

Konsum-Monitoring : theoretische Überlegungen und empirische Befunde

Autor(en): **Rösner, Susanne / Keller, Anne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **41 (2015)**

Heft 4

PDF erstellt am: **05.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800807>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Konsum-Monitoring: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde

Konsumkontrollen werden in den meisten Alkoholfachkliniken als evaluative Massnahme genutzt, darüber hinaus auch mit dem Ziel, die Abstinenzverpflichtung der PatientInnen zu steigern. Ob eine solche Einflussnahme tatsächlich stattfindet, ist bislang weitgehend ungeklärt. Anzustreben ist eine kritisch reflektierte und rational begründete Vorgehensweise, die sich hohen ethischen Standards verpflichtet und im Sinne eines unterstützenden Monitorings zur Sicherung des konsumfreien Raums eines stationären abstinenzenorientierten Settings beiträgt.

Susanne Rösner

Dr. hum. biol., Leitung Forschung, Forel Klinik, Islikonerstr. 5, CH-8548 Ellikon a.d. Thur, Tel. +41 (0)52 369 1111, susanne.roesner@forel-klinik.ch, www.forel-klinik.ch

Anne Keller

Dr. med., Chefarztin, Forel Klinik, Islikonerstr. 5, CH-8548 Ellikon a.d. Thur, Tel. +41 (0)52 369 1111, anne.keller@forel-klinik.ch, www.forel-klinik.ch

Stichwörter:

Konsumkontrolle | Konsum-Monitoring | Autonomie | Ethik | stationäre Therapie |

Hintergrund

Auch wenn dazu keine konkreten Zahlen vorliegen, ist davon auszugehen, dass die meisten Alkoholfachkliniken in mehr oder weniger regelmässigen Abständen Konsumkontrollen während der Entwöhnungsbehandlung durchführen.¹ Atemluft-, Urin-, Blut- und in seltenen Fällen auch Speicheltests werden in abstinenzenorientierten stationären Einrichtungen als evaluative Massnahme genutzt, darüber hinaus auch mit dem nicht immer explizit benannten Ziel, die Abstinenzverpflichtung der PatientInnen zu steigern und Konsumereignissen vorzubeugen. Oftmals finden Konsumkontrollen nach sogenannten «Realitätswochenenden» statt, nachdem die Abstinenz ausserhalb des stationären Settings erprobt werden konnte, mitunter werden Kontrollen auch bei «Konsumverdacht» oder nach dem Zufallsprinzip angeordnet. Alkoholfachkliniken unterscheiden sich sowohl in der Methodik, Häufigkeit und Vorhersagbarkeit durchgeführter Kontrollen als auch in den Bewertungs- und Handlungsimplicationen der Ergebnisse. Welche der Vorgehensweisen überlegen ist, erscheint ebenso wenig geklärt wie die grundsätzliche Frage, ob Kontrollen das Konsumverhalten der PatientInnen während und nach der Therapie beeinflussen und wenn ja, in welche Richtung die Einflussnahme geht. So werden über die evaluative Funktion hinausgehende Effekte von Konsumkontrollen – ob nun positiver oder negativer Art – kaum in der Fachöffentlichkeit diskutiert und mit wenigen Ausnahmen, wie der von Harald Klingemann initiierten Schweizer Studie «Wie nass sind Alkoholfachkliniken?» nicht empirisch untersucht.² Auch in den Behandlungsleitlinien zur Alkoholentwöhnung werden Konsumkontrollen, wenn überhaupt, nur am Rande erwähnt. Dabei werden mitunter konträre Empfehlungen ausgesprochen. In der Leitlinie zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit des britischen

National Institute of Health and Care Excellence³ wird davon abgeraten, Atemluftkontrollen als Routine-Massnahme in die Alkoholentwöhnung zu implementieren, die American Society of Addiction Medicine und die Substance Abuse and Mental Health Services Administration⁴ gehen von abstinenzenunterstützenden Effekten aus und empfehlen ein regelmässiges Konsum-Monitoring während der Entwöhnungsbehandlung.

Die zurückhaltende Diskussion des Themas in der Fachöffentlichkeit, aber auch das Fehlen kontrollierter Studien überraschen vor dem Hintergrund der hohen klinischen Relevanz des Themas. Der vorliegende Beitrag diskutiert potentielle Effekte von Konsumkontrollen auf der Grundlage theoretischer Annahmen und empirischer Befunde und nutzt diese für von Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis.

Theoretischer Überblick zu den Effekten von Konsumkontrollen

Wie sich Konsumkontrollen auf den tatsächlichen Alkoholkonsum während und nach der Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger PatientInnen auswirken, ist bislang nicht durch kontrollierte Studien untersucht. Im Folgenden werden potentielle Effekte unter Verweis auf psychologische Theorien und Ergebnisse aus anderen Anwendungsbereichen diskutiert.

Verstärkungsprozesse

Da die Ergebnisse von Konsumkontrollen mit bestimmten Ergebnisfolgen bzw. -konsequenzen assoziiert sind, dürften ähnlich wie beim Kontingenzmanagement^{5,6} Mechanismen der operanten Konditionierung⁷ greifen. Allerdings werden dabei im Gegensatz zum Kontingenzmanagement keine materiellen Verstärker⁸ wirksam, vielmehr basiert der vermeintliche Verstärkungswert von Konsumkontrollen auf informativer Verstärkung bzw. der «Sichtbarmachung» der Konsumfreiheit der PatientInnen. Der bis dahin nur den PatientInnen gewisse Erfolg der Therapie wird durch das Ergebnis der Konsumkontrolle objektiv belegt; die subjektive Realität wird gewissermassen in eine «objektive» überführt. Der meist nicht hinterfragte Nachweis von Abstinenz kann – so die American Society of Addiction Medicine – auf diese Weise den Vertrauensaufbau im sozialen Umfeld zusätzlich unterstützen.⁹ Umgekehrt können negative Konsequenzen und Sanktionen eines Konsums



vermeidendes Verhalten fördern, welches auch die Umgehung der Konsumkontrollen oder einen Abbruch der Entwöhnungsbehandlung beinhalten kann.

Korrumpierung intrinsischer Motivation

Konsumkontrollen sind potentiell mit dem Risikoder Korrumpierung intrinsischer Anteile der Abstinenz- und Behandlungsmotivation assoziiert. Der seit den 1970er Jahren intensiv erforschte Korrumpierungs- bzw. Überveranlassungseffekt besagt, dass sich die intrinsische Motivation und die Auftretenswahrscheinlichkeit eines ursprünglich freiwillig gezeigten Verhaltens reduziert, wenn zusätzlich ein extrinsischer Anreiz präsentiert oder das intrinsisch motivierte Verhalten mit einer externen Verhaltenskontrolle belegt wird.¹⁰ Intrinsische Motivation ist stark mit Anteilen des Selbst assoziiert, in Bezug auf Alkoholabhängigkeit könnte dies z.B. die Stärkung selbstkontrollierter und unabhängiger Anteile des Selbst sein.¹¹ Konsumkontrollen als externe Form der Verhaltenskontrolle könnten damit theoretisch die intrinsische Motivation zur Abstinenz korrumpieren. Bei Wegfallen der Kontrollen nach Therapie wäre unter Annahme eines Korrumpierungseffekts theoretisch mit einer Reduktion der intrinsischen Motivation und einer Abnahme abstinenter Verhaltens zu rechnen. Entsprechend der Selbstbestimmungstheorie der Motivation¹² ist das Auftreten von Korrumpierungseffekten jedoch davon abhängig, wie stark eine Person extrinsische Anreize bzw. eine externe Verhaltenskontrolle als Beschränkung der Autonomie und Selbstbestimmung wahrnimmt.

Therapeutische Reflexion und Beziehung

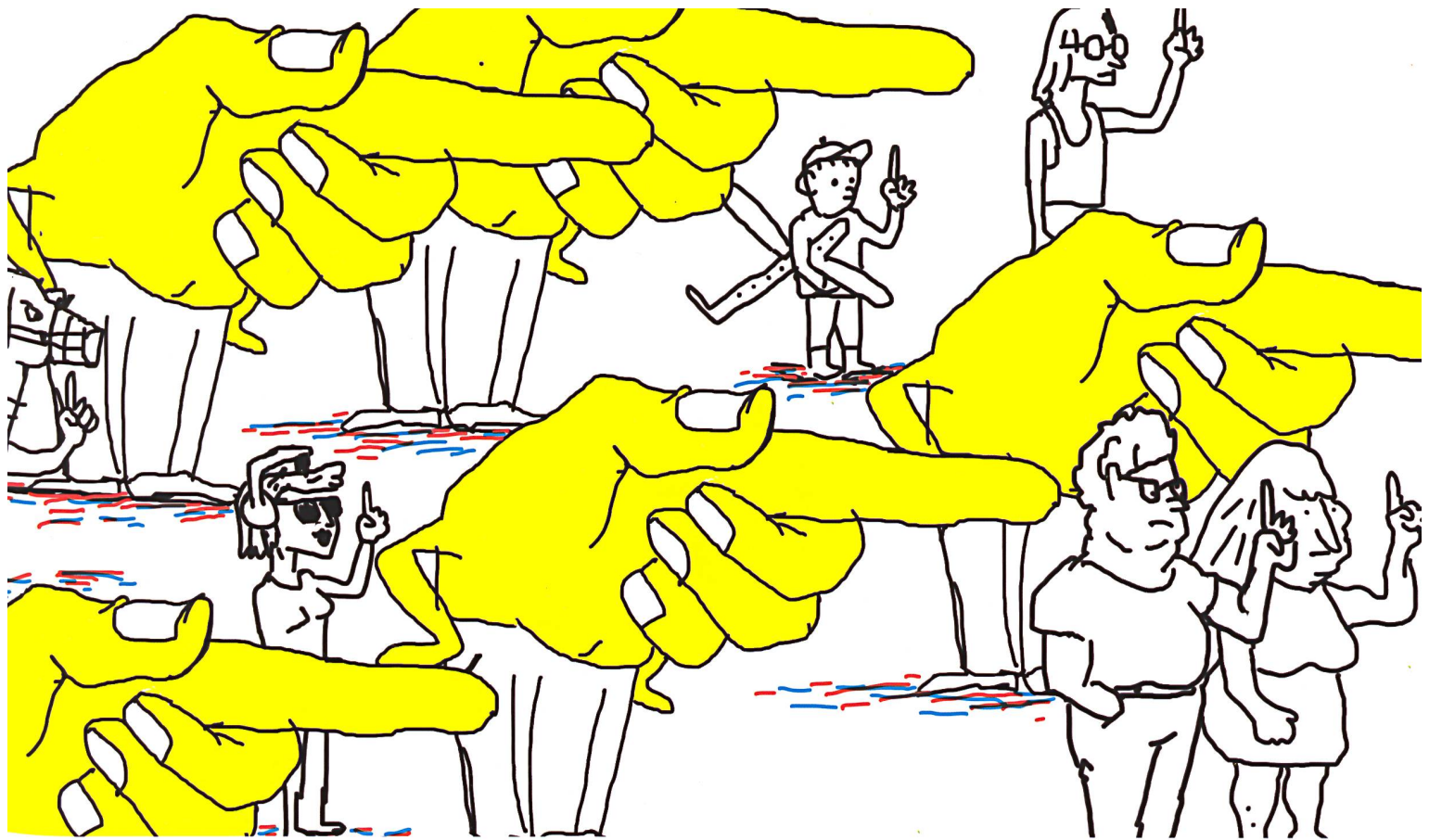
Ein zentraler Vorteil der Konsumkontrollen liegt zudem in der Reflexion und Thematisierung ansonsten «unentdeckter» Konsumereignisse. So können Risikosituationen im therapeutischen Gespräch weiter konkretisiert und risikobezogene Strategien entwickelt werden, wodurch die Chance, weiteren Konsumereignissen vorzubeugen, zusätzlich erhöht wird. Auch dürfte die dabei gemachte Erfahrung eines sanktionsfreien Umgangs mit Konsumereignissen dazu beitragen, Schuldgefühle der PatientInnen abzubauen und den offenen Umgang mit dem Thema zu fördern. Zudem erhöhen valide Informationen zum Alkoholkonsum der PatientInnen die Verordnungssicherheit

durch Berücksichtigung von Alkohol-Arzneimittel-Interaktionen.¹³

Auch wenn therapeutische Beziehungen Konflikte standhalten sollen und diese letztendlich auch zur Stabilisierung der Allianz zwischen KlientIn und TherapeutIn beitragen, können Konsumkontrollen das Therapiebündnis mitunter auch belasten. Die therapeutische Beziehung wurde als wichtigster «innertherapeutischer» Wirkfaktor der Psychotherapie identifiziert, die Beziehungsqualität hat sich auch in der Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger PatientInnen als einer der wesentlichen Ergebnisprädiktoren erwiesen. Wie Ergebnisse aus der Organisationspsychologie zeigen, besteht oftmals ein umgekehrter Zusammenhang zwischen interpersonalem Vertrauen und Kontrolle. So besteht eine Art impliziter Vertrauensvertrag zwischen PartnerInnen, der auf einem gegenseigen Vertrauensvorschuss basiert. Wenn einE PartnerIn das Handeln der/des anderen kontrolliert, reagiert dieseR ebenfalls mit dem Entzug von Vertrauen. Zudem können Kontrollen dazu motivieren, Strategien zu deren Umgehung zu entwickeln. Sind entsprechende Befunde auf den klinischen Bereich bzw. die TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung generalisierbar, können Konsumkontrollen nicht nur die Vertrauensbeziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn belasten, sondern darüber hinaus in eine Spirale von Kontrolle, Umgehung der Kontrollen und eine Zunahme der Kontrolltätigkeit münden, die im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung mit einer Abnahme der Selbstverantwortung und -kontrolle der PatientInnen assoziiert ist.

Abstinenzverpflichtung

Die Fokussierung der Abstinenz als Behandlungsziel und die Abstinenzverpflichtung sind oftmals Teil der Behandlungsvereinbarung. Durch Konsumkontrollen bekräftigt die Behandlungsinstitution die Verbindlichkeit der Abstinenzforderung, was potentiell den Grad der persönlichen Abstinenzverpflichtung der PatientInnen erhöht.¹⁴ Der Zusammenhang zwischen Abstinenzparadigma und PatientInnenverhalten wurde bislang vor allem in der Entwöhnungstherapie bei illegalem Substanzkonsum untersucht. Dort scheint eine allzu rigide Vertretung der Abstinenzforderung positiv mit einem vorzeitigen Behandlungsabbruch assoziiert zu sein.¹⁵ Aus der Studie von Klingemann¹⁶ gibt es jedoch auch Hinweise darauf, dass alkoholabhängige PatientInnen die Definition klarer und nachvollziehbarer Regeln und



die konsequente Umsetzung der Abstinenzforderung oftmals positiv und als therapeutisch unterstützend wahrnehmen.

Geht man von abstinenzunterstützenden Effekten der Konsumkontrollen auf der Ebene der einzelnen PatientInnen aus, ist neben dem individuellen Effekt auch von einer «kollektiven Schutzwirkung» auszugehen. So profitiert nicht nur der in seiner Abstinenzabsicht gestützte Patient vom geschützten Rahmen des stationären Settings bzw. der dort eingeschränkten Alkoholverfügbarkeit im stationären Setting und der damit assoziierten Einschränkung von «Versuchungen», sondern letztendlich das gesamte PatientInnenkollektiv.

Ergebnisse empirischer Untersuchungen

Empirische Untersuchungen zum Thema «Konsumkontrollen» beziehen sich bislang überwiegend auf methodische Aspekte wie die Bewertung der Sensitivität und Spezifität von Testverfahren oder die Festlegung von Grenzwerten des Substanznachweises im Rahmen forensisch-psychiatrischer Massnahmen. Darüber hinaus liegen vereinzelt Studien vor, welche Organisationsmerkmale mit PatientInnenvariablen in Beziehung setzen. Ein wichtiger Aspekt scheint in diesem Zusammenhang die Rigidität einer Behandlungsinstitution in Bezug auf die Behandlungsziele zu sein. So gibt es Hinweise, dass stark sanktionierende Therapieeinrichtungen für opioid-abhängige PatientInnen mit höheren Abbruchraten rechnen müssen, als Institutionen, die sich flexibler im Umgang mit Konsumereignissen zeigen.¹⁷ Zudem scheint eine hohe Übereinstimmung innerhalb der TherapeutInnenschaft sowie zwischen PatientInnen und TherapeutInnen positiv mit der Beteiligung und dem Engagement der PatientInnen in der Behandlung korreliert zu sein.¹⁸

In der Studie «Wie nass sind Alkoholfachkliniken» wurden 2012 in den beiden Alkoholfachkliniken der Schweiz, Forel Klinik (Ellikon, ZH) und Klinik Südhang (Kirchlindach, BE), PatientInnen und TherapeutInnen zu Therapiezielen, Konsumereignissen und -kontrollen während der Therapie befragt.¹⁹ Mittels qualitativer Interviews wurden sowohl die PatientInnen- als auch die Behandlerperspektive exploriert und vergleichend gegenübergestellt. Insgesamt äussert der überwiegende Teil der PatientInnen positive Einstellungen gegenüber Kontrollen und assoziiert diese mit Begriffen wie Schutz, Unterstützung, Sicherheit und Entlastung. Dabei konnte kein Zusam-

menhang zwischen der Bewertung von Kontrollen und der Anzahl «aufgedeckter» Konsumvorfälle nachgewiesen werden. Auch TherapeutInnen bewerten Kontrollen mitunter als wichtiges Hilfsmittel bei der Umsetzung therapeutischer Ziele, sprechen sich aber häufiger als PatientInnen gegen routinemässige Kontrollen aus und würden gerne mehr auf die Eigenverantwortung der PatientInnen setzen. Eine post-hoc Analyse zeigt zudem, dass insbesondere PatientInnen mit interner Kontrollüberzeugung²⁰ von den Kontrollen profitieren.²¹

Schlussfolgerungen

Image und PatientInnenzufriedenheit

Dem Thema «Konsumkontrollen» kommt in der Alkoholentwöhnung in mehrfacher Hinsicht zentrale Bedeutung zu. So ist davon auszugehen, dass Konsumkontrollen, deren Stellenwert im Klinikalltag und deren Durchführung und Bewertungen entscheidend zur «Imagebildung» einer Behandlungsinstitution beitragen. Zu nennen ist hier das Image der «trockenen versus nassen» und der «rigide kontrollierenden versus flexiblen» Behandlungsinstitution. Und unabhängig davon, ob Konsumkontrollen von den PatientInnen als therapie- und abstinenzunterstützende Massnahme oder als unangemessene Form der Fremdkontrolle wahrgenommen werden, dürften diese die PatientInnenzufriedenheit erheblich beeinflussen. Tatsächlich finden Konsumkontrollen nicht im wertfreien Raum statt, sondern sind vielmehr Indikatoren des zugrundeliegenden Krankheitsverständnisses und PatientInnenbildes einer Behandlungsinstitution. Aber auch die grundsätzlichen Haltungen und Einstellungen der behandelnden ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegekräfte werden durch deren Positionsbezug zu dem Thema sichtbar, was erklärt, weshalb das Für und Wider von Konsumkontrollen so emotional und kontrovers wie kaum ein anderes Thema diskutiert wird.

Monitoring statt Kontrolle

Auch wenn sich aus der begrenzten empirischen Befundlage zu dem Thema nur eingeschränkt Handlungsempfehlungen ableiten lassen, ergeben sich eine Reihe von Schlussfolgerungen. Bereits eine Veränderung der Begrifflichkeiten kann dazu beitragen, negativen Assoziationen vorzubeugen und die unterstützende Funktion der

Kontrollen stärker in den Vordergrund zu stellen. So empfiehlt die American Society of Addiction Medicine auf die Verwendung des Begriffs «Konsumkontrolle» zu verzichten und stattdessen vom «Konsum-Monitoring» zu sprechen.²² Zwar bringt eine Modifikation der Benennung nicht zwingend eine Veränderung der Sichtweisen mit sich, jedoch spiegelt diese die zugrundeliegende Haltung der Behandlungsinstitution als Gesamtheit wider. Aus lerntheoretischer Sicht können die Sicherstellung der zeitlichen Kontingenz bzw. Nähe zwischen Konsumereignis und Ergebnisrückmeldung sowie eine Formalisierung der Dokumentation zur Optimierung verstärkender Effekte eines Konsum-Monitorings beitragen.

Vermeidung von Korrumpierungseffekten

Die Wahrung der Privatsphäre bei der Durchführung des Monitorings und der Rückmeldung von Ergebnissen ist aus ethischer Sicht unabdingbar und trägt dazu bei, Befürchtungen der PatientInnen vor Sanktionierung und sozialer Diskriminierung zu reduzieren. Korrumpierungseffekte der intrinsischen Motivation können vermieden werden, wenn sich PatientInnen aktiv für oder gegen eine Teilnahme am kontinuierlichen Monitoring entscheiden können. Der Einwand, es würden sich vorzugsweise diejenigen PatientInnen für ein Monitoring aussprechen, die ohnehin abstinenzmotiviert sind, wird durch die Literatur nicht gestützt.²³ Vor Einführung einer entsprechenden Entscheidungsoption ist jedoch deren Vereinbarkeit mit den Behandlungskonzepten einer Institution und dem Stellenwert und der Ausrichtung gruppentherapeutischer Angebote zu prüfen.

PatientInnenaufklärung

Unabhängig von der Partizipation der PatientInnen am Entscheidungsprozess ist deren Aufklärung vor Beginn der Behandlung und das Einholen ihres informierten Einverständnisses unabdingbar. «Überkontrollen» können durch eine Individualisierung des Monitorings bzw. die Anpassung der Monitoring-Frequenz an die Ergebnisse und den Verlauf der Therapie vorgebeugt werden.²⁴ Trotz Individualisierung ist es wichtig, den konsumfreien Raum innerhalb der Klinik zu wahren, entsprechende Vorgaben und Sanktionen (z.B. bei Alkohol- und Drogenkonsum auf dem Klinikareal) sollten als Teil des Behandlungsvertrags bei Behandlungsbeginn explizit benannt werden. Auf diese Weise kann sowohl der kollektive als auch der individuelle Nutzen abstinenzunterstützender Massnahmen sichergestellt werden.

Implikationen für Forschung und Praxis

Die eingangs genannte Frage nach der abstinenzunterstützenden Wirkung von Konsumkontrollen kann letztendlich nur durch weitere Forschung beantwortet werden. Kausale Schlussfolgerungen zur Wirkung von Konsumkontrollen sind nur aus randomisierten kontrollierten Studien ableitbar, welche die mittel- und längerfristigen Effekte niedrig- und hochfrequenter Monitoring-Massnahmen unter Erfassung motivationaler Prozesse (z.B. Korrumpierungseffekte) vergleichen. Bis dahin kann die offene Diskussion des Themas unter Berücksichtigung des theoretischen und empirischen Bezugsrahmens zur weiteren kritischen Reflexion beitragen. Wichtig erscheint eine rational begründete Vorgehensweise, die verhindert, dass eine mit dem Ziel der Abstinenzunterstützung geplante Massnahme in eine rigide und Abwehr erzeugende Kontrolle umschlägt oder umgekehrt ein zu nachgiebiger Umgang mit Konsumereignissen den konsumfreien Raum eines stationären Settings gefährdet. ●

Literatur

- ASAM – American Society of Addiction Medicine (2010a): Public Policy Statement on Drug Testing as a Component of Addiction Treatment and Monitoring Programs and in other Clinical Settings. www.tinyurl.com/qx4jbm2, Zugriff 21.05.2015.
- ASAM – American Society of Addiction Medicine (2010b): Drug testing: A white paper of the American Society of Addiction Medicine (ASAM). <http://tinyurl.com/qcr97pk>, Zugriff 21.05.2015.
- Asay, T.P./Lambert, M.J. (1999): The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. S. 33-56 in: B.L. Hubble/B.L. Duncan/S.D.

- Miller (Hrsg.), *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Caplehorn, J.R./Lumley, T.S./Irwig, L. (1998): Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Dependence* 52(1): 57-61.
- De Charms, R. (1968): *Personal causation: the internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- Deci, E.L./Koestner, R./Ryan, R.M. (1999): A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin* 125(6): 627-668.
- Falk, A./Kosfeld, M. (2006): Distrust – The Hidden Cost of Control. *American Economic Review* 96(5): 1611-1630.
- Griefen, M./Vannicelli, M./Canning, D. (1985): Treatment contracts in long term groups with alcoholic clients. *Group* 9: 43-48.
- Higgins, S.T./Heil, S.H./Lussier, J.P. (2006): Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology* 55: 431-461.
- Ilgen, M.A./McKellar, J./Moos, R./Finney, J.W. (2006): Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse and Treatment* 31(2): 157-162.
- Klingemann, H./Schläfli, K./Eggl, P./Stutz S. (2013): Drinking episodes during abstinence-oriented inpatient treatment: dual perspectives of patients and therapists – a qualitative analysis. *Alcohol Alcohol* 48(3):322-328.
- Melnick, G./Wexler, H.K./Chaple, M./Banks, S. (2006): The contribution of consensus within staff and client groups, and concordance between staff and clients to treatment engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31(3): 277-285.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2011): Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. <http://tinyurl.com/nuf7drb>, Zugriff 21.05.2015.
- Nieder, P. (2001): Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser – Wege zu einer Vertrauenskultur. S. 179-193 in: M. Matschke/G. Sieben (Hrsg.), *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*. Nr. 2/2001. Berlin: Herne.
- Prendergast, M./Podus, D./Finney, J./Greenwell, L./Roll, J. (2006): Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction* 101(11): 1546-1560.
- Ryan, R.M./Deci, E.L. (2000): Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist* 55: 68-78.
- SAHMSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006): Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 47. DHHS Publication No. (SMA) 06-4182. Rockville.
- Soravia, L./Schläfli, K./Stutz, S./Rösner, S./Moggi, F. (2015): The interaction of external and internal control on alcohol use during residential treatment for alcohol use disorder. Submitted to *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.
- Souter, S. (1997): Intrinsic and extrinsic sources of motivation for change in drinking behaviour: Development and validation of the reasons for change in drinking (RCD) scale. Thesis: York University.

Endnoten

- 1 Vgl. ASAM 2010a, SAHMSA 2006.
- 2 Vgl. Klingemann et al. 2013.
- 3 Vgl. NICE 2011.
- 4 Vgl. SAHMSA 2006.
- 5 Kontingenzmanagement ist eine Methode, die Verstärker einsetzt, um erwünschte Verhaltensweisen zu fördern und zu verstärken.
- 6 Vgl. Higgins et al. 2006; Prendergast et al. 2006.
- 7 Operante Konditionierung ist eine Form des Lernens, bei der ein Verhalten dadurch häufiger wird, dass ihm ein Verstärker folgt, oder seltener wird, weil eine Bestrafung erfolgt.
- 8 Materielle Verstärker sind definiert als «handfeste, greifbare Zuwendungen».
- 9 Vgl. ASAM 2010a.
- 10 Vgl. De Charms 1968; Deci et al. 1999.
- 11 Vgl. Souter 1997.
- 12 Vgl. Ryan/Deci 2000.
- 13 Vgl. ASAM 2010b.
- 14 Vgl. Griefen et al. 1985.
- 15 Vgl. Caplehorn et al. 1998.
- 16 Vgl. Klingemann et al. 2013.
- 17 Vgl. Caplehorn 1998.
- 18 Vgl. Melnick et al. 2006.
- 19 Vgl. Klingemann et al. 2013.
- 20 Eine interne Kontrollüberzeugung liegt dann vor, wenn ein Individuum ein positives oder negatives Ereignis überwiegend als Konsequenz des eigenen Verhaltens bewertet.
- 21 Vgl. Soravia et al. 2015.
- 22 Vgl. ASAM 2010a.
- 23 Vgl. Klingemann et al. 2013.
- 24 Vgl. ASAM 2010b.

