
060006 F

6.1.6

Alkoholkonsum und Alkoholismus

Eine Literaturübersicht

Kapitel 5b:

Therapie des Alkoholismus.
Ein methodenkritischer Überblick.

von

Gisela Ramin

Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Psychologische Abteilung
8 München 40, Kraepelinstrasse 10

Betreuer:

J. C. B.

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 60006 15b
(6.1.6/5b)

Diese Literaturübersicht wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, durchgeführt.

Kapitel 5: Therapie des Alkoholismus

Ein methodenkritischer Überblick

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
1.1. Ziel der vorliegenden Arbeit	1
1.2. Zusammenfassung der früheren Übersicht von Hill und Blane	1
1.3. Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit	4
2. Definitionen des Alkoholismus	5
3. Hospitalisation und kombinierte Verfahren	10
4. Pharmakologische Therapien (symptomatisch)	18
4.1. Disulfiram	18
4.2. Metronidazol	29
5. Pharmakologische Therapien (nicht symptomatisch)	36
5.1. Antidepressiva und Tranquilizer	36
5.2. Halluzinogene	44
6. Persönlichkeitsverändernde Therapien	51
6.1. Psychotherapie.....	51
6.2. Anonyme Alkoholiker	58
6.3. Familientherapie	61
7. Verhaltenstherapie	65
7.1. Aversionstherapie	65
7.2. Verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken ...	77
8. Zusammenfassung und Empfehlungen	95
Bibliographie	100
Tabellen	

1. Einleitung

1.1. Ziel der vorliegenden Arbeit

Im Jahre 1942 veröffentlichten Voegtlin und Lemere einen Überblick über alle Arbeiten, die seit 1909 erschienen waren und über Therapien des Alkoholismus berichteten. Von dieser Arbeit ausgehend untersuchten Hill und Blane alle Arbeiten zwischen 1952 und 1963, "which had as either an implicit or explicit purpose evaluation of some type of psychological intervention with alcoholics."

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen entsprechenden Überblick über sämtliche seit 1964 bis zum Zeitpunkt der Niederschrift dieser Arbeit erschienenen Veröffentlichungen zu diesem Problem zu geben, und zwar mit besonderem Nachdruck auf eine methodenkritische Beurteilung dieser Untersuchung.

1.2. Zusammenfassung der früheren Übersicht von Hill und Blane

Zur besseren Einschätzung der Entwicklung, die die Forschung auf diesem Gebiet in den letzten Jahren genommen hat, sollen die Ergebnisse von Hill und Blane hier kurz zusammengefasst werden.

Die 49 erfassten Arbeiten wurden nach folgenden Kriterien, die eine wissenschaftliche Arbeit zum Zweck der Therapiebeurteilung erfüllen muss, untersucht:

Verwendung von Kontrollen, Auswahlverfahren der Versuchspersonen, Definition des Zielverhaltens, Meßmethoden und deren Gütekriterien, Erfolgskontrolle.

Als Grunderfordernisse, denen ein Untersuchungsbericht nachkommen muss, werden Angaben über die experimentelle Situation, Spezifizierung der angewandten Therapie, Beschreibung der Stichprobenmerkmale, Art, Gütekriterien und Einsatz der Meßinstrumente, Darlegung der Ergebnisse und der statistischen Verarbeitung genannt.

Prinzipiell wurden zwei Kontrollmethoden unterschieden: der "Patient als seine eigene Kontrolle" und die Verwendung einer Kontrollgruppe. Die erstgenannte Methode verwendeten 43 der 49 untersuchten Arbeiten, doch wurde bei den meisten eine fehlerhafte Datenerhebung vor und/ oder nach der Behandlung verzeichnet. Zur Erfassung von nontreatment Variablen wie spontaner Remission, oder des Einflusses des reinen Zeitablaufes etc. ist die zusätzliche Verwendung einer Kontrollgruppe unerlässlich. Ohne Behandlung wurde keine Kontroll-

gruppe in den vorliegenden Arbeiten gelassen; und nur einige verwandten Kontrollgruppen mit verschiedenen Behandlungsarten; aber selbst diese sind in ihrem Wert dadurch gemindert, dass sie fast ausnahmslos Mängel in der Zuteilung aufweisen, sei es, dass die Patienten nicht zufällig auf die Gruppen verteilt oder beim "matching"-Verfahren unzulänglich nach Charakteristika zugeteilt waren; in keinem Fall war die Variable "Motivation" ausreichend berücksichtigt.

Zweifellos ist im Fall derartiger Untersuchungen bei der Auswahl der Versuchspersonen eine Verzerrung in irgendeiner Form kaum zu vermeiden. Keine der zitierten Arbeiten erhebt den Anspruch, eine repräsentative Stichprobe erhoben zu haben, doch waren zahlreiche Fehler bei der Stichprobenauswahl vermeidbar, so etwa, wenn die Vpn ihre Therapieform selbst wählen konnten und dadurch ein unkontrollierter motivationaler Faktor ins Spiel kam, oder die Stichprobe aus einer grösseren, z.B. Klinikpopulation stammte, ohne dass die Auswahlkriterien angegeben wären. In den meisten Fällen wurde eine Reihe von Versuchspersonen erst nachträglich aufgrund des zeitlichen Faktors, wie lange sie in Therapie verblieben waren, als Stichprobe zusammengefasst, ohne zu berücksichtigen, dass sich gerade Patienten, die kürzer und jene, die länger in Therapie verbleiben, nach wichtigen Charakteristika unterscheiden, so dass die angeführte "Stichprobe" nicht einmal als repräsentativ für die spezielle Klinikpopulation gelten konnte.

Nur in drei Fällen wurde die Auswahl vor Therapiebeginn vorgenommen und so eine Zufallsverteilung ermöglicht.

Ein zuweilen angewandtes, legitimes Verfahren ist die Auswahl nach bestimmten Kriterien. Die so gewonnene Stichprobe ist dann zwar auch nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation, erlaubt aber aufgrund der genauen Spezifikation eine Replikation des Untersuchungsergebnisses bei einer entsprechend ausgewählten Stichprobe.

Die Hälfte der von Hill und Blane referierten Arbeiten verwandten Trinkverhalten bzw. Abstinenz als einziges Zielkriterium, die meisten als das Hauptkriterium. Doch es zeigte sich, dass das scheinbar so eindeutige Therapieziel bei den Datenerhebungen keineswegs eindeutig zu erfassen war, denn die diesbezüglichen Angaben, sei es, dass sie von den Patienten selbst, deren Angehörigen oder von offiziellen Quellen stammen, weisen immer erhebliche Verzerrungen auf; in den wenigen Fällen bei denen mehrere Quellen befragt wurden, werden keine Angaben zur Übereinstimmung der Ergebnisse gemacht. An weiteren Zielkriterien wurden genannt: familiäre Beziehungen, berufliche

und wirtschaftliche Anpassung, Arretierungen, AA Kontakte, Gesundheit, Ausgaben für Alkohol, Ergebnisse von "Adjektivlisten", doch wurde kein Versuch unternommen, diese Kriterien zu gewichten, was sich besonders dann negativ bemerkbar macht, wenn alle unter der Kategorie "gebessert" zusammengefasst werden, und im einzelnen nicht spezifiziert wird, wie Fälle beurteilt werden, die etwa eine Besserung im Trinkverhalten, aber eine Verschlechterung auf anderen Gebieten aufweisen. Abstinenz, das meistverwendete Zielkriterium, kann dann ein sinnvolles Therapieziel sein, wenn eine Beziehung zwischen Abstinenz und Besserung in anderen Lebensbereichen sichergestellt ist. Den wenigen Arbeiten zufolge, in denen zumindest versucht wurde, eine derartige Korrelation aufzuweisen, konnte eine derartige Beziehung aber nicht nachgewiesen werden.

Die Methoden zur Datenerhebung waren durchweg unbefriedigend. Vorwiegend wurde das Interview verwandt, zum Teil nicht einmal mit der Absicht nachträglicher Auswertung; in einigen Fällen wurden den Patienten per Post Fragebögen zugesandt; nur selten fanden Einstellungs- oder Befindlichkeitsskalen, projektive Verfahren oder andere psychometrische Tests Anwendung. Der Therapieerfolg wurde meist vom Therapeuten oder dem Behandlungsteam in gemeinsamer Beratung eingeschätzt. Angaben über die erzielte Übereinstimmung blieben vage oder fehlten ganz. In mehreren Fällen war abzusehen, dass sie auch nicht beeindruckend ausgefallen wären, da die Kategorien "gebessert-nicht gebessert" viel zu unbestimmt waren und es nicht spezifiziert war, nach welchen Kriterien jemand der einen oder anderen Kategorie zugeordnet wurde. Lediglich zwei Arbeiten machten klare Angaben zur Beurteilerzuverlässigkeit. Eine exakte Ermittlung der Therapieerfolge war bei den besprochenen Arbeiten dadurch erschwert, dass fast alle retrospektiv waren und vielfach kein Versuch unternommen worden war, den Zustand vor der Behandlung zu ermitteln. Selbst wenn eine solche Erhebung durchgeführt war, dann auch nur in der Form, dass entweder die Patienten versuchten, sich an ihren Zustand vor Therapiebeginn zu erinnern, oder es wurde auf die Aufnahmeinterviews zurückgegriffen, die aber nicht in der Absicht späterer Auswertung durchgeführt worden waren. Lediglich 3 Arbeiten haben in angemessener Weise vor und nach der Therapie ihre Daten erhoben.

Aber selbst bei der Datenerhebung nach der Behandlung weisen die meisten Arbeiten erhebliche Mängel auf: nicht nur, dass im Verlauf der Katamnese der Kontakt zu vielen Patienten verloren ging, was bei einem intensiveren Einsatz aller Möglichkeiten zumindest teilweise vermeidbar gewesen wäre, sondern

vielfach fehlten jegliche Angaben darüber, über wieviele Patienten keine Informationen vorliegen, was angesichts der Tatsache, dass sich unter diesen meist eine grosse Anzahl Rückfälliger befindet, die Ergebnisse sehr verzerrt. Eine weitere Verzerrung entsteht dadurch, dass die Patienten einer Stichprobe sich oft nach ihrer Therapiedauer oder dem Zeitraum zwischen Therapie und katamnestischer Erhebung unterscheiden (vorausgesetzt, es werden überhaupt Angaben dazu gemacht) und daher streng genommen, in ihren Ergebnissen nicht vergleichbar sind. Lediglich in drei Arbeiten war die Therapie- und Katamnesedauer für alle Patienten gleich.

Den genannten Grunderfordernissen, die ein Untersuchungsbericht erfüllen muss, kommen die meisten Arbeiten nicht oder nur unbefriedigend nach: Der Einfluss, den eine bestimmte experimentelle Situation auf die Ergebnisse hat, wird meist nicht in Rechnung gestellt. Oft wurde die angewandte Therapie nicht spezifiziert, so etwa, wenn nur allgemein von psychiatrischer Behandlung gesprochen wird. Populationsmerkmale und Auswahlverfahren sind nur mangelhaft dargestellt oder durchgeführt, der Einfluss von Patienten, die die Therapie vorzeitig abbrechen, auf das zahlenmässige Ergebnis ist oft nicht berücksichtigt worden; die Angaben zu Zielkriterien und den verwendeten Meßverfahren sind durchweg ungenügend, und die Endergebnisse und Schilderung der statistischen Verfahren, sofern überhaupt durchgeführt, waren in den meisten Fällen nicht vollständig genug, um dem Leser eine eigene Interpretation der Daten zu ermöglichen.

Aufgrund dieser zahlreichen methodischen Mängel, die eine korrekte Abschätzung der Therapieerfolge unmöglich machen, haben Hill und Blane darauf verzichtet, die einzelnen Arbeiten miteinander etwa nach Therapiearten, unterschiedlichen Populationen u.a. und den jeweiligen Therapieerfolgen zu vergleichen.

1.3. Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit

Seit dieser Übersicht von Hill und Blane ist die Anzahl von Therapieberichten zum Alkoholismus um ein Vielfaches angestiegen. Zur Abfassung der vorliegenden Untersuchung waren für den fraglichen Zeitraum 202 Arbeiten zugänglich.

Um dieser Stofffülle Herr zu werden und einen hinreichenden Überblick zu vermitteln, der eine kritische Beurteilung erlaubt, wurde zunächst eine Anzahl von Kriterien aufgestellt (s. Tabelle 1), die eine einwandfreie experimentelle Untersuchung

zum Zweck einer Therapiebewertung erfüllen müsste.

Es wurden nun alle 202 Arbeiten daraufhin durchgearbeitet, inwieweit und welche Angaben zu sämtlichen Punkten gemacht worden waren.

Auf dieser Informationsgrundlage ist dann die Möglichkeit einer Therapiebewertung gegeben.

Aufgrund des umfangreichen Materials wird es nicht möglich sein, im Lauf des Berichts alle eruierten Daten anzuführen und zu diskutieren. Um aber wenigstens einen Überblick zu geben, inwieweit die jeweiligen Forscher sich überhaupt diesen Kriterien einer wissenschaftlichen Untersuchung verpflichtet fühlen, sind im Anhang Tabellen (Tabelle 2) in Form von Strichlisten aufgeführt, die angeben, zu welchen Kriterien in jeder Untersuchung zumindest Angaben vorliegen.

Wegen der besonderen Relevanz des Komplexes "Definition des Alkoholismus" ist diesem Punkt allerdings ein extra Kapitel gewidmet.

2. Definition des Alkoholismus

Der Alkoholismus gehört zu den Störungen, die im Bereich medizinischer und psychologischer Forschung erhebliche Kontroversen bezüglich Ätiologie und Definition hervorgerufen haben.

Man pflegte früher den Alkoholiker als einen moralisch und charakterlich labilen Menschen anzusehen, dem es nur an der nötigen Willensstärke mangelte, um sein abweichendes Verhalten kontrollieren zu können.

Von dieser Auffassung ist man inzwischen abgekommen, und es herrscht zumindest Einigkeit darüber, dass Alkoholiker an einer Störung leiden, zu deren Behebung therapeutische Hilfe notwendig ist.

Trotzdem dauerte es bis 1956, bis die "American Medical Association" offiziell bestätigte, "that alcoholism is a disease and should be treated by physicians". Durch die Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit war zwar seine Therapiewürdigkeit bestätigt, doch verblieb seine Behandlung zunächst im medizinischen Bereich. Die Bemühungen richteten sich dabei in erster Linie auf die betroffenen innerorganismischen Funktionen.

Das Problem einer möglichen Vererbung und die Frage der Heilbarkeit überhaupt wurden diskutiert (s. Edwards (208)). Unter Bezugnahme auf den Suchtcharakter der Störung wurden Versuche unternommen, verschiedene Klassifikationen von Alkoholikern vorzunehmen, von denen die von Jellinek (211) zu den verbreitetsten zählt.

Doch die Frage nach Genese und Aufrechterhaltung der Störung blieb weitgehend unbeantwortet.

Entsprechend waren auch die therapeutischen Versuche, da sie nicht der Funktionsweise der Störung Rechnung trugen, weitgehend erfolglos.

Theorien zur Ätiologie wurden erst entwickelt, nachdem die psychologische Forschung den Alkoholismus als Teil ihres Aufgabenbereichs erkannt hatte und im Kontext ihrer jeweiligen Theorie der Genese psychischer Störungen interpretierte.

Erst die Kenntnis der Faktoren, die eine Störung verursachen, bzw. aufrechterhalten, ermöglicht eine adäquate Wahl des therapeutischen Ansatzes.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass im Rahmen eines Therapieexperiments die Theorie der Störung, von der man ausgeht, definiert wird, denn die Definition der Störung ist bestimmend für die Wahl der Therapie und der anzustrebenden Zielkriterien und wird danach beurteilt werden müssen.

Was wurde nun in den bearbeiteten 202 Arbeiten geleistet, um eine Definition von Alkoholismus und damit eine Begründung für die angewandte Therapie zu liefern?

Dieser scheinbar selbstverständlichen Forderung sind jedoch von den vorliegenden 202 Arbeiten nur 31, also ca. 15 % nachgekommen (14, 15, 22, 23, 36, 44, 47, 64, 77, 84, 88, 91, 99, 100, 107, 122, 126, 146, 147, 159, 161, 167, 174, 178, 181, 184, 185, 192, 195, 198, 201).

Die restlichen 85 % überlassen es dem Leser, von der jeweils angewandten Therapie einen Rückschluss darauf zu ziehen, welche theoretischen Vorstellungen (falls überhaupt) der Forscher hatte.

Die in den 31 genannten Arbeiten zum Ausdruck kommenden Definitionen können inhaltlich in drei Gruppen eingeteilt werden, a) solche, die eine Zustandsbeschreibung liefern, b) solche, die sich auf den ätiologischen Gesichtspunkt stützen, und c) die die Störung schlicht als Krankheit konstatieren.

Die 6 Arbeiten, die die Definition deskriptiv fassen, (22, 36, 107, 126, 146, 192) beziehen sich in der Regel auf die Beeinträchtigung, die der Alkoholiker im persönlichen und sozialen Bereich erlebt, z.B. wenn gesprochen wird von dem "drinking pattern which consistently interferes with some important aspects of the patient's life" (36) oder wenn zurückgegriffen wird auf die Definition des Alcoholism Subcommittee of the Expert Committee on Mental Health, 1952:

"...excessive drinkers whose dependence upon alcohol has attained such a degree that it shows a noticeable mental disturbance or an interference with their bodily and mental function, their interpersonal relations and their smooth social and economic functioning; or who show the prodromal signs of such developments. They therefore require treatment (192).

Man sollte erwarten, dass sich die theoretische Auffassung der Störung neben der Wahl der Therapie auch in der der Zielkriterien niederschlägt. Tatsächlich führen von den Forschern, die die Beeinträchtigung im sozialen und privaten Bereich hervorheben, nur 3 neben der Änderung des Trinkverhaltens als Zielkriterium auch berufliche und soziale Anpassung (22, 192), bzw. "general improvement" (36) an.

Noch weniger zeigt sich bei der Wahl der Therapie ein einheitliches Bild: einige verwandten Einzel- oder Gruppentherapie (36, 126, 146), weiter kamen zur Anwendung Metronidazol (107), Elektroaversion (126), ein "Human Relations Training" und LSD (22) und psychiatrische "erste Hilfe" bei zusätzlicher wirtschaftlicher und sozialer Unterstützung der Familie u.a. (192).

Wollte man auch einwenden, dass Beeinträchtigungen im sozialen und privaten Bereich vielfältiger Art sein können und entsprechend von Fall zu Fall unterschiedliche Therapie- und Zielvorstellungen zur Anwendung kommen müssen, so muss dem entgegnet werden, dass die vorliegenden Arbeiten nicht erkennen lassen, dass eine derart ins Einzelne gehende Erhebung und auf den jeweiligen Fall zugeschnittene Ziel- und Therapiewahl vorgenommen worden wäre. Eine klare Beziehung zwischen Definition des Alkoholismus, wie sie von diesen Arbeiten geliefert werden, und Therapiewahl und -ziel ist nicht erkennbar.

Die Autoren müssen sich daher den Vorwurf gefallen lassen, dass sie Ungenügendes bei der Aufstellung ihrer Zielkriterien und der Wahl der Therapie geleistet haben, oder/und ihre Definition von Alkoholismus nicht ausreichend operationalisiert ist.

Nicht viel anders liegen die Dinge bei den Arbeiten, die sich mit der Konstatierung des Alkoholismus als Krankheit zufriedengeben (23, 44, 64, 84, 147, 159, 167, 174, 178, 198, 201). Meist erschöpft sich die Definition mit der Feststellung "a treatable illness" (198), "une maladie" (23), "a chronic disorder" (201), "a relapsing illness" (161), "life-long illness" (174) etc. .

Doch selbst diese kurz gefassten Bestimmungen lassen schon Uneinheitlichkeit bezüglich der Frage erkennen, ob diese "Krankheit" eine heilbare oder eine chronische ist. Bei der Wahl der Zielkriterien und Therapie macht sich diese Divergenz der Anschauungen allerdings nicht bemerkbar. Nur 4 der 11 Arbeiten führen Abstinenz als Zielkriterium an, und 8 Arbeiten setzen sich zum Behandlungsziel z. T. zusätzlich zur Therapie des Trinkverhaltens, die Bewältigung von Lebensproblemen wie berufliche Rehabilitation und Anpassung (84, 147, 159, 167, 198), soziale Anpassung (147, 159, 198, 201), psychische Probleme (147, 167, 201), Gesundheit (159, 201) familiäre Probleme (159, 167).

Entsprechend breit gefächert sind die angewandten Therapiearten, die in ihrer auch häufig kombinierten Verwendung den Versuch deutlich machen, einen möglichst weiten Lebensbereich der Patienten zu erfassen, z.B. wenn das Therapieprogramm besteht aus Psychotherapie und Beratung, Medikamenten, Familienberatung, sozialen und beruflichen Hilfen und AA Teilnahme (23), oder Milieu-Therapie, Konditionierung, Disulfiram, Gruppenthypotherapie, Play back Technik u.a. (159), oder einem "day-care program", Gruppentherapie, AA Teilnahme, Beratungen, Alkoholerziehung, "family casework" u.a. (201), etc. .

So wie von der Definition her, bei der lediglich eine Unbekannte, "Alkoholismus", durch eine andere, "Krankheit", ersetzt wurde, wenig zum Verständnis der Störung beigetragen wird, so vage ist die Bestimmung, die implizit in der Ziel- und Therapiewahl enthalten ist. Eine Beeinträchtigung der Lebensbewältigung in den verschiedensten Bereichen liegt bei vielen Alkoholikern zweifellos vor; ob sie aber Ursache oder erst die Folge übermäßigen Alkoholkonsums ist, bleibt offen, obwohl diese Frage durchaus von Relevanz für die Therapie sein könnte. Es soll hier auch nicht grundsätzlich die Wahl dieser Therapien kritisiert werden - das bleibt dem Kapitel "Therapiebewertung" vorbehalten - sondern die Tatsache, dass eine klare Herleitung der Ziel- und Therapiewahl von der uneindeutigen Definition her nicht möglich ist.

Die Arbeiten mit ätiologisch gefassten Definitionen entstammen zwei verschiedenen psychologischen Schulen: der konfliktorientierten und der lerntheoretisch orientierten Richtung.

Zu der erstgenannten sind nur 3 Arbeiten zu rechnen, die sich um eine Definition bemüht haben und den Alkoholismus auffassen als Symptom eines zugrundeliegenden Konflikts (122),

als "...impulse character disorder usually manifesting a high degree of anxiety and depression ..." (91) oder als Symptom einer zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung (100). Trotz des scheinbar einheitlichen Konzepts zeigen sich bei der Ziel- und Therapiewahl dieser Arbeiten aber doch Divergenzen, so wenn in einem Fall eine Reduzierung von Angst und Depression angestrebt und als therapeutische Maßnahme Antidepressiva und Tranquilizer verabreicht werden (91), im anderen ohne Angabe von Zielkriterien individuell verschiedene Maßnahmen von Psychotherapie über Arbeits-, Gruppen-, Pharmako-, Soziotherapie bis zu Disulfiram und Aversionstherapie zur Anwendung kommen (100). Lediglich eine der drei genannten Arbeiten lässt die Herkunft der traditionellen Tiefenpsychologie erkennen mit dem Therapieziel der Konfliktbearbeitung und dem Mittel der Psychotherapie (122).

10 Arbeiten der lerntheoretischen Richtung haben eine Definition des Alkoholismus geliefert (14, 15, 47, 77, 88, 99, 181, 184, 185, 195). Entsprechend liegt der Nachdruck auch besonders auf dem Aspekt, dass jedes Verhalten, also auch übermäßiges Trinken, durch einen Lernvorgang erworben wird: "...problem drinking, with its consequent social and vocational disruption, is largely determined through one's learning experiences" (195), "... emitted and reinforced by the transaction of individuals in their environment" (88). Die Hälfte der genannten Arbeiten spezifizieren auch die Funktion des Trinkens innerhalb des Lernvorgangs, und zwar als Mittel zur Angstreduzierung (14, 15, 99, 184, 185). Die Orientierung der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Forscher am Symptom, an dem gestörten Verhalten, zeigt sich auch konsequent in der Wahl von Therapie und Ziel.

Schwerpunktmässig liegen die entsprechenden therapeutischen Ansätze entweder bei Aversionstherapie oder Methoden der Entspannung bzw. Desensibilisierung.

Die Aversionstherapie leitet ihre Berechtigung ab von der Hypothese, dass ein Verhalten, das aufgrund positiver Konsequenzen gelernt wurde, bei Induzierung negativer Konsequenzen verlernbar sein muss.

Da im Fall einer konditionierten Aversion zu erwarten ist, dass das betreffende Verhalten dann nicht mehr auftritt, ist bei den Arbeiten, die nur elektrische (47) bzw. emetische (184) Aversion anwenden, das gewählte Zielkriterium Abstinenz.

Andere Arbeiten, bei denen die Patienten einen hohen Grad von Angst aufwiesen und der Alkoholkonsum aufgrund seiner - tatsächlichen oder vermeintlichen - Angstreduzierung als Reaktion auf die Angst interpretiert wird, verwenden Methoden der

Entspannung bzw. Desensibilisierung (14, 15, 77, 99, 185), z. T. auch in Kombination mit anderen Methoden. Zielkriterium ist in diesen Fällen auch lediglich eine Rückkehr zu kontrolliertem Trinken und nicht notwendigerweise Abstinenz, außerdem aber auch eine Besserung in anderen Problembereichen, etwa sozialer Schwierigkeiten (99, 185) oder "increased productiveness, ... improved adjustment and pleasure in sex, ... improved interpersonal relationships, ... ability to handle ordinary psychological and reality stresses" (14, 15), etc. .

Festzuhalten bleibt, daß aus der ohnehin geringen Zahl der Arbeiten, die sich überhaupt um eine Definition oder nähere Bestimmung des zu therapierenden Phänomens "Alkoholismus" bemüht haben, lediglich die der verhaltenstherapeutischen Richtung Definitionen liefern konnten, nach denen die jeweilige Wahl der Therapie und der Therapieziele begründet war.

3. Hospitalisation und kombinierte Verfahren

Einen großen Bereich nehmen auf dem Gebiet der Alkoholismustherapie solche Behandlungsversuche ein, bei denen die Patienten mehrere Wochen oder auch Monate lang hospitalisiert sind, keine spezifischen, klar umrissenen therapeutischen Ansätze verfolgt werden, sondern umfangreiche Rehabilitationsprogramme veranstaltet werden, die Milieuthherapie, Gruppen- und Einzeltherapie, Pharmaka, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Beratung, Alkoholerziehung, AA, Familienberatung, "case work", u.a. umfassen können.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung machen derartige Verfahren, einschließlich einiger vereinzelter Ansätze, die keinem anderen Therapiebereich zuzuordnen waren, 53, also gut 25 % der insgesamt vorliegenden Arbeiten aus.

Diese Berichte sind durchweg keine experimentellen Untersuchungen.

Es handelt sich im wesentlichen um beschreibende Darstellungen des Therapieprogramms und der Erfolgswahlen.

Nur 5 Arbeiten verwenden zur Abklärung ihrer Fragestellung eine Kontrollgruppe, der die Patienten per Zufall zugewiesen wurden (1, 31, 54, 151, 167). Darüber hinaus werden nur noch "vorher-nachher" Vergleiche durchgeführt (1, 12, 69, 87, 95, 137, 142, 147, 151, 160, 163, 164, 167, 192, 193, 197), die allein aber nicht ausreichen, um die Effektivität eines therapeutischen Verfahrens nachweisen zu können.

Eine Therapiebewertung nach den angegebenen Kriterien, die sich nur auf unkontrollierte Durchführung von noch dazu sehr globalen und von Fall zu Fall variierenden Behandlungsprogrammen beziehen kann, ist in diesen Fällen schlechthin nicht möglich.

Die angeführten Erfolgsziffern werden daher nur als grobe Orientierung dienen können.

Darüber hinaus kann nur ein Einblick in die sehr unterschiedlichen Fragestellungen gegeben werden, die die Autoren jeweils verfolgten, denn aufgrund der Verschiedenartigkeit der Arbeiten wird es kaum möglich sein, zusammenfassende Ergebnisse zu formulieren.

Bei den Institutionen, an denen derartige Behandlungsprogramme durchgeführt werden, handelt es sich in der Regel um Hospitäler, bei einem großen Teil, insgesamt 17, um die sogenannten "Veterans Administration Hospitals" (5, 46, 63, 72, 73, 95, 129, 134, 159, 164, 165, 166, 167, 188, 193, 196, 197). Des weiteren werden genannt "State Hospital" (27, 28, 65), "Mental Hospital" (26, 121, 147), "University Clinic" (69, 142), u.a..

Zu den namhaften Institutionen dieser Art zählt im deutschsprachigen Raum die von Kryspin-Exner geleitete Anstalt für Alkoholranke in Wien-Kalksburg (100).

Auf den Einfluß, den ein unterschiedliches "setting", die Institution, an der die Untersuchung stattfindet, auf den Therapieverlauf ausüben kann, wurde in der Literatur hingewiesen (210), doch kann er für die zitierten Untersuchungen nicht einzeln ermittelt werden, da zusätzliche unterschiedliche Faktoren (Klientenvariablen, Therapieart, Dauer etc.) eine isolierte Beurteilung der Variablen "Institution" nicht zulassen.

Einen Vergleich verschiedener Institutionen führt nur Pattison (147) durch.

Da aber an jeder der 3 Institutionen auch eine andere Therapie angewandt wurde, können unterschiedliche Resultate nicht mit Sicherheit auf den Faktor "Institution" bzw. Therapie zurückgeführt werden.

Auffallend ist, daß die Mehrzahl der Untersuchungen sich nur auf männliche Patienten bezieht:

28 Autoren behandeln nur Alkoholiker, 10 sowohl männliche wie

weibliche, und 3 nur Alkoholikerinnen.
Die übrigen geben das Geschlecht nicht an.

Verbindliche Informationen über geschlechtsspezifische Unterschiede können auf dieser Grundlage ebenfalls nicht gewonnen werden, denn von den 10 Untersuchungen (1, 23, 27, 28, 65, 84, 139, 142, 162, 198), in denen sowohl männliche wie weibliche Patienten behandelt werden und die daher aufgrund gleicher therapeutischer Bedingungen allein für einen Vergleich geeignet wären, geben nur 2 (65, 198) die Ergebnisse für Männer und Frauen getrennt an, ermitteln aber nur geringfügige Unterschiede.

Zur Darlegung der Informationen, die diese Arbeiten vermitteln können, soll zunächst auf die kontrollierten Studien eingegangen werden, da diese erwartungsgemäß noch am ehesten gesicherte Befunde liefern können.

Aharan (1) vergleicht 3 Gruppen in der Absicht, herauszufinden, ob die Merkmale "Bereitschaft zu Disulfirameinnahme, Nüchternheit bei Aufnahme, freiwillige Therapie, Anzahl der Kontakte mit der Klinik" Hinweise für bessere Motivation sind, fand diese Hypothese aber nicht bestätigt. Unterschiede im Therapieerfolg werden nicht berichtet.

Chafetz (31) bemüht sich bei der experimentellen Gruppe besonders um Herstellung einer therapeutischen Beziehung nach Gesichtspunkten wie "utilization of the alcoholic's dependency needs, consideration of his lowered self - esteem, reduction of frustration, communication through action, offering a continuity of care", und kam im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu einem signifikanten Anstieg der Klinikkontakte. Allerdings wird die Therapie selbst nicht spezifiziert.

Edwards (54) vergleicht 2 Gruppen, die zwar im wesentlichen die gleiche Therapie erhielten die eine jedoch stationär, die andere ambulant, fand aber keinen signifikanten Unterschied.

Er betont jedoch, daß dieses Resultat sich nur auf diese spezielle stationäre bzw. ambulante Therapie bezieht und nicht weiter verallgemeinert werden kann.

Pittman (151) läßt zum Zweck einer Therapiebewertung der experimentellen Gruppe eine stationäre Behandlung zukommen mit Gruppentherapie, medizinischer, psychiatrischer und sozialfürsorglicher Betreuung, Vorträgen, Beschäftigungstherapie,

und als Nachbehandlung wird zu wiederholtem Kontakt mit der Klinik und zu AA Teilnahme ermutigt, bzw. soweit notwendig, an geeignete soziale Institutionen überwiesen.

Die Kontrollgruppe erhielt nur den Standardentzug, wurde zwar zu einer stationären Behandlung wie die der experimentellen Gruppe ermutigt, aber ohne jede Nachbehandlung.

Es muß hier kritisiert werden, daß nicht angegeben wird, wieviele Patienten der experimentellen Gruppe an der Nachbehandlung und wieviele Kontrollpatienten an dem stationären Programm teilnahmen und auch, daß die Ergebnisse nicht entsprechend aufgeschlüsselt wurden - die dann u.U. ein anderes Bild ergeben hätten.

So werden zwischen beiden Gruppen nur signifikante Unterschiede festgestellt bezüglich verbesserter Gesundheit, Berufstätigkeit, sozialer Stabilität, und keine in Bezug auf Trinkverhalten, durchschnittliches Einkommen, Wohnverhältnisse, Migration, Arretierungen.

Der Bericht von Rothstein (167) beinhaltet nur den Plan zu einer Untersuchung, in der die Routinebehandlung des Hospitals verglichen werden soll mit der eines "open ward management", und für die noch keine Ergebnisse vorliegen.

Über Therapieeffektivität läßt sich von diesen Untersuchungen her, wie sich zeigt, nicht viel in Erfahrung bringen.

Auch eine ganze Anzahl weiterer Berichte von fehlenden Kontrollen abgesehen, lassen über die Wirksamkeit der Therapie nichts Verbindliches erkennen, da jeweils nur auf bestimmte Aspekte im Therapieverlauf eingegangen wird.

Blane (16) ermittelt Korrelationen zwischen sozialer Schicht und Herstellung einer therapeutischen Beziehung.

Canter (28) erreichte eine größere Teilnahme der Patienten an der Therapie dadurch, daß er sie mehr Selbstverantwortung für das Programm und für ihre eigene Rehabilitation übernehmen ließ.

Ferneau (63) zeigt eine Beziehung auf zwischen Dauer der Hospitalisation und Abstinenz: Patienten, die 16 Wochen und länger im Hospital verbrachten, blieben signifikant mehr abstinent.

Von Fitzgeralds (65) Patienten weisen Ausfälle eine signifikant schlechtere Anpassung auf als solche, die die Therapie beenden, doch besteht keine signifikante Beziehung zu Rehospitalisierung. Hoffmann (78) gibt seinen Patienten "a set of 52 mood items", die "Marlowe Crowne Social Desirability Scale", und die "Edwards Social Desirability Scale" um festzustellen, welche Wirkung seine Hospitalbe-

handlung auf die Stimmungslage seiner Patienten aus ihrer Sicht hat und meint, sie sei geeignet, Schuldgefühle zu reduzieren. Nelson (137) meint, daß besonders gefährdete Alkoholiker in einem regulären Therapieprogramm bedeutend weniger Änderung bezüglich der Psychopathologie zeigen und daher eine strukturierte Langzeittherapie benötigen. Neumann (138) wendet eine identische Therapie bei erwachsenen Alkoholikern und jugendlichen Drogenabhängigen an und diskutiert, warum sie bei den Drogenabhängigen fehlschlug, und Rhodes (160) muß feststellen, daß bei tuberkulösen "Skid Row" Alkoholikern sich eine allgemeine Verschlechterung nach einer Hospitalisation zeigt.

All diese Berichte sind im Grunde sehr wenig informativ. Selbst das, was an Resultaten erbracht wird, hat oft nur im Kontext der speziellen Untersuchungsbedingungen Geltung und kann nicht weiter verallgemeinert werden.

Was diese Arbeiten zeigen, ist vielleicht das: wieviele Berichte im Bereich der Alkoholikertherapie veröffentlicht werden, die keinen Beitrag zu einer Therapiebeurteilung leisten.

Eine beträchtliche Anzahl der Untersuchungen zielt, primär oder sekundär, auf die Ermittlung von Prognosevariablen ab (26, 46, 51, 69, 90, 129, 134, 138, 162, 163, 165, 166, 174, 188, 197, 198,).

Ein Résumé der Ergebnisse trifft insofern auf Schwierigkeiten, als zum einen die einzelnen Autoren zum Teil einander widersprechende Resultate erzielen, zum anderen die ermittelten Variablen von so unspezifischem Charakter sind, daß sie unvergleichbar sind oder es werden Unterschiede nur bezüglich einiger Items von Tests angegeben, die von keinem weiteren Autoren verwendet werden.

Am ehesten faßbar sind demographische Variablen: Bezüglich des Alters wird in 2 Fällen keine Beziehung zum Therapieerfolg festgestellt (51, 90), in einem Fall galt jüngeres Alter als prognostisch ungünstig (129), in einem anderen als günstig (174).

Verheiratet sein und geordnete Familienverhältnisse stehen - mit 2 Ausnahmen, wo keine Beziehung festgestellt wurde (165, 166) - in signifikanter Beziehung zu Erfolg (51, 90, 129, 138, 165, 188, 197, 198). Als prognostisch günstig ermitteln 6 Autoren Berufstätigkeit (51, 69, 90, 165, 197, 198), und einer zusätzlich geringsten Statusverlust (69).

Eine längere Dauer der Symptomatik erweist sich in 2 Fällen (129, 174) als ungünstig, in einem Fall wird keine Beziehung festgestellt (51).

Bezüglich des Aufnahmepmodus zeigt sich in 3 Fällen eine Beziehung zwischen freiwilliger Teilnahme und Erfolg (26, 129, 138), in einem ist keine Beziehung feststellbar (90).

Die Bedeutung der Anzahl bisheriger Behandlungen wird nur in einer Arbeit untersucht (51), doch zeigt sich keine signifikante Beziehung zu Therapieerfolg.

Gute Motivation bezeichnen 3 als vorteilhaft (69, 129, 163).

Darüber hinaus wurden von mehreren übereinstimmend Antabus Einnahme (46, 162), AA Teilnahme (90, 163, 166, 188) - mit einer Ausnahme (12) - und Akzeptierung des Alkoholproblems als solches (26, 69, 134, 138) als prognostisch günstige Faktoren ermittelt.

Im übrigen wären an Prognosevariablen nur noch Einzelbefunde zu nennen, wie "intaktes Über-Ich" (138), "degree of involvement of significant others" (162), keine Krankheiten vor dem 20. Lebensjahr und mehr psychiatrische Krankheiten bei den Geschwistern (174), neurotische Züge (188), bessere emotionale Kontrolle (197), etc..

All diese Befunde können erst nach mehrfacher Bestätigung als gesichert akzeptiert werden.

Auch muß gewährleistet sein, daß Signifikanzberechnungen durchgeführt und Angaben über Beziehungen nicht nach dem bloßen Augenschein gemacht wurden (138, 165). Vor allem aber muß in Betracht gezogen werden, daß diese Prognosevariablen, will man sie als solche überhaupt akzeptieren, nur im Bereich der genannten therapeutischen Verfahren Gültigkeit haben und nicht auf Alkoholismustherapie generell zu beziehen sind.

Vom momentanen Forschungsstand her sind aber auch bezüglich anderer therapeutischer Ansätze noch keine verbindlichen Informationen darüber erstellbar, welche Variablen bei welcher Therapie erfolgversprechend erscheinen.

Zur Erforschung dieses Problems wäre ein Vergleich lediglich der pro Therapie ermittelten Prognosevariablen ein zu unsicheres Verfahren, da zu viele unterschiedliche Größen in die Untersuchung mit eingehen.

Prognosevariablen könnten nur im Rahmen jeweils einer geschlossenen Untersuchung bei einem Vergleich mehrerer Therapien ermittelt werden - was im Rahmen der gesamten vorliegenden Arbeiten nur ausnahmsweise unternommen worden ist (91, 92, 93).

In einigen der zitierten Arbeiten wird eine Frage angeschnitten, die auch im Verlauf weiterer Therapiebesprechungen auftaucht, und auf die daher hier kurz eingegangen werden soll.

Es geht um die Frage: Abstinenz während der Therapie?
Abstinenz als Zielkriterium?

Ritson (162) führt u.a. "Abstinenz während der Therapie" als Prognosevariable für Therapieerfolg an.

Dem entgegengesetzt sind die Befunde von Gottheil (72, 73, 74), der im Rahmen eines umfassenden Hospitalprogramms die Hypothesen prüft, daß bei verfügbarem Alkohol die Patienten nicht widerstehen und, einmal angefangen, nicht würden aufhören können, sondern regelmäßig trinken und jede Gelegenheit dazu wahrnehmen würden. Jede Versuchsperson konnte wählen, gar keinen, 1 oder 2 "ounces" Alkohol stündlich Montag bis Freitag von 9 - 21 Uhr zu trinken.

Die Hypothesen wurden nicht verifiziert:

36 % (73) bzw. 44 % (74) tranken überhaupt nicht,

36 % (73) bzw. 23 % (74) tranken zunächst, hörten aber vor Therapieende wieder auf, nur die restlichen tranken während der ganzen Therapiedauer.

Bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten zeigte sich, daß in die Kategorien "abstinent" und "trinkt weniger als 2 mal pro Woche" Patienten aller 3 Gruppen fielen. Die während der Therapie nicht getrunken hatten, tranken zwar auch anschließend weniger, doch ist der Unterschied nicht signifikant.

Die Daten belegen eindringlich, daß Alkoholgenuß bei Alkoholikern nicht notwendigerweise zu "irresistible craving, more drinking and loss of control" (74) führt.

Auch Räkköläinen (155) zeigt an einer retrospektiven Studie an verstorbenen Alkoholikern, daß einige in der Lage waren, zu kontrolliertem Trinken zurückzukehren.

Man kann also folgern, daß nicht der Alkoholgenuß an sich problematisierend wirkt, sondern dafür andere Faktoren verantwortlich sein müssen.

Demnach ist der sich allmählich durchsetzenden Einsicht, daß Abstinenz nicht notwendiges Zielkriterium sein muß, vollauf zuzustimmen.

Diese Frage wird auch im Verlauf der weiteren Untersuchung wiederholt aufgegriffen werden.

Es bleibt die Frage, inwieweit Alkoholgenuß während der Therapie nicht lediglich geduldet, sondern auch therapeutisch genutzt werden kann.

Canter (27), der Patienten beschreibt, die in der problemfreien Hospitalatmosphäre abstinent waren, nach Entlassung aber schnell rückfällig wurden, plädiert für eine Symptombehandlung in Gegenwart von Alkohol.

Es wird zu untersuchen sein, welche therapeutischen Ansätze dafür Anregungen liefern können.

Will man die vorliegenden Therapieprogramme nach ihrer Effektivität beurteilen, ist man, wie bereits erwähnt, auf mehr oder weniger verlässliche Erfolgsstatistiken angewiesen.

Unterschiedliche Stichproben, Therapiedurchführungen, Nachuntersuchungen in verschiedenen Zeiträumen, Datenerhebungen und Definitionen der Erfolgskriterien machen einen Vergleich der Ergebnisse, so wie sie vorliegen - abgesehen von den fehlenden Kontrollen - im Prinzip unmöglich.

Wählt man als Vergleichsmaß die angegebenen Prozentzahlen für "Abstinenz" - wenn es auch ein fragwürdiges Zielkriterium ist, hat es wenigstens den Vorteil, einheitlich definiert zu sein, im Gegensatz etwa zu einer Kategorie "gebessert" - so ergeben sich folgende Zahlen:

Bradfer (23) berichtet in der Katamnese nach 6 Monaten von 36 % Abstinenten; Katz (87) von 25 %; Kish (90) nach 12 Monaten von 14,5 %; Knox (95) findet nach 4 Jahren bei 16 % keine Trinkprobleme; daneben heben sich die Zahlen von Kryspin-Exner (100) mit 40,8 % seit über 1 Jahr abstinent sehr vorteilhaft ab;

bei Marg (121) beträgt die Abstinenzrate nach unterschiedlichem Follow-up 13 %; bei Ritson (162) nach 12 Monaten 20 %, bei Rohan (165) 34 %, und Tomsovic (188) 18 %.

Die Ergebnisse überschreiten kaum die Rate, die man an spontanen Remissionen erwarten kann.

Selbst wenn man ein weniger rigides Erfolgsmaß anwendet, sind außergewöhnliche Ergebnisse nicht zu erwarten.

Zieht man noch dazu in Betracht den enormen Aufwand an Organisation und Kosten, die derartige langdauernde Hospitalisationen erfordern, so erscheinen kurzfristige, aber gezieltere therapeutische Maßnahmen sowohl vom ökonomischen als auch vom therapeutischen Standpunkt her als bedeutend effizienter.

4. Pharmakologische Therapien (symptomatisch)

4.1. Disulfiram

Disulfiram, bzw. Antabus, hat seit seiner zufälligen Entdeckung als therapeutisches Agens bei Alkoholismus im Jahre 1948 zwar vielfache Verwendung erfahren, doch haben die wenigen, meist mangelhaft durchgeführten Untersuchungen von seiner Wirksamkeit nicht hinreichend überzeugen können.

Die Tendenz zeichnet sich ab, Disulfiram nicht mehr als ausschließliches therapeutisches Mittel zu verwenden, sondern lediglich als stützendes Hilfsmittel in Kombination mit verschiedenen anderen therapeutischen Ansätzen.

Der Grund dafür mag z.T. in der erwähnten zweifelhaften Wirksamkeit liegen, z.T. sicher auch in der immer noch gegebenen Gefahr schädigender Nebenwirkungen.

In den hier untersuchten 202 Arbeiten seit 1964 berichten 29 von der Verwendung von Disulfiram bei der Therapie von Alkoholikern.

Davon verwenden 17 Disulfiram nur "unter anderem", in Kombination mit weiteren therapeutischen Maßnahmen, ohne daß der Einfluß des Medikaments auf den Therapieerfolg experimentell abgeklärt wäre.

Nur in 12 Arbeiten wurde Disulfiram derart verabreicht, entweder ausschließlich oder von anderen Therapieformen deutlich abgegrenzt, daß eine Abschätzung seiner therapeutischen Wirksamkeit zumindest von daher möglich ist oder sein könnte.

Der folgende kritische Überblick beschränkt sich daher auf diese 12 Arbeiten (7, 20, 25, 62, 76, 89, 108, 109, 110, 114, 125, 168).

Hill und Blane (210) wiesen 1967 in ihrer Literaturübersicht bereits darauf hin, wie irrtümlich die Annahme ist, daß gerade im Fall der Alkoholismustherapie die Wahl des Zielkriteriums eindeutig sei, denn erstens ist eine Änderung des Trinkverhaltens nur schwer exakt meßbar, zum anderen wird mehr und mehr in Frage gestellt, ob eine Änderung des Trinkverhaltens in Form von Abstinenz oder gemäßigtem Trinken als ausschließliches Kriterium ausreichend ist.

Die vorliegenden Arbeiten weisen keine differenzierte Beschäftigung mit der Fragestellung auf:

Falls nicht überhaupt auf eine Darlegung der Zielvorstellung verzichtet wurde (114), begnügen sich einige Autoren damit, lediglich die Absicht ihrer Untersuchung zu formulieren, etwa in der Art, einen Vergleich zwischen zwei Gruppen durchzuführen (7), eine experimentelle Anordnung zu überprüfen (109, 110), oder Prognosevariablen zu ermitteln (125). Diese Informationen geben aber keinen Hinweis dafür, wie schließlich der Therapieerfolg ermesen wurde.

Drei weitere Autoren (20, 76, 108) fordern ausschließlich Abstinenz; Levy (108) untersucht außerdem die klinische Sicherheit der Therapie. Eine angestrebte Reduzierung des Trinkverhaltens wurde in der Regel gekoppelt mit der Forderung nach Verbesserungen im sozialen Bereich, so Verdienen des Lebensunterhaltes und verbesserte familiäre und soziale Beziehungen (62), berufliche Anpassung (89, 168).

Ein zwar nur am Trinkverhalten orientiertes, aber meßtechnisch klarer erfaßbares Zielkriterium stellte Cahill (25) auf, nämlich Reduktion der Rückfallquote und der Dauer der Hospitalisierungen.

Sei es explizit ausgesprochen oder nur implizit, d.h. aus der Ergebnisdarstellung ablesbar: fast alle der vorliegenden Arbeiten, mit Ausnahme der drei genannten (62, 89, 168), verwenden ausschließlich die Modifikation des Trinkverhaltens als Zielkriterium. Die Frage, inwieweit damit eine Veränderung in der allgemeinen Lebenssituation der Patienten einhergeht, bleibt daher unbeantwortet.

Bestehen bleibt das Problem der Meßbarkeit des Zielverhaltens: Von den 12 Arbeiten machen 5 überhaupt keine Angaben über verwendete Meßmethoden und Instrumente (20, 76, 89, 109, 114).

In den übrigen Arbeiten ist die Eigenaussage des Patienten die vorherrschende Informationsquelle, sei es in Form von Interviews (62, 110, 125), "self-report" (168) oder Fragebogen (108). Obwohl die mangelhafte Reliabilität der Selbstbeurteilungen von Alkoholikern bekannt ist, wurden kaum Versuche unternommen, die unsicheren Ergebnisse durch zusätzliche Informationen abzustützen; in zwei Fällen wurden wiederholt medizinische Untersuchungen durchgeführt (108, 110); in einem fand eine Beurteilung durch das Klinikpersonal statt - aber auch diese Daten können keine verlässliche Information über einen längerfristigen Therapieerfolg liefern. Cahill (25) verwendet zwar als eindeutiges Maß die Zahl der Tage, an denen die Vpn nicht hospitalisiert waren, doch sagt ein solcher numerischer Wert auch nichts aus über die Lebenssituation der Patienten.

Lediglich in einer Untersuchung kamen standardisierte psychologische Tests, wie Wechsler, MMPI, TAT u.a. zur Anwendung (62), die allerdings nicht die angestrebte Fragestellung bezüglich Veränderung von Trinkverhalten, familiärer und sozialer Beziehungen beantworten können.

Es bleibt also festzuhalten, daß die vorliegenden Arbeiten nur unzureichende Meßmethoden verwandten, um die Erfüllung der von ihnen aufgestellten Zielkriterien zu messen. Entsprechend werden die derart ungenügend erhobenen Erfolgsdaten nur mit Einschränkung akzeptiert werden können.

Eine Erfolgsbeurteilung der Disulfiramtherapie wird aufgrund der vorliegenden Arbeiten auch deshalb schwer möglich sein, da mehrere Autoren ihre Untersuchungen an speziellen Populationen durchführten, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausgangsbasis kaum miteinander vergleichbar sind.

Bourne (20) behandelte "Skid-Row" Alkoholiker (die außer Angaben über Anzahl, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit nicht näher beschrieben waren), und verglich eine Gruppe Freiwilliger, die zwar schon mehrere Arretierungen wegen Trunkenheit hinter sich hatten, momentan aber ohne Gerichtsverfahren waren, mit einer anderen Gruppe von Patienten, bei denen ein Gerichtsspruch wegen Trunkenheit zur Bewährung ausgesetzt wurde unter der Bedingung, daß sie sich einer Disulfiramtherapie unterzogen, und sie bei vorzeitigem Abbruch der Therapie ihre Gefängnisstrafe verbüßen mußten. In dieser Gruppe waren allerdings nur solche Patienten, die vom Richter als "ausreichend motiviert" angesehen wurden.

Kimmel (89) behandelte ebenfalls per Gerichtsbeschluß überwiesene Patienten, freiwillige und unfreiwillige, die aber experimentell nicht unterschieden wurden, über die auch weiter keine Ausgangsdaten vorliegen. Als motivationaler Faktor wird lediglich darauf hingewiesen, daß die Patienten polizeilich geholt wurden, wenn sie einen Termin zum Abholen der Medikation versäumten.

Der kontrollierende Faktor ist auch in der Arbeit von Cahill (25) bestimmend, in der die Patienten (von denen sonst nur Anzahl, Alter und Anzahl bisheriger Behandlungen angegeben sind) nur unter der Bedingung aus dem Hospital entlassen werden, daß sie sich einer Disulfiram-Nachbehandlung unterziehen.

Ferguson (62) berichtet von einem Behandlungsprogramm in dem Reservat der Navaho-Indianer. Die ausgewählte Population wies zwar im sozioökonomischen Bereich eine weite Streuung auf, war aber sonst danach ausgesucht, daß die Patienten jeweils mindestens zehn Arretierungen hinter sich hatten und in ihrem familiären und beruflichen Leben aufgrund regelmäßiger Trunkenheit beeinträchtigt waren. Eine gerichtliche Strafe wegen Trunkenheit war bei der Bereitschaft zu einer 12-monatigen Disulfiramtherapie auf 18-monatige Bewährung ausgesetzt.

Levy (108) untersuchte eine Stichprobe, die aus Weißen und zwei Negern bestand. Im Übrigen fehlten aber wesentliche Angaben zur Stichprobencharakterisierung.

Eine sehr spezielle Patientenstichprobe behandelt Liebson (109, 110), nämlich Drogenabhängige, die unter Methadontherapie einen verstärkten Alkoholismus entwickelt haben.

Doch auch von den restlichen Arbeiten her dürfte eine Verallgemeinerung der Ergebnisse schwierig sein, da die Angaben über den Ausgangszustand äußerst dürftig sind, ohne genaue Spezifikation der Populationsmerkmale aber eine Replikation einer Untersuchung nicht möglich ist.

Von Lubetkin (114) erfahren wir lediglich die Anzahl der Patienten und die Institution, an der die Klienten ambulant behandelt wurden.

Hayman (76) gibt darüber hinaus nur noch das Geschlecht an, Rothstein (168) macht zwar Angaben zum psychischen Befund und zur Dauer der Symptomatik, aber nur in so allgemeiner Form wie Charakterstörungen und Neurosen und "long histories of alcoholism".

Als einziger spezifiziert Mayer (125), neben sonst ebenfalls sparsamen Informationen, das therapeutische Personal.

Ausreichende Daten über Klientenvariablen liefert lediglich Baekeland (7). Als einziger hat er auch den Versuch unternommen, die Motivation seiner Patienten - ermessen nach früheren oder gegenwärtigen AA Kontakten und Nüchternheit zum Zeitpunkt der Aufnahme - zu bestimmen.

Dieser Mangel an Information bei den übrigen Autoren ist gerade bei diesem Punkt um so schwerwiegender, als bei kaum einer anderen Alkoholismustherapie der Faktor Motivation so entscheidend ist, denn letztlich liegt es völlig beim Patienten, ob er die Medikation einnimmt oder nicht, so daß der Einfluß der Motivation auf den Therapieerfolg nicht unerheblich sein dürfte.

Es ist im Bereich der vorliegenden 202 Arbeiten praktisch nicht vorgekommen, daß ein Autor ein vor Therapiebeginn ausgearbeitetes Design vorgelegt und den aktuellen Verlauf dem gegenübergestellt hätte.

Es wurde nur vielmehr der Ablauf geschildert, und der Leser kann lediglich vermuten, daß das daraus ableitbare Design dem ursprünglichen Plan entspricht.

Auch die 12 Disulfiram Arbeiten machen da keine Ausnahme.

Der geplante Selektionsmodus, nach dem die jeweilige Patientens Stichprobe ausgewählt wird, bestimmt wesentlich, welche Merkmale die Population schließlich aufweisen wird. Eine Information über das Auswahlverfahren ist daher unerlässlich, insbesondere, um eine Replikation der jeweiligen Studie zu ermöglichen.

Drei Arbeiten kommen diesem Erfordernis überhaupt nicht nach (76, 109, 168).

Wenn Bourne (20) und Kimmel (89) ihre Patienten aus Straffälligen rekrutieren, ist der Personenkreis damit zwar grob gekennzeichnet, aber vom Auswahlmodus her noch nicht ausreichend beschrieben, insbesondere, wenn Bourne nur solche behandelt, die vom überweisenden Richter als "ausreichend motiviert" angesehen wurden, ohne daß dieses Kriterium näher definiert wäre.

Ferguson (62), der in dem Indianerreservat ebenfalls Straffällige auswählte, formulierte immerhin noch als zusätzliche Auswahlkriterien "mindestens 10 Arretierungen und schwere Beeinträchtigung im familiären und beruflichen Leben".

Eine vorhandene Klinikpopulation zu wählen ist zwar ein legitimes Verfahren (25, 108, 114), doch wird die Auswahl bereits wieder fehlerhaft, wenn nur die Patienten Disulfiram erhielten, die sich freiwillig meldeten (114), oder wenn es sogar nur heißt, daß Disulfiram der ganzen Klinikpopulation "angeboten" wurde (108), ohne Hinweis darauf, welche Patienten es nun tatsächlich erhielten.

Baekeland (7) unternimmt zwar als einziger den begrüßenswerten Versuch, den Einfluß unterschiedlicher Therapeutenvariablen auf den Therapieerfolg auszuschließen, indem er nur die Patienten eines einzigen Arztes auswählt, doch fragt sich, ob nicht dadurch, daß er außerdem, wie auch Mayer (125), nur die Versuchspersonen aufnimmt, über die vollständige Informationen vorhanden sind, bereits wieder eine verzerrte Auswahl entsteht.

So dürfte auch aufgrund der Fehlerhaftigkeit der Auswahlverfahren eine Verallgemeinerung der vorliegenden Therapieerfolge kaum vertretbar sein.

Experimentelle Kontrollen, in der Art eines Vergleichs der Befunde vor und nach der Behandlung und eines Vergleichs von Patientengruppen, die unterschiedlich behandelt werden (bzw. von denen eine ohne Behandlung bleibt), sind zur Beurteilung des Therapieerfolgs unerlässlich.

4 Arbeiten verwenden überhaupt keine Kontrollen (76, 89, 109, 114).

5 vergleichen Gruppen mit verschiedenen Behandlungsarten (20, 108, 110, 125, 168), aber ohne zusätzlich einen "vorher-nachher" Vergleich durchzuführen, so daß sich unterschiedliche Therapieerfolge zwischen den jeweiligen Gruppen nicht mit Sicherheit als durch die Therapie bedingt erklären lassen, da sich die Gruppen möglicherweise schon vorher unterschieden. Diese Gefahr ist besonders in den Arbeiten (20, 108, 110, 125) zu beachten, in denen die Patienten nicht zufällig auf die Gruppen verteilt oder zumindest nach entscheidenden Charakteristika in einem Zuordnungsverfahren den Gruppen zugeteilt wurden. In einem Fall (25) wurde nur ein "vorher-nachher" Vergleich durchgeführt, wobei immer die Möglichkeit besteht, daß ein Unterschied in den Vergleichsdaten auf andere als die Therapievariablen zurückführbar sein kann.

Lediglich Baekeland (7) und Ferguson (62) führen sowohl einen "vorher-nachher" Vergleich als auch einen Vergleich zwischen behandelter und nichtbehandelter Gruppe durch.

Zusätzliche Fehlerquellen, die durch die Einstellung von Patient oder Therapeut gegenüber dem verwendeten Medikament verursacht werden, haben nur Levy (108) und Rothstein (168) durch die Anwendung eines Doppelblindverfahrens ausgeschaltet.

Im Therapieverlauf unterscheiden sich die Arbeiten bezüglich der verabreichten Dosis kaum voneinander. In einigen Fällen wird die Dosishöhe nicht genannt (7, 89, 109, 125), doch hält sie sich im Allgemeinen zwischen 0,5 g (als Anfangsdosis) und (abnehmend bis zu) 0,25 g.

Unterschiede zeigen sich in der Verwendung eines Alkoholtests, bei der Anwendung zusätzlicher therapeutischer Maßnahmen und der Dauer der Therapie.

Zwischen 1940 und 1950, als die Disulfiramtherapie ihren Höhepunkt hatte, war es üblich gewesen, den Patienten einem Alkoholtest auszusetzen.

Heute haben von den vorliegenden Arbeiten nur 3 eine Alkoholreaktion provoziert (62, 76, 108), von ihnen Hayman (76) pro Patient sogar mehrere in regelmäßigen Abständen über ein ganzes Jahr hinweg.

Man kann von den Erfolgsziffern her aber nicht schließen, daß die Durchführung eines Alkoholtests zu besseren Ergebnissen führte.

Zusätzliche therapeutische Maßnahmen wurden grundsätzlich nicht näher spezifiziert und ihr Einfluß auch nicht experimentell abgegrenzt. Es heißt dann lediglich: "zu Teilnahme an AA und religiösen Gruppen wurde ermuntert" (20), wöchentlich fand "1 Stunde Psychotherapie" statt (76), Beratung und Psychotherapie "waren möglich" (62), "auf Wunsch" wurde Beratung durchgeführt (89), es wurden "Gruppen- und Einzelpsychotherapie, AA und Milieuthherapie" durchgeführt (168). Welche Patienten von den Angeboten Gebrauch machten, und inwieweit sie den Erfolg mit beeinflussten, läßt sich aufgrund der gegebenen Informationen nicht abschätzen.

Zum Zweck einer Therapiebewertung ist es erforderlich, daß im Voraus eine bestimmte Zeitspanne für die Durchführung der Therapie festgelegt wird und daß alle Versuchspersonen die gleiche Therapiedauer durchlaufen.

Aber nur 5 Autoren geben die exakte Therapiedauer an (von 6 Monaten (7), 12 Monaten (62, 76, 89) und 3 Jahren (109)), bzw. einen Untersuchungszeitraum von einem 3/4 Jahr (2); in diesem letzten Fall muß dann allerdings schon mit einer ungleichen Therapiedauer für die einzelnen Vpn gerechnet werden.

Die übrigen geben die Therapiedauer nur in so vagen Zeiträumen an, daß klar daraus hervorgeht, daß die Dauer der Therapie jeweils davon abhing, wann die Patienten von sich aus die Therapie abbrachen. Ohne einen derartigen Fixpunkt, an dem eine Therapie als beendet angesehen wird, ist es aber nicht möglich, "Ausfälle" zu identifizieren, und so überrascht es nicht, daß nur 3 Autoren (7, 20, 76) die Anzahl ihrer Ausfälle angeben.

Um die Wirksamkeit einer Therapie auf längere Sicht zu beurteilen, genügt es nicht, das Ergebnis bei Beendigung der Therapie zu betrachten, sondern ausschlaggebend ist das Zustandsbild, das sich bei einer katamnestischen Untersuchung, längere Zeit nach Therapieschluß, zeigt.

Es besteht noch Uneinigkeit in der Literatur über den Zeitpunkt, ab welchem ein Katammeseergebnis als hinreichend verlässlicher Indikator für ein stabiles Resultat gelten kann, als Mindestmaß sind aber in jedem Fall 6 Monate anzusetzen.

Die vorliegenden 12 Disulfiram-Arbeiten zeichnen sich, von 2 Ausnahmen abgesehen, durch ein völliges Fehlen jeglicher Nachuntersuchungen aus. Will man aber nicht den Standpunkt vertreten, ein Alkoholiker müsse lebenslänglich unter Disulfirameinnahme stehen, kann ein Erfolgsergebnis nur dann als solches gewertet werden, wenn es auf einem rückfallfreien Zeitraum nach Therapieende beruht.

Lediglich Ferguson (62) berichtet von Katammeseergebnissen nach 6 Monaten. Bourne (20) spricht von einer Nachuntersuchung am Ende der Untersuchungsperiode; es ist aber unklar, ob und für welche Patienten die Therapie schon vorher - und seit wann - beendet war.

Auf die Unzulänglichkeit der Datenerhebungen wurde bereits am Anfang des Kapitels hingewiesen. Zieht man noch dazu in Betracht, daß nur in 5 Fällen (7, 25, 62, 110, 125) die Ergebnisse statistisch abgesichert sind, können die Erfolgsangaben unter dem Blickwinkel aller angeführten methodischen Mängel nicht mehr als sehr aussagekräftig angesehen werden.

Im Folgenden sollen die jeweiligen Untersuchungsergebnisse kurz dargestellt werden, wobei stichwortartig die vorhandenen methodischen Mängel pro Arbeit zum Zweck der Relativierung der Ergebnisse mit angeführt werden.

Bourne (20), der bei gleicher Therapie zwei Patientengruppen, eine freiwillige und eine, deren Behandlung per Gerichtsbefehl forciert war, vergleicht, kommt zu folgenden Zahlen: von der erstgenannten Gruppe mit $N = 64$ brachen 17 nach 1 Klinikkontakt die Therapie ab, 32 waren bei Ende der Untersuchungsperiode noch aktiv, 4 aber nicht mehr abstinent; die Abstinenzperioden schwanken je nach Therapiedauer zwischen 3 Wochen und 9 Monaten.

Von den $N = 132$ der zweiten Gruppe waren 61 noch in Behandlung, weitere 17 hatten ihre Bewährung beendet und die Therapie abgeschlossen, die restlichen 15 waren vorzeitig ausgeschieden. Die Studie ist nicht sehr informativ, da Vergleichsdaten vor der Behandlung fehlen, Abstinenz einziges Zielkriterium ist, die Auswahlkriterien ungenügend spezifiziert sind, keine

therapiebezogenen Kontrollen verwendet wurden, der Einfluß möglicher zusätzlicher therapeutischer Verfahren nicht berücksichtigt wurde, die Patienten unterschiedliche Therapiedauer hinter sich hatten, keine Instrumente angegeben, keine statistische Untersuchung über Signifikanz durchgeführt waren, und die Erfolgsdaten zu spärlich ausgefallen sind, um eine Beurteilung des Trinkverhaltens, von sonstiger Rehabilitation ganz zu schweigen, zu gestatten.

Cahill (25) entließ seine Patienten nur unter der Bedingung, daß sie an einer Disulfiram-Nachbehandlung teilnahmen und zeigte, daß daraufhin die Rate der Rehospitalisierungen sank, bzw. im Fall einer Wiederaufnahme die Hospitalisation kürzer war. Als Kontrolle diente lediglich ein "vorher-nachher" Vergleich.

Ferguson (62) behandelte solche Alkoholiker in einem Indianerreservat, die schon erhebliche berufliche und soziale Beeinträchtigung aufwiesen, mit dem Ziel der Beseitigung destruktiven Trinkens, verbesserter familiärer und sozialer Beziehungen und Fähigkeit, den Lebensunterhalt zu verdienen. Kein destruktives Trinken zeigten 72 von 115 in Zeiträumen von 6 - 24 Monaten, während 43 als Mißerfolg gelten. Die Anzahl derer, die von der Wohlfahrt abhängen, sank von 24 % auf 17 %, entsprechend stieg die Berufstätigkeit an. Über angestrebte verbesserte familiäre und soziale Beziehungen liegen keine Meßdaten vor. Als günstige Prognosevariablen für einen Langzeiterfolg ermittelte er: spätere Aufnahme im Projekt, schlechtere Englischkenntnisse, weniger als 4 Jahre Schulbildung, Alter 30 - 55 Jahre, ständige Disulfiram-Einnahme, Abstinenz am Ende der Therapie.

Die Kontrollgruppe war nach Alter und Arretierungen in einem Zuordnungsverfahren zusammengestellt, enthielt aber z.T. Patienten die vorher die Therapie abgelehnt hatten, so daß eine teilweise tendenziöse Auswahl vorliegt.

Hayman (76) schloß mit seinen 16 Patienten einen Vertrag, in dem sie sich verpflichteten, das Therapieprogramm, das in zunehmenden Abständen Alkoholtests einschloß, ein Jahr lang mitzumachen und im Voraus dafür zu bezahlen. Von den 16 Patienten mußten 4 wegen Polyneuropathie ausscheiden, 8 blieben abstinent, 2 waren kurz (1-3 Tage) rückfällig und blieben dann abstinent, 2 schieden vorzeitig aus. Da die Untersuchung keine Kontrolle verwendete, kann nicht spezifiziert werden, welche Variablen den Therapieerfolg bestimmt haben; Abstinenz war das einzige Zielkriterium; Angaben zur Auswahl fehlen. Außerdem wurden

keine Meßinstrumente verwandt, keine Katamnese und keine statistischen Berechnungen durchgeführt.

Kimnel (89) liefert von seiner Patientengruppe nicht nur keine Ausgangsdaten, sondern gibt nicht einmal die Anzahl an, so daß die Erfolgsziffern nicht bewertet werden können. Außerdem fehlen Kontrollen, katamnestiche Untersuchung, Angabe von Meßinstrumenten und statistische Verarbeitung.

Levy (108) führt einen Vergleich durch zwischen Disulfiram und "Calciumcarbamidcitrat" bezüglich klinischer Effektivität, Sicherheit und Akzeptierung durch den Patienten und testet die Pharmaka im Doppelblindverfahren bei Alkoholikern und einer Gruppe normaler Versuchspersonen. Die Disulfiram Patienten zeigten stärkere Abnormitäten bei EKG und Blutdruck als die CCC Patienten. Unterschiedliche Auswirkungen auf das Trinkverhalten konnten nicht gesichert werden: 11 von 19 CCC Patienten und 6 von 11 Disulfiram begannen binnen 2 Monaten wieder zu trinken. Die Nebenwirkungen, die bei den normalen Vpn auftraten, waren bei Disulfiram drei mal so häufig wie bei Plazebo, und bei CCC noch geringer als bei Plazebo. Die Arbeit leidet darunter, daß das Auswahlverfahren unpräzise ist (allen Patienten "angeboten"), die Therapiedauer nicht für alle gleich war, eine Katamnese fehlt, das angestrebte Zielverhalten bezüglich des Trinkens weder exakt bestimmt, noch in seiner Messung und Beurteilung spezifiziert wurde, und keine Signifikanzen berechnet waren.

Liebson (110) behandelt Drogenabhängige, die unter Methadon Alkoholismus entwickelt haben und läßt die Patienten das tägliche (positiv verstärkende) Methadon kontingent auf Disulfiram einnehmen. Eine Gruppe wird dabei täglich überwacht, eine Kontrollgruppe erhält zwar dieselbe Anweisung, wird aber nicht kontrolliert.

Die kontingente Gruppe wies eine signifikant geringere Anzahl von Tagen auf, an denen Patienten tranken, als die Kontrollgruppe.

Es ist unklar, ob Ausfälle bereits von vornherein bei der Darstellung ausgeschlossen wurden; eine Katamnese fehlt; die Therapiedauer war unterschiedlich, und das Zielkriterium des Trinkverhaltens war nicht definiert.

In einer Fallstudie wendet Liebson (109) dieselbe Therapie an: der Patient ist seit 3-jähriger Einnahme ständig nüchtern und arbeitet regelmäßig (er war vorher arbeitslos).

Lubetkin (114) kann bei einer Untersuchung ohne Angabe von Ausgangsdaten, Zielkriterien, Verwendung von Kontrollen, Instrumenten (und einer ambulanten Therapie, die einen Bonus von \$ 2 für jeden eingehaltenen Termin pro Vp beinhaltet) keine weiteren Ergebnisse anbieten als die, wie häufig, bzw. selten noch wieviele Patienten ihre Termine einhielten, um ihre Medikation abzuholen.

Mayer (125) vergleicht Gruppen mit verschiedenen Behandlungsarten a) mit Tranquilizern, b) mit Disulfiram, c) mit Tranquilizern + Disulfiram, d) ohne Medikation, mit dem Ziel, Prognosevariablen zu ermitteln. Änderungen im Trinkverhalten werden kategorisiert nach "abstinent - reduziertes Trinken - nicht verbessert".

Verschiedene Korrelationen, wie die zwischen sozialem Status, Therapiedauer, Status des Therapeuten, Beziehung zum Therapeuten, Erfolg, Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, bzw. nichtmedizinischer Hilfen wurden über alle Patienten insgesamt ermittelt.

Abstinent waren 73 % der Disulfiram Patienten, 65 % derer ohne, und 42 % derer mit Tranquilizern. Die Ergebnisse wurden weiter ausgegliedert nach psychischer Stabilität und sozialem Status.

Es fehlen Angaben zur Zuteilung zu den verschiedenen Therapiearten, die Therapiedauer war nicht festgelegt; es fand keine Katannese statt; es war nicht bei allen Ergebnissen exakt angegeben, ob sie signifikant waren.

Rothstein (168) untersucht, ob Metronidazol zusätzlich zu einem Hospitalprogramm, bestehend aus Gruppen- und Einzelpsychotherapie, AA, Milieuthherapie und täglicher Disulfirameinnahme einen besseren Therapieerfolg in Form von reduziertem Trinken, Anpassung auf der Station bezüglich Arbeit und im sozialen Bereich mit sich bringt.

Die Vpn wurden in einem Doppelblindverfahren zufällig auf die Gruppen a) mit zusätzlichem Metronidazol, b) mit Plazebo verteilt. Da die Untersuchung während des Hospitalaufenthalts durchgeführt wurde - allerdings bei ungeplanter Therapiedauer - wurden die Datenerhebungen durch direkte Beobachtungen des Personals durchgeführt. Leider werden aber keine zahlenmäßigen Ergebnisse genannt, sondern lediglich bemerkt, es habe keinen Hinweis dafür gegeben, daß eine zusätzliche Behandlung mit Metronidazol förderlich sei.

Dieser Überblick macht deutlich, daß eine allgemeine Therapiebewertung aufgrund eines Ergebnisvergleichs der einzelnen Arbeiten nicht möglich ist, will man nicht denselben methodischen Fehler wie einige der kritisierten Arbeiten begehen, und "Äpfel mit Birnen vergleichen"!

Festzuhalten bleibt, daß keine Arbeiten vorliegen, die hinreichend methodisch einwandfrei und vom Ergebnis her so ermutigend wären, daß eine Befürwortung der Therapie mit Disulfiram für Alkoholiker vertretbar wäre. Nicht zu vergessen sei außerdem, daß eine Therapie mit Disulfiram immer noch das Risiko unangenehmer, wenn nicht schädlicher Nebenwirkungen in sich birgt, von denen auch hier 5 der diskutierten Arbeiten berichten (20, 76, 89, 108, 168).

4.2. Metronidazol

Seit Taylor 1964 ihre Untersuchungsergebnisse veröffentlichte, denen zufolge Metronidazol den Drang nach Alkohol reduziert und außerdem milde, Disulfiram ähnliche Reaktionen nach Alkoholkonsum hervorruft, wurden eine Reihe von Studien durchgeführt in der Hoffnung, die Ergebnisse bestätigen zu können.

Es waren hier 17 Arbeiten zugänglich, die den Wirkungsgrad von Metronidazol untersuchen, und die im Folgenden auf ihre methodische Exaktheit und Aussagekraft hin beurteilt werden sollen (19, 55, 66, 68, 70, 85, 104, 107, 111, 118, 128, 148, 152, 175, 186, 187, 191).

Vergleicht man den Informationsstand, der hier über den Ausgangszustand von den einzelnen Autoren erbracht wird, mit dem bei den Disulfiram Arbeiten, ergibt sich zwar ein etwas besseres, aber trotzdem bei weitem nicht ausreichendes Bild. Die Angaben, die noch am regelmäßigsten gemacht werden, sind die zu Anzahl, Alter und Geschlecht, wobei die Altersangaben allerdings meist nur einen weiten Bereich von ... bis umfassen und einzelne Altersklassen, wie auch die Geschlechtszugehörigkeit nicht in Form differenzierter Ergebnisdarstellung berücksichtigt werden.

6 Arbeiten sind es z.B. noch (19, 66, 85, 104, 128, 148), die die Dauer der Symptomatik angeben, aber meist auch nur in vagen Zeiträumen. Die beiden Autoren (85, 148), die ihre Versuchspersonen anzahlmäßig nach unterschiedlicher Dauer der Störung aufgliedern, treffen allerdings in der Ergebnisdarstellung für diese Gruppen auch keine Unterscheidungen mehr.

Nur 2 (55, 70) geben den Familienstand an. Informationen über den sozioökonomischen Status liefern 5, davon bezeichnen 2 (148, 186) ihre Versuchspersonen als "middle class", einer (152) die Mehrzahl seiner Patienten als "lower economic class", in einem Fall (55) wiesen alle "Skid Row histories of financial, work and family problems" auf - alles Einteilungen, die nicht sehr differenziert sind. Eine Aufgliederung nur nach Weißen und Farbigen (85, 152) ist als Information über den sozioökonomischen Hintergrund ohne weitere Daten schon kaum mehr informativ.

Weitere Ausgangsdaten liegen dann nur noch sporadisch vor, mit Ausnahme der Angaben zur experimentellen Situation und der Frage ambulanter oder stationärer Behandlung, die wiederum fast vollständig sind.

Da fast alle Arbeiten eine Änderung des Trinkverhaltens als ausschließliches Zielkriterium ansetzen, ist der Mangel an Information über den Ausgangszustand des Trinkverhaltens um so gravierender. Nur 4 Autoren machen überhaupt irgendwelche Angaben zu dem Punkt, und auch die sind äußerst dürftig: Gelder (68) und Swinson (187) begnügen sich mit der Jellinek'schen Klassifikation und definieren ihre Patienten als Gamma-Alkoholiker; Bonfiglio (19) kennzeichnet seine Patienten nur nach ihrer bevorzugten Getränkeart als exzessive Weintrinker; und Strassman (186) führt keine Therapie durch, sondern erprobt das Mittel an "normalen" Versuchspersonen, Nichtalkoholikern, die er als "social drinkers" einstuft.

Zweck der vorliegenden Untersuchungen ist durchweg, ausgesprochen oder unausgesprochen eine Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit von Metronidazol, die seit der Einführung in die Alkoholikertherapie 1965 durch Taylor nicht eindeutig nachgewiesen ist.

Zielkriterium ist bei 5 Arbeiten Abstinenz (55, 70, 111, 118, 152); kontrolliertes, bzw. reduziertes Trinken bei 4 Autoren (66, 104, 148, 187); die übrigen spezifizieren das angestrebte Trinkverhalten nicht näher.

Zur Untersuchung kamen außerdem: Auftreten einer Disulfiram-Wirkung (68, 152), Nachlassen des Verlangens ("craving") nach Alkohol (68, 191), Entwicklung einer psychischen Aversion gegen Alkohol (175); und Ermittlung von Prognosevariablen (152, 118, 187). Nur 2 Autoren gehen mit ihren Zielabsichten über ausschließliche Modifikation des Trinkverhaltens hinaus und untersuchen außerdem Veränderungen im psychischen Bereich (85, 111).

Bereits bei der Darstellung der Ausgangsdaten ließ sich aufgrund mangelnder Information nicht mit Sicherheit ausschließen, ob es sich bei den Patienten um spezifische Populationen handelt, was eine Verallgemeinerung der Ergebnisse für Alkoholikertherapie generell erschweren würde.

Auch die Informationen über das jeweilige Auswahlverfahren beseitigen diese Zweifel nicht, denn in 10 Fällen fehlen Angaben darüber völlig.

Es ist ein legitimes Verfahren, eine Patientenstichprobe nach bestimmten Kriterien auszuwählen (70), wenn diese ausreichend spezifiziert sind, da auf dieser Grundlage eine Replikation der Untersuchung möglich ist. 3 Autoren (19, 85, 111) spezifizieren umgekehrt bestimmte Variablen, nach denen Versuchspersonen ausgeschlossen blieben, was theoretisch auch ein gangbares Verfahren wäre, nur sind diese Variablen so eng gefaßt - nach gesundheitlichen Gesichtspunkten und Einnahme anderer Medikamente - daß sie zu einer genauen Bestimmung des Auswahlverfahrens nicht ausreichen.

Da die meisten Autoren ausdrücklich eine Therapiebewertung beabsichtigen, ist zu erwarten, daß sie exakte experimentelle Kontrollen verwenden. Das Bild ist auch weitaus befriedigender als im Fall der Disulfiram Arbeiten. Gar keine Kontrollen verwenden nur 3 Autoren (66, 107, 175), unbefriedigende Bonfiglio (19), der allen 3 Gruppen Metronidazol verabreicht, nur in unterschiedlichen Dosierungen, und Goodwin (70), der einen "vorher-nachher" Vergleich durchführt und zwischendurch einmal 3 Patienten auf Plazebo setzt.

Die übrigen, die entweder nur einen Vergleich mit einer Kontrollgruppe und "vorher-nachher" Vergleich verwenden (68, 85, 111, 152, 128b, 186, 187) haben alle - außer 128 - ihre Patienten im Einzel- oder Doppelblindverfahren getestet, so daß von daher unverfälschte Ergebnisse erwartet werden können.

Bezüglich des Therapieverlaufs geben 6 Autoren an, noch zusätzliche therapeutische Maßnahmen zu verwenden, wie Beratung (85), AA (85, 104), Formen von Einzel- oder Gruppentherapie (85, 148, 175, 187), Milieuthherapie (104), Antidepressiva oder Tranquilizer (104, 175), und "wenn nötig" Vitamine und Sedativa (152).

Etwa gleich viele arbeiten jeweils ambulant oder stationär. In Bezug auf die Kontrollgruppe wurde in der überwiegenden Mehrheit der Fälle ein Plazebo eingesetzt, nur 3 verwendeten andere therapeutische Mittel wie Phenytoin und Multivitamine (85) oder eine Kombination aus Disulfiram, Antidepressiva und Tranquilizern (128). Lal (104) bezeichnet als Kontrollgruppe

eine stationäre Gruppe, die früher ohne Metronidazol von ihm behandelt wurde - mit welcher Therapie? - es erhebt sich hier der Verdacht, daß retrospektiv eine Patientenpopulation zu einer Kontrollgruppe erklärt wird, und die Zufallsverteilung nicht mehr gewahrt bleibt.

Erhebliche Differenzen bestehen zwischen den einzelnen Arbeiten bezüglich der Dosierung der Medikation und der Therapiedauer. Die Dosierung schwankt zwischen einem Minimum an täglicher Einnahme von 250 mg und einem Maximum von 2250 mg. Es darf hier schon vorausgeschickt werden, daß eine Beziehung zwischen Dosishöhe und Therapieerfolg anhand der vorliegenden Daten nicht erkennbar ist.

Die Therapiedauer schwankt von Fall zu Fall zwischen 10 Tagen (68) und bis zu 2 Jahren (66). Allerdings liegen auch hier wieder 6 Arbeiten vor, in denen die Therapiedauer entweder gar nicht oder nur in groben Zeiträumen angegeben wird (66, 70, 107, 148, 152, 175), so daß klar ist, daß prospektiv keine bestimmte Dauer geplant war. Das Problem der Ausfall-Definition wurde bereits früher erläutert: auch hier machen 9 Arbeiten keine Angaben über Ausfälle - 5 davon gehören zu denen, die keine Therapiedauer festgelegt hatten!

Katamnestiche Untersuchungen sind nur spärlich ausgefallen. 9 Autoren erwähnen gar keine (55, 66, 68, 70, 107, 128, 152, 175, 186).

Bei den übrigen wird es teilweise ausdrücklich bestätigt, zum Teil kann es nur vermutet werden, daß sogenannte katamnestiche Untersuchungen noch während oder im unmittelbaren Anschluß an die Therapie bzw. Nachbehandlung stattfanden, also keine Informationen liefern über einen nachhaltigen Therapieerfolg auch über eine einnahmefreie Zeit hinweg.

Nur in 3 Fällen (85, 148, 191) scheint diesem Erfodernis nachgekommen zu sein, allerdings ist bei Penick (148) entsprechend der variablen Therapiedauer auch der Zeitraum bis zur Katamnese nur global angegeben und nicht gleich für alle Versuchspersonen.

Problematisch bleibt die Messung des Therapieerfolgs, der den genannten Zielkriterien zufolge bei fast allen Arbeiten ausschließlich auf das Trinkverhalten beschränkt ist.

Die 10 Autoren, die überhaupt Angaben über den Modus ihrer Datenerhebungen machen (55, 66, 68, 85, 104, 111, 118, 152, 186, 187), stützen sich vorwiegend auf die verbalen Aussagen

ihrer Patienten in Form von Interviews oder Fragebögen. Nur in zwei Fällen wurden zur Erhärtung der Information auch zusätzlich Angehörige befragt (104, 187); inwieweit damit die Aussagen gesicherter sind, ist angesichts der bekannten Verzerrungen des Sachverhalts, zu denen Angehörige von Alkoholikern ebenso wie diese selbst neigen, nicht auszumachen. Bei Linton (111) wird das Trinkverhalten durch das Klinikpersonal beurteilt, Platz (152) läßt den behandelnden Arzt einen Fragebogen über eingenommene Medikation und Trinkverhalten - aber auch nach den Aussagen der Patienten ausfüllen; medizinische Untersuchungen, Messung des Blutalkoholspiegels, Labortests kommen in 4 Fällen zur Anwendung (55, 66, 111, 186).

Da bisher keine standardisierten Meßverfahren zur Beurteilung von Trinkverhalten entwickelt worden sind, bleibt die Therapiebewertung vage.

Meist wird die Erfolgsbeurteilung nach 2 oder 3 groben Kategorien vorgenommen wie z.B. "gebessert - unverändert" (152), "Erfolg - Mißerfolg" (118), "abstinent - erneutes Trinken" (55), "kontrolliertes - unkontrolliertes Trinken" (148), oder nach einer Punkteskala (187).

Diese Praxis ist insofern zu kritisieren, als zum einen die Kategorien nicht näher definiert werden, zum anderen die Bewertung nicht differenziert genug mögliche Änderungen im Trinkverhalten, von sonstiger Rehabilitation ganz zu schweigen, erfaßt.

Gelder (68) versucht, einen Einstellungswandel gegenüber Alkohol mittels eines semantischen Differentials zu erfassen, aber es wäre interessanter zu erfahren, inwieweit solche verbalen Urteile in einem Testzeitraum von 10 Tagen mit dem tatsächlichen Therapieerfolg über längere Zeit hinweg übereinstimmen.

In den ohnehin wenigen Fällen, die Änderungen über das Trinkverhalten hinaus erfassen, kommen bei Kaplan (85) psychologische Tests wie MMPI und Untertests des Wechsler zur Anwendung sowie eine globale Beurteilungsskala mit 4 Kategorien "nicht verbessert" bis "bedeutend verbessert", die Stimmung, Anspannung, Kommunikationsbereitschaft etc. erfassen soll, über deren Gütekriterien aber nichts bekannt ist.

Lal (104) hatte zwar außer Reduzierung des Trinkens kein weiteres Zielkriterium angegeben, führt aber ein paar Zahlen zu sozialer, familiärer und beruflicher Besserung an, wenn auch ohne Erläuterung des Bewertungsmodus.

Von Linton (111), der anstrebte, Änderungen auf einer Verhaltensskala zu untersuchen, wird die Verwendung einer

"Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale" (IMPS) - ohne ausführliche Beschreibung oder Angabe von Gütekriterien - genannt.

Angaben zu Disulfiram ähnlichen Reaktionen und Änderungen des Alkoholverlangens ("craving") beruhen nur auf verbalen Aussagen der Patienten.

Es zeigt sich, daß der Prozeß der Datenerhebung auch bei diesen mehr experimentorientierten Metronidazol Arbeiten nur sehr unbefriedigend durchgeführt wurde, zumal überdies nur 8 Autoren ihre Ergebnisse auf statistische Signifikanz hin prüfen (68, 85, 111, 128, 148, 152, 186, 187).

Will man nun aufgrund der vorliegenden Arbeiten zu einer Therapiebewertung kommen, so wird ein Urteil dadurch erleichtert, daß 11 der 17 Autoren klar feststellen, daß die Therapie mit Metronidazol **n i c h t** zu einem positiven Erfolg geführt hat (55, 68, 70, 85, 104, 111, 128, 148, 152, 186, 191).

Es bleibt zu untersuchen, inwieweit die Ergebnisse der übrigen Arbeiten dieses Resultat in Frage stellen können:

Lysloff (118) meint aufgrund seiner Zahlen (als Mißerfolg gelten 21 Metronidazol und 19 Plazebopatienten, als Erfolg 19 Metronidazol und 7 Plazebopatienten), Metronidazol eine etwas günstigere Erfolgsrate zusprechen zu können.

Zu diesem Ergebnis müssen aber einige Bedenken angemeldet werden:

1. heißt es, daß von 100 Ausgangspersonen momentan 83 Fälle bearbeitet seien - und es ist unklar, ob die 17 noch fehlenden eine Auswahl darstellen, die das Ergebnis verändern können;
2. ist der Kontakt zu 17 der 83 Vpn verlorengegangen, und diese 17 werden bei der Ergebnisdarstellung nicht mehr mit berücksichtigt. Daß derartige Ausfälle eher zu Rückfällen neigen, ist bekannt; leider wird nicht gesagt, ob es sich um Vpn der Experiment- oder der Kontrollgruppe handelte;
3. wird zwar für die Gruppe der Erfolge und die der Mißerfolge jeweils die Anzahl derer genannt, die bis zur Katamnese weiter ihre Medikation nahmen, doch ohne daß sie nach ihrer Therapiezugehörigkeit aufgeschlüsselt wären;
4. ist nicht berechnet worden, ob der aufgetretene unterschiedliche Therapieerfolg der beiden Gruppen überhaupt signifikant ist.

Da diese Mängel das zahlenmäßige Ergebnis u.U. nicht unwesentlich beeinflussen haben, kann das Resultat nicht zur Befürwortung einer Metronidazoltherapie herangezogen werden.

Friedland (66) berichtet von 49 Erfolgen und 16 Mißerfolgen, hat aber keine statistischen Berechnungen durchgeführt, vor allem aber keine Kontrollen verwendet, so daß sein Erfolg dieser Therapie gar nicht sicher feststellbar ist. Außerdem war für die einzelnen Versuchspersonen die Dauer der Therapie unterschiedlich, so daß auch von daher unterschiedliche Ergebnisse herrühren können.

Bonfiglio (19), der nur 3 Gruppen mit unterschiedlicher Metronidazol Dosierung vergleicht, ermittelt nur die Reaktionen auf Alkoholtests und gibt an, daß 52 von 60 Patienten nach 8 Behandlungstagen kein Verlangen nach Alkohol hatten und schildert das weitere therapeutische Vorgehen ohne abschließende Ergebnisse.

Leger (107) verzichtet ganz auf eine kontrollierte Untersuchung mit Ausgangsdaten, Kontrollen, fester Therapiedauer, Katamnese, Datenerhebung und Signifikanzberechnung und meldet nur das fragwürdige Ergebnis von ca. 50 % dauerhaften Erfolgs nach 3-jähriger Praxis.

Semer (175), von dessen 26 Vpn schließlich 24 "nüchtern und leistungsfähig" waren, läßt ebenfalls die Grunderfordernisse einer exakten Untersuchung wie Verwendung von Kontrollen, Angabe einer konkreten Therapiedauer, Durchführung einer Katamnese, Angabe der Meßinstrumente und statistische Verrechnung entbehren. Da außerdem teilweise Tranquilizer und Gruppentherapie unkontrolliert eingesetzt wurden, ist die Wirkungsweise von Metronidazol hier vollends nicht mehr abzuschätzen.

Die einzige Arbeit, die noch am ehesten den methodischen Erfordernissen einer kontrollierten Untersuchung entspricht und Metronidazol eine positive therapeutische Wirkung zuspricht, ist Swinson (187).

Doch auch hier läßt eine genauere Betrachtung Zweifel an dem Untersuchungsergebnis aufkommen.

Vorweg sei auch angemerkt, daß der Autor selbst zugesteht, daß eine Gruppe von Alkoholikern, die freiwillig ein Jahr Metronidazol einnimmt, nicht gerade typisch für Alkoholiker allgemein ist.

Swinson hat nach jeweils 1, 6 und 12 Monaten - während der Therapie - seine Untersuchungen durchgeführt: nach einem Monat war kein signifikanter Unterschied zwischen der Experiment- und der Plazebogruppe feststellbar. Nach 6 und 12 Monaten zeigte die Metronidazolgruppe gegenüber der Kontrollgruppe zwar eine signifikante Besserung, doch waren vorher 25 Rückfällige ausgeschlossen worden.

Das Ergebnis am Ende der Therapieperiode, diesmal wieder für alle Patienten zusammengenommen, zeigte zwar ein besseres Ergebnis für die Metronidazolgruppe, aber nur auf einem Signifikanzniveau von 0,025, und es ist bedenklich, ob man sich damit zufrieden geben will.

In keinem Fall ist das Ergebnis so eindeutig, daß es die durchweg negativen Resultate der übrigen Arbeiten ernsthaft in Frage stellen könnte.

Einige sporadische Vermerke zu Einfluß auf Verlangen nach Alkohol und möglichen Disulfiram Reaktionen verändern den Gesamteindruck nicht.

Nennenswerte Prognosekriterien konnten ebenfalls nicht ermittelt werden.

Zieht man noch zusätzlich in Betracht, daß 10 Autoren (19, 55, 66, 70, 104, 107, 118, 152, 175, 187) von negativen Wirkungen der Medikation berichten, kann eine Fortsetzung der Alkoholikertherapie mit Metronidazol nicht mehr guten Gewissens vertreten werden:

Die Mehrheit der vorliegenden Arbeiten zeigte deutlich die Therapieunwirksamkeit des Medikaments, und der Aussagewert anders lautender Resultate konnte aufgrund methodischer Mängel auf jeden Fall stark in Zweifel gezogen, wenn nicht völlig bestritten werden.

Nachzutragen wäre noch eine Untersuchung von Lader (103), der mit Calciumcyanamid arbeitet und eine stationäre Patientengruppe, die 7 Tage lang morgens das Mittel einnahm vor anschließendem Alkoholtest, vergleicht mit einer ambulanten Patientengruppe, die die Testdosis nur ein einziges Mal erhielt. Allerdings wird der Vergleich nur in Bezug auf die unmittelbaren Alkoholreaktionen durchgeführt, der keine signifikanten Unterschiede erbrachte.

Im Hinblick auf Auswirkungen auf das Trinkverhalten wurden die Patienten lediglich nach der vermutlichen abschreckenden Wirkung befragt, aber es wurde keine katamnestiche Untersuchung durchgeführt, die den tatsächlichen Einfluß hätte ermitteln können, so daß über die therapeutische Wirkung des Mittels nichts ausgesagt werden kann.

5. Pharmakologische Therapien (nichtsymptomatisch)

5.1. Antidepressiva und Tranquilizer

Es wurden aus dem Bereich von Untersuchungen, die Mittel wie Antidepressiva und/oder Tranquilizer einsetzen, hier nur die berücksichtigt, bei denen - mehr oder weniger eindeutig - zu entnehmen war, daß sich dieser therapeutische Ansatz nicht, oder zumindest nicht ausschließlich, auf die Behandlung der unmittelbaren Entzugserscheinungen beschränkt, sondern auch

eine Beeinflussung des Alkoholproblems erwartet wird (9, 33, 49, 85, 86, 91, 92, 93, 94, 136, 156, 169, 176).

Es wäre interessant zu erfahren, welcher Art die Vorstellungen dieser Autoren über die Funktionsweise der vorliegenden Störung sind und welche spezifische Wirkung sie der angewandten Therapie bezüglich des Alkoholproblems zusprechen.

Wie schon früher dargelegt (s. Kapitel 2) fehlen Definitionen des Alkoholismus weitgehend.

Lediglich Kissin (91) beschreibt die Störung als "...impulse character disorder usually manifesting a high degree of anxiety and depression".

Mehr oder weniger implizit läßt sich wohl auch aus weiteren Arbeiten entnehmen, daß das Vorhandensein von Angst und Depression bei Alkoholikern vorausgesetzt wird.

Kissin (91) unternimmt aber als einziger den Versuch, durch einen Vergleich mit "normalen" Versuchspersonen mit Hilfe der IPAT Angst-Skala von Cattell und der Selbsteinschätzungs-Depressions-Skala von Zung zu zeigen, daß Alkoholiker tatsächlich allgemein höhere Angst- und Depressionswerte aufweisen als Normale.

Es wäre allerdings wünschenswert gewesen, diese Tests wären auch an den Patienten durchgeführt worden, an denen schließlich die Therapien bewertet wurden, denn so könnte immer noch die Verallgemeinerung des obengenannten Ergebnisses (ermittelt an N = 50 Alkoholikern) in Frage gestellt werden. (Er diskutiert weiterhin die negativen Therapieerfolge anderer Autoren bei isolierter Anwendung von jeweils einem Antidepressivum oder einem Tranquilizer und kommt daher zu dem Schluß, daß eine Kombination beider die Therapie der Wahl bei Alkoholikern sein müsse.)

Eine Alkoholismustherapie, die bei der Behandlung von Angst und Depression ansetzt, müßte aber zunächst nachweisen, daß diese Symptome entweder die Störung hervorgerufen haben, oder zumindest die Aufrechterhaltung des Alkoholismus weitgehend mitbestimmen.

Das wird aber von den vorliegenden Arbeiten nicht nur nicht geleistet, sondern in der Regel fehlt sogar selbst der Nachweis, daß die behandelten Symptome überhaupt vorliegen.

(Lediglich Knott (94) und Naviau (136) zählen eine Reihe von psychiatrischen Diagnosen auf, z.B. "psychoneurotische Störung - Manie", "Psychoneurose - Zwangsreaktionen", "soziopathische Persönlichkeit" etc. (94) oder "Beeinträchtigung der moralischen Urteilskraft", "Charakter- und Verhaltensstörungen", "intellektuelle Beeinträchtigung" etc. (136), die aber allein den gewählten therapeutischen Ansatz nicht hinreichend rechtfertigen, von der fehlenden Bezugnahme auf den Alkoholismus ganz zu schweigen.)

Es muß darauf hingewiesen werden, daß die angeführten Arbeiten nicht alle lediglich die Durchführung einer Alkoholismustherapie zum Ziel haben, sondern zum Teil spezifische Zielsetzungen verfolgen:

Bartholomew (9) beschränkt sich darauf zu erproben, ob Phenothiazin intramuskulär injiziert, 14 Tage wirksam ist und beurteilt den Erfolg nur nach psychischen Symptomen wie Angsterleichterung, Entspannung etc.

Karp (86) will mit Hilfe einer Untersuchung der Feldabhängigkeit der Alkoholiker in zwei verschiedenen Therapiegruppen ermitteln, ob sich damit ein prognostischer Indikator für die jeweilige Therapie bestimmen läßt.

Knott (94) zielt mehr auf eine Therapieanbahnung ab (und bemißt den Erfolg nach Teilnahme im Rehabilitationsprogramm und psychiatrischen Diagnosen);

ebenfalls Ryberg (169) der den medizinischen Ansatz als Überleitung zur Teilnahme an einem AA-Programm verwenden will (und nur Angaben macht zur Teilnahme am Programm und Abstinenz).

Außerdem ermitteln Kissin (91, 4.Exp., 92, 93) und Sereny (176) Prognosevariablen, Kissin insbesondere in der Absicht, Patienten aufgrund spezifischer Ausgangsvariablen bestimmten, für sie jeweils günstigeren Therapien zuweisen zu können.

Den übrigen Autoren geht es primär um Erfolgsbestimmung der jeweiligen Therapieart, wobei in den einzelnen Fällen unterschiedliche Zielkriterien angesetzt werden:

Charnoff (33) fordert ständige Teilnahme an der 6-monatigen Therapie, wobei als "gebessert" der gilt, der die 6 Monate abstinent bleibt; bereits 2 Rückfälle gelten als Mißerfolg.

Ditman (49) spezifiziert keine exakten Kriterien, sondern ermißt den Erfolg nur nach "besser - schlechter" aufgrund von globalen Einschätzungen, die sich auf Angstreduzierung, verbessertem Schlaf und Wohlbefinden beziehen,

ähnlich Kaplan (85), der außerdem noch psychologische Tests verabreicht und Angaben zur Abstinenz machte.

Kissin definiert in seinen Arbeiten "Besserung" nicht unbedingt mit völliger Abstinenz, doch "controlled drinking must be accompanied by both a dramatic reduction in the amount of drinking and a significant improvement in the social adjustment of the individual".

Naviau (136) spezifiziert ebenfalls keine Zielkriterien;

Ramsay (156) mit dem Ziel einer Reduktion der Ausfallrate setzt als Erfolgskriterium an die Häufigkeit, mit der die Versuchspersonen zu den Einzel- oder Gruppenberatungssitzungen während der Medikationseinnahme kamen;

Sereny (176) entscheidet den Erfolg nach "häufiger - seltener Nüchternheit".

Es zeigt sich also, daß nur knapp über die Hälfte der Autoren (33, 85, 91, 92, 93, 169, 176) bei ihren Zielvorstellungen Bezug auf das kritische Symptom, das Trinkverhalten nehmen, wobei untereinander auch keine Einigkeit darüber besteht, ob Abstinenz oder kontrolliertes Trinken zu fordern sei.

Die Beeinträchtigungen im familiären, beruflichen und sozialen Bereich, die bei Alkoholikern häufig zu finden sind, werden, außer bei Kissin, nicht mit in Betracht gezogen.

Das Schwergewicht liegt allgemein auf der Behebung psychischer Beeinträchtigungen, ohne daß sie als kausale Faktoren für die Störung des Alkoholismus ausgewiesen wären.

Unter diesem Gesichtspunkt werden schließlich auch die Erfolgsdaten beurteilt werden müssen.

Die Mängel der experimentellen Durchführung sind dagegen geringer.

Wir erfahren zwar nicht viel über die Auswahlverfahren; in drei Fällen wird von einer vorhandenen Klinikpopulation ausgegangen (9, 86, 92); es werden Personen aufgrund medizinischer Kontraindikationen ausgeschlossen (9, 85); eine Anzahl von Auswahlkriterien nennen nur zwei Autoren (86, 94).

Auf Kontrollen dagegen verzichten nur drei Autoren ganz (9, 136, 169); die übrigen führen alle Vergleiche zwischen zwei oder mehreren Therapiearten durch, z.T. auch mit einer Plazebo-Gruppe oder einer ohne Behandlung. Eine erfreuliche Anzahl gibt ausdrücklich an, daß die Zuteilung der Personen zu den Gruppen per Zufall erfolgte (33, 49, 91, 92, 93, 94, 156) und/oder im Doppelblindverfahren (33, 49, 85, 91, 94), so daß also nur in zwei der Fälle (86, 176), die Kontrollgruppen verwenden, diese Absicherung gegenüber entsprechenden Fehlerquellen nicht erfolgte.

Allerdings wurde nur in einem Fall außerdem ein "vorher-nachher" Vergleich durchgeführt. (85)

In den meisten Fällen besteht die Therapie aus der Vergabe von Antidepressiva (33, 86, 91, 92, 93, 156, 176) und/oder (kombiniert oder alternativ) Tranquilizern (33, 49, 86, 91, 92, 93, 94, 169, 176).

In Einzelfällen kommen Phenothiazin (9), Phenytoin (85) und Laevogultamin (136) zur Anwendung.

Bei den Kontrollgruppen werden, abgesehen von Plazebo, andere therapeutische Verfahren angewandt etwa Metronidazol oder Multivitamine (85), "Einsichts"-Therapie (86) oder ein stationäres Rehabilitationsprogramm (92, 93). Zum Teil werden solche aber auch zusätzlich zu der untersuchten Therapie durchgeführt, etwa als oberflächliche psychologische Unterstützung, Hilfe bei Berufsberatung, Unterkunft etc. (33), oder als Beratung, AA, "realitätsorientierte" Gruppen (85), Gruppen-, Einzeltherapie, Psychodrama (94) etc., deren therapeutischer Einfluß nicht ohne weiteres abschätzbar ist, besonders, wenn erkennbar ist, daß nicht alle Versuchspersonen gleichermaßen teilnahmen, wie etwa bei Ditman (49), wo es heißt, stützende Psychotherapie war "möglich", und "fast" alle erhielten Antabus.

Eine weitere Erschwerung der Therapiebewertung ergibt sich bei einer ungleichen Behandlung der Versuchspersonen, wenn z.B. Bartholomew (9) die Medikation in unterschiedlicher Menge verabreicht (wobei einer ethischen Entscheidung, die eventuell eine individuelle Therapie erforderlich erscheinen ließ, nicht zugunsten experimenteller Genauigkeit das Wort geredet werden kann); zu kritisieren ist aber die Darstellung von Sereny (176), der zwar an therapeutischen Interventionen Tranquilizer, Antidepressiva, aversiv wirkende Drogen und Gruppenpsychotherapie aufzählt aber ungeklärt läßt, inwieweit es sich dabei um abgegrenzte Kontrollgruppen handelt. Vielmehr entsteht der Eindruck, daß die Medikamente teilweise kombiniert verabreicht wurden, aber es fehlt eine genaue Bestimmung, wieviele Personen welche Therapie erhielten.

Unklar muß auch bleiben, inwieweit die unterschiedliche Dauer, mit der in den einzelnen Untersuchungen die Therapien durchgeführt wurden, von Einfluß auf die Ergebnisse ist. Die Spanne reicht von einigen Tagen (169) über drei (49, 86, 94) bzw. vier Wochen (85, 156) bis zu sechs Monaten (33, 91).

Zusätzlich zu dem Mangel, daß bei 4 Arbeiten (9, 92, 93, 176) Angaben zu den zeitlichen Variablen ganz fehlen, liegt bei Naviau (136) (wie offenbar auch bei Bartholomew (9) noch eine unterschiedliche Therapiedauer innerhalb der Untersuchung für die einzelnen Versuchspersonen vor. (Naviau teilt ohnehin nur klinische Beobachtungen mit und liefert daher auch keine experimentell auswertbaren Daten.)

Über die Notwendigkeit von katamnestischen Untersuchungen wurde bereits an früherer Stelle hingewiesen, und hier herrscht bei den vorliegenden Arbeiten erschreckender Mangel. Angaben über derartige Untersuchungen machen ohnehin nur 5 Autoren (85, 91, 92, 93, 176), die aber durchweg unbefriedigend sind: bei Kaplan (85) ist es sicher, bei Sereny (176) kann vermutet werden, daß auch in diesem Zeitraum weiter Medikation eingenommen wurde, so daß die Frage nach dauerhaften Veränderungen durch die Therapie nicht zu beantworten ist. Kissin (91) macht keine Angabe zum Zeitpunkt der Katamnese und Kissin (92, 93) gibt ihn an bei 1 Jahr nach Behandlungsbeginn - da die Dauer der Behandlung aber unbekannt ist, kann auch der Zeitraum bis zur Katamnese nicht erschlossen werden. Zieht man außerdem in Betracht, daß Kissin (92) an die Therapie eine ambulante Nachbehandlung von unbekannter Art und Dauer anschließt, fragt sich auch hier, ob eine derartige katamnestische Untersuchung überhaupt einen therapiefreien Zeitraum umfasst und prognostischen Wert hat.

Man kann also sagen, daß die vorliegenden Untersuchungsergebnisse durchweg nur den momentanen Therapieerfolg widerspiegeln und über dauerhafte Veränderungen nichts aussagen können.

Als gesicherte experimentelle Befunde können außerdem nur die gelten, die statistisch abgesichert sind, das sind aber immerhin 9 der 13 Arbeiten.

Die übrigen 4 sind die 3 ohne Kontrollen (9, 136, 169) und die von Knott (94), der mit der Begründung, die Daten seien ohnehin zu subjektiv, auf eine Signifikanzprüfung verzichtet - man hätte sich dann allerdings eine objektivere Datenerhebung gewünscht!

Zieht man die unbefriedigenden Zielkriterien in Betracht, die früher diskutiert wurden, so verwundert es nicht, wenn sich die verwendeten Meßinstrumente in denselben Bahnen bewegen. 5 Autoren (9, 33, 136, 156, 169) verwenden allerdings gar keine (zumindest fehlen dazu jegliche Angaben). Sofern gängige Tests Anwendung finden wie MMPI, Wechsler-Untertests, Gorham Proverbs, 41-Item Target Symptom Scale (85),

Kurzform des EFT (86) und Rorschach, Teile des Wechsler, Figur-Zeichentest, modifizierter EFT (92, 93), fehlen oft Begründungen für den Einsatz, denn zum Zweck der Erfolgskontrolle nach den angeführten Kriterien ist die Verwendung der genannten Tests nicht immer einsichtig.

Und im weiteren genannte Meßinstrumente sind nur sehr vage. Welche Aussagekraft man einem Symptom- und Befindlichkeitsfragebogen (49) ohne weitere Angaben zusprechen darf, ist fraglich, ebenso den unspezifischen Interviews und Fragebögen (49, 91, 92, 93, 176), die ebenso wie die Beurteilungsskalen (85, 94) erst dann eine glaubwürdigere Aussagekraft erhalten, wenn sie, etwa mittels Berechnung einer Beurteilerzuverlässigkeit auch nachgewiesen ist.

Das ist aber nur bei Kissin (92, 93) geschehen, bei dem sie 0,9 beträgt und so zufriedenstellt.

Daß Angaben zu den Gütekriterien der verwandten Instrumente generell eher die Ausnahme als die Regel sind, muß auch da kritisiert werden, wo zwar bekannte Tests zu Hilfe genommen werden, aber in verkürzter oder modifizierter Form (85, 86, 92, 93, 94), denn jede Veränderung eines Tests führt u.U. auch zu einer Beeinträchtigung der Gütekriterien.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung leiden z.T. sehr unter erheblichen Ausfallraten (92, 93, 169, 176), die in den extremsten Fällen bis zu 90 % und darüber gehen (33, 49).

Drei Autoren geben keine Ausfälle an (9, 94, 136); ob auch tatsächlich keine vorgekommen sind, ist aus den Angaben nicht zu ersehen.

Daß diese Ausfälle bei der Erfolgsbewertung nicht einfach ignoriert, sondern als Mißerfolge bewertet werden - wie es in der Regel angemessen ist - wird wenigstens in einigen Fällen ausdrücklich bestätigt (91, 92, 93) oder man kann es aufgrund der Daten vermuten (33); die übrigen geben es weder an, noch ist das vorgelegte Datenmaterial übersichtlich und vollständig genug, um eine eigene Schlußfolgerung zuzulassen.

Ohne im Einzelnen noch einmal auf die genannten, den berichteten Erfolg relativierenden Mängel einzugehen, sollen kurz die vorliegenden Ergebnisse betrachtet werden.

Wie von den dargelegten Zielkriterien her zu erwarten, werden Erfolgsangaben zu den psychischen Symptomen gemacht, und es überrascht nicht, daß bei der Behandlung dieser Symptome die gewählten Therapien erfolgreich sind.

Entscheidender aber dürfte sein, daß sämtliche Autoren, die in ihre Erfolgsbewertung auch das Trinkverhalten einbezogen, keinen Erfolg zu verzeichnen hatten.

Keine erlaubte den Schluß, solcher Art medikamentöse Therapien seien geeignet, das Trinkproblem unmittelbar zu beeinflussen (33, 85, 91, 92, 93, 169, 176).

Bestenfalls schnitten sie im Vergleich mit anderen Therapien besser ab als Plazebo, aber auch nicht immer, sie unterschieden sich aber nicht signifikant von den anderen Therapien.

Das dürfte im Kontext der Bewertung dieses therapeutischen Ansatzes das wesentlichste Ergebnis sein.

Es wären dann noch Einzelergebnisse zu erwähnen aufgrund einiger spezifischer Fragestellungen oder Zielkriterien:

Karp (86) ermittelt Feldabhängigkeit als prognostisch günstigen Faktor für Psychotherapie gegenüber medikamentöser. Ramsay (156) findet keinen Unterschied zwischen Gruppen in Bezug auf das Zielkriterium, wie häufig die Patienten jeweils zur Beratung kamen, und Ryberg (169) gibt an, wieviele Personen das erstrebte Zwei-Phasen Programm durchliefen, außerdem eine Anzahl von Patienten, von denen zufällig bekannt war, daß sie abstinent geblieben waren.

Auf die Ermittlung von Prognosevariablen (91, 4.Exp., 92, 93, 176) soll hier nur verwiesen werden, denn es ist wenig sinnvoll, hier ausführlich prognostisch günstige Faktoren für eine Therapie darzustellen, deren Effektivität bei Patientengruppen von Alkoholikern aufgrund der vorliegenden Untersuchungen nicht erkennbar war.

Zur Unterstützung dieser Interpretation sei auch auf die Besprechung von Ditman (206) hingewiesen, der noch auf eine Reihe von Untersuchungen Bezug nimmt, die bei der Abfassung dieser Arbeit nicht zugänglich waren, und der ebenfalls keine positiven Ergebnisse bei diesem therapeutischen Ansatz feststellen kann:

"Unfortunately, although drugs are widely prescribed, there is little evidence to support the use of very many. Since they are more widely used than evidence warrants, one can only conclude that they are used in ignorance or desperation, which in effect is treating the doctor and not the patient."

5.2. Halluzinogene

Die wiederholten enthusiastischen Berichte über bedeutende Heilerfolge von Alkoholikern mit LSD mögen der Grund dafür sein, daß eine relativ große Anzahl von Untersuchungen zum therapeutischen Effekt von Halluzinogenen an Alkoholikern durchgeführt worden sind. Allein für den hier in Frage stehenden Zeitraum konnten 20 diesbezügliche Untersuchungen erfaßt werden (21, 22, 24, 45, 52, 57, 58, 79, 83, 101, 102, 115, 116, 117, 140, 141, 177, 178, 183, 189). In letzter Zeit hat das Interesse der Forschung an derartigen Therapieversuchen allerdings wieder nachgelassen.

Die zahlreichen Veröffentlichungen, die zunächst auf Hoffer und Osmond's ersten Versuch 1953 hin folgten, zeichneten sich meist durch das Fehlen jeglicher experimenteller Kontrollen aus. Sie sind deshalb von vielen Seiten kritisiert worden, und es wurde zunehmend die Forderung nach kontrollierten Studien laut.

Es wird zu untersuchen sein, inwieweit die vorliegenden Arbeiten diesen Erfordernissen nachkommen, und ob sie die anfänglichen Erfolge der therapeutischen Methode bestätigen können.

Die Untersuchungen enthalten wenig Reflexionen darüber, inwieweit von der speziellen Wirkungsweise derartiger Drogen gerade eine Beeinflussung des Alkoholismus erwartet werden kann.

Man scheint sich auf Erfahrungsberichte zu verlassen, wie etwa die, daß Bill W., ein Mitbegründer der AA, sein entscheidendes Durchbruchserlebnis, das ihn vom Alkohol wegbrachte, in einem Delirium Tremens-Zustand hatte und psychedelische Drogen einen ähnlichen Zustand hervorrufen, mithin auch ein entsprechendes Resultat zeitigen könnten (205) oder wie Hollister (79) anmerkt, "Following the old injunction of William James that the "cure for dipsomania is religomania", many investigators have turned to psychotomimetic drugs to provide the latter."

Erwartet wird ein transzendentes oder mystisches Erlebnis, das dem Individuum eine neue Einsicht in sich selbst und seine Umwelt vermitteln soll, etwa in der Form von "recognition of self-defeating tendencies, rediscovery of one's basic sense of worth, a greater sense of relatedness to the world, and a general increase in optimism and hopefulness" (22).

Im Rahmen einer Psychotherapie soll es mit dazu beitragen "... (to) uncover unconscious material, strengthen the ego, allow an abreaction, heighten awareness, alter values, increase suggestibility, etc. (206)".

Man schreibt der Droge also keinen unmittelbaren Einfluß auf das Trinkverhalten zu, sondern nur einen mittelbaren, in der Annahme, daß sich im Verlauf einer Persönlichkeitswandlung oder zumindest eines starken innerpsychischen Erlebnisses - auf nicht zu spezifizierende Weise - auch das Trinkverhalten dabei ändert.

Bei der Bestimmung der Zielkriterien wird auch (abgesehen von Arbeiten mit speziellen Fragestellungen) bei vielen eine Änderung des Trinkverhaltens angegeben oder impliziert (21, 22, 52, 58, 79, 83, 102, 116, 140, 141, 178, 189). Die Hälfte der Autoren (21, 22, 52, 58, 79, 83, 102, 116, 140, 141) versteht einen Therapieerfolg außerdem im Rahmen einer generellen Besserung der Lebenssituation, entweder nur allgemein bezeichnet als "global adjustment" (102, 140, 141) oder nach Kriterien wie "interpersonal relationships", "employment", "legal adjustment" (116) u.ä..

Insofern unterscheiden sie sich nicht von den Zielsetzungen anderer therapeutischer Versuche bei Alkoholismus, auch nicht bezüglich der verwendeten Meßinstrumente, die die üblichen Verfahren, vorrangig Interviews und Beurteilungsskalen, meist mit Erfolgsbewertung nach drei oder mehr Kategorien umfassen. Ein paar Arbeiten (45, 101, 117, 177, 183) verzichten ganz auf die Festlegung von Zielkriterien und stützen ihre Erfolgsbeurteilung auf die Veränderungen, die sich in den Testwerten, vornehmlich von Persönlichkeitstests ergeben, wie MMPI (45, 101, 177, 183), EPI (45), CPI (117), Cattell 16-PF (183), u.a., wobei sich "Erfolg" dann versteht als "Besserung" nach den in den Skalen implizierten Normen.

Augenfällig ist, wie wenig Versuche unternommen wurden, den Einfluß abzuschätzen, den die jeweilige Erlebnisreaktion des einzelnen Individuums auf den Therapieerfolg hatte, zumal zu erwarten ist, daß eine derartige Droge bei verschiedenen Personen sehr unterschiedliche Wirkungen zeigt.

Van Dusen (52) und Tomsovic (189) gaben ihren Patienten die Blewett Scale of Psychedelic Reactions, fanden aber keine Korrelation zwischen Erlebnisart und Therapieerfolg.

Pahnke (140, 141) stufte die Erlebnisreaktion ein nach "tiefgreifend - merklich - minimal" und meint, eine starke Erlebnisreaktion als prognostisch günstiges Anzeichen werten zu können.

Eine endgültige Schlußfolgerung kann man aus den spärlichen Ergebnissen noch nicht ziehen.

Bei dem Versuch einer Bewertung dieses therapeutischen Ansatzes sollen im folgenden die Probleme des experimentellen Designs besprochen werden.

Es wäre einleuchtend, wenn bei Einsatz einer derartigen Droge, deren Auswirkungen zwar vielfach erprobt und beobachtet, aber letztlich nur diffus beschrieben und ungenau bekannt sind, die betroffenen Patienten sorgfältig ausgewählt würden, ein Verfahren, das experimentellen Erfordernissen, wie schon früher betont, nicht entgegensteht, vorausgesetzt, die Auswahlkriterien sind hinreichend spezifiziert, um eine Replikation der Untersuchung zu ermöglichen.

Tatsächlich werden nur bei der Hälfte der zitierten Arbeiten überhaupt irgendwelche Angaben zum Auswahlverfahren gemacht (21, 22 Exp. 2, 52, 57, 58, 79, 83, 117, 177, 178, 189), und auch die unterscheiden sich den Kriterien nach kaum von den Untersuchungen mit anderen Therapieansätzen. Betont werden nur in fast all diesen Fällen die Ausschlüsse solcher Patienten mit gewissen psychiatrischen Diagnosen, bzw. akut psychotischer Patienten (52, 57, 58, 79, 83, 117, 178, 189), und das erscheint angesichts der möglichen Wirkungen der Drogen allerdings gerechtfertigt.

Betont wurde auch früher bereits die Notwendigkeit von "vorher-nachher" Vergleichen zum Zweck der Erfolgskontrolle. Da hier bei einer relativ hohen Anzahl von Arbeiten, insgesamt (13, (21, 45, 79, 83, 101, 115, 116, 117, 140, 141, 177, 178, 183), die Durchführung einer derartigen Kontrolle konstatiert wird, soll an dieser Stelle etwas näher auf die Verfahrensweisen eingegangen werden (zumal dieser Punkt bei den anderen Therapie-diskussionen in der Regel nur gestreift wurde).

Bei einem derartigen Kontrollverfahren, das den Therapieerfolg beurteilt mithilfe eines Vergleichs von dem Zustand des Patienten vor Einsatz der Therapie mit dem nachher, müssen gewisse experimentelle Erfordernisse erfüllt werden, damit das Ergebnis als gesichert gewertet werden kann.

Es muß zunächst einmal angegeben werden, bezüglich welcher Verhaltensweisen oder Symptome überhaupt der Vergleich durchgeführt wird.

Es müssen die verwendeten Meßinstrumente spezifiziert werden, und es muß zweifelsfrei sein, daß bei beiden Datenerhebungen dieselben Instrumente eingesetzt wurden, damit die Daten auch wirklich vergleichbar sind.

Letztlich muß man von einem wissenschaftlichen Untersuchungsbericht erwarten, daß die erhobenen Daten dargelegt werden, um dem Leser eine eigene Interpretation zu ermöglichen. Bei den vorliegenden Untersuchungen bietet sich folgendes Bild:

4 Arbeiten (45, 101, 117, 177) spezifizieren nicht näher, bezüglich welcher Symptome der Vergleich durchgeführt wird, sondern verlassen sich stillschweigend auf die Aussagefähigkeit der verwendeten Tests.

Im übrigen sind die Zielkriterien angegeben, in allen Fällen auch die zur Erhebung verwendeten Instrumente. (Es kommt höchstens vor, daß mehr Instrumente genannt werden, als zum Zweck der beabsichtigten Datenerhebung notwendig erscheint: wozu z.B. gibt man, wenn sich das zu testende Verhalten auf Trinkverhalten und Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen beschränkt, den Rorschach (178.?)

Ob es sich jeweils vor und nach der Behandlung um dasselbe eingesetzte Meßinstrument handelt, ist in den Fällen u.U. schwer zu beurteilen, in denen ein Interview durchgeführt wurde, da es sich hierbei in der Regel um ein weniger standardisiertes Instrument handelt, als etwa bei psychometrischen Tests.

Diese Unsicherheit ist aber hier nur bei einer Arbeit (21) vorhanden, sonst haben alle Autoren betont, jeweils identische Datenerhebungen durchgeführt zu haben.

In den vorliegenden Fällen ist also experimentellen Erfordernissen zwar in etwa Genüge getan, doch ist es vielfach unterlassen worden, das Datenmaterial hinreichend mit zu publizieren.

In 5 Fällen werden gar keine Daten genannt (45, 83, 101, 115, 116), sondern die Ergebnisse nur summarisch zusammengefaßt.

In 4 weiteren Fällen (79, 117, 177, 183) liegt nur unvollständiges Zahlenmaterial vor, etwa in der Form, daß nur die Daten für den Zustand nach der Behandlung angegeben sind, oder in Form von "besser - schlechter" Kategorien bereits zusammengefaßt wurden.

Nur 4 Autoren (21, 140, 141, 178) erfüllen also die Forderung einer ausreichenden Darlegung ihres Untersuchungsmaterials.

(Die hier genannten Mängel finden sich durchaus auch in Arbeiten mit anderen therapeutischen Verfahren, z.T. auch in gravierenderem Ausmaß; es kann nur aus ökonomischen Gründen nicht immer wieder darauf hingewiesen werden.)

Ein besonderes Problem stellt bei experimentellen Untersuchungen mit Halluzinogenen die Durchführung von Blindversuchen dar, da die Wirkungen der Droge sowohl für den Patienten wie den Therapeuten in der Regel offenkundig sind.

7 Autoren (21, 24, 101, 115, 177, 183, 189) machen keinerlei Angaben darüber, einen solchen Versuch unternommen oder sich mit dem Problem beschäftigt zu haben.

Von den übrigen konstatieren 8 (22, 57, 58, 79, 83, 102, 140, 141) lediglich die Durchführung eines Blindversuchs, zwei davon allerdings nur eines "Einzelblindversuchs" (79, 83), und man fragt sich, inwieweit die angesprochenen Schwierigkeiten in diesen Fällen wohl bewältigt wurden, bzw. inwieweit hier aufgrund mißglückter Versuche Erwartungshaltungen aufgrund registrierter Therapieunterschiede die Resultate mit beeinflußt haben.

Lediglich 6 Autoren haben sich zumindest zu dem Problem geäußert (45, 52, 116, 117, 140, 178).

Smart (178) merkt zumindest an, daß der Doppelblindversuch aufgrund der sichtbaren Reaktionen nicht gelang. Denson (45), Ludwig (116, 117) und Pahnke (140) versuchten dem Problem dadurch zu begegnen, daß die Therapeuten nicht auch dieselben Personen waren, die die Datenerhebung und -auswertung durchführten, und van Dusen (52) änderte in der Durchführung das ursprüngliche Design ab und verwandte statt der ursprünglichen Kontrollgruppe mit Scopolamin eine Patientengruppe als Kontrolle, die zu einem früheren Zeitpunkt dasselbe Therapieprogramm, nur ohne LSD, durchlaufen hatte - was letztlich auch kein befriedigender Ausweg ist, da auf diese Weise keine Zufallsverteilung der Patienten auf die Gruppen möglich ist.

Die Wahl der jeweiligen Kontrollgruppe(n) trägt wesentlich zur Erleichterung oder Erschwerung dieses Problems bei.

15 der 20 Arbeiten verwendeten 1 oder mehrere Kontrollgruppen (mit Ausnahme von 21, 24, 101, 115, 177).

11 davon verzeichnen eine zufällige Verteilung der Personen auf die Gruppen.

Allerdings erscheinen Versuche, die Kontrollgruppe durch eine niedrigere Dosis desselben Mittels von der experimentellen zu unterscheiden (22, Exp. 2, 102, 140, 141), als wenig sinnvoll, zumindest im Hinblick auf die Durchführung von Blindversuchen, denn entweder ist die Kontrolldosis dann so hoch, daß unterschiedliche Auswirkungen tatsächlich nicht erkennbar sind, aber damit verringert sich dann auch der Unterschied in der therapeutischen Wirksamkeit, und es handelt sich um keine Kontrollgruppe mehr. Oder aber die Dosis ist so niedrig, daß sie zwar zu therapeutischen Vergleichszwecken dienen kann, aber dann fällt wieder das Ausbleiben der psychedelischen Reaktion auf.

Eine weitere Möglichkeit wäre die, der Kontrollgruppe ein Plazebo ohne therapeutische Wirksamkeit aber mit, dem Halluzinogen vergleichbaren, Nebenerscheinungen zu verabreichen (57, 58, 178).

Die Schwierigkeit liegt hier darin, ein derart vergleichbares Mittel zu finden, worum es Faillace (57, 58) in seinen Untersuchungen hauptsächlich geht.

Der Erwartungseffekt wird vollends unkontrollierbar in solchen Fällen, in denen die Patienten vorher eingehend auf das psychedelische Erlebnis vorbereitet werden (22, 101, 102, 183, 189). Welchen Einfluß dann allein die Einstellung der Patienten auf das Ergebnis hat, läßt sich nicht abschätzen, sondern muß im Gegenteil als möglicher zusätzlicher Faktor in Rechnung gestellt werden.

Die Durchführung der Untersuchungen läuft in der Regel im Rahmen eines zusätzlichen Therapieprogrammes ab, in Kombination mit Psychotherapie (57, 58, 101, 102, 115, 140, 141), "Human Reactions Training Laboratory" (22, 183) und anderen mehr oder weniger spezifizierten Programmen wie Milieu-, Gruppentherapie, Routinebehandlung etc. in deren Verlauf in der Regel eine, selten mehr (45, 52, 57, 58) als eine, LSD Sitzung (bzw. DPT (57, 58) oder Dexoxadrol (177)) durchgeführt wurde.

In 4 Untersuchungen (24, 79, 83, 177) beschränkt sich der therapeutische Eingriff ausschließlich auf das psychedelische Erlebnis ohne jede weitere therapeutische Maßnahme.

Katamnestic Untersuchungen sind in fast allen Fällen durchgeführt und basieren auf Zeiträumen von mindestens 3, meistens 6 und mehr Monaten.

Auch haben nur 3 Autoren (21, 24, 101) Zweifel daran gelassen, ob und inwieweit ihre Ergebnisse auf statistische Signifikanz geprüft wurden.

Will man nun aufgrund dieser Untersuchungsberichte zu einer Therapiebewertung kommen, ist es wichtig darauf hinzuweisen, daß, im Gegensatz zu erwähnten früheren Veröffentlichungen, sämtliche vorliegenden Arbeiten Kontrollen verwendet haben, dabei 15 dieser 20 Kontrollgruppen, bei 11 der 15 eine Zufallsverteilung der Patienten vorgenommen wurde, und bei den übrigen zumindest ein "vorher - nachher" Vergleich vorliegt, in fast allen Fällen ausreichende Katamnesen stattfanden und die Ergebnisse auf statistische Signifikanz geprüft sind.

Von daher kann man erwarten, daß die vorliegenden Resultate gesicherteren Aussagewert haben.

Eine Einschränkung ist lediglich bezüglich der diskutierten Problematik der Blindversuche zu machen, aufgrund derer zu erwarten wäre, daß durch die entstandene Verzerrung einige Erfolgsraten günstiger ausgefallen sind, als von der Methode her gerechtfertigt ist.

Um so beeindruckender ist das Ergebnis, daß die vorliegenden Untersuchungen die früheren bedeutenden Erfolgsmeldungen nicht bestätigen konnten.

Von den 20 Untersuchungen wird bei 12 definitiv festgestellt, daß Vorteile der LSD - Therapie gegenüber anderen nicht ermittelt werden konnten (22, 24, 45, 52, 58, 79, 83, 102, 116, 117, 178, 183).

Die übrigen Resultate sind teilweise unklar. Einen eindeutigen Nachweis für einen signifikant besseren Therapieerfolg durch LSD aber hat niemand erbringen können:

Bowen (21) gibt zwar "vorher - nachher" Daten zu Abstinenz, Delirium Tremens, Berufstätigkeit, Gesetzeskonflikte, AA an, die auf Besserung schließen lassen, doch es fehlen Angaben zur statistischen Signifikanz und vor allem der Vergleich mit einer Kontrollgruppe.

Faillace (57) ging es nur darum zu zeigen, daß 6-FDET sich aufgrund der ähnlichen Folgeerscheinungen wie DET und DPT als Plazebo eignet.

Ludwig (115) zeigt nur auf, daß zwar Therapeuten dazu neigen, ihre Patienten bezüglich prognostischer Merkmale und voraussichtlichem Therapieerfolg günstig zu beurteilen, daß sie aber nicht mit Selbsturteil der Patienten und tatsächlichem Therapieerfolg, der nicht berichtet wird übereinstimmen.

Pahnke (140, 141) versieht zwei LSD Gruppen mit je einer hohen, bzw. niedrigen Dosis und vergleicht die Patienten nach der Stärke ihrer psychedelischen Reaktion, wobei er zwar mittels "vorher - nachher" Vergleichs eine bessere Prognose bezüglich allgemeiner Anpassung und Abstinenz für solche mit hoher Dosis ermittelt (starkes psychedelisches Erlebnis korrelierte nur mit allgemeiner Anpassung, nicht auch mit Abstinenz), aber mangels Vergleichsmöglichkeit keinen absoluten Therapieerfolg ermitteln kann.

Simopoulos (177) bringt nur sporadische Daten, die den Schluß auf erfolgreiche Therapie nicht nahelegen.

Tomsovic (189) erhielt zwar bei seiner experimentellen Gruppe signifikant bessere Erfolgswerte, doch kann, laut Aussage des Autors selbst, das schlechte Abschneiden der Kontrollgruppe

nicht als Beleg für die Wirksamkeit von LSD in der Ex-Gruppe gewertet werden, denn die Versuchspersonen der Kontrollgruppe hatten sich ursprünglich für das LSD Experiment gemeldet, es aber nicht erhalten, so daß u.U. die Enttäuschung über die ihnen vorenthaltene Therapie das schlechte Ergebnis verursacht hat.

Es bleibt also festzuhalten, daß die vorliegenden Untersuchungen in der Mehrzahl eindeutig einen Therapieerfolg bei LSD nicht bestätigen können, und die übrigen - sofern nicht aufgrund spezieller Fragestellung auf eine Therapiebewertung überhaupt verzichtet wurde - entweder uneindeutige oder unzureichende, bzw. negative Resultate lieferten, von denen keins auch nur ansatzweise eine günstigere Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit von LSD bei Alkoholikern gerechtfertigt erscheinen läßt.

6. Persönlichkeitsverändernde Therapien

6.1. Psychotherapie

Unter Psychotherapie sollen hier zunächst einmal all die therapeutischen Ansätze subsummiert werden, die sich aus den verschiedenen tiefenpsychologischen Schulen herleiten. Vorwiegend aus ökonomischen Gründen ist man in den letzten Jahren mehr und mehr dazu übergegangen, die Therapie in Gruppen durchzuführen.

Es liegen daher auch in Bezug auf Alkoholismus nur 4 Therapieberichte vor, in denen nur Einzeltherapien durchgeführt wurden (11, 18, 67, 122), 10 dagegen, die Gruppentherapie verwenden (29, 36, 48, 59, 75, 123, 150, 153, 157, 200) und 2 weitere, die sowohl Einzel- wie Gruppentherapie angeben (146, 161).

An speziellen Verfahren sind zusätzlich 2 zu nennen, die Techniken der Hypnose verwenden (53, 180).

Alkoholismus wird, wie alle psychischen Störungen, im Rahmen tiefenpsychologischer Theorie verstanden als Symptom eines zugrundeliegenden Konflikts, der aus Fehlanpassung im Lauf der Entwicklung eines Individuums herrührt:

"Alcoholism, as a substitute for emotionally mature adaptation, as a means of dealing with conflicts and attendant psychic pain, should be attributable to a multitude of specific failures in emotional growth and constellations of family circumstances" (Blum (203)).

Aus der Vielzahl möglicher Störungen, die nach tiefenpsychologischer Darstellung auftreten können, ergibt sich, daß von einer einheitlichen Ätiologie nicht ausgegangen werden kann und entsprechend in der Therapie auf die individuelle Problemlage jedes Patienten eingegangen werden muß:

"A dynamic diagnosis will depend upon the stage of emotional growth achieved by the individual alcoholic and upon the corresponding love choices he makes and the ego defenses he has at his disposal (203)."

Auf diesem theoretischen Hintergrund sind mehr oder weniger die vorliegenden Untersuchungen zu verstehen, die sich im einzelnen nicht mehr der Mühe unterziehen, ihr theoretisches Verständnis der Störung und der Wirkungsweise der gewählten Therapie darzulegen. Lediglich in einem Fall (157) wird der erwartete therapeutische Effekt beschrieben als "... to help the patients gain some insight into those conscious emotional difficulties which were considered to be relevant to their drinking and to reorientate their attitudes towards a contented and permanent abstinence."

Daß die Autoren der vorliegenden Untersuchungen sich der Psychoanalyse verpflichtet fühlen, kann, da meist weitere Erläuterungen zum Therapieablauf fehlen, in vielen Fällen nur vermutet werden, es sei denn, es wird ausdrücklich vermerkt (75, 161).

Dieser Mangel ist besonders im Fall der Gruppentherapien vorherrschend, wo nur Habermann (75) sein Vorgehen eindeutig als psychoanalytisch bezeichnet.

Bei der enormen Verbreitung, die Gruppentherapien in allen Bereichen psychologischer Interventionen gefunden haben, ist ein gewisses Mißtrauen dieser Methode gegenüber mitunter gerechtfertigt, da zunehmend unsicherer wird, was konkret sich alles hinter der Bezeichnung "Gruppentherapie" verbirgt (z.B. ist schon nicht klar, ob "group therapy" und "group psychotherapy" als unterschiedliche Interventionstechniken zu verstehen sind.).

Es gibt eine Reihe von gruppentherapeutischen Ansätzen, die nicht tiefenpsychologisch, aber nach anderen, spezifizierten Konzepten vorgehen (etwa Anonyme Alkoholiker oder Familientherapien) und die gesondert abgehandelt werden (s. Kap. 6.2., 6.3).

Bei den hier zusammengefaßten gruppentherapeutischen Untersuchungen ist der theoretische Hintergrund weitgehend unklar. Es muß auch vermutet werden, daß mehrere Autoren nicht tiefenpsychologisch verfahren. Wenn sie trotzdem hier unter dem Aspekt zusammengefaßt werden, dann deshalb, weil aufgrund fehlender Informationen zu Theorie und therapeutischem Vorgehen die einzelnen Arbeiten nicht weiter unterschieden werden können, eine Einbeziehung tiefenpsychologischer Prinzipien aber auch nicht ausgeschlossen werden kann und eine getrennte Darlegung der eindeutiger psychoanalytisch orientierten Untersuchungen von daher gesehen nicht unbedingt gerechtfertigt ist.

Es muß den Forschern angelastet werden, nur Ungenügendes zur Kennzeichnung ihrer therapeutischen Methode geleistet und auf diese Weise selbst dazu beigetragen zu haben, daß ihr Vorgehen nicht positiver beurteilt werden kann.

Unterschiedliche Durchführungen sind teilweise erkennbar: Die Gruppentherapie soll bei Carrère (29) durch die Mitarbeit von AA Mitgliedern "dynamisiert" werden. Dichter (48) läßt die Patienten eine "Marathon" - Sitzung von 40 - 60 Stunden durchlaufen, die aggressive Konfrontationen, Ausagieren von Emotionen, Durchführung von Rollenspielen u.a. beinhaltet. Pokorny (153) bietet neben der Gruppentherapie therapeutische Aktivitäten, wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie und Hilfen bei der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung an; AA Teilnahme ist möglich, aber nicht Pflicht. Rathod (157) will eine aktive Mitgestaltung des Programms durch die Patienten erreichen, und Wolff (200) führt die Gruppentherapie nach den Prinzipien einer therapeutischen Gemeinschaft durch, ebenso Ritson (161).

Man muß also bei einer Bewertung dieser Therapieart von vornherein in Betracht ziehen, daß

1. von einer Theorie der Störung ausgegangen wird, die eher spekulativen Charakter hat und experimentell nicht verifiziert ist (und auch kaum verifiziert werden kann);
2. die aus dieser Theorie abgeleitete Therapie schon von ihrem Selbstverständnis her keine einheitliche Methode und damit kaum kontrollierbar ist, und sich auch in den vorliegenden Arbeiten bereits gewisse Divergenzen in den Vorgehensweisen abzeichnen, die aber wiederum nicht hinreichend spezifiziert sind, um den jeweiligen Verlauf nachvollziehbar und einer experimentellen Überprüfung zugänglich zu machen;
3. die Therapie nicht symptomorientiert ist, d.h. das abnorme Trinkverhalten wird nicht unmittelbar therapeutisch angegangen.

Zweck der Untersuchungen ist im wesentlichen ein Erfolgsbericht der Therapie.

Es werden aber auch spezielle Forschungsabsichten angegeben: 3 Studien befassen sich mit ehemaligen Häftlingen (123), bzw. auf Bewährung freigelassenen (67, 122), von denen erstere lediglich die Absicht hat, Erfahrungen zu sammeln; die anderen beiden vergleichen jeweils eine Gruppe, der per Gerichtsbeschluß Zwangsteilnahme an der Therapie als Bewährungsbedingung angeordnet war, mit einer, der die Therapie freigestellt war.

6 Untersuchungen (53, 150, 153, 157, 161, 200) gehen der Erforschung von Prognosevariablen für Therapieerfolg, bzw. Ausfällen nach.

Wolff (200) bemüht sich in seiner katamnestischen Untersuchung darum, Kontakt zu Rückfälligen zu finden.

Beck (11) erhofft sich eine Intensivierung der Therapie mittels der Methode des katathymen Bilderlebens nach Leuner.

Faillace (59) untersucht, ob eine kontrollierte Alkoholausgabe während der Therapie einen Einfluß auf den Erfolg hat.

Bolman (18) untersucht ebenfalls den Einfluß, den weiteres Trinken auf den Therapieerfolg hat, und Pattison (146) geht der Frage nach, ob Abstinenz notwendiges Zielkriterium ist.

Eine Übersicht der genannten Zielkriterien ergibt, daß Blum (203) unrecht hat mit der Behauptung; "With the exception of some psychoanalysts (Bleuler, Kielholz) living in Calvinist countries, total abstinence, whether of patient, of therapist or of the general population, has never been a treatment goal of psychoanalytically oriented therapies."

6 Autoren fordern als Zielverhalten Abstinenz (29, 36, 75, 153, 161, 200).

Und nur 3 weitere begnügen sich mit einer Reduktion des Trinkens (53, 67, 122).

Die übrigen legen kein Zielkriterium bezüglich des Trinkverhaltens fest.

4 Autoren beziehen eine Besserung der Lebenssituation mit ein als "allgemeine Besserung" (36) oder berufliche und soziale Anpassung (67, 75, 153).

Darüber hinaus finden sich nur Zielvorstellungen, die die unmittelbare Funktionsweise der Therapie beschreiben, wie Vermittlung von Einsicht, Einstellungsänderungen (157), Konfliktbearbeitung (122), Persönlichkeitsänderung (161), die aber nicht spezifizieren, welches Zielverhalten daraus resultieren soll.

Eine Bewertung der zur Diskussion stehenden Therapie muß in Betracht ziehen, daß wesentlichen Erfordernissen einer kontrollierten Untersuchung nicht nachgekommen wurde.

Bereits die Angaben zum Auswahlverfahren der Patienten lassen vielfach erkennen, daß eine repräsentative Auswahl nicht vorgenommen, nicht einmal versucht wurde.

Dabei sind die genannten Auswahlkriterien noch dazu so unspezifisch, daß auf keine klar abgrenzbare, genau charakterisierte Stichprobe geschlossen werden könnte. Es sind im Gegenteil Versuche deutlich, von vornherein solche Patienten aufzunehmen, bei denen die Therapie erfolgversprechend erscheint. 2 Autoren (75, 157) bemerken ausdrücklich, solche Personen ausgeschlossen zu haben, die "ungeeignet" für diese Therapie erschienen;

3 legen Wert darauf, daß ihre Patienten ihren Zustand als Alkoholiker anerkennen (122, 153, 161).

Es werden von einigen gewisse Auswahlkriterien genannt, wie: der Patient solle über Fähigkeit zur Selbstinspektion verfügen, Ich-Stärke und therapeutische Ansprechbarkeit (48), oder es werden Personen ausgeschlossen, die Inkonsistenz in Beziehungen zu anderen Menschen, Unfähigkeit zu solchen Beziehungen aufweisen, u.a. (161).

Derart vage Angaben, die für eine Identifizierung der Stichprobe nichts leisten, lassen nur vermuten, daß sich die Patienten in den zitierten Untersuchungen nach gewissen Merkmalen, wie etwa bessere Motivation auszeichnen und damit nicht als repräsentativ angesehen werden können.

Darüber hinaus haben 3 Autoren (18, 146, 150) retrospektiv ihre Versuchspersonen aus früheren Untersuchungen zum Zweck bereits erwähnter spezieller Forschungen ausgewählt, und können auf diese Weise eine allgemeine Therapiebewertung nicht mehr durchführen. In 2 Arbeiten (53, 59) werden zum Auswahlverfahren nur Ausschlüsse aus medizinischen Gründen aufgezählt; die übrigen (11, 29, 36, 123, 180, 200) verzichten völlig auf irgendwelche entsprechenden Angaben.

Auch dem zweiten, wesentlichen Erfordernis einer wissenschaftlichen Untersuchung, der Verwendung adäquater Kontrollen, ist nicht hinreichend Genüge getan, vielmehr sind gerade hier die Versäumnisse so eklatant, daß bereits von daher absehbar ist, daß eine Therapiebewertung nicht möglich ist.

Bei 6 Untersuchungen fehlen jegliche Kontrollen (11, 18, 29, 123, 157, 200).

7 führen, zum Teil ausschließlich, "vorher - nachher" Vergleiche durch, die die größere Effizienz einer Therapie allein aber nicht nachweisen können (13, 48, 59, 75, 146, 153, 161).

Was im übrigen als "Kontrollgruppen" angeführt wird, hält im wesentlichen einer kritischen Beurteilung nicht stand:

Dichter (48) führt als Kontrollgruppe an Patienten, die früher (ohne Marathon-Sitzung) behandelt wurden, was eine Zufallsverteilung der Patienten auf die Gruppen ausschließt.

Faillace (59) unterscheidet seine beiden Gruppen nur dadurch, daß - bei sonst gleicher Therapie - der experimentellen

Gruppe 8 mal pro Tag alle 2 Stunden eine angemessene Menge Alkohol zu trinken gegeben wurde - dieser Faktor sollte abgetestet werden, nicht die Wirksamkeit der Therapie an sich.

Gallant (67) verwendet bei seinen auf Bewährung in die Therapie entsandten Patienten jeweils die gleiche Therapie, verglichen wird der Faktor Zwangsbehandlung vs. freiwilliger Therapie.

Pisani (150) vergleicht retrospektiv eine vorher festgelegte Anzahl von in Therapie verbliebenen und Ausfällen zum Zweck der Ermittlung von Prognosekriterien, also auch nicht zur Therapiebewertung.

Ritson (161) behandelt eine stationär behandelte Gruppe mit Gruppentherapie und eine ambulante mit Einzeltherapie. Aber auch diese Gruppen gestatten keinen Vergleich, da sie nicht zufallsverteilt sind und sich nach Trinkverhalten und sozialer Schicht signifikant unterscheiden.

Wolff (200) vergleicht die Variablen der Patienten, die den Katammesefragebogen beantworteten, mit denen, die nicht reagierten - nach gleicher Therapie für alle.

Edwards (53) und Smith-Moorhouse (180) testen nur den Einfluß der zusätzlich zur Therapie durchgeführten Hypnose, wobei Smith-Moorhouse allerdings keine Kontrollgruppe in dem Sinn konzipiert hat, und diese zusätzliche Intervention nur auf Wunsch, also nicht nach Zufallsverteilung durchgeführt wurde.

Diese Belege erweisen, daß keine einzige der vorliegenden Untersuchungen eine Kontrollgruppe, sei es mit einer anderen Behandlungsart oder ohne Behandlung, verwendet hat, die in einem Vergleich mit der jeweiligen Therapiegruppe deren Effizienz nachweisen könnte.

Damit wird jeder Versuch einer Therapiebewertung hinfällig.

Die berichteten Erfolgsdaten basieren zwar (mit Ausnahme von 29, 122, 123, 150, 161) auf Katammesen nach mindestens 6 Monaten, meist sogar 1 Jahr und länger, so daß erreichte Heilerfolge als relativ stabil betrachtet werden könnten, doch solange aufgrund mangelnder Kontrollen nicht ermessen werden kann, inwieweit der jeweilige Erfolg bedingt ist durch spontane

Remissionen oder außertherapeutische Einflüsse, sagen die Ergebnisdaten über die Wirksamkeit der durchgeführten Therapie nichts aus.

Es erscheint daher wenig zweckmäßig, die jeweiligen Erfolgsdaten hier aufzuführen.

Es sollen stattdessen nur ein paar Einzelergebnisse einiger spezieller Fragestellungen herausgegriffen werden, deren Ermittlung mit ausreichender experimenteller Genauigkeit erfolgte und die von der Aussage her eventuell zu weiterer Forschung anregen können.

Gallant (67) ermittelt anhand seiner Skalen eine signifikante Besserung der Bewährungspatienten, die zwangsweise zur Therapie kamen, gegenüber den Freiwilligen.

Die Ursache dieses Erfolgs wird u.a. darin gesehen, daß a) Abstinenz keine Bewährungsbedingung war und daher Trinkprobleme offen mit dem Therapeuten diskutiert werden konnten, und b) massiver Druck bestand dadurch, daß Versäumnisse eines einzigen Termins zu einer Rückkehr in Haft führte.

Trotzdem überrascht das Ergebnis etwas, da im allgemeinen gerade der persönliche Leidensdruck und Freiwilligkeit als Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie angesehen werden. Man sollte daher erwarten, daß die Freiwilligen, im Gegensatz zur erzwungenen bloßen Anwesenheit der anderen, eher zu einer echten Mitarbeit in der Therapie motiviert wären.

Des Rätsels Lösung dürfte in der Anzahl der Therapiestunden liegen: 7 der 9 Freiwilligen nahmen an weniger als 10 Stunden teil, man kann also kaum davon sprechen, daß sie überhaupt eine Therapie durchlaufen hatten.

Von den beiden Autoren, die zusätzliche Hypnose einsetzten, konnte Edwards (53) keinen signifikanten Unterschied gegenüber der Kontrollgruppe feststellen. Smith-Moorhouse (180) legt für seine Hypnosepatienten zwar bessere Erfolgsdaten vor, aber ohne Angaben zu statistischer Signifikanz. Außerdem zeigte sich kein Unterschied zwischen Hypnotherapie und einfacher Entspannung, so daß ein überzeugender Hinweis für die Effizienz dieser Technik hier nicht gegeben wird.

Faillace (59) ermittelt Erfolg nach einem strukturierten Interview, in dem vor und nach der Behandlung die Faktoren berufliche Anpassung, Wohnverhältnisse, interpersonelle Beziehungen, Abstinenz, allgemeine Anpassung von 2 Interviewern (mit einer Übereinstimmung von 0,84) auf einer Skala von 0 - 10 beurteilt wurden. Die Gruppe, der während der Therapie regelmäßig Alkohol

verabreicht wurde, wies zwar in jedem Punkt bessere Werte auf als die Kontrollgruppe, erreichte aber nur für den Bereich "allgemeine Anpassung" Signifikanz.

Die besseren Ergebnisse dieser Gruppe könnten zwar auch mitbedingt sein durch den längeren Hospitalaufenthalt; es bleibt aber bemerkenswert, daß Alkoholgenuß während der Behandlung zumindest keine nachteiligen, sondern eher positive Auswirkungen hat.

Pattison (146) hat seine Patienten bei Aufnahme und Katamnese nach einem "Alcoholism follow-up schedule", das "physical health" (PH), "interpersonal health" (IH) und "vocational health" (VH) tested, der "Spitzer Mental Status Schedule" (zur Ermittlung von "mental health" (MH)) und einer Beurteilungsskala des Trinkverhaltens (0 = "abstinent", 1 - 6 = "normal drinking", 7 - 15 = "pathological drinking") beurteilen lassen. Für die 32 ausgewählten Patienten, die vor mindestens 1 Jahr als "gebessert" entlassen worden sein sollten, wurden anhand der vorliegenden Skalenwerte etliche Korrelationen berechnet, aus denen u.a. gefolgert werden kann:

1. das gegenwärtige Trinkverhalten korreliert nicht mit dem Zustand vor der Behandlung sondern ist assoziiert mit dem momentanen (bezogen auf IH, VH, MH, nicht PH).
2. Abstinenz impliziert nicht größere Besserung (auf den genannten Skalen) als normales Trinken.

Besonders das letztgenannte Ergebnis dürfte vor allem für die Forscher von Interesse sein, die die Ansicht vertreten, daß ein Alkoholiker nur durch lebenslange Abstinenz seine Sucht bezwingen könne und jeglicher Alkoholgenuß automatisch zu einem Rückfall führe.

Dieses Problem wird auch im folgenden noch zur Sprache kommen.

6.2. Anonyme Alkoholiker

Die Organisation der Anonymen Alkoholiker muß in einem Therapiebericht zumindest Erwähnung finden, auch wenn ihr Ansatz einer wissenschaftlichen Untersuchung kaum zugänglich ist. Aber ihre Verbreitung ist beträchtlich, und es werden ihr teilweise erstaunliche Erfolge zugeschrieben.

Die Kritik an ihrem Vorgehen richtet sich primär darauf, daß ihre Prinzipien eine religiöse Weltanschauung implizieren, die nicht jeder akzeptieren kann.

Bill W., der Mitbegründer von AA, erklärt unverhohlen: "So we just indoctrinate the newcomer (212)."

Der Heilungsverlauf, so wie er von den Initiatoren der Organisation erlebt wurde und in einem Programm von 12 Schritten propagiert wird, versteht sich im Rahmen einer völligen Unterwerfung unter den Willen Gottes, einer Bereitschaft, mit sich selbst unnachsichtig ins Gericht zu gehen und seine Beziehungen zu seinen Mitmenschen zu bereinigen, anderen Alkoholikern zu helfen, indem sie versuchen, ihnen ihr spirituelles Erlebnis nahezubringen und sie zu ebensolchen Anstrengungen ermuntern.

Der Erfolg wird in völliger Abstinenz gesehen.

Auch eine sehr große Anzahl der hier zitierten Autoren empfehlen ihren Patienten eine AA Teilnahme, doch vollzieht sie sich in der Regel als zusätzliche therapeutische Hilfe, deren Einfluß nicht experimentell untersucht wird.

Lediglich 3 der zitierten Untersuchungen konzentrieren sich auf den Einfluß der AA Mitgliedschaft (30, 50, 190). Aber nur Ditman (50) unternimmt den Versuch einer kontrollierten Untersuchung zur Bewertung des AA Ansatzes, indem "chronic drunk offenders" auf Bewährung zu einer Therapieteilnahme verpflichtet und per Zufall auf 3 Gruppen verteilt wurden:

AA, Alkoholikerklinik und ohne Behandlung.

Die Katamnese nach 1 Jahr bemaß Erfolg nach dem Kriterium von Rearretierungen und konnte keinen signifikanten Erfolg zwischen den Gruppen feststellen; dem Trend nach war sogar die Gruppe "ohne Behandlung" besser als die anderen beiden. Ein AA Erfolg konnte also nicht festgestellt werden.

Carter (30) und Trice (190) liefern nur Stichprobenbeschreibungen.

Carter (30) wählt aus der AA Gruppe einer Stadt die aus, die seit mindestens 1 Jahr abstinent geblieben sind und beschreibt sie nach den Merkmalen: frühere Hospitalisationen, Rückfälle, College,-Bildung. Den ermittelten Daten zufolge blieben die, die nie hospitalisiert waren, am erfolgreichsten abstinent.

Eine weitere Gruppe aus der Vorstadtregion, aus der alle, die mindestens an 10 AA Treffen teilgenommen hatten, ausgewählt waren, wurde nach ihrem Trinkverhalten beschrieben:

31 % waren seit über 1 Jahr abstinent, die übrigen wurden in unterschiedlichem Ausmaß rückfällig, wurden teilweise hospitalisiert, kamen in Gefängnisse oder starben.

Die Zahlen vermitteln allerdings nicht den Eindruck eines überragenden Therapieerfolgs, zumal wenn mit in Betracht gezogen wird, daß die Daten sich auf eine Auswahl "besserer" Teilnehmer beziehen.

Trice (190), der die gesamte männliche Alkoholikerpopulation seines Hospitals von 1960 - 63 in Form einer therapeutischen Gemeinschaft unter Betonung von AA-Prinzipien behandelt, will aufgrund der bei der 18 monatigen Katamnese erhobenen Daten die Variablen ermitteln, die ein erfolgreiches AA Mitglied charakterisieren.

Es muß allerdings kritisch vermerkt werden, daß eine Test-batterie von 81 Variablen, die auf jeweils nur einigen Skalen bzw. Untertests von MMPI, Cattell 16-PF, Clyde Mood Scale und Wechsler Adult Intelligence Scale beruhen, u.U. eine fragliche Validität besitzt.

Nach seinen Ergebnissen kann gefolgert werden, daß "... the successful A.A. affiliate is characterized by affiliative and group dependency needs, a proneness to **guilt**, considerable experience with social processes which have labeled him as deviant, and relative physical stability at the time of entrance into treatment."

Diese Arbeiten geben weder hinreichend Aufschluß über Therapieeffektivität noch über ausreichend spezifische Prognosevariablen.

Es fehlen allgemein ausführliche Beschreibungen der Charakteristika von AA Populationen insgesamt, etwa in der Art, wie Edwards (207) sie für die Londoner Gruppe ermittelt hat.

Erst auf der Grundlage eines umfassenderen Datenmaterials und kontrollierter Untersuchungen ist eine Bewertung der therapeutischen Wirksamkeit und eine Identifizierung solcher Klientenvariablen möglich, die eine Teilnahme an einer AA Gruppe erfolgversprechend erscheinen lassen.

In keinem Fall wird man erwarten können, AA als generelle Methode zur Therapie bei Alkoholikern allgemein empfehlen zu können.

Dazu setzt der Ansatz zu sehr eine bestimmte geistige Haltung und Empfänglichkeit des Einzelnen für die Wertvorstellungen voraus, die sich in dem Programm der AA manifestieren, und die nicht jeder ohne weiteres wird akzeptieren können, so daß sich eine gewisse Auswahl von selbst ergibt:

"A self-help group such as A.A. is also self-selecting, and the person who cannot identify with the image is self-excluding" (Edwards 207).

6.3. Familientherapie

Die Einbeziehung der Familie eines Alkoholikers in die Therapie wurde zunehmend empfohlen, seit Familienkonflikte mehr und mehr als therapieerschwerend, wenn nicht sogar als Teilursache der Störung angesehen wurden, etwa in der Form, "... alcoholism as a family crisis and a family illness " (205) anzusehen, oder von der Annahme her: "The patient, instead of being the only disturbed family member, at times might only be the most obvious symptom or the result of a family pathology, thus requiring the treatment of the entire family group" (204).

In einer Reihe von Untersuchungen wird zwar angemerkt, daß die Familie nach Möglichkeit in die Therapie einbezogen wurde, doch fehlen weitgehend Untersuchungen, die das therapeutische Vorgehen genauer beschreiben und seine Effektivität experimentell überprüfen.

Es konnten hier nur 7 Arbeiten erfaßt werden, die ausschließlich die Familientherapie zum Gegenstand ihrer Untersuchung gemacht hatten (34, 35, 56, 127, 130, 179, 199).

Leider bewegen sich diese Arbeiten noch vorwiegend in vorwissenschaftlichem Bereich und können nicht mehr als Eindrücke, vorläufige Ergebnisse und Hinweise für mögliche Forschungsansätze liefern.

4 Autoren (56, 127, 179, 199) sind auch wenig spezifisch bei der Angabe ihres Therapieprogramms; im wesentlichen handelt es sich dabei um ~~Problem-~~Diskussionen im Kreis der Familie (56), Versuche, offene Kommunikation herzustellen (127) etc. Meeks (127), Smith (179) und Williams (199) führen das Programm zusätzlich zu einer Alkoholikertherapie in Form eines Hospitalprogramms (179, 199) bzw. Gruppen-oder Einzeltherapie (127) durch.

Smith (179) unterscheidet sich noch insofern von den anderen, als er keine Familientherapie in dem Sinne durchführt, sondern neben der Alkoholikertherapie die Ehefrauen allein zu wöchentlichen Gruppendiskussionen zusammenkommen läßt, und er untersucht, ob die Alkoholiker, deren Ehefrauen teilnahmen, bessere Erfolge erzielten als die, deren Frauen nicht teilnahmen. Allerdings handelt es sich nicht um eine per Zufall ausgewählte Kontrollgruppe, so daß das Ergebnis sowohl von der Gruppenteilnahme der Frauen, als auch ebenso gut aus ihrer unterschiedlichen Motivation und Einstellung ihren Männern gegenüber (die sich u.a. in dieser Bereitwilligkeit zur Teilnahme manifestiert) resultieren kann.

Den Versuch einer kontrollierten Untersuchung unternimmt noch Williams (199), der einen "vorher - nachher" Vergleich durchführt und die Werte jeweils vergleicht mit denen von Ausfällen, gar nicht Erschienenen und denen, für die von vornherein keine zusätzliche Familientherapie geplant war. Da die Zuteilung zur letztgenannten Gruppe offensichtlich per Zufall erfolgte, kann sie zur Therapiebewertung herangezogen werden. Der Vergleich mit Ausfällen soll der Ermittlung von Prognosevariablen dienen für Patienten, die die Therapie beenden vs. solchen, die sie vorzeitig abbrechen.

Sehr weitgehend unterscheiden sich diese 4 Untersuchungen nach der Dauer - und damit u.U. auch der Intensität - der Therapie: Bei Esser (56) war die Dauer individuell unterschiedlich und reichte von 3 - 6 Monaten bis zu 3 Jahren. Meeks (127) veranstaltete die Familiensitzungen 1 mal wöchentlich 10 - 12 Monate lang.

Bei Smith (179) fehlen genaue Angaben, und Williams (199) hat für den Zeitraum von 2 - 3 Monaten insgesamt nur 4 Sitzungen angesetzt.

Eine Bewertung dieser therapeutischen Versuche ist auf der Grundlage der wenigen vorliegenden Angaben nicht möglich.

Esser (56) und Meeks (127), die nur mit relativ wenig Patienten, 14, respektive 5, arbeiten und keine der experimentell relevanten Kriterien erfüllen wie Durchführung von Kontrollen, Katamnesen, statistische Informationsverarbeitung, Angabe von Meßinstrumenten, schildern auch die Erfolge mehr anekdotenhaft: Bei Esser (56) führen 4 ein "glückliches Familienleben" bei Abstinenz der Alkoholiker, 5 "kommen befriedigend zurecht", obwohl der Patient gelegentlich trinkt; bei 3 ist die Situation kritisch, und 2 stiegen aus der Therapie aus und zeigten keine Besserung.

Meeks (127) schildert zwei als abstinent während der ganzen Therapie und 3 als durchgreifend gebessert, die gemäßiger tranken und keinen ernsten Rückfall erlitten hatten.

Smith (179), dessen Erfolgsaussage, wie bereits vermerkt, aufgrund mangelnder Zufallsverteilung seiner Kontrollgruppe nur begrenzt akzeptiert werden kann, ermittelt seine Ergebnisse mittels eines Fragebogens, der von dem Patienten, seiner Ehefrau und seinem Arzt bei einer Katamnese nach 16 Monaten ausgefüllt wurde. Seine Daten verlieren zusätzlich an Informationswert dadurch, daß er zwar angibt, Signifikanzberechnungen durchgeführt zu haben, bei der Ergebnisdarstellung aber nicht konkret angibt, welche Resultate statistisch signifikant sind.

Seine Ergebnisse sind zusammengefaßt folgende:

1. Patienten, deren Frauen an den Gruppentreffen teilnahmen, zeigten größere Besserung (nach Kategorien "abstinente - gebessert - unverändert - verstorben) als die, deren Frauen nicht teilgenommen hatten.
2. Patienten mit größerer sozialer Stabilität (gemessen nach der Strauss - Bacon Scale) zeigen bessere Resultate.
3. Eine Beziehung zwischen sozialer Stabilität des Patienten und Therapieteilnahme der Ehefrauen bestand nicht.

Williams (199) führt ebenfalls per Fragebogen eine Katamnese durch nach 6 und 12 Monaten; leider begeht auch er den Fehler, keine genauen statistischen Signifikanzangaben zu den im übrigen ausführlich dargelegten Resultaten zu machen.

Er stellt lediglich global fest: "The study groups showed differences that were statistically significant at $P < .05$ on all the 13 items", so daß im einzelnen nicht ermittelt werden kann, nach welchen Kriterien die experimentelle Gruppe erfolgreicher ist, bzw. sich die Ausfälle von den übrigen signifikant unterscheiden.

Zur Beurteilung ist man auf seine eigenen Schlußfolgerungen angewiesen:

" (1) family treatment can be utilized by an appreciable percentage (nearly half) of its primary target group, married patients and patients living with a spouse and children; and (2) family treatment seemed to benefit patients on vocational, drinking and A.A. attendance criteria."

Abgesehen von der geringen Zahl der vorliegenden Untersuchungen und der experimentellen Unzulänglichkeiten, die eine Therapiebewertung verhindern, sind die zitierten Untersuchungen besonders auch von daher unbefriedigend, als sie sowohl in der Spezifikation dessen, was im Rahmen einer sogenannten Familientherapie behandelt wird, als auch in der Beschreibung der Methode keine klaren Angaben machen.

Es ist zweifellos ein schwieriges Unterfangen, konkretes Problemverhalten in einer komplexen Familiensituation zu definieren und anzugehen, doch wird man auf andere als diese Weise kaum eine erfolgreiche therapeutische Methode entwickeln können.

Versuche in dieser Richtung sind die Arbeiten von Cheek (34, 35) und Miller (130), die mit verhaltenstherapeutischen Methoden arbeiten (deren Behandlung zwar späteren Kapiteln vorbehalten bleibt, die aber hier, da sie in den Kontext von Familientherapie gehören, vorgezogen werden sollen).

Cheek (34, 35) konzentriert seine Bemühungen auf das Problem "... that the interaction between a treated alcoholic and his family members often becomes laden with tension and hostility so damaging that it threatens his sobriety", dem Ziel der Förderung der Interaktion zwischen den Ehepartnern.

Nach einer Einführung in die Prinzipien der Verhaltensmodifikation und ihrer Anwendung zur gegenseitigen Verhaltenssteuerung erfolgte als zweiter Schritt, die Ehefrauen in die Lage zu versetzen, mit spannungsreichen Situationen fertig zu werden, und zwar mit der Methode der systematischen Desensibilisierung bezüglich konkreter kritischer Situationen. An weiteren Techniken kamen Rollenspiele, "Idealized Self-image" (Susskind) und Kontingenzmanagement zur Anwendung. Diese Ansätze wollen Möglichkeiten aufzeigen und Hinweise für weitere Forschungen geben, denn eine eigene experimentelle Abklärung konnte noch nicht erfolgen.

Zur Erfolgskontrolle (34) wurde daher behelfsmäßig zum Vergleich auf eine frühere Untersuchung verwiesen.

Eine Reihe von Meßinstrumenten wurde eingesetzt (Taylor Manifest Anxiety Scale, Gough Adjective Check List, Gough Dominance Scale, Reinforcement Style in Interaction (34), Cautela & Kastenbaum's Reinforcement Survey Schedule, Rotters Internal-External Scale (35)) und zum Teil extra entwickelt (Marital Tension, Marital Reinforcement (34)), die die kritischen Verhaltenseinheiten und -sequenzen indentifizieren und ihre Veränderung nachweisen sollen.

Sehr nachteilig wirken sich die sehr hohen Ausfallraten aus, derart, daß nur sporadische Erfolgsdaten zu Abnahme von Spannung, Ehekrisen, Änderung bezüglich Selbstsicht, Dominanz und Trinkverhalten vorgelegt werden konnten, die zwar den Eindruck eines positiven Therapieeffekts vermitteln, der aber noch experimentell erhärtet werden müßte.

Miller (130) präsentiert eine Einzelfallstudie, in der die Ehepartner einen "Verhaltens-Kontrakt" abschlossen:

er verpflichtet sich, nicht mehr als 1 - 3 Drinks, und die vor dem Abendbrot in Gegenwart seiner Frau zu trinken; bei Nichteinhaltung entzieht sie ihm ihre Aufmerksamkeit, und er muß eine Buße von \$ 20 an sie zahlen.

Zum Zweck der Erfolgskontrolle wurde der tägliche Konsum registriert, zunächst 15 Tage lang unter normalen Bedingungen als Grundlinie, dann 30 Tage lang unter experimentellen Bedingungen. Als katamnestiche Untersuchung wurde nach 6 Monaten wieder 10 Tage lang auf dieselbe Weise registriert.

Der Kurvenverlauf zeigt, daß nach Inkrafttreten des Kontrakts der Konsum von Alkohol noch einige Tage über dem vereinbarten Level blieb und dann auf die festgesetzte Dosis absank, auf der er auch bei der Katamnese blieb. Außerdem werden verbesserte eheliche Beziehungen konstatiert.

Diese Studie verdient deshalb so ausführliche Darlegung, weil sie zwei wesentliche Sachverhalte demonstriert:

1. Gemäßigtes Trinken ist für einen Alkoholiker ein realistisches Zielkriterium.

2. Der Einsatz bestimmter Kontingenzen, hier in Form bestimmter interaktionaler Verhaltensweisen, kann Trinkverhalten wirksam modifizieren.

Die Kapitel über Verhaltenstherapie werden dafür noch weitere Belege erbringen.

Diese zahlenmäßig nur geringen und teilweise mangelhaften Untersuchungen erlauben kein abschließendes Urteil über "Familien-therapie", die, wie sich zeigte, als einheitliche Methode auch nicht existiert. Sie mögen hier als Hinweise dafür dienen, aus welcher Forschungsrichtung erfolgversprechende Entwicklungen zu erwarten sind.

7. Verhaltenstherapie

7.1. Aversionstherapie

Im Gegensatz zu bisher besprochenen Therapien arbeitet die Verhaltenstherapie symptomorientiert, d.h., in Bezug auf übermäßigen Alkoholkonsum, der therapeutische Ansatz richtet sich nicht etwa auf einen hypothetischen, nicht beobachtbaren zugrunde liegenden Konflikt, der angeblich die vorliegende Störung als Symptom produzieren soll, sondern auf das Trinkverhalten selbst.

Diesem Ansatz zugrunde liegt die Theorie, daß jedes Verhalten gelernt ist.

Gegenstand der Untersuchung sind daher die Reizbedingungen, die das störende Verhalten auslösen und die Konsequenzen, die es aufrechterhalten. Kennt man diese, das Verhalten determinierenden Faktoren, so genügt es, diese Faktoren zu verändern, um eine Modifikation des kritischen Verhaltens herbeizuführen.

Im Rahmen der Verhaltenstherapie wurden verschiedene Techniken experimentell erprobt, die eine Modifikation des Trinkverhaltens bei Alkoholikern zum Ziel haben. Man hat angefangen, und in der Weise arbeitet man vielfach auch heute noch, ausschließlich

bei den Reizbedingungen anzusetzen und ist dabei verfahren nach dem Pawlowschen Modell des heute sogenannten "klassischen Konditionierens".

Bezüglich des Alkoholismus sieht das Therapiemodell folgendermaßen aus:

Man geht aus von einem unkonditionierten Reiz (UCS = unconditioned stimulus), der automatisch bei einer Person eine unangenehme Reaktion (UCR = unconditioned response) hervorruft, z.B. Schmerz, Übelkeit.

Paart man nun diesen Reiz in ausreichender Weise mit dem Alkoholgenuß, so werden allmählich die unangenehmen Attribute des UCS mit dem Alkoholgenuß assoziiert, und es genügt schließlich der Alkohol allein (CS = conditioned stimulus), um die unangenehme Reaktion (CR = conditioned response) auszulösen - eine konditionierte Aversion ist etabliert.

Einige Forscher verwendeten als aversiven Reiz emetische Drogen, da es als wirksamer angesehen wurde, wenn der Konditionierungsvorgang unter Einbeziehung derselben Organe, Mund, Magen, abliefe, die auch bei dem kritischen Verhalten selbst in Anspruch genommen werden, so daß eine Assoziation zwischen Alkoholgenuß und Übelkeit, Erbrechen, sich leichter einstellen würde.

Als aversiver Reiz wurde in den vorliegenden Arbeiten Emetin (10), ein Ammoniakgemisch (71), Apomorphin (154, 173) und Brechwurz (184) verwendet.

Die Hoffnung, die sich auf diesen therapeutischen Ansatz richteten, erfüllten sich jedoch kaum.

Auch diese zitierten Arbeiten der letzten Jahre melden keine überragenden Erfolge.

Überdies haben diese Arbeiten - möglicherweise als Folge des nachlassenden Interesses seitens der Forschung - mehr den Charakter von Berichten aus der Praxis als von kontrollierten Untersuchungen.

Da dieses therapeutische Verfahren auf die Etablierung einer konditionierten Aversion abzielt, so daß jeglicher Alkoholgenuß für den Patienten in der Folge aversiv sein müßte, kann als Erfolgskriterium eigentlich nur Abstinenz angesetzt werden. Denn wenn das Trinkverhalten lediglich reduziert ist, hat sich offensichtlich keine Aversion gebildet, und es wäre lerntheoretisch nicht ohne weiteres einleuchtend, worauf dann der "Therapieerfolg" zurückzuführen wäre.

Aber nur Schlatter (173) und Stojiljkovic (184) fordern als Zielkriterium ausdrücklich Abstinenz; in den übrigen Fällen wird lediglich erwartet eine Änderung im Trinkverhalten in Beziehung zu einer artspezifischen Alkoholaversion (154), "control of addiction" (71) und von Beaubrun (10), der weniger Aversion als Konversion erzeugen, durch eine dadurch hervorgerufene Depression den Patienten ansprechbar für seine Probleme machen, in ihm Schuldgefühle wecken und dann AA Teilnahme nahebringen will, kontrolliertes Trinken, außerdem Anpassung im familiären, beruflichen und sozialen Bereich.

Er behandelte "alle, die um Hilfe baten"; seine Arbeit war ursprünglich gar nicht als kontrolliertes Forschungsexperiment geplant, sondern ist eine retrospektive Darstellung der katamnestic Ergebnisse von Therapieprogrammen, die 1956 und 1961 in Trinidad und Tobago unter Patientengruppen von vornehmlich aus East Indians, Neger, Mischlingen, Weißen und einigen Chinesen bestehenden Versuchspersonen durchgeführt wurde.

Bei Gordon (71) fehlen Angaben zum Auswahlverfahren völlig, und Schlatter (173) nennt auch nur Ausschlüsse auf medizinischer und psychiatrischer Grundlage.

Die Angabe Stojiljkovics (184), nur solche Patienten ausgewählt zu haben, die bisher mit anderen Methoden vergeblich behandelt wurden, läßt immerhin auf prognostisch schwierige Fälle schließen. Völlig mangelhaft sind die entsprechenden Informationen von Quinn (154), der einen retrospektiven Therapiebericht liefert, wobei unklar bleibt, ob nur eine Auswahl von Patienten u.U. erst aufgrund ihres Therapieresultats in die Schilderung dieser Untersuchung einbezogen wurden.

Ist der Befund bei den Auswahlverfahren schon mangelhaft, so ist die Lage bezüglich Kontrollen völlig desolat.

Schlatter (173) ist der einzige, der einen "vorher - nachher" Vergleich und Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nur die Standard Hospitalbehandlung erhielt, durchführt mit einer zufälligen Verteilung der Versuchspersonen auf die Gruppen.

Die anderen Arbeiten sind alle unkontrollierte Studien, bzw. ließen sich bei Beaubrun (10), der auch keine Kontrollgruppen konzipiert hat, höchstens nachträglich 4 verschiedene Behandlungsarten vergleichen (a) Emetin, Gruppentherapie, AA; (b) Emetin, Gruppentherapie; (c) Gruppentherapie, AA; (d) Gruppentherapie, zu denen die Patienten aber auch nicht per Zufall zugeteilt waren. Insofern können Ergebnisse, die positiv ausfallen, nicht mit Sicherheit allein auf den Einfluß der emetischen Therapie zurückgeführt werden.

Bei einem Vergleich exakt durchgeführter Untersuchungen könnte der Einfluß von jeweils unterschiedlicher Dauer, bzw. Frequenz der Therapiesitzungen aufschlußreich sein.

Z.B. haben Gordon (71) und Stojiljkovic (184) etwa die gleiche Anzahl an Konditionierungssitzungen durchgeführt, Gordon jedoch massiert mit täglicher Anwendung, Stojiljkovic verteilt über 5 - 6 Wochen.

Gemeinhin wird einer Serie massierter Konditionierungsversuche weniger Effektivität zugesprochen, doch erlauben in diesem Fall die Daten keinen Vergleich.

Quinn (154) und Schlatter (173) stellen ihre Patienten mehrere Tage ununterbrochen unter den Einfluß der aversiven Mittel. Da Schlatter während dieser Zeit aber ausdrücklich keinen Alkohol gibt, kann auch nicht erwartet werden, daß sich eine konditionierte Aversion im Sinn der Lerntheorie entwickelt.

Die präsentierten Ergebnisse basieren auf Katamnesen, für die nur von Beaubrun (10) (2, bzw. 7 Jahre) und Gordon (71) (3 Monate) ein fester Zeitraum angegeben ist.

Bei den anderen Autoren war er jeweils unterschiedlich für die einzelnen Patienten, so daß eine Vergleichbarkeit der Resultate auch von daher erschwert ist.

Die Datenerhebungen entbehren ebenfalls wissenschaftlicher Akribie:

Beaubrun (10) und Schlatter (173) nennen an verwendeten Meßinstrumenten nur Fragebögen; die anderen geben zur Methode der Datenerhebung keine Informationen.

Schlatter (173), der als einziger eine kontrollierte Untersuchung durchführt, liefert entsprechend auch als einziger Ergebnisse, die auf statistische Signifikanz geprüft sind. Da bei seiner Therapiedurchführung gerade nicht auf eine konditionierte Aversion hingearbeitet wurde, überrascht es nicht, daß - wenn auch unmittelbar bei Therapieende das Verlangen nach Alkohol laut Eigenaussage der Patienten bei der experimentellen Gruppe signifikant reduziert war - nach 1 und 6 Monaten bezüglich Abstinenz kein signifikanter Unterschied zwischen experimenteller und Kontrollgruppe feststellbar war.

Bei Beaubrun (10) ist aufgrund mangelhafter Kontrollen und fehlender Signifikanzberechnung ein Erfolg für die Emetinbehandlung nicht nachweisbar. Zahlenmäßig ist zwar ein positiver Trend erkennbar, da Emetin aber nur auf Wunsch verabreicht wurde, könnte der bestimmende Faktor auch lediglich eine bessere Motiviertheit gewesen sein.

Gordon (71) beurteilte 19 von 30 Patienten als gebessert. Bei den meisten verlor sich aber die Aversion mit der Zeit, und 7 wurden wieder rückfällig.

Quinn (154) erreichte zwar, daß keiner seiner 10 Patienten mehr Whisky trank, das Getränk, demgegenüber die konditionierte Aversion in der Therapie etabliert worden war, doch generalisierte die Aversion nicht auf andere alkoholische Getränke. Alle Patienten wechselten auf andere Alkoholsorten über, und nur 3 wurden als gebessert bewertet.

Von den 264 Patienten, die Stojiljkovic (184) behandelt hat, sind nach mindestens 18 Monaten noch 136 abstinent. Bei der Mehrzahl der Patienten entwickelte sich keine konditionierte Aversion.

Eine Befürwortung dieser Therapie ist auf der Grundlage dieser methodisch ungenügenden Studien und im Hinblick auf die vagen Erfolgsangaben und auch der negativen Ergebnisse früherer Experimente nicht gegeben.

Auch sind negative Therapieeffekte in Form von Intoleranz möglich (71, 173, 184).

Neben dem ästhetischen Gesichtspunkt, der auch für die Therapeuten bei dieser Therapie eine Belastung darstellt, ist vor allem eine methodische Schwierigkeit bei diesem Vorgehen zu berücksichtigen:

nach dem zugrundeliegenden Lernparadigma ist es erforderlich, daß der CS (Alkohol) unmittelbar vor dem UCS (Wirkung der emetischen Droge) gegeben wird. Das Problem liegt darin, daß der genaue Zeitpunkt des Einsetzens der Übelkeit schwer exakt bestimmbar ist, so daß u.U. in vielen Fällen das Konditionierungsparadigma nicht exakt nachvollzogen wurde.

Um diese Schwierigkeiten zu umgehen, hat man den Versuch unternommen, den Ablauf der Aversionskonditionierung nur in der Vorstellung durchzuführen.

Die Technik wird als "verdeckte Sensibilisierung" (covert sensitization) bezeichnet und ist von Ashem (6) und in mehreren Studien von Anant (2, 3, 4) erprobt worden.

Die Durchführung der Therapie läuft in folgenden Schritten ab:

1. Zunächst werden Entspannungsübungen durchgeführt.
2. Der Patient stellt sich vor, er trinkt Alkohol mit folgender Übelkeit und Erbrechen, wobei die Örtlichkeiten und die Alkoholsorten jeweils variieren, um eine Generalisation zu erleichtern.
3. In der Vorstellung verspürt der Patient den Wunsch nach Alkohol, schenkt sich ein, in Folge eines aufkommenden Übelkeitsgefühls verzichtet er aber auf den Konsum.

4. Er stellt sich in verschiedenen Situationen vor, daß er den Wunsch zu trinken verspürt, der jedoch wieder vergeht, und er fühlt sich sehr wohl.

5. Er verspürt in der Vorstellung den Wunsch nach "soft drinks" und nichtalkoholischen Getränken und fühlt sich sehr wohl bei ihrem Genuß.

Die Therapie nimmt keinen großen Zeitraum in Anspruch; es genügen, den Untersuchungen nach, 8 (3) bzw. 9 (6) Sitzungen, und sie kann sowohl einzeln, wie auch in Gruppen (2) durchgeführt werden.

Die vorliegenden Resultate sind bemerkenswert gut. Nach Anant (2) blieben alle, die die Therapie beendet hatten (1 brach sie vorher ab), "bisher", d.h. ca. 6 - 12 Monate abstinent.

Von einer Einzelfallstudie (3, 4) berichtet er, daß der Patient 2 Jahre abstinent war, er dann sowohl in der Lage war, Alkohol zu trinken, als auch auf ihn zu verzichten. Leider überprüft Anant seine Erfolge nicht anhand eines Kontrollvergleichs, so daß sie nur begrenzt anerkannt werden können.

Ashem (6) dagegen vergleicht 3 Gruppen. Zusätzlich zu einer generellen Behandlung für alle, einschließlich Gruppentherapie, wurde die eine nach dem üblichen Verfahren konditioniert, bei der zweiten wurde eine Rückwärtskonditionierung eingesetzt, die dritte blieb ohne Behandlung.

Die Versuchspersonen waren in einem Zuordnungsverfahren nach Alter, IQ und bisherigem Trinkverhalten in Dreiergruppen eingeteilt und dann zufällig auf die Gruppen verteilt. Wider Erwarten wurde die zweite Gruppe (Rückwärtskonditionierung) ebenfalls konditioniert, so daß sie bei der Ergebnisdarstellung mit der ersten zusammengefaßt wurde.

Die Daten basieren auf einer 6-monatigen Katamnese in Form einer Fragebogenbefragung, wobei die Angaben jeweils von den Angehörigen bestätigt sein mußten. Der Unterschied zwischen den experimentellen Gruppen und der Kontrollgruppe bezüglich Abstinenz war eindeutig signifikant (aus der Kontrollgruppe war niemand abstinent).

Insofern sind die Ergebnisse dieses therapeutischen Verfahrens durchaus vielversprechend und können zu weiterer Forschung ermutigen.

Der Vorteil dieser Verfahrensweise liegt, neben dem Wegfall der ästhetischen Beeinträchtigung, darin, daß der Patient die entsprechenden Übungen auch selbst zu Hause durchführen kann.

Das Problem der zeitlichen Präzision bei der Aufeinanderfolge der Konditionierungsschritte ist hier weniger gravierend, da der Ablauf bestimmbarer ist. Allerdings unterliegt die Kontrolle ganz dem Patienten selbst, der darauf trainiert werden muß, die zeitlichen Sequenzen genau zu beachten. Ein Nachteil dieses Verfahrens liegt nur darin, daß nicht alle Menschen in gleichem Maße über die Fähigkeit verfügen, sich die entsprechenden Szenen hinreichend vorzustellen. Insofern wird diese Therapie nicht generell anwendbar sein.

Weitere Versuche der Aversionskonditionierung wurden mit apnoeischen Mitteln unternommen.

Das Vorgehen sieht folgendermaßen aus: Der Patient wird mit einer Injektionsapparatur versehen, die eine von ihm unbemerkte Injektion erlaubt. Dann reicht man dem Patienten mehrmals sein Lieblingsgetränk mit der Aufforderung, es in die Hand zu nehmen, daran zu riechen, zu schmecken und es zurückzugeben.

Nach wiederholten Malen wird dann in dem Augenblick, in dem der Patient gerade das Getränk am Mund hat und kostet, unbemerkt die Injektion gegeben, die bei vollem Bewußtsein des Patienten eine Lähmung der gesamten Muskulatur, einschließlich der Atemmuskulatur für 1 - 1 1/2 Minuten hervorruft.

Dieses Erlebnis wirkt auf den Patienten in höchstem Maß furchterregend und soll schon nach einmaliger Durchführung eine konditionierte Aversion gegen Alkohol hervorrufen.

Die hier anzuführenden Arbeiten haben als apnoeisches Agens Succinylcholin (37, 60, 80, 106, 120) verwendet.

2 der Arbeiten sind keine kontrollierten Untersuchungen. Die anderen führen einen "vorher - nachher" Vergleich (37, 106) und einen Vergleich mit weiteren, zufallsverteilten Behandlungsgruppen durch (37, 106, 120).

Dabei wird speziell der Konditionierungseffekt abgetestet, indem einer Kontrollgruppe bei sonst identischer Versuchsanordnung und Instruktion das apnoeische Mittel nicht injiziert wird (37, 106, 120); als weitere Kontrolle gibt Madill (120) einer dritten Gruppe nur Succinylcholin ohne Alkohol.

Laverty (106) gibt zwar einer dritten Gruppe sowohl Alkohol wie das apnoeische Agens, aber nicht in der zeitlichen Kontiguität, die für eine Konditionierung für erforderlich gehalten wird. Clancy (37) vergleicht die beiden Gruppen mit

einer dritten, die nur Medikamente, Gruppen- und Einzeltherapie erhielt; die vierte "ohne Behandlung" kann als Kontrollgruppe im strengen Sinn nicht als solche akzeptiert werden, da in ihr die Ausfälle der dritten Gruppe zusammengefaßt sind und daher eine nicht zufallsverteilte, negative Auswahl bilden.

In allen Fällen wird nur eine einzige Aversionskonditionierung durchgeführt.

Katamnestiche Untersuchungen werden bis zu 12 Monaten durchgeführt (37, 60, 106), bei Madill 3 Monate (120), bei Holzinger (80) in individuell unterschiedlicher Dauer bis zu 7 - 8 Monaten.

An Methoden der Datenerhebung geben nur Clancy (37) und Madill (120) Fragebogen, bzw. Interview an, deren Angaben von Angehörigen verifiziert wurden.

Die Ergebniszahlen lassen allerdings an der Wirksamkeit dieser Aversionskonditionierung Zweifel aufkommen.

Die beiden unkontrollierten Studien sind vom zahlenmäßigen Resultat her nicht als erfolgreich zu bezeichnen:

Holzinger (80), der die Absicht hatte, den erfolgreichen Erstversuch von Sanderson et al., 1963, mit Succinylcholin zu replizieren, kann nur eine negative Bilanz vorweisen: von 23 Patienten waren nur 2 abstinent geblieben und 2 tranken periodisch, die übrigen tranken schwer, und über 1/3 war wegen Alkoholismus wieder hospitalisiert.

Ähnlich sind die Zahlen von Farrar (60): von 12 Patienten wurden 9 bei der Katamnese kontaktiert; davon waren nach 6 Monaten 4, nach 12 Monaten nur noch 2 abstinent. Bei einem von ihnen hatte sich die "Therapie" dahingehend ausgewirkt, daß er jetzt starke Angstreaktionen allem gegenüber zeigt, das auch nur entfernt mit Alkohol zu tun hat, und er bezeichnet diesen Zustand schlimmer als den vorherigen.

Inwieweit die Möglichkeit derartiger Folgen diesem Verfahren speziell innewohnt, ist schwer zu beurteilen; die anderen Autoren berichten von keinen ähnlichen Fällen. Aber zweifellos ist bei Konditionierungsverfahren, die sich über mehrere Sitzungen verteilen, diese Gefahr geringer, da die Aversionsgeneralisierung besser kontrollierbar ist.

Die Ergebnisse der kontrollierten Studien (37, 106, 120) sind auf den ersten Blick erfolversprechend. Überraschend ist aber, daß zwischen der jeweiligen experimentellen Gruppe und der Kontrollgruppe mit Scheinkonditionierung keine signifikanten Unterschiede auftreten.

Clancy (37) beurteilt Erfolg nach 3 Kategorien:

I. abstinent seit 1 Jahr;

II. mindestens 3 Monate hintereinander länger abstinent als im Vorjahr;

III. unverändert oder schlechter als im Vorjahr. Für die Kategorie I zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen; für die Kategorien I und II zusammen sind die Ergebnisse der experimentellen Gruppe zwar signifikant besser als die der dritten und vierten Gruppe, nicht aber als die der Scheinkonditionierung.

Laverty (106) weist bezüglich mittlerer Abstinenzdauer und mittlerer konsumierter Alkoholmenge für alle 3 Gruppen eine signifikante Besserung nach; sie war zwar am geringsten für die "Nur - Alkohol" Gruppe, aber zwischen den anderen beiden bestand kein signifikanter Unterschied.

Madill (120) vergleicht die Gruppen nach einer Reihe von Kriterien. Bezüglich Abstinenz und Reduktion des Alkoholverlangens bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Nur "generalisierte Reaktionen", "Zögern beim ersten Drink" und Änderungen im "overall drive - state" waren signifikant häufiger in beiden Succinylcholin Gruppen (mit und ohne Konditionierung). Alle 3 Gruppen zeigen signifikante Besserung bezüglich der Anzahl abstinenter Tage und der konsumierten Alkoholmenge.

Die durchgeführten Therapien weisen zwar Erfolge auf. Da die Besserung aber gleichermaßen bei konditionierten, wie nicht konditionierten Patienten eintritt, kann der Erfolg nicht allein auf den Konditionierungsprozeß zurückgeführt werden, sondern es müssen zusätzliche Faktoren wirksam sein.

Madill (120) bietet als Erklärungsversuch ein Modell an in Form eines "sensory preconditioning": die therapeutische Prozedur läßt den Patienten sein Alkoholproblem verstärkt bewußt werden und erzeugt Angst. In der Folge wird Alkohol mit der gesamten Therapiesituation, in der Angst entstand, assoziiert, so daß schließlich Alkohol allein ausreicht, um Angst auszulösen.

Falls dieses Modell zutreffend ist, besteht verstärkt eine Gefahr, die Madill ebenfalls gesehen hat und auf die auch Franks (209) hinweist: der Patient gerät auf diese Weise leicht in eine "Doppelbindungs"-Situation, in der die Therapiesituation, die ihn vom Alkohol wegzieht, gleichzeitig starke Angst in ihm erzeugt, und er in Versuchung geraten könnte, diese Angst durch Alkoholgenuß wieder zu reduzieren.

Kann dieses therapeutische Verfahren auch Erfolge verzeichnen, so spricht doch gegen eine verbreitete Anwendung, daß es in seinen Auswirkungen vom Therapeuten im einzelnen nicht mehr ohne weiteres kontrolliert werden kann, und u.U. den Heilerfolg wieder gefährdende Reaktionen, wie Angst, hervorruft.

Einen bedeutenden Beitrag zur Aversionstherapie bei Alkoholikern haben die Arbeiter geleistet, die als aversiven Reiz Elektroschocks einsetzen.

Ihr Vorteil liegt vor allem darin, daß der Therapeut den Einsatz des aversiven Reizes präzise kontrollieren kann und so eine optimale zeitliche Sequenz der Konditionierungsschritte gewährleistet ist.

Außerdem sind kaum medizinische Kontraindikationen zu verzeichnen.

Das Therapiemodell hat im Lauf der letzten Jahre wesentliche Modifikationen erfahren, und nur noch wenige Forscher verfahren ausschließlich nach dem klassischen Konditionierungsparadigma, das sich als wenig effizient erwiesen hat.

Die beiden Arbeiten, die hier noch dieses Paradigma anwenden (47, 126), erbringen auch keine nennenswerten Erfolge:

Devenyi (47) vergleicht 4 Gruppen, eine Standardkonditionierung, als Kontrolle eine Rückwärtskonditionierung, eine Konditionierung, bei der nach einem FI-Plan, nur nach jeder 3. Alkoholprobe, geschockt wurde, und als Kontrolle dasselbe Verfahren ebenfalls als Rückwärtskonditionierung.

Die Therapie wurde 10 Tage lang mit täglich einer Sitzung durchgeführt.

Trotz längerer Nachbehandlung zeigte sich kein Hinweis dafür, daß sich eine konditionierte Aversion entwickelt hatte.

Die wenigen Patienten, die abstinent waren, waren noch in Behandlung, alle anderen waren rückfällig geworden.

McCance (126) vergleicht die Elektroaversion mit Gruppentherapie und einer dritten Gruppe, die eine übliche Stationsbehandlung erhielt.

Nach einer Erfolgseinteilung nach 6 Kategorien, die bezüglich Abstinenz, Trinkverhalten und Anpassung in verschiedenen Lebenssituationen definiert waren, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Eine der möglichen Modifikationen dieses Verfahrens besteht darin, daß nicht mehr allein der Elektroschock mit der Alkoholprobe gepaart wird, sondern der Patient in die Lage versetzt wird, den Elektroschock zu beenden, indem er den Alkohol

wieder ausspuckt. Das Paradigma wird also durch eine Komponente erweitert, die einem Fluchttraining entspricht (14, 15, 39, 131, 194, 202).

Alle Arbeiten stellen experimentelle Studien dar, deren Ergebnisse durch ausreichende Kontrollen abgesichert sind. Blake (14, 15) vergleicht eine Kontrollgruppe, die nur die herkömmliche Elektroaversion erhielt, mit einer experimentellen, bei der neben Motivationsförderung ein Fluchttraining mit Entspannungsübungen (als Aversionserleichterung) durchgeführt wurde mit 50 %-igem Verstärkungsplan (bei ohne-Schock Durchgängen forderte ein grünes Lichtsignal zum Ausspucken auf).

Cohen (39) untersucht speziell das Auftreten von Generalisation und vergleicht Fluchtlernen, Vermeidungslernen und eine Kontrollgruppe mit gleicher Versuchsanordnung (Alkoholproben ausspucken), aber ohne Schock.

Miller (131) führt eine Fallstudie durch und kontrolliert den Therapieeffekt nach einem ABA-Kontrollplan (Wechsel von Grundlinien- und experimentellen Bedingungen).

Insbesondere wird dabei eine neue Meßmethode des quantitativen Alkoholkonsums vorgestellt:

Unter dem Vorwand eines "Geschmackstests" (taste test) wurden als Grundlinie der Versuchsperson 6 Getränke (3 alkoholische, 3 nichtalkoholische) präsentiert, die sie nach Belieben kosten und auf einer Liste nach bestimmten Geschmacksdimensionen einstufen sollte. Gemessen wurde in Wirklichkeit die konsumierte Alkoholmenge.

Diese Testphasen wechselten jeweils ab mit Therapiesitzungen.

Vogler (194) vergleicht eine Gruppe mit Fluchtlernen und Nachbehandlung in Form von "booster sessions", mit 4 weiteren Gruppen: Fluchtlernen ohne Nachbehandlung, Pseudokonditionierung (zufällige Schockgabe), Scheinkonditionierung (kein Schock bei sonst identischer Versuchsanordnung), und einer Gruppe mit Standard-Hospitalbehandlung.

Und Vogler (202) vergleicht die Wirkungen unterschiedlicher Schockgaben: eine Gruppe wurde kontingent geschockt, eine zweite nach Zufall, und eine dritte in einem Kombinationsverfahren der beiden ersten teils kontingent, teils zufällig. Eine Kontrollgruppe erhielt wiederum übliche Hospitalbehandlung. Alle 3 Konditionierungsgruppen erhielten als Nachbehandlung "booster sessions".

Die Therapiedauer betrug, je nachdem, wie massiert die Sitzungen stattfanden, im Höchstfall 3 Wochen (131), in der Regel weniger.

Die Ergebnisse basieren - mit einer Ausnahme (39) - auf Katamnesen nach mindestens 6 Monaten (131, 202) und sind auf

statistische Signifikanz geprüft (außer 131).

Diese Therapieversuche mit Fluchttraining scheinen zwar nicht erfolglos zu sein, doch zeichnet sich keine bedeutende Überlegenheit gegenüber konventioneller Elektroaversion ab. Nach Vogler (194) zeigt sich gegenüber den Kontrollen (Pseudo-, Scheinkonditionierung und Hospitalkontrolle) eine signifikante Reduktion des Trinkkonsums; außerdem ist die Dauer bis zum Rückfall signifikant länger; die Rückfallquote ist gegenüber den Kontrollen nur für die experimentelle Gruppe mit Nachbehandlung signifikant geringer.

Die Abstinenzquote bei Vogler (202) beträgt für alle 3 Konditionierungsgruppen zusammen nach 6 Monaten 47 %, für die Kontrollgruppe 7 % - der Unterschied ist hochsignifikant. Die höchste Abstinenzrate verzeichnet dabei die Gruppe mit zufälliger, die niedrigste die mit kontingenter Schockgabe.

Eine Effizienz dieses therapeutischen Vorgehens ist demnach zwar grundsätzlich gegeben.

Aber Blake (14, 15), der Fluchtlernen mit konventioneller Elektroaversion als Kontrolle vergleicht, meldet nach 12 Monaten 59 % der experimentellen Gruppe und 50 % der Kontrollgruppen als abstinent oder gebessert. Der Unterschied ist nicht signifikant.

Demnach scheint das Fluchtlernen nicht zusätzlich therapiefördernd zu sein.

Die Fallstudie von Miller (131) gibt keine schlüssigen Informationen; die graphische Darstellung des Alkoholkonsums zeigt zwar eine Abnahme des Alkoholkonsums und Zunahme des Konsums von nichtalkoholischen Getränken in den experimentellen Phasen gegenüber einer Annäherung der Konsumkurven in den Grundlinien-Phasen, doch ist der Kurvenverlauf sehr schwankend, so daß ohne Signifikanzangaben keine Schlußfolgerung möglich ist.

Letztlich fragt es sich auch, ob die Untersuchung mehr einen Test für die Therapie oder für das Meßverfahren darstellt, denn inwieweit das Trinkverhalten während des sogenannten "Geschmackstests" ein valides Maß für das allgemeine Trinkverhalten darstellt, ist fraglich.

Cohen (39), der keine Katamnese durchführt, trägt nicht zur Klärung der Therapieeffektivität bei, da sich seine Ergebnisdarstellungen nur auf die Frage der Generalisation beziehen: Danach zeigt sich zwischen den Gruppen weder unmittelbar nach der Therapie, noch nach einer Lösungsprozedur ein signifikanter Unterschied bezüglich Generalisation. Ein solcher fand

sich nur zwischen Patienten mit interner versus externer Kontrolle (nach Rotter I-E Test), und auch da nur nach der Löschung.

Demnach sind extern kontrollierte Personen Löschung gegenüber resistenter und generalisieren leichter auf andere Alkoholgetränke.

Angaben über therapiebedingte Änderungen im Alkoholkonsum wären insofern auch sehr wünschenswert gewesen, da Cohen zu den wenigen zählt, die ein Fluchttraining vergleichen mit einer Vorgehensweise nach dem Vermeidungsparadigma (dabei kann der - verzögerte - Schock durch rechtzeitiges Ausspucken vermieden werden). Aber Vergleichsdaten zur Therapieeffizienz liegen leider nicht vor.

Die einzige Arbeit, die außerdem nach dem Vermeidungsmodell arbeitet, ist die von McCulloch (119):

Entsprechend der Aversions- Erleichterungstechnik, die Feldman 1966 erfolgreich bei der Therapie von Homosexualität anwandte, wurde hier ähnlich verfahren: eine Hierarchie von Stimulus-situationen wurde aufgestellt, die eine Reihe von Fotos mit alkoholischen Getränken, einige reale Flaschen mit Alkohol offen und verschlossen, und Alkohol in einem Glas enthielt; Dias mit Orangensaft und realer Saft zum Trinken dienten als Aversions- Erleichterungsstimulus.

Die Therapie wurde beendet, wenn die Hierarchie durchgegangen war und der Patient kein Verlangen nach Alkohol mehr zeigte; bei den hier behandelten 4 Patienten waren 9 - 46 Sitzungen nötig.

Alle 4 wurden jedoch bald nach der Entlassung wieder rückfällig. Will man die Ursache dieses Mißerfolgs nicht in einer ungünstigen Auswahl der Klienten sehen, was nicht der Fall zu sein scheint, so kann nur die Wirksamkeit dieser spezifischen therapeutischen Vorgehensweise bezweifelt werden.

7. 2. Verschiedene verhaltenstherapeutische Techniken

Die bisher diskutierten verhaltenstherapeutischen Arbeiten zeigen zwar keine überragenden Erfolge und sind methodisch nicht immer befriedigend, stehen aber im Vergleich mit sonstigen Therapieansätzen auch nicht zurück.

Kritik an dem bisherigen Vorgehen kam vornehmlich aus den eigenen Reihen.

Im Laufe der Zeit, in der sich die Verhaltenstherapie weiterentwickelte, und Techniken der Modifikation mehr und mehr auf fast alle Bereiche menschlichen Verhaltens und Fehlverhaltens anwendbar wurden, erwies sich der Ansatz reiner Aversionskonditionierung als zu eng, um der doch komplexeren Störung des Alkoholismus, zumal mit Abstinenz als einzigem Zielkriterium, gerecht zu werden.

Es wurden Versuche unternommen, Verhaltensanalysen des abweichenden Trinkverhaltens von Alkoholikern im Rahmen ihres ganzen Verhaltensrepertoires und ihrer Lebenssituation zu erstellen und es in verhaltenstheoretischen Termini zu formulieren (216, 217, 218).

Bezüglich der Therapie zeigen sich damit Möglichkeiten, an unterschiedlichen Stellen der Verhaltenssequenzen anzusetzen, bzw. mehrere das Verhalten determinierende Faktoren, sowohl auslösende wie verstärkende, gleichzeitig anzugehen.

Erste Ansätze, von der reinen Aversionskonditionierung abzugehen und das Modell durch eine operante Komponente zu erweitern sind Arbeiten mit Elektroaversion, die neben der Aversionskonditionierung alternative Reaktionen verstärken (8, 32, 81, 133).

Das praktische Vorgehen sieht folgendermaßen aus: Nachdem in einigen Durchgängen dem Patienten nur Alkoholgetränke angeboten werden, auf deren Probe hin er einen vermeidbaren Schock erhält, werden ihm anschließend eine Reihe alkoholischer und nichtalkoholischer Getränke präsentiert, von denen er jeweils eine bestimmte Anzahl kosten muß.

Die Wahl der alkoholischen wird mit Schock bestraft, die der nichtalkoholischen nicht.

Von den vorliegenden Arbeiten fordert nur Morisko (133) immer noch Abstinenz; inwieweit "sobriety" als solche zu verstehen ist (32) ist ungewiß. Die anderen erstreben reduziertes Trinken.

Die früheste der zitierten Arbeiten, die dieses Verfahren anwenden, ist die von Hsu (81), der noch keine kontrollierte Studie durchführt.

Ungünstig mag sich u. U. auch die relativ kurze Dauer von 5 Tagen und die dadurch bedingte massierte Durchführung der Sitzungen ausgewirkt haben.

Es waren zwar Nachbehandlungen nach 4 Wochen und 6 Monaten in Form eines wiederholten Vermeidungstrainings geplant, aber nur die Hälfte der ursprünglich 40 Patienten beendeten sowohl Behandlung wie Nachbehandlung.

An Erfolgsangaben ist nur zu erfahren, daß von diesen 20 Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese 13 aus dem Hospital entlassen waren und wieder arbeiteten, bzw. auf Arbeitssuche waren; und von 7 war bekannt, daß sie "some exposure to drinking" hatten.

Um die Wirksamkeit dieser Therapie zu beurteilen, reichen diese Angaben allerdings nicht aus; sie können nur als vorläufige Hinweise dienen - als "preliminary report" war die Untersuchung auch nur konzipiert.

Von den späteren Untersuchungen kontrolliert Baer (8) seine Resultate anhand eines Vergleichs mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe, außerdem, wie auch Chapman (32), durch einen "vorher-nachher" Vergleich, der sich aber nicht auf ungefähre, verbale Aussagen der Klienten stützt, sondern auf eine exakt erhobene Grundlinie:

Dem Klienten werden eine Reihe alkoholischer und nichtalkoholischer Getränke vorgesetzt, bei Baer (8) 9 sets zu je 2 alkoholischen und 4 nichtalkoholischen mit der Aufforderung, je 4 zu trinken.

Chapman (32) läßt aus 20 alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken danach auswählen, was dem Konsum einer typischen Woche entspräche.

Während der Grundlinienerhebung wird kein Schock verabreicht! Ein Vergleich mit dem Grundlinienverhalten soll therapiebedingte Veränderungen im Trinkverhalten nachweisen.

Ein Versuch, den Einfluß von therapiefremden Variablen, wie Therapeuteneinfluß, auszuschalten, unternahm Baer (8), im späteren Verlauf der Untersuchung auch Hsu (81) durch apparative Einrichtungen, Hsu durch eine halbautomatische Schockauslösung, Baer, indem Anweisungen des Therapeuten durch Lichtsignale ersetzt wurden.

Die Angaben zur Dauer der Therapie sind sehr unterschiedlich: Chapman (32) gibt als festen Zeitplan für alle Versuchspersonen 10 Tage Therapie an mit Sitzungen an jedem 2. Tag; an den dazwischenliegenden fand jeweils ein sogenanntes "self-management-training" mit Rollenspielen u.a. statt. Die anderen Autoren machten die Dauer - bei wöchentlich 1 Therapiesitzung - jeweils abhängig von völliger Alkoholvermeidung (8, 133).

Die Ergebnisse weisen einen positiven Trend auf, sind aber im Fall fehlender Kontrollgruppen (32, 81, 133) nicht sicher interpretierbar.

Morosko (133) berichtet nur allgemein von reduziertem Alkoholkonsum; allerdings zeigte sich im psychischen und sozialen Bereich keine verbesserte Anpassung.

Chapman (32) gibt an, daß bei 7 von 9 Patienten die Vermeidungsreaktion bis zum Therapieende auf über 90 % anstieg und die Patienten nach 8 bis 9 Monaten noch nüchtern waren. Eine differenziertere Ergebnisanalyse liefert Baer (8).

Eine Katamnese nach 18 Monaten ist noch in Arbeit, die bisher vorliegenden Daten beziehen sich daher nur auf den unmittelbaren Therapiezeitraum.

Dabei wurde eine 100 %-ige Vermeidungsrate durchschnittlich nach 5.2 Sitzungen erreicht.

Ausgehend vom Verhalten an der Grundlinie ließen sich 2 Gruppen unterscheiden, solche, die über dem Medianwert lagen in ihrer mittleren Vermeidungsrate, und solche, die darunter lagen. Diese Gruppen unterschieden sich auch im weiteren Verlauf der Therapie.

Als ganze genommen zeigte die experimentelle Gruppe im "vorher - nachher" Vergleich eine signifikante Abnahme des totalen Alkoholkonsums, des maximalen Tageskonsums, des Konsums 7 Tage vor dem Ergebnisinterview im Vergleich mit den 7 Tagen vor der **Grundlinien-Erhebung, und auch der maximalen Tageskonsum** während der Behandlungszeit war signifikant geringer als der während des ganzen Jahres vor der Behandlung. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Behandlung zeigte sie sowohl in den 7 Tagen vor dem Ergebnisinterview als auch für den ganzen Therapiezeitraum einen signifikant niedrigeren Tageshöchstkonsum. Von den Untergruppen zeigte sich bezüglich des Tageshöchstkonsums während der ganzen Behandlungsperiode gegenüber der Kontrollgruppe nur bei der Gruppe "Vermeidungsrate unter Medianwert" eine signifikante Reduktion.

Es müssen zu dieser Untersuchung zwar noch die Ergebnisse der Katamnese abgewartet werden, doch kann diesem Ansatz ein gewisser Erfolg sicher nicht abgesprochen werden. Die Abwendung einiger Forscher von der Verwendung von Elektroschocks zwecks Aversionskonditionierung ist in Zusammenhang zu sehen mit der zunehmenden Ablehnung von Abstinenz als Zielkriterium.

Die Behauptung, jeglicher Genuß von Alkohol führe bei Alkoholikern zu stärkerem Verlangen nach Alkohol und unabänderlich zu einem Rückfall, kann aufgrund der zahlreichen gegenteiligen

Belege aus der Literatur, in der Alkoholiker zu kontrolliertem Trinken zurückfanden, als widerlegt angesehen werden. Speziell Pattison (213) hat dazu zahlreiche Belege angeführt. Auch im Rahmen des vorliegenden Berichtes konnte verschiedentlich auf entsprechende Untersuchungsergebnisse hingewiesen werden (72, 73, 74, 130, 146, 155).

Die Zweckmäßigkeit von kontrolliertem Trinken als Zielkriterium dürfte zum einen in der besseren Akzeptierung durch den Patienten liegen, auf den die Aussicht auf lebenslange Abstinenz eher abschreckend wirken und daher therapiehinderlich sein muß, zum anderen entspricht es eher den gesellschaftlichen Normen, die hierzulande in Bezug auf Alkoholgenuß herrschen.

Der Frage, woran es lag, daß es Alkoholikern immer wieder gelang, zu kontrolliertem Trinken zurückzufinden, ist in den jeweiligen Fällen nicht nachgegangen worden. Unter lerntheoretischem Aspekt wird dieser Tatbestand allerdings erklärbar.

Genauso wie übermäßiges Trinken eine Verhaltensweise ist, die im Kontext bestimmter Kontingenzen erlernt worden ist, genauso muß es möglich sein, auch kontrolliertes Trinken unter Einsatz entsprechender Kontingenzen wieder zu erlernen.

Dies ist der Ausgangspunkt, von dem aus einige Forscher dazu ansetzten, das Trinkverhalten unter operante Kontrolle zu bringen, d.h. es sollte gezeigt werden, daß es möglich ist, das Trinkverhalten zu modifizieren, indem systematisch die Konsequenzen verändert werden (13, 38, 40, 41, 42, 43). Cohen et al. (38, 42) untersuchten in einer Reihe von Experimenten die Wirkung, die bestimmte Verstärker, verzögerte Verstärkung und die Gabe einer "priming dose of alcohol" auf Abstinenz ausüben.

Daß Einhaltung, bzw. Wiedergewinnung von Abstinenz durch Einsatz bestimmter Verstärker möglich ist, zeigte sich durch die Versuchsanordnung, nach der die Versuchspersonen an jedem 3. Tag ein gewisses Quantum Alkohol kaufen konnten, aber einen Geldbetrag als Verstärker erhielten, wenn sie nicht tranken. Tranken sie, erhöhte sich in der Folge der Verstärkerbetrag für Abstinenz.

Alle Patienten erreichten das Zielkriterium. Als weitere experimentelle Modifikation wurde die Verstärkung verzögert gegeben, und im Fall von Wiederaufnahme des Trinkens die Bezahlung für Abstinenz erhöht. Es zeigte sich, daß die Verstärkungsverzögerung die Abstinenz unterbrach, eine Erhöhung der Verstärkung sie wieder herstellte.

Des weiteren wurden die Versuchspersonen aufgefordert, an jedem 3. Tag morgens eine gewisse Alkoholmenge zu sich zu nehmen; eine Verweigerung wurde mit einem Bußgeld belegt. Tranken die Patienten die angeordnete Menge und hörten dann auf, wurden sie wie üblich verstärkt. Tranken sie weiter, wurde bei der nächsten "priming dose" die Verstärkung für "Nicht Weitertrinken" erhöht.

Das Resultat war, daß anfängliche Alkoholproben die Abstinenz unterbrachen, eine Erhöhung der Verstärkung sie aber auch in diesem Fall wieder herstellte.

Vor allem diese letzte experimentelle Anordnung belegt eindrucksvoll, daß chronische Alkoholiker, entgegen verschiedenentlich geäußerter Annahme, sehr wohl in der Lage sind, den Alkoholkonsum zu stoppen, wenn man nur entsprechende Kontingenzen setzt.

Die Wahl der jeweiligen Verstärker wird in jedem Fall sorgfältig zu treffen sein und muß jeweils individuell abgestimmt werden.

Bigelow (13) und Cohen et al. (40, 38, 41, 43) setzen, nachdem einige Variationen experimentell erprobt waren, als Verstärker bestimmte Annehmlichkeiten in der unmittelbaren Hospitalumgebung ein ("enriched vs. impoverished environment"), bestehend aus: Benutzung des Aufenthaltsraums mit Spieltisch, Fernseher etc. und Geselligkeit mit Mitpatienten, Teilnahme an Gruppentherapiesitzungen, Erlaubnis Besuch zu empfangen, Lesematerial, Nachttisch, Verdienstmöglichkeit im Hospital, reguläre Mahlzeit.

Zielkriterium war ausdrücklich nicht Abstinenz sondern gemäßigtes Trinken, um zu dokumentieren, daß Trinken kontrolliert werden kann.

Bigelow (13) läßt seinen Patienten selbst die Wahl, ob sie Abstinenz oder gemäßigtes Trinken anstreben wollen.

Erlaubt ist pro Tag der Genuß von 5 "ounces" Alkohol. Wird diese Grenze eingehalten, bleiben die genannten Verstärker in Kraft; wird darüber hinaus getrunken, (ein Höchstlimit ist festgelegt) bedeutet der Entzug der Verstärker den Verlust dieser Privilegien, sie müssen in ihrem Zimmer bleiben und erhalten zu den Mahlzeiten nur eine Breidiät.

Um abzutesten, ob Änderungen im Trinkverhalten auch tatsächlich auf den Einfluß der Kontingenzen zurückgehen, wurde in allen Fällen nach einem ABA-Kontrollplan vorgegangen, d.h., in alternierender Folge waren jeweils 1 Woche lang die genannten Kontingenzen in Kraft, jede 2. Woche lebten die Patienten unabhängig von ihrem jeweiligen Trinkverhalten unter Verstärkerentzug.

Die Verlaufsprotokolle weisen in eindrucksvoller Weise die Effektivität der Verstärker nach:

In nichtkontingenten Wochen tranken alle Versuchspersonen über die gesetzte Grenze hinaus, in den kontingenten Wochen fast nie.

Die Unterschiede im konsumierten Alkohol zwischen kontingenten und nichtkontingenten Wochen waren für alle Versuchspersonen hoch signifikant.

Dieses Resultat konnte aber auch erst erzielt werden, nachdem die Verstärker hinreichend modifiziert und attraktiv gestaltet worden waren.

Zusätzliche Abänderungen des experimentellen Designs ermöglichen noch weitergehende Analysen:

Zur Abklärung etwa der Frage, ob das exzessive Trinken in den nichtkontingenten Wochen auf die Außerkraftsetzung der Kontingenzen zurückzuführen oder nur Resultat der unattraktiven Umgebung war, wurden nun in den nichtkontingenten Wochen, unabhängig vom Trinkverhalten, die Patienten in der attraktiven Umgebung belassen (40, 41, 43).

Das Resultat änderte sich nicht: In den kontingenten Wochen tranken die Patienten im erlaubten Rahmen, in den nichtkontingenten exzessiv.

Cohen (41) zeigte darüber hinaus in einer Einzelfallstudie, daß auch bei zusätzlich verfügbarer Alkoholmenge die Verstärker wirksam bleiben und, indem 5 Wochen lang hintereinander die Verstärker kontingent in Kraft waren, daß der Patient auch länger als 1 Woche gemäßigt trinken kann.

Bigelow (13), der seinen Patienten die Wahl gelassen hatte zwischen Abstinenz oder gemäßigtem Trinken, zeigt eine signifikant häufigere Bevorzugung mäßigen Trinkens (76.6 %), was die früher geäußerte Hypothese bestätigt, daß Abstinenz für Alkoholiker in der Regel ein wenig erstrebenswertes Ziel darstellt.

Daß gemäßigtes Trinken ein realistisches Zielkriterium ist, kann als ein sicheres Ergebnis dieser Studien angesehen werden. Als zweites wesentliches Ergebnis bleibt festzuhalten, daß es möglich ist, das Trinkverhalten von Alkoholikern durch den Einsatz sorgfältig ausgewählter Verstärker zu kontrollieren.

Die zitierten Arbeiten beschreiben noch keine fertige therapeutische Vorgehensweise - ~~katamnestische~~ Untersuchungen etwa über längerfristige Änderungen im Trinkverhalten liegen nicht vor.

Was diese Forschungsarbeiten geleistet haben, ist der Nachweis des Prinzips, daß das operante Modell grundsätzlich beim Alkoholismus therapeutisch wirksam angewandt werden kann.

Das konkrete therapeutische Vorgehen hätte sich in jedem einzelnen Fall danach zu richten, welche Kontingenzen in Kraft sind und welche Faktoren als Verstärker zur Modifikation des Trinkverhaltens eingesetzt werden können. Was aber für ein Individuum ein attraktiver Verstärker ist, variiert von Person zu Person und kann daher nicht global festgelegt werden.

Entsprechende Untersuchungen, die diese erst in jüngster Zeit durchgeführten Forschungen therapeutisch nutzen, müssen in größerem Umfang erst noch durchgeführt werden.

An operanten Ansätzen, die auf ein kontrolliertes Trinken hinarbeiten, liegen bisher nur solche vor, die, ausgehend von Elektroschockmethoden, diese aber nicht mehr, wie bereits erwähnt, zum Zweck der Aversionskonditionierung benutzen, sondern nach operantem Modell als Strafreize für unerwünschtes Trinkverhalten einsetzen (112, 113, 132, 172, 195)., Erstrebt wird teilweise die Eliminierung typischen Alkoholiker-Trinkverhaltens, teilweise zu erlernen, den eigenen Blutalkoholspiegel (BAS) zu schätzen und ab einem bestimmten Niveau nicht mehr weiterzutrinken.

Daß eine Diskrimination des eigenen BAS grundsätzlich erlernbar ist, hat Bois (17) in einem Experiment an normalen Versuchspersonen demonstriert:

Eine begrenzte Menge eines Alkoholgemisches (um vom Geschmack her die Konzentration nicht erraten zu lassen) wurde den Versuchspersonen zum schluckweisen Konsum gereicht. Alle 20 min. erfolgte eine Datenerhebung: die Versuchsperson schildert ihre Symptome und schätzt ihren BAS. Pro Sitzung wurden 10 solcher Datenerhebungen durchgeführt, sowohl bei steigendem BAS, Höhepunkt, als auch bei fallendem BAS.

In der 1. Sitzung ("pretraining performance") und der 3. ("posttraining performance") erhielten die Versuchspersonen jeweils nur nach der 5. Datenerhebung, nach dem Höhepunkt, eine Rückmeldung über den tatsächlichen BAS, in der 2. Sitzung dem eigentlichen Training dagegen nach jeder Schätzung.

In den Sitzungen 4 - 6 sollte die Generalisierung der Diskriminationsfähigkeit getestet werden, wenn mögliche Hinweisreize wie Menge, Geschmack, Alkoholsorten als auch die Trinkgeschwindigkeit geändert werden. Außerdem erhielten die Versuchspersonen nun die Instruktion zu schätzen, wann sie einen BAS von 0,04 % - 0,06 % erreicht hätten.

Entsprechende Datenerhebungen wie in den ersten 3 Sitzungen wurden auch hier erhoben.

Da in Bezug auf Diskriminationsfehler kein signifikanter Unterschied zwischen 2. und 3. Sitzung, wohl aber gegenüber der 1. besteht, kann daraus gefolgert werden, daß eine Diskrimination erlernt wurde.

Die Sitzungen 4 - 6 erbrachte eine weitere Fehlerverringering, auch eine signifikante Besserung in der 6. gegenüber der 4. Sitzung.

Demnach entwickelte sich eine Diskriminationsfähigkeit unabhängig von äußeren Hinweisreizen.

Diese Erkenntnis haben sich Lovibond (112, 113) und Vogler (195) zunutze gemacht und als Verfahren therapeutisch eingesetzt.

Lovibond (112, 113) hat diese Methode in kontrollierten Untersuchungen mit "vorher - nachher" Vergleich und zufallsverteilten Kontrollgruppen auf ihre Effektivität hin untersucht. In einer ersten Trainingssitzung (112) soll die BAS-Diskrimination erlernt werden. In einer folgenden Konditionierungsphase erhalten die Patienten die Anweisung, 1 1/2 Stunden lang ihr bevorzugtes Getränk in ständiger Rate zu trinken und alle 15 - 20 min. ihren BAS zu schätzen, wobei sie jedesmal eine Rückmeldung erhalten.

Steigt der BAS über 0,065 % werden sie zwar immer noch aufgefordert, weiterzutrinken, erhalten aber intermittierend in 80 % der Fälle einen Elektroschock.

Bei der Kontrollgruppe wird nach der 4. Sitzung wie bei der experimentellen verfahren; bis dahin wird eine Pseudokonditionierung eingesetzt, bei der der Schock nicht kontingent gegeben wird.

Insgesamt fanden 6 - 12 Sitzungen statt, die ersten 3 in einem Abstand von 5 - 7 Tagen, die folgenden in größerem Zeitraum, was ungünstige massierte Durchführungen verhindert. Bei der Katamnese zeigte sich in der experimentellen Gruppe von 31 Patienten bei 21 ein totaler Erfolg, kontrolliertes Trinken, das selten einen BAS von 0,07 % überstieg. 3 weitere Patienten galten als erheblich verbessert, 4 gering; 3 hatten die Therapie vorzeitig abgebrochen. Der wöchentliche Alkoholkonsum war bei der Kontrollgruppe signifikant höher, ebenso die durchschnittliche Überschreitung des BAS-Limits pro Woche, und auch die Ausfallsrate.

Das Ergebnis dieser methodisch sauberen Untersuchung erweist die Effektivität dieses Ansatzes als therapeutische Methode.

Der Erfolg bestätigte sich auch in einer weiteren Untersuchung Lovibonds (113), in der zusätzlich starke Betonung auf Selbstkontrolle gelegt wurde (trinkfördernde Umgebungen und Situationen vermeiden; lernen, Trinkaufforderungen zu begegnen; bei Erreichen des BAS-Limits positiv verstärkende Verhaltensweisen einschalten; Selbstbelohnungen und -bestrafungen einführen).

Von den Kontrollgruppen erhielt eine nur Aversion ohne Betonung der Selbstkontrolle, die zweite nur Selbstkontrolle ohne Einsatz von Elektroschocks.

Auch hier erwies sich, gemessen am Zielkriterium kontrollierten Trinkens, die experimentelle Gruppe als signifikant besser als beide Kontrollgruppen zusammen. Auch in einer zusätzlichen Untersuchung, in der gerichtlich überwiesene Patienten sich dieser Therapie unterzogen, zeigte sie sich gegenüber einer unbehandelten Kontrollgruppe erfolgreich.

Die Untersuchung von Vogler (195) baut auf diesen Untersuchungen Lovibonds auf.

Seine Ausführungen stellen bisher erst einen Therapieplan dar, der noch durchgeführt wird.

Vorgesehen ist eine kontrollierte Untersuchung mit "vorher-nachher" Vergleich und einer Kontrollgruppe, die nur die übliche Hospitalbehandlung mit Gruppentherapie und freiwilliger AA Teilnahme erhalten soll.

Bei der experimentellen Gruppe sollen mehrere Techniken kombiniert Anwendung finden:

Konfrontation mit einer Videoaufnahme des Verhaltens bei Trunkenheit; ein Diskriminationstraining in einer simulierten Bar, wo der Patient alle 15 min. seine sensorischen Wahrnehmungen registriert, seinen BAS schätzt und anfangs noch Rückmeldung erhält, später nicht mehr, um den Nachdruck auf die Eigenwahrnehmung zu legen. Als Kriterium gelten "three consecutive estimates within 15 mg % of the Intoxilyzer reading". Zusätzlich wird eine Aversionskonditionierung auf übermäßigen Konsum durchgeführt: Bis zu 50 mg % BAS erfolgt kein Elektroschock. Sowie der BAS diese Grenze überschreitet, wird ein zufälliger und ein kontingenter Schockplan eingesetzt (ein zufälliger, um das angenehme Erlebnis des Alkoholkonsums in Geselligkeit nicht aufkommen zu lassen). Außerdem werden typische Trinkverhaltensweisen von Alkoholikern mit Schock bestraft. An zusätzlichen Maßnahmen werden je nach Bedarf Rollenspiele, Selbstbehauptungstraining und Entspannung eingesetzt.

"Booster sessions" als Nachbehandlung sind geplant.

Der Ergebnisse dieses Therapieprogramms dürfen auch insöfern vielversprechend sein, als hier versucht wird, in einem etwas breiteren Ansatz ein weiteres Verhaltensspektrum zu erfassen und das Problemverhalten von mehreren Seiten her therapeutisch anzugehen.

Mills (132) und Schaefer (172) konzentrieren ihre therapeutischen Bemühungen auf das Training spezieller Trinkverhaltensweisen, wie "Vorliebe für (mixed drinks), Trinken in kleinen Schlucken und Mengen", die den sogenannten "social drinker" im Gegensatz zum Alkoholiker kennzeichnen.

Die Sitzungen finden statt in einer simulierten Bar im Hospital. Das therapeutische Vorgehen entspricht dem operanten Bestrafungsmodell:

Unerwünschte Verhaltensweisen wie "Bestellen und konsumieren von klarem Alkohol und trinken in großen Schlucken" wird mit einem starken Elektroschock bestraft; bestellt der Patient entweder klaren Alkohol, trinkt aber in kleinen Schlucken, oder bestellt einen "mixed drink" und nimmt große Schlucke, folgt ein milder Schock. Erwünschtes Verhalten, wie "bestellen von "mixed drinks" und konsumieren in kleinen Schlucken, wird durch das Ausbleiben des Elektroschocks positiv verstärkt.

Während der ersten Sitzungen fragt der Bediener nach dem 3. Drink, ob ein 4. und schließlich ein 5. gewünscht wird.

Bei Zustimmung erfolgt ein starker Schock, das Getränk wird aber ausgegeben; bei Ablehnung ist die Sitzung beendet.

In späteren Sitzungen wird verstärkt sozialer Druck ausgeübt, etwa durch Zureden, doch weiterzutrinken, damit der Patient entsprechenden Schwierigkeiten in der Realsituation eher zu begegnen lernt.

Die graphische Darstellung zeigt für den Therapieverlauf eine klare Abnahme der klaren und Zunahme der "mixed drinks", Zunahme von kleinen Schlucken, sowie eine Abnahme der Anzahl überhaupt bestellter Getränke.

Das Therapieresultat wird abgesichert durch Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung.

Außerdem werden die verbalen Angaben der Patienten über ihren Zustand nachgeprüft anhand von Interviews mit Angehörigen.

(Die Übereinstimmungen waren nahezu vollständig.)

Die Ergebnisse der Katamnese nach 12 Monaten zeigen bezüglich Abstinenz und kontrolliertem Trinken für die experimentelle Gruppe eine signifikante Besserung gegenüber der Kontrolle.

Auch dieser erfolgreiche therapeutische Ansatz liefert damit eine weitere Bestätigung der Hypothese, daß kontrolliertes Trinken erlernbar ist und unter operante Kontrolle gebracht werden kann.

Mithin konnten schon eine ganze Reihe verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen als erfolgreich bei Alkoholismustherapie nachgewiesen werden.

Es hieße, die Verhaltenstherapie in ihren Grundannahmen falsch verstehen, wollte man nun darangehen auszutesten, welche spezielle Technik die höchste Erfolgsquote erbracht hat, um diese dann als ausschließlichen Therapieansatz zu postulieren. Es kommt vielmehr darauf an, in einer umfassenden Verhaltensanalyse die verschiedenen problematisierenden Verhaltensweisen, die das Trinkproblem mitbedingen, zu erfassen, ihre Funktionsweisen und Interaktionen zu analysieren und dann in einem Mehrfachansatz die jeweiligen Verhaltensabhängigkeiten therapeutisch anzugehen. Dabei wird in jedem Fall eine Reihe verhaltenstherapeutischer Maßnahmen Anwendung finden müssen.

Zu möglichen derartigen Maßnahmen zählen z.B. auch Verfahren der Selbstkonfrontation, wobei der Patient im Zustand der Trunkenheit mit einem Videogerät gefilmt und in nüchterem Zustand damit konfrontiert wird.

Von den vorliegenden Arbeiten, die diese Methode anwenden (44, 61, 105, 143, 144, 145, 170, 171, 181), sind nur die von Lanyon (105), Schaefer (170, 171) und Sobell (181) verhaltenstherapeutisch orientiert.

Von den übrigen verwenden Davis (44) und Paredes (143, 144, 145) das Verfahren offenbar nur als Hilfsmittel zur Herausarbeitung von Problemen im therapeutischen Gespräch.

Feinstein (61), der psychoanalytisch vorgeht, hofft, dynamisch relevantes Material eruieren und durch die Konfrontation die Amnesie bezüglich dieses Materials überwinden zu können.

Die Ergebnisse wurden im wesentlichen nur anekdotisch geschildert und lassen daher nicht erkennen, inwieweit diese Maßnahmen in dem jeweiligen therapeutischen Kontext förderlich waren.

Die verhaltenstherapeutischen Arbeiten sind kontrollierte Studien mit jeweils zufallsverteilten Kontrollgruppen.

Schaefer (170, 171) untersucht, ob eine derartige Videoaufnahme von Trunkenheitsverhalten, Patienten nüchtern vorgespielt, irgendwie ihr Trinkverhalten beeinflusst, ob sie abstinent werden, kontrollierter trinken oder zumindest länger nüchtern bleiben als eine Kontrollgruppe.

Er führte mit 2 Gruppen je 5 Trinksitzungen durch, wobei sie bei Trunkenheit gefilmt wurden; an den dazwischenliegenden Tagen wurde ihnen der Streifen jeweils vorgeführt, der 1. Gruppe 30 min., der 2. Gruppe 5 min.; eine 3. Gruppe durchlief zwar identische Trinksitzungen, wurde aber nicht gefilmt;

eine Kontrollgruppe erhielt nur die übliche Hospitalbehandlung. Die Ergebnisse bezüglich Änderung im Trinkverhalten (ermessen nach bevorzugtem Getränk, Schluckgröße, Pausen zwischen den Getränken und den Schlucken, Gesamtkonsum) erbrachten bei einer Katamnese nach 12 Monaten zwar keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, wiesen erstaunlicherweise aber die Tendenz auf, daß die experimentellen Gruppen weniger nüchtern blieben als die Kontrollen.

- Ausgehend von diesem Befund, und auch von eigenen Untersuchungen, hatte Vogler (195) in der bereits angeführten Untersuchung gefolgert, daß eine derartige Video-Konfrontation zwar tatsächlich sehr aversiv auf Alkoholiker in nüchternem Zustand wirkt, aber an sich keinen therapeutischen Effekt hat. Der Sinn der Anwendung kann aber darin liegen, die momentan hervorgerufene stärkere Motivation der Patienten in einem unmittelbar folgenden intensiven Therapieprogramm zu nutzen.

Lanyon (105) und Sobell (181) haben dagegen versucht, das Verfahren als Bestandteil der Therapie einzuführen.

Sobell versucht, anhand der Videokonfrontation mit einem "Shaping" Verfahren (Verhaltensformung) vorzugehen, wobei einer Gruppe als Zielkriterium Abstinenz, einer zweiten kontrolliertes Trinken gesetzt wurde. Die Kontrollgruppe erhielt nur die Standardbehandlung.

Die experimentelle Gruppe wies bei der Katamnese nach 12 Monaten unabhängig vom jeweiligen Zielkriterium signifikant bessere Ergebnisse im Trinkverhalten auf als die Kontrollgruppe.

Zwischen den Gruppen mit unterschiedlichem Zielkriterium zeigte sich kein wesentlicher Unterschied.

Der Erfolg berechtigt, den Ansatz als zumindest einen unter möglichen zu empfehlen.

Lanyon (105) geht nach einem zweistufigen Behandlungsplan vor, indem zunächst durch die Videokonfrontation eine Aversion erzeugt und anschließend ein Abbau der entstandenen Angst, die normalerweise leicht zum Trinken verleitet, erreicht werden soll.

Bei der experimentellen Gruppe wird zunächst eine Videoaufnahme des Erstgesprächs unter Betonung der Trinkprobleme erstellt.

Bei der Konfrontation äußert sich der Therapeut sehr negativ, um dem Patienten ein negatives Selbstbild zu suggerieren.

Anschließend wird zum Zweck des Angstabbaus eine systematische Desensibilisierung durchgeführt.

Die erste Kontrollgruppe macht nur den Aversionsteil durch und erhält dann eine Beratung ohne Desensibilisierung; eine zweite Kontrollgruppe nur eine Gruppendiskussion.

Bei der Katamnese nach mindestens 6 Monaten verzeichnet die experimentelle Gruppe signifikant mehr Abstinenz als die Kontrollen.

Diese Arbeit kann als weiteres Beispiel für einen wirkungsvollen Einsatz von Videokonfrontation dienen.

Sie zeigt aber darüber hinaus auch die Effektivität der Methode der systematischen Desensibilisierung, die auch in einer Reihe weiterer Untersuchungen Anwendung fand (96, 97, 98, 99, 158, 185).

Wie bedeutend die Durchführung einer genauen Verhaltensanalyse und gezielte therapeutische Intervention ist, zeigt die Arbeit von Storm (185). Er faßt Angst, die bei interpersonellen Erlebnissen entsteht, als zentrales Element bei Alkoholismus auf; Angst verleitet seiner Ansicht nach den Alkoholiker zum Trinken. Obwohl seine Patientengruppe aber im Vergleich mit einer vergleichbaren Nicht-Alkoholiker Gruppe keinen ungewöhnlich hohen Angstgrad in sozialen Situationen aufwies, verordnete er als Therapie Entspannung und systematische Desensibilisierung.

Eine Kontrollgruppe erhielt nur Einzelberatung und Psychotherapie.

Daß bei der Katamnese nach 6 Monaten kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf das Trinkverhalten feststellbar war, kann aufgrund des Ausgangszustands nicht verwundern, und das Ergebnis spricht nicht gegen die Leistungsfähigkeit der Therapie an sich, sondern sie war in diesem Fall einfach nicht indiziert.

Reed (158) führt keine volle Desensibilisierung durch, sondern nur eine progressive Muskelentspannung und das auch nur als Zusatzbehandlung zur Reduzierung von Angst, die als therapie-hinderlich empfunden wurde. Die Ergebnisse beziehen sich daher auch vornehmlich auf die unmittelbaren Auswirkungen, Reduktion der Ausfallrate, verbessertem Schlaf und verbesserter Anpassung nach Skalen des "Cornell Medical Index", nicht auf das Trinkverhalten selbst.

Die Arbeiten von Kraft et al. (96, 97, 98, 99) geben dagegen als Zielkriterium speziell an Abbau sozialer Ängste und des Alkoholismus als Folgeerscheinung. Es wird für alle Patienten betont, daß in ihrem Fall Probleme in sozialen Situationen die Ursache für den übersteigerten Alkoholkonsum waren, so daß die Therapiewahl der Desensibilisierung begründet ist. Leider wurden keine Kontrollgruppenvergleiche durchgeführt, doch sind die vorliegenden Resultate im Trend eindeutig. Bei Katamnesen nach 9 Monaten bis 12 Jahren (96), 15 Monaten (97) bzw. 9 und 6 Monaten (99) wiesen alle Patienten eine signifikante Reduktion ihres Alkoholkonsums auf und konnten als "social drinkers" bezeichnet werden. Die Angstwerte nach der "Taylor Manifest Anxiety Scale" (96, 98) waren ebenfalls signifikant reduziert.

Man wird demnach davon ausgehen können, zumal die Desensibilisierungsmethode als Therapie von Ängsten jeglicher Art sich hinreichend bewährt hat, daß bei Patienten, bei denen als Hauptursache des Alkoholismus starke Ängste, soziale oder anderer Art, angesehen werden können, dieses therapeutische Verfahren erfolversprechend ist.

An weiteren möglichen verhaltenstherapeutischen Techniken bei der Alkoholismustherapie sei ein Versuch Sobells (182) erwähnt, "behaviorally oriented group sessions" durchzuführen und als Zusatzmaßnahme tägliches Ausfüllen eines "Alcohol Intake Schedule", wofür von der Gruppe jeweils positive Verstärkung gegeben wird. Das Verfahren wird leider nicht genauer spezifiziert.

Erinnert seien hier vor allem auch an bereits dargelegte Ansätze im Bereich der Familientherapie (34, 35, 130), die an Techniken Kontingenzmanagement, Rollenspiele, Desensibilisierung u.a. verwenden.

Einen Vergleich einiger der genannten Techniken führt Hedberg (77) in einer kontrollierten Untersuchung durch. Die 4 zufallsverteilten Gruppen erhielten 1. verhaltenstherapeutische Familientherapie; 2. systematische Desensibilisierung; 3. verdeckte Sensibilisierung; 4. Elektroaversion.

Als Zielkriterium wurde wahlweise Abstinenz oder kontrolliertes Trinken genannt.

Danach beurteilt, inwieweit bei der Katamnese nach 6 Monaten das jeweilige Ziel erreicht war, schnitt die Gruppe mit Familientherapie am besten ab, gefolgt von Desensibilisierung. Die Gruppe mit Elektroaversion wies die geringste Erfolgsrate auf, was im Hinblick auf die bisherigen Befunde bei diesem Verfahren auch nicht überrascht.

Allerdings sollte das Ergebnis dieser Untersuchung nicht dazu verleiten, den einen oder anderen Ansatz nun als grundsätzlich überlegen anzusehen.

Wie schon betont wird der "effektivste" Ansatz der sein, der am gezieltesten die das Trinkverhalten im Einzelfall determinierenden Kontingenzen angreift.

In den seltensten Fällen wird es sich dabei allerdings um eine einzige isolierbare Verhaltenssequenz handeln. In der Regel wird man vorfinden, daß das problematische Verhalten, also der übermäßige Alkoholkonsum, eins unter mehreren ist, die sich zu einem Problemkomplex von gegenseitiger Abhängigkeit verwoben haben.

Von daher wurde in der Literatur, nachdem die einzelnen verhaltenstherapeutischen Techniken isoliert in etwa hinreichend geprüft sind, in jüngster Zeit die Forderung nach umfassenden Therapieprogrammen laut, die mehrere Verfahren kombiniert anwenden und so den verschiedenen Verhaltensaspekten des Alkoholproblems eher gerecht werden sollen:

"... the efficiency of any total treatment strategy will depend not only on the manner in which the drinking response is directly interfered with but also on the degree to which the fractional antecedent responses are manipulated. The problem, of course, is to determine the crucial elements in the behavioral chain and what are the most expedient ways of modifying these stages." (209)

An durchgeführten Programmen, die erste Schritte in dieser Richtung unternehmen, hat Hunt (82) an eine Hospitalbehandlung ein sogenanntes "community reinforcement program" angeschlossen, in dem Aktivitäten gefördert werden, die sowohl verstärkend, als auch mit übermäßigem Trinkverhalten inkompatibel sind. Es werden Maßnahmen getroffen, die eine Neuordnung des Lebens fördern, das sich nicht mehr um Alkohol konzentriert, mit Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung, Ehe- und Familienberatung und Beratung im sozialen Bereich, um Kontakte zu Nichtalkoholikern zu finden. Eine Clubeinrichtung für ehemalige Patienten soll mit Freizeitaktivitäten dabei behilflich sein.

Bei einer Katamnese nach 6 Monaten zeigten die Patienten gegenüber einer Kontrollgruppe ohne diese Nachbehandlung signifikant bessere Ergebnisse für Trinkverhalten, Berufstätigkeit, Familienzusammenhalt und Insitutionalisierungen.

Keehn (88), der mit "Skid Row" Alkoholikern an einer prognostisch ungünstigen Population arbeitet, versucht, in Form einer therapeutischen Gemeinschaft eine Gegengemeinschaft zu der

"Skid Row" Subkultur aufzubauen. Techniken der Verhaltensmodifikation finden Anwendung etwa in Form sozialer Verstärkung von sozial integrativem Verhalten; je nach allgemeinem Fortschritt kann sich der Patient in einem 3-Stufen Plan jeweils zunehmende Annehmlichkeiten in der Einrichtung erwerben.

An Ergebnissen wurden bisher erst eindrucksmäßige Fortschritte bei der Programmteilnahme beschrieben.

Narrol (135) beschreibt ebenfalls ein Hospitalprogramm, das nach dem Verstärkerprinzip aufgebaut ist, zunächst allerdings nur zum Ziel hat, Arbeitsverhalten durch operante Maßnahmen zu fördern.

Nach einem Punkte-Verstärkersystem kann sich jeder Patient, neben einem Austausch der Punkte für verschiedene Annehmlichkeiten, durch eine 5-stufige Hierarchie von Klinikstationen, angefangen mit einer Deprivationssituation, emporarbeiten.

Das erwünschte Verhalten stieg unter diesen Bedingungen signifikant an.

Es werden in nächster Zeit weitere Untersuchungen zu erwarten sein, die nach einem Mehrfachansatz vorgehen.

McBrearty etwa (215) arbeitet mit einer Reihe von Techniken wie Gruppenübungen in Verhaltensmodifikation, Aversions-Erleichterungstechniken, verdeckter Sensibilisierung, Entspannung und Desensibilisierung, Überwindung von Verhaltensdefiziten durch Rollenspiele und *in vivo* Training, sowie Einsatz von kontingenten Verstärkern, etwa in Form eines Münzverstärker-Programms.

Erinnert sei hier auch an den Behandlungsplan von Vogler (195), der ebenfalls eine Reihe verschiedener therapeutischer Maßnahmen vorsieht.

Geplant für das Jahr 1973 ist außerdem eine umfassende Untersuchung von Lazarus und Franks (214), in der an die 20 verschiedene Techniken praktiziert werden sollen, u.a.

Entspannung, Desensibilisierung, verdeckte Sensibilisierung, "emotive imagery", Kontingenzmanagement, Selbstbehauptungstraining, Gedankenstop, Aversions-Erleichterungstraining, Interventionen in Ehe und Familie etc.

Die Teilnahme an einem "Postbehavior Therapy Club" im Anschluß an die Therapie soll der Gefahr der Rückfälligkeit vorbeugen.

Es kann erwartet werden, daß derartige umfassende Ansätze mit verhaltenstherapeutischen Techniken, die sich bereits isoliert als effektiv erwiesen haben, einen bedeutenden Fortschritt in der Alkoholismustherapie bedeuten werden.

8. Zusammenfassung und Empfehlungen

Geht man aus von den aufgestellten Kriterien (s. Tab. I), denen eine wissenschaftliche Untersuchung nachkommen sollte, muß man feststellen, daß keine der zitierten Untersuchungen alle Kriterien erfüllt hat.

Angesichts des Arbeitsaufwandes, den eine solche Erfüllung dieser Maximalforderungen mit sich bringen würde, ist das im Grunde auch nicht verwunderlich.

Bedauerlich ist es allerdings, daß einige Punkte wie "Motivation", "persönliche Einstellung der Therapeuten zum Alkoholismus", "Gewichtung der Kriterien", "zeitlicher Erfolgsplan", "Gütekriterien der Meßinstrumente" kaum oder sogar in keiner Untersuchung berücksichtigt wurden, auch daß getrennte Schilderungen für Design und Durchführung in der Regel nicht vorliegen.

Im Ganzen gesehen ist aber festzustellen, daß der Anteil kontrollierter Untersuchungen gegenüber unkontrollierten klinischen Berichten erheblich angestiegen ist, so daß heute eine Beurteilung der verschiedenen therapeutischen Ansätze eher möglich ist. (Eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Punkte liefert Tabelle III).

Die immer noch weit verbreitete Praxis, Alkoholiker einer mehrwöchigen oder mehrmonatigen Hospitalisation zu unterwerfen, die eine Reihe verschiedener, aber wenig auf den Einzelfall zugeschnittener therapeutischer Verfahren einschließt, kann nach den vorliegenden Arbeiten nicht befürwortet werden.

Bei den Therapieberichten handelt es sich in der Mehrzahl um unkontrollierte Arbeiten, zumindest solche mit ungenügenden Kontrollen, Katamnesen und auf Signifikanz geprüften Ergebnissen. Aber auch die angegebenen Erfolgsquoten sind so niedrig, daß sie die zu erwartenden Raten spontaner Remissionen kaum übersteigen. Zieht man außerdem den ökonomischen Gesichtspunkt mit in Betracht, der bei dem Aufwand einer derartigen mehrwöchigen Hospitalisation erheblich ins Gewicht fallen muß, so kann eine Förderung dieses Ansatzes vollends nicht mehr empfohlen werden.

Die pharmakologischen Therapien liefern infolge einer fehlenden Theorie der Störung auch keine befriedigende Therapiebegündung.

Im Fall von Disulfiram und Metronidazol wird, ausreichende Motivation seitens der Patienten vorausgesetzt, nicht mehr als eine Hilfestellung beim Alkoholverzicht angeboten und ausschließlich das Trinkverhalten angegangen mit dem Ziel völliger Abstinenz, was, wie sich im Verlauf verschiedener Untersuchungen gezeigt hat, nicht das erstrebenswerteste Zielkriterium ist. Zusätzliche Änderungen, etwa in der allgemeinen Lebenssituation, können als unmittelbare Auswirkungen der medikamentösen Behandlung nicht erwartet werden. Die Berichte über Disulfiramtherapie weisen völlig unzureichende Kontrollen und weitgehend fehlende Katamnesen auf, so daß sie, streng genommen, eine Bewertung kaum erlauben. Die - meist nicht statistisch abgesicherten - Ergebnisse lassen aber auch keinen merklichen Therapieerfolg erkennen.

Bei den Metronidazoluntersuchungen wurden zwar im Ganzen befriedigende Kontrollen durchgeführt, doch fehlen auch hier weitgehend katamnestische Untersuchungen. Die Ergebnisse weisen allerdings eine eindeutig negative Bilanz auf. Im Fall von Therapieversuchen mit Antidepressiva und Tranquilizern fällt das Fehlen einer Therapiebegründung besonders ins Gewicht, da nicht nachgewiesen ist, daß bei den betreffenden Patienten die entsprechenden psychischen Symptome überhaupt vorliegen, geschweige denn determinierend für den Alkoholismus sind.

Die Untersuchungen sind zwar im wesentlichen kontrollierte Studien, doch fehlen auch hier weitgehend Katamnesen. Die in der Regel auf Signifikanz geprüften Ergebnisse zeigen lediglich Besserungen der psychischen Befunde, doch sind die Resultate in Bezug auf Besserung im Trinkverhalten eindeutig negativ.

Bei der Verwendung von Halluzinogenen kann eine Veränderung der gesamten Lebenseinstellung einschließlich des Trinkverhaltens, wie sie von entsprechenden Vertretern postuliert wird, von der Wirkungsweise der Droge her nicht schlüssig abgeleitet werden.

Die Untersuchungen sind hinreichend kontrolliert und basieren auf ausreichenden Katamnesen.

Sie demonstrieren aber eindeutig die Ineffizienz dieser Droge bei der Alkoholismustherapie.

Angesichts dieser durchweg negativen Resultate muß der gesamte pharmakologische Ansatz bei der Therapie des Alkoholismus als Fehlschlag gewertet werden.

Die unter "Psychotherapie" zusammengefaßten Arbeiten stellen ebenfalls keine überzeugende Alternative dar. Soweit sie sich der Psychoanalyse verpflichtet fühlen, wird ausgegangen von einer spekulativen Theorie der Störung als Symptom eines zugrundeliegenden Konflikts, und die Therapie verläuft nicht symptomorientiert, sondern zielt ab auf Konfliktbearbeitung, die dann eine Änderung des Trinkverhaltens mit sich bringen soll. In anderen Fällen, speziell bei Berichten über Gruppentherapie, fehlen sowohl eine Definition der Störung als auch eine Spezifikation des Therapieverlaufs. Völlig ungenügend sind auch die - spärlich durchgeführten - Kontrollen, so daß eine Erfolgsbeurteilung schlicht nicht möglich ist. Es finden sich auch keine Hinweise auf überdurchschnittliche Erfolgsquoten.

Über Heilungserfolge der AA fehlen wissenschaftliche Untersuchungen.

Als generellen Therapieansatz wird man sie aber schon daher nicht empfehlen können, da hier zugleich eine Weltanschauung vermittelt wird, der sich nicht jeder anschließen können.

An Familientherapien liegen nur vereinzelte Berichte vor, die aber keine wissenschaftlichen Untersuchungen in dem Sinne darstellen und auch ihre Ergebnisse mehr anekdotenhaft schildern.

Es muß aber besonders kritisch vermerkt werden, daß nicht einmal die therapeutischen Maßnahmen genauer spezifiziert sind. Ausnahmen bilden lediglich ein paar Untersuchungen, die verhaltenstherapeutische Techniken verwenden und spezifische Verhaltensweisen mithilfe von Kontingenzmanagement, Desensibilisierung, Rollenspielen u.a. angehen.

Es handelt sich hierbei erst um vorläufige Untersuchungen, die in ihrer Effizienz noch genauer abgeklärt werden müßten, doch sind sie von Ansatz und Ergebnis her ausreichend erfolgversprechend, um zu weiterer Forschung anzuregen.

Verhaltenstherapeutische Techniken zeichnen sich vor anderen insofern aus, als sie von einer konkreten Theorie der Störung ausgehen.

Die therapeutischen Maßnahmen sind aus dem Kontext der Theorie konsequent ableitbar und setzen an am konkreten Verhalten.

Die jeweiligen Verhaltensabhängigkeiten werden exakt analysiert und durch gezielte Eingriffe nachweisbar modifiziert. Verhaltenstherapien sind ökonomischer, da sie in der Regel in kürzerer Zeit durchgeführt werden.

Es sind in den letzten Jahren in keinem Bereich der Alkoholismus-therapie so zahlreiche experimentelle Untersuchungen durchgeführt worden wie auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie.

Dabei haben sich solche Ansätze, die ausschließlich nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung verfahren, etwa mit Mitteln der emetischen oder elektrischen Aversion, zwar nicht als unwirksam aber auch nicht konventionellen Therapien überlegen erwiesen.

Sie waren auch methodisch nicht immer befriedigend. Lediglich Studien zur verdeckten Sensibilisierung lassen Erfolge erwarten, die eine weitere Erforschung und Anwendung empfehlenswert erscheinen lassen.

Zwar könnten u.U. auch die zahlenmäßigen Ergebnisse bei der apnoeischen Aversionskonditionierung als Beleg für therapeutische Effizienz angesehen werden, doch wurde bereits hingewiesen auf mögliche unkontrollierbare Rückschläge, die infolge starker Angst durch die furchteinflößende Therapie erfolgen können, so daß man bei einer verbreiteten Anwendung dieser Methode Bedenken anmelden muß.

Erfolgreich hat sich die Verhaltenstherapie bei solchen Ansätzen erwiesen, in denen nicht nur die Reizsituation, sondern auch die Verhaltenskonsequenzen mit einbezogen wurden und nicht mehr Abstinenz, sondern als realistischeres Kriterium gemäßigtes Trinken angestrebt wurde. In solchen Fällen haben sich etwa Elektroschockmethoden als durchaus effizient erwiesen, wenn sie entweder mit zusätzlichen operanten Prozeduren gekoppelt wurden, oder der Elektroschock operant als Strafreiz beim Training gemäßigten Trinkens eingesetzt wurde, sei es zum Erwerb einer Diskriminationsfähigkeit des eigenen Blutalkoholspiegels, sei es zum Zweck des Trainings bestimmter Trinkmuster.

Diese Methoden erfordern zwar eine entsprechende Ausstattung der Therapieräumlichkeiten, könnten dann aber von der Kapazität her leichter durchgeführt werden, da der persönliche Einsatz des Therapeuten im jeweiligen Einzelfall relativ gering ist.

Ein Verbreitung dieser Methoden, speziell der Trainingsmethoden, im praktisch therapeutischen Bereich kann nach den vorliegenden Forschungsergebnissen befürwortet werden.

Weitere experimentelle Forschungen wären wünschenswert auf dem Gebiet einer rein operanten Kontrolle des Trinkverhaltens. Bisher vorliegende Untersuchungen zeigen in derart beeindruckendem Maß die Wirksamkeit operanter Methoden beim Alkoholismus, daß - bis jetzt noch fehlende - Erhebungen zum Langzeiteffekt dringend erforderlich wären.

Entsprechende praktische Vorgehensweisen könnten sowohl in stationär durchgeführten Programmen als auch ambulant, etwa in Form von Selbstkontrollmethoden oder Familientherapie Anwendung finden.

Eine Propagierung der generellen Anwendung einer einzelnen Methode erscheint nicht ratsam und dem Konzept der Verhaltenstherapie auch eher entgegengesetzt, denn es geht ja um die Modifikation einer Verhaltensweise im Rahmen der für jedes Individuum verschiedenen Reizsituationen und Konsequenzen. Die jeweils unterschiedliche Problemlage, in die der Alkoholismus bei dem einzelnen Individuum eingebettet ist, wird daher auch unterschiedliche therapeutische Interventionen erfordern.

Insofern ist die Handhabe zwar einzeln geprüfter, aber in der Praxis u.U. kombiniert angewandter Methoden grundsätzlich zu empfehlen.

Dazu gehören neben Methoden der Selbstkonfrontation etwa zum Zweck der Therapieanbahnung die der systematischen Desensibilisierung in solchen Fällen, in denen Ängste als problematisierende Faktoren in der Verhaltensanalyse ermittelt wurden.

Je nach Komplexität der Problemlage werden sich dann auch die anzustrebenden Zielkriterien nicht auf die Reduktion des Trinkverhaltens beschränken sondern auch auf einzelne involvierte Aspekte der Lebenssituation des Patienten Bezug nehmen müssen.

Es sollten verstärkt Anstrengungen unternommen werden, mithilfe der genannten, im Einzelnen erprobten und noch weiter zu erprobenden verhaltenstherapeutischen Techniken sowohl das Trinkproblem selbst, als auch die gesamte involvierte Lebensproblematik anzugehen, wobei eine exakte Verhaltensanalyse die entsprechenden Anhaltspunkte für die jeweils indizierten therapeutischen Eingriffe geben müßte.

Ein derartiger Ansatz mit mehreren Interventionen auf verschiedenen interdependenten, problematischen Verhaltensebenen, zu dem die Verhaltenstherapie die Möglichkeiten bietet, kann dem komplexen Verhaltensproblem des Alkoholismus am ehesten und am wirksamsten von allen genannten Therapieansätzen gerecht werden.

Bibliographie

Primärliteratur

- 1) Aharan, C.H., et al., Clinical indications of motivation in alcoholic patients. Quart. J. Stud. Alc., 28, 3, S. 486-492, 1967.
- 2) Anant, S.S., Verbal aversion technique. Interdiscipline, 4, 1, Spr., S. 9-14, 1967.
- 3) Anant, S.S., The use of verbal aversion (negative conditioning) with an alcoholic: A case report. BRAT, 6, 3, S. 395-396, 1968. (a)
- 4) Anant, S.S., Former alcoholics and social drinking: An unexpected finding. Canadian Psychologist, 9, 1, S. 35, 1968. (b)
- 5) Androes, L. et al., The "buddy system" in the hospital treatment of alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 27, 3, S. 524-529, 1966.
- 6) Ashem, B. et al., Covert sensitization with alcoholics: A controlled replication. BRAT, 6, 1, S. 7-12, 1968.
- 7) Baekeland, F. et al., Correlates of outcome in disulfiram treatment of alcoholism. J. Nerv. Ment. Dis., 153, 1, S. 1-9. 1971.
- 8) Baer, P.E., Aversion and avoidance conditioning as a treatment for alcoholism: Short term effects. In: Chafetz, M.E. (Ed.), Research on alcoholism: I. Clinical problems & special populations. Wash. D.C.: Public Health Service, 1972, in press.
- 9) Bartholomew, A.A., A long-acting phenothiazine in the treatment of alcoholics in an outpatient clinic. Quart. J. Stud. Alc., 27, 3, S. 510-513, 1966.
- 10) Beaubrun, M.H., Treatment of alcoholism in Trinidad and Tobago. 1956-65. British J. Psychiat., 113, 499, S. 643-658, 1967.
- 11) Beck, M., Rehabilitation eines chronischen Trinkers mit der Methode des katathymen Bilderlebens. Praxis d. Psychother., 13, 3, S. 97-103, 1968.

- 12) Belasco, J.A., The criterion question revisited. Brit. J. Addict., 66, S. 39-44, 1971.
- 13) Bigelow, G. et al., Abstinence or moderation? Choice by alcoholics. BRAT, 10, S. 209-214, 1972.
- 14) Blake, B.G., Application of behavior therapy to the treatment of Alcoholism. BRAT, 3, S. 75-85, 1965.
- 15) Blake, B.G., A follow-up of alcoholics treated by behavior therapy, BRAT, 5, S. 89-94, 1967.
- 16) Blane, H.T. et al., Social class and establishment of treatment relations by alcoholics. J. Clin. Psychol., 20, 2, S. 287-290, 1964.
- 17) Bois, CH. et al., Training humans to discriminate low blood alcohol levels. Implications for self-titration of alcohol. Behavior Therapy, 1972.
- 18) Bolman, W.M., Abstinence versus permissiveness in the psychotherapy of alcoholism. A pilot study and review of some relevant literature. Arch. gen. Psychiat., 12, S. 456-463, 1965.
- 19) Bonfiglio, G. et al., Results of the clinical testing of a new drug (metronidazole) in the treatment of chronic alcoholism. Internat. Symposium on Alcoholism, June 1966, Prag.
- 20) Bourne, P.G. et al., Treatment of skid-row alcoholics with disulfiram. Quart. J. Stud. Alc., 27, 1, S. 42-48, 1966.
- 21) Bowen, W.T. et al., A follow-up study of 79 alcoholic patients 1963-1965. Bulletin of the Menninger Clinic, 32, 1, S. 26-34, 1968.
- 22) Bowen, W.T. et al., Lysergic acid diethylamide as a variable in the hospital treatment of alcoholism. J. Nerv. Ment. Dis., 150, 2, S. 111-118, 1970.
- 23) Bradfer, J., Observation de 102 cas d'alcooliques suivis en cure ambulatoire dans un centre de consultation urbain. Acta Neurol. Belg., 64, S. 657-667, 1964.
- 24) Bryce, J. C., An evaluation of LSD in the treatment of chronic alcoholism. Canad. Psychiat. Ass. J., 15, 1, S. 77-78, 1970.

- 25) Cahill, C.A., A community program for control of alcoholism. Community Mental Health Journal, 3, 3, S. 273-275, 1967.
- 26) Canter, F.M., Personality factors and participation in treatment by hospitalized, female alcoholics. Psychiat. Quart. Suppl., 40, 1, S. 72-80, 1966.
- 27) Canter, F.M., The requirement of abstinence as a problem in institutional treatment of alcoholics. Psychiat. Quart., 42, S. 217-231, 1968.
- 28) Canter, F.M., A self-help project with hospitalized alcoholics. Int. J. of Group Psychother., 19, 1, S. 16-27, 1969.
- 29) Carrère, J. et al., Intérêt de la dynamisation des psychothérapies de groupes de buveurs par la participation d'alcooliques anonymes et de leurs épouses. Ann. méd.-psychol., 123, 2, S. 87-92, 1965.
- 30) Carter, W.J., The growth and effectiveness of Alcoholics Anonymous in a southwestern city. Quart. J. Stud. Alc., 26, S. 279-284, 1965.
- 31) Chafetz, M.E. et al., Establishing treatment relations with alcoholics: A supplementary report. J. Nerv. Ment. Dis., 138, S. 390-393, 1964.
- 32) Chapman, R.F. et al., An experimental analysis of human avoidance behavior to alcohol. unveröff. Man. vorgetragen beim Symposium über "Behavioral Approaches to the Treatment of Alcoholism", Amsterdam, Sept. 1972.
- 33) Charnoff, S.M., Long-term treatment of alcoholism with amitriptyline and emylcamate. A double-blind evaluation. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 289-294, 1967.
- 34) Cheek, F.E. et al., A behavior modification training program for alcoholics and their wives. Presented at the 1971 meetings of the AABT in Washington, D.C. (a).
- 35) Cheek, F.E. et al., Behavior-modification training for wives of alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 456-461, 1971. (b).
- 36) Clancy, J. et al., Treatment of alcoholics. A follow-up study. Dis. Nerv. Syst., 26, S. 555-561, 1965.

- 37) Clancy, J. et al., Evaluation of an aversive technique as a treatment for alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 28, 3, S. 476-485, 1967.
- 38) Cohen, M. et al., The modification of drinking in chronic alcoholics. Reprint from "Recent Advances in Studies of Alcoholism" by the U.S. Department of Health, Education and Welfare, S. 745-766, 1970?
- 39) Cohen, D.J. et al., Role of stimulus generalization in the treatment of alcoholism. Psychol. Reports, 29, 3, S. 771-778, 1971.
- 40) Cohen, M. et al., Moderate drinking by chronic alcoholics. J. Nerv. Ment. Dis., 153, 6, S. 434-444, 1971. (a).
- 41) Cohen, M. et al., The role of reinforcement contingencies in chronic alcoholism: An experimental analysis of one case. BRAT, 9, S. 375-379, 1971. (b).
- 42) Cohen, M. et al., Alcoholism: Controlled drinking and incentives for abstinence. Psychol. Reports, 28, 2, S. 575-580, 1971. (c).
- 43) Cohen, M. et al., A technique for establishing controlled drinking in chronic alcoholics, Dis, Nerv. Syst., 33, S. 46-48, 1972.
- 44) Davis, M. A self-confrontation technique in alcoholism treatment. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 191-192, 1972.
- 45) Denson, R. et al., A controlled study of LSD treatment in alcoholism and neurosis. Brit. J. Psychiat., 116, 533, S. 443-445, 1970.
- 46) Desroches, H. et al., Factors associated with successful responsiveness to an alcoholism treatment unit. Newsletter for Research in Psychology, Vol. XI, No. 1, Feb. 1969.
- 47) Devenyi, P. et al., Aversion treatment with electro-conditioning for alcoholism. Brit. J. Addict., 65, S. 289-292, 1970.
- 48) Dichter, M. et al., Marathon therapy with alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 32, 1, S. 66-77, 1971.
- 49) Ditman, K.S. et al., New drugs in the treatment of alcoholism. Neuropsychopharmacol., 3, S. 352-355, 1964.

- 50) Ditman, K.S., A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. Amer. J. Psychiat., 124, 2, S. 160-163, 1967.
- 51) Dubourg, G.O., After-care for alcoholics-a follow-up study. Brit. J. Addict., 64, S. 155-163, 1969.
- 52) Van Dusen, W. et al., Treatment of alcoholism with lysergide. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 295-304, 1967.
- 53) Edwards, G., Hypnosis in treatment of alcohol addiction: Controlled trial with analysis of factors affecting outcome. Quart. J. Stud. Alc., 27, S. 221-241, 1966.
- 54) Edwards, G. et al., A controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependency. Lancet, 1, S. 555-559, 1967.
- 55) Egan, W.P. et al., Effect of metronidazole on drinking behavior by alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 29, S. 899-902, 1968.
- 56) Esser, P.H., Evaluation of family therapy with alcoholics. Brit. J. Addict., 66, S. 251-255, 1971.
- 57) Faillace, L.A. et al., Clinical evaluation of some hallucinogenic tryptamine derivatives. J. Nerv. Ment. Dis., 145, 4, S. 306-313, 1967.
- 58) Faillance, L.A. et al., Hallucinogenic drugs in the treatment of alcoholism: A two-year follow-up. Compr. Psychiat., N.Y.II, S. 51-56, 1970.
- 59) Faillance, L.A. et al., Giving alcohol to alcoholics; an evaluation. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 85-90, 1972.
- 60) Farrar, C.H. et al., Punishment of alcohol consumption by apneic paralysis. BRAT, 6, 1, S. 13-16, 1968.
- 61) Feinstein, C. et al., Induced intoxication and video-tape feedback in alcoholism treatment. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 408-416, 1972.
- 62) Ferguson, F.M., A treatment program for Navaho alcoholics, results after 5 years. Quart. J. Stud. Alc., 31, S. 898-919, 1970.

- 63) Ferneau, E.W. et al., The relationship between abstinence and length of hospitalization. Quart. J. Stud. Alc., 30, 2, S. 447-448, 1969.
- 64) Fiman, B.G. et al., A comprehensive alcoholism program in the army. Amer. J. Psychiat., 130, 5, S. 532-535, 1973.
- 65) Fitzgerald, B.J. et al., Four-year follow-up of alcoholics treated at a rural state hospital. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 636-642, 1971.
- 66) Friedland, P. et al., The use of metronidazole in the treatment of alcoholism. A further study. Dis. Nerv. Syst., 29, S. 326-327, 1968.
- 67) Gallant, D.M. et al., Enforced clinic treatment of paroled criminal alcoholics: A pilot evaluation. Quart. J. Stud. Alc., 29, S. 77-83, 1968.
- 68) Gelder, M.G. et al., Metronidazole in the treatment of alcohol addiction: A controlled trial. Brit. J. Psychiat., 114, 509, S. 473-475, 1968.
- 69) Gillis, L.S. et al., Prognostic factors and treatment results in hospitalized alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 426-437, 1969.
- 70) Goodwin, D.W., Metronidazole in the treatment of alcoholism: A negative report. Amer. J. Psychiat., 123, S. 1276-1278, 1967.
- 71) Gordon, W.W., The treatment of alcohol (and tobacco) addiction by differential conditioning. New manual and mechanical methods. Amer. J. Psychother., 25, S. 394-417, 1971.
- 72) Gottheil, E. et al., Treating the alcoholic in the presence of alcohol. Amer. J. Psychiat., 128, 4, S. 475-480, 1971.
- 73) Gottheil, E. et al., Fixed interval drinking decisions. I. A research and treatment model. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 311-324, 1972. II. Drinking and discomfort in 25 Alcoholics. S. 325-340.
- 74) Gottheil, E. et al., Alcoholics' pattern of controlled drinking. Amer. J. Psychiat., 130, 4, S. 418-422, 1973.

- 75) Haberman, P.W., Factors related to increased sobriety in group psychotherapy with alcoholics. J. Clin. Psychol., 22, 2, S. 229-235, 1966.
- 76) Hayman, M., Treatment of alcoholism in private practice with a disulfiram-oriented program. Quart. J. Stud. Alc., 26, 3, S. 460-467, 1965.
- 77) Hedberg, A.G. et al., Behavioral treatment of the alcoholic: Treatment issues and comparative data. Paper presented at the Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York, Oct. 6-8, 1972.
- 78) Hoffmann, H. et al., Emotional self-description of alcoholic patients after treatment. Psychol. Reports, 26, 3, S. 892, 1970.
- 79) Hollister, L.E. et al., A controlled comparison of lysergic acid diethylamide (LSD) and dextroamphetamine in alcoholics. Amer. J. Psychiat., 125, 10, S. 1352-1357, 1969.
- 80) Holzinger, R. et al., Aversion conditioning treatment of alcoholism. Amer. J. Psychiat., 124, 2, S. 246-247, 1967.
- 81) Hsu, J.J., Electroconditioning therapy of alcoholics: A preliminary report. Quart. J. Stud. Alc., 26, 3, S. 449-459, 1965.
- 82) Hunt, G.M. et al., A community-reinforcement approach to alcoholism. BRAT., 11, S. 91-104, 1973.
- 83) Johnson, F.G., LSD in the treatment of alcoholism. Amer. J. Psychiat., 126, 4, S. 481-487, 1969.
- 84) Kamner, M.E. et al., Alcohol problems: Study by industrial medical department. New York State Journal of Medicine, Vol. 69, 24, S. 3105-3110, 1969.
- 85) Kaplan, R. et al., Phenytoin, metronidazole and multi-vitamins in the treatment of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 97-104, 1972.
- 86) Karp, S. A. et al., Field dependence as a predictor of alcoholic therapy dropouts. J. Nerv. Ment. Dis., 150, 1, S. 77-83, 1970.

- 87) Katz, C., The salvation army men's social center: II. Results. Quart. J. Stud. Alc., 27, 4, S. 636-647, 1966.
- 88) Keehn, J. D. et al., Interpersonal behaviorism and community treatment of alcoholics. unveröff. Man. 1972?
- 89) Kimmel, M.E., Antabuse in a clinic program. Amer. J. Nurs., 71, S. 1173-1175, 1971.
- 90) Kish, G.B. et al., The Fort Meade alcoholism treatment program. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 628-635, 1971.
- 91) Kissin, B. et al., The use of drugs in the long term rehabilitation of chronic alcoholics. Proc. Amer. Coll. Neuropsychopharmacol., 6, S. 835-851, 1968. (a)
- 92) Kissin, B. et al., Prognostic factors in alcoholism. Psychiat. Res. Rep., 24, Amer. Psychiat. Ass., S. 22-43, March 1968. (b)
- 93) Kissin, B. et al., Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. Psychiat. Res., 8, S. 13-27, 1970.
- 94) Knott, D.H. et al., A study of drugs in the management of chronic alcoholism. Tennessee Psychiatric Hospital and Institute, Memphis, Tenn. GP., 36, 3, S. 118-123. 1967.
- 95) Knox, W.J., Four-year follow-up of veterans treated on a small alcoholism treatment ward. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 105-110, 1972.
- 96) Kraft, T. et al., Desensitization and reduction in cigarette consumption. J. of Psychol., 67, 2, S. 323-329, 1967, (a)
- 97) Kraft, T. et al., Alcoholism treated by desensitization: A case report. BRAT., 5, S. 69-70, 1967. (b)
- 98) Kraft, T. et al., Systematic desensitization of social anxiety in the treatment of alcoholism: A psychometric evaluation of change. Brit. J. Psychiat., 117, 539, S. 443-444, 1970.
- 99) Kraft, T. et al., Desensitization and treatment of alcohol addiction. Brit. J. Addict., 63, S. 19-63, 1968.

- 100) Kryspin-Exner, K., Aufbau und Entwicklung der offenen Anstalt für Alkoholkranke. Wien. med. Wschr., 117, S. 1158-1161, 1967.
- 101) Kurland, A.A. et al., Psychedelic therapy utilizing LSD in the treatment of the alcoholic patient: a preliminary report. Amer. J. Psychiat., 123, 10, S. 1202-1209, 1967.
- 102) Kurland, A.A. et al., LSD in the treatment of alcoholics. Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharm., Stuttgart 4, S. 83-94, 1971.
- 103) Lader, M.H., Alcohol reactions after single and multiple doses of calcium cyanamide. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 468-475, 1967.
- 104) Lal, S., Metronidazole in the treatment of alcoholism: A clinical trial and review of the literature. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 140-151, 1969.
- 105) Lanyon, R.I. et al., An aversion-desensitization treatment for alcoholism. J. Consult. Clin. Psychol., 38, S. 394-398, 1972.
- 106) Laverty, S.G., Aversion therapies in the treatment of alcoholism. Psychosom. Med., 28, 4, S. 651-658, 1966.
- 107) Leger, J.M. et al., L'appétence à l'alcool et son traitement. Ann. med.-psychol., 2, 2, S. 193-217, 1971.
- 108) Levy, M.S. et al., A clinical comparison of Disulfiram and Calcium Carbimide. Amer. J. Psychiat., 123, S. 1018-1022, 1967.
- 109) Liebson, I. et al., A behavioral-pharmacological treatment of dually addicted patients. BRAT, 10, S. 403-405, 1972.
- 110) Liebson, I. et al., Alcoholism among Methadone patients: A specific treatment method. Amer. J. Psychiat., 130, 4, S. 483-485, 1973.
- 111) Linton, P.H. et al., Metronidazole in the treatment of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 544-546, 1967.
- 112) Lovibond, S.H. et al., Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior. Beh. Ther., 1, S. 437-444, 1970.

- 113) Lovibond, S.H., Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics' drinking behavior. Manuskript. o.A., 1971?
- 114) Lubetkin, B.S. et al., Difficulties of disulfiram therapy with alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 168-171, 1971.
- 115) Ludwig, A.M., Studies on alcoholism and LSD: I. The influence of therapist attitudes on treatment outcome. Amer. J. Orthopsychiat., 37, 2, S. 212-213, 1967.
- 116) Ludwig, A.M., Studies in alcoholism and LSD. I. Influence of therapist attitudes on treatment outcome. Amer. J. Orthopsychiat., 38, S. 733-737, 1968.
- 117) Ludwig, A. et al., A clinical study of LSD treatment in alcoholism. Amer. J. Psychiat., 126, S. 59-69, 1969.
- 118) Lysloff, G.O., Anti-addictive chemotherapy-metronidazole and alcohol aversion. Brit. J. Addict., 67, S. 239-244, 1972.
- 119) MacCulloch, M.J. et al., Anticipatory avoidance learning in the treatment of alcoholism: A record of therapeutic failure. BRAT, 4, 3, S. 187-196, 1966.
- 120) Madill, M.F. et al., Aversion treatment of alcoholics by Succinylcholine-induced apneic paralysis. An analysis of early changes in drinking behavior. Quart. J. Stud. Alc., 27, 3, S. 483-509, 1966.
- 121) Marg, E. et al., Ergebnisse der stationären Behandlung chronischer Trinker. Ein katamnestischer Bericht. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.), 22, S. 424-427, 1970.
- 122) Margolis, M. et al., Psychotherapy with alcoholic offenders. Quart. J. Stud. Alc., 25, S. 85-99, 1964.
- 123) Mayer, J. et al., Group therapy of alcoholic women ex-prisoners. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 493-504, 1967.
- 124) Mayer, J. et al., Treatment of the female alcoholic: The former prisoner. Amer. J. Orthopsychiat., 37, 5, S. 932-937, 1967.

- 125) Mayer, J. et al., Outpatient treatment of alcoholics; effects of status, stability and nature of treatment. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 620-627, 1971.
- 126) McCance, C. et al., Alcoholism in North-East Scotland: Its treatment and outcome. Brit. J. Psychiat., 115, S. 189-198, 1969.
- 127) Meeks, D.E. et al., Family therapy with the families of recovering alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 31, 2, S. 399-413, 1970.
- 128) Merry, J. et al., Metronidazole and alcoholism. Brit. J. Psychiat., 114, S. 859-861, 1968.
- 129) Miller, B.A. et al., A study of dropouts in an in-patient alcoholism treatment program. Dis. Nerv. Syst., 29, S. 91-99, 1968.
- 130) Miller, P.M., The use of behavioral contracting in the treatment of alcoholism: A case report. Beh. Ther., 3, S. 593-596, 1972. (a)
- 131) Miller, P.M. et al., Quantitative changes in alcohol consumption as a function of electrical aversive conditioning. J. Clin. Psychol., 28, S. 590-593, 1972. (b)
- 132) Mills, K.C. et al., Training social drinking as an alternative to abstinence for alcoholics. Beh. Ther., 2, S. 18-27, 1971.
- 133) Morosko, T.E. et al., Avoidance conditioning of alcoholics. In: Stachnitz & Mabry (Eds.), Control of Human Behavior. Vol. II. Henview, Ill., 1970.
- 134) Mozdierz, G.J. et al., Personality characteristic differences between alcoholics who leave treatment against medical advice and those who don't. J. Clin. Psychol., 29, 1, S. 78-82, 1973.
- 135) Narrol, H.G., Experimental application of reinforcement principles to the analysis and treatment of hospitalized alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 105-115, 1967.

- 136) Naviau, J. et al., Troubles mentaux de l'alcoolisme et lévoglutamine. Ann. méd.-psychol., 124, 1, S. 259-268, 1966.
- 137) Nelson, P.C. et al., The effect of long-term treatment on the personality change of high-risk alcoholics. unveröff. Man., 1972?
- 138) Neumann, C.P. et al., The treatment of adult alcoholics and teen-age drug addicts in one hospital. A comparison and critical appraisal of factors related to outcome. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 82-93, 1971.
- 139) Orme, M.E.J. et al., Autogenic training in the treatment of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 25, S. 547-550, 1964.
- 140) Pahnke, W.N. et al., The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. J. Amer. med. Ass., 212, S. 1856-1863, 1970.
- 141) Pahnke, W.N. et al., The experimental use of psychedelic (LSD) psychotherapy. Internat. J. Clin. Pharmac., Ther. & Toxicol., 4, 4, S. 446-454, 1971.
- 142) Panepinto, W.C. et al., Keeping alcoholics in treatment: Effective follow-through procedures. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 414-419, 1969.
- 143) Paredes, A. et al., Development of an audiovisual technique for the rehabilitation of alcoholics: A preliminary report. Quart. J. Stud. Alc., 29, S. 84-92, 1968.
- 144) Paredes, A. et al., A clinical study of alcoholics using audiovisual self-image feedback. J. Nerv. Ment. Dis., 148, 4, S. 449-456, 1969.
- 145) Paredes, A. et al., Filmed representations of behavior and responses to self-observation in alcoholics. Recent Advances in Studies on Alcoholism, U.S. Gov. Printing Off., Washington, D.C., 1971.
- 146) Pattison, E.M. et al., Abstinence and normal drinking: An assessment of changes in drinking patterns in alcoholics after treatment. Quart. J. Stud. Alc., 29, S. 610-633, 1968.

- 147) Pattison, E.M et al., Evaluation of alcoholism treatment: A comparison of three facilities. Arch. Gen. Psychiat., 20, 4, S. 478-488, 1969.
- 148) Penick, S.B. et al., Metronidazole in the treatment of alcoholism. Amer. J. Psychiat., 125, 8, S. 1063-1066, 1969.
- 149) Pisani, V.D., Milieu therapy and Chicago's alcoholic treatment center. In: Catanzaro, Alcoholism, the total treatment approach. Springfield, Ill., 1968.
- 150) Pisani, V.D. et al., Predictors of premature termination of outpatient-follow up group psychotherapy among male alcoholics. Internat. J. Addict., 5, 4, S. 731-737, 1970.
- 151) Pittman, D.J. et al., A comparison of two treatment programs for alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 888-899, 1969.
- 152) Platz, A. et al., Metronidazole and alcoholism: An evaluation of specific and non-specific factors in drug treatment. Dis. Nerv. Syst., 31, 9, S. 631-636, 1970.
- 153) Pokorny, A.D. et al., Response to treatment of alcoholism: A follow-up study. Quart. J. Stud. Alc., 29, S. 364-381, 1968.
- 154) Quinn, J.T. et al., Partial failure of generalization in alcoholics following aversion therapy. Quart. J. Stud. Alc., 28, S. 70-75, 1967.
- 155) Räkköläinen, V. et al., From unrestrained to moderate drinking. Acta psychiat. scand., 45, S. 47-52, 1969.
- 156) Ramsay, R.W. et al., Effect of an antidepressant drug on clinic attendance of alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 25, S. 544-546, 1964.
- 157) Rathod, N.H. et al., A two-year follow-up study of alcoholic patients. Brit. J. Psychiat., 112, S. 683-692, 1966.
- 158) Reed, A.C. et al., Effects of progressive relaxation on alcoholic patients. Quart. J. Florida Acad. Sciences, Vol. 34, Nos. 3 & 4, 1971.

- 159) Reinert, R.E., The alcoholism treatment program at Topeka Veterans administration hospital. Quart. J. Stud. Alc., 26, 4, S. 674-680, 1965.
- 160) Rhodes, P.J. et al., A follow-up study of tuberculous Skid Row alcoholics: I. Social adjustment and drinking behavior. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 119-128, 1969.
- 161) Ritson, B., The prognosis of alcohol addicts treated by a specialized unit. Brit. J. Psychiat., 114, 513, S. 1019-1029, 1968.
- 162) Ritson, B., Involvement in treatment and its relation to outcome amongst alcoholics. Brit. J. Addict., 64, S. 23-29, 1969.
- 163) Robson, R.A.H. et al., An evaluation of the effect of a clinic treatment program on the rehabilitation of alcoholic patients. Quart. J. Stud. Alc., 26, S. 264-278, 1965.
- 164) Rohan, W.P. et al., MMPI changes in alcoholics during hospitalization. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 389-400, 1969.
- 165) Rohan, W.P., Follow-up study of problem drinkers. Dis. Nerv. Syst., 33, 3, S. 196-199, 1972.
- 166) Roman, W.P., A follow-up study of hospitalized problem drinkers. Dis. Nerv. Syst., 31, 4, S. 259-265, 1970.
- 167) Rothstein, E. et al., An experimental alcoholism unit in a psychiatric hospital. Quart. J. Stud. Alc., 27, 3, S. 513-516, 1966.
- 168) Rothstein, E. et al., Combined use of Disulfiram and Metronidazole in treatment of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc., 31, S. 446-447, 1970.
- 169) Ryberg, P.E., A combined hospital setting and AA on the treatment of alcoholism. Behav. Neuropsychiat., 1, S. 19-21, 1969.
- 170) Schaefer, H.H. et al., Some sobering data on the use of self-confrontation with alcoholics. Beh. Ther., 2, S. 28-39, 1971.

- 171) Schaefer, H.H. et al., Twelve Month follow-up of hospitalized alcoholics given self-confrontation experiences by videotape. Beh. Ther., 3, S. 283-285, 1972. (a)
- 172) Schaefer, H.H., Twelve-month follow-up of behaviorally trained ex-alcoholic social drinkers. Beh. Ther., 3, S. 286-289, 1972. (b)
- 173) Schlatter, E.K.E. et al., Treatment of alcoholism with Dent's oral apomorphine method. Quart. J. Stud. Alc., 33, S. 430-436, 1972.
- 174) Schuckit, M.A. et al., A short term follow-up of women alcoholics. Dis. Nerv. Syst., 33, 10, S. 672-678, 1972.
- 175) Semer, M. et al., The use of Metronidazole in the treatment of alcoholism: A pilot study. Amer. J. Psychiat., 123, S. 722-724, 1966.
- 176) Sereny, G. et al., A follow-up evaluation of the treatment of chronic alcoholics. Canad. med. Ass. J., 94, S. 8-12, 1966.
- 177) Simopoulos, A.M. et al., Psychotomimetic properties and therapeutic potentials of Dexoxadrol on convalescing alcoholics. Dis. Nerv. Syst., 31, 3, S. 203-207, 1970.
- 178) Smart, R.G. et al., A controlled study of lysergide in the treatment of alcoholism. I. The effects on drinking behavior. Quart. J. Stud. Alc., 27, 3, S. 469-482, 1966.
- 179) Smith, C.G., Alcoholics: Their treatment and their wives. Brit. J. Psychiat., 115, 526, S. 1039-1042, 1969.
- 180) Smith-Moorhouse, P.M., Hypnosis in the treatment of alcoholism. Brit. J. Addict., 64, 1, S. 47-55, 1969.
- 181) Sobell, M.B. et al., One year follow-up of alcoholics by the method of individualized behavior therapy. Presented at the 80th Annual Convention of the Amer. Psychol. Ass., Sept. 7, 1972.
- 182) Sobell, L.C. et al., A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics. BRAT, 11, S. 237-238, 1973.

- 183) Soskin, R.A., Personality and attitude change after two alcoholism treatment programs; comparative contributions of lysergide and human relations training. Quart. J. Stud. Alc., 31, 4, S. 920-931, 1970.
- 184) Stojiljkovic, S., Conditioned aversion treatment of alcoholics. Quart. J. Stud. Alc., 30, S. 900-904, 1969.
- 185) Storm, T. et al., Systematic desensitization in the treatment of alcoholics. An experimental trial. The Alcoholism Foundation of British Columbia, 1968?
- 186) Strassman, H.D. et al., Metronidazole effect on social drinkers. Quart. J. Stud. Alc., 31, S. 394-398, 1970.
- 187) Swinson, R.P., Long term trial of Metronidazole in male alcoholics. Brit. J. Psychiat., 119, 548, S. 85-89, 1971.
- 188) Tomsovic, M., A follow-up study of discharges alcoholics. Hospital & Community Psychiatry, 21, 3, S. 94-97a, 1970.
- 189) Tomsovic, M. et al., Lysergide treatment of schizophrenic and nonschizophrenic alcoholics; a controlled evaluation. Quart. J. Stud. Alc., 31, 4, S. 932-949, 1970. (b)
- 190) Trice, H.M. et al., Sociopsychological predictors of affiliation with alcoholics anonymous. A longitudinal study of "treatment success". Sozialpsychiatrie, 5, S. 51-59, 1970.
- 191) Tyndel, M. et al., Metronidazole as an adjuvant in the treatment of alcoholism. Brit. J. Addict., 64, S. 57-61, 1969.
- 192) Vallance, M., Alcoholism. A two-year follow-up study of patients admitted to the psychiatric department of a general hospital. Brit. J. Psychiat., 111, S. 348-356, 1965.
- 193) Valles, J. et al., A program for the treatment and study of alcoholism in a Veterans Administration hospital. Quart. J. Stud. Alc., 25, 1, S. 100-107, 1964.
- 194) Vogler, R.E. et al., Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics. J. Consult. Clin. Psychol., 34, 3, S. 302-307, 1970.

- 195) Vogler, R.E., Recent advances in behavior modification techniques for alcoholics. Paper presented at the 4. Kongress der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie e.V. (GVT) und des deutschen Berufsverbandes der Verhaltenstherapeuten e.V. (DBV), Münster, Juli 1972.
- 196) Wilbur, B.M. et al., The response of tuberculous alcoholics to a therapeutic community. Quart. J. Stud. Alc., 27, 4, S. 620-635, 1966.
- 197) Wilkinson, A.E. et al., Psychological test characteristics and length of stay in alcoholism treatment. Quart. J. Stud. Alc., 32, S. 60-65, 1971.
- 198) Williams, J.H., Florida Project on follow-up adjustment of alcoholics referrals for vocational rehabilitation. Avon Park, Fla: State of Florida Alcoholic Rehabilitation Program, Jan. 1967.
- 199) Williams, J.H. et al., Final Report: Short term family therapy for alcoholics; a research and evaluation study. unveröff. Man. State of Florida Dept. of Health and Rehabilitative Services, 1972.
- 200) Wolff, S. et al., A questionnaire follow-up of alcoholic patients. Quart. J. Stud. Alc., 25, S. 108-118, 1964.
- 201) Zimberg, S. et al., Sociopsychiatric treatment of alcoholism in an urban ghetto. Amer. J. Psychiat., 127, 12, S. 1670-1674, 1971.
- 202) Vogler, R.E., Kraemer, S., Ferstl., R., Brengelmann, J.C., Aversion conditioning with severe alcoholics. In: Behavior Therapy - Verhaltenstherapie, Hrg. Brengelmann & Tunner, München, S. 227-232, 1973.

Sekundärliteratur

- 203) Blum, E.M., Psychoanalytic views of alcoholism. A review. QJSA, 27, S. 259-299, 1966.
- 204) Bowers, E.C. et al., Family treatment as a therapeutic approach to alcoholism. Quart. J. Florida Acad. Sciences, Vol. 32, No. 4, 1969.

- 205) Catanzaro (Ed.), Alcoholism. The total treatment approach, Springfield, Ill., 1972.
- 206) Ditman, K.S., Review and evaluation of current drug therapies in alcoholism. Psychosom. Med., 28, 4, S. 667-677, 1966.
- 207) Edwards, G., Who goes to Alcoholics Anonymous? The Lancet, S. 382-384, Aug. 13, 1966.
- 208) Edwards, G., The status of alcoholism as a disease. (Manuskript o.A.) 1968.
- 209) Franks, C.M., Alcoholism. In: Costello (Ed.), Symptoms of Psychopathology. A Handbook. S. 448-480, 1970.
- 210) Hill, M., Blane, H.T., Evaluation of psychotherapy with alcoholics. A critical review. QJSA, 28, S. 76-104, 1967.
- 211) Jellinek, E.M., Disease concept of alcoholism. New Haven: United Print Services, 1960.
- 212) William, W., The society of Alcoholics Anonymous. Amer. J. Psychiat., 105, 5, 1949.
- 213) Pattison, E.M., A critique of alcoholism treatment concepts with special reference to abstinence. QJSA, 27, S. 49-71, 1966.
- 214) Lazarus, A.A., & Franks, C.M., Training in behavioral modality therapy for alcoholics. Unpublished manuscript, Rutgers University, 1972.
- 215) McBrearty, J.F. et al., A behaviorally oriented treatment program for alcoholism. Psychol. Rep., 22, S. 287-298, 1968.
- 216) Nathan, P.E. et al., Behavioral analysis of chronic alcoholism. Arch. Gen. Psychiat., 22, S. 419-430, 1970.
- 217) Keehn, J.D., Translating behavioral research research into practical terms for alcoholism. The Canadian Psychologist, 10, 4, S. 438-446, 1969.
- 218) Keehn, J.D., Reinforcement of alcoholism. Schedule control of solitary drinking. QJSA, 31, S. 28-39, 1970.

Tabelle 1: Liste von Kriterien, die eine experimentelle Untersuchung zum Zweck einer Therapiebewertung erfüllen sollte.

Alle zitierten Untersuchungen wurden daraufhin geprüft, ob zu den einzelnen Punkten Angaben gemacht worden waren.

<p><u>I. Ausgangszustand</u></p>
<p><u>1. Klientenvariablen</u></p> <p><u>a) Prognosevariablen</u></p> <p>Anzahl Alter Geschlecht Familienstand sozioökonomische Daten biographische Daten Dauer der Symptomatik Anzahl bisheriger Behandlungen Aufnahmemodus Motivation Definition des Alkoholismus</p> <p><u>b) Zielvariablen</u></p> <p>Gesundheit Trinkverhalten psychischer Befund familiäre Situation berufliche Situation soziale Anpassung</p>
<p><u>2. Therapeutenvariablen</u></p> <p>therapeutisches Personal persönliche Einstellung der Therapeuten zum Alkoholismus</p>
<p><u>3. Situationsvariablen</u></p> <p>stationäre/ambulante Behandlung Art der experimentellen Situation</p>

(Forts. Tab. 1)

II. Zieldefinition

1. Zweck des Experiments

2. Zielkriterien

verbesserte Gesundheit
angestrebtes Trinkverhalten
Persönlichkeitsänderung
verbesserte Familienbeziehungen
berufliche Anpassung
soziale Anpassung

3. Gewichtung der Kriterien

4. zeitlicher Erfolgsplan

III. Design

1. Auswahl

2. Kontrollen

a) Vergleich vor und nach Behandlung
Zwischendaten

b) Kontrollgruppe(n)
zufallsverteilt
differentielle Indikation

i. Behandlung / Nichtbehandlung
ii. verschiedene Behandlungsarten
Blindversuch

Zwischendaten

3. geplante Therapie

4. stützende Nachbehandlung

5. Katamnese

Dauer
Modus

(Forts. Tab. 1)

IV. Prozeß

1. Zeitvariablen

Dauer der Therapie
Frequenz
entsprechend zeitlichem Erfolgsplan

2. Durchführung dem Design entsprechend

Behandlungsmodalitäten
gleiches Verfahren für alle Patienten
Störvariablen
Ausfälle
Gründe

V. Meßinstrumente und ihre Anwendung

1. Instrumente

2. Gütekriterien

3. Einsatz

wann
durch wen

4. Informationsverarbeitung

Signifikanzprüfungen
Korrelationen
Beurteilerübereinstimmung

(Forts. Tab. 1)

VI. Endzustand

1. Erfolgswiffern

Gesundheit
Trinkverhalten
psychischer Befund
familiäre Situation
berufliche Anpassung
soziale Anpassung
allgemeine Anpassung

2. Hinweise für differentielle Indikation

3. Aspekte für Prognosekriterien

4. negative Therapieeffekte

Untersuchungen Kriterien	Selbstkonfrontation							Desensibilisierung							
	44	61	105	143	144	145	170	171	181	96	97	98	99	158	185
I. Anzahl	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alter	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Geschl.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fam.st.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
soz.ök.D.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
biogr.D.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D.d.Sympt.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Anz.b.Beh.	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
A.modus	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+
Motivation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Def.d.Alk.	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+
Gesundheit	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinkverh.	-	-	+	-	-	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-
psych.Bef.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+
fam. Sit.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
ber. Anp.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
soz. Anp.	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+	-
ther. Pers.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
pers.E.d.T.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
stat./amb.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+
exp. Sit.	+	+	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+	+
II. Zweck d.Ex.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gesundheit	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Trinkverh.	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pers.änd.	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-
fam. Bez.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	+
soz. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+
Gewicht.d.K.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zeitl.E.pl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III. Auswahl	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
K.vor/nach	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-
Zw.daten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K.gruppen	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+
zuf.vert.	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+
diff.Ind.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beh./N.beh.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
versch.Beh.	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+
Blindvers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zwisch.d.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gepl.Ther.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Nachbeh.	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
Kat.dauer	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kat.modus	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
IV. Dauer d.Th.	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	+	-	+	+	-
Frequenz	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+
ent.z.Erf.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Durchf.D.e.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
gleich.Ver.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Störvar.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Ausfälle	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+
Gründe	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
V. Instrum.	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Gütekrit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eins.wann	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E.durch wen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inf.ver.	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+
B.übereinst.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI. Erfolgsz.	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+
Gesundheit	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-
Trinkverh.	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-
psych. Bef.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-
fam. Bez.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
ber. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
soz. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
allg. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Hinw.d.Ind.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
neg. Ther.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-

Untersuchungen	Psychotherapie																		AA			Familiether.						
Kriterien	11	18	29	36	48	53	59	67	75	122	123	146	150	153	157	161	180	200	30	50	190	34	35	56	127	179	199	130
I. Anzahl	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alter	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Geschl.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fam.st.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
soz.ök.D.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
biogr.D.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
D.d.Sympt.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Anz.b.Beh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A.modus	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Motivation	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Def.d.*lk.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gesundheit	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
psych.Bef.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
fam. Sit.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ber. Sit.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
soz. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ther. Pers.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
pers.E.d.T.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
stat./amb.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
exp. Sit.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II. Zweck d.Ex.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gesundheit	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pers.änd.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
fam. Bez.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ber. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
soz. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gewicht.d.K.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
zeitl.E.pl.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
III. Auswahl	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
K.vor/nach	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Zw.daten	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
K.gruppen	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
zuf.vert.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
diff. Ind.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Beh./N.beh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
versch.Beh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Blindvers.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Zwisch.d.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
gepl. Ther.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Nachbeh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kat.dauer	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kat.modus	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IV. Dauer d.Th.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Frequenz	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ent.z.Erf.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Durchf.D.e.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
gleich.Ver.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Störvar.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ausfälle	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gründe	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V. Instrum.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gütekrit.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
*ins.wann	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E.durch wen	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inf.ver.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
B.übereinst.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
VI. Erfolgsz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gesundheit	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
psych. Bef.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
fam. Bez.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ber. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
soz. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
allg. Anp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hinw.d.Ind.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prognose	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
neg. Ther.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

A v e r s i o n

Untersuchungen Kriterien	emetisch					apnoeisch				elektrisch						verdeckte Sensibilisierung								
	10	71	154	173	184	37	60	80	106	120	14	15	39	47	77	119	126	131	194	202	2	3	4	6
I. Anzahl	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Geschl.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fam.st.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soz.ök.D.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
biogr.D.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D.d.Sympt.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anz.b.Beh.	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A.modus	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Motivation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Def.d.Älk.	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-
Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinkverh.	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psych.Bef.	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam.Sit.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber.Sit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soz.Anp.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
ther.Pers.	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
pers.E.d.T.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
stat./amb.	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
exp.Sit.	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
II. Zweck d.Ex.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+
Gesundheit	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pers.änd.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam.Bez.	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber.Anp.	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soz.Anp.	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gewicht.d.K.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zeitl.E.pl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III. Auswahl	+	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+
K.vor/nach	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zw.daten	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K.gruppen	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
zuf.vert.	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
diff.Ind.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beh./N.beh.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
versch.Beh.	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Blindvers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zwisch.d.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gepl.Ther.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Nachbeh.	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kat.dauer	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kat.modus	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-
IV. Dauer d.Th.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
Frequenz	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+
ent.z.Erf.	-	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Durchf.D.e.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gleich.Ver.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Störvar.	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausfälle	-	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+
Gründe	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V. Instrum.	+	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Gütekrit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eins.wann	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
E.durch wen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inf.ver.	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
E.übereinst.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI. Erfolgsz.	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+
Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
psych.Bef.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam.Bez.	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber. Anp.	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
soz. Anp.	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
allg. Anp.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Hinw.d.Ind.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
neg. Ther.	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-

(Forts. Tab. 2)

Untersuchungen	Elektroav.+				operantes										Diskriminations-					
	operante Komp.				Konditionieren										lernen					
Kriterien	8	32	81	133	13	38	40	41	42	43	82	88	135	182	17	112	113	132	172	195
I. Anzahl	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Alter	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Geschl.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Fam.st.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soz.ök.D.	-	+	-	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-
biogr.D.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D.d.Sympt.	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-
Anz.b.Beh.	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+
A.modus	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Motivation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Def.d.Alk.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Trinkverh.	+	-	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-
psych.Bef.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam. Sit.	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber. Sit.	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
soz. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-
ther.Pers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
pers.E.d.T.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
stat./amb.	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	-	+	-	+
exp. Sit.	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+
II. Zweck d.Ex.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pers.änd.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam. Bez.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber. Anp.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
soz. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Gewicht.d.K.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zeitl.E.pl.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III. Auswahl	+	+	+	-	+	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	
K.vor/nach	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+
Zw.daten	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
K.gruppen	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
zuf.vert.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
diff. Ind.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beh./N.beh.	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
versch.Beh.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
Blindvers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zwisch.d.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gepl. Ther.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Nachbeh.	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Kat.dauer	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	+
Kat.modus	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	+
IV. Dauer d.Th.	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	-	-
Frequenz	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-
ent.z.Erf.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Durchf.D.e.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gleich.Ver.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Störvar.	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausfälle	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+	-	-
Gründe	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V. Instrum.	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Gütekrit.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eins.wann	+	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-
E.durch wen	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inf.ver.	+	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+
B.übereinst.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI. Erfolgssz.	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Gesundheit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinkverh.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
psych.Bef.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
fam.Bez.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ber. Anp.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
soz. Anp.	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
allg. Anp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hinw.d.Ind.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prognose	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
neg. Ther.	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle 3: Überblick über die Erfüllung von Minimal Kriterien bei den therapeutischen Untersuchungen und ihre Ergebnisse.

Kriterien Therapie	Ziel	Kontrollen	Katamnesen	Signi- fikanz- berechn.	Erfolg
Hospitalther.	uneinheitlich	unzureichend	unzureichend	teils	gering
Disulfiram	Abstinenz	mangelhaft	fehlen weitgehend	teils	nicht erkennbar
Metronidazol	Abstinenz	ausreichend vorhanden	fehlen weitgehend	meist	negativ
Antidepr./ Tranquillizer	Trinkverhalten oft nicht ang.	ausreichend vorhanden	fehlen weitgehend	meist	negativ
Halluzinogene	Lebenssit- Trinkverh. unspezif.	ausreichend vorhanden	fast immer durchgeführt	meist	negativ
Psychother.	uneinheitlich	unzureichend	meistens durchgeführt	meist	nicht erkennbar
Anonyme Alkoholiker	Abstinenz	fehlen	fehlen	fehlen	nicht bewertbar
Familiether (verhaltensth)	Trinkre- duktion Kommunikat.	teilweise	meistens durchgeführt	fehlen	positive Ansätze
emetische Aversion	Abstinenz	ungenügend durchgeführt	durchgeführt	wenig	nicht erkennbar
verdeckte Sensibilisie- rung	Abstinenz	teilweise	durchgeführt	teils	erfolgreich
apnoeische Aversion	Abstinenz	teilweise	durchgeführt	teils	fraglich
elektrische Aversion	Abstinenz	durchgeführt	durchgeführt	meist	nicht besser als konvention. Therapie
Elektroav. + operante Komponente	Trinkre- duktion	meist durchgeführt	meist durchgeführt	meist	positive Ansätze
Trinktraining	Trinkre- duktion	durchgeführt	durchgeführt	durchg.	sehr erfolgreich
operante Kon- ditionierung	Trinkre- duktion	durchgeführt	fehlen	durchg.	sehr viel versprechend
Selbstkonfron- tation (ver- haltensther)	Trinkred. od. Abst.	durchgeführt	durchgeführt	durchg.	kann zweckmäßig sein
Desensibili- sierung	Angstre- duktion Trinkre- duktion	teils durchgeführt	durchgeführt	teils	erfolgreich wo indiziert