

# Häufigkeit und Risikofaktoren des Therapieabbruchs in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Der Einfluss von riskantem Alkoholkonsum zu Therapiebeginn

Anne Schawohl Michael Odenwald

Fachbereich Psychologie, Psychotherapeutische Hochschulambulanz für Forschung und Lehre, Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland

## Schlüsselwörter

Therapieabbruch · Ambulante Psychotherapie · Risikofaktoren · Riskanter Alkoholkonsum

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Zu Therapieabbrüchen in der ambulanten Verhaltenstherapie und damit verbundenen Risikofaktoren existieren bisher nur wenige und gemischte Ergebnisse. In dieser Studie wurden Risikofaktoren für Therapieabbrüche erfasst und untersucht, ob sich ein riskanter Alkoholkonsum (bei Therapiebeginn) auf die Therapieabbrüche in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz auswirkt. **Patienten und Methoden:** 178 Patienten wurden unterteilt in a) Completer (reguläre Beendigung der Psychotherapie) und b) Dropouts (vorzeitiger Abbruch). Als Risikofaktoren wurden soziodemografische und klinische Variablen untersucht (z.B. Brief-Symptom-Inventar, Beck-Depressions-Inventar, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) usw.). **Ergebnisse:** 93 Patienten (52%) schlossen die Psychotherapie regulär ab (Completer), 85 (48%) brachen vorzeitig ab (Dropouts; davon 45 in Probatorik und 40 danach). Die Dropouts waren bei Therapiebeginn älter als die Completer ( $M = 35,33$  vs.  $M = 29,08$  Jahre;  $p = 0,001$ ), waren häufiger beschäftigt (64 vs. 45%;  $p = 0,014$ ), hatten häufiger komorbide Diagnosen (55 vs. 34%;  $p = 0,005$ ), waren stärker psychisch belastet (Global Severity Index:  $M = 1,25$  vs.  $1,01$ ;  $p = 0,007$ ) und wiesen einen riskanteren Alkoholkonsum auf (AUDIT:  $M = 10,49$  vs.  $M = 5,01$ ;  $p \leq 0,001$ ). Das Alkoholkonsum-Verhalten bei Therapiebeginn prädierte einen vorzeitigen Therapieabbruch ( $b = 0,11$ ;  $p = 0,001$ ). Ein riskantes Alkoholkonsum-Verhalten war mit einem Dropout in der Probatorik assoziiert ( $p = 0,005$ ). **Schlussfolgerungen:** Ein riskanter Alkoholkonsum ist bei ambulanten Psychotherapiepatienten mit vorzeitigem Therapieabbruch korreliert. Komorbides riskantes Trinkverhalten sollte zu Beginn der ambulanten Psychotherapie erfasst und inhaltlich thematisiert werden.

## Keywords

Therapy dropout · Outpatient psychotherapy · Predictors · Risky alcohol use

## Summary

*Prevalence and Risk Factors of Psychotherapy Dropout in an Outpatient Psychotherapy Department: Influence of Risky Alcohol Consumption*

**Background:** There are a lack of studies and mixed results concerning predictors of outpatient-psychotherapy dropout. In this study, risk factors of psychotherapy dropout – including risky alcohol use – were examined in a university outpatient psychotherapy clinic. **Patients and Methods:** 178 patients were divided into 2 groups: completer (successful completion of psychotherapy) and dropouts (premature termination). Sociodemographic and clinical characteristics (e.g., Brief Symptom Inventory, Beck Depression Inventory, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), etc.) were investigated as predictors of premature dropout. **Results:** 93 patients (52%) completed psychotherapy, while 85 patients (48%) terminated prematurely (45 patients terminated within, 40 patients after probatory sessions). In comparison, the dropouts were older than the completers ( $M = 35.33$  vs.  $M = 29.08$  years,  $p = 0.001$ ), more dropouts were working (64 vs. 45%,  $p = 0.014$ ), they showed more comorbidities (55 vs. 34%,  $p = 0.005$ ), their overall symptom severity was higher (Global Severity Index:  $M = 1.25$  vs.  $1.01$ ,  $p = 0.007$ ), and they consumed more alcohol (AUDIT:  $M = 10.49$  vs.  $M = 5.01$ ,  $p \leq 0.001$ ) at the start of therapy. The level of alcohol consumption at entry significantly predicted premature psychotherapy dropout ( $b = 0.11$ ,  $p = 0.001$ ). Risky alcohol use was associated with premature dropout within probatory sessions ( $p = 0.005$ ). **Conclusions:** Risky drinking behavior is associated with premature psychotherapy dropout and should be assessed and addressed early in psychotherapy.

© 2018 S. Karger GmbH, Freiburg

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)

URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-2-o21vp7qyhna99>

## Theoretischer Hintergrund

Laut aktuell verfügbaren Meta-Analysen betragen die Therapieabbruchraten in der ambulanten Psychotherapie 30–60% [Swift und Greenberg, 2012; Wierzbicki und Pekarik, 1993]. Es bestehen jedoch international unterschiedliche Auffassungen darüber, ab wann eine Therapie als vorzeitig beendet gilt bzw. ab wann eine Therapie als begonnen gewertet werden kann [Wierzbicki und Pekarik, 1993]. Diese Definitionslücke spiegelt sich in den heterogenen Ergebnissen zu Therapieabbrüchen wider. Im deutschsprachigen Raum wurde vorgeschlagen, eine Therapie erst dann als begonnen zu werten, wenn die probatorische Phase, die zur Einleitung der Therapie dient, durchlaufen wurde und darüber hinaus 1 bis 3 therapeutische Sitzungen stattgefunden haben [Hiller et al., 2011]. Mit dieser Definition ergaben sich Therapieabbruchraten von 15–20% in Studien, die an deutschen Hochschulambulanzen durchgeführt wurden [Cinkaya et al., 2011; Jacobi et al., 2011]. Durch eine derartige Definition wird jedoch nur eine Teilstichprobe der Patienten untersucht, und Abbruchraten werden verzerrt dargestellt. Zur Ermittlung von Risikofaktoren, die zu einem vorzeitigen Therapieabbruch oder Nichtzustandekommen einer Therapie nach Kontaktaufnahme führen, erscheint diese Definition daher nicht ausreichend [Pekarik, 1985]. Gerade zur Weiterentwicklung von Behandlungsmaßnahmen ist es wichtig, von Beginn an die Einflüsse zu ermitteln, die zu einer vorzeitigen Beendigung von Therapien führen.

Bezüglich der Prädiktoren und zugrundeliegenden Einflussmechanismen, die mit Therapieabbrüchen assoziiert sind, gibt es bisher nur wenige und unterschiedliche Ergebnisse. Häufig werden soziodemografische (z.B. Bildungsstatus) und klinische Merkmale (z.B. Diagnose) und die damit verbundenen Auswirkungen auf den Erfolg einer Therapie untersucht. In diesen Untersuchungen hingegen ein geringer Bildungsstand, eine stärker ausgeprägte Psychopathologie, das Vorliegen komorbider Diagnosen sowie bestimmte Störungsbilder (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) häufig mit Therapieabbrüchen zusammen [Cinkaya et al., 2011; Jacobi et al., 2011; Wierzbicki und Pekarik, 1993]. Bis heute wurde der Einfluss komorbiden Alkoholkonsums auf den Therapieverlauf in der ambulanten Psychotherapie vernachlässigt und nicht ausreichend untersucht. Dies verwundert, da seit vielen Jahre bekannt ist, dass psychische Störungen – insbesondere Angststörungen, aber auch Depression – häufig mit komorbidem Alkoholkonsum einhergehen [Grant et al., 2004; Regier et al., 1990]. Ein gemeinsames Auftreten von Alkoholabhängigkeit und komorbider Angst bzw. Depression scheint sich negativ auf den Behandlungserfolg im ambulanten Therapiesetting auszuwirken [Burns et al., 2005]. Bisher existieren jedoch nur wenige Untersuchungen und gemischte Befunde in Bezug auf die Auswirkungen komorbiden riskanten Trinkverhaltens auf den Therapieerfolg bzw. -misserfolg im ambulanten Rahmen [Arndt et al., 2011; Haynes et al., 2008]. Ebenso existieren nur wenige Studien, die bei der Erfassung von Risikofaktoren für therapeutischen Misserfolg und Therapieabbrüche Alkoholmissbrauch als möglichen Prädiktor miteinbezogen haben [Fenger et al., 2011; Jensen et al., 2014]. Zwar konnte in diesen Studien gezeigt werden, dass Alkoholmissbrauch mit Therapieabbrüchen zusammenhängt,

jedoch handelt es sich um Untersuchungen im ambulanten Gruppensetting in Dänemark, sodass die Ergebnisse nur bedingt mit den Abläufen einer ambulant durchgeführten Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem zu vergleichen sind.

Aufgrund der unzureichenden Studienlage, was das vorzeitige Beenden einer ambulanten Psychotherapie und die damit verbundenen Risikofaktoren betrifft, ging es in der vorliegenden Untersuchung an einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz um die folgenden Fragen:

- 1) Wie häufig kommen Therapieabbrüche im gesamten Therapieverlauf vor?
- 2) Welche Variablen präzisieren das vorzeitige Beenden einer Therapie, und hängt insbesondere riskanter Alkoholkonsum mit dem vorzeitigen Beenden einer Therapie zusammen?

Um die bisher publizierten Erkenntnisse ergänzen zu können, wurden in unsere Untersuchung alle Patienten miteinbezogen, die nach dem Aufklärungsgespräch mindestens 1 weitere (probatorische) Sitzung wahrgenommen hatten.

## Methode

### Setting

Die Daten wurden von 2012 bis 2016 an der Hochschulambulanz für Forschung und Lehre der Universität Konstanz erhoben. In der Hochschulambulanz werden kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapien durchgeführt, die durch die Krankenkassen finanziert werden. Alle Therapeuten sind Diplom- bzw. Master-Psychologen mit fortgeschrittener bzw. abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung in Verhaltenstherapie. Regelmäßige und engmaschige Supervisions- bzw. Interventionsitzungen statt. Im Rahmen des Erstgesprächs erfolgt eine Aufklärung über das Therapieprozedere und die anonyme Verwendung der Patientendaten. Die Diagnosestellung erfolgt auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kaptitel V (F) [Dilling und World Health Organization, 1993]) sowie anhand einer routinemäßig bei allen Patienten innerhalb der ersten 5 probatorischen Sitzungen erhobenen Fragebogendiagnostik mit störungsspezifischen Selbstbericht-Instrumenten. Die in der Studie verwendeten Messinstrumente der Fragebogendiagnostik sind im Folgenden dargestellt.

### Erhebungsinstrumente

Während des Erstgesprächs wird das *Brief-Symptom-Inventar* (BSI [Franke, 2000]) von allen Patienten beantwortet. Das BSI besteht aus 53 Items, die die psychischen Symptome der vergangenen 7 Tage erfassen. Darüber hinaus beinhaltet das BSI folgende 9 Subskalen: «Somatisierung», «Zwangsverhalten», «Sensibilität», «Depression», «Angst», «Feindlichkeit», «Phobische Angst», «Paranoies Erleben» und «Psychotizismus». Zur Erfassung der generellen psychischen Gesundheit lässt sich ein globaler Index berechnen (Global Severity Index; GSI). GSI-Werte über 0,56 weisen auf eine pathologische psychische Belastung hin [Hiller et al., 2011].

Das *Beck-Depressions-Inventar II* (BDI-II [Hautzinger et al., 2009]), erfasst im Rahmen der probatorischen Sitzungen, ist ein Selbstbericht-Fragebogen, der insgesamt 21 Items zur Depressionsschwere beinhaltet. Die Items werden zu einem Summenscore aufaddiert. Werte zwischen 14–19 zeigen eine leichte depressive Symptomatik an, Werte zwischen 20–28 eine mittelgradige depressive Symptomatik und Werte über 29 eine schwere depressive Symptomatik.

Das *Beck-Angst-Inventar* (BAI [Margraf und Ehlers, 2007]), ebenfalls erhoben in den probatorischen Sitzungen, besteht aus 21 Items zur Erfassung der Schwere der Angstsymptomatik. Dabei beziehen sich die Items auf die Ausprägung der physiologischen, somatischen und kognitiven Ängste während der vergangenen Woche. Die Werte werden zu einem Summenscore aufaddiert. Werte zwischen 0–9 weisen auf eine leichte, Werte zwischen 10–18 auf eine mild-mo-

**Tab. 1.** Stichprobenbeschreibung und soziodemografische und klinische Merkmale in Bezug auf Therapieabschluss und -abbruch (N = 178)

	Gesamtstichprobe	Completer	Dropouts	Signifikanzlevel
Alter, Jahre	M = 32,06	M = 29,08; SE = 1,15	M = 35,33; SE = 1,62	t(890) = -3,19; p = 0,001
Geschlecht männlich, % (n)	42	42 (39)	42 (36)	$\chi^2 = 0,003$ , = 0,004; p = 0,955
Bestehende feste Partnerschaft, % (n)	23	22 (20)	25 (21)	$\chi^2 = 0,26$ , = 0,038; p = 0,612
Vorhandenes Abitur, % (n)	77	81 (75)	73 (62)	$\chi^2 = 1,49$ , = -0,091; p = 0,223
Vorhandene Beschäftigung, % (n)	54	45 (42)	64 (54)	$\chi^2 = 6,03$ , = 0,184; p = 0,014
Vorhandene komorbide Diagnosen, % (n)	44	34 (32)	55 (47)	$\chi^2 = 7,85$ , = 0,210; p = 0,005
Frühere psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung, % (n)	53	48 (45)	59 (50)	$\chi^2 = 1,94$ , = 0,104; p = 0,163
BSI_GSI	M = 1,12	M = 1,01; SE = 0,06	M = 1,25; SE = 0,07	t(13 228) = -2,70; p = 0,007
BDI-II	M = 19,82	M = 17,84; SE = 1,03	M = 21,98; SE = 1,37	t(281) = -2,42; p = 0,016
BAI	M = 18,72	M = 16,76; SE = 1,23	M = 20,87; SE = 1,81	t(145) = -2,12; p = 0,036
AUDIT	M = 7,63	M = 5,01; SE = 0,54	M = 10,49; SE = 1,10	t(163) = -4,50; p ≤ 0,001

Alle <sup>2</sup>-Tests: df = 1.  
M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SE = Standardfehler; BSI\_GSI = Global Severity Index des Brief-Symptom-Inventars; BDI-II = Beck-Depressions-Inventar II; BAI = Beck-Angst-Inventar; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test.

derate, Werte zwischen 19–29 auf eine moderat-schwere und Werte über 29 auf eine schwere Angstsymptomatik hin.

Der *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT [Babor et al., 2001]) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und erfasst die Menge des Alkoholkonsums, das Trinkverhalten und alkoholbezogene Probleme. Der AUDIT wurde im Rahmen der Fragebogendiagnostik während der probatorischen Sitzungen erfasst. Dieser Selbstbericht-Fragebogen besteht aus 10 Items. Die Werte werden zu einem Summenscore aufaddiert, der Punktwerte zwischen 0 und 40 annehmen kann. Werte  $\geq 8$  werden von der WHO als riskantes Trinkverhalten deklariert, es wird jedoch geraten, länderspezifische Cut-off-Werte zu verwenden. Studien aus Deutschland konnten zeigen, dass ein Cut-off-Wert von 5 zu empfehlen ist [Bischof et al., 2007].

#### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 281 Patienten im Zeitraum von 2012 bis 2016 ein Erstgespräch an der Hochschulambulanz in Anspruch genommen, die die Grundgesamtheit der Datenanalyse bildeten. Von diesen 281 Patienten wurden 103 Patienten aus folgenden Gründen von den Analysen zur Prädiktion von Therapieabbrüchen ausgeschlossen: 80 Patienten (29%) befanden sich in laufender Therapie, 18 Patienten (6%) brachen die Therapie aufgrund nichtqualitätsrelevanter Kriterien ab (z.B. Studienabschluss, Umzug) und bei 5 Patienten (2%) waren die Voraussetzungen für eine Psychotherapie an der Hochschulambulanz nicht gegeben. Somit verblieben 178 Patienten, die am Erstgespräch sowie mindestens 1 probatorischen Sitzung teilnahmen. Diese 178 Patienten wurden für die Datenanalyse in 2 Gruppen unterteilt: a) Completer (reguläre Beendigung der Psychotherapie) und b) Dropouts (vorzeitiger Abbruch, während oder nach der Probatorik).

Die zur Prädiktion von Therapieabbrüchen miteinbezogenen soziodemografischen Variablen (erhoben zum Zeitpunkt des Therapiebeginns) waren «Alter», «Geschlecht», «Beziehungsstatus» (feste Partnerschaft vs. keine feste Partnerschaft), «Schulbildung» (Abitur vs. kein Abitur) und «Beschäftigungsverhältnis» (vorhandene Beschäftigung vs. keine Beschäftigung). Die verwendeten klinischen Variablen waren das «Vorhandensein komorbider Diagnosen» (vor-

handen vs. nicht vorhanden), «frühere psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungen» (ja vs. nein) und «Symptomschwere» (GSI des BSI (BSI\_GSI); Summenscore BDI-II; Summenscore BAI; Summenscore AUDIT). 43% der Patienten wiesen als Hauptdiagnose eine Störung aus dem affektiven Bereich (ICD-10: F30) auf, 34% aus dem Bereich der Angststörungen (ICD-10: F40), 5% aus dem Bereich Sucht (ICD-10: F10) und 3% aus anderen Störungsspektren (ICD-10: F50–90). 58% aller Patienten wiesen ausschließlich 1 Diagnose, 30% 2 Diagnosen und 12% 3 Diagnosen auf. Eine Achse-II-Störung als Haupt-, Zweit-, und Drittdiagnose lag bei jeweils 3 Patienten vor. Hauptdiagnosen wurden nicht als Kriterium für Therapieabbrüche herangezogen und werden daher nur zur Darstellung der Patientencharakteristik berichtet. Da alle Patienten unabhängig von der Art des Störungsbilds in Hinblick auf die Prädiktoren von Therapieabbrüchen evaluiert werden sollten, wurden Patienten mit der Hauptdiagnose «Sucht» nicht von den Analysen ausgeschlossen. Insgesamt fehlten 16,19% der Werte der einbezogenen Variablen. Die Charakteristiken der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

#### Statistische Datenauswertung

Die Datenauswertung wurde mit SPSS (IBM SPSS Statistics für Macintosh, Version 23.0.) durchgeführt. Wir verwendeten bivariate Methoden, um Unterschiede bezüglich soziodemografischer (Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Bildungsniveau und Beschäftigungsverhältnis) und klinischer Variablen (komorbide Diagnosen, frühere psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung und bei Therapiebeginn bestehende psychische Belastung (BSI\_GSI), depressive Symptomatik (BDI-II), Angstsymptomatik (BAI) und das Alkoholkonsumverhalten (AUDIT)) zwischen den Gruppen der Completer und Dropouts zu ermitteln. Die Datenverteilung der beiden Gruppen wurde für die Variablen «Alter», «BSI\_GSI», «BDI-II», «BAI» und «AUDIT» sowie die Homogenität der Varianzen anhand des Levene-Tests überprüft. Bei kontinuierlichen Variablen wurden t-Tests mit Bootstrapping und bei dichotomen Variablen Chi<sup>2</sup>-Tests angewandt. Alle Variablen mit signifikanten Unterschieden zwischen Completern und Dropouts wurden in eine binäre logistische Regressionsanalyse aufgenommen, um Therapieabbrüche zu präzisieren. Da das BDI-II und BAI stark mit dem

BSI\_GSI korrelierten, wurde zur Reduktion von Multikollinearität lediglich der BSI\_GSI als Maß für psychische Belastung in der Regressionsanalyse berücksichtigt. Weiterhin wurden die Haupteffekte für die Variablen «Alter», «Beschäftigung», «Kombidiagnosen», «Psychische Belastung» (BSI\_GSI) und «Alkoholkonsum» (AUDIT) berechnet und die Stärke des Zusammenhangs mit Odds Ratios erfasst. Wir verwendeten Chi<sup>2</sup>-Tests um den Einfluss des Alkoholkonsumverhaltens (risikoarmer Konsum: AUDIT < 5; riskanter Konsum: AUDIT ≥ 5) auf die Zeit des Therapieabbruchs (in der Probatorik und nach der Probatorik) zu bestimmen und die Bonferroni-Korrektur für Post-hoc-Testungen. Der  $\phi$ -Koeffizient wird berichtet, um die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Alkoholkonsumverhalten und der Zeit des Therapieabbruchs darzustellen.

Das Muster fehlender Werte aller Variablen wurde anhand des MCAR-Tests (MCAR = «missing completely at random» [Little, 1988]) auf Signifikanz geprüft und als «missing at random» befunden. Entsprechend der Empfehlung zur Auswertung von Alkoholkonsumdaten [Witkiewitz et al., 2015] wurde die Methode der multiplen Imputation für fehlende Werte gewählt. Fünf Datensätze wurden für die Imputation fehlender Werte generiert. Bei der Imputation wurde die Markov-Chain-Monte-Carlo-Simulationsmethode angewandt. Zusätzlich wurde geprüft, ob sich die Ergebnisse auch ohne Imputation fehlender Werte bestätigen ließen.

## Ergebnisse

### *Therapieabschlüsse und -abbrüche im Vergleich*

Insgesamt wurden 178 Patienten in die Datenanalyse eingeschlossen. 93 Patienten (52%) schlossen die Psychotherapie regulär ab (Completer), während 85 (48%) vorzeitig abbrechen (Dropouts). 45 Patienten (26%) brachen die Therapie während der Probatorik ab, 40 Patienten (22%) danach. In Tabelle 1 sind die Therapieabbruch- und -abschlussraten im Hinblick auf soziodemografische und störungsspezifische Merkmale dargestellt. In Bezug auf Geschlecht, Beziehungsstatus, Bildungsniveau und psychotherapeutische/psychiatrische Vorbehandlungen zeigten sich keine Unterschiede zwischen der Completer- und der Dropout-Gruppe. Patienten, die ihre Therapie vorzeitig abbrechen, waren bei Therapiebeginn signifikant älter ( $M = 35,33$  vs.  $M = 29,08$  Jahre;  $p = 0,001$ ), signifikant häufiger beschäftigt (64 vs. 45%;  $p = 0,014$ ), wiesen signifikant häufiger kombidiagnosen auf (55 vs. 34%;  $p = 0,005$ ), waren signifikant stärker psychisch belastet (GSI:  $M = 1,25$  vs.  $1,01$ ;  $p = 0,007$ ) und zeigten ein deutlich höheres Alkoholkonsumverhalten (AUDIT:  $M = 10,49$  vs.  $M = 5,01$ ;  $p \leq 0,001$ ).

Auch nach Ausschluss der 8 Patienten (5%) mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich «Sucht» (davon Completer:  $n = 1$ , Dropouts:  $n = 7$ ) unterschieden sich die Completer und Dropouts signifikant in Bezug auf ihr Alkoholkonsumverhalten (AUDIT:  $M = 7,18$  vs.  $M = 4,53$ ;  $p = 0,005$ ).

### *Vorhersagemodell für Therapieabbrüche*

Um zu überprüfen, welche Variablen Therapieabbrüche prädictieren, wurden die im bivariaten Vergleich zwischen Completern und Dropouts signifikant verschiedenen Variablen, d.h. «Alter», «Beschäftigung», «Kombidiagnosen», «Psychische Belastung» (BSI\_GSI) sowie «Alkoholkonsum» (AUDIT), in eine binär logistische Regressionsanalyse eingefügt. Der Alkoholkonsum bei Therapiebeginn stellte sich hierbei als stärkster signifikanter Prädiktor von Therapieabbrüchen heraus ( $b = 0,11$ ;  $p = 0,001$ ). Das Alter und

**Tab. 2.** Binäre logistische Regressionsanalyse zur Prädiktion von Therapieabbrüchen unter Einschluss der Variablen «Alter», «Kombidiagnosen», «BSI\_GSI» und «AUDIT» ( $N = 178$ )

	B (SE)	p	OR
Konstante	-2,92 (0,70)		
Alter	0,03 (0,01)	0,035	1,03
Beschäftigung	0,36 (0,44)	0,416	1,44
Kombidiagnosen	0,35 (0,38)	0,353	1,42
BSI_GSI	0,69 (0,31)	0,027	1,99
AUDIT	0,11 (0,03)	0,001	1,11

$R^2 = 0,30$  (Nagelkerke); Modell  $\chi^2(5) = 44,84$ .  
 B = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler des Regressionskoeffizienten;  
 p = Signifikanzniveau; OR = Odds Ratio =  $\text{Exp}(B)$ ; BSI\_GSI = Global Severity Index des Brief-Symptom-Inventars; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test.

die psychische Belastung bei Therapiebeginn (BSI\_GSI) konnten ebenfalls als signifikante Prädiktoren von Therapieabbrüchen ermittelt werden (Alter:  $b = 0,03$ ;  $p = 0,035$ ; BSI\_GSI:  $b = 0,69$ ;  $p = 0,027$ ). Das Modell klärte 30% der Varianz auf (Nagelkerkes  $R^2$ ). Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

### *Einfluss des Alkoholkonsumverhaltens auf die Zeit des Therapieabbruchs*

Um zu überprüfen, welchen Einfluss das Alkoholkonsumverhalten auf die Zeit des Dropouts hat, wurden alle Patienten hinsichtlich ihres Trinkstatus (risikoarmer Konsum: AUDIT < 5; riskanter Konsum: AUDIT ≥ 5) und der Zeit des Therapieabbruchs (in der Probatorik vs. nach der Probatorik) unterteilt. Die Therapie brachen insgesamt 45 Patienten (25%) in der Probatorikphase und 40 (22%) nach der Probatorikphase ab. Im Gesamtvergleich zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei den Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zwischen den 3 Gruppen ( $p = 0,006$ ). Im Post-hoc-Vergleich zwischen den einzelnen Gruppen wurde der Unterschied zwischen Completern und Abbrechern in der Probatorik signifikant ( $p = 0,005$ ); nach der Probatorik unterschieden sich Completer und Abbrecher tendenziell ( $p = 0,024$ ). Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt.

In der Analyse zur Prädiktion von Therapieabbrüchen konnte riskanter Alkoholkonsum bei Therapiebeginn auch ohne Imputation fehlender Werte als stärkster und alleiniger signifikanter Prädiktor ermittelt werden ( $N = 135$ ;  $R^2 = 0,22$  (Nagelkerke); Modell  $\chi^2(4) = 23,03$ ; AUDIT:  $b = 0,10$ ;  $p = 0,001$ ). Für die Analyse zum Einfluss des Alkoholkonsumverhaltens auf die Zeit des Therapieabbruchs lagen AUDIT-Werte zu 17 Patienten vor, die die Therapie in der Probatorik abgebrochen hatten, und zu 37 Patienten, bei denen der Therapieabbruch nach der Probatorik lag. Dabei zeigte sich ohne Imputation fehlender Werte im Gesamtvergleich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Patienten mit riskantem Alkoholkonsum zwischen den 3 Gruppen ( $p = 0,013$ ). Riskanter Alkoholkonsum war mit Therapieabbrüchen nach der Probatorik assoziiert ( $p = 0,016$ ) und unterschied sich tendenziell zwischen Completern und Abbrechern während der Probatorik ( $p = 0,028$ ).

**Tab. 3.** Einfluss des Alkoholkonsumverhaltens auf die Zeit des Dropouts (N = 178)

	Completer [1] (n = 93)	Dropouts in Probatorik [2] (n = 45)	Dropouts nach Probatorik [3] (n = 40)	
AUDIT < 5 (n = 89)	61% (n = 57)	36% (n = 16)	40% (n = 16)	$\chi^2 = 10,10$ , $df = 2$ , $\phi = 0,238$ , $p = 0,006$
AUDIT $\geq 5$ (n = 89)	39% (n = 36)	64% (n = 29)	60% (n = 24)	
				post-hoc (df 1) <sup>a</sup> :
				[1] versus [2]: $\chi^2 = 8,06$ , $p = 0,005$ ;
				[1] versus [3]: $\chi^2 = 5,12$ , $p = 0,024$ ;
				[2] versus [3]: $\chi^2 = 0,18$ , $p = 0,673$
<sup>a</sup> Bonferroni correction: $\alpha = 0,0167$ .				
AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test.				

## Diskussion

Die vorliegende Studie befasste sich mit der Frage, ob riskanter Alkoholkonsum und andere Prädiktoren vorzeitige Therapieabbrüche in einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz vorhersagen können. In Ergänzung zu früheren Publikationen zur Prädiktion von therapeutischem Misserfolg, die soziodemografische und klinische Variablen verwendeten, wurde in unserer Untersuchung komorbides Alkoholkonsumverhalten zu Therapiebeginn in der ambulanten Psychotherapie als Prädiktor miteinbezogen. Außerdem wurden alle qualitätsrelevanten Therapieabbrüche, auch die während der Probatorikphase, mit in die Analyse einbezogen. Riskanter Alkoholkonsum ist, wie auch in der Allgemeinbevölkerung, ein häufig auftretendes Phänomen unter ambulanten Psychotherapiepatienten [Arndt et al., 2011], wobei die Auswirkungen komorbiden Alkoholkonsums auf den Therapieverlauf und vor allem auch auf mögliche Zusammenhänge mit Therapieabbrüchen bisher nicht ausreichend untersucht wurden.

### Prävalenz von Therapieabbrüchen

Unsere Analysen zeigten, dass 52% der untersuchten Patienten ihre Therapie regulär beendeten (Completer) und 48% diese vorzeitig abbrechen (Dropouts), wobei bei 22% der Therapieabbruch nach dem Ende der Probatorik stattfand. Hier wird deutlich, dass die unterschiedlichen Definitionen und Auslegungen des Begriffs «Therapieabbruch» erhebliche Probleme beim Vergleich von Studienergebnissen verursachen [Swift und Greenberg, 2012]. Um therapeutischen Misserfolgen entgegenzuwirken und Behandlungsangebote zu individualisieren, sollten auch diejenigen Patienten mit in die Analysen einbezogen werden, die ihre Therapie schon frühzeitig abbrechen [Agras, 1987].

### Prädiktoren von Therapieabbrüchen

Um die Zugangsvoraussetzungen und den Erfolg einer Psychotherapie sicherzustellen, ist es von großer Bedeutung, sich mit möglichen Risikofaktoren und Hindernissen auseinanderzusetzen, die zu einem Scheitern der Therapie führen könnten. In unserem Gruppenvergleich bezüglich soziodemografischer und klinischer Unterschiede konnten 5 Variablen identifiziert werden, bei denen sich signifikante Unterschiede für Completer und Dropouts erga-

ben: Patienten, die ihre Therapie vorzeitig beendeten, waren bei Therapiebeginn älter, waren häufiger beschäftigt, hatten mehr komorbide Diagnosen, zeigten eine stärker ausgeprägte psychische Belastung (gemessen mit dem BSI) und wiesen ein riskanteres Alkoholkonsumverhalten auf. Nach Einschluss dieser 5 Variablen in das multivariate Modell zur Vorhersage von Therapieabbrüchen stellte sich riskantes Alkoholkonsumverhalten bei Therapiebeginn als stärkster signifikanter Prädiktor von Therapieabbrüchen heraus. Dieses Ergebnis überrascht, da in den bisher durchgeführten Studien zu therapeutischem Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie [Cinkaya et al., 2011; Nelson und Hiller, 2013] komorbider Alkoholkonsum als möglicher Einflussfaktor bezüglich Therapieabbrüchen vernachlässigt und der Fokus vorwiegend auf soziodemografische und weitere klinische Variablen gelegt wurde. Dieser Einfluss komorbiden riskanten Trinkverhaltens auf Therapieabbrüche konnte in der vorliegenden Untersuchung für Patienten nachgewiesen werden, die während der Probatorikphase die Therapie abbrachen; für Patienten, die nach der Probatorik abbrechen, zeigte sich dieser Effekt tendenziell. Es gibt zahlreiche Publikationen, die sich mit der Prävalenz des gemeinsamen Auftretens von Angst- und affektiven Störungen und Alkoholkonsumstörungen [Boschloo et al., 2011; Burns und Teesson, 2002] sowie den daraus resultierenden Folgen für den Störungsverlauf befassten [Bruce et al., 2005; Hasin et al., 1996]. Allerdings haben sich nur wenige Studien mit den Auswirkungen komorbiden Alkoholkonsums auf den Therapieverlauf bei Angst- und affektiven Störungen in der ambulanten Psychotherapie auseinandergesetzt. Als Beispiel hierfür ist die von uns bereits zitierte Studie von Arndt et al. [2011] zu nennen, in der riskanter Alkoholkonsum einen negativen Einfluss auf das Therapieergebnis bei depressiven Männern hatte; hierbei zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Hinblick auf Therapieabbrüche zwischen risikoarmen und riskanten Trinkern.

Gerade zur Weiterentwicklung und Optimierung von Behandlungsmethoden drängt sich die Frage auf, warum gerade die Patienten, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, ihre Therapie vorzeitig beenden. Zukünftige Studien sollten Mechanismen für solche Abbrüche ermitteln. Denkbar wären verschiedene Mechanismen, beispielsweise, dass Alkoholkonsum zu Schwierigkeiten führt, Termine wahrzunehmen [Lindenmeyer, 2013]. Möglicherweise ist Alkoholkonsum mit höherer Symptombelastung kor-

reliert, die nachgewiesenermaßen zu mehr Therapieabbrüchen führt [Odenwald und Semrau, 2012], was auch durch unsere Studie empirisch unterstützt wird (GSI höher bei Dropouts). Möglicherweise löst aber auch ein zu frühes Ansprechen des Alkoholkonsums in der Probatorik und Therapie großen Widerstand aus, sodass Patienten gegenüber der Therapie eine Ambivalenz entwickeln [Horak und Soyka, 2004; Moggi und Donati, 2004]. Genauso wäre es möglich, dass eine Nichtbeachtung des riskanten Konsums dazu führt, dass Patienten nicht optimal behandelt werden [Arndt et al., 2011; Hintz und Mann, 2006].

Unseres Wissens existieren keine Studien, die den Einfluss riskanten Alkoholkonsums auf Therapieabbrüche im deutschsprachigen ambulanten Gesundheitssystem untersucht haben. Diese Tatsache mag möglicherweise dem Umstand geschuldet sein, dass der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen erst seit 2011 durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie zu den Indikationen für eine ambulante Psychotherapie zählen. Bis dahin standen Patienten mit riskantem Alkoholkonsum in der ambulanten Psychotherapie oft keine Therapieplätze zur Verfügung. Unser Ergebnis zeigt, wie wichtig die Erfassung riskanten Trinkverhaltens von Beginn an in einer Psychotherapie ist, weil dieses einen weitreichenden Einfluss auf den Verlauf einer Therapie nehmen kann. Aufgrund dieser Erfahrungen screenen wir in unserer Hochschulambulanz nun standardmäßig nach riskantem Alkoholkonsum und bieten motivierende Kurzinterventionen an.

#### *Einschränkungen*

Die Daten der vorliegenden Studie wurden an einer spezifischen Stichprobe von Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz gewonnen, die vergleichsweise jung waren und ein relativ hohes Bildungsniveau aufwiesen. Ferner sind unsere Ergebnisse nicht direkt mit anderen bereits publizierten Studien zu therapeutischem Misserfolg vergleichbar, da hier das Phänomen des vorzeitigen Therapieabbruchs unterschiedlich operationalisiert wurde. Bezüglich der Stichprobenselektion haben wir uns an der von Hiller et al. [2011] vorgeschlagenen Unterscheidung zwischen qualitätsrelevanten und nichtqualitätsrelevanten Abbrechern orientiert. Allerdings sind wir davon abgewichen, erst von einer begonnenen Therapie auszugehen, wenn 5 probatorische Sitzungen und mindestens 1–3 Therapiesitzungen durchgeführt wurden, wie dies von Cinkaya et al. [2011] und Hiller et al. [2011] vorgeschlagen wurde. Stattdessen haben wir eine Therapie bereits als begonnen definiert, sobald das Erstgespräch und mindestens 1 weitere probatorische Sitzung stattgefunden hatten. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um auch diejenigen Faktoren zu ermitteln, die zu Beginn der Therapie Einfluss auf den Verlauf bzw. auf ein eventuell vorzeitiges Beenden der Therapie haben und diese Faktoren zukünftig besser adressieren zu können. Zur besseren Vergleichbarkeit wäre es wünschenswert, wenn repräsentative Patientenstichproben und eine einheitliche Definition von Therapieabbrüchen verwendet würden.

In unser Modell zur Vorhersage von Therapieabbrüchen wurden sowohl soziodemografische als auch klinische Variablen einbezogen. Eine vollständige Erfassung von Achse-II-Störungen konnte

jedoch nicht sichergestellt werden, da im deutschen Therapiesystem die Diagnosestellung bereits zu Beginn der Therapie erfolgt. Bis zu diesem Zeitpunkt können Persönlichkeitsstörungen häufig nicht vollständig erfasst und diagnostiziert werden. Wir haben in der vorliegenden Stichprobe ausschließlich die Hauptdiagnosen bei Therapiebeginn erfasst, sodass wir nicht ausschließen können, dass sich vorhandene Persönlichkeitsvariablen auf Therapieabbrüche auswirken. Nichtsdestotrotz sollten in zukünftigen Untersuchungen Persönlichkeitsvariablen miteinbezogen werden, da diese in der Vergangenheit als Risikofaktoren für Therapieabbrüche identifiziert werden konnten [Swift und Greenberg, 2012]. Ebenfalls scheinen therapeutenbezogene Variablen wie Erfahrung und die therapeutische Beziehung eine Rolle in der Vorhersage von Therapieabbrüchen zu spielen [Sharf et al., 2010; Swift und Greenberg, 2012]. Jedoch haben wir Therapeutenvariablen wie Alter, Geschlecht, Erfahrung und Spezialisierung nicht in die Analyse eingeschlossen.

Patienten mit der Hauptdiagnose «Sucht» wurden in unsere Untersuchung miteingeschlossen, da alle Patienten unabhängig von der Art des Störungsbilds in Hinblick auf die Prädiktoren von Therapieabbrüchen evaluiert werden sollten. Um einen Einfluss der Suchtpatienten auszuschließen, wurde die Analyse zur Prädiktion von Therapieabbrüchen ebenfalls unter Ausschluss der Suchtpatienten durchgeführt. Auch nach Ausschluss der Patienten mit der Hauptdiagnose «Sucht» erwies sich riskantes Alkoholkonsumverhalten als signifikanter Prädiktor von vorzeitigem Therapieabbruch.

Darüber hinaus bleibt in unserer Untersuchung unklar, ob riskanter komorbider Alkoholkonsum von den Therapeuten der Hochschulambulanz gleich zu Beginn der Therapie thematisiert oder überhaupt nicht angesprochen wurde. Klein et al. [2003] beschrieben beispielsweise, dass es insbesondere zu Beginn der Therapie wichtig ist, Erwartungen und Ziele zwischen Patient und Therapeut zu klären, um eine therapeutische Allianz aufbauen zu können. Gerade in Bezug auf komorbides Alkoholkonsumverhalten könnte es sein, dass unterschiedliche Vorstellungen zwischen Patient und Therapeut darüber existieren, inwiefern komorbider Alkoholkonsum als Problemverhalten gesehen und in die Therapie miteinbezogen werden sollte. Diese Tatsache könnte sich dann wiederum auf den weiteren Verlauf der Therapie auswirken und zu einer vorzeitigen Beendigung der Therapie führen.

#### **Fazit**

In der vorliegenden Untersuchung konnten Hinweise gefunden werden, dass die Abbruchraten in der ambulanten Psychotherapie in allen Phasen hoch sind und dass riskanter Alkoholkonsum einen starken Prädiktor für Therapieabbrüche darstellt. Riskanter Alkoholkonsum scheint eine wichtige Rolle im weiteren Verlauf einer Psychotherapie zu spielen, und basierend auf dem heutigen Kenntnisstand sollte er daher von Beginn der Therapie an erfasst und thematisiert werden. In zukünftigen Studien sollte untersucht werden, ob alkoholbezogene Interventionen zu Beginn der Probatorik, z.B. motivierende Kurzinterventionen [O'Donnell et al., 2013], Therapieabbrüche verhindern können.

## Disclosure Statement

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Agras WS: So where do we go from here? *Behav Ther* 1987; 18:203–217.
- Arndt A, Andor T, Rist F: Riskanter Alkoholkonsum bei Patienten in ambulanter Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:235–245.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG: AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, ed 2. Geneva, World Health Organization, 2001.
- Bischof G, Reinhardt S, Grothues J, Meyer C, John U, Rumpf H-J: Development and evaluation of a screening instrument for alcohol-use disorders and at-risk drinking: the Brief Alcohol Screening Instrument for Medical Care (BASIC). *J Stud Alcohol Drugs* 2007;68:607–614.
- Boschloo L, Vogelzang N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman ATF, Penninx BWJH: Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2011;131:233–242.
- Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, Shea M, Keller MB: Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1179–1187.
- Burns L, Teesson M: Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2002;68:299–307.
- Burns L, Teesson M, O'Neill K: The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction* 2005;100:787–796.
- Cinkaya F, Schindler A, Hiller W: Wenn Therapien vorzeitig scheitern. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:224–234.
- Dilling H, World Health Organization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien, ed 2. Bern, Huber, 1993.
- Fenger M, Mortensen EL, Poulsen S, Lau M: No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry* 2011;65:183–191.
- Franke GH: Brief Symptom Inventory von LR Derogatis: BSI Psychotherapy Research (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version. Göttingen, Beltz, 2000.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K: Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders – results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:807–816.
- Hasin DS, Tsai WY, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Keller M: Five-year course of major depression: effects of comorbid alcoholism. *J Affect Disord* 1996;41:63–70.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C, Beck AT: Beck Depressions-Inventar: BDI II. Frankfurt/M., Pearson Assessment, 2009.
- Haynes JC, Farrell M, Singleton N, Meltzer H, Araya R, Lewis G, Wiles NJ: Alcohol consumption as a risk factor for non-recovery from common mental disorder: results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 2008;38:451–455.
- Hiller W, Schindler A, Andor T, Rist F: Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanz im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:22–32.
- Hintz T, Mann K: Co-occurring disorders: policy and practice in Germany. *Am J Addict* 2006;15:261–267.
- Horak M, Soyka M: Motivationale Psychotherapie in der ambulanten Entgiftung. *Psychotherapie* 2004;9:106–110.
- Jacobi F, Uhmans S, Hoyer J: Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:246–256.
- Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M: Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nord J Psychiatry* 2014;68:594–604.
- Klein EB, Stone WN, Hicks MW, Pritchard IL: Understanding dropouts. *J Ment Health Couns* 2003;25:89–100.
- Lindenmeyer J: Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen – Mit Online-Material. Berlin, Springer, 2013.
- Little RJ: A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *J Am Stat Assoc* 1988; 83:1198–1202.
- Margraf J, Ehlers A: Das Beck-Angstinventar (BAI). Frankfurt, Springer, 2007.
- Moggi F, Donati R: Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen, Hogrefe, 2004.
- Nelson NE, Hiller W: Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie: Daten aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz (Negative treatment outcome in outpatient psychotherapy: data from a CBT university outpatient clinic). *Z Klin Psychol Psychother* 2013;42:217–229.
- O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E: The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2013;49:66–78.
- Odenwald M, Semrau P: Reducing dropout among traumatized alcohol patients in detoxification treatment: a pilot intervention study. *Eur Addict Res* 2012;18:54–63.
- Pekarik G: The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychother Theor Res Pract Train* 1985;22:86.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug-abuse – results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511–2518.
- Sharf J, Primavera LH, Diener MJ: Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)* 2010;47:637–645.
- Swift JK, Greenberg RP: Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:547–559.
- Wierzbicki M, Pekarik G: A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Psychotherapy (Chic)* 1993;24:190–195.
- Witkiewitz K, Finney JW, Harris AH, Kivlahan DR, Kranzler HR: Recommendations for the design and analysis of treatment trials for alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2015;39:1557–1570.