



## Abschlussbericht

Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung  
Chronische Krankheiten und Patientenorientierung

Projekt „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von  
Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“

Förderkennzeichen: 01GX0702

Gallus Bischof, Julia Iwen, Christian W. Müller, Anja Bischof, Hans-  
Jürgen Rumpf

Forschungsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte  
Störungen: Therapie, Epidemiologie und Prävention)  
Universität zu Lübeck

Klinik für Psychiatrie für Psychotherapie und Psychotherapie

## Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung .....	3
2. Ziele, Einführung und Aufgabenstellung .....	4
3. Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde .....	5
4. Projektverlauf.....	6
4.1. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde .....	6
4.2. Planung und Ablauf des Vorhabens.....	6
4.2.1. Design .....	6
4.2.2. Intervention.....	8
5. Erhebungs- sowie Auswertungsmethodik.....	11
5.1. Rekrutierung .....	11
5.2. Telefonisches Screening.....	12
5.4. Follow-up Assessment .....	13
5.5. Befragung der alkoholabhängigen Angehörigen .....	15
5.6. Datenerfassung und Datenbereinigung.....	15
5.7. Auswertung .....	16
5.8. Drop out .....	16
6. Erzielte Ergebnisse.....	16
6.1. Probandenrekrutierung .....	16
6.2. Stichprobenbeschreibung .....	17
6.3. Vermittlungskontext.....	18
6.4. Darstellung der Studienergebnisse .....	18
6.4.1. Inanspruchnahme von Hilfen und Trinkverhalten .....	18
6.4.2. Psychosoziale Belastung der Angehörigen .....	19
6.5. Wissenschaftliche Nutzungs- und Verwertungsmöglichkeiten einschließlich der nächsten geplanten Schritte.....	22
7. Diskussion und Ausblick.....	22
7.1. Bezug zu den übergeordneten Fragestellungen des Förderschwerpunkts ....	22
7.2. Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse .....	23
7.3. Relevanz und Nutzen für die Versorgungspraxis .....	23
7.4. Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse .....	24
Kurzfassung.....	26
Literatur .....	28

**Titel**

„Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“

**Projektleiter**

Dr. phil. Gallus Bischof

Universität zu Lübeck

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ratzeburger Allee 160

23538 Lübeck

Tel.: 0451 500-4860

Fax: 0451 500-3480

E-mail: Gallus.Bischof@psychiatrie.uk-sh.de

**1. Zusammenfassung**

Die Studie „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“ untersuchte die Wirksamkeit einer auf 12 Sitzungen angelegten Intervention für Angehörige von Alkoholabhängigen ohne derzeitige Behandlungsbereitschaft nach dem Community Reinforcement and Family Training Ansatz (CRAFT) mittels eines randomisierten Wartegruppensdesigns. Die Interventionsgruppe erhielt unmittelbar nach Studieneinschluss die CRAFT-Behandlung über einen Zeitraum von 3 Monaten, der Wartegruppenbedingung wurde für diese Zeitspanne der Besuch einer Selbsthilfegruppe nahe gelegt. Nach drei Monaten erfolgte eine erste Katamnese, im Anschluss erhielt die Wartegruppe ebenfalls die CRAFT-Behandlung. Nach 6 und 12 Monaten erfolgten weitere Katamnesen. Insgesamt konnten 107 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, von denen 18 die Behandlung nach Bearbeitung der Baseline-Diagnostik nicht begannen oder zu einem späteren Zeitpunkt vorzeitig abbrachen, so dass insgesamt 89 auswertbare Datensätze vorlagen. Dank einer Ausschöpfungsquote von 100% in der 6-Monatskatamnese und 92% in der 12-Monatskatamnese konnten die auf der Grundlage einer Poweranalyse angestrebten Fallzahlen annähernd realisiert werden. Die Ergebnisse der 3-Monatskatamnese zeigen einen signifikanten Interventionseffekt, nach 6 Monaten ergibt sich zudem hypothesenkonform eine Angleichung zwischen Interventions- und Wartegruppe. Die Ergebnisse zur 12-Monatskatamnese entsprechen der vor Studienbeginn erwarteten Rate

und liegen damit etwas unter den Vergleichsdaten US-amerikanischer Studien. Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit von angehörigebasierten CRAFT-Interventionen im Bereich alkoholbezogener Störungen. Das Forschungsvorhaben wurde gemäß der Antragstellung und den Maßgaben des BMBF erfolgreich durchgeführt. Der Zeit- und Kostenplan wurde vollständig eingehalten. Teilergebnisse sind bereits publiziert; weitere Publikationsvorhaben sind in Bearbeitung und werden derzeit mit Mitteln der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck realisiert. Zusätzlich erfolgte ein Transfer der Forschungsergebnisse in die Versorgung mittels Schulungen und Vorträgen.

## **2. Ziele, Einführung und Aufgabenstellung**

Alkoholabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz und gravierender Unterversorgung in der suchtspezifischen Behandlung. Sowohl internationale als auch nationale Daten zeigen, dass nur ein geringer Teil der Alkoholabhängigen oder Alkoholmissbraucher suchtspezifische Hilfe in Anspruch nimmt (Dawson, 1996; Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000b). Bei aktuell alkoholabhängigen Personen gab es bei 70,9% keine Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe im bisherigen Lebensverlauf. Weitere 14,5% hatten nur geringfügigen Kontakt zum Suchthilfesystem, ebenfalls 14,5% zeigten darüber hinausgehende Inanspruchnahme. Die Daten lassen den Schluss zu, dass durch das bestehende Suchthilfesystem der überwiegende Teil der chronisch Alkoholabhängigen nicht erreicht wird. Insbesondere Veränderungen der Umgebungsfaktoren führen bei chronisch Alkoholabhängigen zu Inanspruchnahme von Hilfen (Finney & Moos, 1995). Interventionen durch Angehörige stellen dementsprechend einen günstigen Ansatzpunkt dar, die Versorgungslage bei Alkoholabhängigen deutlich zu verbessern.

Die Studie überprüft, inwiefern durch Einbeziehung Angehöriger die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von unbehandelten Alkoholabhängigen verbessert werden kann. Entsprechende Angebote existieren bislang in der deutschen Suchthilfe nicht.

Die Ziele und Hypothesen der Studie im einzelnen sind:

- Überprüfung der Wirksamkeit einer angehörigebasierten Intervention gegenüber einer unbehandelten Wartegruppe mittels einer proaktiv rekrutierten Stichprobe Angehöriger. Es wird angenommen, dass die Behandlung zu einer beschleunigten Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen führt.
- Überprüfung der Wirksamkeit in Bezug auf die Symptombelastung bei den Angehörigen.
- Überprüfung, welche Merkmale Menschen mit alkoholbezogenen Störungen aufweisen, deren Angehörige für eine angehörigebasierte Intervention gewonnen werden können in Abhängigkeit von der zuweisenden Institution (Sucht- und Familienberatungsstellen,

Allgemeinarztpraxen). Es wird angenommen, dass insbesondere durch zuweisende Suchtberatungsstellen ein schwerer abhängiges Klientel erreicht wird.

- Analyse der Interventionseffekte auf Prozesse der Änderungsmotivation. Es wird davon ausgegangen, dass die Teilnahme Angehöriger an dem Programm zu einer Erhöhung der Änderungsmotivation der Alkoholabhängigen führt.

### **3. Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde**

Umgebungsfaktoren von Menschen mit substanzbezogenen Problemen sind insbesondere in lerntheoretischen Ansätzen bereits seit längerem im Fokus gezielter Interventionen. Einen solchen Ansatz stellt der Anfang der 70er Jahre entwickelte Gemeindeverstärkungsansatz (Community Reinforcement Approach; CRA) dar, der auf dem Konzept basiert, durch gezielte Beeinflussung von Kontingenzen den Verstärkungswert von nicht konsumierendem Verhalten gegenüber konsumierendem Verhalten zu erhöhen. In neueren Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen bei alkoholbezogenen Störungen wurde CRA zu den wirksamsten und ökonomischsten Behandlungsansätzen gezählt (Holder, Longabaugh, Miller, & Rubonis, 1991; W. R. Miller & Wilbourne, 2002; Roozen, de Waart, & van der Kroft, 2010). Aus dem ursprünglichen CRA-Ansatz, der auf den Einfluss unterschiedlicher sozialer Quellen auf den Verlauf substanzbezogener Störungen fokussierte, wurde in den 80er Jahren das auf Angehörige zugeschnittene Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) (Sisson & Azrin, 1986; Smith & Meyers, 2004) entwickelt. Dieser Ansatz nutzt den Leidensdruck und die Nähe der Angehörigen zum Suchtmittelabhängigen, um die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen zu befördern. In 12 manualisierten Einzelsitzungen erfolgt die Vermittlung von störungsbezogenem Wissen und von Verhaltensfertigkeiten zur Förderung von Abstinenz und Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfeangebote bei dem suchtkranken Angehörigen.

Folgende Module werden behandelt: 1) Motivieren des Angehörigen, 2) Funktionale Verhaltensanalyse, 3) Strategien gegen Gewalt, 4) Kommunikationstraining, 5) Positive Verstärkung, 6) Nutzung negativer Konsequenzen, 7) Strategien zur Verbesserung der Lebensqualität, und 8) Motivierung des Alkoholabhängigen („Indexpatient“; IP) zur Inanspruchnahme von Hilfen. Die einzelnen Bestandteile sind in dem Absatz 4.2.2. beschrieben.

Bezüglich der Wirksamkeit bei Alkoholabhängigkeit wurde bislang eine randomisierte Studie in den USA durchgeführt, in der CRAFT gegenüber zwei weiteren Interventionsbedingungen (Angehörigengruppen der „Anonymen Alkoholiker“ und die in den USA verbreitete „Johnson-Institute-Intervention“) nach 12 Monaten zu einer signifikant erhöhten Rate von Inanspruchnahme formeller Hilfen führte (W.R. Miller, Meyers, & Tonigan, 1999). Eine

methodische Schwäche dieser Studie stellte die ausgeprägte Selektivität der Angehörigenstichprobe, welche maßgeblich mittels Presseaufrufen rekrutiert wurde, und das Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe dar. Weiterhin ist das gewählte Outcome-Maß für die Vergleichsgruppe der Angehörigengruppen der „Anonymen Alkoholiker“ unangemessen, da dort explizit keine Beeinflussung des Indexpatienten angestrebt wird, und die Kontrollgruppen mit der (in der deutschen Versorgungslandschaft nicht vorhandenen) „Johnson Institute Intervention“ sind vor dem Einleiten einer unangekündigten Konfrontation des Suchtkranken, welche den zentralen Baustein der Intervention darstellt, durch hohe Abbrecherraten gekennzeichnet.

#### **4. Projektverlauf**

##### ***4.1. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde***

Das Forschungsprojekt ist Bestandteil des Forschungsverbundes „Early Substance Use Intervention (EARLINT)“. Übergeordnete Zielstellung von EARLINT ist die Bereitstellung empirischer Daten zu Interventionsansätzen für bisher unterversorgte Gruppen bei Abhängigkeitserkrankungen. Der Forschungsverbund besteht seit 2001; die Zusammenarbeit einzelner Mitglieder geht bis ins Jahr 1992 zurück. Bereits in der Planungsphase der Intervention bekundeten Mitarbeiter und die Leitung der Fachklinik Holstein Lübeck (Rehabilitationseinrichtung für Alkohol- und Drogenbezogene Störungen) Interesse an der praktischen Mitarbeit in der Studie, die über die ursprünglich vereinbarte Kooperation bezüglich der Bereitstellung weitergehender Therapieangebote hinausging. In diesem Zusammenhang wurden die interessierten Mitarbeiter analog zu den Studienmitarbeitern geschult und supervidiert. Gleiches trifft auf die Evangelische Suchtberatungsstelle Rostock zu, die ab dem Juli 2008 ebenfalls Angehörige im Sinne des Studienprotokolls behandelten.

##### ***4.2. Planung und Ablauf des Vorhabens***

###### **4.2.1. Design**

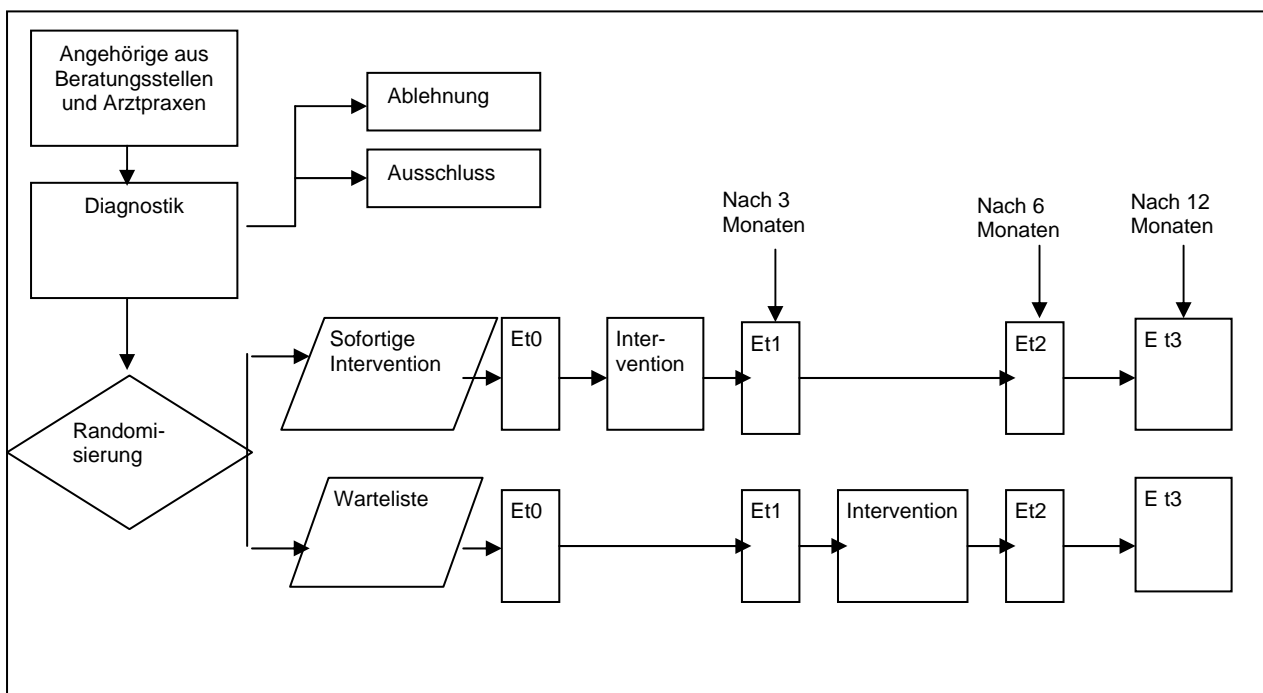
Abbildung 1 gibt einen Überblick über das Design des Forschungsprojekts. Das Projekt lesitete eine randomisierte Zuordnung zu einer sofortigen Interventionsgruppe und einer Wartegruppe, welche die Intervention nach einer dreimonatigen Wartefrist erhielt. Teilnehmer wurden im Anschluss an das Baseline-Assessment zufällig (durch Ziehung verschiedenfarbiger Kärtchen in blickdicht verschlossenen Umschlägen) einer der beiden Studienbedingungen zugeordnet. Kontrollgruppe (KG): Nach Durchführung des Baseline-Assessments erhielten die Probanden die Empfehlung, sich für die 3-monatige Wartezeit

einer Selbsthilfegruppe anzuschließen. Aus ethischen Gründen wurde den Probanden der Kontrollgruppe die Möglichkeit angeboten, sich bei akuten Krisen telefonisch an das Studienteam wenden zu können. Interventionsgruppe (IG): Die Patienten in dieser Gruppe erhielten in den 12 Wochen nach der Baseline-Erhebung wöchentliche Beratungs-/Coachingtermine nach dem CRAFT-Ansatz.

Das Design beinhaltete ein telefonisches Screening interessierter Angehörigen, eine schriftliche und persönliche Baseline-Erhebung (T0), sowie persönliche Katamnesen nach 3, 6 und 12 Monaten. Weiterhin beinhaltete das Studiendesign eine Befragung einer Teilstichprobe befragungsbereiter Indexpatienten, um Aufschlüsse hinsichtlich der Effekte von CRAFT auf die Änderungsmotivation der am Programm nicht teilnehmenden Indexpatienten zu gewinnen. Zur Motivierung der Indexpatienten wurde für die Befragung die Vergabe eines Incentives vorgesehen.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck genehmigt (Nr. 04-119).

**Abbildung 1: Design des Forschungsprojekts „Psychosoziale Intervention bei Angehörigen von Personen mit chronischer Alkoholabhängigkeit“**



Zur Rekrutierung von Studienteilnehmern wurden verschiedene Vorgehensweisen gewählt: in einem ersten Schritt wurden sämtliche niedergelassenen Ärzte mit hausärztlicher Funktion sowie sämtliche Psychotherapeuten im Raum Lübeck angeschrieben und mit Informationsflyern versorgt, in denen die Studie kurz beschrieben wurde und Kontaktdaten des Studienteams abgedruckt waren. In einem beiliegenden Schreiben wurden die Ärzte und Psychotherapeuten gebeten, ihnen bekannten Angehörigen von Alkoholkranken

Informationen über die Studie weiterzuleiten und die Flyer in den Warteräumen auszulegen. Zusätzlich wurden Flyer von Studienmitarbeitern in Einrichtungen der Suchthilfe sowie dem lokalen Gesundheitsamt hinterlegt und die dortigen Mitarbeiter ebenfalls über den Behandlungsansatz informiert. Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte außerdem die Rekrutierung Angehöriger über Online- und Printmedien.

Interessierte Angehörige meldeten sich in einem ersten Schritt telefonisch bei Studienmitarbeitern und wurden nach dem aktuellen Trinkstatus und dem aktuellen Inanspruchnahmestatus des suchtkranken Angehörigen befragt (vgl. Erhebungsmethodik, Telefonisches Screening).

Als **Einschlusskriterien** für die Interventionsstudie wurden definiert:

Vorliegen einer aktuell bestehenden Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs und Alkoholkonsum in den letzten 4 Wochen.

Als **Ausschlusskriterien** wurden festgelegt: aktuell in alkoholspezifischer Behandlung, regelmäßiger Drogenkonsum außer Cannabisprodukte, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit der Angehörigen.

#### **4.2.2. Intervention**

Die Intervention beinhaltete wöchentliche Einzelsitzungen über einen Zeitraum von 12 Wochen und wurde von den im Rahmen des Projektes beschäftigten Psycholog(inn)en sowie den beraterisch tätigen Mitarbeitern der kooperierenden Institutionen durchgeführt. Da im Behandlungsmanual von Smith und Meyers (Smith & Meyers, 2009) ausdrücklich ein individualisiertes Vorgehen empfohlen wird, wurden aus Gründen der Qualitätssicherung neben regelmäßigen Supervisionen der teilnehmenden Berater insbesondere strukturierende Empfehlungen für die ersten Sitzungen gegeben. Im Zusammenhang mit der ersten Behandlungssitzung wurde den Angehörigen ein eigens für das Projekt erstelltes Selbsthilfemanual überreicht, in welchem die einzelnen Bausteine des CRAFT-Vorgehens skizziert wurden und in dem die jeweiligen Arbeitsblätter als Kopiervorlage abgedruckt waren. Weiterhin enthielt das Manual relevante Kontaktadressen des Studienteams und von weiteren Einrichtungen vor Ort (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Frauenspezifische Hilfeangebote u.ä.). Ziel der ersten Behandlungssituation war der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sowie die Vermittlung der zentralen Elemente des weiteren Vorgehens. In Ergänzung zu den im Behandlungsmanual vorgegebenen Modulen wurde im Rahmen des Projekts ein Arbeitsblatt eingesetzt, bei dem die Angehörigen Gründe für und wider eine Veränderung des gegenwärtigen Trinkverhaltens



aus der Sicht ihres IP einschätzen sollten. Weiterhin wurde innerhalb der ersten Sitzungen zumindest eine funktionale Analyse des Trinkverhaltens des IPs durchgeführt, um Informationen zu gewinnen, die als Grundlage praktischer Interventionen genutzt werden konnten.

Schematisch orientiert sich das Vorgehen an das in der Verhaltenstherapie geläufige SORK-Schema (Tuschen, 2000). Das Kürzel steht für die Unterscheidung zwischen Merkmalen der Situation („S“), Organismischen Variablen (Erkrankungen, aber auch Oberpläne wie bsw. Selbstkonzepte; „O“; wird bei CRAFT nicht detailliert betrachtet), der Reaktion („R“) auf diese auslösenden Bedingungen, sowie der kurz- und langfristigen Konsequenzen („K“) des Verhaltens. Für die funktionale Analyse wurde zunächst eine typische, möglichst kurz zurückliegende Konsumsituation ausgewählt. Die funktionale Analyse bei CRAFT beginnt mit einer Erhebung der äußeren Auslöser: Mit wem, wo und wann konsumiert der IP normalerweise. Dann werden innere Auslöser identifiziert: Annahmen des/der Angehörigen, was der IP in dieser Situation denkt und fühlt. Die Beschreibung der auslösenden Bedingungen erlaubt neben einer besseren Vorhersagbarkeit des Verhaltens auch die Identifizierung möglicher Verstärkerbedingungen des IP, für welche Substanz-unabhängige Alternativen entwickelt werden sollen. Das Konsumverhalten wird in einem nächsten Schritt ebenfalls detailliert beschrieben, wobei insbesondere Art und Menge der Substanz sowie Dauer des Konsums erfragt werden. Durch die detaillierte Beschreibung des Konsumverhaltens lassen sich auch Veränderungen des Konsums frühzeitig feststellen. Das Schema enthält weiterhin eine ausführliche Differenzierung in kurzfristige (i.d.R.) positive Konsequenzen und langfristige (i.d.R.) negative Konsequenzen des Konsums. Durch die Analyse der Konsequenzen des Substanzmissbrauchs lassen sich erneut Verstärkerbedingungen des IP (in Form kurzfristiger Konsequenzen) und mögliche Ansatzpunkte für eine Veränderung (in Form langfristiger Konsequenzen) identifizieren. Aus diesem Grunde wird zusätzlich festgehalten, inwiefern der IP sich der (langfristigen) Konsequenzen bewusst ist bzw. dieser den erhobenen langfristigen Konsequenzen zustimmen würde.

Aufgrund der hohen Prävalenz gewalttätiger Übergriffe in Beziehungen mit alkoholabhängigen Partnern wurde innerhalb der ersten beiden Sitzungen Gewalt seitens der behandelnden CRAFT-Berater thematisiert. Bei Vorliegen entsprechender Erfahrungen in der Vergangenheit wurden spezielle funktionale Analysen zum Thema Gewalt durchgeführt, und es erfolgte zusätzlich das Erarbeiten eines Notfallplanes für den Fall gewalttätiger Übergriffe, um die Sicherheit der Angehörigen zu gewährleisten.

Strategien zur Förderung der Lebensqualität des teilnehmenden Angehörigen dienten dem Empowerment und stellten einen bedeutsamen Motivierungsfaktor für die Teilnahme an dem

Programm dar. Analog zur verhaltenstherapeutischen Behandlung depressiver Störungen wurde eine Liste positiver Aktivitäten erstellt, oder es wurde, falls die Angehörigen mit der Erstellung einer solchen Liste Schwierigkeiten hatten, eine Liste angenehmer Aktivitäten aus dem Therapeutenmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT (Linehan, 1996) vorgegeben. Intendiert wurde, das soziale Unterstützungssystem der Angehörigen auszuweiten sowie eigenständige und angenehme Aktivitäten ohne den IP zu fördern.

Das Training kommunikativer Fertigkeiten erfolgte in Anlehnung an das ebenfalls zum Standardrepertoire der Verhaltenstherapie gehörende Training sozialer Kompetenzen und wurde insbesondere in Form von Rollenspielen vermittelt. Dabei war darauf zu achten, dass die Angehörigen eine möglichst konkrete Planung des geeigneten Zeitpunktes für die Umsetzung entsprechender Kommunikationsübungen gegenüber dem IP vornahmen.

Ein weiteres Modul innerhalb des CRAFT-Ansatzes fokussierte die Nutzung positiver Verstärkung. Darunter versteht man in der Lerntheorie eine als positiv erlebte Konsequenz eines Verhaltens, welche in der Person das Bedürfnis nach Wiederholung des Verhaltens erhöht. Beispiele solcher Verstärker, wie sie z.B. auch durch Substanzkonsum hervorgerufen werden können, sind Entspannung, Selbstvertrauen oder Glücksgefühle. Dabei sollten die relevanten Verstärker möglichst durch nicht-substanzbezogene Aktivitäten gewonnen werden. Diese Verstärker werden bei abstinenter/nicht-konsumierendem Verhalten eingesetzt. In diesem Bereich wurden die Angehörigen angewiesen, zunächst geeignete Verstärker des IP zu identifizieren und sukzessive in den Alltag zu integrieren.

Ein weiteres wichtiges Element in der Behandlung stellte die Nutzung negativer Konsequenzen dar. Diese bezieht sich sowohl auf die eigene Interaktion mit der substanzmissbrauchenden Person als auch darauf, natürliche Konsequenzen des Substanzmissbrauchs *nicht* abzumildern (indem z.B. ein alkohol-assoziiertes Fehltag bei der Arbeit durch den Angehörigen gedeckt wird). In der Interaktion bedeutet die Nutzung negativer Konsequenzen, eine „Auszeit“ bei Konsumverhalten einzuführen, d.h. Verstärker zu entziehen. Diese Verstärker wurden nach der relativen Bedeutung für den IP und der Fähigkeit des Angehörigen, diese ohne größere Schwierigkeiten und ohne Eigengefährdung zeitnah zu entziehen, ausgewählt.

Schließlich wurden parallel zu den CRAFT-Sitzungen Behandlungsmöglichkeiten arrangiert. Motivationale Ansatzpunkte (z.B. Krisen), sog. „Windows of Opportunity“, wurden gezielt angesprochen, wobei als Modellvorstellung das bereits in der ersten Behandlungssitzung vermittelte Konzept der „Stages of Change“ aus dem Transtheoretischen Modell der Änderungsmotivation (Prochaska & DiClemente, 1986) herangezogen wurde. Zur Vermittlung der Bestandteile des Moduls an den IP wurden die im Kommunikationstraining erworbenen kommunikativen Fertigkeiten eingesetzt.

Die Interventionen wurden von geschulten Psychologen oder in der Suchtkrankenhilfe tätigen Beratern mit meist sozialarbeiterischem Berufshintergrund durchgeführt. Sämtliche beraterisch Tätigen wurden zunächst in zwei Tagen mit den Basisinterventionen des CRAFT-Ansatzes geschult und anschließend regelmäßig in Einzel- und Gruppensupervisionen gecoach. Bezüglich der Kooperation mit der evangelischen Suchtberatungsstelle fanden während der ersten Monate 14-tägige Supervisionstermine statt, die später indikativ gehandhabt wurden. Bei akuten Krisen im Behandlungskontakt wurden kurzfristig Einzelsupervisionen anberaumt. Die Inhalte sämtlicher Behandlungssitzungen wurden mittels eines standardisierten Formulars dokumentiert.

## **5. Erhebungs- sowie Auswertungsmethodik**

### **5.1. Rekrutierung**

Zu Beginn der Studie wurden sämtliche niedergelassenen Ärzte mit hausärztlicher Funktion und sämtliche niedergelassenen Psychotherapeuten im Gebiet der Hansestadt Lübeck über die Studie postalisch informiert. Zusätzlich wurden ihnen Flyer mit näheren Kontaktinformationen mit der Bitte um Weitergabe an interessierte Patienten zugesandt. Zusätzlich wurden sämtliche Sucht- und Frauenberatungsstellen sowie die beraterisch tätigen Einrichtungen des Gesundheitsamtes über die Studie informiert. Weiterhin wurde die Studie zunächst im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt vorgestellt, um auch Ärzte in etwas entfernteren Regionen über die Studie zu informieren. Nach einem zunächst etwas schleppenden Verlauf der Rekrutierung wurde zudem eine Presseerklärung von der Universität zu Lübeck herausgegeben, in welcher die Studie mit Kontaktdaten beschrieben wurde. Infolge der Vortragstätigkeit des Antragsstellers erfolgte nach etwa 6 Monaten eine Anfrage der Evangelischen Suchtberatungsstelle Rostock, deren Leitung sich bereit erklärte, bei Schulung und Supervision durch den Projektleiter ebenfalls Patienten nach dem Studiendesign zu behandeln. Zur Bewerbung des Angebotes in Rostock wurden ebenfalls Kontakte zu niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Rostock aufgenommen, die weiteren Beratungseinrichtungen informiert und das Angebot zusätzlich im Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern sowie in der lokalen Presse beworben. Nachdem infolge der Presseerklärung der Universität in einem Sonderheft zum Thema Abhängigkeitserkrankungen von „Stern Gesund leben“ die mediale Öffentlichkeit über das Lübecker Projekt informiert war, wurden anschließend auch in Lübeck zunehmend Artikel in der Lokalpresse lanciert, die auf das Projekt hinwiesen.

## **5.2. Telefonisches Screening**

An einer Studienteilnahme interessierte Angehörige meldeten sich in einem ersten Schritt telefonisch bei den Projektmitarbeitern, die in einem telefonischen Screening prüften, ob die Einschlusskriterien erfüllt waren. Nachdem erfasst wurde, in welcher Beziehung die studieninteressierte Person zu dem Indexpatienten stand, wurde das Ausmaß an wöchentlichem Kontakt erfragt und um eine Beschreibung des gegenwärtigen Trinkverhaltens gebeten. In einem nächsten Schritt wurden systematisch die Kriterien alkoholbezogener Störungen nach ICD-10 (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) abgefragt. Konnte eine alkoholbezogene Störung diagnostiziert werden, wurde erfragt, seit wann das pathologische Trinkmuster bestand und ob sich der IP bereits einmal in suchtspezifische Behandlung begeben hatte. Falls Behandlungsvorerfahrung bestand, wurde erfragt, wie lange die letzte Behandlung zurücklag. Weiterhin wurde geprüft, ob sich bei dem Indexpatienten Hinweise auf problematischen Konsum weiterer Suchtstoffe (illegale Substanzen und/oder Medikamente) finden ließen. In einem letzten Schritt wurden die Angehörigen gefragt, durch welche Informationskanäle sie auf die Studie aufmerksam geworden waren. Bei Erfüllung der Einschlusskriterien wurden die eligiblen Teilnehmer über den Ablauf der Studie aufgeklärt (insbesondere wurde das Vorgehen der Randomisierung erläutert) und es wurde möglichst unmittelbar im Anschluss an das Screening ein persönlicher Termin innerhalb der nächsten 7 Tage vereinbart.

## **5.3. Baseline Assessment und Randomisierung**

Die Erhebung des Baseline-Assessments fand in den Räumlichkeiten der Arbeitsgruppe statt. Die Angehörigen wurden gebeten, die Fragebögen der Baseline-Erhebung (vgl. Tabelle 1) im Beisein eines CRAFT-Mitarbeiters auszufüllen. Inanspruchnahme fachlicher Hilfen durch den IP wurde für Selbsthilfe, verschiedene stationäre Maßnahmen, Beratung, Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, hausärztliche Beratung und informelle Kontakte (z.B. Priester) erhoben. Anschließend führte der CRAFT-Mitarbeiter ein persönliches diagnostisches Interview zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung durch den teilnehmenden Angehörigen und haushaltsbedingter Folgekosten der Suchterkrankung mittels des CSSRI (Chisholm et al., 2000) durch. Im Anschluss an das Baseline-Assessment wurden die Angehörigen gefragt, ob ihre IPs über die Kontaktaufnahme zur Studie informiert waren und ob diese ggf. bereit sein könnten, gegen ein Incentive von 50€ ebenfalls an einer Diagnostik teilzunehmen. Die anschließende Randomisierung in die sofortige Interventionsgruppe und die Wartebedingung erfolgte durch die Studienmitarbeiter mittels Ziehung geschlossener Umschläge mit farbigen Kärtchen aus

einer Urne. Mit Patienten, die der sofortigen Interventionsgruppe zugeordnet wurden, wurde ein Termin für die erste CRAFT-Sitzung vereinbart, Patienten der Wartegruppe wurden Informationen über lokale Selbsthilfeangebote für Angehörige Suchtkranker ausgehändigt mit der Empfehlung, während der Wartezeit entsprechende Angebote zu nutzen.

#### **5.4. Follow-up Assessment**

Zu den Follow-up Zeitpunkten nach 3, 6 und 12 Monaten wurden die Kernkonstrukte Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch den IP, Belastungsfaktoren des teilnehmenden Angehörigen und Beziehungsqualität mit identischen Erhebungsinstrumenten wie zur Baseline erhoben. Zur Erhebung der aktuellen Trinkmenge wurde zu den Follow-up Zeitpunkten zusätzlich der AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998) eingesetzt. Weiterhin wurden im Anschluss an die CRAFT-Behandlung (in der IG zur 3-Monatskatamnese, in der WG zur 6-Monatskatamnese) die durchgeführten Module und deren subjektive Nützlichkeit aus Probandensicht mittels einer Ratingskala bewertet.

In den 3- und 6-Monatskatamnesen konnte bei den 89 verwertbaren Fällen eine Ausschöpfungsrate von 100% erreicht werden. Bei der 12-Monatskatamnese wurde in Einzelfällen Probanden, die lokalisiert werden konnten, aber eine geringe Bereitschaft zur Wiederbefragung aufwiesen (z.B. erkennbar durch wiederholtes Versäumen von Terminen, monatelanger telefonischer Nichterreichbarkeit zu verschiedenen Uhrzeiten) ein Incentive für die 12-Monats-Katamnese angeboten, um unterrekrutierungsbedingte Einschränkungen der Aussagekraft der Studie zu kompensieren. Zur 12-Monatskatamnese konnten 82 Probanden wiederbefragt werden (Ausschöpfung: 92,1%). Die nicht-wiederbefragten Probanden konnten meist nicht persönlich kontaktiert werden (keine Reaktion auf Telefonanrufe bzw. email-Kontakte und wurden bei persönlichen Kontaktierungsversuchen nicht angetroffen) und reagierten nicht auf Anschreiben.

Tabelle 1 gibt einen Überblick zu den zum jeweiligen Messzeitpunkt eingesetzten Erhebungsinstrumenten.

**Tabelle 1: Eingesetzte Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte**

	Scree- ning	Base- line	3-M.- Kat.	6-M.- Kat.	12-M.- Kat.
Art der Beziehung zum Indexpatienten	X				
Ausmaß an Kontakt	X				
Aktuelle Konsumverhalten	X				

Checkliste Abhängigkeit/Missbrauch (ICD-10 + DSM-IV)	X				
Onset des Trinkverhaltens	X				
Alkoholspezifische Behandlungsvorgeschichte des IP	X				
Ggf. Zeitpunkt der Behandlung	X				
Konsum weiterer Substanzen durch IP	X				
Vermittlungskontext (Ärzte/Therapeuten/Presse etc.)	X				
Soziodemographie		X			X
Subjektiver Gesundheitszustand		X			X
Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) (Reinhardt, Bischof, Grothues, John, & Rumpf, 2006)		X	X	X	X
Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch IP		X	X	X	X
ACD (Moos, Cronkite, Billings, & Finney, 1985)		X	X	X	X
Beziehungszufriedenheit zum IP (Smith & Meyers, 2009)		X	X	X	X
Rauchstatus		X	X	X	X
Rauchverhalten in der Vergangenheit		X			
Anzahl täglich gerauchter Zigaretten		X	X	X	X
Fagerström test for nicotine dependence (FTND; Fagerström, 1991; Fagerström & Schneider, 1989)		X			
Five-Item Mental Health Screening Test (Berwick et al., 1991)		X	X	X	X
SWLS (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)		X	X	X	X
BASOC-3 (Schumann, Hapke, Rumpf, Meyer, & John, 2003)		X	X	X	X
Social Support (Schwarzer & Schulz, 2000)		X	X	X	X
PSSI-K (J. Kuhl & Kazén, 1997)		X			X
SSI-K2 (J. Kuhl & Fuhrmann, 1998)		X			X
HAKEMP 90 (J. Kuhl, 1990)		X			
HAKEMP 24 (J. Kuhl, 2005)					X
BDI (Hautzinger, Bailer, Worall, & Keller 1995)		X	X	X	X
SCL-90-R (Franke, 1995)		X	X	X	X
Inanspruchnahme fachlicher Hilfe durch Angehörige		X	X	X	X
RFNSH (Hingson, Mangione, Meyers, & Scotch, 1982; Michael et al., 2003)		X			

CSSRI (Chisholm, et al., 2000)		X			X
AUDIT-C (Bush, et al., 1998)			X	X	X
Änderung Trinkverhalten des IP			X		X
HAQ (Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995)			X		
WHO-5 Questionnaire (WHO, o.J.)				X	X
Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung				X	
NEO-FFI (Borkenau & Ostendorf, 1993)				X	
Motiv-Umsetzungs-Test (J. Kuhl, 2001)				X	
Kritische Lebensereignisse					X

### **5.5. Befragung der alkoholabhängigen Angehörigen**

Die in dem ursprünglichen Antrag anvisierte Befragung der nicht apriori an der Intervention teilnehmenden alkoholabhängigen Indexpatienten musste im Juni 2009 aufgrund mangelnder Ausschöpfung eingestellt werden. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits etwa 70 Angehörige in die Studie eingeschlossen worden, von denen 56 ihre suchtkranken Angehörigen nicht über die Studie informieren wollten bzw. dies von dem Verlauf der Interventionen abhängig machten. So gelang es lediglich, drei Indexpatienten zu einem standardisierten Assessment zu gewinnen. Aufgrund der fehlenden Erfolgsaussichten auf eine ausreichende Stichprobengröße, die inferenzstatistische Auswertungen erlaubt hätte, wurde daraufhin die weitere Rekrutierung von Indexpatienten aufgegeben.

### **5.6. Datenerfassung und Datenbereinigung**

Für eine standardisierte Datenerfassung wurden auf die speziellen Studienbedürfnisse zugeschnittene MS-ACCESS-basierte Datenbanken programmiert. Diese enthielten Konsistenzprüfungen direkt bei der Eingabe der Daten, wie die Vorgabe gültiger Werte und die Automatisierung von Sprüngen im Fragebogenverlauf. Sämtliche Fragebögen wurden doppelt eingegeben, um Eingabefehler zu identifizieren. Nicht übereinstimmende Daten wurden geprüft und korrigiert. In der anschließenden Datenbereinigung wurde eine Vielzahl von Maßnahmen eingesetzt, um die Qualität der Daten sicherzustellen: a) Abgleich redundanter Daten und Plausibilitätskontrollen, b) Prüfung der Kodierungen aller Variablen auf Einhaltung des gültigen Wertebereichs, c) Prüfung von Filtersprüngen, d) Analyse von Missingwerten bezüglich Item- oder individuumsspezifische Häufungen. Ließen sich bei Fehlkodierungen die korrekten Werte nicht anderweitig ermitteln oder eindeutig erschließen, erhielten die betreffenden Variablen eine speziell für diesen Fall vorgesehene Kodierung. Die mittlere Fehlerrate bei sämtlichen Dateneingaben betrug 0,1% (Range bei den

unterschiedlichen Fragebögen: 0,00% bis 0,37%).

### **5.7. Auswertung**

Das Hauptoutcome Inanspruchnahme alkoholbezogener fachlicher Hilfen wurde auf Grundlage der erhobenen Inanspruchnahmemodalitäten dichotomisiert (Ja/Nein), wobei lediglich aktive Inanspruchnahme durch den IP gewertet wurde (hausärztliche Beratung ohne Wunsch des IP zählte dementsprechend nicht als Inanspruchnahme). Über die verschiedenen Messzeitpunkte wurde ein kumulativer Index erstellt, d.h. die jeweiligen Parameter bilden jede Form der Inanspruchnahme seit der Baseline-Erhebung ab.

Der primäre Effekt wird mittels Chi-quadrat-Tests mit Kontinuitätskorrektur analysiert. Die Analyse der sekundären Outcomes erfolgt mittels T-Tests für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-U-Tests. Zusätzlich erfolgen explorative Analysen zur Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe. Im Rahmen zweier laufender Dissertationsprojekte ist der Einsatz multivariater Verfahren zur Identifizierung erfolgs- bzw. misserfolgsassoziierter Faktoren bzgl. der Outcomemaße vorgesehen.

### **5.8. Drop out**

Behandlungsabbrecher wurden in der vorliegenden Studie als Dropouts gewertet und dementsprechend nicht weiter in die Analyse einbezogen. Weiterhin wurden Probanden, deren IPs während der Studienlaufzeit verstarben, nicht weiter kontaktiert und ebenfalls als Dropouts gewertet. Bezüglich der in den Katamnesen nicht wiedererreichten Studienteilnehmer, die die CRAFT-Behandlung regulär abschlossen, wurde eine Intention-to-Treat-Analyse gerechnet, d.h. es wurden die Angaben des jeweils letzten Messzeitpunktes genutzt. Aufgrund der niedrigen Abbruchquote und der hohen Wiedererreichungsquote bei den Katamnesen (vgl. Kap. 6.1.) ist nicht von einer Verzerrung der Befunde auszugehen.

## **6. Erzielte Ergebnisse**

### **6.1. Probandenrekrutierung**

Während der Studienlaufzeit meldeten sich insgesamt 139 Angehörige telefonisch, von denen verwertbare Screening-Bögen vorliegen. Von diesen erfüllten 15 Personen nicht die Einschlusskriterien für eine Studienteilnahme (i.d.R. aufgrund aktueller Behandlung des IP oder aufgrund zu geringer Problemschwere), weitere 17 Angehörige hatten nach Schilderung des Studienprocedures kein Interesse an einer Teilnahme oder sagten nach einer Bedenkzeit aufgrund langer Anfahrtswege ab. Die Baseline Diagnostik konnte mit 107 Angehörigen durchgeführt werden, von denen 60 Angehörige der sofortigen



Interventionsgruppe und 47 der Wartegruppenbedingung zugeordnet wurden. Von diesen brachen 9 Personen die Studienteilnahme nach einer bis wenigen Behandlungssitzungen ab, weitere 4 Personen trennten sich während der Wartephase von ihrem IP, ein Proband entschloss sich nach Zuweisung in die Wartegruppe, anstelle der weiteren Studienteilnahme eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, eine Person sagte die Studienteilnahme aufgrund einer schweren Erkrankung einer nahestehenden Person ab, und in drei Fällen verstarben die Indexpatienten innerhalb der ersten 6 Monate der Studienlaufzeit, so dass den Angehörigen eine weitere Befragung nicht zugemutet werden konnte. Insgesamt brachen in der Wartegruppe 10 Personen und in der Interventionsbedingung 8 Personen die Studienteilnahme ab bzw. konnten nicht wiederbefragt werden. Somit liegen von 89 Personen gültige Angaben vor.

## **6.2. Stichprobenbeschreibung**

Vergleichbar den US-amerikanischen Studien war die überwiegende Mehrzahl der teilnehmenden Angehörigen weiblich (93,3%; N=83). Insgesamt 76,4% der teilnehmenden Angehörigen waren entweder Ehepartner (60,7%; N=54) oder Lebenspartner (15,7%, N=14) des Indexpatienten, weitere 10,1% (N=9) waren erwachsene Kinder und 7,9% (N=7) Eltern der IP, 2 Angehörige (2,2%) waren Geschwister des IP. Lediglich 2 Angehörige waren Freunde, eine teilnehmende Angehörige war Verwandte dritten Grades. Die Dauer der Beziehung bei den nicht miteinander verwandten Angehörigen betrug im arithmetischen Mittel 22 Jahre (SD=12,8; Range: 2 Monate bis 48 Jahre).

Der Bildungshintergrund der teilnehmenden Angehörigen war mit einem Akademikeranteil von 23,6%, einem Fachhochschulabschluss bei 13,5% und einem Anteil an Abiturienten ohne FH oder Universitätsabschluss von 11,2% vergleichsweise hoch; der Anteil an Probanden mit Haupt- oder Realschulabschluss betrug demgegenüber 46,6%. Die knappe Mehrzahl der Angehörigen war voll- oder teilzeit erwerbstätig mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden, 32,6% waren nicht erwerbstätig. Insgesamt waren 9% der Stichprobe arbeitslos, 18% berentet oder erwerbsunfähig und 10% Hausfrauen bzw. –männer.

Die Mehrheit der teilnehmenden Angehörigen (62,9%) hatte in der Vergangenheit bereits einmal Hilfeangebote wegen der Alkoholproblematik des IP aufgesucht. Am häufigsten wurden dabei von 29 Probanden (32,6%) Beratungsstellen aufgesucht, die Gespräche dort wurden jedoch von 60,7% als nicht bzw. gar nicht hilfreich eingestuft. Insgesamt 26 Angehörige hatten Hilfe im Rahmen der medizinischen Basisversorgung, im Internet, durch Bibliothherapie oder durch weitere informelle Quellen wie Pastoren in Anspruch genommen, wobei auch diese Hilfeformen von 54% als nicht oder gar nicht hilfreich beschrieben wurden.

Weiterhin hatten 25 Studienteilnehmer an einer Selbsthilfegruppe für Angehörige Suchtkranker teilgenommen. Dieses Angebot wurde von 48% als nicht oder gar nicht hilfreich eingestuft.

### **6.3. Vermittlungskontext**

Während des ersten Kontaktes wurden die Angehörigen gefragt, wie sie von dem Projekt erfahren hatten. Von einem behandelnden Arzt auf die Studie aufmerksam gemacht wurden 14,6% der Stichprobe, weitere 15,7% wurden von ihrem behandelnden Psychotherapeuten über die Studie informiert. Weitere 10,1% meldeten sich auf Empfehlung einer Sucht- oder anderen Beratungsstelle. Demgegenüber meldeten sich 47,2% auf Presseartikel oder ausliegende Flyer und weitere 12,4% kamen auf Empfehlung durch persönliche Kontakte, z.T. auch durch Probanden, die bereits an der CRAFT-Studie teilgenommen hatten. Die ursprüngliche Intention, zu prüfen, inwiefern über den Zugangsweg „Suchtberatungsstelle“ rekrutierte Angehörige einen besonderen Schweregrad eigener Belastung aufwiesen, war aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht inferenzstatistisch überprüfbar. Aus diesem Grund wurden lediglich „vermittelte“ Probanden (über Ärzte, Psychotherapeuten oder Beratungsstellen) mit Probanden verglichen, die sich auf informelle Empfehlungen oder auf Presseartikel bei den Studienmitarbeitern meldeten. Der Vergleich der Parameter psychosozialer Belastung zur Baseline ergab eine statistisch signifikant ( $p=.027$ ) geringere seelische Gesundheit, operationalisiert mittels des MHI-5 bei den „vermittelten“ Probanden ( $M=7,5$ ,  $SD=4,1$ ) gegenüber den medienrekrutierten Probanden ( $M=9,1$ ,  $SD=3,4$ ). Hinsichtlich der weiteren erhobenen Belastungsparameter (Gesundheitszustand, BDI, SCL-90) ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen.

### **6.4. Darstellung der Studienergebnisse**

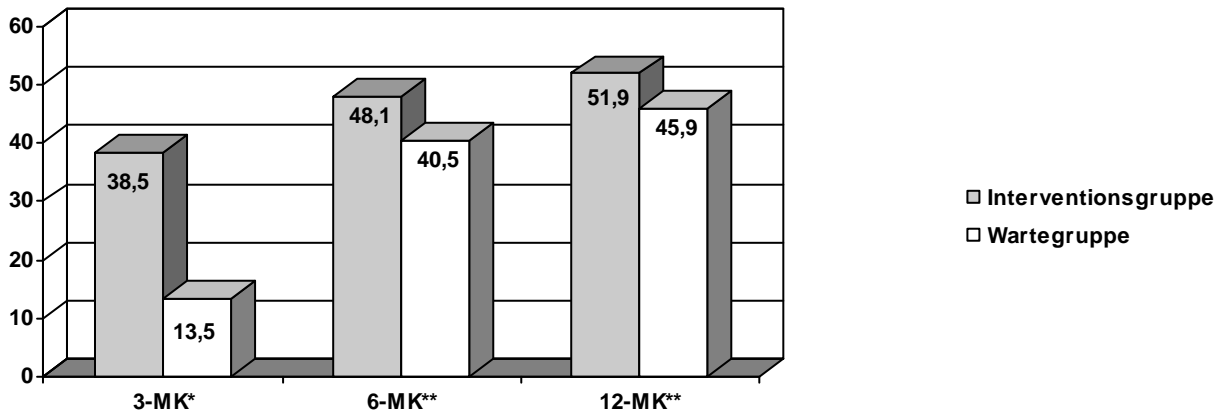
#### **6.4.1. Inanspruchnahme von Hilfen und Trinkverhalten**

Hinsichtlich der Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch die Indexpatienten als dem Hauptoutcome der vorliegenden Studie ergaben sich hypothesenkonforme Ergebnisse (vgl. Abb. 2). Die Variable Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen umfasste ausschließlich reaktive Interventionen, d.h. auf Suchtmittelprobleme spezialisierte Interventionen, die aktiv von dem IP aufgesucht werden mussten; proaktive Beratung durch beispielsweise einen behandelnden Arzt wurde nicht als Inanspruchnahme gewertet. Selbsthilfegruppenbesuche wurden entsprechend der o.g. Definition als Inanspruchnahme gewertet.

Zur 3-Monatskatamnese war die Inanspruchnahme der Indexpatienten der Interventionsgruppe gegenüber der Wartebedingung signifikant erhöht ( $\chi^2=6,61$ ,  $df=1$ ,

p=.016). Nachdem die Wartegruppe die Intervention erhalten hatte, unterschieden sich die beiden Gruppen erwartungsgemäß weder in der 6-Monatskatamnese ( $\text{Chi}^2=0,496$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=.552$ ) noch in der 12-Monatskatamnese ( $\text{Chi}^2=.309$ ,  $\text{df}=1$ ,  $p=.669$ ).

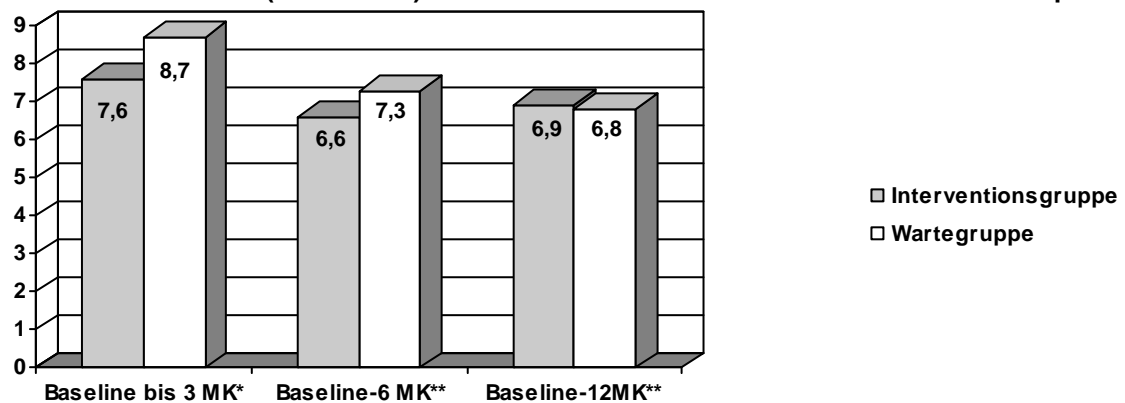
**Abb. 2: Kumulative Inanspruchnahmerate suchtspezifischer Angebote seitens der Indexpatienten (Angaben in Prozent)**



\*Messung des Interventionseffektes; \*\*Messung, nachdem beide Gruppen die Intervention erhalten haben

Ähnliche Ergebnisse ergaben sich bezüglich der berichteten Trinkmengen zu den drei Katamnesezeitpunkten (vgl. Abbildung 3). Zur 3-Monatskatamnese wiesen die IPs der Interventionsgruppe einen (fremdanamnestisch erhobenen) niedrigeren AUDIT-C-Wert auf als die IPs der Wartegruppenbedingung (Mann-Whitney-U =715,5;  $p=.038$ ). Bei den weiteren Follow-up Zeitpunkten nach 6 und nach 12 Monaten ergaben sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen.

**Abb. 3: AUDIT-C Scores (Mittelwerte) des Trinkverhaltens des IP zu den Katamnesezeitpunkten**



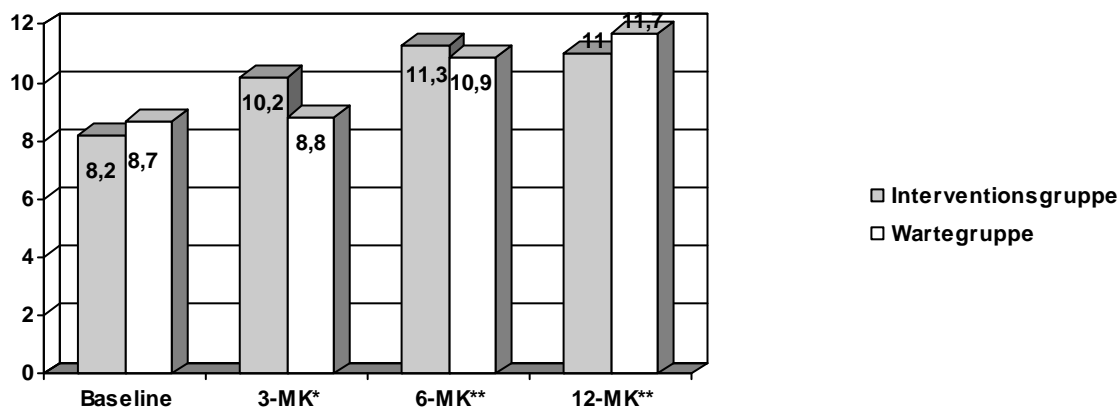
\*Messung des Interventionseffektes; \*\*Messung, nachdem beide Gruppen die Intervention erhalten haben

#### 6.4.2. Psychosoziale Belastung der Angehörigen

Als zentrale Erfassungsmerkmale psychosozialer Belastung wurden in der vorliegenden Analyse MHI-5, BDI und SCL-90-R herangezogen. Die Ergebnisse bzgl. des MHI-5 sind in

Abbildung 4 dargestellt. Der MHI-5 stellt ein gutes Screeningmaß hinsichtlich affektiver Störungen dar (Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2001). Die seelische Gesundheit steigt in beiden Gruppen über die Messzeitpunkte an. Zu den einzelnen Messzeitpunkten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Werden die jeweiligen Veränderungen innerhalb der Gruppen mit dem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test für verbundene Stichproben analysiert, so zeigt sich in der Interventionsgruppe ein signifikanter Unterschied zwischen der Baseline- Erhebung und der 3-Monatskatamnese ( $p < .001$ ), in der Wartegruppenbedingung ergibt sich eine signifikante Veränderung zwischen der 3-Monats- und der 6-Monatskatamnese ( $p = .009$ ). Die Veränderungen zwischen den übrigen Messzeitpunkten sind in beiden Gruppen nicht signifikant.

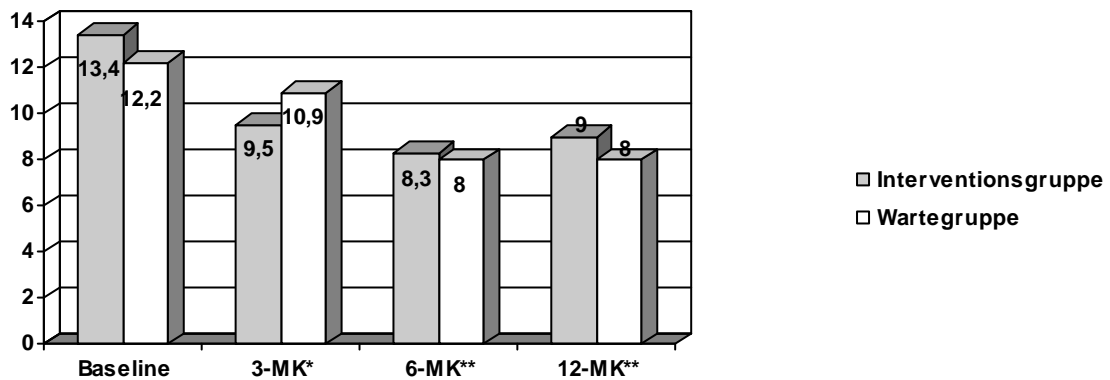
**Abbildung 4: MHI-5-Summenscores zu den Erhebungszeitpunkten**



\*Messung des Interventionseffektes; \*\*Messung, nachdem beide Gruppen die Intervention erhalten haben

Als weiteres Maß für affektive Störungen wurde in der vorliegenden Studie der BDI eingesetzt. Die Mittelwerte beider Gruppen zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten sind in Abbildung 5 dargestellt. In beiden Gruppen zeigte sich über die Messzeitpunkte ein Rückgang der Depressivität, lediglich in der Interventionsgruppe war der BDI-Wert zur 12-Monats-Katamnese gegenüber der 6-Monatskatamnese nicht-signifikant erhöht. Analog zum MHI-5 ergeben sich zu keinem Messzeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bezüglich der Veränderungen innerhalb der jeweiligen Gruppen ergeben sich im Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test signifikante Differenzen in der Interventionsgruppe zwischen der Baseline-Erhebung und der 3-Monatskatamnese ( $p > .001$ ), in der Wartegruppe zwischen der 3- und der 6-Monatskatamnese ( $p = .004$ ). Die Veränderungen zwischen den übrigen Messzeitpunkten sind in beiden Gruppen nicht signifikant.

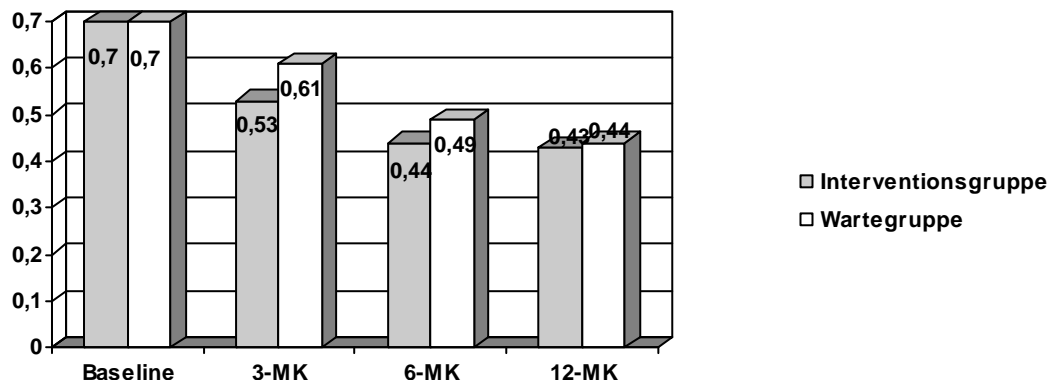
**Abb. 5: BDI-Summenscores zu den Erhebungszeitpunkten**



\*Messung des Interventionseffektes; \*\*Messung, nachdem beide Gruppen die Intervention erhalten haben

Als weiteres Maß für Veränderungen hinsichtlich psychosozialer Belastungen wurde die SCL-90-R eingesetzt. In Abbildung 6 finden sich die Werte beider Gruppen zu den verschiedenen Messzeitpunkten auf der Skala GSI, die als Maß für die allgemeine psychische Belastung anzusehen ist (Franke, 1995). Über die Messzeitpunkte hinweg zeigte sich in beiden Gruppen ein Rückgang der psychischen Belastung. Erneut unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant zu den einzelnen Messzeitpunkten. Die Veränderungen innerhalb der Gruppen waren zwischen der Baseline-Erhebung und der 3-Monats-Katamnese sowohl in der Interventionsgruppe ( $p > .001$ ) als auch in der Wartegruppe signifikant ( $p = .025$ ), zwischen der 3-Monats- und der 6-Monatskatamnese zeigte sich weiterhin ein signifikanter Rückgang in der Wartegruppe ( $p = .030$ ). Die übrigen Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten waren in beiden Gruppen nicht statistisch bedeutsam.

**Abb. 6: Psychische Belastung (GSI-Score der SCL-90-R)**



\*Messung des Interventionseffektes; \*\*Messung, nachdem beide Gruppen die Intervention erhalten haben

## **6.5. Wissenschaftliche Nutzungs- und Verwertungsmöglichkeiten einschließlich der nächsten geplanten Schritte**

Die Ergebnisse belegen eine Wirksamkeit angehörigebasierter Interventionen nach dem CRAFT-Modell sowohl hinsichtlich der Erhöhung der Inanspruchnahmeraten des Suchthilfesystems durch initial nicht behandlungsbereite Alkoholabhängige als auch für die Reduktion psychischer Belastung der teilnehmenden Angehörigen. Entsprechend bieten sich CRAFT-gestützte Behandlungsangebote in Übereinstimmung mit dem Stand der internationalen Forschung (z.B. Roozen, et al., 2010) für die Optimierung der Versorgungsangebote Angehöriger als auch für die Ressourcenerhaltung und Verbesserung der Behandlungssituation chronischer Alkoholabhängiger an. International erstmalig wurde die Wirksamkeit des Ansatzes in einem Land mit uneingeschränktem Zugang zu Versorgungsstrukturen nachgewiesen. Als Konsequenz aus den ermutigenden Studienergebnissen wurde und wird zunächst das Verfahren auf Veranstaltungen mit Beteiligung in der Versorgung tätiger Suchtberater vorgestellt und vermittelt. Für die weitere Implementierung wurde zudem ein Gruppenkonzept nach dem CRAFT-Modell erarbeitet, da in der Versorgungspraxis die von den Entwicklern des Ansatzes empfohlene Behandlungsdauer in Form von 12 Einzelsitzungen aufgrund eingeschränkter Ressourcen nicht flächendeckend umsetzbar erscheint.

## **7. Diskussion und Ausblick**

### **7.1. Bezug zu den übergeordneten Fragestellungen des Förderschwerpunkts**

Hinsichtlich des Behandlungsangebotes wurde mit CRAFT erstmals ein zieloffener Ansatz der Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen evaluiert. Dabei können Angehörige Strategien zur Verbesserung der Eigenbefindlichkeit unabhängig von dem IP und Strategien mit dem Ziel einer Einflussnahme auf das Verhalten des IP wählen bzw. entsprechend priorisieren. Der Ansatz vermittelt zudem den teilnehmenden Angehörigen Wissen (z.B. über motivationale Aspekte von Verhaltensänderungen bei Suchterkrankungen) und Kompetenzen (z.B. hinsichtlich kommunikativer Fertigkeiten oder bzgl. zielführender Verhaltensstrategien im Umgang mit dysfunktionalen Verhaltensweisen des Abhängigkeitserkrankten). Dieses Empowerment der Angehörigen schlug sich in der vorliegenden Studie in einem deutlichen Rückgang an Depressivität und einer für Therapiestudien guten Behandlungcompliance mit wenigen Behandlungsabbrüchen nieder. Hinsichtlich der alkoholabhängigen Indexpatienten ist die Erhöhung der Inanspruchnahmeraten ein bedeutsames Mittel zur Reduktion von Morbidität und Mortalität. Zusätzlich ist von der positiven Beeinflussung der Umgebungsfaktoren ein bedeutsamer

Empowerment-Faktor für die Stabilisierung der erzielten Erfolge zu erwarten. Weiterhin ist davon auszugehen, dass die durch CRAFT angestrebte Verbesserung der Beziehungszufriedenheit zu einer Aufrechterhaltung sozialer Ressourcen führen kann, die bei einem Teil der Betroffenen durch die Abhängigkeitserkrankung gefährdet sind.

## **7.2. Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse**

In Deutschland betreiben nach epidemiologischen Studien etwa 9,5 Millionen Menschen einen gesundheitlich riskanten Alkoholkonsum, darunter sind etwa 1,3 Millionen alkoholabhängige Menschen (Merfert-Diete, 2011). Die Kosten alkoholbezogener Krankheiten (ohne Kriminalität und intangible Kosten) werden pro Jahr auf ca. 20,6 Mrd. € geschätzt. Der größte Teil des volkswirtschaftlichen Schadens bezieht sich mit ca. 7 Mrd. € auf die alkoholbezogene Mortalität (Bühringer et al., 2000). Etwa 5% der Frühberentungen lassen sich auf alkoholbezogene Erkrankungen zurückführen (Robert-Koch-Institut, 2002). Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen an allen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren beträgt bei Männern 25% und bei Frauen 13% (Hanke & John, 2003). Nicht berücksichtigt in diesen Analysen sind die gesundheitlichen Folgekosten bei Angehörigen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch Implementierung CRAFT-basierter Behandlungsansätze die Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen durch Suchtkranke verbessert werden kann und teilweise klinisch relevante Beeinträchtigungen bei Angehörigen minimiert werden können.

## **7.3. Relevanz und Nutzen für die Versorgungspraxis**

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, ist Alkoholabhängigkeit eine chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz und gravierender Unterversorgung in der suchtspezifischen Behandlung. Wenn Suchtkranke sich durch angehörigenbasierte Interventionen zu einem früheren Zeitpunkt mit entsprechend geringeren gesundheitlichen und sozialen Folgeproblemen in das Suchthilfesystem begeben würden, dürfte dies deren Prognose verbessern.

Andererseits wurden die Auswirkungen substanzbezogener Störungen auf die Gesundheit von Angehörigen in den letzten Jahren insbesondere in Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum empirisch nachgewiesen, da diese mit extrem belastenden Lebenssituationen und negativen Folgen des Trinkens konfrontiert werden, in der Regel ohne über angemessene Bewältigungsstrategien zu verfügen. Als Folge dieser permanenten Stresssituation entwickeln viele Betroffene eigene Symptome und Störungen (Copello, Velleman, & Templeton, 2005; Velleman et al., 1993). In einer US-amerikanischen Bevölkerungsstudie zeigte sich, dass Frauen, deren Partner Alkoholprobleme aufwiesen, gegenüber ihrer Referenzpopulation erhöhte Raten an Viktimisierung, Verletzungen,

affektiven und Angststörungen sowie einen reduzierten allgemeinen Gesundheitszustand zeigten (Dawson, Grant, Chou, & Stinson, 2007). Die Erreichung Angehöriger durch das existierende Suchthilfesystem ist ebenfalls unzureichend (Bischof, Iwen, Müller, Freyer-Adam, & Rumpf, 2007). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt beschränken sich Angebote für Angehörige von Alkoholabhängigen in Deutschland weitgehend auf Angebote der Selbsthilfe, die konzeptionell Versuchen der Einflussnahme auf die Alkoholabhängigkeit negativ gegenüberstehen. Die überwiegende Mehrzahl der auch von praktisch Tätigen rezipierten Publikationen zu Angehörigen Suchtkranker basieren unverändert auf einem wissenschaftlich falsifizierten, pathologisierenden Konzept der Co-Abhängigkeit (Bischof, et al., 2007) und propagieren gleichermaßen die konsequente Abgrenzung bis hin zur Trennung als einzig vertretbarem Behandlungsziel in der Angehörigenarbeit. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse US-amerikanischer Studien und den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist von einer deutlichen Steigerung der Wirksamkeit von Angehörigeninterventionen bei Einbeziehung von lerntheoretisch fundierten Modulen des CRAFT-Ansatzes auszugehen. Somit liegt ein evidenzbasiertes Konzept vor, mittels dessen sich ein substantieller Teil initial nicht behandlungsbereiter Alkoholabhängiger zur Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen motivieren lassen könnte und durch die Nutzung der Ressourcen des sozialen Nahraums ein höheres Maß an Selbstmanagement und Empowerment im Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung erhalten könnte.

#### ***7.4. Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse***

Grundsätzlich betreffen die Ergebnisse sowohl Öffentlichkeitsarbeit, bibliothераpeutische, Selbsthilfebezogene und professionelle Hilfeangebote sowie vorhandene Versorgungsstrukturen. Die Ergebnisse belegen, dass eine Einflussnahme auf den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung nahestehender Personen möglich ist und dass entsprechende Angebote zu einer Reduktion psychischer Belastung bei den teilnehmenden Angehörigen führen. Für den Bereich der Bibliothераapie und Öffentlichkeitsarbeit bedeutet dies, dass eine Erweiterung des Fokusses auf aktive Handlungsmöglichkeiten Angehöriger anzustreben wäre.

Weiterhin ist CRAFT im deutschsprachigen Raum als der bisher einzige evaluierte Behandlungsansatz für Angehörige nicht behandlungsbereiter Suchtkranker anzusehen. Die Befunde legen nahe, die bereits vorhandenen Angebote zur Angehörigenarbeit auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen (indem z.B. in der Angehörigenarbeit Tätige durch geeignete Schulungsmaßnahmen Kernkompetenzen des CRAFT-Ansatzes erwerben). Weiterhin erscheint ein Ausbau des Behandlungsangebotes für Angehörige Suchtkranker durch geeignete Vergütungskonzepte erstrebenswert. Aufgrund der meist eingeschränkten



personellen Ressourcen in Angeboten der Suchtrankenhilfe wurde ein Gruppenkonzept entwickelt, welches im Frühjahr 2012 in die Erprobungsphase gehen wird. Weiterhin wurde seitens des Projektleiters im Rahmen der Kooperation mit dem Bundesverband der Guttempler ein auf CRAFT-Elementen basierendes Ausbildungskolloquium für eine neue Form der Angehörigenselbsthilfe („Familienklubs“) entwickelt.

## **Kurzfassung**

### **Projektinformationen**

Projektleiter: Dr.phil. Dipl. Psych. Gallus Bischof, Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Kontaktadresse Dr.phil. Dipl. Psych. Gallus Bischof, Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

E-mail: Gallus.Bischof@uk-sh.de

Mitarbeiter: Dr. Dipl. Psych. Gallus Bischof, Dipl. Psych. Julia Iwen, Dipl. Psych. Christian W. Müller, M.A. Anja Bischof

### Publikationen:

1. Das „Community Reinforcement and Family Training“ CRAFT. (G. Bischof; in press) Suchtmagazin.
2. Neue Ansätze zur Angehörigenarbeit bei Suchtmittelabhängigen ohne Therapiebereitschaft. Das Community Reinforcement Ansatz-basierte Familien-Training (CRAFT). (G. Bischof, J. Iwen, C.W. Müller, J. Freyer-Adam, H.-J- Rumpf; 2008). Konturen, 29, 28-31.
3. Beratung für Angehörige von krankheitsuneinsichtigen Alkoholabhängigen nach dem Community Reinforcement Ansatz-basierten Familien-Training (CRAFT): Eine Interventionsstudie an der Evangelischen Suchtberatungsstelle Rostock. G. Bischof, J. Iwen, Z. Landji, C.W. Müller, H.-J- Rumpf; 2008). Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern, 18 (11), 375-377.
4. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). Intervention bei Angehörigen von Alkoholabhängigen ohne Therapiebereitschaft. (G. Bischof, J. Iwen, C.W. Müller, K. Junghanns, C. Veltrup, F. Hohagen, H.-J- Rumpf; 2008). Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 61(5), 56-58.
5. Das Community Reinforcement Ansatz basierte Familien Training (CRAFT): Angehörigenarbeit bei Suchtkranken ohne Behandlungsbereitschaft. (G. Bischof, J. Iwen, C.W. Müller, J. Freyer-Adam, H.-J- Rumpf; 2007). Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 30, 53-62.
6. The impact of having a loved one with alcohol problems on subjective health status and health-risk behaviours in a general hospital sample. (J. Iwen, G. Bischof, , S. Reinhardt, J.M. Grothues, U. Hapke, U. John, Freyer-Adam, H.-J- Rumpf; 2010) Substance Use and Misuse, 45, 2470-2480

Indikationen: Substanzbezogene Störungen

Themen: Angehörige Suchtkranker, CRAFT, Kommunikationstraining, Inanspruchnahme von Behandlung, Coaching, Versorgungsstrukturen

## **Kurzbeschreibung:**

Hintergrund: Alkoholabhängigkeit ist eine hochprävalente Erkrankung mit gravierender Unterversorgung, die sich oftmals auch negativ auf das soziale Umfeld des Suchtkranken auswirkt. Aus US-amerikanischen Studien ist bekannt, dass spezifische Behandlungsverfahren für Angehörige Alkoholabhängiger die Inanspruchnahme fachlicher Hilfen durch den Suchtkranken zu fördern können, indem Angehörige eigene Verhaltensweisen dahingehend ändern, dass für den IP abstinenteres Verhalten in der Attraktivität steigt und Konsequenzen des Konsums von Suchtmitteln nicht mehr durch die Angehörigen abgeschwächt werden. Mit der Behandlung wird ein Rückgang an Morbidität bei den Angehörigen und den suchtkranken Indexpatienten (IP) angestrebt.

Ziele und Fragestellungen: Es wurde geprüft, inwiefern die Inanspruchnahmerate fachlicher Hilfen nicht-behandlungsbereiter Alkoholabhängiger durch eine Intervention für Angehörige verbessert werden kann. Angehörige wurden erstmals auch durch Versorgungseinrichtungen und niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten rekrutiert. Geprüft wurde, inwiefern die Intervention zu erhöhter Inanspruchnahme und/oder vermindertem Alkoholkonsum bei den IP führte und inwiefern die initiale Belastung der teilnehmenden Angehörigen durch die Intervention gesenkt werden konnte. Methoden: Angehörige von Alkoholabhängigen wurden randomisiert einer sofortigen 12-wöchigen Interventionsphase nach dem Community Reinforcement and Family Training oder einer Wartegruppe zugewiesen. Nach drei Monaten erfolgte eine erste Katamnese. Im Anschluss erhielten die Wartegruppenprobanden ebenfalls eine 12-wöchige Intervention. Nach 6 und 12 Monaten erfolgten weitere Katamnesen, bei denen eine Angleichung der Gruppen und eine den US-Studien vergleichbare Inanspruchnahmerate nach 12 Monaten erwartet wurde.

Studiendesign: Randomisierte Wartegruppenstudie.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 107 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, von denen 18 die Behandlung nach Bearbeitung der Baseline-Diagnostik nicht begannen oder zu einem späteren Zeitpunkt vorzeitig abbrachen, so dass insgesamt 89 auswertbare Fragebögen vorlagen. Dank einer Ausschöpfungsquote von 100% in der 6-Monatskatamnese und 92% in der 12-Monatskatamnese konnten die auf der Grundlage einer Poweranalyse angestrebten Fallzahlen annähernd realisiert werden. Die Ergebnisse der 3-Monatskatamnese zeigen eine signifikante höhere Rate an Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei den IPs der Interventionsgruppe. Hinsichtlich der Trinkmengen der IP zeigte sich eine Tendenz zu erniedrigter Trinkmenge in der IG-Gruppe. In Zusammenhang mit der erfolgten Intervention nach 6 Monaten ergibt sich zudem hypothesenkonform eine Angleichung zwischen Inanspruchnahmeverhalten und Trinkverhalten der IP bei Interventions- und Wartegruppe. Hinsichtlich psychischer

Belastungsfaktoren ergaben sich keine signifikante Gruppendifferenzen zu den einzelnen Messzeitpunkten, allerdings waren die Veränderungen innerhalb der beiden Gruppen weitgehend konsistent jeweils signifikant. Die Ergebnisse zur 12-Monatskatamnese entsprechen der vor Studienbeginn erwarteten Rate und liegen damit etwas unter den Vergleichsdaten US-amerikanischer Studien. Die Ergebnisse belegen die Wirksamkeit von angehörigebasierten CRAFT-Interventionen im Bereich alkoholbezogener Störungen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.). (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, international version*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 23-32.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J., & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care, 29*, 169-176.
- Bischof, G., Iwen, J., Müller, C. W., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2007). Das Community Reinforcement Ansatz basierte Familien Training (CRAFT): Angehörigenarbeit bei Suchtkranken ohne Behandlungsbereitschaft. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 30*, 53-62.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden Baden: Nomos.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine, 158*, 1789-1795.
- Chisholm, D., Knapp, M. R. J., Knudsen, H. C., Amaddeo, F., Gaite, L., & van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory - European Version: Development of an instrument for international research - EPSILON Study 5. *British Journal of Psychiatry, 177*, S28-S33. doi: 10.1192/bjp.177.39.s28
- Copello, A. G., Velleman, R. D. B., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*, 369-385.
- Dawson, D., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*, 66-75.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Fagerström, K.-O. (1991). Towards better diagnoses and more individual treatment of tobacco dependence. *British Journal of Addiction, 86*, 543-547.
- Fagerström, K.-O., & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine, 12*, 159-183.
- Finney, W., & Moos, R. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction, 90*, 1223-1240.

- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom Checklist von Derogatis. Deutsche Version.* . Weinheim: Beltz-Test.
- Hanke, M., & John, U. (2003). Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *128*, 1387-1390.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A., & Scotch, N. (1982). Seeking help for drinking problems. *Journal of Studies on Alcohol*, *43*, 273-288.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W., & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, *52*, 517-540.
- Kuhl, J. (1990). Kurzanweisung zum Fragebogen HAKEMP 90; <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/motivation/Studium/lehre/alt/ws0506/methoden/WS0506/hakemp90.pdf> Retrieved 19.11.2011
- Kuhl, J. (2001). *Motiv-Umsetzungs-Test (MUT): Manual [Motive- Implementation Test]*. Universität Osnabrück, Osnabrück.
- Kuhl, J. (2005). *TOP - Manual zur Therapiebegleitenden Osnabrücker Persönlichkeitsdiagnostik*. Osnabrück.
- Kuhl, J., & Fuhrmann, A. (1998). Decomposing self-regulation and self-control: The volitional component inventory. In J. Heckhausen & C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulations across life span* (pp. 15-45). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (1997). *PSSI Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch- Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP- Medien.
- Merfert-Diete, C. (2011). Daten, Zahlen, Fakten. In DHS (Ed.), *Jahrbuch Sucht 2011* (pp. 7-28). Geesthacht: Neuland.
- Michael, A., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2003). Gründe für Nichtinanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen (GNSH)[Reasons for not seeking help for substance-related disorders]. In F. R. A. Glöckner-Rist, & H. Küfner (Ed.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)[Electronic Handbook on Assessment Instruments in the Addiction Field]* (Vol. 3.0). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.[Available on line: [www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm](http://www.psy.uni-muenster.de/institut1/ehes/startseite.htm)].
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 688-697.
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* *97*, 265-277.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., Billings, A. G., & Finney, J. W. (1985). *Health and daily living form manual*. Stanford University Medical Centers.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U., & Rumpf, H.-J. (2006). Performance of the Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM) in individuals with alcohol dependence, alcohol abuse or at-risk drinking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*, 249-256.
- Robert-Koch-Institut. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Roozen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*, *105*(10), 1729-1738. doi: 10.1111/j.1360-

0443.2010.03016.x

- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001). Screening for mental health: Validity of MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatry Research*, *105*, 243-253.
- Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., & John, U. (2003). Measuring Sense of Coherence with only three-items: a useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology*, *8*, 409-421.
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2000). Berliner Social Support Skalen (BSSS) [The Berlin Social Support Scales (BSSS)]; available at <http://www.coping.de> Retrieved 19.12.2011
- Sisson, R. W., & Azrin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *17*, 15-21.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment. Working with family members*. New York: Guilford.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2009). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Tuschen, B. (2000). Problemanalyse. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1, Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen.2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. (pp. 291-299). Berlin: Springer.
- Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The family of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction* *88*, 1281-1289.
- WHO. (o.J.). WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden; <http://www.dadstudie.de/mediapool/49/495216/data/WHO.pdf> Retrieved 21.12., 2011