabbrechern 35,0 % und bei den regulären Beendern 6,8 % betragen. Bei den Frauen war die Ausfallquote mit 19,7 % deutlich niedriger. Die Ausfälle waren bei den Frauen auch gleichmäßiger verteilt. Bei den Frühabbrecherinnen betrug die Ausfallquote 33,3 %, bei den Spätabbrecherinnen 15,0 % und bei den regulären Beenderinnen 14,3 %.

Tabelle 28a: *Negative Affektivität bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (Durchschnittliche Faktorenwerte des gemeinsamen Faktors von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI)*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	230	0,00	1,00	35	0,35	0,92	56	-0,43	0,99	139	0,09	0,97
Männer	169	-0,08	1,01	21	0,20	0,84	39	-0,70	0,83	109	0,08	1,01
Frauen	61	0,23	0,95	14	0,56	1,01	17	0,19	1,07	30	0,10	0,86
Beb. Klosterhof	121	-0,01	1,01	19	0,47	0,80	35	-0,31	0,86	67	0,02	1,08
Bläsiberg	109	0,01	1,00	16	0,19	1,04	21	-0,64	1,17	72	0,15	0,87

Tabelle 28b: *Negative Affektivität (Durchschnittliche Faktorenwerte des gemeinsamen Faktors von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	4,11	0,018	ja
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	4,91	0,008	ja
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,89	0,411	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	2,23	0,111	nein
Fehler	218	(0,89)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

In Tabelle 28b sind die Ergebnisse der Varianzanalyse dargestellt. Die Negative Affektivität der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender war unterschiedlich ausgeprägt. Die Disposition zum Erleben von Negativem Affekt war bei den Spätabbrechern am geringsten ausgeprägt. Sie lag um etwa eine halbe Standardabweichung niedriger als die der regulären Beender und etwa eine dreiviertel Standardabweichung niedriger als die der Frühabbrecher. Bei einem α -Niveau von 5 % zeigten Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé, daß diese geringere Negative Affektivität der Spätabbrecher statistisch signifikant verschieden von der Negativen Affektivität der beiden anderen Gruppen war, die sich wiederum nicht voneinander unterschieden. Die statistisch bedeutsame Wechselwirkung von Modus der Therapiebeendigung und Geschlecht zeigt, daß die Verhältnisse bei Männern und Frauen verschieden waren. Gemäß Post-Hoc-Einzelvergleichen nach Scheffé unterschieden sich bei den Männern die Spätabbrecher bei einem α -Niveau von 5 % signifikant von den Frühabbrechern und den regulären Beendern, während es zwischen Frühabbrechern und regulären Beendern keinen Unterschied gab. Somit entsprachen die Ergebnisse bei den Männern denen in der Gesamtstichprobe. Bei den Frauen hingegen konnten mit Post-Hoc-Einzelvergleichen nach Scheffé bei einem α -Niveau von 5 % keine Unterschiede zwischen Frühabbrecherinnen, Spätabbrecherinnen und regulären Beenderinnen nachgewiesen werden. Die Wechselwirkung der beiden Faktoren Modus der Therapiebeendigung und Einrichtung war nicht signifikant, das Belastungsmuster der Gesamtstichprobe galt also in beiden Therapieeinrichtungen. Ebenso war die Dreifach-Wechselwirkung der Faktoren

Geschlecht, Modus der Therapiebeendigung und Therapieeinrichtung nicht statistisch signifikant. Dies bedeutet, daß das Belastungsmuster von Männern und Frauen in beiden Therapieeinrichtungen gleich war.

Wurde statt einer Faktorenanalyse zunächst eine *z*-Standardisierung der Kennwerte von BDI (Summenscore), der Trait-Angstskala des STAI (T-Werte) und dem GSI der SCL-90-R (T-Werte) vorgenommen und diese *z*-Werte anschließend gemittelt, so wichen die so berechneten deskriptiven Werte zwar leicht von den hier dargestellten Faktorenwerten ab, aber die inferenzstatistischen Ergebnisse blieben gleich. Sowohl die deskriptiven als auch die inferenzstatistischen Ergebnisse sind im Anhang dargestellt.

6.10.2 Depressivität

Tabelle 29a zeigt die mittleren BDI-Werte der Gesamtstichprobe und der verschiedenen Gruppen. Bei dieser Variable fehlten für 19,4 % der Gesamtstichprobe die Meßwerte. Wiederum waren die Frühabbrecher mit 46,0 % die Gruppe mit dem größten Anteil an fehlenden Werten. Bei den Spätabbrechern fehlten für 17,5 % und bei den regulären Beendern für 5,2 % die Meßwerte.

Tabelle 29a: *Depressivität bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (Durchschnittliche Summenwerte BDI)*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	257	12,8	8,2	47	16,1	7,8	66	10,2	7,7	144	13,0	8,1
Männer	193	12,1	7,8	31	14,6	6,4	49	8,7	6,2	113	12,8	8,3
Frauen	64	15,1	9,0	16	19,0	9,6	17	14,6	10,1	31	13,4	7,6
Beb. Klosterhof	138	13,0	8,5	28	17,1	7,2	42	10,6	7,2	68	12,7	9,1
Bläsiberg	119	12,7	7,8	19	14,6	8,6	24	9,5	8,6	76	13,2	7,2

Tabelle 29b: *Depressivität (Durchschnittliche Summenwerte BDI), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	4,23	0,016	ja
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	2,94	0,055	nein
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	1,09	0,339	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	0,90	0,406	nein
Fehler	245	(61,44)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Der mittlere BDI-Wert der Stichprobe lag bei $M = 12,8$. Somit konnte für die Gesamtstichprobe eine milde depressive Symptomatik festgestellt werden. Beim mittleren Summenscore des BDI ließen sich, wie in Tabelle 29b dargestellt, statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. Die depressive Symptomatik war bei den Frühabbrechern am stärksten ausgeprägt. Der von ihnen im Mittel erreichte BDI-Wert von $M = 16,1$ entspricht einer milden bis mäßigen depressiven Symptomatik. Die Spätabbrecher waren mit einem BDI-Wert von $M = 10,2$ klinisch unauffällig, während die regulären Beender wiederum eine milde depressive Symptomatik aufwiesen und mit ihrem BDI-Wert von $M = 13,0$ zwischen den beiden anderen Gruppen lagen. Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé mit einem α -Niveau von 5 % ergaben einen Unterschied zwischen den beiden Abbrechergruppen. Alle anderen Einzelvergleiche führten nicht zu einem signifikanten Ergebnis. Da die Wechselwirkungen nicht statistisch bedeutsam waren, gab es dieses Belastungsmuster in beiden Therapieeinrichtungen und bei beiden Geschlechtern.

6.10.3 Ängstlichkeit

Als Maß für die Ängstlichkeit wurde die Trait-Angst-Skala des STAI verwendet. Auch bei diesem Instrument fehlten mit 26,0 % für mehr als ein Viertel aller Klienten die Meßwerte. Hier waren wiederum die Frühabbrecher mit einem Anteil von 58,6 % fehlenden Werten die am stärksten betroffene Gruppe. Bei den Spätabbrechern fehlten für 26,3 % und bei den regulären Beendern für 7,2 % der Klienten die Meßwerte. Die mittleren T-normierten Werte für die

Gesamtstichprobe und die verschiedenen Gruppen sind in Tabelle 30a dargestellt.

Tabelle 30a: *Ängstlichkeit bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (STAI-Trait, durchschnittliche T-Werte)*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	236	60,3	8,7	36	62,8	7,4	59	56,3	8,7	141	61,3	8,5
Männer	175	60,1	9,0	22	62,1	7,7	42	54,9	8,7	111	61,7	8,7
Frauen	61	60,8	7,7	14	63,9	7,0	17	59,7	7,9	30	59,9	7,7
Beb. Klosterhof	125	60,1	8,6	20	63,9	7,0	37	56,9	6,8	68	60,8	9,4
Bläsiberg	111	60,5	8,8	16	61,4	7,9	22	55,3	11,2	73	61,8	7,7

Tabelle 30b: *Ängstlichkeit (STAI-Trait, durchschnittliche T-Werte), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	4,04	0,019	ja
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	4,13	0,017	ja
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,98	0,376	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	2,82	0,062	nein
Fehler	224	(68,14)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Der T-normierte Mittelwert der Trait-Angst des STAI lag für die Gesamtstichprobe bei $M = 60,3$ und damit eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normalpopulation. Die Drogenabhängigen der Stichprobe waren somit deutlich ängstlicher als die Normalpopulation. Tabelle 30b enthält die für die Fragestellung wichtigen Kennwerte der für den Gruppenvergleich verwendeten Varianzanalyse. Wie der signifikante Haupteffekt des Modus der Therapiebeendigung zeigt, unterschieden sich die drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender in ihrer mittleren Ängstlichkeit. Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé mit einem α -Niveau von 5 % zeigten, daß dieser Effekt auf die Spätabbrecher zurückzuführen war, die weniger ängstlich als die Frühabbrecher und die regulären Beender waren. Zwischen Frühabbrechern und regulären Beendern konnte hingegen kein Unterschied nachgewiesen werden. Die Wechselwirkung von Modus der Therapiebeendigung und Geschlecht

war ebenfalls signifikant. Wie Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé mit einem α -Niveau von 5 % zeigten, gab es bei den Frauen keinen Unterschied zwischen Frühabbrecherinnen, Spätabbrecherinnen und regulären Beenderinnen. Hingegen entsprach das Ergebnis bei den Männern dem in der Gesamtstichprobe. Die Spätabbrecher waren weniger ängstlich als die Frühabbrecher und die regulären Beender, während es zwischen den beiden letzten Gruppen keine Unterschiede gab. Die Verhältnisse in beiden Einrichtungen entsprachen denen in der Gesamtstichprobe. Die Wechselwirkung von Therapieeinrichtung und Modus der Therapiebeendigung war nicht signifikant. Es gab auch keine signifikante Dreifach-Wechselwirkung der Faktoren Geschlecht, Therapieeinrichtung und Modus der Therapiebeendigung. Somit war das Belastungsmuster von Männern und Frauen in beiden Therapieeinrichtungen gleich.

6.10.4 Psychische Symptombelastung

Der Global Severity Index der SCL-90-R ist ein Maß für globale psychische Belastung. Auch beim Global Severity Index wurden T-normierte Werte ermittelt, deren Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Gruppen in Tabelle 31a wiedergegeben sind. Hier lag der Anteil der fehlenden Werte bei 17,6 %. Wiederum waren die Frühabbrecher mit 41,4 % diejenige Gruppe, für die am meisten fehlende Werte zu beobachten waren. Bei den Spätabbrechern fehlten für 18,8 % und bei den regulären Beendern für 3,3 % der Klienten die Testwerte.

Tabelle 31a: *Globale Psychische Symptombelastung bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (SCL-90-R Global Severity Index, durchschnittliche T-Werte)*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Gesamtstichprobe	263	62,1	11,2	51	64,7	11,2	65	58,7	11,6	147	62,7	10,8
Männer	197	61,0	11,1	34	63,4	10,4	48	56,2	10,2	115	62,4	11,1
Frauen	66	65,3	11,1	17	67,2	12,6	17	66,0	12,3	32	63,9	9,7
Beb. Klosterhof	143	62,2	11,0	32	65,4	10,7	42	60,3	10,9	69	61,8	11,0
Bläsiberg	120	62,0	11,6	19	63,4	12,3	23	55,9	12,3	78	63,5	10,6

Tabelle 31b: *Globale Psychische Symptombelastung (SCL-90-R Global Severity Index, durchschnittliche T-Werte), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	1,65	0,193	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	3,42	0,034	ja
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,55	0,578	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	1,19	0,308	nein
Fehler	251	(117,50)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Der T-normierte Mittelwert des Global Severity Index der SCL-90-R lag für die Gesamtstichprobe bei $M = 62,1$ und damit um etwas mehr als eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normpopulation. Dieser Wert entspricht gemäß dem Testmanual einer deutlich meßbaren psychischen Belastung. Wie die in Tabelle 31b dargestellten Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, gab es bei der globalen psychischen Belastung in der Gesamtstichprobe keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Allerdings war eine signifikante Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Modus der Therapiebeendigung zu beobachten. Somit waren die Verhältnisse bei Männern und Frauen unterschiedlich. Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé mit einem α -Niveau von 5 % zeigten, daß bei den Frauen alle drei Gruppen ungefähr gleich belastet waren. Bei den Männern waren die Spätabbrecher hingegen geringer belastet als die Frühabbrecher und die regulären Beender, während es zwischen den beiden letztgenannten Gruppen keine Unterschiede gab. Die Wechselwirkung der Faktoren Therapieeinrichtung und Modus der Therapiebeendigung war nicht signifikant. Die Verhältnisse in beiden Therapieeinrichtungen entsprachen somit denen in der Gesamtstichprobe. Auch die Dreifach-Wechselwirkung der Faktoren Geschlecht, Therapieeinrichtung und Modus der Therapiebeendigung war nicht signifikant. Männer und Frauen hatten also in beiden Therapieeinrichtungen dasselbe Belastungsmuster.

7 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung ist eingebettet in ein größeres Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, das unter anderem zum Ziel hatte, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Klientenmerkmalen und dem Therapieerfolg in verschiedenen Therapieeinrichtungen zu untersuchen. Hierbei stand als Maß für den Therapieerfolg die reguläre Beendigung einer Therapie im Vordergrund.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die drei Gruppen Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender unterschieden. Dadurch sollte die Überlegung berücksichtigt werden, daß eine vorzeitige Therapiebeendigung zu verschiedenen Zeitpunkten aus unterschiedlichen Gründen erfolgt. Unterschiede zwischen den regulären Beendern und den beiden Abbrechergruppen beziehungsweise zwischen den Abbrechergruppen sollten sich so mit einer größeren Wahrscheinlichkeit nachweisen lassen.

Bei den Klientenvariablen wurden zwei Arten von Variablen in die Betrachtung mit einbezogen. Die erste Variablenart waren die sogenannten Hintergrundvariablen, zu denen soziodemographische Variablen, Variablen zur Legalität, zum Drogengebrauch und zur bisherigen Behandlungsgeschichte gehören. Die zweite Variablenart waren Variablen, von denen angenommen wird, daß sie in der Therapie direkt verhaltenswirksam sind. Hierzu zählen insbesondere eher psychologische Variablen wie Kognitionen oder affektive Zustände der Klienten. Im vorliegenden Fall wurde die Variable Negative Affektivität untersucht, welche die Disposition für das Erleben von negativen emotionalen Zuständen beschreibt.

Für die beiden Variablenarten wurden unterschiedliche Vorhersagen getroffen. Bei den Hintergrundvariablen wurde angenommen, daß trotz der Trennung der Abbrecher in die beiden Gruppen Frühabbrecher und Spätabbrecher keine Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisbar sind, die in allen Therapieeinrichtungen und für beide Geschlechter zu beobachten sind. Grund dieser Vorhersage war, daß in der Literatur, mit Ausnahme der Variable höhere Schulbildung, keine Hintergrundvariablen identifiziert werden konnten, für die eindeutig ein Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung nachgewiesen ist. Neben diesen empirischen

Befunden stützen auch theoretische Überlegungen diese Vorhersage. So kann nicht erwartet werden, daß soziodemographische Variablen einen hohen Zusammenhang mit dem tatsächlichen Verhalten einer Person in der Therapie haben. Bei anderen Hintergrundvariablen, hierzu gehören beispielsweise die Variablen zur Legalität, ist zu erwarten, daß die Lebensumstände der Drogenabhängigen zu homogen sind, als daß nennenswerte Varianz innerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen erwartet werden könnte. In der Folge können dann auch keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen erwartet werden, die für alle Teilpopulationen gelten.

Bei der Variable Negative Affektivität wurde hingegen angenommen, daß sie verhaltenswirksam ist und einen Zusammenhang mit dem Therapieabbruch zeigt. Personen mit einer hohen Negativen Affektivität erleben häufiger negative emotionale Zustände als Personen mit niedriger Negativer Affektivität. In der Literatur ist, wie oben dargestellt, gut belegt, daß das Erleben von negativen emotionalen Zuständen bei Drogenabhängigen zu Craving oder zum Erleben von konditionierten Entzugserscheinungen führen kann. Zudem kann angenommen werden, daß Drogenabhängige aufgrund einer langjährigen Lerngeschichte gelernt haben, Drogen zur kurzfristigen Stimmungsverbesserung zu nutzen und deshalb die Drogeneinnahme einen wichtigen Bestandteil ihres Verhaltensrepertoires zur Bewältigung von negativen affektiven Zuständen darstellt. Personen mit hoher Negativer Affektivität sollten deshalb bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Therapie ein hohes Ausmaß an Negativem Affekt erleben und in der Folge die Therapie sehr frühzeitig beenden. Somit sollte die Gruppe der Frühabbrecher eine durchschnittlich höhere Negative Affektivität haben als die beiden anderen Gruppen. Zudem sollte sich dieser Unterschied in der Gesamtstichprobe, in beiden Einrichtungen und für beide Geschlechter nachweisen lassen.

Betrachtet man die Ergebnisse, so ist zunächst festzuhalten, daß die Abbrecherquote in den beiden Teileinrichtungen verschieden groß war. Während im Bebenhäuser Klosterhof etwa 40 % der Klienten die Therapie regulär beendeten, waren in der Einrichtung Bläsiberg etwa 60 % reguläre Beender. Solch große Unterschiede in den Abbruchquoten zweier Einrichtungen sind nichts Außergewöhnliches. So berichteten beispielsweise Roch et al. (1992) in ihrer

Metaanalyse, daß der Anteil der Klienten, die eine Behandlung regulär beendet hatten, in den von ihnen berücksichtigten Untersuchungen zwischen 6 % und 49 % schwankte. Ursache der unterschiedlich hohen Abbruchquoten könnte eine unterschiedliche Aufnahmepolitik der beiden Einrichtungen sein. Im Bebenhäuser Klosterhof müssen die Klienten außer einer bereits absolvierten Entgiftung und einer zugesagten Kostenübernahme durch einen Kostenträger keine weiteren Voraussetzungen erfüllen. In der Einrichtung Bläsiberg werden hingegen vorwiegend Klienten behandelt, die schon über Therapieerfahrung verfügen und häufig mehrere mehr oder weniger lange Abstinenzphasen erlebt haben. Zudem sind die Klienten zumindest teilweise sozial und beruflich integriert. Da diese Kriterien nach der Forschungslage (Roch et al., 1992) eher keinen Zusammenhang mit einer regulären Therapiebeendigung haben, werden wahrscheinlich bei der Auswahl der Klienten solche Klienten bevorzugt, bei denen die Therapeuten aus ihrer klinischen Erfahrung heraus vermuten, der Klient werde die Therapie regulär beenden. Möglicherweise können die Kriterien, auf denen diese Entscheidung beruht, von den Therapeuten nicht explizit genannt werden oder sie sind ihnen gar nicht bewußt. Keinen Beitrag zur Erklärung des Sachverhalts leistet hingegen die Überlegung, daß Klienten in einer Einrichtung mit längerer geplanter Therapiedauer auch länger die Möglichkeit haben, eine Therapie vorzeitig zu beenden und deshalb in Einrichtungen mit längerer geplanter Therapiedauer höhere Abbruchquoten zu beobachten sind. Träfe diese Erklärung zu, müßten sich die beiden Einrichtungen insbesondere beim Anteil der Spätabbrecher unterscheiden, während der Anteil der Frühabbrecher ungefähr gleich groß sein sollte. Dies ist aber nicht der Fall. Der Anteil der Frühabbrecher war im Bebenhäuser Klosterhof, der Einrichtung mit der 12monatigen Therapiedauer, mit 33,2 % fast doppelt so hoch wie in der Einrichtung Bläsiberg, in der der Anteil der Frühabbrecher bei 18,3 % lag. Der Anteil der Spätabbrecher war mit 28,0 % im Bebenhäuser Klosterhof zwar etwas höher als in der Einrichtung Bläsiberg mit 20,6 %, aber der Unterschied zwischen beiden Einrichtungen war deutlich geringer als bei den Frühabbrechern.

Es muß noch darauf hingewiesen werden, daß möglicherweise die Unterschiede in den Abbrecherquoten, die zwischen den beiden Einrichtungen festgestellt wurden, nicht den tatsächlichen Verhältnissen in den Einrichtungen entspre-

chen, sondern einen Artefakt darstellen. Es haben nämlich nicht alle Klienten, die in den Einrichtungen behandelt wurden, an der Untersuchung teilgenommen. Da keine ausreichenden Daten über die Nichtstudienteilnehmer vorlagen, konnte nicht geprüft werden, ob die Stichproben der Population in der Einrichtung entsprechen oder ob es zu Verzerrungen kam. Somit muß letztlich offen bleiben, ob die beobachteten Unterschiede zwischen den beiden Einrichtungen tatsächlich vorhanden sind.

Bei den Hintergrundvariablen fanden sich bei den meisten Variablen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. In der Gesamtstichprobe gab es nur bei den Variablen Berufsausbildung und Qualifikationsniveau einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppen. Der Anteil der Klienten mit abgeschlossener Berufsausbildung beziehungsweise mit höherer Qualifikation war bei den regulären Beendern am höchsten und bei den Frühabbrechern am geringsten, die Spätabbrecher lagen zwischen diesen beiden Gruppen. Für beide Variablen ließ sich auch bei den Männern und in der Therapieeinrichtung Bebenhäuser Klosterhof ein signifikanter Unterschied zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. Bei den Variablen Schulbildung und Schulden waren nur bei den Männern Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern zu beobachten. Für die Variable Substitutionsbehandlung direkt vor Therapiebeginn gab es nur bei den Frauen einen Unterschied zwischen Frühabbrecherinnen, Spätabbrecherinnen und regulären Beenderinnen. Der aktuelle Gebrauch von weichen Drogen und eine bereits erfolgte Substitutionsbehandlung waren nur in der Einrichtung Bebenhäuser Klosterhof Variablen, in denen es Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern gab. Die Zeit in Haft war hingegen nur in der Therapieeinrichtung Bläsiberg eine Variable, in der sich Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender unterschieden.

Somit konnte nur bei wenigen Variablen überhaupt ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern für die Gesamtstichprobe oder eine Teilstichprobe nachgewiesen werden. Zudem waren diese signifikanten Unterschiede mit Ausnahme der beiden Variablen Berufsausbildung und Qualifikationsniveau immer nur für eine Teilstich-

probe zu beobachten. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den aus der Literatur und aufgrund von theoretischen Überlegungen abgeleiteten Erwartungen. Die Befunde bestätigen insbesondere die Metaanalyse von Roch et al. (1992), die für die von ihnen untersuchten Hintergrundvariablen aus den Bereichen Soziodemographie, Sozialisation, Drogenkarriere, Legalität und Behandlungsgeschichte nur sehr kleine Effektstärken berichten konnten, die im wesentlichen unter $r = 0,10$ lagen und zudem im allgemeinen keine statistische Signifikanz erreichten. Roch et al. (1992) kamen deshalb und aufgrund der Ergebnisse einer Strichlistenauswertung zum Schluß, „daß die üblicherweise untersuchten Klientenmerkmale sich als Prädiktoren für reguläre Therapiebeendigung als wenig brauchbar erweisen“ (S. 313). Ein weiteres Indiz für den bestenfalls geringen Zusammenhang von Hintergrundvariablen und regulärer Therapiebeendigung sind die widersprüchlichen Einschätzungen, die in den drei Übersichtsarbeiten von Baekeland und Lundwall (1975), Roch et al. (1992) und Stark (1992) für die einzelnen Variablen abgegeben wurden. Zudem lassen, wie schon oben ausführlich dargestellt, auch theoretische Überlegungen erwarten, daß es bestenfalls nur einen geringen Zusammenhang zwischen einer vorzeitigen Therapiebeendigung und den Hintergrundvariablen gibt. Die meisten Hintergrundvariablen sind nämlich bestenfalls Korrelate von Variablen, für die eher ein Zusammenhang mit dem konkreten Verhalten in der Therapie vermutet werden kann. So kann beispielsweise die Variable Familienstand als Korrelat der Variable Soziale Unterstützung der Therapiebemühung betrachtet werden. Da aber die bloße Tatsache, daß eine Person verheiratet ist, noch nichts darüber aussagt, inwieweit eine Person tatsächlich Unterstützung in ihren Therapiebemühungen erhält, ist der fehlende Zusammenhang zwischen dem Familienstand und einer vorzeitigen Therapiebeendigung nicht überraschend. Dieses Beispiel verdeutlicht, daß viele der Hintergrundvariablen in der Therapie nicht direkt verhaltenswirksam sind. Deshalb kann kein oder zumindest kein hoher Zusammenhang mit einer vorzeitigen Therapiebeendigung erwartet werden, was in der Untersuchung auch bestätigt wurde. Interessanterweise fanden sich in der Untersuchung keine Belege für die Vermutung, eine aufgrund der ähnlichen Lebensumstände zu geringe Varianz in den Hintergrundvariablen und die dadurch in der Folge nicht vorhandene Kovarianz sei für den geringen oder

nicht vorhandenen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung verantwortlich.

Bevor die Ergebnisse zu den Hintergrundvariablen abschließend betrachtet werden, soll hier noch auf Probleme hingewiesen werden, die die Gültigkeit der Untersuchung unter Umständen einschränken. Neben dem schon oben angesprochenen Problem, daß nicht alle Klienten der Einrichtungen an der Untersuchung teilgenommen haben, besteht auch noch das Problem von fehlenden Daten bei den Untersuchungsteilnehmern. Beispielsweise haben einige Klienten selektiv die Antwort auf einzelne Fragen verweigert. Andere hingegen haben während der laufenden Untersuchung ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung zurückgezogen. In anderen Fällen konnten durch eine vorzeitige Therapiebeendigung des Klienten keine Daten mehr erhoben werden oder es kam aufgrund organisatorischer Probleme zu Datenausfällen.

Bei den meisten Hintergrundvariablen war nur eine relativ geringe Anzahl von fehlenden Daten zu beklagen. Für die meisten Variablen lag der Anteil der fehlenden Werte deutlich unter 5 %. Dabei war der Anteil der fehlenden Werte bis auf wenige Ausnahmen bei den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern ähnlich hoch und lag für jede der drei Gruppen meist bei maximal 5 %. Somit kann für die meisten Hintergrundvariablen das Problem der fehlenden Werte mehr oder weniger vernachlässigt werden. Eine Ausnahme sind die Variablen zum Drogengebrauch, bei denen der Anteil der fehlenden Werte um die 10 % lag. Bei diesen Variablen ist zudem problematisch, daß der Anteil der fehlenden Werte bei den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern unterschiedlich hoch war. Während bei den Frühabbrechern um die 20 % fehlende Werte zu beklagen waren, waren es bei den Spätabbrechern um die 10 % und bei den regulären Beendern etwa 5 %. Aufgrund dieses selektiven Ausfalls können Verzerrungen in den Ergebnissen nicht ausgeschlossen werden. Folglich ist bei diesen Variablen eher Vorsicht bei der Interpretation geboten.

Auch wenn bei einigen Variablen durch die fehlenden Daten Verzerrungen der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden können, kann man aufgrund der Befunde in der Literatur, den dargelegten theoretischen Überlegungen und den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung insgesamt den Schluß ziehen, daß die üblicherweise untersuchten Hintergrundvariablen in der Therapiesituation

nicht verhaltensrelevant sind und deshalb auch keinen Zusammenhang mit der vorzeitigen Therapiebeendigung aufweisen. Aus diesem Grund bringt bei den Hintergrundvariablen auch eine Unterscheidung von Frühabbrechern und Spätabbrechern keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Bei der Variable Negative Affektivität, die durch den gemeinsamen Faktor von BDI (Beck & Steer, 1987; deutsche Version: Hautzinger et al., 1995), Trait-Angst-Skala des STAI (Spielberger et al., 1970; deutsche Version: Laux et al., 1981) und dem Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R (Derogatis, 1977; deutsche Version: Franke, 1995) operationalisiert wurde, konnte für die Gesamtstichprobe ein Unterschied zwischen den drei Gruppen gezeigt werden. Dieser Unterschied war auf die Spätabbrecher zurückzuführen, die eine geringere Negative Affektivität hatten als die Frühabbrecher und die regulären Beender, während sich die beiden letzten Gruppen nicht voneinander unterschieden. Die Befunde der Gesamtstichprobe galten auch für die Männer, aber nicht für die Frauen, bei denen es gemäß den Post-Hoc-Einzelvergleichen keinen Unterschied zwischen den drei Gruppen gab. Allerdings war bei den Frauen deskriptiv zu beobachten, daß die Frühabbrecherinnen stärker belastet waren als die beiden anderen Gruppen. Im Gegensatz zu diesem für die beiden Geschlechter nachgewiesenen Unterschied war das Belastungsmuster in beiden Therapieeinrichtungen gleich.

Entgegen der Vorhersage war bei den Frühabbrechern keine höhere Ausprägung der Negativen Affektivität zu beobachten als bei den Spätabbrechern und den regulären Beendern. Stattdessen war die Negative Affektivität bei den Spätabbrechern geringer als bei den beiden anderen Gruppen. Dieser Befund galt allerdings nur für die Männer und nicht für die Frauen, bei denen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrecherinnen, Spätabbrecherinnen und regulären Beenderinnen nachgewiesen werden konnten.

Der Befund, daß eine Variable beim einen Geschlecht einen Zusammenhang mit dem Therapieabbruch hat und beim anderen nicht, ist nicht ungewöhnlich und konnte beispielsweise auch von Kufner et al. (1994) gezeigt werden. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigten sich bei einigen Hintergrundvariablen ähnliche differentielle Effekte. Allerdings ist unklar, was Ursache dieser

differentiellen Effekte ist. Es kann nur vermutet werden, daß bei Männern und Frauen verschiedene Gründe zu einer vorzeitigen Therapiebeendigung führen. Wie könnte nun der Befund erklärt werden, daß die Spätabbrecher bei den Männern eine geringere Negative Affektivität hatten als die beiden anderen Gruppen? Zunächst sollte man sich zwei Gruppen von Klienten vorstellen, nämlich Klienten mit eher hoher und Klienten mit eher niedriger Negativer Affektivität. Es könnte nun sein, daß bei einem Teil der Klienten mit einer relativ hohen Negativen Affektivität die auftretende negative affektive Symptomatik in der Therapie erfolgreich behandelt wird und diese Klienten durch die Therapie eine Linderung ihrer Symptomatik erfahren. Diese Klienten beenden dann die Therapie mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit regulär. Wenn die Symptomatik durch die Therapie hingegen nicht gelindert wird, könnten diese Klienten versuchen, ihre negative affektive Symptomatik und das dadurch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit entstehende Craving durch das aus ihrer Sicht bewährte Mittel Drogenkonsum zu lindern. In der Folge beenden sie dann die Therapie vorzeitig und werden zu Frühabbrechern, sei es aus eigenem Entschluß, sei es wegen einer disziplinarischen Entlassung aufgrund von Drogenkonsum. Klienten mit einer niedrigen negativen Symptomatik erleben hingegen in der Therapie in geringerem Ausmaß eine negative affektive Symptomatik und dadurch auch seltener Craving. Sie haben deshalb ein geringeres Risiko, die Therapie schon recht früh abzuberechnen und durch Drogenkonsum eine Erleichterung ihrer negativen affektiven Symptomatik zu erreichen. Umgekehrt haben sie vielleicht aufgrund des seltener erlebten Negativen Affekts und des dadurch wahrscheinlich auch seltener erlebten Verlangens nach Drogen gegen Ende der Therapie das Gefühl, ihr Drogenproblem sei erfolgreich behandelt. Sie sehen deshalb keinen Sinn mehr darin, die Therapie weiter fortzusetzen und werden zu Spätabbrechern.

Bei den Frauen konnten zwar keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Frühabbrecherinnen, Spätabbrecherinnen und regulären Beenderinnen nachgewiesen werden, aber es war zumindest deskriptiv zu beobachten, daß bei den Frühabbrecherinnen gemäß der Hypothese eine höhere Negative Affektivität zu beobachten war als bei den beiden anderen Gruppen. Da aber bei einem Stichprobenumfang von 61 Personen keine statistische Signifikanz erreicht

wurde, ist die Verhaltenswirksamkeit der Variablen Negative Affektivität vermutlich gering.

Auch wenn man die einzelnen Instrumente betrachtet, die in die Faktorisierung eingehen, gibt es insgesamt sehr ähnliche Ergebnisse. Die Ergebnisse der Trait-Angst-Skala des STAI entsprachen denen, die nach einer Faktorisierung der drei Instrumente beobachtet wurden. Beim BDI konnte ebenfalls ein Unterschied zwischen den drei Gruppen nachgewiesen werden. Allerdings ließ sich hier nur nachweisen, daß die Spätabbrecher geringer belastet waren als die Frühabbrecher, während es keine Unterschiede zwischen Frühabbrechern und regulären Beendern oder Spätabbrechern und regulären Beendern gab. Beim GSI der SCL-90-R ließen sich hingegen keine globalen Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern nachweisen. Allerdings unterschied sich das Belastungsmuster bei Männern und Frauen. Während bei den Männern die Spätabbrecher geringer belastet waren als die beiden anderen Gruppen, ließen sich bei den Frauen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen nachweisen.

Die Ursache dieser voneinander abweichenden Befunde in den Einzelinstrumenten könnten die unterschiedlichen Referenzzeiträume der verwendeten Instrumente sein. Während bei der Trait-Angst-Skala des STAI eine Verhaltensdisposition gemessen wird, indem der Klient gebeten wird, anzugeben, wie er sich im allgemeinen fühlt, ist beim BDI und bei der SCL-90-R der Referenzzeitraum, auf den sich die Messung bezieht, die letzte Woche beziehungsweise die letzten sieben Tage. Somit messen die beiden letztgenannten Instrumente etwas, das zwischen einer Disposition zum Erleben von negativen affektiven Zuständen und einem aktuell erlebten negativen affektiven Zustand anzusiedeln ist. Es wurde also nicht nur die Disposition zum Erleben von negativen affektiven Zuständen gemessen, sondern auch ein nicht genau zu bestimmender Anteil an aktuell erlebtem Negativen Affekt. Es kam also zu einer Konfundierung von Zustand und Disposition und in der Folge wahrscheinlich zu einer Ungenauigkeit der Messung und erhöhter Varianz. Zudem mißt jedes der Instrumente nicht nur Negative Affektivität beziehungsweise Negativen Affekt, sondern die Meßwerte enthalten auch mehr oder weniger große Anteile von unspezifischer Varianz. Diese für Negative Affektivität beziehungsweise Negativen Af-

fekt nicht spezifische Varianz könnte ebenfalls zu den Ergebnisunterschieden beigetragen haben.

Auch bei der Variable Negative Affektivität gibt es einige Probleme, die die Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse einschränken. Die Variable Negative Affektivität wurde durch den gemeinsamen Faktor von BDI, Trait-Angst-Skala des STAI und GSI der SCL-90-R operationalisiert. Diese Operationalisierung ist mit zwei Problemen behaftet. Zum einen haben diese drei Instrumente, wie schon oben dargestellt, unterschiedliche Referenzzeiträume, auf die sich die Messungen beziehen. Es kommt also zu einer Konfundierung von Zustand und Disposition. Dieses Problem wird durch die Faktorisierung nicht beseitigt. Somit ist auch die Variable Negative Affektivität davon betroffen. Zum anderen mißt jedes der Instrumente, wie ebenfalls schon oben dargestellt, nicht nur Negative Affektivität, sondern die Meßwerte enthalten auch einen mehr oder weniger großen Anteil von unspezifischer Varianz. Diese unspezifische Varianz könnte auch bei der durch die Faktorisierung der drei Instrumente entstandenen Variable Negative Affektivität die Ungenauigkeit der Messung erhöhen. Es ist nämlich nicht sichergestellt, daß durch die Faktorisierung der für die Negative Affektivität nicht spezifische Anteil der Instrumente eliminiert wird.

Vermieden werden könnten diese Probleme mit der unspezifischen Varianz und der Konfundierung von Zustand und Disposition durch die Verwendung der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, L. A. Clark & Tellegen, 1988; deutsche Version: Krohne et al., 1996), die entwickelt wurde, um je nach verwendeter Instruktion Negative Affektivität als Disposition oder Negativen Affekt als Zustand zu messen. Diese Skala kam in der vorliegenden Untersuchung nicht zum Einsatz, weil der Verfasser keinen Einfluß auf die Auswahl der in der Untersuchung verwendeten Instrumente hatte.

Neben diesen Problemen bei der Operationalisierung müssen zusätzlich noch die Datenausfälle angesprochen werden, die die Validität der Untersuchungsergebnisse zur Negativen Affektivität weiter einschränken. So haben zum einen, wie schon oben angesprochen, nicht alle Klienten der Einrichtungen an der Untersuchung teilgenommen. Zum anderen gab es auch bei den Untersuchungsteilnehmern einen sehr hohen Anteil von fehlenden Werten. In der Gesamtstichprobe waren je nach Instrument zwischen 17,6 % und 26,0 % fehlen-

de Werte zu beobachten. Wird die faktorisierte Variable Negative Affektivität betrachtet, fehlten sogar für 27,9 % der Stichprobe die Werte. Zusätzlich gab es bei den Ausfallquoten gravierende Unterschiede zwischen den Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern. Während bei den Frühabbrechern zwischen 41,6 % und 59,8 % der Werte fehlten, war bei den Spätabbrechern der Anteil der fehlenden Werte mit 17,5 % bis 30,0 % nur etwa halb so hoch. Noch geringer betroffen waren die regulären Beender. Bei ihnen fehlten je nach Instrument nur für 3,3 % bis 8,6 % der Klienten die Angaben. Hinzu kamen Geschlechtsunterschiede bei den Ausfallquoten: Die Männer waren deutlich schwerer vom Problem der fehlenden Werte betroffen als die Frauen. So fehlten bei der faktorisierten Variablen Negative Affektivität bei den Frühabbrecherinnen für 33,3 %, bei den Spätabbrecherinnen für 15,0 % und bei den regulären Beenderinnen für 14,3 % der Frauen die Daten. Bei den Männern waren hingegen bei den Frühabbrechern 68,1 %, bei den Spätabbrechern 35,0 % und bei den regulären Beendern 6,8 % fehlende Daten zu beklagen.

Besonders schwerwiegend ist, daß das Vorhandensein von hoher Negativer Affektivität möglicherweise kausal für die Datenausfälle ist. Für diese Vermutung sprechen folgende Überlegungen: Es ist anzunehmen, daß Klienten mit hoher Negativer Affektivität aufgrund des von ihnen wahrscheinlich recht häufig erlebten Negativen Affekts psychisch stark belastet sind und deshalb eine zusätzliche Belastung durch umfangreiche Untersuchungen und Datenerhebungen vermeiden möchten. Klienten mit einer hohen Negativen Affektivität könnten deshalb besonders häufig generell die Teilnahme an der Untersuchung verweigert haben. Denkbar ist auch, daß diese hochbelasteten Klienten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit im Verlauf der Untersuchung ihr Einverständnis zurückgezogen haben. Desweiteren haben möglicherweise gerade Klienten mit einer besonders hohen Negativen Affektivität die Therapie so frühzeitig abgebrochen, daß keine Datenerhebung mehr möglich war. Für letzteres spricht, daß die Frühabbrecher, für die aufgrund theoretischer Überlegungen die höchste Negative Affektivität erwartet worden war, am stärksten vom Problem der fehlenden Daten betroffen waren. In diesem Zusammenhang lohnt es sich, das Belastungsmuster und die Datenausfälle bei Männern und Frauen getrennt zu betrachten. Bei den Frauen waren die Frühabbrecherinnen, wie vorhergesagt, zumindest deskriptiv deutlich stärker belastet als die beiden anderen Gruppen.

Bei den Männern war deskriptiv ein anderes Belastungsmuster zu beobachten. Hier waren die Frühabbrecher etwas stärker belastet als die regulären Beender, während die Spätabbrecher die bei weitem am geringsten belastete Gruppe waren. Da bei den Männern die Ausfälle insgesamt höher und ungleichmäßiger über die drei Gruppen verteilt waren als bei den Frauen, kann nicht ausgeschlossen werden, daß die Ergebnisse zur Negativen Affektivität, insbesondere bei den Männern, durch selektive Datenausfälle verzerrt sind. Diese möglicherweise selektiven Datenausfälle könnten vor allem auch dazu führen, daß die Negative Affektivität der besonders von den Datenausfällen betroffenen Abbrechergruppen unterschätzt wird.

Die Validität der Untersuchung wird somit durch den insgesamt hohen Anteil von fehlenden Daten und insbesondere durch die unterschiedliche Betroffenheit der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender und der beiden Geschlechter ernsthaft gefährdet. Das Vorliegen von massiven Verzerrungen in den Ergebnissen ist nicht unwahrscheinlich.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die Validität der Untersuchungsergebnisse für die Variable Negative Affektivität sehr zweifelhaft ist. Dies hat verschiedene Ursachen. Zunächst ist ein generell hoher Anteil von fehlenden Daten zu nennen. Zusätzlich waren Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender auf der einen und Männer und Frauen auf der anderen Seite unterschiedlich stark vom Problem der fehlenden Daten betroffen. Zudem ist das Vorhandensein einer hohen Negativen Affektivität möglicherweise kausal für die Datenausfälle. Somit sind massive Verzerrungen in den Ergebnissen nicht unwahrscheinlich. Weiter eingeschränkt wird die Validität durch die nicht optimal gelöste Operationalisierung der Variablen Negative Affektivität. Da nicht bei allen Instrumenten eine reine Traitmessung unterstellt werden kann, sondern beim BDI und bei der SCL-90-R davon ausgegangen werden muß, daß auch ein nicht genau zu bestimmender Anteil des Zustands in die Messung eingeht, kam es zu einer Konfundierung von State und Trait und in der Folge wahrscheinlich zu einer Ungenauigkeit der Messung und erhöhter Varianz. Zudem kann man nicht mit Sicherheit davon ausgehen, daß durch die Faktorisierung der für die Negative Affektivität nicht spezifische Anteil der Instru-

mente eliminiert wurde. Dieser unspezifische Anteil könnte dann ebenfalls zur Ungenauigkeit der Messung beitragen haben.

Somit muß aufgrund der dargestellten Probleme, die die Validität der Untersuchungsergebnisse in Frage stellen, letztlich offen bleiben, ob sich Frühabbrecher, Spätabbrecher und reguläre Beender im Ausmaß ihrer Negativen Affektivität unterscheiden und wie groß diese Unterschiede sind.

Insgesamt betrachtet läßt sich das Fazit ziehen, daß in der vorliegenden Untersuchung das Ergebnis der Metaanalyse von Roch et al. (1992) bestätigt werden konnte: Die üblicherweise untersuchten Klientenmerkmale sind nicht zur Vorhersage der Art der Therapiebeendigung geeignet. Auch die Trichotomisierung der Variable Modus der Therapiebeendigung mit einer Unterscheidung von Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern führt nicht zu anderen Ergebnissen. Bei der Variable Negative Affektivität kann aufgrund des hohen Anteils von fehlenden Daten letztlich keine Aussage darüber gemacht werden, ob zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern Unterschiede bestehen und wie groß diese Unterschiede sind. Allerdings liefern Erfahrungen, die während des Forschungsprojekts gesammelt wurden, Hinweise darauf, wie in zukünftigen Untersuchungen zur Negativen Affektivität die Datenausfälle wahrscheinlich deutlich reduziert werden könnten. An erster Stelle wäre darauf zu achten, daß die Daten in den ersten Tagen nach Therapiebeginn erhoben werden, da nur wenige Klienten die Therapie schon zu einem so frühen Zeitpunkt abbrechen. Zudem sollte die Belastung der Klienten durch die Datenerhebung möglichst gering gehalten werden. Für die Erhebung der Variable Negative Affektivität eignet sich hierbei besonders die schon oben angesprochene Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, L. A. Clark & Tellegen, 1988; deutsche Version: Krohne et al., 1996). Die PANAS wurde speziell zur Messung der Negativen Affektivität entwickelt, umfaßt nur 20 Items, ist leicht verständlich und innerhalb von wenigen Minuten zu bearbeiten. Zudem liegt sie auch in einer Form vor, mit der die Zustandsvariable Negativer Affekt gemessen werden kann. Somit könnte dieses Instrument auch zur Verlaufsmessung von Negativem Affekt benutzt werden, was eventuell genauere Informationen über den Einfluß von Negativem Affekt bei vorzeitigen Therapiebeendigungen geben könnte.

Die unterschiedlich hohen Quoten von regulären Therapiebeendigungen in beiden Therapieeinrichtungen sind ein Hinweis darauf, daß neben Klientenvariablen auch Variablen der Therapieeinrichtung, des Behandlungsprogramms oder ähnliches mit in die Betrachtung einbezogen werden müssen. Für diese Überlegung sprechen auch einige empirische Befunde. So dominierte beispielsweise in der Untersuchung von Sheefet et al. (1980) die Variable Therapieeinrichtung alle Klientenvariablen bei der Vorhersage der regulären Therapiebeendigung. Auch in einer Untersuchung von Vollmer und Ellgring (1988) wird deutlich, daß die Berücksichtigung von Einrichtungs- und Behandlungsvariablen sinnvoll ist. Die beiden Autoren konnten in zwei von ihnen untersuchten Einrichtungen teilweise entgegengesetzte prognostische Kriterien identifizieren. So hatten in der einen Einrichtung eher Klienten die Therapie abgebrochen, die schon früh mit dem Konsum von Haschisch begonnen hatten, während in der anderen Einrichtung Klienten, die erst in höherem Alter mit dem Konsum von Haschisch begonnen hatten, ein höheres Abbruchrisiko hatten. Die Autoren kamen deshalb zum Schluß, daß vermutlich „bestimmte Kombinationen von Einrichtungs-, Therapeuten- und Patientenvariablen einen Einfluß auf die Art der Therapiebeendigung haben“ (Vollmer & Ellgring, 1988, S. 273). Für die Wichtigkeit von Einrichtungsvariablen spricht auch die Untersuchung von Craig (1985), der berichtete, daß in einer Einrichtung zur stationären Behandlung nur durch Veränderungen bei Personal und Organisation eine Reduktion der Abbruchquote von in der Spitze 70 % auf 20 % erreicht werden konnte, obwohl sich die Art der Klienten nicht veränderte. Auch Stark (1992) wies in seiner Übersichtsarbeit auf die Wichtigkeit von Charakteristika der Einrichtung und des Behandlungsprogramms für die Abbruchquote hin. Trotz dieser Belege für die Wichtigkeit von Einrichtungs- und Behandlungscharakteristika ist dieser Bereich von der Forschung bisher vernachlässigt worden (Roch et al., 1992). Neben Behandlungs- und Einrichtungscharakteristika wurde bisher auch der Prozeßcharakter der Therapie und des Therapieabbruchs in der Forschung nicht ausreichend berücksichtigt. Die Untersuchung von Kufner et al. (1994) gibt einen Hinweis darauf, wie wichtig es ist, eine vorzeitige Therapiebeendigung als Prozeß zu betrachten. Wie schon oben dargestellt, befragten Kufner et al. (1994) in ihrer Untersuchung reguläre Beender, die trotz ernsthafter Abbruchgedanken, die im Lauf der Therapie aufgetreten waren, die Therapie regu-

lär beendet hatten. Kufner et al. (1994) kamen aufgrund der Befragung zum Ergebnis, daß im allgemeinen mehrere Ursachen für den Verbleib des Klienten in der Therapieeinrichtung verantwortlich sind. Neben der Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und der Hoffnung auf eine positive persönliche Weiterentwicklung, was unter dem Begriff Erfolgsmotivation zusammengefaßt werden könnte, ist auch die Unterstützung durch Mitklienten und Therapeuten sehr wichtig. Durch diese Befunde wird nochmals deutlich, daß neben Klientenvariablen auch Charakteristika des Behandlungsprogramms, der Therapeuten, der Therapieeinrichtung und das Verhalten der Mitklienten mit in die Betrachtung einbezogen werden müssen und daß das Geschehen in der Therapie als komplexer Prozeß aufgefaßt werden muß. Die vorzeitige Beendigung einer Therapie ist somit die Folge eines komplexen Zusammenwirkens von Klienten-, Einrichtungs-, und Therapeutenvariablen. Der Versuch, nur auf Grundlage von Klientencharakteristika das Abbruchgeschehen vorherzusagen, ist somit mit großer Wahrscheinlichkeit wenig erfolgversprechend. Stattdessen sollten in der weiteren Forschung Klienten-, Einrichtungs- und Therapeutenvariablen gleichwertig nebeneinander stehen und in ihrem Zusammenwirken erforscht werden, wie dies zumindest ansatzweise in der Untersuchung von Kufner et al. (1994) geschehen ist. Dieses Vorgehen wird von vielen Autoren, beispielsweise von Craig (1985) oder von Condelli und De Leon (1993) schon seit vielen Jahren gefordert, wurde aber bisher noch nicht in ausreichendem Maß in die Forschungspraxis umgesetzt. Wichtig wäre es zudem, bei den Therapeuten- und Klientenvariablen keine Hintergrundvariablen zu erheben, sondern, wie Condelli und De Leon (1993) vorschlagen, Variablen zu berücksichtigen, die einen möglichst engen Zusammenhang mit dem Therapieprozeß haben. So wäre bei den Klienten etwa an die Therapiemotivation oder die subjektiv eingeschätzte Abbruchwahrscheinlichkeit und ihre Veränderung während der Therapie zu denken (Condelli & De Leon, 1993; Kufner et al., 1994). Da die Anzahl der zu berücksichtigenden Variablen durch das Einbeziehen von Klienten-, Einrichtungs-, und Therapeutenvariablen und ihrer Interaktionen nachgerade explodiert und bisher nicht bekannt ist, „welche Merkmale einer stationären Behandlung für den Therapieprozeß und Therapieerfolg wesentlich sind“ (Kufner et al. 1994, S. 115), ist es wahrscheinlich sinnvoll, statt der bislang vorherrschenden quantitativen Forschung zunächst eher qualitative Forschungsstrategien zu

wählen und beispielsweise durch Interviews mit Therapieabbrechern und Therapeuten einen Einblick in das komplexe Bedingungsgefüge zu erhalten, das zu einem Therapieabbruch führt.

Literatur

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., DSM III). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev., DSM III-R). Washington, DC: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., DSM IV). Washington, DC: Autor.

Araujo, L., Goldberg, P., Eyma, J., Madhusoodanan, S., Buff, D. D., Shamim, K. & Brenner, R. (1996). The effect of anxiety and depression on completion/withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 61-66.

Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.

Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M. J., Elashoff, R. M. & Zarcone, V. P. (1980). Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: Design and one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37, 179-193.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Bonyngé, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 212-215.

Boulenger, J.-P. & Lavallée, Y.-J. (1993). Mixed anxiety and depression: Diagnostic issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1, Suppl.), 3-8.

Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., Jr. & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.

Brophy, C. J., Norvell, N. K. & Kiluk, D. J. (1988). An examination of the factor structure and convergent validity of the SCL-90 R in an outpatient clinic population. *Journal of Personality Assessment*, 52, 334-340.

Brown, T. A., Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and the dimen-

- sions negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 179-192.
- Charney, D. A., Paraherakis, A. M., Negrete, J. C. & Gill, K. J. (1998). The impact of depression on the outcome of addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *15*, 123-130.
- Clark, A. & Friedman, M. J. (1983). Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *Journal of Personality Assessment*, *47*, 396-404.
- Clark, D. A., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 645-654.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991 a). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316-336.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991 b). General affective dispositions in physical and psychological health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (S. 221-245). New York: Pergamon Press.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum [CIPS] (Hrsg.) (1996a). HAMD: Hamilton Depression Scale. In Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 93-21. Göttingen: Beltz-Test.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum [CIPS] (Hrsg.) (1996b). HAMA: Hamilton Anxiety Scale. In Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hrsg.) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 19-21. Göttingen: Beltz-Test.
- Condelli, W. S. & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities, *Journal of Substance Abuse Treatment*, *10*, 11-16.
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O. & Gaupp, L. (1997) Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 243-250.
- Coop, J. E., Schwiderski, U. E. & Robinson, D. S. (1990). Symptom comorbidity in anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *10* (3, Suppl.), 52S-60S.
- Corty, E., Ball, J. C. & Myers, C. P. (1988). Psychological symptoms in methadone maintenance patients: Prevalence and change over treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 776-777.

- Craig, R. J. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts? *The International Journal of the Addictions*, 19, 665-674.
- Craig, R. J. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 351-355.
- Craig, R. J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 209-219.
- Craig, R. J. & Olson, R. E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol abuse*, 14, 89-96.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. & Dahlstrom, L. E. (1972). *An MMPI handbook. Band 1: Clinical interpretation*. A revised edition. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook. Band 2: Research applications*. A revised edition. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1979). *Handbuch der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1979. 9. Revision. Band 1: Systematisches Verzeichnis*. (S. 229-268). Wuppertal: Deutscher Consulting-Verlag.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (1992). *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of a psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, research version, patient edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fisch, A., Patch, V. D., Greenfield, A., Raynes, A. E., McKenna, G. & Levine, M. (1973). Depression and self-concept as variables in the differential response to methadone maintenance combined with therapy. *Proceedings of the Fifth National Conference on Methadone Treatment*, 1, 440-446.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.

Gotlib, I. H. & Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (S. 131-169). San Diego: Academic Press.

Grella, C. E., Wugalter, S. E. & Anglin, M. D. (1997). Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *Journal of Drug Issues*, 27, 203-224.

Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index : EuropASI; nach der 5. Aufl. der amerikanischen Version von McLellan und der europäischen Version des ASI; Manual für Training und Durchführung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.

Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual. Revised 1967*. New York: The Psychological Corporation.

Hathaway, S. R. & Meehl, P. E. (1972). *An atlas for the clinical use of the MMPI*. Fifth Printing. Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Hautzinger, M. (1988). Die CESD-D Skala. Ein Depressionsmeßinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 34, 167-173.

Hautzinger, M., Bailer, M. Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Zweite, überarbeitete Auflage. Bern , Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Herbst, K. & Hanel, E. (1989). Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 35, 235-251.

Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.

Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998) A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46

Hollon, S. D., Kendall, P. C. & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 52-59.

Joe, G. W., Brown, B. S. & Simpson, D. D. (1995). Psychological problems and client engagement in methadone treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 704-710.

- Keegan, J. F. & Lachar, D. (1979). The MMPI as a predictor of early termination from polydrug abuse treatment. *Journal of Personality Assessment*, 43, 379-384.
- Kendall, P. C. & Ingram, R. E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (S. 27-53). San Diego: Academic Press.
- Kendall, P. C. & Watson, D. (Eds.), (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. San Diego: Academic Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G. & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E. & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 160-164.
- Koehler, K. und Saß, H. (1984). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III*; übersetzt nach der 3. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association Weinheim, Basel: Beltz
- Kokkevi, A. & Stefanis, C. N. (1995). Psychiatric comorbidity in substance abuse. In C. Stefanis & H. Hippus in collaboration with D. Naber (Eds.), *Research in Addiction: Un Update*. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). *Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms* (Das Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Lachar, D. (1974). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Laux, L. , Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
- Levine, D. G., Levin, D. B., Sloan, I. H. & Chappel, J. N. (1972). Personality correlates of success in a methadone maintenance program. *The American Journal of Psychiatry*, *129*, 456-460.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (in Vorbereitung). *Das Beck Angstinventar*. Bern: Huber.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change . In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (S. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Maser, J. D. & Cloninger, C. R. (Eds.). (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- McGahan, P., Griffith, J. & McLellan, A.T. (1986). *Composite scores from the Addiction Severity Index: Manual and computer software*. Philadelphia: Veterans Administration Press
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*, 26-33
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., & O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *173*, 412-423
- Merikangas, K. R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wackler, H., Wittchen, H.-U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L. N. & Kupfer, D. J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an international task force. *The British Journal of Psychiatry*, *168* (Suppl. 30), 58-67.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., DeWit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H.-U. & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, *23*, 893-907.
- Miller, N. S., Hoffmann, N. G., Ninonuevo, F. & Astrachan, B. M. (1997). Lifetime diagnosis of major depression as a multivariate predictor of treatment outcome for inpatients with substance use disorders from abstinence-based programs. *Annals of Clinical Psychiatry*, *9*, 127-137.

- Mueser, K. T., Drake, R. E. & Wallach, M. A. (1998). Dual Diagnoses: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors, 23*, 717-734.
- Payne, T. J., Schare, M. L., Levis, D. J. & Colletti, G. (1991). Exposure to smoking-relevant cues: Effects on desire to smoke and topographical components of smoking behavior. *Addictive Behaviors, 16*, 467-479.
- Poulos, C. X., Hinson, R. E. & Siegel, S. (1981). The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implication for treatment. *Addictive Behaviors, 6*, 205-212.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1* (3), 385-401.
- Rauter, U. K., Leonard, C. E. & Swett, C. P. (1996). SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 625-629.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511-2518.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry, 38*, 381-389.
- Robinson, K. D. & Little, G. L. (1982). One-day dropout from correctional drug treatment. *Psychological Reports, 51*, 409-410.
- Roch, I., Küfner, H., Arzt, J., Böhmer, M. & Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht, 38*, 304-322.
- Rounsaville, B. J., Foley Anton, S., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A. & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry, 48*, 43-51.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Kleber, H. & Wilber, C. (1982). Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry, 39*, 161-166.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV*; übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 2., verbesserte Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Schuckit, M. A. (1983). Alcohol patients with secondary depression. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 711-714.
- Schuckit, M. A. (1985) The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1043-1049.
- Sheefet, A. M., Quinones, M. A., Doyle, K. M., Levenhar, M. A., Nakah, A. & Louria, D. B. (1980). Assessment of treatment outcomes in a drug abuse rehabilitation network: Newark, New Jersey. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 141-173.
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 136, 1449-1453.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875-880.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.
- Simpson, D. D., Savage, L. J. & Lloyd, M. R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969-1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Hrsg.), *Anxiety and behavior* (S. 3-20). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Hrsg.), *Anxiety: Current trends in theory and research. Band 1* (S. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1975). Anxiety: State-trait-process. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Hrsg.), *Stress and Anxiety. Band 1* (S. 115-143). Washington: Hemisphere/Wiley.
- Spielberger, C. D. (1980) *Stress und Angst: Risiko unserer Zeit*. Weinheim: Beltz.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spreen, O. (1963). *MMPI Saarbrücken. Handbuch zur deutschen Ausgabe des Minnesota Multiphasic Personality Inventory von S.R. Hathaway und J.C. McKinley*. Bern: Huber.
- Stahl, S. M. (1993). Mixed anxiety and depression: Clinical implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (1, Suppl.), 33-38.
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

Stark, M. J. & Campbell, B. K. (1988). Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 475-485.

Steer, R. A. (1983). Retention in drug-free counseling. *The International Journal of the Addictions*, 18, 1109-1114.

Steer, R. A., Clark, D. A. & Ranieri, W. F. (1994). Symptom dimensions of the SCL-90-R: A test of the tripartite model of anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 62, 525-536.

Thompson, A. H., Bland, R. C. & Orn, H. T. (1989). Relationship and chronology of depression, agoraphobia, and panic disorder in the general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 456-463.

Vollmer, H. C. (1988). Die vorzeitige Therapiebeendigung bei der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger: Analyse und Interventionen. *Suchtgefahren*, 34, 65-79.

Vollmer, Heinz C. (1989). Motivation und Willensstärke im Urteil opiatabhängiger Patienten und deren Therapeuten. *Suchtgefahren*, 35, 281-288.

Vollmer, H. C. (1991). Die vorzeitige Therapiebeendigung: Empirie, Theorie, Interventionen und einige kritische Anmerkungen. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchttherapie: psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch* (S. 152-180). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vollmer, H. C. & Ellgring, H. (1988). Die Vorhersage der vorzeitigen Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 34, 273-284.

Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

Watson, D., Clark, L. A. & Carey G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.

Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.

Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E. & McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 3-14.

Wittchen, H.-U. (1996) What is comorbidity-fact or artefact? (Editorial). *The British Journal of Psychiatry, 168* (Suppl. 30), 7-8.

Wittchen, H.-U. & Essau, C. A. (1989) Comorbidity of anxiety disorders and depression: Does it affect course and outcome? *Journal of Psychiatry and Psychobiology, 4*, 315-323.

Wittchen, H.-U. & Essau, C. A. (1993). Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: Is there epidemiologic evidence? *Journal of Clinical Psychiatry, 54* (1, Suppl.), 9-15.

Wittchen, H.-U. & Perkonigg, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D. Praxisgebiete. Serie 2 Klinische Psychologie, Band 1, Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S. 69-144). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1991). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-III-R*; übersetzt nach der Revision der 3. Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 3., korrigierte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID I und SKID II)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Beck, A. T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry, 40*, 639-645.

Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry, 42*, 1081-1086.

Zack, M., Toneatto, T. & Streiner, D. L. (1998). The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse, 10*, 85-101.

Verzeichnis der Tabellen

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 1	Quoten vorzeitiger Therapiebeendigung bei verschiedenen Formen der Behandlung	12
Tabelle 2	Quoten vorzeitiger Therapiebeendigung bei einer stationären Behandlung, unterschieden nach geplanter Therapiedauer	13
Tabelle 3	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender in den Therapieeinrichtungen	70
Tabelle 4a	Anteil der Männer und Frauen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	71
Tabelle 4b	Anteil der Männer und Frauen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	71
Tabelle 5a	Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender	72
Tabelle 5b	Durchschnittliches Alter, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	72
Tabelle 6a	Familienstand bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	73
Tabelle 6b	Familienstand, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	74
Tabelle 7a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit einem festen Partner oder einer festen Partnerin	75

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 7b	Feste Partnerschaft, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	75
Tabelle 8a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Kindern	76
Tabelle 8b	Kinder, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	76
Tabelle 9a	Wohnsituation der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender	77
Tabelle 9b	Wohnsituation, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	78
Tabelle 10a	Schulbildung der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender	79
Tabelle 10b	Schulbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	79
Tabelle 11a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit abgeschlossener Berufsausbildung	81
Tabelle 11b	Abgeschlossene Berufsausbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	81
Tabelle 12a	Qualifikationsniveau der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender	83

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 12b	Qualifikationsniveau, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	83
Tabelle 13a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender, die erwerbstätig oder in Ausbildung sind	85
Tabelle 13b	Erwerbstätig oder in Ausbildung, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	85
Tabelle 14a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Schulden	86
Tabelle 14b	Schulden, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	87
Tabelle 15a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit legaler Finanzierung des Lebensunterhalts	88
Tabelle 15b	Legale Finanzierung des Lebensunterhalts, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	88
Tabelle 16a	Anzahl der Verurteilungen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	90
Tabelle 16b	Anzahl der Verurteilungen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	91
Tabelle 17a	Zeit in Haft bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	92

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 17b	Zeit in Haft, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	93
Tabelle 18a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Therapieauflage	94
Tabelle 18b	Therapieauflage, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	94
Tabelle 19a	Anzahl der mißbrauchten Substanzen bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	96
Tabelle 19b	Anzahl der mißbrauchten Substanzen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	97
Tabelle 20a	Hauptdroge der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender	98
Tabelle 20b	Hauptdroge, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	98
Tabelle 21a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn	99
Tabelle 21b	Konsum weicher Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	100

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 22a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Konsum harter Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn	101
Tabelle 22b	Konsum harter Drogen in den letzten 30 Tagen vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	101
Tabelle 23a	Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender beim Erstkonsum weicher Drogen	102
Tabelle 23b	Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum weicher Drogen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	102
Tabelle 24a	Durchschnittliches Alter der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender beim Erstkonsum harter Drogen	103
Tabelle 24b	Durchschnittliches Alter beim Erstkonsum harter Drogen, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	103
Tabelle 25a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit zurückliegender Substitutionstherapie	104
Tabelle 25b	Zurückliegende Substitutionstherapie, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	105
Tabelle 26a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit Substitution direkt vor Therapiebeginn	106

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 26b	Substitution direkt vor Therapiebeginn, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	106
Tabelle 27a	Anteil der Frühabbrecher, Spätabbrecher und regulären Beender mit zurückliegender Entwöhnungstherapie	107
Tabelle 27b	Zurückliegende Entwöhnungstherapie, inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	108
Tabelle 28a	Negative Affektivität bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (Durchschnittliche Faktorenwerte des gemeinsamen Faktors von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI)	109
Tabelle 28b	Negative Affektivität (Durchschnittliche Faktorenwerte des gemeinsamen Faktors von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	110
Tabelle 29a	Depressivität bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (Durchschnittliche Summenwerte BDI)	111
Tabelle 29b	Depressivität (Durchschnittliche Summenwerte BDI), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	112
Tabelle 30a	Ängstlichkeit bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (STAI-Trait, Durchschnittliche T-Werte)	113

Tabellen-Nr.	Titel	Seite
Tabelle 30b	Ängstlichkeit (STAI-Trait, Durchschnittliche T-Werte), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	113
Tabelle 31a	Globale Psychische Symptombelastung bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (SCL-90-R Global Severity Index, Durchschnittliche T-Werte)	114
Tabelle 31b	Globale Psychische Symptombelastung (SCL-90-R Global Severity Index, Durchschnittliche T-Werte), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern	115

Anhang

Tabelle A1: *Eigenwerte und Varianzaufklärung der Faktoren einer Hauptkomponentenanalyse von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI (N = 230)*

Faktor	Eigenwert	Varianzanteil in %	Varianzanteil kumuliert in %
1	2,36	78,66	78,66
2	0,34	11,21	89,87
3	0,30	10,13	100,00

Tabelle A2: *Faktorladungen von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI (N = 230)*

Instrument	Faktor 1
SCL-90-R-GSI	0,89
STAI-Trait	0,88
BDI	0,89

Tabelle A3: *Negative Affektivität bei Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern (Durchschnittliche Werte der gemittelten z-standardisierten Werte von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI)*

	Gesamt			Frühabbrecher			Spätabbrecher			Reg. Beender		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	S
Gesamtstichprobe	230	0,00	0,89	35	0,31	0,81	56	-0,38	0,88	139	0,08	0,87
Männer	169	-0,07	0,89	21	0,18	0,75	39	-0,62	0,74	109	0,08	0,90
Frauen	61	0,21	0,85	14	0,50	0,90	17	0,17	0,95	30	0,09	0,76
Beb. Klosterhof	121	0,00	0,89	19	0,42	0,72	35	-0,27	0,77	67	0,02	0,96
Bläsiberg	109	0,01	0,89	16	0,18	0,92	21	-0,57	1,04	72	0,14	0,77

Tabelle A4: *Negative Affektivität (Durchschnittliche Werte der gemittelten z-standardisierten Werte von BDI, STAI-Trait und SCL-90-R GSI), inferenzstatistische Kennwerte der Unterschiede zwischen Frühabbrechern, Spätabbrechern und regulären Beendern*

Quelle	df	F (MSE)	p	Signifikanz ($\alpha = 5\%$)
Haupteffekt Modus der Therapiebeendigung	2	4,12	0,018	ja
Wechselwirkung Modus x Geschlecht	2	4,91	0,008	ja
Wechselwirkung Modus x Einrichtung	2	0,89	0,412	nein
Wechselwirkung Modus x Geschlecht x Einrichtung	2	2,23	0,110	nein
Fehler	218	(0,70)		

Anmerkung. Wert in Klammern ist Mean Square Error.

Bei einem α -Niveau von 5 % zeigten Post-Hoc-Einzelvergleiche nach Scheffé, daß die geringere Negative Affektivität der Spätabbrecher statistisch signifikant verschieden von der Negativen Affektivität der beiden anderen Gruppen war, die sich wiederum nicht voneinander unterschieden.

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Professor Dr. Martin Hautzinger, in dessen Abteilung ich einen Großteil der Zeit, in der ich an dieser Dissertation gearbeitet habe, als Mitarbeiter beschäftigt war. Er hat sich ohne Zögern bereit erklärt, die Dissertation zu betreuen, obwohl sie in einem Forschungsprojekt durchgeführt wurde, das nicht in seiner Abteilung angesiedelt war. Ebenso bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. Gerhard Buchkremer für die Bereitschaft, fakultätsübergreifend als Zweitgutachter zu fungieren. Bei Herrn Dr. Arthur Günthner, der die Arbeit angeregt hat, bedanke ich mich für die Überlassung der Daten sowie seine jederzeit vorhandene Bereitschaft zur fachlichen Diskussion. Dank gebührt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts für die schwierige Feldarbeit und die Kodierung und Aufbereitung der Daten. Meinen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen in der Abteilung für Klinische und Physiologische Psychologie, insbesondere Herrn Dipl.-Psych. Gregor Domes und Herrn Privatdozent Dr. Thomas Meyer, danke ich für die Anregungen und Rückmeldungen, die sie während der Entstehung der Arbeit gegeben haben.