

Konsumereignisse während der stationären Alkoholentwöhnung

Autor(en): **Rösner, Susanne / Senn, Smeralda / Englbrecht, Christian**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 1

PDF erstellt am: **16.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800328>

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.

Konsumereignisse während der stationären Alkoholentwöhnung

Konsumereignisse sind auch im Rahmen der abstinenorientierten stationären Entwöhnung vergleichsweise häufige Ereignisse, die zu den stärksten Prädiktoren des Alkoholkonsums nach Therapie gehören. Die im Artikel dargestellten Daten verdeutlichen, dass Verstöße gegen den Abstinenzvorsatz meist auf einzelne Konsumereignisse begrenzt bleiben und im weiteren Verlauf der Therapie mit dem Ziel einer Abstinenzstabilisierung vereinbar sind.

Susanne Rösner

Dr. hum. biol., Leitung Forschung, Forel Klinik, Islikonerstr. 5, CH-8548 Ellikon a.d. Thur, Tel. +41 (0)52 369 11 11, susanne.roesner@forel-klinik.ch, www.forel-klinik.ch

Smeralda Senn

MSc, Mitarbeit Diagnostik und Evaluation, Forel Klinik, smeralda.senn@forel-klinik.ch

Christian Englbrecht

Dipl.-Biol, MSc, Mitarbeit Forschung, Forel Klinik, christian.englbrecht@forel-klinik.ch

Schlagwörter: Alkoholabhängigkeit | Rückfall | stationäre Therapie | Forschung |

Hintergrund

Auch wenn die Reduktion des Alkoholkonsums zunehmend als mögliches Ziel einer Alkoholentwöhnung akzeptiert wird,¹ gilt Abstinenz – bei erfolgreicher Umsetzung – als das mit dem höchsten Nutzen für den/die Patienten/-in assoziierte Behandlungsziel² und die primäre Zielsetzung postakuter Interventionen bei Alkoholabhängigkeit.³ Trotz der nachweislichen Behandlungserfolge psychosozialer Interventionen kehrt ein nicht unerheblicher Teil der PatientInnen nach der Entwöhnungstherapie mittel- oder längerfristig zu seinen bzw. ihren ursprünglichen Konsummustern zurück⁴. Oftmals finden Konsumereignisse⁵ bereits während der abstinenorientierten Behandlung statt. Im Monitoring-Netzwerk act-info⁶ wird bei jedem/-r dritten Patienten/-in in stationärer Entwöhnungsbehandlung mindestens ein Konsumereignis dokumentiert,⁷ eine Exploration mittels halbstrukturierter Interviews findet Hinweise auf Konsumraten über 40%.⁸

Es gibt Hinweise, dass Konsumereignisse während der Entwöhnungsbehandlung zu den stärksten Prädiktoren des Alkoholkonsums nach Therapiebeendigung gehören.⁹ So setzt sich das während der stationären Entwöhnung gezeigte Abstinenz- bzw. Konsumverhalten der PatientInnen im Anschluss an die Behandlung in ähnlicher Weise fort, d.h. eine gelungene Abstinenzstabilisierung während der Behandlung erleichtert die langfristige Aufrechterhaltung abstinenten Verhaltens, Konsumereignisse während der Behandlung erhöhen das Risiko von Abstinenzverstößen nach Austritt aus dem stationären Setting. Der Zusammenhang ist einerseits durch die eng mit dem Abstinenzverhalten assoziierte Selbstwirksamkeitserwartung der Patientin oder des Patienten vermittelt, darüber hinaus hat aber das Konsumverhalten selbst erklärenden Wert.¹⁰ Dabei dürften neben neurobiologischen Veränderungen

und Lösungsprozessen¹¹ bei mittelfristiger Abstinenz auch psychologische Prozesse eine Rolle spielen, wie z.B. die vom Patienten, von der Patientin gemachte Erfahrung, dass abstinentes Verhalten möglich und mit positiven psychischen, sozialen und gesundheitlichen Veränderungen assoziiert ist.

Während Konsumereignisse alkoholabhängiger PatientInnen nach Abschluss der Alkoholentwöhnung Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen sind,¹² ist deren Auftreten während der Entwöhnungsbehandlung kaum untersucht. Mit dem Ziel, mehr über die Umstände und Merkmale von Konsumereignissen während der Alkoholentwöhnung zu erfahren, wurden in der Forel Klinik im Rahmen der Routinedokumentationen gesammelte Daten extrahiert und ausgewertet.¹³ Im Folgenden werden nach einer kurzen Darstellung von Methodik und Stichprobe ausgewählte Ergebnisse zum Konsum während der Therapie diskutiert.

Methodik und Stichprobe

In die Auswertungen einbezogen wurden alle PatientInnen der stationären Entwöhnungsbehandlung, welche die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 erfüllen und zwischen 01/08/2014 bis 31/08/2015 aus der Forel Klinik ausgetreten sind. Die Daten wurden im Rahmen der Routinedokumentationen im Klinikinformationssystem (KIS) erfasst und für die Analysen extrahiert. Die Klassifikation von Konsumereignissen basiert auf Selbstauskunft der PatientInnen, Fremdauskunft von Angehörigen und MitpatientInnen sowie auf den Ergebnissen von Urin- und Atemluftanalysen. Letztere werden in der Forel Klinik regelmässig im Anschluss an die «Belastungserprobung» am Wochenende, darüber hinaus unregelmässig und unangekündigt während der Behandlungswoche durchgeführt. Die Messung von Ethylglucuronid im Urin hat gegenüber Atemluftkontrollen den Vorteil einer hohen Nachweisdauer,¹⁴ während Atemluftkontrollen nur ein vergleichsweise geringes Zeitfenster abdecken, dafür mit geringeren Kosten und geringerem personellen Aufwand verbunden und bzgl. Manipulierbarkeit und Proben-gewinnung weniger problematisch sind. Das unentschuldigte Nicht-Erscheinen zur Konsumkontrolle wird in der Forel Klinik grundsätzlich als Nachweis eines Konsumereignisses gewertet. Der Nachweis eines oder mehrerer Konsumereignisse während der Entwöhnungsbehandlung führt nicht zum Abbruch der The-

rapie seitens der Behandelnden, es sei denn, der Konsum hat in der Klinik bzw. auf dem Klinikgelände stattgefunden.

Die Analysestichprobe umfasst 402 PatientInnen, das mittlere Alter liegt bei 46.9 Jahren, etwas mehr als zwei Drittel der PatientInnen (68.9%) sind männlichen Geschlechts, 38.6% sind in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig. Einschliesslich des aktuellen Aufenthalts waren die PatientInnen durchschnittlich 2.4 Mal aufgrund ihrer Alkoholprobleme in stationärer Behandlung. Mit einer durchschnittlichen Dauer des problematischen Alkoholkonsums von 16.3 Jahren, einer durchschnittlichen Konsummenge vor Entzug von 190 Gramm reinen Alkohol pro Tag und 5.3 von 6 durchschnittlich erfüllter ICD-10 Kriterien einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 1) stimmen Indikatoren des Schweregrads weitgehend mit denen anderer Behandlungsstichproben alkoholabhängiger PatientInnen im deutschen Sprachraum überein.¹⁵

	N	M	SD
Alter	399	46.9	11.3
Dauer probl. Konsum (in Jahren)	342	16.3	10.7
Konsum. Menge (in Gramm)	286	190.22	106.4
Anzahl bish. Behandlungen	392	2.4	2.7
Anzahl ICD-Kriterien	396	5.3	1.0

M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung (Streuungsmaß); N: Stichprobengrösse; diese variiert in Abhängigkeit von der Anzahl vorhandener bzw. fehlender Variablenwerte.

Tab. 1: **Merkmale der Analysestichprobe.**

In die Auswertung der Konsumereignisse wurden 429 Behandlungsfälle einbezogen, die von 402 PatientInnen (davon n = 25 mit zwei-, n = 2 mit dreimaligem Eintritt) stammen.

Die mittlere Dauer der Entwöhnungsbehandlung beträgt 10 Wochen (M = 10.1; SD = 6.1). Während dieser Zeit wurden pro Behandlungsfall im Mittel 15 Atemluftkontrollen (M = 15.2; SD = 12.3) und zwei Urinkontrollen (M = 2.2; SD = 1.8) durchgeführt.

Ergebnisse der Auswertungen

Wann finden Konsumereignisse statt?

Bei knapp einem Drittel (n = 134; 31.2%) der 429 Behandlungsfälle haben sich aus Selbst- und Fremdauskünften sowie den Ergebnissen von Atemluft- und Urinkontrollen Hinweise auf mind. ein Konsumereignis während des stationären Aufenthalts ergeben. Bei der Hälfte der Fälle (50.7%) ist es bei einem einmaligen Abstinenzverstoss geblieben, bei einem weiteren Viertel (23.9%) bei zwei Konsumereignissen, bei den restlichen 25.4% wurden zwischen drei und sieben Ereignisse dokumentiert.

Die mittlere Dauer bis zum ersten Alkoholkonsum beträgt im Durchschnitt 41.6 Tage (SD = 31.6; n = 133), eine Analyse der Zeitintervalle bei mehrfach konsumierenden PatientInnen macht deutlich, dass anschliessende Konsumereignisse in geringerem zeitlichen Abstand folgen (vgl. Tabelle 2).

Zeitdauer (in Tagen) bis	N	M	SD
KE 1	34*	39.5	27.3
KE 2	34	62.1	32.9
KE 3	33	73.3	31.5

KE: Konsumereignis; M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; *PatientInnensubgruppe mit mind. zwei Konsumereignissen.

Tab. 2: **Mittlere Zeitdauer zu Konsumereignissen.**

Was sind die Umstände von Konsumereignissen?

Konsumereignisse treten überwiegend (74%) während der «Belastungsproben» an den Wochenenden auf, welche die Pa-

tientInnen meist ab der dritten Behandlungswoche zu Hause bzw. in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung verbringen. Während dieser Belastungsproben führen am häufigsten Konflikte im nahen sozialen Umfeld (Partner, Familie) dazu, dass Alkohol konsumiert wird (vgl. Tabelle 3). Neben emotionalen Belastungen wie Angst und Depression können aber auch positive Emotionen zum Auslöser eines Trinkereignisses werden, darüber hinaus stellen Feierlichkeiten, die Rückkehr in die gewohnte Trinkumgebung und die Animation zum Alkoholkonsum durch Dritte Risikofaktoren für einen Konsum dar. Betrachtet man nur die Konsumereignisse, die ausserhalb der Belastungsproben stattfinden, sind ähnliche Faktoren von Bedeutung, jedoch wird ein Alkoholkonsum während der Behandlungswoche auch auf Konflikte mit MitpatientInnen und dem Klinikpersonal zurückgeführt.

Konsumgründe (klassifiziert)	N	%
Konflikt mit Partner oder Familie	21	17.4
Negatives Alltagserlebnis	18	14.9
Ängste, innere Unruhe	16	13.2
Depressive Stimmung, Trauer, Einsamkeit	16	13.2
Konsumaufforderung	11	9.1
Feierlichkeit	10	8.3
Gewohnte Trinkumgebung	7	5.8
Positive Stimmung	7	5.8
Warten (Transportmittel, Verabredung)	6	5
Craving	5	4.1
Konflikt in Klinik	2	1.7
Versuch, kontrolliert zu trinken	2	1.7
Total	121	100

Tab. 3: **Konsumgründe während der Belastungsproben.**

Wer «meldet» Konsumereignisse?

Zwei Drittel (66.7%) der Konsumereignisse werden unaufgefordert durch Selbstauskunft deklariert, Atemluft- und Urinkontrollen decken mit 21.2% nur einen relativ kleinen Teil der bekanntgewordenen Konsumereignisse auf, dazu wurden auch diejenigen Fälle gezählt, bei denen PatientInnen nach Ankündigung einer Atemluft- oder Urinkontrolle ein Konsumereignis deklarierten (4.1%). «Fremdauskunft», d. h. Hinweise auf Konsumereignisse durch Dritte (MitpatientInnen, Familienmitglieder) spielt mit 12.1% eine untergeordnete Rolle in der Aufdeckung von Konsumereignissen.

Interpretation der Befundlage

Behandlungsziel «Abstinenzstabilisierung»

JedeR dritte PatientIn konsumiert während der abstinenzorientierten stationären Behandlung Alkohol. Dabei finden Konsumereignisse vor allem während der «Belastungsproben» statt, d. h. dann, wenn die PatientInnen das stationäre Setting verlassen und am Wochenende Alkoholabstinenz unter Alltagsbedingungen zu Hause bzw. in der gewohnten Umgebung erproben. Die von den PatientInnen beschriebenen Auslöser – soziale Konflikte, emotionale Belastungen, aber auch positive Emotionen sowie die Rückkehr in die gewohnte Trinkumgebung – stimmen weitgehend mit den in der Literatur genannten Triggern eines Rückfalls nach Entwöhnungsbehandlung überein.¹⁶ Während der Entwöhnungsbehandlung spielen darüber hinaus auch soziale Konflikte innerhalb der Klinik eine Rolle, die einen Teil der Konsumereignisse während der Behandlungswoche triggern. Bislang nicht explizit in der Literatur erwähnt sind «Wartesituationen» (z. B. bei Verspätungen oder Ausfall

öffentlicher Verkehrsmittel) als Auslöser von Konsumereignissen. Aus den spezifischen Belastungen der Wartesituation¹⁷ und der Verfügbarkeit von Alkohol im öffentlichen Raum scheint sich eine besondere Risikokonstellation für Konsumereignisse alkoholabhängiger Personen zu ergeben. Auch wenn dem Auslöser «Wartesituation» mit 5% anteilmässig keine grosse Bedeutung zukommt, wird doch deutlich, wie wichtig es ist, Handlungsabläufe vorab z.B. durch sog. Wenn-dann-Pläne zu konkretisieren,¹⁸ um «Leerlauf-Phasen» der Handlungsabfolge erfolgreich zu überbrücken. Die Daten legen zudem nahe, den Zeitpunkt der Belastungsproben individuell an die abstinenzbezogene Selbstwirksamkeitserwartung der PatientInnen und ihre Abstinenzstabilität anzupassen. Äussern die PatientInnen erhebliche Zweifel, ob sie eine anstehende Belastungsprobe bestehen können oder haben sie kurz vor einer anstehenden Belastungsprobe Alkohol konsumiert, kann diese ggf. auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden. Im optimalen Fall werden Dauer, Intensität und Inhalte der Therapie flexibel an das von der Patientin, vom Patienten gezeigte Abstinenz- bzw. Konsumverhalten angepasst. Eine Regressionsanalyse mit den in der For-el Klinik gesammelten Daten zeigt, dass es neben der psychiatrischen Komorbidität der Patientin, des Patienten ($p=0.016$) vor allem die Anzahl der während der Behandlung stattfindenden Konsumereignisse ($p=0.08$) sind, durch welche die Dauer der Entwöhnungsbehandlung determiniert wird (Tabelle 4). Demnach wird umso mehr Zeit für eine Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger PatientInnen benötigt, je mehr psychische Problembereiche neben der Alkoholabhängigkeit bestehen (Komorbidität operationalisiert durch die Anzahl der Nebendiagnosen) und je häufiger PatientInnen während der Alkoholentwöhnung Alkohol konsumieren. Entscheidend ist letztendlich, dass die Abstinenz auch nach dem Auftreten von Konsumereignissen ausreichend stabilisiert werden kann.

Modell	Beta	p-Wert
(Konstante)		0.187
Alter	-0.068	0.223
Anzahl der ICD-Kriterien	0.1	0.065
Anzahl der Nebendiagnosen	0.137	0.016
Konsumereignisse	0.149	0.008
Schweregrad CGI	0.081	0.148

Ausgewählte Prädiktoren der Behandlungsdauer: Indikatoren des Schweregrads, Konsumereignisse, Nebendiagnosen nach ICD-10. CGI: Clinical Global Impression Score.

Tab. 4: **Regressionsanalyse ausgewählter Prädiktoren auf Behandlungsdauer.**

Konsumereignisse = Scheitern der abstinenzorientierten Behandlung?

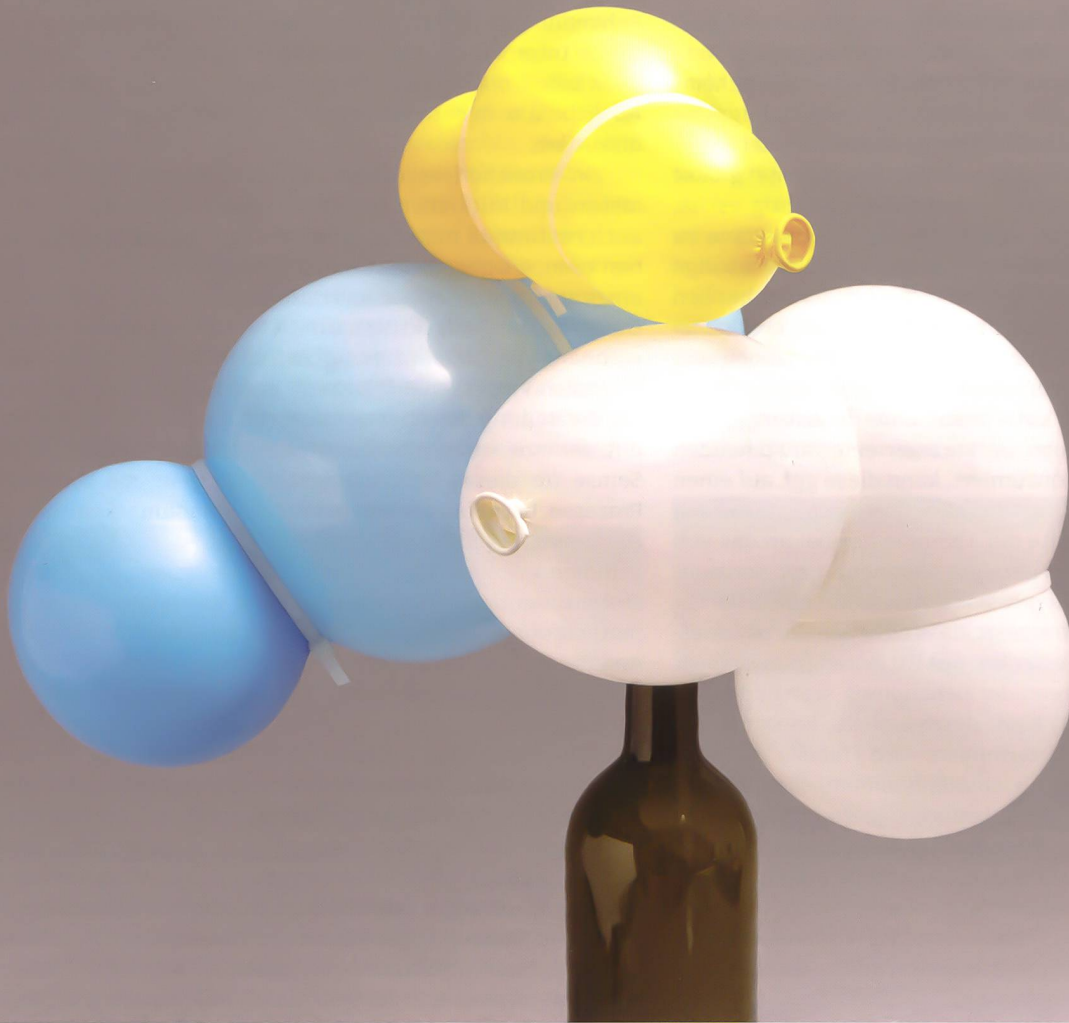
Die Daten zur Konsumhäufigkeit verdeutlichen, dass Verstösse gegen den Abstinenzvorsatz während der stationären Entwöhnung in den meisten Fällen auf einzelne Konsumereignisse begrenzt bleiben und im weiteren Verlauf der Therapie durchaus mit dem Ziel einer Abstinenzstabilisierung vereinbar sind. Abstinenzverstösse während einer abstinenzorientierten Entwöhnung sollten daher nicht mit dem Scheitern der Behandlung gleichgesetzt oder gar als Grund für den Abbruch der Therapie gewertet werden. Vielmehr können Konsumereignisse als verhaltensbezogene Konsequenz neurobiologischer, kognitiver und emotionaler Symptome einer Abhängigkeitserkrankung verstanden werden. Die Wertung einer Symptomverschlechterung als Grund für einen Therapieabbruch würde in der somatischen Medizin oder anderen Bereichen der psychiatrischen

Behandlung befremdlich erscheinen. Die immer noch stattfindende Interpretation von Rückfällen als Ausdruck von Willensschwäche¹⁹ bis hin zur moralischen Verfehlung wird in dieser Ausgabe u.a. in dem Artikel von Peter Schneider und Can Ünlü diskutiert.

Ein krankheitsbezogenes Verständnis von Konsumereignissen und Rückfällen impliziert jedoch nicht, dass es nicht auch bestimmte motivationale Bedingungskonstellationen geben kann, die gegen eine Weiterführung der Therapie innerhalb eines abstinenzorientierten stationären Settings sprechen. Aus theoretischer Perspektive hilfreich erscheint in diesem Zusammenhang die Differenzierung zwischen intentionalen und volitionalen Prozessen.^{20,21} Erstere, intentionale Prozesse betreffen die Bildung der Abstinenzabsicht im Sinne des «Wollens», d.h. der inneren Verpflichtung²² zur Abstinenz und des «Bereit-Seins» für dieses Behandlungsziel. Letztere, die volitionalen Prozesse, betreffen die Kompetenz zur Handlungskontrolle bzw. zur Umsetzung der Absicht im Sinne des «Könnens». Bei mangelndem «Wollen» bzw. geringer Zielkongruenz gegenüber abstinenzorientierten Ergebnissen kann das Commitment durch motivationale Interventionen gestärkt werden und ggf. eine Anpassung des therapeutischen Settings an die Zielsetzung (z.B. ambulantes Programm zur Trinkmengenreduktion) in Erwägung gezogen werden. Betrifft das Problem dagegen nicht die Absichtsbildung, sondern die Umsetzung der Abstinenz bzw. Handlungskontrolle (im Sinne des «Wollens, aber Nicht-Könnens») ist es Aufgabe der Behandelnden, die PatientInnen im Aufbau ihrer Kontrollkompetenz zu unterstützen. So stehen der langfristigen Etablierung abstinenter Verhaltensweisen über Jahre, oft sogar Jahrzehnte, verfestigte Verhaltensmuster entgegen. Dabei gilt es, automatisierte Prozesse zu überwinden und durch abstinentes Verhalten zu ersetzen²³. Schliesslich kann oftmals nur der geschützte Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung und die über mehrere Wochen und Monate aufrechterhaltene Abstinenz Erfahrung dazu führen, dass abstinentes Verhalten mittel- und langfristig beibehalten werden kann. ●

Literatur

- Adamson, S.J./Sellman, J.D./Frampton, C.M. (2009): Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36(1):75-86. doi: 10.1016/j.jsat.2008.05.007.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2015): S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen». AWMF-Register Nr. 076-001. www.tinyurl.com/julakna, Zugriff: 05.01.2015.
- Delgrande Jordan, M. (2015): Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit – Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2014 – Deskriptive Statistik. Lausanne: Sucht Schweiz.
- DeMartini, K.S./Devine, E.G./DiClemente, C.C./Martin, D.J./Ray, L.A./O'Malley, S.S. (2014): Predictors of pretreatment commitment to abstinence: results from the COMBINE study. *J Stud Alcohol Drugs* 75(3):438-46.
- Gollwitzer, P.M./Brandstatter, V. (1997): Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology* 73: 186-199.
- Kaminer, Y./Ohanessian, C.M./McKay, J.R./Burke, R.H. (2015): The Adolescent Substance Abuse Goal Commitment (ASAGC) questionnaire: An examination of clinical utility and psychometric properties. *Journal of Substance Abuse Treatment* 61: 42-46.
- Kiefer, F./Jahn, H./Tarnaske, T./Helwig, H./Briken, P./Holzbach, R./Kämpf, P./Stracke, R./Baehr, M./Naber, D./Wiedemann, K. (2013): Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry* 60(1): 92-99.
- Klingemann, H./Rosenberg, H. (2009): Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programs. *European Addiction Research* 15: 121-127.
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Ludwig, F./Tadayon-Manssuri, E./Strik, W./Moggi, F. (2013): Self-efficacy as a predictor of outcome after residential treatment programs for alcohol dependence: simply ask the patient one question! *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 37(4): 663-667.



Maister, D. (1985): The Psychology of Waiting Lines. o. S. in: J.A. Czepiel/M.R. Solomon/C.F. Surprenant (Hrsg.), *The Service encounter: managing employee/customer interaction in service businesses*. Lexington, MA: D. C. Heath and Company, Lexington Books.

Marlatt, G.A. (1998): Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk-behaviors. New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A./Gordon, J.R. (1980): Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. S. 107-115 in: P.O. Davidson/S.M. Davidson (Hrsg.), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, G.A. (1985): Situational determinants of relapse and skill-training interventions. S. 71-127 in: G.A. Marlatt GA/J.R. Gordon (Hrsg.), *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press: 71-127.

Miller, W.R./Walters, S.T./Bennett, M.E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 62(2):211-20.

Robinson, T.E./Berridge, K.C. (1993): The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews* 18(3): 247-291.

Robinson, T.E./Berridge, K.C. (2013): Instant transformation of learned repulsion into motivational «wanting». *Current Biology* 23(4): 282-289.

Schomerus, G./Lucht, M./Holzinger, A./Matschinger, H./Carta, M.G./Angermeyer, M.C. (2011): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol* 46(2): 105-112.

Spyra, A./Rychlik, R.P. (2013): Treatment recommendations for alcohol dependence - comparison of German and international guidelines. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 138(44): 2265-2270.

van Amsterdam, J./van den Brink, W.J. (2013): Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Psychopharmacol.* 27(11): 987-97.

Wieber, F. (2015): Promoting the translation of intentions into action by implementation intentions: behavioral effects and physiological correlates. *Frontiers in Human Neuroscience* 14(9): 395.

Witkiewitz, K./Masyn, K.E. (2008): Drinking trajectories following an initial lapse. *Psychology of Addictive Behavior* 22 (2): 157-167.

Wurst, F.M./Skipper, G.E./Weinmann, W. (2003): Ethyl glucuronide – the direct ethanol metabolite on the threshold from science to routine use. *Addiction* 98(2): 51-61.

Endnoten

- 1 Vgl. Klingemann/Rosenberg 2009; Spyra/Rychlik 2013.
- 2 Vgl. van Amsterdam/van den Brink 2013.
- 3 Vgl. AWMF 2015.
- 4 Vgl. Miller/Walters/Bennett 2001.
- 5 Konsumereignisse bezeichnen in dem Artikel jegliche Ereignisse, die den Konsum von Alkohol beinhalten, unabhängig von quantitativen oder qualitativen Merkmalen. Auf die Verwendung des Begriffs «Rückfall» wird in dem Artikel – soweit in der Primärliteratur nicht explizit so benannt – aufgrund der unterschiedlichen Definitionen und darin enthaltenen Kriterien (z.B. Konsummenge, exzessiver Konsum, Kontrollverlust), verzichtet.
- 6 Information Network on Addiction Care and Therapy in Switzerland.
- 7 Vgl. Delgrande Jordan 2015.
- 8 Vgl. Klingemann 2013.
- 9 Vgl. Adamson et al. 2009; Ludwig et al. 2013.
- 10 Vgl. Ludwig et al. 2013.
- 11 Unter Löschung versteht man den in der Lernpsychologie die kontinuierliche Schwächung konditionierter Reaktion. Durch das Ausbleiben von Verstärkung (positive Wirkungen des Alkoholkonsums) wird mit der Zeit die erworbene Assoziation (Alkoholkonsum, positive Wirkung) abgeschwächt und ist schliesslich gänzlich gelöscht
- 12 Vgl. Witkiewitz/Masyn 2008.
- 13 Die Studie wurde im Rahmen der geltenden Gesetze und Internationalen Grundsätze durchgeführt und von der Ethikkommission des Kantons Zürich (KEK-Nr. 2015-0623) bewilligt.
- 14 Vgl. Wurst/Skipper/Weinmann 2003.
- 15 Vgl. Delgrande Jordan 2015; Kiefer et al. 2003.
- 16 Vgl. Marlatt/Gordon 1980; Marlatt 1985.
- 17 Vgl. Maister 1985.
- 18 Vgl. Gollwitzer/Brandstaetter 1997; Wieber 2015.
- 19 Vgl. Schomerus et al. 2011.
- 20 Volition bezeichnet in der Psychologie die willentliche Umsetzung von Absichten durch zielgerichtetes Handeln. Der Begriff wird in Motivationsmodellen zur Abgrenzung von Prozessen der Absichtsbildung verwendet.
- 21 Vgl. Kuhl 1983.
- 22 Vgl. DeMartini et al. 2014; Kammer et al. 2015.
- 23 Vgl. Robinson/Berridge 1993; 2013.