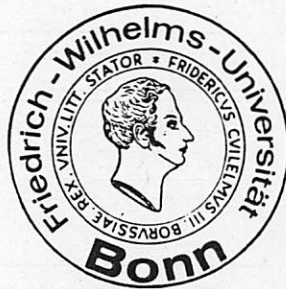


# **BERICHTE**

**aus dem  
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT  
der  
UNIVERSITÄT BONN**

**Band 17 (1991) Heft 1**



**Der Rückfall des Alkoholabhängigen:  
Versagen der Therapie oder Bestandteil  
erfolgreicher Behandlung?**

**Joachim Funke**

## **Inhalt**

Zusammenfassung .....	1
Einführung.....	2
Rückfall: Definition, Häufigkeit und Erscheinungsformen.....	4
Probleme der Erfolgskontrolle .....	5
Empirische Befunde .....	6
Auslösende Bedingungen .....	8
Einflüsse der professionellen Behandlung.....	8
Einflüsse der Persönlichkeit.....	9
Einflüsse äußerer Bedingungen .....	11
Möglichkeiten der Prophylaxe.....	13
Rückfallprävention .....	13
Möglichkeiten kontrollierten Trinkens .....	14
Schlußbemerkungen .....	15
Literatur.....	17

## **Zusammenfassung**

Ausgehend von einem hohen Bedarf nach Behandlungsangeboten für Menschen mit Alkoholproblemen wird nach einführenden Bemerkungen über die Klassifikation von Alkoholismus das Phänomen "Rückfall" näher betrachtet. Verschiedene Begriffsbestimmungen eines Rückfalls werden dargestellt und leiten über zur Frage nach methodischen Problemen katamnestischer Untersuchungen. Ausgewählte empirische Befunde von Erfolgskontrollen dokumentieren, daß Erfolg im Sinne totaler Abstinenz selten die 50%-Marke überschreitet, Rückfälle also eher die Regel als die Ausnahme darstellen. Eine Analyse von Randbedingungen des Rückfallgeschehens zeigt: Hinsichtlich des Faktors professionelle Behandlung steht lediglich fest, daß professionelle Therapie besser zu sein scheint als keine Behandlung und daß bei ungünstiger Prognose eher längere Behandlungen sinnvoll sind. Hinsichtlich der Rolle von Persönlichkeitsmerkmalen muß man von einigen Einflüssen ausgehen, ohne daß jedoch eine "Rückfälliger-Persönlichkeit" identifizierbar wäre. Kognitive Funktionen stellen eine interessante Variablen­gruppe dar. Hinsichtlich äußerer Bedingungen gibt es bedeutsame Effekte kritischer Lebensereignisse, des sozialen Status und des Vorhandenseins von Arbeit. Eine Analyse verschiedener Präventionsansätze zur Vermeidung von Rückfällen macht deutlich, daß dem Therapieziel kontrollierten Trinkens mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muß. Im Sinne differentieller Behandlung sollte die Variabilität des Therapieziels wie auch die der Therapiebausteine genutzt werden, um die bislang noch unbefriedigenden Erfolgsraten zu erhöhen und Rückfälle von der ihnen eigenen Dramatik zu befreien. Erst durch die Anerkennung der Normalität von Rückfällen werden diese in ihrer Bedeutung und Wirkung entschärft.

## **Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Versagen der Therapie oder Bestandteil erfolgreicher Behandlung?<sup>1</sup>**

### **Einführung**

Das Trinken von Alkohol in den verschiedensten Zubereitungsformen ist in unserem Kulturbereich nicht nur eine kulinarische Bereicherung, es ist zugleich eine legalisierte Form psychischer Zustandsveränderung. Leider zeigt die Erfahrung, daß es einer beachtlichen Zahl von Menschen nicht gelingt, mit dieser Droge so kontrolliert umzugehen, wie es uns die Werbung in manchmal schönen Bildern vorspiegelt. Im Jahre 1990 sind in Nordrhein-Westfalen nach einer Mitteilung des Innenministeriums allein 1000 Personen in direkter Folge einer Alkoholvergiftung gestorben, viele weitere Tausend an den indirekten Folgen des Alkoholabusus.

In der BRD werden im Mittel täglich etwa 30g reiner Alkohol pro Kopf der erwachsenen Bevölkerung konsumiert. Dieser Mittelwert zeigt nicht an, daß es eine Reihe von Personen gibt, deren Tageskonsum weit oberhalb dieses Mittels liegt. Über kurz oder lang ruinieren solche Personen nicht nur ihren Organismus, sondern zerstören Partnerschaften, verlieren Arbeitsplätze und ähnliches mehr.

Woher weiß man, daß jemand Alkoholprobleme hat? Für den Arzt reicht in Blick in sein Manual für psychische Störungen, das von der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie herausgegeben und kurz DSM genannt wird. Dieses Manual hat sich als weltweit verwendetes Regelwerk zur Klassifikation psychischer Störungen etabliert. Es wird in regelmäßigen Abständen überarbeitet.

Unter dem Stichwort "Alkoholmißbrauch" findet man also im DSM-III folgende drei Kriterien: 1. ein unangepaßtes Konsummuster mit gleichzeitiger Unfähigkeit, das Trinken zu reduzieren oder damit aufzuhören; 2. ein Nachlassen der sozialen oder

---

<sup>1</sup> Überarbeitetes Manuskript der Antrittsvorlesung, gehalten am 1.2.1991 vor der Philosophischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

beruflichen Anpassung, bedingt durch den Alkoholkonsum; 3. diese beiden Symptome müssen mindestens einen Monat lang vorgelegen haben.

Aus diesem noch harmlosen Mißbrauch wird Abhängigkeit und damit Alkoholismus, wenn zusätzlich zu den eben genannten drei Kriterien die Merkmale der Toleranzbildung und der Entzugssymptomatik auftreten. Toleranzbildung liegt vor, wenn z.B. bei regelmäßigem Trinken eine spürbar verminderte Wirkung derselben Menge eintritt. Dies führt zwangsläufig zu einer Dosissteigerung. Entzugssymptome zeigen die entstandene Abhängigkeit z.B. durch morgendliches Zittern und Übelkeit an, die durch Alkoholfuhr behoben werden müssen. Nach dem kürzlich revidierten DSM-III-R (vgl. American Psychiatric Association, 1989) ist die Palette der Abhängigkeitssymptome bei psychotropen Substanzen noch erweitert worden. So kommt etwa erschwerend der erhöhte Zeitbedarf hinzu, der benötigt wird zur Beschaffung der Substanz bzw. zur Erholung von ihren Auswirkungen. Auch fortgesetztes Trinken trotz konkreter Erfahrungen mit dessen schädlichen sozialen und beruflichen Konsequenzen verschärft die Bewertung des Einzelfalls.

Für die Behandlung des als Krankheit eingestuften "Alkoholismus" stehen zahlreiche Betten in den Suchtstationen der Landesnervenkliniken bzw. in einschlägigen Fachkliniken bereit, sodaß man mit dem Vorhandensein derartiger "Reparaturwerkstätten" das Problem "Alkoholismus" fast abhaken könnte. Nur fast, denn Tatsache ist, daß die längerfristigen Behandlungserfolge in der Therapie chronischer Alkoholabhängigkeit selbst bei günstigen Bedingungen selten die 50%-Marke zu übertreffen scheinen. Dies bedeutet: etwa jeder zweite behandelte Patient erreicht das klassische Erfolgskriterium der Abstinenz nicht, wird wieder rückfällig, entweder schon während oder aber bald nach der Behandlung. Mit anderen Worten: Der beste Weg zum Rückfall scheint über eine Therapie zu führen ...

Für Therapeuten ist der Rückfall eines Abhängigkeitskranken während der Behandlung oft Grund genug, die Therapie abubrechen. Rückfälle nach der Behandlung können die Bereitschaft des Kostenträgers mindern, erneut in eine Heilbehandlung zu investieren, muß man doch ausgehen von einem Kostenaufwand in der Größenordnung von 20.000,- DM pro langfristig und stationär behandelten Alkoholiker - ein nicht unerheblicher Betrag angesichts des mit 50% Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Mißerfolgs.

Zunächst schildere ich nach einer einführenden Begriffsklärung einige empirische Forschungsergebnisse über Häufigkeiten und Erscheinungsformen eines Rückfalls, auslösende Faktoren sowie Möglichkeiten der Prophylaxe. Dabei wird zu zeigen sein, daß gute Therapie einen Rückfall nicht verteuert, sondern den Umgang mit einem Rückfall vorbereiten hilft und so das zumeist negativ bewertete Ereignis geradezu umdefiniert zu einem Bestandteil erfolgreicher Behandlung. An die Stelle der Angst vor dem Rückfall - so die Konsequenz meiner Darstellung - wird zu setzen sein: das Akzeptieren seiner Möglichkeit und das Umgehen-Lernen mit ihm.

### **Rückfall: Definition, Häufigkeit und Erscheinungsformen**

Beginnen wir die Ausführungen über Häufigkeit und Erscheinungsformen des Rückfalls mit einer Begriffsbestimmung. Eine traditionelle Rückfalldefinition spricht von wiederauftretenden Krankheitsymptomen nach einer zuvor beobachteten Besserung. Bezogen auf die Krankheit "Alkoholismus" tritt nach gängiger Meinung ein Rückfall dann auf, wenn ein behandelter und damit "trockener" Alkoholiker nach einer Phase völliger Abstinenz eine beliebige Menge Alkohol zu sich nimmt. Nach einem engen Begriffsverständnis reicht hier bereits die in einer Weinbrandbohne enthaltene Menge. Nach einer liberaleren Fassung wird unterschieden zwischen einem Ausrutscher oder Fehltritt, dem "slip" bzw. "lapse", im Sinne von kurzzeitigem, vereinzeltem Alkoholkonsum, und einem Rückfall, dem "re-lapse", der ein Anhalten der Fehlschläge und den vollständigen Verlust der Kontrollmöglichkeiten anzeigt. Der schwere Rückfall läßt im Vergleich zum leichten die körperlichen Abhängigkeitssymptome wiederaufleben; hierzu zählen beispielhaft morgendliches Trinken, Zittern oder black-outs, also Amnesie für Ereignisse während der Intoxikation. Auch sonstige Beeinträchtigungen des täglichen Lebensvollzuges zählen dazu wie Versäumen von Mahlzeiten, Verkehrsunfälle oder Fernbleiben vom Arbeitsplatz (vgl. Körkel & Lauer 1988, p. 12).

Neben diesem "nassen" Rückfall gibt es aber auch einen "trockenen" Rückfall, der häufig als Vorläufer des eigentlichen Rückfalls angesehen wird (allerdings ohne empirische Belege). Dieser trockene Rückfall bedeutet für einen bislang erfolgreich behandelten, d.h. abstinent lebenden Alkoholiker einen Rückfall in frühere Denk-, Erlebens- und Verhaltensgewohnheiten, ohne daß dabei Alkohol konsumiert wird.

Der Begriff "Rückfall" setzt somit voraus, daß bei der als "Alkoholiker" klassifizierten Person zu einem gewissen Zeitpunkt - normalerweise durch professionelle therapeutische Bemühungen - ein Fortschritt bzw. eine Verbesserung stattgefunden hat. Diese positive Veränderung sollte angesichts der Möglichkeit von trockenen und nassen Rückfällen sowohl die körperliche Ebene betreffen, also geringeren Alkoholkonsum oder völligen Verzicht, als auch die persönliche Einstellung zum Trinkverhalten.

Abschließend bleibt zum Thema "Definition eines Rückfalls" noch festzuhalten, daß diese normative Entscheidung nur dann fair verwendet werden kann, wenn ein Patient das entsprechende Therapieziel wie z.B. die völlige Abstinenz für sich akzeptieren kann. Diese höchst problematische Voraussetzung greife ich später noch einmal auf.

### Probleme der Erfolgskontrolle

Wie steht es nun um die Auftretenshäufigkeit von (nassen) Rückfällen? Wie läßt sich deren Zahl überhaupt ermitteln? Das typische Instrument der Erfolgskontrolle therapeutischer Tätigkeit ist die katamnestische Nachuntersuchung. Dies bedeutet: in festgelegten Zeitabständen nach Abschluß der Behandlung werden Patienten nachuntersucht auf ihren gegenwärtigen Zustand. Nachuntersuchung heißt meistens: schriftliche Befragung über den Suchtmittelgebrauch nach Beendigung der Behandlung. Im Normalfall schickt man also den ehemaligen Patienten zu einem festgelegten Zeitpunkt nach Therapieabschluß einen Fragebogen und bittet darum, diesen ausgefüllt zurückzuschicken. Die erzielbare Rücklaufquote hängt ab unter anderem von solchen Äußerlichkeiten wie der Menge der gestellten Fragen, dem Zeitpunkt der Nachbefragung, der Verwendung portofreier Rückumschläge oder auch dem Einsatz von Erinnerungsschreiben an nicht antwortende Patienten. Wie man sich leicht vorstellen kann, sind auf diese Weise ermittelte Erfolgs- bzw. Rückfallquoten alles andere als zuverlässige Indikatoren des Therapieerfolgs. Scheller und Balkenhol konnten z.B. in einer Arbeit von 1986 Zweifel an der Glaubwürdigkeit von Selbstauskünften geltend machen. Daher werden gelegentlich für einen Teil der Befragten zusätzlich Angaben von Familienangehörigen eingeholt oder auch Daten der Versicherungsträger herangezogen (z.B. über zwischenzeitlich erfolgte weitere Behandlungen). Da normalerweise nicht alle angeschriebenen ehe-

maligen Patienten antworten, ist es gute Praxis, diese Fälle als Mißerfolge zu bewerten, um kein allzu geschöntes Bild allein dadurch zu erreichen, daß unter den eingehenden Rückantworten die erfolgreich Behandelten auch diejenigen sein werden, die ihren Erfolg bereitwillig mitteilen, wohingegen Rückfällige wohl eher zu denen gehören dürften, die sich trotz Erinnerungsschreiben nicht melden. Ebenfalls werden zwischenzeitlich verstorbene Patienten, über die keine weiteren Informationen vorliegen, als Mißerfolge bewertet. Diese "konservative" Strategie versucht zumindest grobe Fehler in der Erfolgsbewertung zu vermeiden.

Rieth (1977), Olbrich und Watzl (1978) sowie Watzl (1979) haben im deutschsprachigen Raum frühzeitig auf Probleme der Effektivitätsbeurteilung hingewiesen. Die doch zum Teil recht erheblichen Unterschiede im methodischen Vorgehen bei der Erfolgs- bzw. Rückfallbestimmung und die dadurch bedingte mangelnde Vergleichbarkeit verschiedener Studien haben die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie schließlich 1985 dazu veranlaßt, Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen vorzulegen. So wünschenswert eine derartige Standardisierung sein mag, so problematisch ist das dadurch erzielte Einfrieren der Methodik auf den 1985 gegebenen Forschungsstand. Diese und andere Kritikpunkte, wie sie bereits im selben Jahre von Funke und Krampen vorgetragen wurden, erklären wohl die Tatsache, daß bis heute nur wenige Untersuchungen diesem Kriterienkatalog gefolgt sind. - Nun zu einigen Resultaten solcher Katamnesen.

### Empirische Befunde

Funke und Klein befragten 1981 eine Gruppe von 312 stationär und langfristig behandelten Patienten der Eifeler Fachklinik für Alkoholabhängige "Thommener Höhe". Diese Patienten wurden als Zufallsstichprobe aus den Klinikakten dreier Jahrgänge gezogen. Neben der Selbstauskunft der Patienten konnten zusätzlich Informationen der ehemaligen Therapeuten herangezogen werden, die häufig auch noch nach Abschluß der Behandlung in Kontakt mit ihren Patienten bleiben. Gab es widersprüchliche Erfolgsangaben zwischen Selbst- und Fremdauskünften, wurde stets der ungünstigere Wert als Erfolgsmaß verwendet. Bei einem Rücklauf von 73% und unter Anlegung der eben beschriebenen konservativen Kriterien ergab sich eine summarische Erfolgsquote im Sinne dauerhafter Abstinenz von 44%, abstinent nach Rückfall lebten 14%, als dauernd rückfällig wurden 42% der Patienten.



ten bezeichnet. Bei 2/3 dieser rückfällig Gewordenen trat der Rückfall im ersten halben Jahr nach Therapieende auf.

In der ebenfalls von unserer "Trierer Forschungsgruppe Alkoholismus" durchgeführten Katamnese der Fachklinik Bad Tönisstein bei Andernach konnten Keller und Scheller (1981) insgesamt 1244 stationär und kurzzeitig behandelte Patienten schriftlich befragen. Als im Sinne des Kriteriums totaler Abstinenz erfolgreich behandelt kann hier nur eine Quote von gut 35% ermittelt werden, bei den verbleibenden 74% (!) der behandelten Patienten ist dagegen mindestens ein Rückfall aufgetreten bzw. kann ein solcher vermutet werden.

Eine ähnlich große Stichprobe von gut 1400 Patienten aus insgesamt 21 verschiedenen bundesrepublikanischen Kliniken lag der Vierjahreskatamnese von Kufner, Feuerlein und Huber (1988) zugrunde. Etwa 46% lebten im gesamten katamnestischen Zeitraum abstinent, bei 54% waren somit ein bzw. mehrere Rückfälle zu verzeichnen.

Scheller und Klein berichten 1986 über eine Einjahreskatamnese an 913 Patienten der bereits erwähnten Fachklinik "Thommener Höhe". Hier wurde ein globaler Erfolg für 60% der Befragten ermittelt. Allerdings stammen 5 dieser 60% von Personen mit genau einem Rückfall, die man eigentlich nicht zur Erfolgsgruppe rechnen dürfte. Rückfällig wurden somit 45% der behandelten Patienten innerhalb des ersten Jahres nach Therapieabschluß.

Über die Ergebnisse einer Fünfjahreskatamnese gibt die Arbeit von Scheller, Prinz und Hättich (1989) Auskunft: von 545 Patienten der Ausgangsstichprobe beantworteten 261 oder 47,9% der Angeschriebenen die Fragen zum gegenwärtigen Suchtmittelmißbrauch. Bei konservativer Bewertung muß man nach fünf Jahren bei 2/3 der langfristig behandelten Patienten einen Rückfall konstatieren.

Die Liste von Katamnesen mit ähnlichen Resultaten - Therapieerfolg in 30 bis 50% der Fälle, Mißerfolg komplementär in 50 bis 70% - ließe sich durch internationale Untersuchungen noch verlängern. Darauf will ich hier verzichten, da die Ergebnisse allesamt keine allzugroßen Abweichungen von der klassischen Drittels-Regel darstellen, wonach für ein Drittel der behandelten Patienten Erfolg, für ein weiteres Drittel Besserung und für das letzte Drittel Rückfall festzustellen sei. Da sich - z.B. in der Kufner-Studie - die Gruppe der "Gebesserten" jedoch darstellt als tendenzielle Wechslergruppe zum Rückfall, muß man nüchtern konstatieren, daß

Rückfälle im Zuge einer Alkoholismustherapie eher die Regel als die Ausnahme bilden. Daher lohnt es sich, genauer nach den Randbedingungen zu fragen, die einen Rückfall auslösen könnten.

## **Auslösende Bedingungen**

Auslösende Bedingungen für einen Rückfall wurden in der vorliegenden Literatur hinsichtlich dreier Bereiche untersucht: (1) Wie wirkt sich der Einfluß der professionellen Behandlung aus? Wie wichtig ist z.B. die Zeitdauer der Behandlung? (2) Welche Rolle spielen Persönlichkeitsmerkmale des Rückfälligen? Gibt es so etwas wie eine "Rückfälliger-Persönlichkeit"? (3) Welcher Anteil kommt äußeren Einflußfaktoren zu, z.B. der Aufforderung Dritter, doch endlich wieder mitzutrinken?

### Einflüsse der professionellen Behandlung

Bezüglich der *Bedeutung professioneller Behandlung* läßt sich feststellen: auch wenn viele Praktiker sehr hohe Rückfall-Raten erwarten bei bloß körperlicher Entgiftung, liegen diese nach Holland und Evanson (1984) "nur" bei 37% innerhalb eines Katamnesezeitraums von zwei Jahren. Folgt man Kufner et al. (1986), so sind nach anderthalb Jahren die Langzeit-Behandlungen von vier- bis sechsmonatiger Dauer mit 60% Erfolg den mittel- oder kurzfristigen Behandlungen mit etwa 50% Erfolg knapp überlegen. Auch bei vierjährigem Katamnesezeitraum bleibt die leichte Überlegenheit langfristiger Behandlungen gegenüber kurzfristigen, vier- bis sechswöchigen Behandlungen erhalten (vgl. Kufner et al., 1988). Ähnliche Effekte der Therapiedauer berichten Klein und Scheller (1986); dort wurden die Patienten aufgeteilt in sechs Klassen unterschiedlich langer Behandlungsdauer und jeweils die Abstinenzraten klassenweise bestimmt. Danach kommt es nach 12 bis 15 Wochen zu einem deutlichen Anstieg der Erfolgsquote. Die beiden genannten Autoren vermuten hier eine "sensible Periode". Allerdings hat Skarabis (1986) natürlich recht mit seiner Bemerkung, daß die Dauer einer Behandlung eine Omnibus-Variable darstellt, also verschiedenste, kaum voneinander trennbare Einflußgrößen umfaßt und daher in ihrer Aussagekraft beschränkt ist. - Stationäre Behandlung ist nach Miller und Hester (1986) im übrigen der ambulanten Behandlung nicht überlegen - ein Hinweis, der angesichts der traditionell gemeindefernen Versorgungs-

struktur Implikationen dergestalt enthält, daß das Wagnis gemeindenaher ambulanter Versorgung nicht nur aus Kostengründen stärker erprobt werden sollte.

Für diesen ersten Bereich von Einflußgrößen auf den Rückfall schließen wir uns somit der Beurteilung von Körkel und Lauer (1988) an: bislang dokumentieren keine schlüssigen Befunde die Überlegenheit der einen oder anderen Behandlungsform, wohl aber scheint professionelle Behandlung sinnvoller zu sein als gar keine Behandlung, und schließlich wären für bestimmte Patientengruppen längere Behandlungszeiten nützlich, insbesondere bei ungünstiger Prognose.

### Einflüsse der Persönlichkeit

Wie sieht es mit dem zweiten Bereich von Einflußgrößen aus, den *Persönlichkeitsmerkmalen* von Rückfälligen? Eine Sicht der Dinge wäre etwa, Rückfall als ein personales Dispositionsmerkmal anzusehen, das durch situative Aspekte lediglich ausgelöst wird. Entsprechend zahlreich sind Untersuchungen in diesem Bereich durchgeführt worden. Unabhängig vom methodischen Niveau der Arbeiten bleibt zu konstatieren: Persönlichkeitsmerkmale, erhoben mit standardisierten Fragebögen wie dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory, dem Maudsley Personality Inventory, dem Eysenck Personality Inventory oder dem Sixteen Personality Factor Questionnaire, zeigen keine Unterschiede zwischen Abstinenten und Rückfälligen. Allerdings sind derartige Unterschiede aufweisbar hinsichtlich alkoholbezogener Einstellungen, dem Vorkommen bestimmter Stimmungslagen sowie hinsichtlich Gedächtnisleistungen. Bei den Einstellungsunterschieden sind es vor allem die "Kontrollillusion" im Sinne eines Glaubens, nach dem ersten Glas kontrolliert weitertrinken zu können, wie auch ausgeprägte Irrationalismen (z.B. "Wer keinen Alkohol trinkt, ist eine Niete"), die den Rückfälligen kennzeichnen. Ebenfalls typisch sind depressive, dysphorische Stimmungen, von denen allerdings aus untersuchungstechnischen Gründen nicht gesagt werden kann, ob sie dem Rückfall tatsächlich vorangingen, ihn begleiten oder gar nur Folgeerscheinungen darstellen. - Ein Befund am Rande zu einem nicht gänzlich unwichtigen Persönlichkeitsmerkmal: Geschlechtsunterschiede bestehen insofern, als z.B. in der Vierjahreskaskamnese von Kufner et al. Frauen mit einer Rückfallquote von 59% um gut 8% schlechter abschneiden als Männer. Eine Erklärung hierzu kann ich Ihnen allerdings nicht anbieten.

Ein anderes für das Phänomen "Alkoholismus" wichtiges Konzept ist der "Kontrollverlust". Von daher mag interessieren, inwiefern es hinsichtlich des Persönlichkeitsmerkmals der Kontrollüberzeugung Unterschiede gibt, also hinsichtlich des Glaubens daran, sein Leben unter Kontrolle zu haben. Mit dem IPC von Krampen (1981) liegt ein Fragebogen vor, der internale Kontrollüberzeugungen, Kontrollzuschreibung an mächtige andere Personen bzw. an schicksalhafte Instanzen erfaßt. Mit diesem Instrument ließen sich in Untersuchungen von Wilma Funke (1990, vgl. S. 71) keine Unterschiede zwischen Abstinenter und Rückfälligen bzw. vermutet Rückfälligen feststellen. Demgegenüber kommen jedoch Krampen und Fischer (1988, p. 103) nach einer Durchsicht von 45 neueren Studien zu der Überzeugung, daß zum einen Alkoholabhängige im Vergleich zu Gesunden erhöhte Externalität aufweisen, zum anderen Rückfällige und Therapieabbrecher ihrerseits nochmals erhöhte Externalität im Vergleich zu erfolgreich behandelten Patienten aufweisen. Vor allem der fatalistischen Externalität komme hier differentialdiagnostische Bedeutung zu.

Für Allgemein-Psychologen sicher interessant: Die kognitive Funktionstüchtigkeit, wie sie etwa mit Testverfahren zur Merkfähigkeit erfaßt wurde, ist ein brauchbarer Rückfall-Indikator. Gregson und Taylor (1977) untersuchten 90 Alkoholiker nach einer dreimonatigen stationären Behandlung hinsichtlich kurz- und mittelfristiger Gedächtnisleistungen. Sechs Monate später ergab sich für die Gruppe mit stark ausgeprägten Gedächtnisdefiziten eine Rückfallrate von 87%, bei mittleren Beeinträchtigungen von 70% und bei geringen Defiziten von lediglich 37% (vgl. Hasselhorn & Hager, 1988, p. 138). Eine Folgeuntersuchung von Abbott und Gregson (1981) bestätigte diesen Befund: Danach sind unter den Rückfälligen bevorzugt Patienten mit eingeschränktem Kurzzeitgedächtnis für visuell-räumliches Material, ein Hinweis auf die Bedeutung spezifischer kognitiver Dysfunktionen im Sinne relevanter Risikofaktoren. Die Untersuchung von Sussman et al. (1986) schließlich demonstriert, daß schon eine einfache verbale Gedächtnisaufgabe - die Reproduktionsleistung beim Behalten einer Liste von 20 Produkten - in Verbindung mit Information über den Besuch von Nachsorgeeinrichtungen 24% der Rückfallvarianz aufklärt. Leider fehlt bislang eine Einbettung dieser Resultate in umfassendere theoretische Erklärungsansätze.

Die besondere Bedeutung kognitiver Variablen könnte darin bestehen, daß die im Rahmen therapeutischer Interventionen notwendigen Informationsaufnahme- und -verarbeitungsprozesse tangiert werden könnten. Kann ein Patient z.B. die ihm mit-

geteilten Fakten über Alkohol und Alkoholismus nicht behalten und tief verarbeiten, sind alle therapeutischen Bemühungen zum Scheitern verurteilt. Allerdings liegen über diese Gruppe von Persönlichkeitsmerkmalen noch insgesamt zu wenig Informationen vor, um gesicherte Angaben über Wirkzusammenhänge machen zu können.

Insgesamt läßt sich für den Bereich der Persönlichkeitsmerkmale festhalten: die typische "Rückfälliger-Persönlichkeit" ist trotz intensiver Suche bislang nicht gefunden worden. Allerdings weist das Vorkommen dysphorischer Stimmungen auf einen auch für die Prävention wichtigen Personenfaktor hin, der zusammen mit fatalistischen Kontrollüberzeugungen und verringerten kognitiven Funktionen eher ungünstige Prognosen zuläßt.

#### Einflüsse äußerer Bedingungen

Schließlich bleibt die Frage nach dem dritten Bereich von Einflußgrößen zu beantworten: nach den *äußeren Bedingungen*, die einen Rückfall auslösen oder fördern könnten. Hier liegen in der Tat eine Reihe von interessanten Befunden vor, mit denen es sich näher zu beschäftigen lohnt. So konnte etwa Rosenberg (1983) zeigen, daß Rückfällige zwar nicht ein Mehr an sog. kritischen Lebensereignissen erfahren (Verlust eines Partners, Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Geburt eines Kindes), dafür aber insgesamt mit schwierigeren Ereignissen konfrontiert werden. Die reine Anzahl kritischer Lebensereignisse ist also verglichen mit qualitativen Aspekten von untergeordneter Bedeutung. Daß die Qualität hier entscheidet, macht auch eine Studie von Moos et al. (1981, 1982) deutlich, wonach Rückfällige doppelt so viele negative und halb so viele positive Lebensereignisse erleben wie abstinent lebende oder mäßig trinkende Personen. Hinzu kommt, daß streßabwehrende Kompetenzen - sog. "coping styles" - bei Rückfälligen in geringerem Ausmaß zur Verfügung stehen und dort, wo sie vorkommen, häufig die ungünstigeren Formen annehmen, z.B. soziale Abkapselung anstelle von positivem Denken. Insgesamt spielt die soziale Einbindung eine wichtige Rolle im Rückfallgeschehen: niedriger Sozialstatus bzw. soziale Verwahrlosung sind nach Baekeland (1977) geradezu regelhaft mit einem Rückfall verknüpft. Die Einbindung in Familien bzw. das Vorliegen einer Ehe oder eheähnlichen Beziehung spielte in der prospektiv angelegten Studie von Frigo (1983) allerdings keine Rolle.

Arbeitstätigkeit bzw. deren Fehlen ist eine weitere kritische äußere Bedingung. Dabei kann einerseits der Rückfall als Ursache von Arbeitslosigkeit angesehen werden - bei Kűfner et al. (1986) verdoppelt bis verdreifacht sich 18 Monate nach Therapieende der Eintritt von Arbeitslosigkeit, wenn in den ersten sechs Monaten nach der Therapie ein Rückfall auftritt. Umgekehrt kann Arbeitslosigkeit selbst Ursache eines Rückfalls sein: Unter arbeitslosen Patienten, die noch sechs Monate nach ihrer Therapie abstinent lebten, steigt das Rückfallrisiko im Vergleich zu beschäftigten Patienten um das Dreifache (so Kűfner et al., 1986). Hier wäre etwa daran zu denken, gelungene therapeutische Eingriffe zu verstärken durch sozial-stabilisierende Interventionen nach Behandlungsende, um so den erkannten Risikofaktoren entgegenzuwirken.

Klein und Scheller (1989) haben 1451 stationär behandelte Patienten der Eifeler Fachklinik "Thommener Höhe" ein Jahr nach ihrer Behandlung hinsichtlich Rückfallaspekten nachuntersucht. Von 212 rückfälligen antwortenden Patienten ließen sich 142 in eine Gruppe einordnen, die durch relativ harmloses Rückfallgeschehen gekennzeichnet ist ("lapse"). Die restlichen 70 Rückfälligen bildeten eine zweite Gruppe mit schwereren Symptomen ("re-lapse"), die sich manifestierten in häufigeren Rückfällen, in begleitenden beruflichen Problemen und in fehlenden sozialen Stützsystemen. Der Zeitpunkt des ersten Rückfalls spielt dabei keine Rolle. Diese Studie verdeutlicht im übrigen die Notwendigkeit, nicht von "dem" Rückfall im Sinne eines einheitlichen Phänomens zu sprechen, sondern ein differenzierteres Bild verschiedener Formen des Rückfalls für verschiedene Gruppen von Patienten zu entwerfen.

Zusammenfassend läßt sich für den Bereich äußerer Einflußbedingungen festhalten: es liegen eine Reihe regelhafter Beziehungen vor zwischen Rückfälligkeit und Häufung von negativen bzw. Mangel an positiven Lebensereignissen, zwischen Rückfälligkeit und schlechtem sozialem Status, zwischen Rückfälligkeit und mangelnder Integration in die Arbeitswelt. Obwohl kausale Beziehungen wegen zahlreicher methodischer Probleme der genannten Studien nicht als gesichert gelten können, dokumentieren die berichteten korrelativen Bezüge eindrucksvoll den hohen Stellenwert äußerer Faktoren.

## **Möglichkeiten der Prophylaxe**

Welche Möglichkeiten zur Prophylaxe bestehen nun? Zunächst soll ein Blick auf bestehende Präventionsmodelle geworfen werden, um dann auf die Möglichkeiten kontrollierten Trinkens einzugehen, die zu einer veränderten Bewertung des Rückfalls und zu anderen Prophylaxemaßnahmen führen könnten.

### **Rückfallprävention**

Nach Marlatt und George (1984, vgl. Marlatt, 1989) darf Rückfall-Prävention keineswegs Rückfälligkeit gestatten. Vielmehr muß es darum gehen, den sog. "Abstinenzverletzungseffekt" - kognitive Dissonanz und stabile internale Attribution des Fehltritts - auszuschalten bzw. in seiner Wirkung zu vermindern. Konkret kann man nach den genannten Autoren (vgl. hierzu auch Klein, 1989, p. 45) auf drei Ebenen ansetzen: 1. ein Training zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz in Hochrisikosituationen, 2. eine kognitive Umdeutung bereits vorliegender negativer Rückfallerfahrungen sowie 3. Lebensstil-Interventionen zur Veränderung globaler Verhaltensweisen und zur Vermeidung von Suchtverlagerungstendenzen.

Nach Klein (1989, p. 49) sollte im Sinne einer Primärprävention dem Patienten das Bild vermittelt werden, daß "ein initialer Fehltritt zwar kritisch und bedrohlich ist, nicht jedoch den völligen Verlust der Selbstkontrolle bedeutet". Vielmehr sei es notwendig, möglichst frühzeitig wieder mit der Suchtmittleinnahme aufzuhören.

Einen ähnlichen Weg zur Beschreibung des Rückfallgeschehens wie auch zur Ableitung von Rückfallpräventionsprogrammen schlägt Helen Annis (1986) vor. Dabei greift sie auf die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura (z.B. 1982) zurück. Demzufolge sind psychologische Behandlungsmaßnahmen umso effektiver, je mehr sie die Selbstwirksamkeitserwartungen des Patienten erhöhen. Unter Selbstwirksamkeitserwartung wird dabei ein Urteil über die Fähigkeit verstanden, ein bestimmtes Verhaltensmuster zeigen zu können, z.B. nach einer Flasche Bier mit dem Trinken aufhören zu können. Die Stärke dieser Selbstwirksamkeitserwartung bestimmt die Art der Auseinandersetzung mit einer kritischen Situation wie der eben genannten. Bei geringer Selbstwirksamkeitserwartung sollten "Katastrophen"-Gedanken (im englischen: "catastrophizing") einsetzen, die den Rückfall geradezu verschärften. Nach Ansicht dieser Theorie ist nicht der Alkoholkonsum per se verantwortlich für

einen Rückfall, sondern in allererster Linie die Bedeutung, die der Akt des Trinkens für den Patienten hat.

Aus diesem Grund sollte ein Rückfallpräventionsprogramm darauf gerichtet sein, bereits während der Behandlung in ihrer Schwierigkeit abgestufte Herausforderungen so anzugehen, daß der Patient sich als hoch selbstwirksam erfahren kann. Um solche starken Selbstwirksamkeitserwartungen aufbauen zu können, müßte die erfolgreiche Bewältigung einer (Hoch-)Risikosituation mit folgenden Eigenschaften gelingen: (a) die Situation muß herausfordernd gewesen sein; (b) zur Bewältigung bedurfte es keiner unangemessenen Anstrengung; und (c) es erfolgten keine oder nur wenige äußere Hilfen, damit der Patient sich als allein verantwortlich für den Erfolg fühlen kann.

Dieses gezielte Anstreben von Hochrisikosituationen zwingt zu einer Umbewertung des Therapieziels "völlige Abstinenz", denn nur vor dieser Ideologie gewinnt das Rückfallgeschehen seine dramatische Bedeutung. Anstelle einer Fixierung auf die Alkoholabstinenz sollte - so auch Körkel et al. (1988, p. 245) - als zentrales Therapieziel die Übernahme von Selbstverantwortung angesehen werden, die Fähigkeit also, für sich und seine Umwelt Verantwortung zu übernehmen und die Konsequenzen eigenen Handelns zu tragen.

Diese Umbewertung des höchsten Therapieziels "totale Abstinenz" findet übrigens, wie Herder und Sakofski (1988, p. 286) schreiben, auch in den Köpfen erfahrener Therapeuten statt: je berufserfahrener Suchttherapeuten sind, umso eher sind sie bereit und in der Lage, ihre Therapieziele mit den Zielen des Patienten abzustimmen. Die vor allem bei unerfahrenen Therapeuten oftmals unhinterfragte Voraussetzung, daß alle Patienten abstinent leben wollen, kann somit bewirken, daß am Patienten vorbeitherapiert wird. Ein späterer Rückfall reflektiert dann eher unterschiedliche Zielvorstellungen von Therapeut und Patient als die Schwäche des Patienten.

### Möglichkeiten kontrollierten Trinkens

Mit diesen kritischen Anmerkungen zum gängigen Therapieziel völliger Abstinenz soll nun keineswegs dem ungehemmten Alkoholkonsum unter therapeutischer Aufsicht das Wort geredet werden - wie aus den anfänglich genannten Zahlen noch zu erinnern sein wird, erweisen sich dafür die Folgeschäden als viel zu



gravierend. Andererseits darf man nicht übersehen, daß es einer nicht unbeträchtlichen Zahl von auffällig gewordenen Personen später gelingt, ihren Alkoholkonsum in verantwortbaren Grenzen zu halten, d.h. kontrolliert zu trinken. Kontrolliertes Trinken im Unterschied zu normalem Trinken meint dabei: genaue Festlegung der Trinkumstände und Trinkmenge, also z.B. genau ein Glas Sekt auf der Feier und nicht mehr. Beim normalen Trinken werden Trinkumstände und -mengen dagegen eher automatisch reguliert.

In der Fachliteratur ist die Kontroverse um die Möglichkeit kontrollierten Trinkens verschiedentlich und heftig entbrannt: erstmals durch einen 1962 publizierten Befund von Davies, wonach 7 von 93 auf Abstinenz behandelte Alkoholiker zwischen 7 und 10 Jahre nach Behandlungsende "normal" trinken konnten; später dann durch verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsprogramme, wie sie insbesondere von Sobell und Sobell 1973 und folgend veröffentlicht wurden. Den Vorwurf von Pendery et al. (1982), die eine Zehnjahreskatamnese der Sobell'schen Experimentalgruppe vorgenommen hatten und einen völligen Fehlschlag zu konstatieren glaubten, konnten die Sobell's 1984 entkräften. Ihnen gelang nämlich zu zeigen, daß die seinerzeitige Kontrollgruppe, die von Pendery et al. bei ihrer heftigen Kritik nicht berücksichtigt wurde, mindestens in gleichem wenn nicht schwereren Maß vom Rückfall betroffen war. Der Streit um das mögliche Therapieziel "kontrolliertes Trinken" ist damit aus wissenschaftlicher Sicht noch nicht entschieden.

Um auf ein derartiges Therapieziel hinzuarbeiten, ist jedoch das derzeitige Behandlungsangebot in der BRD nicht eingerichtet, weder in Hinsicht auf die dann notwendigerweise zu ändernden Therapiebausteine, noch in Hinsicht auf die notwendige Nachsorge, deren Hauptträger, die Anonymen Alkoholiker, ein kontrolliertes Trinken für sich und ihre Gruppenmitglieder nicht akzeptieren können. Im Sinne einer umfassenden Rückfallprophylaxe durch verbesserte Therapiemaßnahmen sind daher Einrichtungen sowohl der stationären Heilbehandlung wie auch der begleitenden Nachsorge zu fordern, die für einen ausgewählten Personenkreis das Therapieziel "kontrolliertes Trinken" möglich machen.

## **Schlußbemerkungen**

Ich komme zum Schluß meiner Ausführungen. Eine realistische Behandlung der Alkoholabhängigkeit muß dem Rückfall ins Auge sehen, die meisten Patienten

werden nach Abschluß ihrer Behandlung fast unvermeidlich mit dieser Situation in mehr oder weniger drastischer Weise konfrontiert. Folglich ist es nicht hilfreich, dem Patienten die Angstvorstellung mit auf den Weg zu geben, nach dem ersten Schluck sei der Rückfällige wieder am Boden wie zu schlimmsten Zeiten und nichts könne ihn vor dem Kontrollverlust schützen. Sinnvoller ist, dem Behandelten ein Bild zu vermitteln, wonach jedem Menschen Fehltritte wiederfahren können, aber eine derartige Risikosituation nicht zwangsläufig den völligen Untergang mit sich bringe. Vielmehr muß der Rückfällige in einem solchen Moment Bewältigungsstrategien besitzen, die ihn - etwa mit Hilfe positiver Umdeutung der Geschehnisse - wieder Herr der Lage werden bzw. den Kontakt zu einer Selbsthilfeeinrichtung oder einer ambulanten Beratungsstelle aufnehmen lassen.

Im Sinne einer Verbesserung der gegenwärtigen Alkoholismusbehandlung muß auch der Ansatz der differentiellen Indikation weiter verfolgt werden, wie er bereits 1980 von Funke, Keller, Klein und Scheller vorgeschlagen wurde. Differentielle Indikation heißt dabei: Nicht für jeden Patienten nach dem Gießkannenprinzip eine Standardtherapie mit dem Ziel totaler Abstinenz, sondern Berücksichtigung individueller Ziele und damit Zulassen des kontrollierten Umgangs mit Alkohol - jedenfalls für entsprechend geeignete Personengruppen. Dies setzt natürlich eine entsprechend differenzierte Diagnostik voraus, z.B. mit dem von unserer Arbeitsgruppe 1987 vorgelegten "Trierer Alkoholismusinventar" (TAI, vgl. Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987), setzt aber auch veränderte Anforderungen an Therapeuten und Nachsorge-Einrichtungen.

So gesehen erweist sich der Rückfall des Alkoholabhängigen nicht als unausweichliches Schicksal im Sinne eines Versagens therapeutischer Bemühungen, als "Flucht in die Sucht", wie Körkel seine 1988 erschienene Edition fragend unterteilt, sondern als potentielle Gefährdung geschwächter Personen in kritischen Situationen - eine vorhersehbare und damit hoffentlich auch besser bewältigbare Krise mit der Chance zu heilsamen Veränderungen. Die Therapeuten sollten derartige Krisen nicht als Angriff auf ihre Person deuten, die in der Hilfe versagt hat, oder als generelles Versagen der Therapie, sondern die absolute Normalität dieses Geschehens akzeptieren und mit dem Patienten vorbesprechen. Nur auf diesem Weg der bewußten Einbeziehung des potentiellen wie tatsächlich eingetretenen Rückfalls in die Therapie lassen sich mögliche katastrophale Folgen im Umgang mit der Droge Alkohol wenigstens teilweise mildern.

## Literatur

- Abbott, M. W., & Gregson, R. A. (1981). Cognitive dysfunction in the prediction of relapse in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 42, 230-243.
- American Psychiatric Association. (Ed.). (1989). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R. Übersetzt nach der Revision der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Koehler. 2., korrigierte Auflage. Weinheim: Beltz.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors. Processes of change (pp. 407-433). New York: Plenum Press.
- Baekeland, F. (1977). Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.), The biology of alcoholism. Volume 5: Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic (pp. 385-440). New York: Plenum.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. (1986). Understanding and preventing relapse. American Psychologist, 41, 765-782.
- Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 23, 94-104.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (Ed.). (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Frigo, D.C. (1983). Relapse in alcoholism treatment: Supportive families and post-treatment therapy. Dissertation Abstracts International 43:4044.
- Funke, J., Keller, W., Klein, M., & Scheller, R. (1980). Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. Medizinische Psychologie, 6, 275-292.
- Funke, J., & Klein, M. (1981). Katamnestiche Untersuchung stationär behandelte Alkoholiker. Suchtgefahren, 27, 143-150.
- Funke, J., & Krampen, G. (1985). Kann und soll man die Durchführung von Katamnesen standardisieren? Bemerkungen zum Entwurf der "Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie" über "Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen". Suchtgefahren, 31, 246-250.
- Funke, W. (1990). Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Entwicklung eines Klassifikationsmodells für die primäre Indikation psychotherapeutischer Intervention. Bad Tönissteiner Blätter, Band 2 (Heft 1), 5-87.

- Funke, W., Funke, J., Klein, M., & Scheller, R. (1987). Trierer Alkoholismussinventar (TAI). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Gregson, R. A., & Taylor, G. M. (1977). Prediction of relapse in men alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 38, 1749-1760.
- Hasselhorn, M., & Hager, W. (1988). Kognitive Merkmale bei Alkoholikern: Spezifische Störungen, ihre Bedeutung für die Rückfälligkeit und Konsequenzen für die Rehabilitationspraxis. In J. Körkel (Ed.), Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? (pp. 125-148). Heidelberg: Springer.
- Herder, S., & Sakowski, A. (1989). Der Rückfall und seine Bedeutung für die Psychohygiene des Therapeuten. In J. Körkel (Ed.), Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? (pp. 271-298). Heidelberg: Springer.
- Holland, R. A., & Evenson, R. C. (1984). Prediction of readmission in a cohort of alcoholics: A 2-year follow-up. International Journal of the Addictions, 18, 311-318.
- Keller, W., & Scheller, R. (1981). Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Psychologie und Praxis, 25, 81-90.
- Klein, M. (1984). Altersspezifische Merkmalsanalyse bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten in der stationären Langzeittherapie. Suchtgefahren, 30, 178-189.
- Klein, M. (1989). Modelle und Ergebnisse der Rückfallforschung im Bereich Alkoholismus. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2, 41-49.
- Klein, M., & Scheller, R. (1989). Differentialdiagnostische Aspekte des Rückfallgeschehens bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In H. Watzl, & R. Cohen (Ed.), Rückfall und Rückfallprophylaxe (pp. 113-125). Heidelberg: Springer.
- Körkel, J. (Ed.). (1988). Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? Heidelberg: Springer.
- Körkel, J., Dittmann, E., Pahlke, B., & Wohlfarth, R. (1988). Grundzüge stationärer Rückfallarbeit. In J. Körkel (Ed.), Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht? (pp. 239-267). Heidelberg: Springer.
- Körkel, J., & Lauer, G. (1988). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In J. Körkel (Ed.), Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht (pp. 3-122). Heidelberg: Springer.
- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G., & Fischer, M. (1988). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Literaturüberblick und theoretische Bezüge. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 36, 100-117.

- Küfner, H., Feuerlein, W. & Floherschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. Suchtgefahren, 32, 1-86.
- Küfner, H., Feuerlein, W., & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 34, 157-272.
- Litman, G. K. (1986). Alcoholism survival. The prevention of relapse. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors. Processes of change (pp. 391-405). New York: Plenum.
- Marlatt, G. (1989). Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In H. Watzl, & R. Cohen (Eds.), Rückfall und Rückfallprophylaxe (pp. 16-28). Heidelberg: Springer.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. British Journal of Addictions, 79, 261-273.
- Miller, W. R., & Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors: Processes of change (pp. 121-174). New York: Plenum.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Chan, D.A. (1981). The process of recovery from alcoholism. I. Comparing alcoholic patients and matched community controls. Journal of Studies on Alcohol, 42, 383-402.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. Journal of Studies on Alcohol, 43, 888-909.
- Olbrich, R., & Watzl, H. (1978). Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgefahren, 24, 1-8.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., & West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. Science, 217, 169-175.
- Pfrang, H. (1983). Alkoholiker im Vergleich: Abstinente, mäßige Alkoholkonsumenten und Rückfällige eineinhalb bis viereinhalb Jahre nach der Therapie. In G. Bittner (Ed.), Personale Psychologie. Festschrift für Ludwig J. Pongratz (pp. 282-307). Göttingen: Hogrefe.
- Rieth, E. (1977). Zur Effektivitätsbeurteilung von Entziehungskuren. Suchtgefahren, 23, 137-146.
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. Addictive Behaviors, 8, 183-186.

- Scheller, R., & Balkenhol, P. (1986). Einflüsse des Elternhauses als Determinanten der Alkoholabhängigkeit bei Frauen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 15, 34-46.
- Scheller, R., & Klein, M. (1982). Persönlichkeitspsychologische Determinanten des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 3, 47-54.
- Scheller, R., & Klein, M. (1986). Stationäre Suchttherapie unter dem Aspekt der Behandlungsdauer. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 7, 69-76.
- Scheller, R., Prinz, M., & Hättich, A. (1989). Zur Problematik der Quantifizierung von Behandlungsergebnissen. Fünfjahreskatamnese stationär behandelter Abhängiger. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18, 159-165.
- Skarabis, H. (1986). Anmerkungen zum Forschungsbericht "Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse". Suchtgefahren, 32, 332-338.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. Behavior Therapy, 4, 49-72.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1984). The aftermath of heresy: A response to Pendergry et al.'s (1982) critique of "Individualized behavior therapy for alcoholics". Behaviour Research and Therapy, 22, 413-440.
- Sussman, S., Rychtarik, R. G., Mueser, K., Glynn, S., & Prue, D.M. (1986). Ecological relevance of memory tests and the prediction of relapse in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 47, 305-310.
- Watzl, H. (1979). Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. Suchtgefahren, 25, 37-38.

## **Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bonn**

Die "Berichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bonn" (ISSN 0931-024X) gibt es seit 1975. Die ersten vier Jahrgänge bestehen aus 21 fortlaufend nummerierten Heften. Ab Jahrgang 5 (1979) beginnt die Heftzählung in jedem Jahr bei Heft 1. Eine Übersicht über die zuletzt publizierten Hefte gibt nachfolgende Liste. - Seit 1984 besteht am Institut eine zweite Reihe unter dem Titel "Bonner Methoden-Berichte" (ISSN 0177-3410).

### **Band 14 (1988)**

- Heft 1: Müller, H., Funke, J. & Rasche, B. (1988). Wechselseitige Abhängigkeiten: Zum Einfluß von Nebenwirkungen und Eigendynamik auf die Bearbeitung dynamischer Systeme.
- Heft 2: Fahnenbruck, G., Funke, J. & Rasche, B. (1988). Vorwissensverträglichkeit, Steuerbarkeit, Steueranforderung und Darbietungsform als Determinanten der Bearbeitung dynamischer Systeme.
- Heft 3: Erdfelder, E. (1988). The empirical evaluation of deterministic developmental theories.
- Heft 4: Erdfelder, E. & Funke, J. (1988). Entwicklung eines Polynomial-Tests für die Ausreißer-Alternative und Anwendung auf ein kognitionspsychologisches Beispiel.
- Heft 5: Funke, J. (1988). Bedingungen und Auswirkungen der Informationssuche und -aufnahme beim Bearbeiten des komplexen Simulationssystems "TAILORSHOP".

### **Band 15 (1989)**

- Heft 1: Funke, J. & Kleinemas, U. (1989). Theoretische und empirische Beiträge zur Diagnostik strukturellen Wissens im Kontext dynamischer Systeme.
- Heft 2: Erdfelder, E. (1989). Maximum likelihood analysis of binomial mixtures. A manual for users of BINOMIX.

### **Band 16 (1990)**

- Heft 1: Kleinemas, U. , Rasche, B. & Funke, J. (1990). Beiträge zur Entwicklung und Validierung wissensdiagnostischer Instrumente: Ein Modell, Befunde und Forschungsperspektiven.
- Heft 2: Bayen, U. (1990). Zur Lokalisation von Altersdifferenzen im episodischen Gedächtnis Erwachsener: eine Querschnittsuntersuchung auf der Basis eines mathematischen Modells.
- Heft 3: Buchner, A., Funke, J. & Dehn, D. (1990). Mental representations of complex systems: An experiment on knowledge acquisition and knowledge use.
- Heft 4: Buchner, A. & Funke, J. (1990). Discrete systems as tools for studying knowledge acquisition and knowledge use in dynamic task environments.
- Heft 5: Buchner, A., Funke, J., Nikelowski, B. & Schmitt, L. (1990). External support systems for a dynamic task environment: Results from two experiments on memory and evaluation aids.