

Verhaltenstherapeutische Überlegungen zur Motivierungsarbeit bei Alkoholabhängigen

Clemens Veltrup, Anke Schnofl, Jutta Weber, Martin Driessen und Ulrich John

EINLEITUNG

Von den schätzungsweise 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen in Deutschland nehmen nach Wienberg (1992) jährlich ca. 0,8 % eine stationäre Entwöhnungstherapie in Anspruch, etwa 4,7 % suchen in diesem Zeitraum Fachberatungsstellen auf. Motivierungsarbeit ist nicht nur eine wichtige Aufgabe des suchtspezifischen Unterstützungssystems, sondern muß auch in der medizinischen Primärversorgung (bei den niedergelassenen Ärzten sowie im Allgemeinkrankenhaus) und darüber hinaus z. B. am Arbeitsplatz stattfinden. Verschiedene Einflußgrößen verhindern bzw. erschweren effektive Motivierungsarbeit. Zu den motivationshemmenden Bedingungen gehören Vorurteile gegenüber den Abhängigen, Interaktionsprobleme zwischen Betroffenen und ihren professionellen Helfern (Reimer 1988) sowie motivationale Defizite bei den Suchtbehandlern (Schwoon 1988), außerdem Kostenträgerentscheidungen wie die zeitliche Begrenzung der stationären Entzugsbehandlung auf maximal 21 Tage. Auch wird Motivierungsarbeit häufig nur eingeeengt mit dem Ziel durchgeführt, Behandlungsmotivation zu überprüfen.

SUCHT ALS MOTIVATIONALE BEEINTRÄCHTIGUNG

Unter Motivation versteht man handlungsvorbereitende und handlungsstiftende Kognitionen, insbesondere Handlungswünsche (Heckhausen & Kuhl 1985; Pekrun 1988). Motivationale Vorgänge werden durch situative Bedingungen, Persönlichkeitsdispositionen und durch aktuelle interne Auslöseprozesse wie Kognitionen, Wahrnehmungen, Gefühle und physiologische Prozesse beeinflußt (Pekrun 1990 a). Motivation ist sowohl Anreiz („man wird von etwas angezogen“) als auch Antrieb („man wird von etwas getrieben“) (Herkner 1983). Man unterscheidet auch zwischen der deklarativen Motivation, die sich bewußt vollzieht, und der prozeduralen Motivation, die

nicht-bewußte, im Gedächtnis gespeicherte Verhaltensprogramme, also automatisierte Routinehandlungen, aktiviert (Pekrun 1990 b). Deklarative und prozedurale Motivation steuern auch das Trinkverhalten.

Ob jemand erhöht Alkohol trinkt, wird durch konstitutionelle Faktoren, durch soziokulturelle Einflüsse (z. B. Trinkregeln und -normen des sozialen Umfeldes), durch die Trinkanreize, durch die antizipierten Befriedigungen (z. B. Alkoholwirkungserwartungen) und durch die erfahrenen Funktionswerte des Verhaltens (z. B. kompetenteres Verhalten und Selbstwertsteigerung) determiniert (Cox & Klinger 1988; Schneider 1985). Auch die konditionierten Alkoholreaktionen und die beobachteten Vorteile durch den Alkoholkonsum wie soziale Anerkennung oder das Erleben von Entspannung, sind wichtige, das Trinkverhalten aufrechterhaltende Bedingungen. Bei Abhängigen ist auch die Vermeidung von vegetativen Entzugserscheinungen ein wichtiger motivationaler Grund für den Weitergebrauch von Suchtmitteln.

Damit eine Veränderung des Alkoholkonsums in Erwägung gezogen wird, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (Schneider 1985): Ein kritisches Ereignis (z. B. der Verlust des Arbeitsplatzes oder ein Gelegenheitsanfall im Entzug) muß mit dem problematischen Trinkverhalten in Verbindung gebracht werden. Es müssen wichtige Wertebereiche durch den Alkoholgenuß beeinträchtigt werden. Die Verantwortung für das eigene Verhalten muß durch den Betroffenen anerkannt werden. Der Alkoholiker muß sich vorstellen können, daß er die notwendigen Änderungen seines Verhaltens auch erreichen kann (positive Selbstwirksamkeitserwartungen). Solange die Risiken des Alkoholkonsums wegen mangelnder Selbsteinschätzung und -beobachtung nicht wahrgenommen werden und attraktive Verhaltensalternativen fehlen, wird das problematische Trinken aufrechterhalten.

Während für neue Verhaltensweisen der deklarative Motivationsprozeß von großer Wichtigkeit ist, spielt für alltägliches Routineverhalten die prozedurale (irreflektive) Motivation die entscheidende Rolle. Alltagsverhalten wird über Prozesse habitualisierter rascher und irreflektiver Absichtsbildung direkt aktiviert. In kritischen Situationen kann die irreflektive Motivation die reflektive Absichtsbildung in hohem Maße beeinträchtigen und so Verhaltensweisen auslösen, die ursprünglich nicht beabsichtigt waren. Manche Rückfälle bei Abhängigen sind möglicherweise über diesen plötzlichen Motivationswechselmechanismus verstehbar.

VERLAUFSMODELLE DER VERHALTENSÄNDERUNG

Das Verlaufmodell der Abhängigkeit von Jellinek (1952) unterscheidet drei Phasen: die Prodromalphase, die kritische Phase und die chronische Phase. Er erfolgt ein linearer sozialer, psychischer und körperlicher „Abstieg“. Dieses Modell hat die therapeutische Arbeit mit Abhängigen stark beeinflusst. Es impliziert, daß erst an dem „absoluten Tiefpunkt“ eine Veränderung erfolgen kann, die dann mit (semi-)professioneller Hilfe wiederum linear zunehmend den Prozeß der Restitution und Rehabilitation einleitet. Die Motivation zu einer Veränderung ergibt sich quasi automatisch am absoluten Tiefpunkt. Relative Tiefpunkte, die einen Ausstieg aus dem Abhängigkeitsprozeß möglich erscheinen lassen, werden vernachlässigt.

Das von Davidson (1991) dargestellte Modell der Veränderung von Einstellungen und Verhaltensintentionen bei Alkoholabhängigen, in Anlehnung an Prochaska und DiClemente (1983), ermöglicht die Entwicklung von primär- und sekundär-präventiven Interventionsstrategien zur Veränderung des Trinkverhaltens. Das Modell beschreibt einen zirkulären Prozeß, der mit der Vorahnungsphase beginnt. In diesem Zeitabschnitt nimmt der Alkoholmißbraucher die Hinweise und kritischen Anmerkungen aus seiner sozialen Umgebung über seinen erhöhten Alkoholkonsum nicht besonders ernst. Der Alkoholkonsum wird bagatellisiert. Manche Betroffene beginnen wegen der zunehmenden Kritik heimlich zu trinken oder stellen das Trinken für einige Wochen ein, um sich, den Familienmitgliedern oder den Arbeitskollegen zu beweisen, daß keine Alkoholproblematik vorliegt. In der Einsichtsphase wird der problematische Suchtmittelkonsum auch vom Betroffenen als bedrohlich erfahren. Er denkt an Verhaltensänderungen, reagiert aber weiter sehr abwehrend auf die Vorhaltungen anderer wegen des Alkoholtrinkens.

In der Handlungsphase bemüht sich der Abhängige um den Rat und die Hilfe von Experten. Er nimmt niedrigschwellige Beratungsangebote wahr, spricht beispielsweise mit seinem Hausarzt oder besucht „aus Neugier“ eine Selbsthilfegruppe. In der Aufrechterhaltungsphase bemüht sich der Betroffene darum, abstinent zu leben. Dazu nimmt er suchtspezifische Hilfsangebote in Anspruch oder vertraut auf die Unterstützung durch sein soziales Netzwerk. Die Rückfallphase ist durch den erneuten Konsum von Suchtmitteln gekennzeichnet. Ein Übergang in die Vorahnungsphase ist möglich: „Ich trinke doch lange nicht mehr so viel wie früher, Alkoholiker bin ich doch jetzt nicht mehr.“

DIMENSIONEN DER MOTIVIERUNGSARBEIT

Amodeo & Liftik (1990) beschreiben drei Aspekte der Abwehr bei Alkoholkranken, nämlich erstens den Widerstand gegen die Diagnose der Abhängigkeit und die Notwendigkeit der Abstinenz, zweitens die Ablehnung der Behandlung und drittens die Verweigerung einer umfassenden Genesung durch Ausblenden der wesentlichen körperlichen und sozialen Folgeschäden des Alkoholkonsums. In der Motivierungsarbeit müssen alle Abwehraspekte berücksichtigt werden. Entsprechend den Überlegungen von Brenk-Schulte (1987) werden drei, voneinander relativ unabhängige Dimensionen der Motivierung unterschieden, nämlich die Abstinenzmotivation, die Behandlungsmotivation und die Motivation zur Veränderung belasteter Lebensbereiche.

Unter der Motivation zur Veränderung der Lebensgestaltung wird die Bereitschaft gefaßt, sich die belasteten Lebensfelder (Partnerschaft und Familie, Arbeitssituation, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung) anzuschauen und notwendige Veränderungen vorzunehmen. Dabei ist es unerheblich, ob und in welchem Ausmaß die Lebensbeeinträchtigungen durch den Alkoholkonsum verursacht worden sind. Von Bedeutung ist allerdings, daß eine wirkliche stabile Veränderung in aller Regel nur dann möglich ist, wenn auch der Alkoholkonsum geändert wird. Behandlungsmotivation meint die Bereitschaft, ein Unterstützungsangebot in Anspruch zu nehmen, welches sich für Alkoholabhängige bewährt hat. Dabei ist die initiale Behandlungsmotivation relativ unabhängig von der Durchhaltungsmotivation. Die hohen Abbruchquoten (bis zu 20 %) aus den stationären Entwöhnungseinrichtungen mögen dafür ein Beleg sein. Untersuchungen von Brenk-Schulte und Pfeiffer (1987) zeigen, daß ein hoher Leidensdruck mit der Bereitschaft, an einer Therapie teilzunehmen, stark korreliert. Die Studien von Lemere, O'Hollaren und Maxwell (1958) sowie Krampen (1989) weisen übereinstimmend nach, daß die Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit sowie die Angst vor kognitiven Leistungsbeeinträchtigungen die wesentlichen Gründe für eine Therapieteilnahme darstellen.

Abstinenzmotivation meint die Bereitschaft, den Alkoholkonsum vollständig aufzugeben. Trotz der heftig geführten Kontroverse um die Möglichkeit eines moderaten Trinkens bei Alkoholikern wird die Einhaltung von Abstinenz als einzige Zielalternative allgemein anerkannt (Watzl 1991). Im Rahmen der Motivierungsarbeit werden Einstellungen, Normen und Argumente im Entscheidungsprozeß für und gegen die Abstinenz zu einem zentralen Gegenstand der Beratung

(John 1989). Auch ohne die Inanspruchnahme von formeller Hilfe gelingt es einigen Betroffenen abstinent zu leben (Vaillant 1982; Sobell & Sobell 1992).

DIAGNOSTIK

Für eine effektive verhaltenstherapeutische Motivationsarbeit ist eine umfassende Diagnostik wichtig. Diese Diagnostik umfaßt nach John et al. (1992) folgende Dimensionen: die Diagnose der Kernmerkmale des Abhängigkeitssyndroms (körperliche und psychische Abhängigkeitssymptome, Toleranzveränderungen), die Diagnose der Sekundärmerkmale der Abhängigkeit (psychiatrische und soziale Konsequenzen), die Diagnose der Abwehr sowie die Diagnose des bisherigen Abhängigkeitsverlaufs.

Zur Screening-Diagnostik und damit zur Einleitung von Motivierungsarbeit hat sich der CAGE (Ewing 1984) bewährt, der folgende vier Fragen umfaßt:

1. Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, daß Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
2. Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?
3. Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?
4. Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?

Schon die Bejahung einer einzigen Frage sollte ein Beratungsgespräch zur Folge haben.

Für die Anfangsphase der Motivierungsarbeit ist der von Schneider (1992) vorgelegte verhaltensdiagnostische Leitfaden zur Selbstreflexion sehr hilfreich. Er umfaßt Fragen zu bisherigen Änderungserfahrungen, zu Selbstregulationskompetenzen und hilft bei der Entwicklung, Konkretisierung und Realisierung von Veränderungszielen.

Auch Fragebögen wie z. B. das Trierer Alkoholismusinventar (Funke, Funke, Klein & Scheller 1987) können als Grundlage für ein Motivationsgespräch eingesetzt werden.

THERAPEUTISCHE GRUNDREGELN

Für eine erfolgreiche Motivierungsarbeit empfehlen wir die Beachtung und Einhaltung folgender sieben Beratungsregeln:

1. Für jedes Motivierungsgespräch ist die Schaffung eines konstruktiven Arbeitsbündnisses von großer Bedeutung. Dieses wird durch eine vertrauensvolle Atmosphäre, die durch Empathie, präzises einfühlen- des Verstehen und nichtwertende Akzeptanz charakterisiert ist, auf- gebaut. Für den Patienten ist es wichtig, daß der Berater glaubwürdig wirkt, dazu gehört auch, daß er über relevantes Fachwissen verfügt. Das Erleben eines übermächtigen Gesprächspartners führt nur zu kurzfristigen Einstellungsänderungen.
2. Die Förderung des meist beeinträchtigten Selbstwertgefühls, resul- tierend aus Erfahrungen der Unfähigkeit zur Selbststeuerung, ist für einen einstellungsändernden Prozeß bedeutsam. Sozialpsychologi- sche Erkenntnisse zeigen, daß bei Personen mit niedrigem oder nega- tivem Selbstwert eine hohe Nachentscheidungsdissonanz auftritt, was bedeutet, daß diese Menschen zunächst einer Empfehlung zustim- men, sie nach dem Gespräch jedoch wieder verwerfen.
3. Defensivstrategien (Abwehrmechanismen) sollten als Ausdruck von Schutz gegenüber einer als bedrohlich erlebten Realität (John 1990) bzw. als Ausdruck von Angst verstanden und akzeptiert wer- den (Kielstein 1990). Verleugnungs- und Bagatellisierungstendenzen können durch eine vertrauensvolle Beziehung abgebaut werden (Ed- wards 1986). Durch die Erhöhung von kognitiver Dissonanz werden die Möglichkeiten inadäquater Dissonanzreduktion immer geringer. Damit nimmt auch die Änderungsresistenz zentraler Kognitionen ab.
4. Die Erarbeitung einer Problemdefinition beinhaltet eine supportive Diagnosestellung. Der Betroffene wird mit der alkoholischen Realität konfrontiert, wobei ihm die Entscheidung überlassen bleibt, sich selbst als abhängig zu sehen oder nicht. Zu bedrohliche Informationen und angstauslösende Mitteilungen erschweren eine Einstellungsänderung.
5. Mit der supportiven Diagnosestellung ist die Förderung der Selbst- verantwortlichkeit verbunden. Es soll erreicht werden, daß der Abhän- gige sich mit seiner eigenen Genesung verbündet, dementsprechend auch konkrete Veränderungsziele benennt.
6. Eine Entscheidung darüber, für welchen Klienten welche thera- peutische Maßnahme sinnvoll ist, läßt sich bislang empirisch kaum begründen. Entscheidend für die Darstellung von Behandlungsvor- schlägen ist, daß man eine zu starke Freiheitsbedrohung des Klienten vermeidet. Dennoch ist der Expertenratschlag im Motivationsprozeß notwendig. Unverbindlich zu bleiben heißt, eine Veränderungschan- ce beim Betroffenen auszulassen.
7. Die Kontinuität der Hilfe sollte angeboten werden, auch wenn der Betroffene sich aktuell nicht zur Inanspruchnahme formeller Hilfe entscheiden kann.

Bei der Planung von Interventionsmaßnahmen ist die Stufenleiter von Schwoon (1992) zu berücksichtigen. Bevor das Therapieziel der Aufrechterhaltung längerer Abstinenzphasen angestrebt wird, sind zunächst jene Maßnahmen abzuschließen, die ein gesundes Überleben des Betroffenen sichern.

EINZELTHERAPEUTISCHE MOTIVIERUNGSTECHNIKEN

Die Techniken und Strategien der Motivierungsarbeit ergeben sich aufgrund der Veränderungsphase und der entsprechend relevanten Motivationsdimension.

In der Vorahnungsphase steht weniger die Besprechung der Alkoholproblematik als vielmehr das Gespräch über beeinträchtigte Lebensbereiche und über Gesundheitsverhalten im Vordergrund. Tober (1991) empfiehlt als schadensbegrenzende Intervention die Arbeit mit den nicht-betroffenen Ehepartnern und Kindern. Cox, Klinger und Blount (1991) entwickelten eine Beratungsstrategie, welche die Bedeutung und Funktion des Alkoholkonsums für den Betroffenen in den Mittelpunkt rückt. Es werden Anreize gesucht, die zu einem attraktiveren Lebensstil führen können und zu einer Erhöhung des Selbstwertgefühls beitragen. Der Klient erkennt, daß sein problematischer Alkoholkonsum die Erreichung einiger wesentlicher Veränderungsziele behindert oder unmöglich macht. Dabei können auch Selbsthilfe-Manuale zur Überwindung der Abhängigkeit sehr hilfreich sein.

Als minimale therapeutische Interventionen gelten Kurzberatungen, z. B. durch Hausärzte oder durch Behandler in Allgemeinkrankenhäusern (Chick, Lloyd & Crombie 1985; Heather 1989; Wallace, Cutler & Haines 1988). Hier steht die Aufklärung über die Schwere der Alkoholproblematik im Vordergrund.

Bei dem Drinker's Check-up (Miller, Sovereign & Krege 1987) handelt es sich um eine minimale Intervention für Betroffene in der Einsichtsphase. Über die lokale Presse werden Menschen eingeladen, die ihren Alkoholkonsum als problematisch erleben. Im Rahmen eines zweistündigen Untersuchungstermins wird das Trinkverhalten über ein strukturiertes Interview erfaßt, ein Bluttest durchgeführt, um die alkoholrelevanten Laborwerte bestimmen zu können, es wird eine neuropsychologische Untersuchung vorgenommen und abschließend ein Angehörigengespräch angeboten, außerdem wird ein Nachuntersuchungstermin verabredet.

Für die medizinische Grundversorgung haben Rollnick, Heather und Bell (1992) für Betroffene in der Einsichtsphase ein verhaltensthera-

peutisches Kurzprogramm entwickelt. Es werden zunächst Streßfaktoren besprochen, die sich negativ auf das Gesundheitsverhalten auswirken. An einem typischen Tagesablauf werden gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen analysiert, und der Patient wird aufgefordert, die guten und schlechten Aspekte der aktuellen Lebenssituation zu beschreiben, um Veränderungsziele zu entwickeln. Der Proband wird umfassend über die Gefahren des überhöhten Alkoholkonsums informiert, und es werden die positiven oder negativen Funktionen des Alkoholkonsums bei der Erreichung seiner Ziele diskutiert. Es werden Hilfen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen ein geändertes Trinkverhalten gegeben.

In der Handlungsphase geht es bezüglich der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche um den Ausbau sozialer Kompetenz und die Entwicklung von Problemlösungsstrategien. Als suchtspezifische Intervention ist in dieser Phase die Rückfallprävention zu nennen. Hierfür liegen Anregungen von Marlatt und Gordon (1985) vor. Zu den globalen Selbst-Kontroll-Strategien der Rückfallprophylaxe gehören die Entwicklung eines balancierten Lebensstils (positive Süchte wie z. B. Jogging) und Stimulus-Kontroll-Techniken. Zu den spezifisch rückfallverhütenden Interventionsstrategien rechnet Marlatt Rollenspielübungen für den Umgang mit rückfallgefährdenden Situationen, Streß-Management, Rückfallverträge und kognitive Umstrukturierungen. In der therapeutischen Arbeit sollten individuelle Risikosituationen analysiert und bearbeitet werden. Mit den Betroffenen werden eine Vielzahl von Verhaltensalternativen (Coping-Strategien) entwickelt, die eine Entscheidung für den Substanzgebrauch unmöglich machen oder zumindest erschweren.

MOTIVIERUNGSARBEIT IN GRUPPEN

Die dargestellten Techniken und Strategien sind überwiegend für die Einzelarbeit entwickelt. Die Behandlung in Gruppen ist aber nicht nur aus behandlungsökonomischen Gründen von großer Bedeutung. Die Gruppe fördert den Prozeß der Reduktion von Krankheitsabwehr, sie dient als diagnostisches Instrument, um z. B. Verhaltensauffälligkeiten in der Beziehungsgestaltung zu analysieren, ist wichtiger Verstärker für Verhaltensänderungen und bietet ein vorbereitendes Übungsfeld (Velleman 1992). Man kann unter geschlossenen Gruppenbedingungen arbeiten, was unter dem Gesichtspunkt von Kohäsionsbildung, Entwicklung von Offenheit und Vertrauen sowie kooperativer Arbeitshaltung sinnvoll ist, aber auch die Arbeit in halboffe-

nen Gruppen ist möglich (Schwoon, Veltrup & Gehlen 1989). Ein weiterer wichtiger Vorteil der Gruppenbehandlung besteht darin, daß die Gruppenmitglieder sich in verschiedenen Änderungsphasen befinden. So bieten Patienten der Handlungsphase sich als Modell für Menschen an, die eher der Vorahnungsphase zugerechnet werden. Das ganze Spektrum motivationaler Techniken kann genutzt werden.

Ein ambulantes verhaltenstherapeutisches Motivationsgruppenkonzept ist von Benk-Schulte, Pfeiffer und Feuerlein (1992) entwickelt worden. In acht jeweils zweistündigen Sitzungen werden Einstellungen zum Alkohol und zur Behandlungsnotwendigkeit der Alkoholproblematik bearbeitet. Es handelt sich um ein strukturiertes Programm, welches für Klienten in der Einsichts- bzw. Handlungsphase gut geeignet ist.

Erfahrungen mit der stationären Motivierungsarbeit im Rahmen einer erweiterten Entzugsbehandlung liegen aus Lübeck vor (Veltrup 1993). Es handelt sich um ein Programm, welches wohnortnah, niedrigschwellig und individuenzentriert eine adäquate Unterstützung von Alkoholkranken gewährleisten soll. Nach Abklingen der größeren vegetativen Entzugssymptomatik nehmen die Patienten an der Motivierungsbehandlung teil. Dieser sogenannte Entzug II findet unter geschlossenen Gruppenbedingungen als dreiwöchige Maßnahme statt. Es nehmen jeweils zwischen acht bis zehn Patienten teil. Die wesentlichen Behandlungselemente sind: Gruppentherapie, autogenes Training, Informationsgruppen zu Konsequenzen der Abhängigkeit, Rollenspielgruppen zur Rezidivprophylaxe, Besuch von Selbsthilfegruppen, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie. Es zeigen sich deutliche Vorteile dieses Programms im Vergleich zu den üblichen Entzugsbehandlungen (Veltrup & Driessen 1993).

FAZIT

Es liegen fundierte verhaltenstherapeutische Überlegungen zur Motivierungsarbeit bei Alkoholabhängigen vor. Ziel dieser Interventionen ist die aktive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit. Die Effektivität der durchgeführten Techniken ist bislang noch nicht ausreichend untersucht.

Motivierungsarbeit kann ambulant, stationär, als Einzelarbeit und auch in Gruppen durchgeführt werden. Die Übernahme der anfallenden Kosten durch Kranken- oder Rentenversicherungsträger ist bislang ungeklärt.

Das vorhandene suchtspezifische Unterstützungssystem kann nur

einen Teil der Alkoholiker adäquat versorgen. Die bessere Kenntnis motivationaler Techniken bei Abhängigen und die entsprechende Anwendung durch niedergelassene Mediziner und Mitarbeiter in psychosozialen Einrichtungen könnte dazu beitragen, daß Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik sich erheblich früher für Abstinenz entscheiden und notwendige Hilfen durch Selbsthilfeorganisationen, Fachberatungstellen und Fachkliniken für Abhängige in Anspruch nehmen.

LITERATUR

- Amodeo, M. & Liftik, J. (1990). Working through denial in alcoholism. *Families in Societies: The Journal of Contemporary Human Services*, 131–135.
- Brenk-Schulte, E. (1987). Therapiemotivation unter besonderer Berücksichtigung der Alkoholismustherapie. Eine Analyse der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur. In: E. Brenk-Schulte & W. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus* (S. 1–57). München
- Brenk-Schulte, E. & Pfeiffer, W. (1987). Therapiemotivation in der Kontaktphase der Therapie des Alkoholismus. Empirische Untersuchung der ersten Motivierungsgespräche bei fünf ausgewählten Therapieeinrichtungen. In: E. Brenk-Schulte & W. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus* (S. 85–186). München
- Brenk-Schulte, E., Feuerlein, W. & Pfeiffer, W. (1992). Motivierungsarbeit in der Kontaktphase der Alkoholtherapie. In: S. Tasseit (Hrsg.), *Ambulante Suchttherapie: Möglichkeiten und Grenzen* (S. 27–61). Geesthacht
- Chick, J., Lloyd, G. & Crombie, E. (1985). Counselling problem drinkers in medical wards. *British Medical Journal*, 290, 965–967.
- Cox, W. M. & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168–180.
- Cox, W. M., Klinger, E. & Blount, J. P. (1991). Alcohol use and goal hierarchies: Systematic motivational counselling for alcoholics. In: W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior* (pp. 261–271). London
- Davidson, S. (1991). Facilitating change in problem drinkers. In: S. Davidson, S. Rollnick & I. MacEwan (Eds.), *Counselling Problem Drinkers* (pp. 3–20). London
- Edwards, G. (1986). Arbeit mit Alkoholkranken. Ein praktischer Leitfaden für die helfenden Berufe. Weinheim
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Göttingen
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addiction*, 84, 357–370

- Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to actions. The dead ends and short cuts on the long way to action. In: M. Frese & J. Sabini (Eds.), *Goal-directed behavior: The concept of action in psychology* (pp. 134–159). Hillsdale
- Herkner, W. (1983). *Einführung in die Sozialpsychologie*. Stuttgart
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673–684
- John, U. (1989). Kognitive Bedingungen des Wandels zur Abstinenz bei Alkoholabhängigen. In: H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), *Rückfall und Rückfallprophylaxe* (S. 104–111). Berlin
- John, U. (1990). Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung. In: D. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 61–68). Stuttgart
- John, U., Veltrup, C., Schnofl, A., Bunge, S., Wetterling, T. & Dilling, H. (1992). Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhängigkeit aufgrund von Selbstaussagen: die Lübecker Alkoholabhängigkeitsskala (LAS). *Sucht*, 38, 291–303
- Kielstein, V. (1990). *Alkoholismus-Folgen, Schäden, Lösungswege*. Berlin
- Krampen, G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors*, 14, 197–200
- Lemere, F., O'Hollaren, P. & Maxwell, M. A. (1958). Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 19, 428–431
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention*. New York
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. & Krege, B. (1987). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The drinkers' check-up as a preventative intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268
- Pekrun, R. (1988). *Emotion, Motivation und Persönlichkeit*. München
- Pekrun, R. (1990 a). Motivation: Klassifikation und Diagnostik. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie, Band 1* (S. 111–113). Bern
- Pekrun, R. (1990 b). Motivation: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie, Band 1* (S. 235–247). Bern
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. L. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395
- Reimer, C. (1988). Zur Analyse von Affekten gegenüber Sucht- und Suizidpatienten. In: F. Pfäfflin, H. Appelt, M. Krausz & M. Mohr (Hrsg.), *Der Mensch in der Psychiatrie* (S. 279–288). Berlin
- Rollnick, S., Heather, N. & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25–37
- Schneider, R. (1985). Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.), *Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag* (S. 48–65). Hamm

- Schneider, R. (1992). Diagnostik in der Verhaltenstherapie. In: A. Fett (Hrsg.), Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (S. 37–65). Freiburg
- Schwoon, D. R. (1988). Die Motivation zur Alkoholismustherapie. In: F. Pfäfflin, H. Appelt, M. Krausz & M. Mohr (Hrsg.), Der Mensch in der Psychiatrie (S. 289–297). Berlin
- Schwoon, D. R. (1992). Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: G. Wienberg (Hrsg.), Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen (S. 170–182). Bonn
- Schwoon, D. R., Veltrup, C. & Gehlen, A. (1989). Ein mehrstufiges Behandlungsprogramm für Alkoholranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiatrische Praxis, 16, 161–170
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1992). Natural Recovery from Alcohol Problems. Secondary Prevention and Treatment Implications. (Poster auf dem 2. Internationalen Kongreß für Verhaltensmedizin, 15.–18. 7. 1992, Hamburg)
- Tober, G. (1991). Helping the pre-contemplator. In: S. Davidson, S. Rollnick & I. MacEwan (Eds.), Counselling Problem Drinkers (pp. 21–38). London
- Velleman, R. (1992). Counselling for Alcohol Problems. London
- Veltrup, C. (1993). Neues Konzept zur Behandlung Alkoholabhängiger: Stationäre Motivierungstherapie. Therapiewoche, 24, 1424–1425
- Veltrup, C. & Driessen, M. (1993). Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Sucht, 39, 168–172
- Wallace, P., Cutler, S. & Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal, 297, 663–668
- Watzl, H. (1991). Überlegungen zur Verhaltenstherapie der Alkoholabhängigkeit. Vorurteile, Probleme, Lösungsversuche. Verhaltenstherapie, 1, 301–306
- Wienberg, G. (1992). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik. Ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: G. Wienberg (Hrsg.), Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen (S. 12–60). Bonn