

MOTIVATIONALE PSYCHOTHERAPIE IN DER AMBULANTEN ENTGIFTUNG

MOTIVATIONAL PSYCHOTHERAPY IN OUTPATIENT ALCOHOL DETOXIFICATION

Michael Horak, Michael Soyka

Zusammenfassung

In eine Suchtambulanz im nahen Umkreis von München ist seit mehr als 5 Jahren eine einwöchige qualifizierte ambulante Alkoholentgiftung implementiert. Neben der medizinischen Versorgung hat die psychotherapeutische Motivationsarbeit eine besondere Relevanz. Es werden die wichtigsten Aspekte psychotherapeutischer Methoden dargestellt. Zentrale Elemente sind das „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnik, die Berücksichtigung der Veränderungsphasen nach Prochaska und DiClemente, aber auch der psychotherapeutische Zugang bei Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin werden die spezifischen psychotherapeutischen Anforderungen dieser ambulanten Therapieform dargestellt.

Schlüsselwörter

Alkohol – Alkoholismus – ambulante – Alkoholentgiftung - motivationale Gesprächsführung - Stadien der Veränderungsbereitschaft - Persönlichkeitsstörungen

Summary

In a special alcohol outpatient clinic in the greater Munich area is launched since more than 5 years a one-week qualified structured outpatient alcohol detoxification. Psychotherapeutic interventions as the „Motivational Interviewing“ according to Miller and Rollnik and the Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness according to Prochaska and DiClemente are of great relevance for further treatment outcome. Personality disorders can also play an important role. The specific psychotherapeutic peculiarities of this itinerant therapy form are pointed to furthermore.

Keywords

alcohol – alcoholism – outpatient – detoxification - motivational interviewing - stage of change readiness and treatment eagerness - personality disorders

Einleitung

Nur ca. 1% der Alkoholabhängigen wird jährlich vom medizinischen System erreicht (Wienberg, 1992). 24% aller Alkoholiker werden jährlich in internistische oder chirurgische Kliniken aufgenommen. Ein Großteil der medizinischen Versorgung von alkoholkranken Patienten findet immer noch im stationären Rahmen statt. Der Anteil an ambulanten Therapien in Deutschland ist vergleichsweise gering (Soyka, 2003). Die Psychiatrische Universitätsklinik München führt in einer ambulanten Einrichtung im nahen Umkreis von München (Fachambulanz für Suchterkrankungen, Dachau, Münchner Straße 33) seit mehr als 5 Jahren das Modell der „qualifizierten Alkohol-Entgiftung“ durch (Horak et al., 2003; Soyka et al., 2002). Neben der medizinischen Versorgung werden während des Entzugs besonders die psychotherapeutischen Aspekte berücksichtigt. Das Modell wurde mittlerweile erfolgreich in die Versorgungskette implementiert.

Der Ablauf der qualifizierten ambulanten Entgiftung ist an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Soyka et al., 2001), daher soll nur kurz auf die Eckpunkte eingegangen werden.

Die Patienten werden im einstündigen Erstgespräch ausführlich untersucht und nach speziellen Ein- und Ausschluss-

kriterien ausgewählt und zu einer ambulanten oder stationären Therapie motiviert. Bei entsprechender Eignung wird den Patienten „eine qualifizierte Entgiftung“ (QAE) angeboten.

In der Woche der QAE finden tägliche ärztliche Untersuchungen und mindestens zwei halbstündige psychotherapeutische Gespräche statt. Weiterhin sollen die Patienten an einer zweistündigen Motivationsgruppe teilnehmen. Etwa die Hälfte der Patienten benötigt wegen des Entzugssyndroms medikamentöse Unterstützung. Es werden bevorzugt nicht abhängig machende Medikamente eingesetzt (Clonidin, Doxipin, Carbamazepin und Tiapridex). Weiterhin soll nach Möglichkeit eine nahe stehende Bezugsperson während der Entgiftung mit einbezogen werden. In diesem standardisierten Rahmen sollen die Patienten eine individuelle medizinische und psychotherapeutische Unterstützung erhalten.

Grundsätzlich unterscheiden sich die psychotherapeutischen Interventionen im stationären Setting nicht von denen in der ambulanten Situation. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass während der „qualifizierten Entgiftung“ (QAE) eher Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Alkoholabhängigkeit, ohne gravierende internistische oder neurologische Begleit-

erkrankungen und aktuell nur mäßiger Alkoholisierung versorgt werden.

Zu den auch international anerkannten Therapieverfahren bei Alkoholabhängigkeit zählen in erster Linie die „Motivational enhancement therapy“ (MET), die kognitive Verhaltenstherapie und die einjährige 12-Schritte-Therapie in Anlehnung an das Konzept der Anonymen Alkoholiker. Im zeitlich begrenzten Rahmen einer ambulanten qualifizierten Alkoholentgiftung wird nicht *einer* Therapieform der Vorzug gegeben, sondern es werden Aspekte der verschiedenen Therapien eklektizistisch favorisiert, wobei verhaltenstherapeutische Methoden überwiegen. So sollten die klientenzentrierten Techniken von Rogers, die die Selbstexploration des Klienten fördern, die Basisvariablen im therapeutischen Prozess sein. Der Therapeut soll emotionale Wärme, positive Wertschätzung (Empathie), Echtheit und Selbstkongruenz vermitteln (Tausch, 1973). Auf Übertragungen und Gegenübertragungen ist von tiefenpsychologischer Seite zu achten (Heigl-Evers et al., 1991). Die Familie sollte in die Therapie mit einbezogen und die Aufgaben und Abhängigkeiten des Einzelnen in der Familie verstanden werden (Wolin, 1979). Von verhaltenstherapeutischer Seite sind dem Patienten Informationen zur Sucht zu vermitteln und neue Verhaltensstrategien anzubieten.

Ein Problem in der Alkoholtherapie ist die häufig mangelnde Änderungsbereitschaft von Alkoholabhängigen. Sie ist zum einen über sozialpsychologische Modelle der Dissonanzreduktion und des Selbstwertschutzes erklärbar, zum anderen ist die Motivierung vor allem eine interaktionelle Herausforderung für den professionellen Helfer. Es gilt, die Ambivalenz oder Änderungsresistenz beim Betroffenen aufzulösen und Änderungsbereitschaft zu initiieren, zu steigern oder zu festigen (Veltrup, 2002).

Die Krisensituation des Alkoholentzuges hat gerade für psychotherapeutische Interventionen eine wichtige Bedeutung. An dieser Stelle sind viele Patienten für Veränderungen zugänglicher (Mann, 1995).

In der Regel bitten alkoholranke Patienten beim Erstkontakt in der Fachambulanz nicht aus eigener Motivation um Hilfe, sondern meist sind es körperliche Probleme oder Konflikte mit dem Arbeitgeber oder Wünsche von Bezugspersonen. Die Patienten möchten eigentlich keine Entwöhnungstherapie machen, sondern wollen ihren Arbeitsplatz behalten oder ihre Ehe retten oder haben Angst, das Sorgerecht für Kinder zu verlieren, oder möchten den verlorenen Führerschein zurückbekommen.

Da also aktuelle Ereignisse und die soziale Situation (Ehe, Beruf, Finanzen) im therapeutischen Setting besonders relevant sind und den Erfolg der Entzugsmaßnahme mitbedingen, ist eine dem Patienten individuell angepasste psychotherapeutische Begleitung nötig, wobei der Fokus weniger auf der Aufarbeitung der Vergangenheit liegt als vielmehr auf der Vorbereitung und positiven Verstärkung der künftigen Lebenssituation.

Die beschriebenen psychotherapeutischen Elemente werden während des Erstkontaktes, der Folgekontakte, der Entgiftungsphase, der psychotherapeutischen Einzelgespräche, der Motivationsgruppe und der Angehörigenarbeit eingesetzt.

Erstkontakt und Entgiftungsphase

Alkoholabhängigen sollte der Therapiebeginn so leicht wie möglich gemacht werden. Scham und Schuldgefühle bestimmen meist am Anfang die Interaktion mit dem Patienten. Der Therapeut kann daher nicht damit rechnen, dass ihm der Patient bereitwillig Auskunft gibt und seinen Ratschlägen folgt. Stattdessen ist bereits der Erstkontakt ein entscheidender Motivierungsversuch, von dessen Erfolg es abhängt, ob überhaupt eine Behandlung erfolgen wird (Lindenmeyer, 2001).

Es geht neben dem Informationsgewinn somit in erster Linie darum, den Betroffenen die Erfahrung machen zu lassen, dass es sich lohnt, offen mit dem Therapeuten über seine Alkoholprobleme zu sprechen. Eine Teilung des Erstgesprächs in ein freies Gespräch und eine Datenerhebung von medizinischen und sozialen Parametern ist anzustreben.

Das freie Gespräch sollte eine Dauer von 15-30 Minuten für den Aufbau der therapeutischen Beziehung haben. Der Arzt/Therapeut sollte folgendermaßen vorgehen:

1. Verständnis für den Patienten zeigen
2. therapeutische Kompetenz vermitteln
3. den Patienten in seinem Verhalten entpathologisieren
4. aktuelle Versorgungsnotwendigkeiten erkennen
5. Der Therapeut sollte noch eine Zusammenfassung liefern, wie er das Anliegen des Patienten verstanden hat

Der zweite Teil sollte eine standardisierte Erhebung medizinischer und soziodemografischer Daten sein.

Die diagnostische Rückmeldung des Arztes/Therapeuten hinsichtlich der suchtspezifischen Information dient dazu, eine kritische Reflexion des Patienten über seinen Alkoholkonsum anzustoßen, und seine Bereitschaft, sein Alkoholkonsumverhalten zu verändern, herauszufinden.

In der Fachambulanz wird der Fragebogen „Sokrates“ eingesetzt (Miller und Tonigan, 1996), der die verschiedenen Stadien der Veränderungsbereitschaft des Patienten abbilden soll. Dieser Fragebogen sollte spätestens nach dem Erstgespräch vorgelegt werden. Die Stadien der Veränderungsbereitschaft sind folgendermaßen charakterisiert (Prochaska und DiClemente, 1983):

- 1. Stadium: Precontemplation (Vorahnungsphase):** Die Patienten zeigen keine Veränderungsbereitschaft hinsichtlich ihres Alkoholkonsums. Von therapeutischer Seite ist der Unterschied zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung anzusprechen. Bei Widerspruch des Patienten sollten keine Überzeugungsversuche unternommen, sondern ihm eher Informationen gegeben werden, dass er das wahre Ausmaß seiner Suchtproblematik erkennen kann, ohne sein „Gesicht zu verlieren.“

- 2. Stadium:** Contemplation (Überlegungs-/Einsichtsphase): Hier besteht bei den Patienten schon eine kritische Auseinandersetzung. Die Patienten sollten in der Änderungsbereitschaft positiv verstärkt werden. Problematische Elemente sind die Unterschiede zwischen Einsicht und Abstinenzmotivation.
- 3. Stadium:** Action (Aktionsphase, Veränderung des Trinkverhaltens): Geeignete Möglichkeiten der Veränderung sollten aufgezeigt werden, besonders die persönlichen Risikosituationen sollten hervorgehoben werden.
- 4. Maintenance-Phase** (Festigungsphase, Aufrechterhaltung): Bei Rückfälligkeit sollte man dem Patienten die Problematik des Alles-oder-nichts-Denkens aufzeigen und Rückfälle als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses vermitteln. Das Zentrum sollte die Bewältigung von kritischen Rückfallsituationen sein.

Es gibt eine große Auswahl an Motivierungsstrategien: siehe auch Beck et al. (1995) und Lindenmeyer (2001).

Wir orientieren uns während der qualifizierten ambulanten Entgiftung am „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnik (1999). Die „traditionelle Konfrontation“ hat sich in zahlreichen Studien als Motivierungsstrategie nicht bewährt (Petry, 1996), da häufig Reaktanz und Widerstandsphänomene weiter verstärkt werden.

Die Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnik (1999) lassen sich folgendermaßen darstellen.

- 1. Empathie zeigen:** Die Fähigkeit und Bereitschaft, sich in den Patienten einzufühlen, ist das wesentliche Element der motivierenden Gesprächsführung, die gekennzeichnet ist durch ein nicht wertendes, einfühlsames Verstehen. Die Gefühle und Sichtweisen des Patienten werden nicht bewertet oder gar kritisiert, sondern so umfassend wie möglich ernst genommen. Empathie heißt nicht Einverständnis oder Billigung. Grundlage ist Respekt vor der Person und gleichzeitig professionelle Distanz. Empathie drückt sich im aktiven Zuhören aus.
- 2. Diskrepanz erzeugen:** Ziel dieser Intervention ist es, dem Patienten den Widerspruch zwischen seinen persönlichen Lebenszielen und seiner aktuellen Lebenssituation, die vom Alkoholkonsum geprägt ist, bewusst zu machen. Grundlage ist Expertenwissen, diagnostische Befunde (vorliegende Leberwerte, aktuelle Entzugserscheinungen u.a.), um die Wahrnehmung solcher Diskrepanzen und damit auch die Bereitschaft des Patienten zur Veränderung zu fördern. Es besteht dabei die Gefahr, die Abwehrstrategien des Patienten zu aktivieren. Durch sachliche und zurückhaltende Form der Informationsvermittlung kann entgegengewirkt werden. Beispiel: „Herr X, Sie erhoffen zum einen, sich mehr Anerkennung am Arbeitsplatz zu schaffen, zum anderen erzeugen Sie aber durch Ihren Alkoholkonsum immer mehr Probleme an Ihrer Arbeits-

stelle ...“ Diese Diskrepanz sollte genutzt werden, um die Notwendigkeit einer Änderung des Konsumverhaltens des Patienten aus seinem eigenen Interesse herzuleiten.

- 3. Beweisführungen vermeiden:** Je mehr der Arzt durch Beweisführung dem Patienten ein Problem zu objektivieren versucht, der Patient aber diese Zuschreibung noch nicht akzeptiert, desto größer wird die Abwehr des Patienten. Konfrontation erzeugt in der Regel Widerstand beim Patienten, was wiederum zum Problem des Arztes wird. Geduld und Empathie, kleine Schritte in Richtung Einsicht des Patienten sind wirksamer. Den Patienten sollte man noch weitere Termine anbieten, bis eine Klärung oder Entscheidung in eine weiterführende therapeutische Maßnahme erfolgen kann.
- 4. Den Widerstand aufnehmen:** Der Widerstand des Patienten kann positiv genutzt werden, indem die Ambivalenzen des Patienten erkannt und vorsichtig angesprochen werden können.
- 5. Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten fördern:** Von großer Relevanz ist der Glaube an die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, damit der Patient überhaupt in Erwägung zieht, ein problematisches Verhalten zu verändern. Der Glaube an diese Fähigkeit kann gefördert werden, indem dem Patienten seine Ressourcen und Kompetenzen aufgezeigt werden, um aus eigener Kraft und mit Unterstützung der ihm nahe stehenden Menschen sein Alkoholproblem zu lösen.

Daher sollten keine skeptischen oder gar resignativen Äußerungen gemacht werden. Man sollte dem Patienten immer wieder signalisieren, dass Alkoholismus erfolgreich behandelt werden kann. Es ist wichtig, dem Patienten Zuversicht und Vertrauen in zu vermitteln. **Die Vermittlung von Hoffnung und Optimismus und die Stärkung des Glaubens an seine Änderungspotenziale tragen wesentlich zum Behandlungserfolg bei.**

Weitere Strategien zur Förderung der Änderungsmotivation:

1. Offene Fragen stellen (Selbstexploration des Patienten fördern)
2. Aktiv zuhören
3. Rückmeldung geben (kritische Reflexion des Patienten ermöglichen, keine Etikettierungen geben), z.B.: „Sie scheinen zu befürchten, dass man sie als Alkoholiker abstempelt. Aber darum geht es nicht. Wichtiger ist es, sich den bisherigen Alkoholkonsum genau anzusehen und sich dann persönlich zu entscheiden, ob Veränderungen notwendig sind und wie diese erreicht werden können“
4. Die Eigenverantwortung des Patienten soll gestärkt werden. Den Patienten nicht zu einer Entscheidung drängen. Kontakt aufrechterhalten
5. Ziele klären und formulieren (realistische und umsetzbare Ziele)

6. bestätigen: den Patienten **loben** und **bestätigen** und **anerkennen** für Fähigkeiten und Erfolg. Hierbei sollte man ressourcen- und kompetenzgeleitet vorgehen („Ich finde es sehr gut, dass Sie etwas tun wollen, um dieses Problem zu lösen“)
7. Selbstmotivierende Aussagen des Patienten sollten gefördert werden: Man sollte den Patienten beschreiben lassen, welche Schritte oder Probleme er bereits erfolgreich bewältigt hat. Ressourcen und Kompetenzen müssen herausgearbeitet werden.

Den Widerstand des Patienten sollte man ernst nehmen, nicht aber auf Konfrontationskurs gehen.

Wenn aber ein Patient zu stark intoxikiert ist, hat es wenig Sinn, ein ausführliches Gespräch zu führen. Besser sollte von ärztlich-therapeutischer Seite versucht werden, dem Patienten eine positive Atmosphäre zu vermitteln und ihn für eine ambulante oder stationäre Entgiftung zu motivieren.

Einbeziehung von Angehörigen in der Entgiftungsphase

Die Einbeziehung von Angehörigen in der Entgiftungsphase hat sich bewährt. In den Gesprächen mit den Ehepartnern, Elternteilen oder Freund(inn)en können die Kommunikationsstrukturen und Problembereiche der Patienten kennen gelernt werden. Schuldzuweisungen an die Bezugspersonen sollten vermieden werden. Oberstes Ziel ist die Entlastung der Angehörigen und die Schaffung eines gemeinsamen Abstinenzziels.

Es soll in den Erstgesprächen keine grundsätzliche Lösung von Familienproblemen gefunden, sondern ein positives Erleben aufgebaut und gegenseitiges Verstehen in der Partnerschaft geschaffen werden, um dadurch die Abstinenzsicherheit aller Beteiligten zu erhöhen. Die häufige Co-Abhängigkeit des Partners kann zumindest in der ersten Woche der Entgiftung positiv genutzt werden. Der Partner kann der „verlängerte Arm der Krankenschwester“ sein. Im weiteren Verlauf der Entwöhnungstherapie sollten die „abhängigen Verstrickungen“ thematisiert werden.

Gruppengespräch

In der halb offenen Gruppe mit ca. 10 bis 15 Teilnehmern kann der Patient erleben, dass er nicht allein mit seinem Alkoholproblem ist. Üblicherweise stellt sich der Patient vor und erklärt sein Kommen, seine Ziele und geht kurz auf eigene wichtige Aspekte seines Alkoholproblems ein. Die Mitpatienten und der Therapeut können die Vorstellung des Patienten kommentieren. Der Patient wird in seiner Offenheit und seinem Mut von den Anwesenden verstärkt und soll in die Gemeinschaft von den Mitpatienten aufgenommen werden.

Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen

Relevant im Umgang mit den Patienten ist das frühzeitige Erkennen von Persönlichkeitsakzentuierungen bzw. -störungen. Persönlichkeitsstörungen sind bei Alkoholikern häufig. Oft treten Überschneidungen zwischen den verschiedenen diagnostischen Kategorien auf. Eine Häufung zeigt sich bei ängst-

lichen (vermeidenden), narzisstischen bzw. abhängigen Persönlichkeitsakzentuierungen bzw. -störungen.

Ängstliche Persönlichkeitsakzentuierungen sind durch Gefühle von Anspannung, Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeitsgefühlen sowie Überempfindlichkeit gegen Zurückweisung gekennzeichnet. Für diese Personen ist besonders zu Beginn einer Therapie eine freundliche, mutmachende und vertrauensvolle Beziehung wichtig. Erst im Verlauf der Therapie sollten die problematischen Persönlichkeitsanteile thematisiert werden. Bei diesen Patienten ist während der Entgiftung ein zusätzlicher telefonischer Kontakt anzubieten, um dem Patienten Sicherheit anzubieten.

Für die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung stellt häufig schon die Kontaktaufnahme ein kränkendes Erlebnis und für den Therapeuten eine besondere Herausforderung dar. Die ärztlichen und therapeutischen Gespräche sollten in einer verständnisvollen Atmosphäre mit vielen positiven Rückmeldungen an die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten (Loben, positive Verstärkung) stattfinden.

Persönlichkeitsstörungen können also die therapeutische Beziehung und damit die Behandlung stark beeinflussen. Deshalb sollten sie bei der Planung von Behandlungsstrategien unbedingt berücksichtigt werden, da der Beziehungsaspekt sowohl in der Erstkontaktphase als auch im weiteren Verlauf der Therapie eine entscheidende Rolle spielt (Wetterling und Veltrup, 1997).

Grundsätzlich sollte man aber bei der Beurteilung der Motivation von alkoholkranken Patienten vorsichtig sein. Meist sind die Motive und Ziele des Patienten uneindeutig. Die Motivation steht häufig in Konkurrenz mit anderen Motiven, z.B. mit der Problematik des akuten Suchtdrucks oder mit der Bewältigung des Drucks, den Angehörige, Freunde oder Arbeitgeber ausüben. Das Hilf-mir-sofort-Motiv des Suchtkranken darf nicht mit Behandlungs- und Veränderungsbereitschaft gleichgesetzt werden. Der Therapeut muss den Widerstand als zur Alkoholsucht gehörend interpretieren. Er muss daher positiv genutzt werden, um Einsichten in die individuelle Situation zu gewinnen und um die Therapieziele zu planen. Der Aufbau von Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft bedarf einer ausreichenden Interaktions- und Interventionszeit. Der Therapeut muss auf den Patienten zugehen. Interventionen, die Vertrauen und positive Zukunftsperspektiven entfalten, können die Motivation entscheidend unterstützen.

Exemplarisch ist - in einer psychologischen Diplomarbeit zu den Rückmeldungen der Patienten an die Therapeuten - die Beschreibung einer Patientin der „passenden“ Therapeutin oder des „passenden“ Therapeuten zu nennen: „... sagen wir mal, wie Schmetterlinge im Bauch, also nicht, dass ich diese Therapie nicht ernst nehme ..., aber dies ist eine besondere Freude, die dann wahrzunehmen ist“ (Schnitzler, 2003).

Abschließend soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass das tragende therapeutische Klima oft therapeutisch wirksamer sein kann als die therapeutische Arbeit. Mehr Empathie, mehr Sorgfalt, den Patienten verstärkt ernst nehmen, ihn in seinen Empfindungen bestätigen, weniger wertende Erziehungsversuche, weniger den Patienten an anderen als Maß aller Dinge messen, weniger Gruppennormen und Konformität anstreben, sondern primäres Wohlwollendes, den Patienten einfach mal so annehmen (Mayr, 2001).

Literatur

- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese, BS (1995): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Heigl-Evers A, Helas I, Vollmer HC (1991): Suchttherapie – psychoanalytisch/verhaltenstherapeutisch. Göttingen: Hogrefe
- Horak M, Morhart-Klute V, Soyka M (2003): Die qualifizierte Alkoholentgiftung (QAE) - Ergebnisse einer 5-jährigen Studie. Suchtmedizin 5(2):90-91
- Lindenmeyer J (2001): Therapie Alkoholabhängiger. In: Tretter F, Müller A (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, Kap. 14, 364-393
- Lindenmeyer J (2001): Therapie Alkoholabhängiger. In: Tretter F, Müller A (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, Kap. 14, 373-378
- Mann K (1995): Zur Lehre der Suchtmedizin. Eine Befragung von Studenten und Professoren. Sucht 41 (Sonderband): 38-40
- Mayr U (2001): Wenn Therapien nicht helfen. Zur Psychodynamik der "negativen therapeutischen Reaktion". Stuttgart: Klett-Cotta, S. 200
- Miller WR, Rollnik S (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus
- Miller WR, Tonigan JS (1996): Assessing drinkers motivation for change. The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates). Psychol Addict Behav 10:272-274
- Petry J (1996): Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Prochaska JO, Di Clemente CC (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 51:390-395
- Schnitzler U (2003): Therapeutenrotation: Pro und Contra. Diplomarbeit zur Diplomprüfung in der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München 2003, Seite 50
- Soyka M, Horak M, Morhart V, Möller HJ (2001): Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“. Nervenarzt 72:565-569
- Soyka M, Morhart-Klute V., Horak M (2002): A combination of carbamazepine/tiapride in outpatient alcohol detoxification. Results from an open clinical study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 252:197-200
- Soyka M (2003): Alkoholabhängigkeit und Public Health - Soziale und arbeitsmedizinische Aspekte. Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft (Sonderdruck) 3:589-599
- Soyka M (1995): Die Alkoholkrankheit- Diagnose und Therapie. Angewandte Verfahren und Techniken. Weinheim: Chapman und Hall, S. 292-295
- Tausch R (1973): Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Veltrup C (2002): Effektivität motivationaler Interventionen - internationale und nationale Studien. In: Richter G, Rommelspacher H, Spies C (Hrsg.): Alkohol, Nikotin, Kokain und kein Ende? Berlin: Pabst, S. 62-72
- Wienberg G (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Wetterling T, Veltrup C (1997): Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin, Heidelberg: Springer
- Wolin S (1979): Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. Am J Psychiatry 136:589-593

Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Horak

Psychiatrische Universitätsklinik München
Nußbaumstraße 7 • 80336 München
Tel.: 089/5160-5702
Fax: 089/5160-5708
E-Mail: michael.horak @web.de

Prof. Dr. Michael Soyka

Psychiatrische Klinik der Universität München
Nußbaumstr. 7 • 80336 München
Tel.: 089-5160-2777
Fax: 089-5160-5617