

Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen

JOACHIM FUNKE, WILMA KELLER, MICHAEL KLEIN
und REINHOLD SCHELLER

1. Problem

Die ständig steigende Zahl der Personen, die allein in der Bundesrepublik Deutschland als Alkoholiker diagnostiziert und in die Behandlungseinrichtungen, wie z. B. Landeskrankenhäuser und Fachkliniken, aufgenommen werden (DEUTSCHER BUNDESTAG, 1975, a, b), verdeutlicht die Zunahme des Problems "Alkoholismus". Immer wieder wird in den Medien auf die wachsende Gefahr des Jugendalkoholismus hingewiesen (vgl. z. B. BRON, 1976; GRUNER, 1977). Fehlende bzw. unzureichende epidemiologische Daten (vgl. z. B. FEUERLEIN, 1974; PERNANEN, 1974; DAVIES-OSTERKAMP, 1975/76) lassen die tatsächliche Verbreitung des Alkoholismus nur erahnen. Während die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) 1969 noch von 600.000 Alkoholikern in der Bundesrepublik ausging, lagen sechs Jahre später die im Rahmen der Psychiatrie-Enquête ermittelten Schätzungen bereits bei 1,2 bis 1,8 Millionen Personen (DEUTSCHER BUNDESTAG, 1975, a, b). Die Schwierigkeit der Abgrenzung von normalem gegenüber pathologischem Alkoholkonsum erschwert die Entwicklung eindeutiger diagnostischer Kriterien, so daß reliablere und validere epidemiologische Schätzungen zum jetzigen Zeitpunkt sicherlich nicht abgegeben werden können.

Der Praktiker steht dem Zustrom an hilfesuchenden Personen mit Alkoholproblemen in der Regel mehr oder weniger hilflos gegenüber, da es trotz vielfältiger Bemühungen (vgl. z. B. FOX, 1972; SCHMIDT, 1972; FEUERLEIN et al., 1976, 1977; MILLER, 1976; FELDHEGE et al., 1977; HAPPEL, 1977; WANBERG, HORN & FOSTER, 1977; GARFIELD, 1978; MEHRABIAN & RUSSELL, 1978) an klaren wissenschaftlichen Konzepten im Bereich der Diagnose und Therapie des Alkoholismus fehlt.

Obwohl gerade auf dem Gebiet der Indikationsforschung in den letzten Jahren mehrere kritische Arbeiten veröffentlicht wurden (vgl. z. B. ECKERT, 1976; GRAWE, 1978; SEIDENSTÜCKER & BAUMANN, 1979; ZIELKE, 1979), ist im Rahmen der Alkoholismusforschung die Frage einer differentiellen Indikation therapeutischer Maßnahmen trotz einiger bereits vorliegender Ansätze (vgl. z. B. ANTONS & HAMPEL, 1977; MATAKAS, KOESTER & LEIDNER, 1978) keineswegs hinreichend geklärt. So besteht die Aufgabe des Wissenschaftlers zunächst darin, geeignete Modelle zu erstellen, auf deren Grundlage konkrete Forschungskonzepte zu entwickeln sind. Erst

nach sorgfältiger Realisierung und Evaluation dieser Konzepte wird es für den Problembereich "Alkoholismus" möglich sein, zentrale Fragen in bezug auf Diagnostik, Therapieziele und differentielle Therapieindikation einer Lösung näherzubringen.

2. Methodologische Aspekte

Grundlegende Bedeutung für einen Erkenntnisfortschritt kommt dem auszuwählenden Forschungsdesign zu. Die getroffene Wahl bestimmt von vornherein die Aussagemöglichkeiten einer Untersuchung, da das Ausmaß ihrer internen und externen Validität Möglichkeiten und Grenzen für die Interpretierbarkeit der gewonnenen Ergebnisse aufzeigt (vgl. z. B. GARFIELD, 1978; MAHONEY, 1978).

BASTINE (1975) hat die für beide Validitätsbereiche relevanten Störquellen, die von CAMPBELL & STANLEY (1966) zunächst für die pädagogisch-psychologische Forschung dargelegt wurden, unter dem Blickwinkel der Psychotherapieforschung analysiert und eine ganze Reihe von Alternativen zur Vermeidung bzw. Kontrolle solcher störenden Einflüsse diskutiert. Aus den methodischen Überlegungen von CAMPBELL & STANLEY leitet BASTINE einen mehrfaktoriellen Versuchsplan ab, dessen Faktoren den Dimensionen des "Gitter-Modells" von KIESLER (1971) entsprechen. Mit Hilfe der Dimensionen "Patientenmerkmale", "Therapeutenmerkmale" und "Zeit" sollte es gelingen, den von KIESLER formulierten Mythos über die "Homogenität der Patienten" und über die "Uniformität der Therapeuten" zu überwinden. Zur Verbesserung der Therapieindikation sind vor allem diagnostische und therapeutische Klassifikationen stärker aufeinander zu beziehen. Dadurch wird eine wichtige Voraussetzung für eine differenziertere gegenseitige Abstimmung von Diagnose und Therapie im Bereich des Alkoholismus geschaffen.

Die katastrophalen Behandlungsergebnisse in Landeskrankenhäusern, die in der Regel nur die physische Entgiftung leisten, und die suboptimalen Erfolgsquoten, über die selbst Fachkliniken für Alkoholiker nicht hinauskommen (vgl. z. B. MARG & BUSCHE, 1970; EMRICK, 1975; OLBRICH & WATZL, 1978), haben mit hoher Wahrscheinlichkeit ihre Ursache in der unzureichend psychologisch fundierten und daher mehr oder weniger zufällig vorgenommenen Zuordnung von Patienten zu Behandlungsinstitutionen. Hier wird dann der Klient in den meisten Fällen eher unsystematisch einem Therapeuten bzw. einer Therapie zugewiesen, wobei über die Wirksamkeit der beabsichtigten therapeutischen Intervention keineswegs Klarheit besteht.

Aus einem von FEUERLEIN (1975) dargelegten Schema geht hervor, daß bei der Zuordnung von Alkoholikern zu Behandlungsinstitutionen viel zu grobe Raster eine entscheidende Rolle spielen. Das Schema besteht aus einer Matrix mit drei mal drei Zellen. Jeder Zelle der Matrix sind zwei - von insgesamt fünf - als relevant erachtete Behandlungseinrichtungen (Kran-

kenhaus, Nervenkrankenhaus, Alkoholiker-Fachklinik, ambulante Behandlung, Wohnheim) zugeordnet. Die Patienten werden allerdings nur auf dem Hintergrund der beiden global definierten Dimensionen "körperlich-psychischer Zustand" und "sozialer Status" jeweils in die Kategorien "gut", "gefährdet" oder "schlecht" eingestuft. Da für alle Patienten, die in bezug auf keine der beiden Dimensionen mit "schlecht" beurteilt werden, eine Zuweisung zu gleichen Behandlungseinrichtungen erfolgt, sind vier der neun Zellen der Matrix identisch. Hier zeigt sich erneut, daß das Problem der differentiellen Indikation auf dem Gebiet des Alkoholismus mit Sicherheit auch heute noch nicht als gelöst betrachtet werden darf, obwohl kaum ein Zweifel an der Wichtigkeit der Indikationsfrage im Rahmen der Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten für die Behandlung von Alkoholabhängigen besteht (vgl. z. B. TRICE, ROMAN & BELASCO, 1969; FEUERLEIN, 1975; MILLER, 1976; WANBERG, HORN & FOSTER, 1977; MATAKAS, KOESTER & LEIDNER, 1978; FINNEY & MOOS, 1979).

3. Der Ansatz von Antons & Hampel

Im folgenden wird der "Entwurf einer Forschungsstrategie" von ANTONS & HAMPEL (1977) kurz dargestellt und analysiert. Er verdeutlicht, wie etwa im deutschsprachigen Raum das Problem der differentiellen Therapieindikation innerhalb der Alkoholismusforschung bislang angegangen worden ist. Der Entwurf sieht folgende sechs Schritte vor:

- (1) Auswahl einer annähernd repräsentativen Stichprobe von Variablen, die mit Alkoholismus verknüpft sind und bereits durch Tests bzw. Subtests erfaßt werden. Dabei greifen ANTONS & HAMPEL nur auf Verfahren zurück, die testtheoretisch abgesichert sind und praktischen Anforderungen genügen.
- (2) Ziehen einer möglichst großen und repräsentativen Alkoholikerstichprobe, die mit den ausgewählten Testverfahren untersucht wird.
- (3) Erstellen einer Alkoholiker-Typologie aus den gewonnenen Daten.
- (4) Entwickeln von Regeln für die Zuordnung von Patiententypen zu (institutionell vorhandenen) Therapietypen mit Hilfe eines noch zu konzipierenden Verfahrens. Der Hypothesencharakter dieses Schrittes wird betont.
- (5) Anwendung der Regeln für die Zuordnung von Patiententypen zu Therapiemethoden über eine längere Zeitstrecke hinweg. Die in einer ersten Phase gesammelten Erfahrungen dienen dazu, Verbesserungen an der Zuordnung vorzunehmen; in einer zweiten Phase hat "... eine strenge und ausschließliche Zuordnung zu erfolgen" (ANTONS & HAMPEL, 1977, p. 100). Eine Kontrollgruppe von Patienten wird auf herkömmliche Weise zugewiesen und behandelt.
- (6) Erstellen von Katamnesen für alle an der Untersuchung beteiligten Alkoholiker. Die katamnestic Befunde der Gruppen, deren Mitglieder systematisch zugewiesen wurden, sind untereinander und mit der Kontrollgruppe zu vergleichen.

Diese Konzeption ließ sich jedoch nicht in die Realität umsetzen. Bereits in der Voruntersuchung gelang es nicht, eine repräsentative Alkoholiker-

stichprobe zu ziehen. Die empirische Überprüfung der Zuordnungen scheiterte - wie ANTONS & HAMPEL ausführen - an ungünstigen äußeren Bedingungen. So erfolgte lediglich eine taxometrische Untersuchung an 56 Patienten zur Entwicklung einer Alkoholiker-Typologie.

An der oben dargestellten Strategie lassen sich jedoch von vornherein einige Kritikpunkte anführen:

(a) Schon bei der Ermittlung geeigneter Variablen wird der Suchraum unzulässig eingeschränkt, da lediglich erprobte Instrumente Verwendung finden. Zudem impliziert die Auswahl einer annähernd repräsentativen Variablenstichprobe die Kenntnis des Universums der einschlägigen Variablen; davon kann jedoch nicht ausgegangen werden.

(b) Es fehlt eine therapiebegleitende Diagnostik; daher bleiben möglicherweise entscheidende Einflußgrößen, die den individuellen Therapieverlauf kennzeichnen, unbeachtet.

(c) Die Autoren geben keinen Hinweis über die Art des Verfahrens zur Gewinnung von Zuordnungsregeln. Somit bleibt die Vorgehensweise, mit der Patiententypen verschiedenen Therapietypen zugeordnet werden, unklar.

(d) ANTONS & HAMPEL gehen fälschlicherweise von klar abgrenzbaren Therapieformen aus und lassen darüber hinaus die Merkmale des Therapeuten unberücksichtigt (vgl. hierzu KIESLERs Überlegungen zum Mythos der Uniformität der Therapeuten).

(e) Als relevante therapeutische Methoden können nicht nur die in einer Institution angebotenen Techniken angesehen werden. Wichtig erscheint die Einbeziehung von Breitbandprogrammen (vgl. z.B. VOGLER & REVENS-TORF, 1978), die sich u.U. aus mehreren und voneinander verschiedenen Therapiebausteinen zusammensetzen.

(f) Die Schlußfolgerungen aus den katamnestischen Ergebnissen dürften unter Berücksichtigung all dieser Kritikpunkte sehr an Beweiskraft verlieren. Es lassen sich vor allem deshalb keine eindeutigen Beziehungen zwischen den Erfolgsmaßen (z.B. Abstinenz, kontrolliertes Trinkverhalten, angemessenes Sozialverhalten) und einer differentiellen Therapiezuweisung herstellen, weil die Effekte der Therapiemethoden und die Wechselwirkungen zwischen Therapiemethoden, Therapeuten- und Patientenmerkmalen nicht prozeßbegleitend diagnostiziert werden.

Aus der konstruktiven Verarbeitung dieser Kritikpunkte wird im folgenden ein alternatives Forschungsdesign abgeleitet, das zur Lösung des angesprochenen Problemkomplexes geeigneter erscheint.

4. Eine alternative Forschungskonzeption

Entscheidendes Merkmal des hier vorgeschlagenen Konzeptes ist die bedingungsanalytische Sichtweise des psychotherapeutischen Prozesses. Diesen Prozeß kennzeichnen fünf Einflußgrößen (vgl. z.B. PETERMANN, 1978; VAN QUEKE LBERGHE, 1979): Merkmale des Patienten, Merkmale des Therapeuten, Merkmale der therapeutischen Technik, Therapieziele und äußere Einflüsse. Die fünf Variablenkomplexe werden im folgenden näher beschrieben und - soweit möglich - mit einschlägigen Literaturhinweisen versehen.

(1) Merkmale des Patienten:

- soziodemographische Merkmale, z.B. Alter, Geschlecht, Beruf (vgl. z.B. BOSSHARD, 1978; LIED & MARLATT, 1979)
- Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Extraversion, soziale Kompetenz, Abhängigkeit (vgl. z.B. MINSEL, 1975; SADAVA, 1978; FINNEY & MOOS, 1979; KRAMPEN, 1979)
- Störungsmerkmale, z.B. körperliche Schädigung, neuropsychologische Defizite, überhöhter Alkoholkonsum, Leistungsminderung (vgl. z.B. HORN & WANBERG, 1970; KLEINKNECHT & GOLDSTEIN, 1972; KÖHLER, 1974; MEHRABIAN & RUSSELL, 1978)
- Einstellungsmerkmale, z.B. Motivation, Erwartungen (vgl. z.B. WINDISCHMANN, 1976; HERBER, 1977; GOMES-SCHWARTZ, 1978)
- Wahrnehmung der Therapie und des Therapeuten, z.B. Einschätzung des therapeutischen Klimas (vgl. z.B. GOLDSTEIN & SIMONSON, 1971; KAMMEIER, LUCERO & ANDERSON, 1973; FEENEY & DRANGER, 1976; HENRICH et al., 1979)

(2) Merkmale des Therapeuten:

- soziodemographische Merkmale, z.B. Alter, Geschlecht, Status
- Persönlichkeitsmerkmale, z.B. Offenheit, soziale Kompetenz, Dominanzstreben (vgl. z.B. TRUAX & MITCHELL, 1971; WALTON, 1978)
- Ausbildungs- und Erfahrungsmerkmale, z.B. Spektrum der beherrschten Techniken (vgl. z.B. MATARAZZO, 1971; MINSEL, 1975; DIMOND & HAVENS, 1975; GOMES-SCHWARTZ, 1978)
- Einstellungsmerkmale, z.B. Erfolgserwartung, Einstellungen gegenüber dem Patienten (vgl. z.B. GOLDSTEIN & SIMONSON, 1971; DIMOND & HAVENS, 1975)
- Wahrnehmung der Therapie und des Patienten (vgl. z.B. ORLINSKY & HOWARD, 1975)

(3) Merkmale der therapeutischen Technik:

- Therapieverfahren und deren Kombination, z.B. medikamentöse Behandlung, Selbstsicherheitstraining, aversive Konditionierung (vgl. z.B. DI LORETO, 1971; BAEKELAND, LUNDWALL & KISSIN, 1975; DIMOND & HAVENS, 1975; EMRICK, 1975)

- Merkmale spezifischer Techniken, z.B. Konfrontation, freie Assoziation, Verstärkung (vgl. z.B. MINSEL, 1975; KILMANN, ALBERT & SOTILE, 1975; PLOEGER, 1979; STALONAS, KEANE & FOY, 1979)
- therapiebegleitende Diagnostik (vgl. z.B. DIMOND & HAVENS, 1975; ORLINSKY & HOWARD, 1975)

(4) Therapieziele:

- allgemeine Behandlungsziele, z.B. Symptombefreiheit, reife Persönlichkeit, Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln (vgl. z.B. MINSEL, 1975; REITER, 1976)
- spezifische Ziele von Patient und Therapeut, z.B. Aufarbeitung von Konflikten, Aufbau von Therapiemotivation (vgl. z.B. GOTTHEIL, 1976)

(5) äußere Einflüsse:

- behandelnde Institutionen, z.B. Fachklinik, teilstationäre Einrichtung
- Bedingungen des sozialen Feldes, z.B. Gruppenprozesse, Einstellungen von Familienangehörigen (vgl. z.B. EDWARDS, HARVEY & WHITEHEAD, 1973; MILLER, CRAWFORD & TAYLOR, 1979)
- ökologische Bedingungen, z.B. Raumgestaltung, Standort einer Klinik (vgl. z.B. FISCHER, 1977)
- interferierende Behandlungen

Diese Liste kann sicherlich noch ergänzt werden. Sie vermittelt jedoch bereits einen Eindruck von der Vielzahl und Komplexität der zu erhebenden Daten. Neben der therapiebegleitenden Erfassung eines Großteils der angeführten Variablen müssen zusätzlich noch Daten miteinbezogen werden, die vor und nach der Therapie anfallen, z.B. Informationen der einweisenden Institution bzw. des Hausarztes oder berufliche und familiäre Veränderungen nach Therapieende. Einflußgrößen, die nach Beendigung der Therapie auftreten, sind vor allem deshalb sorgfältig zu kontrollieren, weil sie therapeutische Effekte modifizieren können. So verwundert es beispielsweise nicht, daß die Ergebnisse von Evaluationsstudien häufig nicht nur Behandlungseffekte, sondern auch die Wirkungsweise der angesprochenen Einflußgrößen widerspiegeln. Die Aussagekraft katamnestischer Untersuchungen wird schließlich auch durch die Art der Erfolgskriterien, die Wahl der Zeitintervalle und die eingesetzten statistischen Analyseverfahren determiniert (vgl. z.B. EMRICK, 1974; OLBRICH & WATZL, 1978; WATZL, 1979).

Zur Systematisierung und Auswertung der zu erhebenden Daten und zur schrittweisen Entwicklung eines differentiellen Indikationsmodells bietet sich ein mehrphasiges Vorgehen an.

Phase 1: Erhebung des Ist-Zustandes

In Phase 1 erfolgt zunächst die Suche nach einschlägigen Variablen. Diese Suche soll allerdings nicht auf Variablen beschränkt bleiben, die bereits durch Tests bzw. Subtests erfaßt werden. Möglicherweise ist sogar eine Reihe von Testverfahren und Beobachtungsinstrumenten neu zu konzipieren. Besondere Relevanz kommt der Einbeziehung bislang kaum beachte-

ter Merkmale zu. Für die Patientenseite bedeutet dies etwa, daß neben der routinemäßigen Erfassung von Trinkmenge und -muster, früheren Behandlungen und körperlichen Folgeerscheinungen auch Merkmale wie "Selbstkonzept" (vgl. z.B. CONNOR, 1962; BERG, 1971; MATEFY, KALISH & CANTOR, 1971), "Locus of Control" (vgl. z.B. KILMANN, ALBERT & SOTILE, 1975; OBITZ & OZIEL, 1978) und das Auftreten von lebensverändernden Ereignissen (vgl. z.B. HORE, 1971; MULES, HAGUE & DUDLEY, 1977) Beachtung finden müssen. Viele Variablen haben situationsspezifischen Charakter. Sie sind daher zu verschiedenen Zeitpunkten zu erfassen. Um den Verlauf des therapeutischen Prozesses insgesamt diagnostizieren zu können, bedarf es somit der Verwendung veränderungssensibler Instrumente. Außerdem sind nicht nur Merkmale des Patienten, sondern auch Merkmale des Therapeuten und der therapeutischen Technik mittels Inventarisierungen therapiebegleitend zu diagnostizieren. Wichtig erscheint schließlich die Ermittlung der Therapieziele, die Einschätzung des therapeutischen Milieus und die Feststellung der ökologischen Bedingungen, unter denen die Behandlung des Alkoholikers stattfindet. - Durch die Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte soll versucht werden, möglichst viele Einflußgrößen quantitativ zu erfassen, so daß eine zumindest partielle Rekonstruktion des therapeutischen Prozesses post hoc möglich wird.

Den Abschluß von Phase 1 bildet die katamnestische Untersuchung der behandelten Patienten.¹ Da von der Zuverlässigkeit der in dieser Phase ermittelten Daten der Erfolg weiterer empirischer Bemühungen abhängt, müssen auch die im Rahmen katamnestischer Erhebungen häufig auftretenden Störquellen nach Möglichkeit ausgeschaltet werden. Vier grundsätzliche Fehlerquellen führt WATZL (1979) an:

- (a) Vorselektion von Patienten durch die Behandlungseinrichtungen (z.B. Ablehnung von Klienten infolge mangelnder Therapiemotivation oder fehlender Krankheitseinsicht),
- (b) Behandlungsabbrüche aus disziplinarischen Gründen oder durch den Patienten selbst,
- (c) Patientenschwund durch Tod, Ablehnung der Teilnahme an der Untersuchung oder nichtauffindbare Patienten,
- (d) Art der katamnestischen Erhebung (briefliche Kontakte liefern z.B. unzuverlässigere Daten als persönliche Gespräche).

Weitere Fehlerquellen ergeben sich aus der methodischen Vorgehensweise bei der Analyse und Verarbeitung der katamnestischen Daten und bei der In-

1 Obwohl alle Daten gleichermaßen zur Entwicklung eines Indikationsmodells herangezogen werden, erfolgt in Tabelle 1 aus darstellungstechnischen Gesichtspunkten eine im Grunde nicht erforderliche Aufteilung der in Phase 1 untersuchten Patienten in Experimental- und Kontrollgruppen.

terpretation der Ergebnisse (vgl. BAEKELAND, LUNDWALL & KISSIN, 1975; NATHAN & LANSKY, 1978).

In Phase 1 werden also noch keine Variationen des in der jeweiligen Behandlungseinrichtung praktizierten Behandlungsmodells und der dort üblichen Zuordnung von Patienten zu Therapeuten und therapeutischen Techniken vorgenommen. Es erfolgt lediglich eine möglichst umfangreiche und exakte Datenerhebung mit Hilfe der bereitgestellten diagnostischen Instrumente. Dieses Ziel kann nur dann erreicht werden, wenn es gelingt, an einer hinreichend großen Patienten- und Therapeutenzahl einschlägige Variablenstichproben zu eruiieren und die Ausprägungsgrade der einzelnen Variablen adäquat zu messen. Es erscheint deshalb bedeutsam, verschiedene Behandlungseinrichtungen zu berücksichtigen, so daß in bezug auf die Merkmale der Patienten, Therapeuten und Therapietechniken die Wahrscheinlichkeit eines Rückgriffs auf institutionsspezifische Verteilungen herabgesetzt wird.

Phase 2: Modellbildung

Der ersten Phase schließt sich eine umfassende Datenanalyse an. Aus den in Phase 1 gesammelten Informationen gilt es nun, die Beziehungen zwischen den einzelnen Systemparametern des therapeutischen Prozesses mit Hilfe korrelationsstatistischer und kausalanalytischer Verfahren herauszufiltern. Dies setzt voraus, daß zunächst Taxonomien in bezug auf Patienten, Therapeuten und Techniken - unter Berücksichtigung der Veränderung der einzelnen Merkmale während des therapeutischen Prozesses - erstellt werden. Für die verschiedenen Patiententypen läßt sich dann die differentielle Therapieeffizienz im Hinblick auf die jeweiligen Kombinationen von Therapeut und Therapietechnik errechnen. Das tatsächliche Ausmaß der Effizienz ist am zuverlässigsten unter Einbeziehung multipler Erfolgskriterien festzustellen (vgl. z.B. WILLEMS, LETEMENDIA & ARROYAVE, 1973; EMRICK, 1974; STALLINGS & ONCKEN, 1977; NATHAN & LANSKY, 1978).

Ziel der geschilderten Vorgehensweise ist die Ermittlung jener spezifischen Indikatoren, deren Kombination eine günstige prognostische Valenz für die Behandlung der verschiedenen Alkoholikertypen besitzt (vgl. z.B. MARTIN & STERNE, 1975). Die Ergebnisse der Datenanalyse sind in Handlungsanweisungen zu transformieren, so daß ein künftiger Patient mit bestimmtem Ausgangsprofil einem oder mehreren Therapeuten und einer oder mehreren therapeutischen Techniken zugeordnet werden kann. Hinzu kommt die zeitliche Festlegung der einzelnen therapeutischen Schritte. Sollte es der Therapieverlauf jedoch erfordern, müssen Modifikationen realisierbar sein. Hier wird erneut deutlich, welcher wichtigen Stellenwert die prozeßbegleitende Diagnostik besitzt; sie erst ermöglicht es, frühzeitig auf veränderte Bedingungen im Therapieverlauf zu reagieren.

Die zweite Phase hat insofern modellbildenden Charakter, als klare Hypothesen über die Zuordnung von Patienten zu Therapeuten und therapeutischen Techniken zu formulieren sind. Die Explikation der verschiedenen Hypothesen erfolgt im Hinblick auf die Erstellung eines Modells zur differentiellen

Therapieindikation für Alkoholabhängige. Da eine Vielzahl von Hypothesen anfallen dürfte, erscheint es sinnvoll, die interne Validität des Modells mit Hilfe von Simulationstechniken zu überprüfen (vgl. z.B. MOSER, 1976). Es lassen sich so Widersprüchlichkeiten zwischen den einzelnen Modellelementen aufdecken und eindeutiger Zuordnungsregeln ableiten. Aus Simulationsstudien können darüber hinaus prognostische Aussagen über die Therapieeffizienz von verschiedenen "Patient-Therapeut-Technik"-Kombinationen getroffen werden.

Phase 3: Experimentelle Überprüfung

In der dritten Phase wird eine empirische Überprüfung der gewonnenen Zuordnungsregeln mit dem Ziel der Erhöhung der Therapieeffizienz durchgeführt. Diese Phase ist als die eigentliche Experimentalphase anzusehen, da hier hypothesengeleitet in den therapeutischen Zuweisungsprozeß eingegriffen wird. Dabei lautet die zu überprüfende Nullhypothese in globaler Form: Die Effizienz der Alkoholikerbehandlung erhöht sich nicht durch die differentielle Zuweisung von Patienten zu bestimmten Therapeuten und therapeutischen Techniken.

Auf der Basis des in Phase 2 entwickelten Modells läßt sich eine mit gewisser Wahrscheinlichkeit zutreffende differentielle Indikation ermitteln. Alkoholabhängige können auf diese Weise den ihnen angemessenen Therapeuten und Techniken zugewiesen werden. Diese Zuweisungen bedürfen im Verlauf der Therapie der ständigen Überprüfung und gegebenenfalls der Modifikation. Dazu werden - wie in Phase 1 - die Patienten- und Therapeutenmerkmale als auch die Merkmale der therapeutischen Techniken prozeßbegleitend diagnostiziert.

In Phase 3 spielt die Einbeziehung von Kontrollgruppen eine bedeutende Rolle. Sie setzen sich aus Alkoholikern zusammen, denen - wie bisher - Therapeuten und Techniken mehr oder weniger zufällig zugeordnet werden. Erst ein Vergleich von Kontroll- mit Experimentalgruppen im Hinblick auf die Wirksamkeit vorgenommener therapeutischer Interventionen ermöglicht die zufallskritische Absicherung der Zuordnungshypothesen und die Kontrolle unerwünschter Einflüsse.

Die Patienten der Experimental- und Kontrollgruppen aus Phase 3 werden wie die Patienten aus Phase 1 nach Abschluß ihrer Behandlung katamnestisch untersucht. Um die Ermittlung verzerrter Befunde zu verhindern, sollten möglichst alle Patienten der verschiedenen Gruppen an diesem Untersuchungsabschnitt teilnehmen. Zur Realisierung des angestrebten Ziels sind sicherlich aufwendigere Schritte, z.B. Hausbesuche, erforderlich. Im übrigen bedarf es der Berücksichtigung all jener Fehlerquellen, die im Rahmen der Darstellung von Phase 1 artikuliert wurden.

Zur Überprüfung der Frage, ob durch differentielle Zuweisung der Patienten zu entsprechenden Therapeuten und Techniken die Behandlung von Alkoholikern verbessert werden kann, bieten sich zwei Wege an:

(a) Multiple Vergleiche der in der dritten Phase bei Kontrollgruppen katamnestisch ermittelten Behandlungseffekte mit den in derselben Phase bei Experimentalgruppen katamnestisch ermittelten Behandlungseffekten.

(b) Multiple Vergleiche der in der ersten Phase katamnestisch ermittelten Behandlungseffekte mit den in der dritten Phase katamnestisch ermittelten Behandlungseffekten.

Im Rahmen der Überprüfung der Therapieeffizienz können auch saisonale und Generationseffekte weitgehend kontrolliert werden.

5. Abschließende Bemerkungen

Das beschriebene Forschungsdesign, das in Tabelle 1 noch einmal im Überblick dargestellt wird, erfordert eine intensive Kooperation zwischen Forschungs- und Behandlungsinstitution (vgl. z.B. SCHELLER & HEIL, 1978, 1979).

Bereits in der ersten Phase können die täglichen Erfahrungen des Praktikers im Umgang mit den Patienten wertvolle Hinweise für die Auswahl von relevanten Merkmalen liefern. Vor der Durchführung der therapiebegleitenden Diagnostik ist es unumgänglich, den Tagesablauf in den einzelnen Kliniken zu analysieren, um etwa geeignete Zeitpunkte und vergleichbare ökologische Bedingungen für die Erhebung der Patienten- und Therapeutenmerkmale zu finden. Da der Praktiker außerdem ständig und unmittelbar mit den Patienten in Kontakt steht, kann er entscheidend auf deren Motivation zur Teilnahme an der therapiebegleitenden Datenerhebung und den Katamnesen Einfluß nehmen. Es dürfte darüber hinaus vorteilhaft sein, bereits zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Behandlungsinstitution auf die Nachuntersuchungen aufmerksam zu machen und ihre Bedeutsamkeit hervorzuheben. In der dritten Phase ist die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Praktiker und Forscher von besonderer Wichtigkeit. Die in Phase 2 ermittelten Handlungsanweisungen sind mit dem Praktiker ausführlich zu diskutieren, damit er diese angemessen umsetzen kann. Selbstverständlich darf der Forscher dabei nicht "von oben herab" seine Konzepte und Vorstellungen jenen Personen oktroyieren, auf deren engste Mitarbeit er angewiesen ist. Die Therapeuten sollten so in den Forschungsprozeß integriert werden, daß sie letztlich aus sich heraus die Untersuchung als notwendig erachten und entsprechend unterstützen.

Doch auch der Praktiker wird einen unmittelbaren Gewinn aus der Zusammenarbeit mit dem forschenden Wissenschaftler ziehen können. Durch die prozeßbegleitende Diagnostik eröffnet sich die Möglichkeit, dem Praktiker wichtige Therapieverlaufsdaten in kürzester Zeit rückzumelden. Auf diese Weise lassen sich gewonnene Erkenntnisse direkt für die Therapie verwenden. Dem Praktiker ist vor allem zu verdeutlichen, daß mit den katamnestischen Erhebungen nicht überprüft wird, wie erfolgreich einzelne Therapeuten sind; sie sollen vielmehr dazu beitragen, die folgende - auch für den

Tab. 1.: Darstellung des Forschungsplans

Gruppen	Phasen 1, 2 und 3		
	1 : Ist-Zustand	2 : Modellbildung	3 : Überprüfung
Experimentalgruppe 1	$O_1 O_2 \dots O_m$	Erstellung des Indikationsmodells anhand der Daten aus Phase 1 (die vorliegende Tabelle berücksichtigt allein die Patientenmerkmale; zusätzlich einzubeziehen sind die hier unerwähnten Merkmale der Therapeuten und therapeutischen Techniken)	$X_1 X_2 \dots X_n$
Experimentalgruppe 2	$O_1 O_2 \dots O_m$		$X_1 X_2 \dots X_n$
Experimentalgruppe i	$O_1 O_2 \dots O_m$		$X_1 X_2 \dots X_n$
Kontrollgruppe 1	$O_1 O_2 \dots O_m$		$O_1 O_2 \dots O_n$
Kontrollgruppe 2	$O_1 O_2 \dots O_m$		$O_1 O_2 \dots O_n$
...
Kontrollgruppe j	$O_1 O_2 \dots O_m$		$O_1 O_2 \dots O_n$

Anmerkung: Die Experimentalgruppen 1 bis i und die Kontrollgruppen 1 bis j sind in den Phasen 1 und 3 jeweils mit unterschiedlichen Patienten besetzt.

Bedeutung der Zeichen: $O_1, O_2, \dots, O_m, O_n$: Zeitpunkte der therapiebegleitenden Diagnostik - Patienten sind Therapeuten und Techniken eher zufällig zugeordnet

K_1, K_2 : Katamnesezeitpunkte

X_1, X_2, \dots, X_n : Zeitpunkte der therapiebegleitenden Diagnostik - Patienten sind gemäß den jeweiligen Hypothesen des Indikationsmodells zugeordnet

Praktiker relevante - Fragestellung einer Beantwortung zuzuführen: Welcher Therapeut und welche Technik ist bei welchem Patienten mit welcher Problematik unter welchen Bedingungen wie effektiv (vgl. z. B. SEIDENSTÜCKER & BAUMANN, 1979)?

Die dargestellte Forschungskonzeption beschreibt eine aus unserer Sicht idealtypische Vorgehensweise zur Klärung der Indikationsfrage im Bereich des Alkoholismus und damit zur Effizienzsteigerung der Therapie des Alkoholismus. Inwieweit ein solches Konzept künftig in die Praxis umgesetzt werden kann, hängt zunächst von den Ergebnissen einer sorgfältig durchzuführenden Pilotstudie ab. Im enger gesteckten Rahmen einer solchen Studie lassen sich Untersuchungsinstrumente überprüfen und praktisch-organisatorische Probleme aufdecken. Erst nach Abschluß dieser Pilotstudie und unter Einbeziehung der gewonnenen Erfahrungen kann die präzisere Planung des vorgestellten Forschungsprogramms in ein konkretes Stadium treten.

Zusammenfassung: Auf dem Hintergrund der Ergebnisse bisher wenig zufriedenstellender Forschungsaktivitäten wird ein Programm zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen konzipiert. Kernstück des Programms bildet die Verbesserung der Therapieindikation. Die Realisierung des Programms soll in drei Phasen erfolgen. In der ersten Phase werden zur Feststellung des Ist-Zustandes Patienten- und Therapeutenmerkmale sowie Merkmale der therapeutischen Technik und des therapeutischen Kontextes erfaßt. Mit Hilfe der erhobenen Daten wird in einer zweiten Phase ein differentielles Indikationsmodell erstellt und in Simulationsstudien auf seine interne Konsistenz hin untersucht. Die dritte Phase dient der experimentellen Überprüfung des Modells. Gemäß den gewonnenen Zuordnungsregeln werden hierzu die Patienten der Experimentalgruppen bestimmten Therapeuten und Techniken zugewiesen. Der ersten und der dritten Phase gemeinsam sind neben der therapiebegleitend durchgeführten Diagnostik abschließend erhobene Katamnesen. Ob eine Verbesserung der Behandlung von Alkoholikern erzielt wird, läßt sich durch multiple Vergleiche der katanestisch ermittelten Behandlungseffekte feststellen.

Summary: Design of a research program to improve the treatment of alcohol addicts

A program to improve the treatment of alcohol addicts is developed because of the unsatisfactory results of past research activities. The principal item of this program is the improvement of therapy prescription. The program consists of three phases. During the first phase patients' and therapists' characteristics, features of the therapeutic technique and context are recorded in order to assess their present state. In a second phase these data are used to develop a differential model of prescription, whose internal

consistency is tested by means of simulation studies. The third phase serves as the experimental test of the model. Patients in the experimental groups are assigned to certain therapists and techniques according to the derived classification rules. The first and third phase of the study include diagnostic assessment throughout the course of treatment and follow-up upon conclusion of treatment. Improvement as a result of the treatment of alcohol addicts is confirmed by multiple comparisons of the treatment effects discovered in the follow-up studies.

Literaturverzeichnis

- ANTONS, K. & HAMPEL, R.: Empirische Taxometrie: Ein Weg zur differentiellen Therapieindikation. In: ANTONS, K. & SCHULZ, W. Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Band 2. Hogrefe, Göttingen 1977, 87-114.
- BAEKELAND, F., LUNDWALL, L. & KISSIN, B.: Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In: GIBBINS, R.J., ISRAEL, Y., KALANT, H., POPHAM, R.E., SCHMIDT, W. & SMART, R.G. (Eds.), Research advances in alcohol and drug problems. Volume 2. Wiley, New York 1975, 247-327.
- BASTINE, R.: Methoden der Psychotherapie-Forschung. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (Eds.), Klinische Psychologie I. Theorie und Praxis. 3. Aufl. Huber, Bern 1975, 664-701.
- BERG, N.L.: Effects of alcohol intoxication on self-concept. Studies of alcoholics and controls in laboratory conditions. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 32: 442-453 (1971).
- BOSSHARD, M.: Süchtige Frauen. Beobachtungen zur psychischen und sozialen Situation der Frauen auf einer Suchtaufnahmestation im LKH. Psychiatrische Praxis 5: 231-238 (1978).
- BRON, B.: Alkoholmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Suchtgefahren 22: 41-52 (1976).
- CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C.: Experimental and quasi-experimental designs for research. Rand McNally, Chicago 1966.
- CONNOR, R.G.: The self-concepts of alcoholics. In: PITTMAN, D.J. & SNYDER, C.R. (Eds.), Society, culture and drinking patterns. Wiley, New York 1962, 455-467.
- DAVIES-OSTERKAMP, S.: Alkoholismus bei Frauen. Drug and Alcohol Dependence 1: 191-213 (1975/76).
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Ausführungen der Arbeitsgruppe "Suchtkranke" Zur Versorgung von Suchtkranken. Auszug aus der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung. Drucksache 7/4201. Heger, Bonn 1975 a.
- DEUTSCHER BUNDESTAG: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Zusammenfassung. Drucksache 7/4200. Heger, Bonn 1975 b.

- DI LORETO, A.O.: Comparative psychotherapy. An experimental analysis. Aldine, Chicago 1971.
- DIMOND, R.E. & HAVENS, R.A.: Restructuring psychotherapy: Toward a prescriptive eclecticism. *Professional Psychology* 6: 193-200 (1975).
- ECKERT, J.: Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden. Eine Darstellung der Probleme, ihre Ursachen und ein Lösungsvorschlag. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 5: 153-163 (1976).
- EDWARDS, P., HARVEY, C. & WHITEHEAD, P.C.: Wives of alcoholics. A critical review and analysis. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34: 112-132 (1973).
- EMRICK, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 35: 523-549 (1974).
- EMRICK, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36: 88-108 (1975).
- FEENEY, D.J. & DRANGER, P.: Alcoholics view group therapy. Process and goals. *Journal of Studies on Alcohol* 37: 611-618 (1976).
- FELDHEGE, F.-J., KRAUTHAN, G., SCHULZE, B., SCHNEIDER, R. & VOLLMER, H.: Ein ambulantes Breitbandprogramm zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. Teil I. Darstellung des Programms und des Therapieverlaufs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1: 15-32 (1977).
- FEUERLEIN, W.: Probleme und Ergebnisse der epidemiologischen Forschung beim Alkoholismus. *Suchtgefahren* 20: 234-238 (1974).
- FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter. Thieme, Stuttgart 1975.
- FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, C. & ANTONS, K.: Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Eine empirische Analyse. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 222: 139-152 (1976).
- FEUERLEIN, W., RINGER, C., KÜFNER, H. & ANTONS, K.: Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). *Münchner Medizinische Wochenschrift* 119: 1275-1282 (1977).
- FINNEY, J.W. & MOOS, R.H.: Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47: 25-38 (1979).
- FISCHER, J.: Alcoholic patients' perception of treatment milieu using modified versions of the Ward Atmosphere Scale (WAS) and Community Oriented Program Environment Scale (COPEs). *British Journal of Addiction* 72: 213-216 (1977).
- FOX, R.: Gruppenpsychotherapie mit Alkoholikern. In: PREUSS, H.G. (Ed.), *Analytische Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Praxis*. Rowohlt, Reinbek 1972, 141-149.

- GARFIELD, S.L.: Research problems in clinical diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 596-607 (1978).
- GOLDSTEIN, A.P. & SIMONSON, N.R.: Social psychological approaches to psychotherapy research. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Wiley, New York 1971, 154-195.
- GOMES-SCHWARTZ, B.: Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1023-1035 (1978).
- GOTTHEIL, E.: Advantages and disadvantages of the abstinence goal in alcoholism. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 3: 13-23 (1976).
- GRAWE, K.: Indikation in der Psychotherapie. In: PONGRATZ, L.J. (Ed.), *Klinische Psychologie (= Handbuch der Psychologie in 12 Bänden, Band VIII/2)*. Hogrefe, Göttingen 1978, 1849-1883.
- GRUNER, W.: Zum Problem des Jugendalkoholismus. Eine Literaturanalyse. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 45: 77-97 (1977).
- HAPPEL, H.-V.: Vorbereitende Untersuchung zur Entwicklung eines "screening"-Verfahrens für jugendliche Alkoholkonsumenten. *Suchtgefahren* 23: 23-29 (1977).
- HENRICH, G., DE JONG, R., MAI, N. & REVENSTORF, D.: Aspekte des therapeutischen Klimas - Entwicklung eines Fragebogens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8: 41-55 (1979).
- HERBER, H.-J.: Motivationsdiagnostik im klinischen Bereich: Vorläufige Thesen zur Kriterienfindung und Definition des hypothetischen Konstrukts "Motivation". *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 25: 302-313 (1977).
- HORE, B.D.: Life events and alcoholic relapse. *British Journal of Addiction* 66: 83-88 (1971).
- HORN, J.L. & WANBERG, K.W.: Dimensions of perception of background and current situation of alcoholic patients. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 31: 633-658 (1970).
- KAMMEIER, M.L., LUCERO, R.J. & ANDERSON, D.J.: Events of crucial importance during alcoholism treatment, as reported by patients. A preliminary study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34: 1172-1179 (1973).
- KIESLER, D.J.: Experimental designs in psychotherapy research. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Wiley, New York 1971, 36-74.
- KILMANN, P.R., ALBERT, B.M. & SOTILE, W.M.: Relationship between locus of control, structure of therapy, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 588 (1975).
- KLEINKNECHT, R.A. & GOLDSTEIN, S.G.: Neuropsychological deficits associated with alcoholism. A review and discussion. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 33: 999-1019 (1972).

- KÖHLER, W.: Kriterien verstandesmäßigen Leistungsverlusts chronisch Alkoholkranker im HAWIE. Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie 21: 103-114 (1974).
- KRAMPEN, G.: Vergleich der Wertvorstellungen von Psychotherapeuten, Alkoholikern und nicht-auffälligen Personen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 27: 146-150 (1979).
- LIED, E.R. & MARLATT, G.A.: Modeling as a determinant of alcohol consumption: Effect of subject sex and prior drinking history. Addictive Behaviors 4: 47-54 (1979).
- MAHONEY, M.J.: Experimental methods and outcome evaluation. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46: 660-672 (1978).
- MARG, E. & BUSCHE, P.: Ergebnisse der stationären Behandlung chronischer Trinker. Ein katamnästischer Bericht. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 22: 424-427 (1970).
- MARTIN, P.J. & STERNE, A.L.: Prognostic expectations and treatment outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology 43: 572-576 (1975).
- MATAKAS, F., KOESTER, H. & LEIDNER, B.: Welche Behandlung für welche Alkoholiker? Eine Übersicht. Psychiatrische Praxis 5: 143-152 (1978).
- MATARAZZO, R.G.: Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills. In: BERGIN, A.E. & GARFIELD, S.L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. Wiley, New York 1971, 895-924.
- MATEFY, R.E., KALISH, R.A. & CANTOR, J.M.: Self-acceptance in alcoholics who accept and reject help. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 32: 1088-1091 (1971).
- MEHRABIAN, A. & RUSSELL, J.A.: A questionnaire measure of habitual alcohol use. Psychological Reports 43: 803-806 (1978).
- MILLER, W.R.: Alcoholism scales and objective assessment methods: A review. Psychological Bulletin 83: 649-674 (1976).
- MILLER, W.R., CRAWFORD, V.L. & TAYLOR, C.A.: Significant others as corroborative sources for problem drinkers. Addictive Behaviors 4: 67-70 (1979).
- MINSEL, W.-R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Grundlagen - Forschung - Auswertung. 3. Aufl. Böhlau, Wien 1975.
- MOSER, U.: Modellkonstruktion im Bereiche der klinischen Psychologie. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (Eds.), Klinische Psychologie II. Methoden, Ergebnisse und Probleme der Forschung. 2. Aufl. Huber, Bern 1976, 28-76.
- MULES, J.E., HAGUE, W.H. & DUDLEY, D.L.: Life change, its perception and alcohol addiction. Journal of Studies on Alcohol 38: 487-493 (1977).
- NATHAN, P.E. & LANSKY, D.: Common methodological problems in research on the addictions. Journal of Consulting and Clinical Psychology 46: 713-726 (1978).

- OBITZ, F.W. & OZIEL, L.J.: Change in general and specific perceived locus of control in alcoholics as a function of treatment exposure. The International Journal of the Addictions 13: 995-1001 (1978).
- OLBRICH, R. & WATZL, H.: Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Übersicht. Suchtgefahren 24: 1-8 (1978).
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I.: Varieties of psychotherapeutic experience. Multivariate analyses of patients' and therapists' reports. Teachers College Press, New York 1975.
- PERNANEN, K.: Validity of survey data on alcohol use. In: GIBBINS, R.J., ISRAEL, Y., KALANT, H., POPHAM, R.E., SCHMIDT, W. & SMART, R.G. (Eds.), Research advances in alcohol and drug problems. Volume 1. Wiley, New York 1974, 355-374.
- PETERMANN, F.: Zur Effektivitätsbestimmung in der Psychotherapie. Fortschritte der Medizin 96: 1783-1784, 1808 (1978).
- PLOEGER, A.: Das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft als Struktur und Prozeß in der stationären Psychotherapie. Psychotherapie - Medizinische Psychologie 29: 54-61 (1979).
- REITER, L.: Systematische Überlegungen zum Zielbegriff in der Psychotherapie. Praxis der Psychotherapie 21: 205-218 (1976).
- SADAVA, S.W.: Etiology, personality and alcoholism. Canadian Psychological Review 19: 198-214 (1978).
- SHELLER, R. & HEIL, F.E.: Psychologische Beratung: Alternativen zur gegenwärtigen Forschungspraxis. Psychologische Rundschau 29: 277-286 (1978).
- SHELLER, R. & HEIL, F.E.: Interaktion zwischen Beratungspraxis und Beratungsforschung als Voraussetzung für die Optimierung von Beratungsprozessen. In: ECKENSBERGER, L.H. (Ed.), Bericht über den 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mannheim 1978. Band 2. Praxisfelder der Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1979, 409-411.
- SCHMIDT, L.: Behandlung von Alkoholkranken. Deutsches Medizinisches Journal 23: 522-526 (1972).
- SEIDENSTÜCKER, G. & BAUMANN, U.: Zur Situation der Indikationsforschung. In: ECKENSBERGER, L.H. (Ed.), Bericht über den 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mannheim 1978. Band 2. Praxisfelder der Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1979, 379-386.
- STALLINGS, D.L. & ONCKEN, G.R.: A relative change index in evaluating alcoholism treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol 38: 457-464 (1977).
- STALONAS, P.M., KEANE, T.M. & FOY, D.W.: Alcohol education for inpatient alcoholics: A comparison of live, videotape and written presentation modalities. Addictive Behaviors 4: 223-229 (1979).
- TRICE, H.M., ROMAN, P.M. & BELASCO, J.A.: Selection for treatment: A predictive evaluation of an alcoholism treatment regimen. The International Journal of the Addictions 4: 303-317 (1969).
- TRUAX, C.B. & MITCHELL, K.M.: Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: BERGIN, A.E. &

- GARFIELD, S. L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. Wiley, New York 1971, 299-344.
- VAN QUEKELBERGHE, R.: Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologische Grundlegung psychologischer Therapien. Urban & Schwarzenberg, München 1979.
- VOGLER, R. E. & REVENSTORF, D. (Eds.): Alkoholmißbrauch. Sozial-psychologische und lerntheoretische Ansätze. Urban & Schwarzenberg, München 1978.
- WALTON, D. E.: An exploratory study: Personality factors and theoretical orientations of therapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 15: 390-395 (1978).
- WANBERG, K. W. & HORN, J. L.: Alcoholism symptom patterns of men and women. A comparative study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 31: 40-61 (1970).
- WANBERG, K. W., HORN, J. L. & FOSTER, F. M.: A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol* 38: 512-543 (1977).
- WATZL, H.: Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren* 25: 37-38 (1979).
- WILLEMS, P. J. A., LETEMENDIA, F. J. J. & ARROYAVE, F.: A categorization for the assessment of prognosis and outcome in the treatment of alcoholism. *British Journal of Psychiatry* 122: 649-654 (1973).
- WINDISCHMANN, H.: Der Wandel in der Einstellung des Alkoholkranken - dargelegt am phasenhaften Verlauf der Behandlung. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 28: 595-600 (1976).
- ZIELKE, M.: Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart 1979.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Joachim Funke, cand. psych. Wilma Keller,
Dipl.-Psych. Michael Klein, Prof. Dr. Reinhold Scheller,
Fachbereich I - Psychologie - der Universität Trier,
Schneidershof, 5500 Trier