Diagnostica 1987, 33, Heft 2, 144–155

Zur Behandlungsmotivation von Alkoholabhängigen Ein Fragebogen zu ihrer Erfassung (EFB), ihre Beeinflußbarkeit durch ein Gruppenprogramm und Bezüge zum Therapieerfolg

Günter Krampen und Jörg Petry

Es wird über die Entwicklung eines Fragebogens zur Behandlungsmotivation von Alkoholikern („Einstellungsfragebogen zur Behandlung", EFB) und die Bezüge seiner Skalen zu Indikatoren des Therapieerfolges berichtet. Befunde aus drei Studien, an denen Alkoholiker, die sich am Anfang einer stationären Behandlung befanden, und von denen z.T. Daten aus Nachbefragungen vorlagen, teilgenommen haben, bestätigen die konzeptuelle Trennung von (1) allgemeiner Behandlungsbereitschaft, (2) Krankheitseinsicht und (3) Behandlungsmotiven (drei EFB-Subskalen) empirisch. Die Befunde bestätigen die Reliabilität und Validität der EFB-Skalen, weisen auf ihren prognostischen Wert für den Therapieerfolg und belegen die Modifizierbarkeit motivationaler Parameter durch ein spezielles Motivationsprogramm.

The development of a questionnaire for the measurement of three aspects of motivation for treatment of alcoholics (general motivation for treatment, insight into illness and need of treatment, reasons for accepting treatment) and its relations to therapeutic outcomes in alcoholism treatment are described. Data from three samples of alcoholics beginning a treatment, for which in part catamnestic and other post-test data exist, point at the reliability and validity of the scales („Einstellungsfragebogen zur Behandlung", EFB). Especially it is shown, that the motivational variables have a high prognostic relevance for treatment outcome, and that motivation for treatment can be modified by a special intervention program for the motivation of alcoholics for treatment.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Versorgung und Behandlung von Alkoholikern kommt der Motivation des Erkrankten für eine längerfristige stationäre Therapie eine große Bedeutung zu. In Untersuchungen zur Behandlung von Alkoholikern wird dieser Variablenbereich zumeist vernachlässigt, eventuell auch deshalb, weil bislang kaum geeignete Erhebungsinstrumente vorliegen. Berater und Therapeuten sind bei der Beurteilung der Motivationslage von Abhängigen bislang vor allem auf subjektive Eindrücke und auf Informationen aus Sekundärquellen angewiesen, deren Objektivität, Reliabilität und Validität problematisch ist. Selektivität bei der Erfassung der Faktoren, die für die Motivation relevant sind, und ein oftmals statisches Motivationskonzept sind Bedingungen von erheblichen Urteilsverzerrungen, wie sie von Sterne und Pittman (1965) bei einem großen Prozentsatz von 177 befragten Suchtkrankenhelfern und -therapeuten nachgewiesen wurden. Andererseits sind die motivationalen Gegebenheiten beim Patienten wichtig für die Fragen, (1.) ob eine stationäre Behandlung sofort oder eventuell erst später (nach einer Motivationsphase; vgl. Petry, 1985) anzuraten ist, (2.) ob mit adäquater Kooperation und Persistenz während der verschiedenen Behandlungsphasen gerechnet werden kann, und (3.) ob aufgrund der Motivation des Patienten günstige Transfereffekte der stationären Behandlung auf die Lebenssituation außerhalb der Klinik zu

erwarten sind. Der im folgenden vorgestellte „Einstellungsfragebogen zur Behandlung" (EFB) kann dem Suchtkrankenberater oder -therapeuten helfen, sein Urteil über die Motivation des Patienten dadurch abzusichern, daß teststatistische Prüfungen der internen Konsistenz der Patientenaussagen (und der zu Informationen aus anderen Quellen) möglich werden, und daß wesentliche Faktoren bei der Beurteilung der Motivationslage von Alkoholabhängigen nicht übersehen werden. Zugleich werden mit dem EFB der Alkoholismusforschung Skalen zur Verfügung gestellt, die für katamnestische, evaluative und deskriptive Fragestellungen als Korrelate, Kriterien- oder Vorhersagevariablen nützlich sein können.

Motivationalen Faktoren wird allgemein für das Aufsuchen, den Prozeß und den Erfolg psychotherapeutischer Behandlung eine große Bedeutung zugeschrieben. Neben den von Freud eingeführten Begriffen des Leidensdrucks und der Therapiemotivation findet man in der aktuellen Literatur die Konzepte der Erfolgserwartungen, der Kausalattributionen, der Änderungs- und Hilfswünsche zur Beschreibung (eher statischer) motivationaler Aspekte (vgl. Mempel, 1984). Differenziertere theoretische Ansätze berücksichtigen den prozessualen Charakter motivationaler Variablen und damit ihre Veränderungen sowie unterschiedliche Bedeutungen in den verschiedenen Phasen des Entscheidens für eine Behandlung und der Behandlung selbst (siehe etwa Krause, 1966; Kadushin, 1969). Für den Entscheidungsprozeß, den Behandlungsprozeß und den anhaltenden Behandlungserfolg zentrale Variablen werden dabei durch die Konstrukte (1) Behandlungsmotive (Gründe für die Behandlung), (2) Störungseinsicht (Einsicht in Krankheit und in Behandlungsbedürftigkeit) und (3) allgemeine Behandlungsbereitschaft (Behandlungsmotivation) markiert. Zwischen diesen theoretischen Ansätzen zur Therapiemotivation und dem Stand der Alkoholismusforschung klafft eine erhebliche Lücke. In der bereits erwähnten Studie von Sterne und Pittman (1965) wurde zwar festgestellt, daß Therapiemotivation und Krankheitseinsicht von allen befragten Experten als zentral für die Alkoholismusbehandlung angesehen werden, zugleich ergaben sich aber deutliche Hinweise darauf, daß nur wenige (eher statische) motivationale Kriterien in Beurteilungsprozessen angelegt und mit erheblichen moralischen Konnotationen verwendet werden. Lemere et al. (1958) berichten über die Ergebnisse von Interviews mit 1038 Alkoholikern, wobei nicht nur das Spektrum von Gründen für einen Therapieantritt von Alkoholikern, sondern auch Beziehungen zwischen spezifischen Therapiemotiven, der Krankheitseinsicht und dem katamnestisch ein Jahr nach Behandlungsabschluß festgestellten Therapieerfolg deutlich werden. Die Befunde belegen, daß ein gewisses Maß an extern-sozialen Therapiegründen (etwa Angst vor Partner- oder Arbeitsplatzverlust, nicht jedoch der bereits eingetretene Verlust!) prognostisch günstig ist. Zu ähnlichen Befunden kamen Adamson et al. (1974) in einer katamnestischen Studie an 52 stationär behandelten Alkoholikern mit einem komplexen, allerdings viele verschiedene Aspekte konfundierenden Fragebogen zur allgemeinen Behandlungsmotivation. Bestätigen diese Untersuchungsbefunde die Relevanz der Therapiemotivation für den Erfolg der Alkoholismusbehandlung, so ist die weitgehende Vernachlässigung dieses Aspekts in der Forschung noch unverständlicher. Eine Ursache mag in dem Mangel an standardisierten Erhebungsinstrumenten

liegen, dem hier durch die Entwicklung eines entsprechenden Verfahrens abgeholfen werden soll. Ferner soll die Beeinflußbarkeit der Behandlungsmotivation durch ein Gruppenprogramm für Alkoholiker und ihr Bezug zu katamnestisch ermitteltem Behandlungserfolg empirisch untersucht werden.

1. Übersicht zur Fragebogenentwicklung

Ausgangspunkt der Fragebogenentwicklung waren die Interviewbefunde aus der Studie von Lemere et al. (1958). In einem ersten Entwurf des „Einstellungsfragebogens zur Behandlung" (EFB) aus dem Jahre 1978 wurden (1.) eine Liste von 14 möglichen Gründen/Motiven für die Teilnahme an einer Entziehungsbehandlung (im folgenden: EFB-M; M = Motive), (2.) eine 7-stufige Ratingskala zur Krankheitseinsicht (Selbsteinschätzung mit den Extrema „Abstinenter" versus „Alkoholiker") und (3.) zwei 7-stufige Ratingskalen zur allgemeinen Behandlungsbereitschaft (Selbsteinschätzungen der Motivation (a) mit dem Alkoholkonsum ganz aufzuhören, (b) eine Behandlung durchzustehen) zusammengestellt. Für die Therapiegründe sollte auf 6-stufigen Skalen der Grad der Zustimmung angegeben werden (Instruktion: „Ich mache eine Entziehungsbehandlung mit, weil . . ."). Diese erste Form des EFB wurde von 191 Patienten einer sechswöchigen stationären Entziehungsbehandlung zu Beginn der Therapie bearbeitet (im folgenden Stichprobe 1). Bei den Patienten wurden ferner krankheitsbezogene Variablen, Persönlichkeitsdaten und katamnestische Informationen (ein Jahr nach Therapieabschluß) erhoben (siehe hierzu Krampen & Nispel, 1983).

Aufgrund der Unmöglichkeit, die Reliabilität der zu Krankheitseinsicht und allgemeiner Behandlungsmotivation erhobenen Daten zu beurteilen, wurden in zwei Folgestudien die entsprechenden Fragen differenziert und zu teststatistisch prüfbaren Skalen ausgebaut. Zunächst wurden aufgrund klinischer Erfahrungen und aufgrund von Anregungen aus dem Fragebogen von Adamson et al. (1974) 34 Items zur allgemeinen Behandlungsbereitschaft zusammengestellt. Der Einsatz dieser Skala bei 98 Alkoholikern, die sich mit wenigen Ausnahmen am Beginn einer stationären Behandlung befanden (im folgenden: Stichprobe 2), führte zu einer erheblichen Itemreduktion. Selektionskriterien waren dabei die Itemtrennschärfe und die Itemschwierigkeit. Es resultierte eine Subskala zur allgemeinen Behandlungsbereitschaft (im folgenden: EFB-B; B = Behandlungsbereitschaft), die aus 12 Items besteht.

In der dritten Studie wurden neben den Skalen EFB-M und EFB-B vier Items zur Erhebung der Krankheitseinsicht (im folgenden: EFB-E; E = Einsicht) verwendet. An der experimentell ausgerichteten Studie III, in der drei Teile eines Gruppenprogramms zur Motivation von Alkoholikern für eine Langzeitbehandlung evaluiert wurden (siehe Krampen, 1985a; Petry, 1985), waren 72 Alkoholiker, die sich auf einer Entgiftungsstation befanden (im folgenden: Stichprobe 3), beteiligt.

2. Aufbau des Fragebogens zur Behandlungsmotivation (EFB)

Die (vorläufige) Endversion des EFB besteht somit aus 30 Items, die drei auswertungstechnisch unabhängigen Skalen zugeordnet sind. Als Antwortmodus wird durchgehend ein 6-stufiges Likertformat verwendet, anhand dessen der Grad der Zustimmung zu dem jeweiligen Item durch Ankreuzen angegeben werden soll. Skalenspezifische Rohwerte werden durch Summierung der entsprechenden Itemrohwerte (sehr falsch = 1 Punkt, . . ., sehr richtig = 6 Punkte) berechnet. Die Itemliste des EFB findet sich im Anhang.

Skala EFB-B (= allgemeine Behandlungsbereitschaft) besteht aus 12 Items; bei der Auswertung sind die folgenden Items umzupolen: Item-Nr. 1, 3, 4, 6, 7 und 12. Skala EFB-E (= Einsicht in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit) besteht aus 4 Items (Items A, B, C und D) und Skala EFB-M (= Motive für eine Langzeitbehandlung) umfaßt 14 Items. Auch hier werden in der Standardauswertung skalenspezifische Summenscores berechnet. Bei Skala EFB-M kann dies aber problematisch sein (darauf wird noch eingegangen werden), weswegen hier auf jeden Fall ergänzend Auswertungen auf Itemniveau zu empfehlen sind.

3. Skalen-, Item- und Reliabilitätsparameter des EFB

Tabelle 1 gibt eine Übersicht zu den deskriptiven Parametern und den internen Konsistenzen der EFB-Subskalen in verschiedenen Stichproben. In allen Stichproben variieren die Itemschwierigkeiten der Skalen B und E zwischen $.10 < p(i) < .90$, die Trennschärfekoeffizienten der Items übersteigen in allen Fällen das Signifikanzniveau von $\alpha = .05$. Die Reliabilitätsparameter aller drei EFB-Skalen genügen den Anforderungen für Gruppenvergleiche. Solange keine Normwerte für den EFB vorliegen, können die in Tabelle 1 aufgeführten Mittelwerte mit der dabei gebotenen Vorsicht als Anhaltspunkte für vergleichende Interpretationen dienen. Zu beachten sind auf jeden Fall die jeweiligen Stichprobenbeschreibungen und die entsprechenden Mittelwertsunterschiede (siehe hierzu Teil 4 der Arbeit).

Im Unterschied zu den Skalen EFB-B und EFB-E ist die Itempolung bei Skala EFB-M nicht unproblematisch. Der in Tabelle 1 verwendete Skalenwert basiert auf der einfachen Summierung der Angaben zu der subjektiven Bedeutsamkeit der 14 Gründe für die Teilnahme an einer Behandlung. Da weder anhand vorliegender theoretischer Überlegungen (allenfalls solcher „naiv-theoretischer" Art) noch anhand der vorliegenden Befunde abschließend beurteilt werden kann, welche Gründe für den Einstieg in eine Therapie förderlich, welche dagegen eher hinderlich zu bewerten sind, wird zunächst mit diesem einfachen Summenwert in der Auswertung der Gedanke realisiert, daß die Motivstärke mit der Anzahl als relevant erachteter Behandlungsgründe und den auf sie bezogenen Zustimmungsgraden kovariiert. Zusätzlich sind in Tabelle 2 aber die Zustimmungsquoten für die einzelnen Items und die Mittelwerte der entsprechenden Zustimmungsgrade aus verschiedenen Stichproben aufgeführt. Nahegelegt werden damit itemsspezifische Auswertungen (zunächst nur einfache Vergleiche mit den Mittelwerten) und Interpretationen, die ohnedies beim Einsatz strukturierter psychodiagnostischer Verfahren ergänzend zu abgeleiteten Skalenwerten zu empfehlen sind. Eine Schätzung der Test-Retest-Reliabilität (Intervall: 10 Tage) dieser itemspezifischen Angaben zu Therapiegründen von 18 Alkoholikern auf einer Entgiftungsstation führte zu Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten im Bereich von $.89 \leq r_{tt} \leq .96$ (mittlerer Koeffizient für die 14 Gründe: $\bar{r}_{tt} = .92$), was für die (relative) zeitliche Stabilität dieser Selbstauskünfte bei spricht.

Tabelle 1: Deskriptive Parameter und interne Konsistenz der EFB-Skalen in verschiedenen Alkoholikerstichproben

Stichprobe[a]	N	EFB-Skala	$\bar{x}$	s	r_{tt}[b]
Alkoholiker bei Behandlungsbeginn (Stichprobe 1)	191	M	59.1	10.78	.71
Alkoholiker bei Behandlungsbeginn (Stichprobe 2)	98	B	55.5	7.17	.87
Alkoholiker bei Behandlungsbeginn (Stichprobe 3)	72	M	61.5	14.20	.84
		B	54.9	6.44	.85
		E	19.4	3.01	.92
Katamnestisch abstinente Alkoholiker bei Behandlungsbeginn (aus Stichprobe 1)	69	M	58.2	8.32	.79
Katamnestisch nicht-abstinente Alkoholiker bei Behandlungsbeginn (aus Stichprobe 1)	20	M	56.3	4.44	.76
Therapieabbrecher bei Behandlungsbeginn (aus Stichprobe 1)	34	M	61.3	6.23	.78
Alkoholiker nach reiner Entgiftungsbehandlung (aus Stichprobe 3)	18	M	61.3	12.51	.80
		B	54.8	6.18	.82
		E	19.2	2.72	.91
Alkoholiker nach Entgiftungsbehandlung und Motivationsprogramm (aus Stichprobe 3)	54	M	65.5	12.71	.83
		B	59.3	6.44	.81
		E	22.1	2.98	.90

[a] Stichprobenbeschreibungen siehe Text.
[b] interne Konsistenz nach Cronbachs alpha.

4. Validität des EFB: Korrelate, Beeinflußbarkeit und Bezüge zum Therapieerfolg

Zunächst interessiert, ob mit den drei Subskalen des EFB empirisch trennbare Aspekte der Behandlungsmotivation von Alkoholabhängigen erfaßt werden. Ähnlich wie in Stichprobe 1, in der ja Vorformen von EFB-E und EFB-B eingesetzt wurden, sind in Stichprobe 3 Krankheitseinsicht (E) und Behandlungsbereitschaft (B) zu $r = .28$ ($p < .01$), Einsicht (E) und Behandlungsmotive (M) zu $r = .30$ ($p < .01$) sowie Behandlungsbereitschaft (B) und Behandlungsmotive (M) zu $r = .19$ korreliert. In Verbindung mit den durchweg recht hohen Skalenreliabilitäten verweist dies darauf, daß mit dem EFB hinreichend unterschiedliche Aspekte der Behandlungsmotivation erfaßt werden. Dies schlägt sich auch in hohen Werten für die Reliabilität der Differenzen (summarisch: Profilreliabilität: (prof)r(tt) = .83) nieder, die eine direkte empirische Bestätigung dafür sind, daß es sinnvoll ist, konzeptuell und in der Operationalisierung zwischen diesen drei Aspekten der Behandlungsmotivation zu differenzieren.

Hinweise auf die diskriminative und konvergente Validität der EFB-Subskalen liegen mit den Befunden zu folgenden Referenzvariablen vor (alle Signifikanzen: $p < .05$):

(1) Alter und Geschlecht: In keiner der drei Stichproben ergaben sich Hinweise auf statistisch bedeutsame Geschlechts- und Altersunterschiede in den EFB-Skalen.

(2) Soziale Schichtzugehörigkeit und Berufstätigkeit: Auch für diese Variablen ergaben sich in den meisten Fällen keine, allenfalls numerisch geringe Unterschiede (so weisen etwa Selbständige eine etwas höhere allgemeine Behandlungsbereitschaft auf als Angestellte und Arbeiter, $F(2/172) = 3{,}07$; $p < .05$).

(3) Dauer der Erkrankung, Suchtbelastung und Symptomstärke: Skala EFB-M (Behandlungsmotive) ist mit der Skala „Symptomstärke" aus dem Fragebogen für Alkoholkranke" (FFA; Krampen & Nispel, 1979) in Stichprobe 1 zu $r = .26$, mit der Suchtbelastung (Indexvariable aus verschiedenen Angaben zum Konsumverhalten) in Stichprobe 1 zu $r = .22$ und in Stichprobe 3 zu $r = .24$ korreliert; Skala EFB-E und EFB-B weisen dagegen keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zu Symptomstärke und Suchtbelastung auf. Die Dauer der Erkrankung kovariiert schwach mit der allgemeinen Behandlungsbereitschaft (Stichprobe 2: $r = .19$, Stichprobe 3: $r = .18$), etwas höher mit EFB-M ($r = .33$) und nicht essentiell mit EFB-E ($r = .11$).

(4) Leberspezifische Folgeerkrankungen: Patienten mit (über Leberwerte und Elektrophorese bestimmter) chronisch-aggressiver Alkoholhepatitis, die mit erheblichen subjektiven Beschwerden verbunden ist, haben im Vergleich zu Patienten mit Alkoholfettleber, chronisch-persistierender Alkoholhepatitis und alkoholischer Leberzirrhose stark erhöhte Werte in EFB-M (Stichprobe 1; $\bar{x} = 69{,}4$; $F(3/90) = 3.41$, $p < .05$).

(5) Kontrollüberzeugungen: Skala EFB-M (Motive) korreliert in Stichprobe 1 mit einem Maß für generalisierte, durch soziale Abhängigkeitsgefühle bedingte Externalität in den Kontrollüberzeugungen (P-Skala des IPC-Fragebogens von Krampen, 1981; $r = .23$), in Stichprobe 3 mit der entsprechenden Subskala aus einem Verfahren zur Erhebung bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen für Alkoholkonsum ($r = .46$). Die EFB-Skalen E und B weisen keine statistisch bedeutsamen Beziehungen zu Kontrollüberzeugungen auf ($r \leq .11$).

(6) Hoffnungslosigkeit: Hoffnungslosigkeit als Aspekt der Depressivität (erfaßt mit der H-Skala; Krampen, 1979) korreliert mit der Behandlungsbereitschaft (EFB-B) negativ (Stichprobe 2: $r = -.34$; Stichprobe 3: $r = -.46$), mit der Krankheitseinsicht (EFB-E) schwach negativ ($r = -.19$) und mit den Behandlungsmotiven (EFB-M) nicht signifikant positiv ($r = .14$).

(7) Wissen über Alkoholismus und seine Folgen: In Stichprobe 3 sind alle Subskalen des EFB bedeutsam mit dem Testwert aus dem „Wissenstest zum Alkoholismus" (WTA; Krampen & Petry, 1986) korreliert (für EFB-E: $r = .26$, für EFB-M: $r = .28$, für EFB-B: $r = .36$).

(8) Bagatellisierung des Alkoholismus: Alle EFB-Subskalen sind in Stichprobe 3 essentiell negativ mit einem Fragebogen zur Tendenz, den Alkoholismus zu bagatellisieren (siehe Krampen, 1985a), korreliert ($r \leq -.37$).

(9) Soziale Erwünschtheit: Keine der drei EFB-Subskalen weist statistisch bedeutsame Beziehungen zur „Crowne-Marlowe-Skala", mit der die Tendenz, in sozial erwünschter Weise zu antworten, erfaßt wird, auf (Stichprobe 3: $r \leq |.11|$).

Weitere Hinweise auf die Validität der EFB-Skalen ergeben sich aus verschiedenen Vergleichen erfolgreich vs. nicht-erfolgreich und mit verschiedenen Methoden behandelter Alkoholiker. Die entsprechenden deskriptiven Parameter wurden bereits in den Tabellen 1 und 2 mitgeteilt, nachzutragen sind die teststatistischen Prüfergebnisse. Wenden wir uns zunächst den Befunden aus der ersten Studie (Stichprobe 1) zu, in der aus der Endform des EFB nur Skala EFB-M beteiligt war. Katamnestisch (ein Jahr nach Therapieabschluß) abstinente ehemalige Patienten weisen auf dieser Skala bei Behandlungsbeginn im Durchschnitt etwas höhere Werte auf als Patienten, die einen Rückfall erlitten haben; Therapieabbrecher weisen jedoch im Vergleich zu diesen beiden Gruppen den deutlich höchsten Mittelwert auf ($F(2/120) = 4.12$; $p < .05$; siehe die Mittelwerte in Tabelle 1). Auch in Zusammenhang mit anderen behandlungsbezogenen Variablen und Persönlichkeitsvariablen kommt dem EFB-M-Skalenwert ein relativ hohes (diskriminanzanalytisches) Gewicht für die Trennung dieser drei Gruppen (Abstinente, Rückfaller, Abbrecher) zu (siehe hierzu Krampen, 1985b). Während der Unterschied zwischen katamnestisch trockenen ehemaligen Patienten und den Rückfallern den Erwartungen entspricht, bleibt der hohe Wert bei den Therapieabbrechern zunächst erstaunlich und führt zu der Hypothese einer „Übermotivierung" bei diesen Patienten. Itemspezifische Auswertungen der Skala EFB-M führen hier weiter (siehe unten). Für die Vorformen der Skalen EFB-E und EFB-B konnten in dieser ersten Studie nur schwache Bezüge zum Therapieerfolg festgestellt werden.

In der experimentell ausgerichteten Studie III (Stichprobe 3), in der drei Formen eines Motivationsprogramms für Alkoholiker (Informationsvermittlung, Verhaltensdiagnostik, kognitive Umstrukturierung; siehe Petry, 1985) vergleichend evaluiert wurden (siehe Krampen, 1985a), zeigten sich im Vortest-Nachtest-Vergleich statistisch bedeutsame Steigerungen in allen drei Skalen des EFB, die auch im Kontrollgruppenvergleich inferenzstatistisch abgesichert werden konnten ($t(71) \geq 2.33$, $p < .05$; zu den Mittelwerten siehe Tabelle 1). Nach den Kriterien Cohens (1977) liegen die Effektstärken der Teilnahme am Motivationsprogramm im mittleren bzw. großen Bereich. Differenzierend ergab sich zudem, daß insbesondere durch die Methoden der Verhaltensdiagnostik und der kognitiven Umstrukturierung die Behandlungsbereitschaft (EFB-B: $F(2/51) = 3.69$, $p < .05$) und die Krankheitseinsicht (EFB-E: $F(2/51) = 3.58$, $p < .05$), nicht jedoch die Behandlungsmotive (EFB-M: $F(2/51) = 0.29$, n.s.) positiv beeinflußt werden. Schätzungen der praktischen Signifikanz weisen darauf, daß 11% (EFB-B) bzw. 12% (EFB-E) der Varianz in diesen Aspekten der Behandlungsmotivation durch die Teilnahme an einem spezifischen Programmteil erklärt werden. Damit ist die Beeinflußbarkeit der allgemeinen Behand-

Tabelle 2: Deskriptive Parameter für die Items des EFB-M und Bezüge zu Indikatoren des Therapieerfolges in verschiedenen Stichproben

Motive für die Behandlung	Lemere et al. (1958) (N = 1038)		Stichprobe I (N = 191)					Stichprobe III (N = 72)		
					Mittelwerte (und Vergleich)					
	Zustimmung (%)	Rang	Zust. (%)	Rang	20 Rückfall	69 Abst.	t(df=87)	Zust. (%)	Rang	r_{DMOT}
(1) ... Gesundheit wird ruiniert	82	1	98	1	4.6	4.8	1.05	90	1	.13
(2) ... geistige Leistungsf. leidet	74	2	92	3	4.1	4.3	0.77	87	2	.01
(3) ... Angst vor Arbeitsplatzverl.	69[a]	3	65	5	2.8	*3.6*	2.73*	83	4	.35*
(4) ... Arbeitsplatzverlust	13[b]	9	24	13	*2.9*	1.2	−2.98*	51	12	−.29*
(5) ... Angst vor Partnerverlust	55[a]	4	58	8	2.4	*3.6*	3.01*	72	7.5	.31*
(6) ... Partnerverlust	20[b]	8	21	14	*2.6*	1.3	−2.95*	41	14	−.30*
(7) ... vor Gericht wg. Alk.-Delikt	50	5	25	11.5	1.2	1.6	1.05	49	13	.05
(8) ... zerstöre meine Familie	42[c]	6	72	4	3.6	3.2	0.87	79	5.5	.13
(9) ... Verlust von Freunden/Bekannt.			58	8	2.8	2.8	0.01	69	9	.09
(10) ... schlechte finanz. Situation	36	7	58	8	2.6	2.5	−0.11	72	7.5	−.02
(11) ... Wohlbefinden wird gestört	–[d]	–	96	2	4.1	*5.3*	3.12*	85	3	.32*
(12) ... Angst vor Führerscheinverl.	–[d]	–	60	6	2.3	*3.1*	2.99*	62	10	.25*
(13) ... Führerscheinverlust	–[d]	–	28	10	*2.7*	1.5	−3.09*	54	11	−.27*
(14) ... äußerer Zwang	–[d]	–	25	11.5	1.3	1.5	0.81	79	5.5	.17

*$p < .05$

[a] nach Lemere et al. (1958) prognostisch günstig.

[b] nach Lemere et al. (1958) prognostisch ungünstig.

[c] bei Lemere et al. (1958) summarisch aufgeführt.

[d] bei Lemere et al. (1958) nicht erfaßt.

lungsbereitschaft und der Krankheitseinsicht durch spezifische Methoden der Motivationsförderung nachgewiesen.

Wenden wir uns nun der itemspezifischen Auswertung von Skala EFB-M zu, die auch aufgrund der bislang dargestellten Befunde dringend vonnöten ist. Hinweise auf die Validität der Items ergeben sich zunächst durch den Vergleich der Zustimmungsquoten aus unseren Stichproben mit denen, die von Lemere et al. (1958) berichtet werden. Berücksichtigt man nur die 9 von Lemere et al. aufgeführten Therapiegründe (siehe Tabelle 2) und vergleicht die nach Zustimmungsquote gebildete Rangreihe der Gründe mit den Daten aus Stichprobe 1, so gelangt man zu einem Rangkorrelationskoeffizienten (nach Spearman) von $r(s) = .83$ ($p < .01$); für die Daten aus Stichprobe 3 ergibt sich entsprechend ein Rangkorrelationskoeffizient von $r(s) = .81$ ($p < .01$). Vergleicht man die Zustimmungsquoten für alle 14 im EFB-M erfragten Gründe aus den Stichproben 1 und 3, so ergibt sich – bei tendenziell höheren Zustimmungsquoten in Stichprobe 3 – eine Rangkorrelation von $r(s) = .70$ ($p < .01$). Wir haben es augenscheinlich mit einer gegen Stichprobenunterschiede recht stabilen Rangreihe von Gründen für eine Entziehungsbehandlung zu tun.

Ferner zeigen sich spezifische Zusammenhänge der verschiedenen Therapiemotive zum Therapieerfolg (siehe Tabelle 2). So sind – ähnlich wie in den kusorischen (nicht inferenzstatistisch abgesicherten) Darstellungen von Lemere et al. (1958) – hohe Einschätzungen der Gründe „Angst vor Arbeitsplatzverlust", „Angst vor Partnerverlust", „Angst vor Führerscheinverlust" und „weil mein allgemeines Wohlbefinden gestört wird" bei Therapiebeginn in Stichprobe 1 positiv, hohe Einschätzungen bei den Gründen „Arbeitsplatzverlust", „Partnerverlust" und „Führerscheinverlust" dagegen negativ mit dem katamnestisch festgestellten Therapieerfolg (1 Jahres-Katamnese) verbunden. Diese Ergebnisse, nach denen Angst vor Verlusterlebnissen prognostisch positiv, eingetretene Verluste dagegen prognostisch negativ sind, werden durch die korrelativen Befunde aus Stichprobe III bestätigt. Hohe Wichtungen der Angst vor Partnerverlust, Arbeitsplatzverlust und Führerscheinverlust sowie die hohe Einschätzung des Grundes „mein Wohlbefinden wird gestört" korrelieren statistisch bedeutsam positiv mit der Zunahme in der allgemeinen Behandlungsbereitschaft (DMOT in Tabelle 2), hohe Wichtungen der Gründe, die sich auf bereits eingetretene Verluste beziehen, dagegen signifikant negativ. Alle weiteren Gründe weisen keine spezifischen Beziehungen zum Erfolg von Interventionsmaßnahmen auf.

5. Diskussion

Mit dem EFB liegt ein relativ ökonomisches, strukturiertes Instrument zur Erfassung von drei Aspekten der Behandlungsmotivation von Alkoholikern vor. Die ersten Hinweise auf die Reliabilität und Validität seiner Subskalen sind ermutigend und lassen seinen Einsatz als Forschungsfragebogen in deskriptiven, evaluativen und prognostischen Untersuchungen zum Alkoholismus zu. In der Einzelfalldiagnostik ist er dagegen so lange mit Vorsicht zu verwenden, wie weitere kreuzanalytische Befunde und Normwerte fehlen. Der EFB mag hier zur Ergänzung von Daten aus Explorationen, Verhaltensbeobachtungen etc. herangezogen werden. Sein Wert wird darin

liegen, daß durch seinen Einsatz einige grundlegende, konzeptuell sowie empirisch trennbare Aspekte der Behandlungsmotivation in der diagnostischen Urteilsbildung beachtet werden; durch seinen Einsatz wird die Objektivität in Datenerhebung und -auswertung erhöht. Neben skalenorientierten Auswertungen sind insbesondere bei Skala EFB-M (Motive für eine Therapie) itemspezifische Auswertungen notwendig. Die vorliegenden Befunde sprechen für differentielle Zusammenhänge zwischen Therapiegründen und günstiger Prognose; eine abschließende Beurteilung dieser Zusammenhänge, die eventuell auch zu subskalenspezifischen Auswertungen prognostisch „positiv" und prognostisch „negativ" wirkender Therapiemotive führen könnte, ist aufgrund des vorliegenden Datenmaterials jedoch noch nicht möglich. Für die Weiterentwicklung des EFB dürfte diese Frage im Vordergrund empirischer Arbeiten stehen. Hinzu treten Fragen nach seiner konzeptuellen und empirischen Differenzierung und Erweiterung um andere motivationale Konzepte (wie Erfolgserwartungen, Attributionen etc.; siehe etwa Mempel, 1984).

Die dargestellten Befunde weisen nun nicht nur auf die prognostische Bedeutung der Behandlungsmotivation von Alkoholikern für den Therapieerfolg, sondern insbesondere auch auf deren Plastizität und Modifizierbarkeit. Dies bestätigt prozeßtheoretische Überlegungen zur Therapiemotivation (vgl. etwa Krause, 1966; Kadushin, 1969). Insbesondere kann sich dem Suchtkrankenberater oder -therapeuten die Aufgabe stellen, den Abhängigen in einer vorgeschalteten Interventionsphase zu motivieren. Hoffmann & Gerbis (1981) strukturieren diese Phase allgemein nach (1.) Motivationsanalysen in der diagnostischen Phase, (2.) dem Vergleich der Ergebnisse aus (1) mit prognostisch günstigen „Sollwerten" und (3.) der Optimierung der Motivation des Patienten in einer ersten (vor-)therapeutischen Phase. Informationen aus dem EFB können hier in den Phasen (1) und (2) sowie zur Evaluation der Effekte von Phase (3) sehr nützlich sein. Wie ein spezifisches Motivationsprogramm für Alkoholiker aufgebaut sein kann, ist bei Petry (1985) ausführlich dargestellt. Über die motivational positiven Effekte der Teilnahme an einem solchen Programm wurde oben berichtet (Studie 3).

Literatur

Adamson, J.D., Fostakowsky, R.T. & Chebib, F.S.: Measures associated with outcome on one year follow-up of male alcoholics. British Journal of Addiction, 1974, **69**, 325–337.

Cohen, J.: Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1977 (2. Auflage).

Hoffmann, N. & Gerbis, K.E.: Gesprächsführung in psychologischer Therapie und Beratung. Salzburg: Verlag Otto Müller, 1981.

Kadushin, C.: Why people go to psychiatrists. New York: Atherton Press, 1969.

Krampen, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. Medizinische Psychologie, 1979, **5**, 39–49.

Krampen, G.: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe, 1981.

Krampen, G.: Evaluation und Effektkontrolle. In: Petry, J. (unter Mitarbeit von G. Krampen) Alkoholismustherapie. Urban & Schwarzenberg, 1985a, S. 90–104.

Krampen, G.: Persönlichkeits- und Krankheitsvariablen als Prädiktoren des Therapieerfolges bei Alkoholabhängigen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 1985b, **6**, 111–123.

Krampen, G. & Nispel, L.: Zur Dimensionalität des Alkoholismus. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1979, **8**, 181–194.

Krampen, G. & Nispel, L.: Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlungen von Alkoholikern. Suchtgefahren, 1983, **29**, 345–349.

Krampen, G. & Petry, J.: Der Wissenstest zum Alkoholismus (WTA). Trier: Unveröffentlichtes Manuskript, 1986.

Krause, M.S.: A cognitive theory of motivation for treatment. Journal of General Psychology, 1966, **75**, 9–19.

Lemere, F., O'Hollaren, P. & Maxwell, M.A.: Motivation in the treatment of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1958, **19**, 428–431.

Mempel, S.: Überlegungen zur Therapiemotivation in der GT. GwG-Info, 1984, **56**, 103–106.

Petry, J. (unter Mitarbeit von G. Krampen): Alkoholismustherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1985.

Sterne, M. & Pittman, D.J.: The concept of motivation: A source of institutional and professional blockade in the treatment of alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1965, **26**, 41–57.

Anschriften der Verfasser:

Priv.-Doz Dr. Günter Krampen
Universität Trier
FB I – Psychologie
Postfach 3825
D-5500 Trier

Dipl.-Psych. Jörg Petry
Psychiatrisches Landeskrankenhaus
Heidelbergerstr. 1a
6908 Wiesloch

Anhang

Itemliste des EFB

1. Mein Alkoholproblem kann ich nur für mich alleine lösen.
2. Es wäre besser, wenn mir von anderen geholfen würde.
3. Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, werde ich doch überall gemieden.
4. Meine persönlichen Probleme gehen die anderen nichts an.
5. Ich habe noch eine Menge an Problemen zu lösen.
6. Nach einer Behandlung habe ich auch keine besseren Aussichten.
7. Wenn ich es jetzt nicht schaffe, hat alles keinen Sinn mehr.
8. Es gibt eigentlich viele Gründe, mit dem Alkohol aufzuhören.
9. Es kann schon sein, daß mir eine Behandlung hilft.
10. Es haben schon andere geschafft, warum ich nicht auch.
11. Eigentlich habe ich noch gute Chancen, vom Alkohol loszukommen.
12. Die Schuld an meinem Problem habe ich ganz allein.

A. Ich halte mich für alkoholkrank.
B. Ich will auf den Alkohol völlig verzichten.
C. Ich darf nie wieder Alkohol trinken.
D. Ich muß eine Langzeitbehandlung machen.

1. Eine Langzeitbehandlung würde ich machen, weil meine Gesundheit durch das Trinken ruiniert wird.
2. ..., weil meine geistige Leistungsfähigkeit durch das Trinken leidet.
3. ..., weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Arbeitsplatz zu verlieren.
4. ..., weil ich durchs Trinken meinen Arbeitsplatz verloren habe.
5. ..., weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Partner zu verlieren.
6. ..., weil ich durchs Trinken meinen Partner verloren habe.
7. ..., weil ich wegen einem Trunkenheitsdelikt vor Gericht war.
8. ..., weil ich durchs Trinken meine Familie zerstöre.
9. ..., weil ich durchs Trinken meine Freunde und Bekannten verliere.
10. ..., weil meine finanzielle Situation durchs Trinken schlecht ist.
11. ..., weil mein allgemeines Wohlbefinden durchs Trinken gestört wird.
12. ..., weil ich Angst habe, durchs Trinken meinen Führerschein zu verlieren.
13. ..., weil ich durchs Trinken meinen Führerschein verloren habe.
14. ..., weil ich dazu gezwungen werde.