

**Projektentwicklung von Leitlinien der Rehabilitation von Patienten mit Alkoholabhängigkeit:
Überblick über Studien zur Effektivität verschiedener Interventionen
(Zwischenbericht)**

Leitlinien für die Indikationsstellung von therapeutischen Maßnahmen innerhalb stationärer Rehabilitationsprogramme für Patienten mit Alkoholabhängigkeit

Miriam Bottlender & Michael Soyka

Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Ludwig-Maximilians-Universität München, Deutschland

Korrespondenzautor: Dr. Miriam Bottlender
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität München
Nußbaumstraße 7
80336 München
Tel.: 049 89 5160-2777
Fax.: 049 89 5160-5748

Email: bottlend@med.uni-muenchen.de

Inhaltsverzeichnis

- I. Einleitung
- II. Methodik
- III. Psychosoziale Behandlungsmethoden
- IV. Adjuvanztherapie
- V. Notwendige Dauer der Behandlung
- VI. Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Komorbidität
- VII. Patientenpräferenzen
- VIII. Interpretations- und Methodenprobleme

I. Einleitung

Nach neueren Studien gibt es in Deutschland etwa 1,6 Millionen alkoholabhängige Personen und dazu noch etwa 2,7 Millionen Erwachsene mit Alkoholmissbrauch. Allerdings finden weniger als 5% der behandlungsbedürftigen Personen den Weg in eine therapeutische Einrichtung (Merfert-Diete 2004). So besteht Bedarf, das Angebot an Therapieeinrichtungen zu erweitern, nicht nur um die Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern, sondern auch, um einen Beitrag zu leisten, die mindestens 20.6 Milliarden Euro pro Jahr an Folgekosten zu senken (Merfert-Diete 2004).

In den letzten Jahren ist die Anzahl der durchgeführten Alkoholentwöhnungstherapien in Deutschland kontinuierlich angestiegen. Von den sog. „Spargesetzen“ (Wachstums- und Beschäftigungs- Förderungsgesetz) der Rentenversicherungsträger blieb der Suchtbereich im Gegensatz zu anderen Rehabilitations-Indikationen relativ verschont. 1999 wurden 43793 Entwöhnungsbehandlungen genehmigt, das entspricht 6,1% aller medizinischen Rehabilitationsleistungen. Die Kosten betragen im Jahr 1999 872,9 Mio DM, wobei die Behandlung der Alkoholabhängigkeit 16,2% aller Rehabilitationsleistungen verursacht. Die stationäre Verweildauer ist in den Jahren zwischen 1994 und 1999 um 19,4% gesunken, von 110 Tage auf 87 Tage (alle Angaben Huck-Langer et al. (2000) Rehabilitationswissenschaftliche Abteilung, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger). Diese Verkürzungen erfolgten vornehmlich aus ökonomischen Gründen, weniger aus fachlich-wissenschaftlich begründeter Evidenz.

Therapieevaluation wurde in den 70er Jahren in den USA begonnen (Emrick 1974) und bis heute dominiert die US-amerikanische Forschung. In Europa und speziell in Deutschland sind bislang kaum experimentelle bzw. randomisierte Studien durchgeführt worden. Da sich die Versorgungsnetze in den USA und Deutschland jedoch erheblich unterscheiden (v.a. bzgl. Behandlungsdauer, -setting, Therapiemethoden) ist eine generalisierte Übertragung US-amerikanischer Forschungsergebnisse auf Deutschland nicht unkritisch zu bewerten.

Therapiemaßnahmen sind häufig weder theoretisch begründet noch empirisch überprüft, sondern folgen häufig eher „gewachsenen, historisch zu nennenden Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung“ (Scheipers 1984). Dabei ist der Therapieerfolg von

vielen Faktoren abhängig wie Patientenmerkmalen, Behandlungssetting und -konzept, Therapieinhalte und Therapiedauer.

Es besteht die Notwendigkeit von Entwicklung von Leitlinien, um Kostenträgern Indikatoren für eine erfolgversprechende Therapieleistung zu bieten. Das Ziel der Entwicklung von Leitlinien liegt darin, auf der Basis des derzeitigen Kenntnisstandes (Expertenkonsens oder besser evidenzbasiert) verbindliche Handlungsempfehlungen oder Standards der Rehabilitationsbehandlung festzulegen und als Orientierungshilfe zur Sicherung der Prozessqualität der Rehabilitation nutzbar zu machen. Leitlinien sollten die Entwicklung von optimalen Therapieinhalten fördern, das Verhältnis zwischen Therapiedauer und Therapieintensität klären sowie die Indikation von speziellen Behandlungen für spezielle Patientengruppen abklären.

Die spezifischen Ziele des vorliegenden Projektes sind:

1. Erstellung eines umfassenden wissenschaftlichen Überblicks über die zahlreichen Studien im Bereich der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten
2. Wissenschaftliche Bewertung der durchgeführten Studien
3. Prüfung der Evidenzbasierung der Rehabilitation bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit
4. Erarbeitung von Leitlinien für die Indikationsstellung von therapeutischen Maßnahmen innerhalb stationärer Rehabilitationsprogrammen für Patienten mit Alkoholabhängigkeit

Die Leitlinien zur Rehabilitation von alkoholabhängigen Patienten sollten auch Ausführungen zu spezifischen Teilaspekten beinhalten:

1. Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Komorbidität
2. Methodenvergleich verschiedener Psychotherapiestudien
3. Aussagen bezüglich der notwendigen Länge von Rehabilitationsbehandlungen
4. Bestimmung der Interventionen mit Angaben zur Indikationsstellung

Literatur I

Emrick CD (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. Quart. J Stud Alc 35: 523-549.

Huck-Langer K, Maier-Riehle B, Schliehe F (2000) Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. Suchttherapie 1: 110-116.

Merfert-Diete C (2004) Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2004. Geesthacht: Neuland: 7-18.

Scheipers R (1984) Therapeutische Konzepte der Suchtbehandlung. Amtliche Mitteilungen der Landesversicherung für Arbeitnehmer (LVA) Rheinprovinz, 5: 237-242.

II. Methodik

2.1. Literatursuche

Im Mittelpunkt der Literatursuche stand eine systematische Recherche einschlägiger Literaturdatenbanken. Anhand der Begriffe „alcohol“, „treatment“, „therapy“, „rehabilitation“, „inpatient“, „hospitalised patients“, „hospital programs“, „efficacy“, „effectiveness“, „duration of stay/treatment/therapy“, „length of stay/treatment/therapy“, „psychotherapy“, „occupational therapy“ (Ergotherapie), „active exercise therapy“, „kinesitherapy“ (Bewegungstherapie), „artistic/art therapy“ (Kunsttherapie), „music therapy“ (Musiktherapie) wurden folgende englischsprachigen Datenbanken durchsucht: Medline (MedLars onLine: Medical Literature Analysis and Retrieval System, PsycLit (American Psychological Association), PsycINFO Psyndex (Psychological Index. Zentralstelle Psychologischer Information und Dokumentation, ZPID), Cochrane Library (www.cochrane.org, CDSR: Cochrane Database of systematic reviews, CCTR: Cochrane controlled trials register, DARE: Database of abstracts of reviews of effectiveness), BMJ-Datenbank (British Medical Journal), Clinical trials (National Institutes of Health, USA) und schließlich die bedeutende gesundheitsökonomische Datenbank NHS EED (National Health Service Economic Evaluation Database, University of York, www.nhscred.york.ac.uk) inklusive Current Contents Clinical Medicine, CINAHL (Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature) und der HTA-Datenbank (Health Technology Assessment Database). Zur Frage der Effizienz der Rehabilitation speziell im deutschsprachigen Raum wurde die Meta-Analyse von Süß (1995) und Sonntag und Künzel (2000) überprüft. Die Literatursuche konzentrierte sich auf deutschsprachige Fachzeitschriften: Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie, Nervenarzt, Suchtgefahren/Sucht, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, Suchtmedizin, Psychologische Rundschau, Suchttherapie, Psychotherapie im Dialog, Nervenheilkunde, Psycho, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. Zudem wurden die Referenzlisten der einschlägigen Publikationen gesichtet. Aufgrund der enormen Anzahl von Studien, die in diesem Bereich veröffentlicht wurden, konzentriert sich diese Übersichtsarbeit auf Meta-Analysen und Übersichten.

Folgende Übersichtsarbeiten und Gesundheitsberichte/Leitlinien wurden herangezogen: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) (Berglund et al. 2003, Andreasson und Öjehagen, 2003), Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report (Slattery et al. 2002), Mesa Grande Project (Miller et al. 2003), Übersichten von Holder et al. (1991) und Finney und Monahan (1996).

Schließlich wurden ausländische Experten zu den relevanten Aspekten des Behandlungssystems in den jeweiligen Ländern befragt.

Folgende nationale und internationale Experten aus dem Bereich der Suchtforschung wurden persönlich kontaktiert:

- Prof. Dr. Jonathan Chick (Großbritannien)
- Prof. Dr. Gabriele Fischer (Österreich)
- Dr. Harald Holder (USA)
- Dr. Mats Berglund (Schweden)

Ihnen sei an dieser Stelle herzlichst für Ihr Engagement gedankt.

Die Resultate wurden hinsichtlich ihrer Effektstärke in vier Stufen eingeteilt (AWMF & ÄZO, 2001, Kufner 2003)

- I
 - a) Meta-Analyse randomisierter Studien
 - b) mindestens zwei randomisierte Studien
 - c) Meta-Analyse nicht randomisierter Studien
- II
 - a) mindestens eine gut angelegte Studie ohne Randomisierung (Fallkontroll- oder Kohortenstudie)
 - b) mindestens eine gut angelegte quasi-experimentelle Studie
- III Deskriptive Studien, Korrelationsstudien
- IV Berichte, Meinungen anerkannter Experten, Konsensus-Konferenz

Literatur II

Andréasson S, Öjehagen A. Psychosocial treatment for alcohol dependence. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Hrsg). Treating alcohol and drug abuse. Weinheim: Wiley-VCH, 2003: 43 – 188

Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Das Leitlinienmanual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 1995, Suppl. 1: 1-84

Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andréasson S, Öjehagen A. Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. Alcohol Clin Exp Res 2003; 27 (10): 1645 - 1656

Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. J Stud Alcohol 1996; 57: 229 - 243

Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. J Stud Alcohol 1991; 52: 517 - 540

Küfner H (2003) Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. Psychotherapie im Dialog 2: 170-177

Miller WR, Wilbourne PL, Hetttema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). Handbook of alcoholism treatment approaches. 3rd edn. Boston, New York, San Francisco: Allyn and Bacon, 2003: 13 - 63

Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Verltrup C, Schmidt LG (2003) AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. Sucht 49(3):147-167.

Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, Parrott S. Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report. 2002

Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapie alkohol- und drogenabhängiger Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht 2000; 46 (Sonderheft 2): 89 – 176

Süß HM. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 1995; 46: 248 - 266

III. Psychosoziale Behandlungsmethoden

3.1. Zusammenfassende Darstellung von Gesundheitsberichten/ Meta-Analysen

3.1.1. Bericht der Schwedischen Gesundheitsbehörde (SBU)

1987 wurde von der Schwedischen Regierung das "Swedish Council on Technology Assessment in Health Care" (SBU) gegründet mit dem Ziel sowohl die effektivsten und, falls möglich, die kosteneffektivsten Interventionen zu finden als auch die Behandlungsmethoden, die zwar immer noch verwendet werden, für die aber ein angemessener Nachweis fehlt. Im Bereich „psychosoziale Behandlungsmethoden“ wurden die Ergebnisse von insgesamt 164 randomisiert-kontrollierten Studien berücksichtigt (Berglund et al. 2003, Andreasson und Öjehagen 2003).

Folgende Schlussfolgerungen wurden gezogen:

Meta-analytisch (16 Studien) ließ sich nachweisen, dass Behandlungen im Vergleich zu keiner Behandlung effektiv sind. Unterschiedliche psychosoziale Methoden mit definierter Struktur zeigen positive Effekte, die ähnlich sind (Kognitive Verhaltenstherapie (z.B. 12-Schritte Behandlung), Motivationsprogramme), die Überlegenheit einer bestimmten Behandlungsmethode konnte nicht nachgewiesen werden. Strukturierte interaktionale Therapie und strukturierte Therapie mit psychodynamischen Elementen erscheinen in der Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar. Paar- und Familientherapie zeigt positive Effekte. Es konnte kein Nachweis gefunden werden, ob spezifische Behandlungen bei bestimmten Patienten erfolgsversprechender sind und auch bezüglich Geschlechtsunterschieden in der Wirksamkeit von Behandlungsmethoden ließen sich keine endgültigen Aussagen machen. Bezüglich optimaler Dauer und Intensität der Behandlung konnten ebenfalls keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen gezogen werden. Allgemein ließ sich nur eruieren, dass Patienten mit weniger stark ausgeprägter Alkoholabhängigkeit nach weniger intensiver Behandlung (z.B. Selbsthilfe-Manual, Bibliothherapie) die gleichen Effekte wie nach intensiverer Therapie zeigen. Patienten mit schweren Alkoholproblemen profitieren mehr von intensiveren Behandlungsmethoden. Alkoholabhängige Patienten, die obdachlos sind oder an einer komorbiden psychiatrischen Störung leiden, bedürfen gleichermaßen der Unterstützung und Behandlung dieser zusätzlichen Problem-

bereiche. Zur Kosteneffektivität konnten aufgrund methodischer Schwächen der analysierten Studien und widersprüchlicher Forschungsergebnisse keine endgültigen Schlussfolgerungen gemacht werden.

Zusammenfassend halten die Autoren fest, dass die meisten Studien lediglich den kurz- bis mittelfristigen Effekt überprüfen, Studien zur langfristigen Wirksamkeit aber fehlen. Auch müsste die Wirksamkeit von weniger intensiven Behandlungsmethoden mit längerer Dauer überprüft werden. Als wichtige Schlussfolgerung empfehlen die Autoren, dass Behandlungsmethoden sich am Schweregrad der Alkoholabhängigkeit orientieren sollten. Für Patienten mit weniger stark ausgeprägter Symptomatik ist das Ausmaß und die Dauer anscheinend von geringer Bedeutung. Für diese Patientengruppe scheinen Selbsthilfe-Manuale oder wenige Therapiesitzungen den gleichen oder sogar besseren Effekt zu haben als intensivere Maßnahmen.

3.1.2. Mesa Grande Project

Diese umfangreiche Übersichtsarbeit überprüfte 381 Studien (1953 bis 2001) zu insgesamt 89 Behandlungsmethoden (Miller et al. 2003). Jeder Studie wurde ein Score bezüglich der methodischen Qualität zugeteilt und die Anzahl der Studien mit therapeutischem Effekt wurde verglichen mit der Anzahl ohne therapeutischen Effekt. Als Ergebnis wurden die unterschiedlichen Behandlungsmethoden nach kumulativen Nachweispunkten eingeteilt (Produkt zwischen methodischer Qualität der Studie und Effizienz der spezifischen Behandlung, von +390 bis -443), siehe Tabelle 3.1., hier werden nur psychosoziale Therapieformen aufgeführt, die für die stationäre Behandlung relevant sind.

Tabelle 3.1. Mesa Grande Project, Summary of cumulative evidence scores (CES)
(nach Miller et al. 2003)

Behandlungsform	CES	Anzahl der Studien
Behandlungen mit positiven Behandlungseffekten		
Kurzintervention	390	34
Motivationstherapien	189	18
Gemeindeprogramme	110	7
Selbsthilfe-Manuale (Bibliotherapie)	110	17
Selbstkontrollprogramm	85	31
Kontrakttherapie	64	5
Soziales Kompetenztraining	57	20
Paartherapie (VT)	44	9
Case Management	36	5
Kognitive Therapie	21	10
Familietherapie	15	4
Akupunktur	14	3
Klientenzentrierte Therapie	5	8
Behandlungen mit negativen Behandlungseffekten		
Bewegung	-3	3
Stress Management	-4	3
Problemlösung	-26	4
Partnertherapie (nicht VT)	-33	8
Group process Psychotherapy	-34	3
Funktionale Analyse	-36	3
Rückfallprävention	-38	22
Self-monitoring	-39	6
Hypnose	-41	4
Standardbehandlung (unspez.)	-78	15
12-Schritte-Methode	-82	6
Anonyme Alkoholiker	-94	7
Milieuthherapie	-102	14
Videoselbstkonfrontation	-108	8
Entspannungstraining	-152	18
Konfrontationsbehandlung	-183	12
Psychotherapie	-207	19
Allgemeine Alkoholismusberatung	-284	23
Edukation	-443	39

Zwar werden Informationen gegeben bezüglich der Art der behandelten und untersuchten Patienten und es wird unterschieden zwischen nichtklinischen Stichproben, Patienten mit problematischem Alkoholgebrauch, Patienten ohne dokumentierte Alkoholabhängigkeit und schließlich Patienten mit gesicherter Alkoholabhängigkeit. Allerdings wurden in die Analysen alle Patienten einbezogen und nicht zwischen dem Schweregrad der einzelnen Stichproben differenziert, mit dem Resultat, dass zum Beispiel an erster Stelle der Effizienzskala mit den höchsten kumulativen Nachweispunkten die „Kurzintervention“ (Brief intervention) steht. Deren Effizienz konnte bei schwer alkoholabhängigen Patienten nicht nachgewiesen werden.

Bezüglich der Analyse der Studien zur Psychoedukation zeigte sich, dass in den meisten Studien nichtklinische Stichproben untersucht wurden, bei denen keine Alkoholabhängigkeit vorlag. Insofern ist das schlechte Abschneiden der Psychoedukation im Rahmen der Analyse kritisch zu beurteilen. Auch die in die Analyse zur Wirksamkeit von Motivationsförderungstherapien eingeschlossenen Studien umfassten sehr heterogene Patientengruppen. Von den 18 eingeschlossenen Studien untersuchten lediglich fünf Studien alkoholabhängige Patienten, die anderen 13 Studien Problemtrinker, nichtklinische Stichproben und Patienten, bei denen eine Alkoholabhängigkeit nicht dokumentiert ist.

Aus diesen Gründen sollten die Ergebnisse des Mesa Grande Projekts kritisch beurteilt werden und nicht allgemeingültig auf stationär zu behandelnde, in der Regel schwer alkoholabhängige Patienten übertragen werden.

3.1.3. Holder et al. (1991) The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation

Holder et al. (1991) führten eine Analyse zur Kosteneffektivität von unterschiedlichen psychosozialen Alkoholismusbehandlungen durch. Zur Einteilung der analysierten kontrollierten Studien nach Wirkungsstärke wurde ein gewichteter Evidenz Index (weighted evidence index= WEIn) berechnet, indem die Anzahl der negativen Studien von der Anzahl der positiven Studien subtrahiert wurden, dann wurde ab jeder dritten positive Studie jeweils ein zusätzlicher Punkt addiert. Falls nur ein oder zwei Studien verfügbar waren, war der WEIn einfach die Subtraktion von negativer von

positiver Studie. Zur Einteilung wurden die Studien nach den WEIn geordnet: WEIn

≥ 6 : guter Beweis der Wirksamkeit

WEIn $2 < 6$: angemessener Beweis der Wirksamkeit

WEIn -1 bis 1 : unbestimmter Beweis der Wirksamkeit

WEIn < -1 : kein Beweis der Wirksamkeit

Wurde eine Behandlungsmethode nur in einer oder zwei Studien kontrolliert, galt dies als unzulänglicher Nachweis einer Wirksamkeit.

In Tabelle 3.2. sind Therapiemethoden eingeteilt nach ihrer Wirksamkeit dargestellt. Es werden hier lediglich diejenigen Methoden aufgelistet, die für die stationäre Rehabilitation relevant sind.

Tabelle 3.2. Therapiemethoden eingeteilt nach Wirksamkeit. WEIn: weighted evidence index. (nach Holder et al. 1991)

Methoden	Studienanzahl	WEIn
Guter Beweis der Wirksamkeit		
Soziales Kompetenztraining	10	+18
Paartherapie, VT	7	+12
Stressmanagement Training	10	+6
Angemessener Beweis der Wirksamkeit		
Verhaltensverträge	4	+3
Unbestimmter Beweis der Wirksamkeit		
Paartherapie, nicht VT	3	+1
Kognitive Therapie	7	0
Unzulänglicher Nachweis einer Wirksamkeit		
Akupunktur	1	+1
Residential Milieu (Minnesota Model)	1	+1
Residential Milieu/Halfway House	1	-1
Anonyme Alkoholiker	2	-2
Kein Beweis der Wirksamkeit		
Konfrontationsbehandlung	4	-4
Psychotherapie (individuell)	8	-4
Selbstkonfrontation per Video	4	-4
Psychoedukation	9	-5
Gruppenpsychotherapie	13	-9
Residential Milieu Therapie	14	-12

Zur Kosteneffektivität konnte die Arbeitsgruppe feststellen, dass keine positive Korrelation zwischen Therapieeffektivität und Therapiekosten besteht, sondern vielmehr diejenigen Therapien effektiver sind, die im unteren bzw. mittleren Kostenbereich liegen. Kritisch anzumerken ist, dass schwerkranke, chronische Patienten häufiger intensiver – und somit häufig auch kostenintensiver – behandelt werden müssen im Vergleich zu erstmanifestierten, psychisch wie physisch weniger beeinträchtigten Patienten. Das schlechte Abschneiden von kostenintensiven Behandlungen mag demnach darin begründet sein, dass schwerkranke Patienten häufig schwer empfänglich für jede Art von Therapie sind und die Effizienz der Behandlung dieser Patientengruppe eingeschränkt ist. Auch in dieser Analyse wurde nicht zwischen heterogenen Patientencharakteristika unterschieden.

Als problematisch sehen Holder et al. (1991), dass bei Therapiestudien immer der Maßstab, an dem sich die Wirksamkeit der Therapie misst betrachtet werden muss: Wird die Therapie gegen eine als effektiv erachtete Therapie geprüft, gegen eine als unwirksam erachtete oder gegen überhaupt keine? Je nach Studiendesign kann eine Therapie in der einen Untersuchung als effektiv gelten und in dem anderen Fall als ineffektiv. Dies muss bei der Bewertung von Studien berücksichtigt werden.

Limitiert werden die Studienergebnisse weiterhin dadurch, dass die ausgewählten Studien zum Teil einige Mängel aufweisen: 8 Studien hatten eine Ausschöpfquote von unter 50%, der Anteil von Studien, die einen Katamnese-Zeitraum von mehr als zwei Jahren hatten ist verschwindend gering, so dass eigentlich nur Aussagen zur kurzfristigen Wirksamkeit der Therapiemethoden gemacht werden können. In vier Fällen wurden mehrfach veröffentlichte Studien jeweils einzeln und wiederholt bewertet und eine Studie überprüfte die Entgiftung und nicht Entwöhnung von Patienten. Acht Studien wiesen keine klar unterscheidbare Behandlungsmodalität in mindestens einer Behandlungsbedingung auf. Auch die in der Analyse berechneten WEIn müssen vorsichtig bewertet werden. So kann ein WEIn von +6 bedeuten, dass entweder vier positive Studien und keine negativen Studien vorhanden sind oder aber auch, dass acht positive und acht negative Studien vorhanden sind.

Trotz dieser Limitationen, die zum Teil auch von den Autoren kritisch diskutiert wurden, hat die Untersuchung als erste dieser Art wertvolle Hinweise geliefert, dass davon auszugehen ist, dass einige Therapieergebnisse (z.B. Soziales Kompetenztrain-

ning) als robust gehalten werden können, und dass nicht unbedingt die Devise gilt: „je teurer desto besser“. Die Autoren verstehen die Studie als „first approximation“ und nicht als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen.

3.1.4. Finney und Monahan (1996) The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation

Basierend auf der Arbeit von Holder et al. (1991) veröffentlichten Finney und Monahan (1996) eine Übersichtsarbeit zur Thematik der Kosteneffektivität. Zur Vermeidung der methodischen Schwächen der ersten Arbeit wurde eine neue Bewertung der Studien vorgenommen. Für jede der 141 Studien wurde zunächst bestimmt, ob zumindest ein statistisch signifikanter positiver Behandlungseffekt für eine trinkassoziierte Ergebnisvariable gefunden werden konnte, indem jede Behandlungsmodalität in gepaartem Gegensatz mit einer anderen Bedingung geprüft wurde. Als nächstes wurde die prädizierbare Wahrscheinlichkeit jeder Studie berechnet, mindestens einen statistisch signifikanten Behandlungseffekt zu erreichen. Danach wurde für jede Studie einer Behandlungsmethode die Stärke von der schwächsten Vergleichsmethode bestimmt, gegen die die Methode verglichen worden war. Für jede Methode wurde die durchschnittliche vorhergesagte Wahrscheinlichkeit der relevanten Studien, einen signifikanten Effekt zu finden sowie die durchschnittliche Wirksamkeit der schwächsten Vergleichsmethode verwendet um die Wirksamkeit der Methode hervorzusagen.

Zur Einteilung wurde für jede Methode der angepasste Effektivitäts-Index (adjusted effectiveness Index= AEIn) berechnet, der die Differenz zwischen dem hervorgesagten und tatsächlichen Effektivitätswert ist.

Obgleich es viele Übereinstimmungen zwischen Finney und Monahan und Holder et al. gibt, bestehen auch Differenzen in den Ergebnisse (siehe Tabelle 3.3.). Finney und Monahan konnten keinen Zusammenhang zwischen Kosten und Wirksamkeit einer Behandlungsmethode finden.

Tabelle 3.3. Rangfolge der Effektivitätsindices verschiedener Behandlungsmethoden: Gegenüberstellung von Holder et al. (1991) und Finney und Monahan (1996)

(nach Finney und Monahan, 1996), WEIn: weighted evidence index, AEIn: adjusted evidence index

Holder et al. WEIn	Behandlungsmethode*1	Behandlungsmethode*1	Finney/ Monahan AEIn
18	Soziales Kompetenztraining	Gemeindeprogramme	59
12	Paartherapie, VT	Soziales Kompetenztraining	37
6	Gemeindeprogramme	Paartherapie, VT	36
6	Stressmanagement Training	Paartherapie, andere	21
1	Paartherapie, andere	Stressmanagement Training	12
0	Kognitive Therapie	Kognitive Therapie	-8
-4	Konfrontationsbehandlung	Psychoedukation	-11
-5	Psychoedukation	Gruppentherapie	-13
-9	Gruppentherapie	Residential Milieu Therapie	-27
-12	Residential Milieu Therapie	Konfrontationstherapie	-31

*1 Nur Behandlungsmethoden, die relevant für die stationäre Entwöhnung sind und die in mindestens drei randomisierten/ gematchten Studien untersucht wurden, werden dargestellt.

3.1.5. Süß (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen

Süß führte eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen durch (1995). Die unterschiedlichen Behandlungsmethoden wurden folgendermaßen klassifiziert: (1) Minimaltherapie

- (2) Disulfiram ohne zusätzliche therapeutische Maßnahmen
- (3) Eklektische Standardtherapie / Paar- und Familientherapie
- (4) Verhaltenstheoretisch orientierte Breitbandtherapie

Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.4. zusammengefasst. Hier sind nur die Resultate der „pessimistischen Schätzung“ nach dem Berechnungsmodus F4 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie aufgelistet (d. h. Auswertung aller Patienten der ursprünglichen Stichprobe, alle nichterreichten Patienten werden als rückfällig eingestuft). Die Daten sind insofern relevant, da eine getrennte Analyse für BRD-Studien und anderer Länder durchgeführt wurden und bei den Therapien (3) und (4) nur stationäre Behandlungen berücksichtigt wurden. Am wirkungsvollsten war

die verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie, um 11% weniger erfolgreich war die eklektische Behandlung (nach Mann-Whitney U-Test keine signifikanten Unterschiede). Diese Behandlungen beide waren erfolgreicher als Disulfiram und Minimaltherapie, die im Rahmen des vorliegenden Projekts aber nicht im Focus stehen.

Tabelle 3.4. Abstinenz- und Besserungsraten verschiedener Therapiemethoden nach Süß (1995)

Therapiemethode	Abstinenz (%)	Besserung (%)	Therapiedauer (Wochen)	Katamnese-Dauer (Monate)
Minimaltherapie	21.2	25.1	--	9.9
Disulfiram	23.2	28.6	26.2	14.4
Eklektische* Therapie (nur BRD)	42.1	47.8	16	15.6
VT* Breitbandtherapie (nur BRD)	52.8	60.4	11.2	13.9

***Eklektische Standardtherapie (58.3% der Behandlungsgruppen):** Es handelt sich um Therapieprogramme ohne spezifische theoretische Orientierung mit folgenden Elementen: (meist konfrontative) Gruppentherapie, nicht näher spezifizierte Psychotherapie, Einzelgespräche und Beratung, Informationen über Alkohol/Alkoholismus, medizinische Behandlung von Folgeschäden und Adjuvanttherapie sowie Elemente einer therapeutischen Gemeinschaft und Selbsthilfeprogramme (meist AA). Das Therapieprogramm ist typisch für Entwöhnungsbehandlungen in der BRD [Scheipers 1984, Feuerlein 1989].

***Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie (22.2% der Behandlungsgruppen):** Soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining, „Covert Sensitization“, kognitiv-behaviorale Techniken und Entspannungstechniken. Meist auch Elemente wie Psychoedukation, Adjuvanttherapie, medizinische Behandlung von Folgeschäden.

3.2. Übersicht über psychosoziale Behandlungsmethoden

3.2.1. Behandlungsmethoden mit dokumentierter Effizienz (siehe auch Tabelle 3.5.a)

Meta-Analytisch konnte nachgewiesen werden, dass Behandlungen ganz allgemein in Bezug auf das Konsumverhalten und die Suchtproblematik wirksamer sind als keine Behandlung (Berglund et al. 2003, Andreasson und Öjehagen 2003, Prendergast et al. 2002). Auch in aktuellen Studien ergab sich der Nachweis, dass behandelte

alkoholabhängige Patienten nach einem bzw. acht Jahren einen besseren Verlauf haben als unbehandelte Patienten (Timko et al. 2000, Weisner et al. 2003, Moos et al. 2003).

Soziales Kompetenztraining

Soziales Kompetenztraining umfasst das Erlernen von zwischenmenschlichen Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien zur Stimmungsregulierung, Stressbewältigungstraining sowie die Bewältigung von substanzbezogenen Schlüsselreizen (Monti et al. 1995). Die Effizienz von Sozialem Kompetenztraining eingebettet in ein umfassendes Therapiekonzept ist dokumentiert und Kernelemente sind auch in anderen therapeutischen Methoden zu finden. Soziales Kompetenztraining kann sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie angewendet werden und erscheint vor allem geeignet für schwerer abhängige Patienten mit psychopathologischen Auffälligkeiten (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996, Miller et al. 2003, Brown 2004).

Gemeindeprogramme (Community reinforcement approach (CRA))

CRA versucht den Zugang des Klienten zu positiven Aktivitäten zu steigern und macht die Einbindung in solche Aktivitäten abhängig von der Abstinenz (Azrin et al. 1982). CRA kombiniert kontrollierte Disulfiramgabe, Verhaltensverträge, Verhaltenspaartherapie, Soziales Kompetenztraining, Motivationsförderung und Stimmungsmanagement. Einige der größten Behandlungseffekte wurden mit CRA assoziiert (Miller et al. 1995). Im Vergleich zu eher traditionellen Behandlungsmethoden konnte gezeigt werden, dass die CRA erfolgreicher in der Behandlung stationärer Patienten ist (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996, Miller et al. 2003, Brown 2004). CRA stellt eine therapeutische Alternative vor allem für Patienten mit schwerer Alkoholabhängigkeit dar (Andreasson und Öjehagen 2003).

Verhaltensverträge

Verhaltensvertrag-Methoden entstanden aus operanten Konditionierungsprinzipien (Bigelow 2001). Schriftliche Verhaltensverträge können Klienten aktiv in die Behandlung einbeziehen. Sowohl als einzeltherapeutische Behandlungsmethode als auch als paartherapeutische Komponente konnten durchweg positive Ergebnisse erzielt werden (Holder et al. 1991, Miller et al. 2003, Brown 2004).

Motivationsförderungstherapie

Die schottische Gesundheitsbehörde veröffentlichte 2002 einen umfassenden Bericht zur Rückfallvermeidung bei alkoholabhängigen Patienten (Slattery et al. 2002). Die Autoren führten eine Meta-Analyse zur klinischen Wirksamkeit von unterschiedlichen psychosozialen Behandlungsmethoden durch. Motivationsförderungstherapie zeigte gegenüber ineffektiven Kontrollen positive Resultate (OR 2.19, 95% CI 1.20,3.98). Im Vergleich zur 12-Schrittethapie (angelehnt an AA) war Motivationsförderungstherapie bei ambulanten Patienten in Project Match (1997) geringgradig weniger effektiv, wobei dies an der relativ kurzen Behandlungsdauer gelegen haben mag. Motivationsförderungstherapie stellt ein wichtiges Element vor allem zum Beginn der Behandlung dar, sollte jedoch nicht die einzige Behandlungsmethode sein. Miller et al. (1995) und Dunn et al. (2001) (Studien mit über 4000 Probanden) konnten die Wirksamkeit des Motivational Interviewing in Übersichtsarbeiten nachweisen. Die besten Nachweise für die Effizienz von Motivationsförderungstherapie konnten in der Anwendung bei intensiveren Entwöhnungsbehandlungen gefunden werden (Bien et al. 1993, Wertz 1994, Project Match 1997, Gentilello et al. 1999, Handmaker-Sheehy 1999, Andreasson und Öjehagen 2003).

Paar- bzw. Familientherapie

Paar- bzw. Familientherapie zeigte günstige Effekte (OR 1.81, 95% CI 1.26,2.61) in der Meta-Analyse der schottischen Gesundheitsbehörde (Slattery et al. 2002). Allerdings ist diese Behandlungsmethode nur sinnvoll, wenn Angehörige sich aktiv einbringen und auch der Patient damit einverstanden ist. Somit ist diese Therapie nicht bei allen Patienten durchführbar. In der Meta-Analyse/Übersicht von O'Farrel und

Fals-Stewart (2001) wurden 22 Studien zu Paar-/Familientherapie identifiziert. Verschiedene familientherapeutische Methoden wurden eingeschlossen. Obgleich sich in dieser Meta-Analyse ein gewisser positiver Effekt für die Einbeziehung von Angehörigen zeigte, ist nicht klar geworden, in welcher Art Angehörige am besten in die Behandlung integriert werden sollen. Andréasson und Öjehagen (2003) zeigten meta-analytisch positive Ergebnisse für Paar- bzw. Familientherapie.

Tabelle 3.5a Behandlungsmethoden mit dokumentiertem Nachweis zur therapeutischen Effizienz

Behandlungsmethode	Dokumentierte Effizienz	ES
Soziales Kompetenztraining	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Mesa Grande	Ia
	Brown	IV
Gemeindeprogramme	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Mesa Grande	Ia
	Andréasson & Öjehagen	Ia
	Brown	IV
Verhaltensverträge	Holder et al.	Ib
	Mesa Grande	Ia
Motivational /Enhancement	Interviewing Dunn et al.	Ib
	Slattery et al.	Ia
	Andréasson & Öjehagen	Ia
	Mesa Grande	Ia
Familientherapie	Slattery et al.	Ia
	O'Farrel & Fals-Stewart	Ia
	Andréasson & Öjehagen	Ia
	Mesa Grande	Ia
Paartherapie (verhaltenstherapeu- tisch)	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Andréasson & Öjehagen	Ia
	Slattery et al.	Ia
	Mesa Grande	Ia

3.2.2. Behandlungsmethoden mit widersprüchlichen Nachweisen zur therapeutischen Effizienz (siehe auch Tabelle 3.5.b)

12-Schritte-Methode

Kownacki und Shadish (1999) fanden in einer Meta-Analyse keine Unterschiede zwischen stationären Behandlungen, die auf dem Konzept und der Ideologie der Anonymen Alkoholiker (AA) basieren (12-Schritte-Methode) und anderen stationären Behandlungen. Wurden individuelle Aspekte untersucht (z.B. Kommunikationsfähigkeiten zu den AA-Schritten vs. Gespräch, rehabilitierte Alkoholranke vs. Nicht-Alkoholranke als Berater, Gruppenleitung von einem abstinenten Patienten vs. Therapeut) zeigte sich eine generelle signifikante Überlegenheit der AA-Prinzipien. In der umfangreichen und ambitionierten „Project Match“ Untersuchung (1998) wurde für die 12-Schritte-Methode im Vergleich zu Motivationsförderung nach neun Monaten ein signifikanter positiver Effekt für ambulante Patienten gefunden bezüglich des Outcomekriteriums „drinking consequences“. Vor allem Patienten mit einem höheren Schweregrad der Alkoholabhängigkeit profitierten von der 12-Schritte-Methode. Andréasson und Öjehagen (2003) wiesen für die 12-Schritte-Therapie bessere Ergebnisse nach als bei einer Standardtherapie, im Vergleich zu anderen spezifischen Behandlungen wurde ein geringgradig besseres Resultat erzielt.

Die Aufforderung eine Selbsthilfegruppe zu besuchen hat positive Effekte geliefert, allerdings sollten Patienten nicht gezwungen werden, eine Gruppe zu besuchen (Slattery et al. 2002). Informationen über die Ziele und Philosophie von Selbsthilfegruppen wie z.B. AA während der Therapie können den Patienten bei der Wahl einer Selbsthilfegruppe hilfreich sein.

Kognitive Verhaltenstherapie (Siehe auch Tabelle 3.6.)

Kognitive Verhaltenstherapie stellt ein konzeptuelles Modell dar, welches weitverbreitet in der Suchtbehandlung ist. Viele unterschiedliche Therapiemethoden basieren auf kognitiver Verhaltenstherapie. Insofern ist es schwierig Studien für eine Meta-Analyse zu identifizieren. Morgenstern und Longabaugh (2000) untersuchten in einer

Übersichtsarbeit zunächst die spezifischen Wirkungen von kognitiv-verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien (CBST) in neun randomisierten Studien. Bis auf eine Studie konnte (1) kein Zusammenhang gefunden werden zwischen Bewältigungsstrategien (gesteigert durch CBST) und einem besseren Therapieergebnis und (2) waren Bewältigungsstrategien, die zu einem besseren Therapieergebnis führten, in keinem größeren Ausmaß durch CBST gesteigert worden im Vergleich zu einer therapeutischen Alternative. In der Übersicht konnte gezeigt werden, dass bessere Bewältigungsstrategien ganz generell mit einem besseren Therapieergebnis assoziiert waren, es konnten aber keine Aussagen zu den spezifischen Wirkmechanismen gemacht werden.

Zweitens wurde die Wirksamkeit von CBST im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden überprüft (26 kontrollierte Studien) in unterschiedlichen Konstellationen. 11 Studien verglichen die Wirksamkeit von CBST **als alleinige Therapiekomponente** mit der Wirksamkeit von anderen allein angewandten Therapien. In zehn Studien konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Dagegen konnte überwiegend die Wirksamkeit von CBST als **Komponente in einem umfangreichen Therapiekonzept** im Vergleich zu anderen Therapien belegt werden (15 Studien).

Vergleicht man CBST mit **anderen Therapien in Abhängigkeit von deren erwarteter Wirksamkeit** zeigten sich folgende Ergebnisse: Patienten nach CBST erreichen bessere Ergebnisse als Patienten ohne zusätzliche Therapie. Therapien, die als ineffektiv gelten waren zur Hälfte CBST unterlegen und zur anderen Hälfte CBST gleichwertig. Wurde schließlich CBST mit als wirksam erachteten Therapien verglichen stellte sich heraus, dass CBST lediglich in einer Studie wirksamer war, in einer Studie weniger effektiv und in acht Studien gleichwertig. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass CBST nur dann wirksamer als andere Therapien ist, wenn sie therapeutische Teilkomponente eines umfassenden Therapieprogramms ist.

Project Match (1997) verglich CBST mit der 12-Schritte-Methode und zeigte, dass nach CBST Patienten im ersten Jahr nach der Behandlung weniger häufig abstinent waren. Vergleichbar gute Ergebnisse konnten für Bewältigungsstrategien und interaktionelle Therapie nachgewiesen werden (Cooney et al. 1991, Litt et al. 2003). Burtscheidt et al. (2002) konnten keine Unterschiede zwischen Bewältigungsstrategien und kognitiver Therapie feststellen, allerdings schnitten Patienten unter diesen Therapien besser ab als unter supportiver Behandlung. Auch O'Malley et al. (1992)

konnten die Überlegenheit von Bewältigungsstrategien gegenüber supportiver Therapie bestätigen (siehe auch Tabelle 6). Es werden sowohl positive Ergebnisse zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie berichtet Süß 1995, Andreasson und Öjehagen 2003, Miller et al. 2003), als auch Ergebnisse zu einem begrenzten Nachweis der Wirksamkeit (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996).

Tabelle 3.6. Übersicht über randomisierte Studien, die einzelne verhaltenstherapeutische Verfahren vergleichen, FU= Follow-up

Autor	Stichprobe	FU months	Therapie	Ergebnis
Cooney et al.	69	24	Bewältigungsstrategien Interaktionelle Therapie	Bewältigungsstrategien = Interakt. Therapie *1
O'Malley et al.	79	*2	Naltrexon plus Bewältigungsstrategien Naltrexon plus Supportiv Placebo plus Bewältigungsstrategien Placebo plus Supportiv	Niedrigstes Rückfallrisiko *3 ($p=0.007$) Höchste kumulative Abstinenzrate ($p= 0.01$) Bewältigungsstrategien > Supportiv
Burtscheidt et al.	120	24	Supportiv Bewältigungsstrategien Kognitive Therapie	Bewältigungsstrategien = Kognitive Therapie > Supportiv *4
Litt et al.	128	3-18	Bewältigungsstrategien Interaktionelle Therapie	Bewältigungsstrategien = Interakt. Therapie

*1 Patienten mit hohen Soziopathie- oder Psychopathologiewerten (ASI) profitierten mehr von Bewältigungsstrategien, Patienten mit niedrigen Werten mehr von Interactional Therapy. Patienten mit kognitiven Defiziten profitierten mehr von Interactional Therapy und Patienten ohne kognitive Defizite mehr von Bewältigungsstrategien.

*2 Beobachtungszeitraum: 12-wöchige Therapiedauer

*3 Patienten, die anfangen Alkohol zu trinken und einen vollständigen Rückfall erlitten

*4 Keine signifikanten Unterschiede von Patienten mit kognitiven Defiziten bzw. schweren Persönlichkeitsstörungen bei den beiden verhaltenstherapeutischen Verfahren.

Rückfallprävention

Rückfallprävention stellt eine verhaltenstherapeutische Methode dar, die das Ziel hat, Schlüsselreize, die zu einem Rückfall führen, zu reduzieren. Ein Rückfall kann ausgelöst werden durch Stress, Gefühlszustände, Alkoholverlangen (Craving) und Belastungen der Umwelt/Umgebung. Untersuchungen zur Effizienz von Rückfallprävention haben unterschiedliche Ergebnisse geliefert (Miller et al. 1995, 2003), erfolgreich sind aber Techniken, die Patienten beibringen, Kognitionen die zu einem Rückfall führen zu modifizieren und nach einem leichten Rückfall rasch wieder abstinent zu werden (Weingardt und Marlatt 1998, Monti und Rohsenow 2003). In Studien konnte eine Interaktion zwischen Selbstwirksamkeit und Teilnahme an einem Nachsorgeprogramm gezeigt werden. Patienten mit hoher Selbstwirksamkeit, die zudem häufiger an einem Nachsorgeprogramm teilnahmen hatten signifikant bessere Ergebnisse als Patienten mit niedriger Selbstwirksamkeit. Die Teilnahme an Nachsorgeprogrammen verbesserte aber auch die Behandlungsergebnisse von den Patienten, die zu Beginn niedrige Selbstwirksamkeit aufwiesen (Rychtarik et al. 1992, McKay et al. 1993). Rückfallprävention ist anderen Forschungsergebnissen zufolge anscheinend effektiver bei einer bestimmten Subgruppe alkoholabhängiger Patienten (Donovan 1998). Vom Standpunkt der Schadensbegrenzung lässt sich folgern, dass Rückfallprävention dazu dient, den Schweregrad eines Rückfalls zu reduzieren und den Schaden reduziert, der mit einem Weitertrinken verbunden ist.

Carroll (1996) überprüfte die Wirksamkeit von Rückfallprävention bei sechs randomisierten Studien (Chaney et al. 1978, Ito et al. 1988, Annis und Davis 1989, Kadden et al. 1989, O'Malley et al. 1992, O'Farrel et al. 1993). Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass Rückfallprävention gegenüber keiner Behandlung effizient ist, gegenüber unspezifisch behandelten Kontrollen gemischte Ergebnisse vorliegen und dass Rückfallprävention gleichwertig aber nicht besser ist als andere Therapieformen.

Die Meta-Analyse von Irvin et al. (1999) zeigte für die klassische Rückfallprävention zwar eine Effektgröße mit einem statistisch signifikanten Nutzen, bezüglich der klinischen Effektivität ist dieses Ergebnis jedoch schwierig zu interpretieren. Die Qualität dieser Übersicht lässt Zweifel aufkommen. Ein positiver Effekt für Rückfallprävention wurde in einer Studie gefunden, die Bewältigungsstrategien/ Rückfallprävention gegenüber unterstützender Therapie mit Naltrexon und gegenüber Placebo untersuchte

(O'Malley et al. 1992). Tatsächlich scheinen Bewältigungsstrategien/Rückfallprävention tendenziell schlechtere Ergebnisse zu liefern als unterstützende Maßnahmen. Zwei der überprüften Studien sind unterschiedliche Veröffentlichungen derselben Studie (O'Farrel et al. 1993, Maisto et al. 1995). Die Untersuchung von Ito et al. (1988) prüfte die Wirksamkeit von Rückfallprävention als Nachsorgemaßnahme im Vergleich zu einer „interpersonal process“ Behandlung und konnte nach 6 Monaten keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen nachweisen. Die Studie von Allsop et al. (1997) wurde nicht in diese Meta-Analyse eingeschlossen. In dieser Studie wurden 60 Patienten abwechselnd paarweise entweder der „Rückfallprävention“, einer „unspezifischen Gesprächsbehandlung“ oder „keiner zusätzliche Therapie“ zugeordnet. Patienten, die am Rückfallprogramm teilgenommen hatten waren signifikant häufiger und länger abstinent als die Kontrollen sechs Monate nach Therapieende. Zwölf Monate nach Therapieende zeigten sich keine signifikanten Unterschiede mehr, so dass die Autoren schlossen, dass Rückfallprävention lediglich kurzzeitig wirksam ist.

Dynamische Psychotherapie

Psychotherapie versucht unbewusste Ursachen der Alkoholproblematik aufzudecken. Allgemein zeigte sich, dass in Studien keinen durchgängig positiven Behandlungsergebnisse gezeigt werden konnten; in der Tat scheinen Klienten besser zu rehabilitieren, die keine Psychotherapie erhielten (Holder et al. 1991, Miller et al. 1995, 2003). Psychodynamische, d.h. tiefenpsychologisch orientierte Therapieansätze erscheinen weniger erfolgreich (Küfner 2003). Strukturierte interaktionale Therapie und strukturierte Therapie mit psychodynamischen Elementen erscheinen in der Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar (Berglund et al. 2003, Andreasson und Öhjehegen 2003).

Tabelle 3.5.b Behandlungsmethoden mit widersprüchlichem Nachweis zur therapeutischen Effizienz

Behandlungsmethode	Dokumentierte zielenz	Effi- ES	Begrenzter Nachweis einer Effizienz	ES
12-Schritte Therapie	Ouimette et al. 1999	Ila	Kownacki & Shadish	Ib
	Project Match	Ila	Mesa Grande	
	Andréasson & Öjehagen	Ia		Ia
Paartherapie (nicht- verhaltenstherapeutisch)	Finney & Monahan	Ib	Holder et al. Mesa Grande	Ib Ia
	Kognitive Verhaltensthe- rapie	Süß 1995		Ic
Bewältigungsstrategien	Morgenstern & Longa- baugh	Ib	Holder et al. Finney & Monahan	Ib Ib
	Andréasson & Öjeha- gen	Ia		
	Slattery et al. 2002	Ia	Morgenstern & Longa- baugh	Ib
Rückfallprävention	Mesa Grande	Ia		
	Carroll 1996	Ib	Mesa Grande	Ia
	Irvin et al.	Ic	Slattery et al.	Ia
	Mesa Grande	Ia		
Psychotherapie	Brown	IV		
	Andréasson & Öjeha- gen	Ia	Holder et al. Mesa Grande	Ib Ia
			Brown	IV

3.2.3. Behandlungsmethoden mit begrenztem Nachweis zur therapeutischen Effizienz (siehe auch Tabelle 3.5.c)

Entspannungstraining

Die Anwendung von Entspannungstraining oder anderer Stressabbautechniken findet intuitiv Anklang in den meisten Behandlungseinrichtungen, obwohl es bisher keinen wissenschaftlichen Nachweis für deren Effizienz gibt (Miller et al. 1998, 2003). Dies unterstützt die zunehmenden Zweifel, dass Personen zur Stressreduktion Alkohol trinken.

Psychoedukation

Psychoedukation ist zweifelsfrei eine der häufigst angewendeten Komponenten der standardisierten Alkoholentwöhnung. Ziel ist, Informationen zu vermitteln, die den Patienten helfen, die Alkoholproblematik zu verändern. Kontrollierte Studien haben konsistent negative Befunde geliefert (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996, Miller et al. 1998, 2003). Conner und Gunther (1996) versuchten Erklärungen zu finden, warum Psychoedukation nicht effizient ist: Erstens würden kognitive Defizite, die gerade bei schwer und chronisch alkoholabhängigen Patienten häufig vorhanden sind, die Aufnahmekapazität von Lehrinhalten erschweren. Zweitens seien oft unrichtige oder irreführende Informationen über Alkoholismus kontraproduktiv und schließlich würde die konventionelle dogmatische Edukation die Selbstwirksamkeit der Patienten unterminieren, indem beharrlich behauptet wird, dass der Patient minimale Kontrolle über das Trinkverhalten hat. Die Unfähigkeit des Patienten selbstwirksam mit einem Alkoholrückfall umzugehen kann im Sinne einer „selffulfilling prophecy“ dazu führen, dass aus einem Trinkzwischenfall ein schwerer Rückfall wird. Somit ist zu schließen, dass nicht Psychoedukation an und für sich ungeeignet ist, sondern eher die Art der angewendeten Psychoedukation. Hier besteht Forschungsbedarf, um die Qualität der Edukation zu verbessern.

Milieuorientierte Therapie

Hintergrund der Verwendung von milieuorientierter Therapie ist die Überlegung, dass bei der Rehabilitation die Umgebung der Therapie hilfreich ist. Die therapeutische Atmosphäre an und für sich soll gute Effekte bewirken. Kontrollierte Studien haben allerdings keinen Hinweis geliefert, die die Anwendung von Milieuthherapie gegenüber weniger kostenintensiven Behandlungen wie z.B. ambulanter Therapie unterstützen (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996, Miller et al. 2003). Letztendlich hat sich sogar gezeigt, dass Milieuthherapie im Vergleich zu Kurzinterventionen schlechtere Behandlungsergebnisse gebracht hat (Miller et al. 1995, 1998).

Tabelle 3.5.c Behandlungsmethoden mit begrenztem Nachweis zur therapeutischen Effizienz

Behandlungsmethode	Begrenzter Nachweis einer ES Effizienz	ES
Entspannungstraining	Mesa Grande	Ia
	Brown	IV
Edukation	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Mesa Grande	Ia
	Brown	IV
Milieuthherapie	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Mesa Grande	Ia
	Brown	IV
Ohne Nachweis bzw. schädlicher Effekt		
Konfrontationsbehandlung	Holder et al.	Ib
	Finney & Monahan	Ib
	Mesa Grande	Ia
	Brown	IV

3.2.4. Behandlungsmethoden ohne Nachweis zur therapeutischen Effizienz bzw. mit schädlichem Effekt (siehe auch Tabelle 3.5.c)

Konfrontationsinterventionen

Konfrontationsinterventionen versuchen die Abwehrhaltung zu durchbrechen, vor allem die Verleugnung. Traditionell wurde die Konfrontationsbehandlung als essentielle Therapiekomponente angesehen, obgleich bisher keine Studien/ Übersichtsarbeiten positive Ergebnisse zeigen konnten. (Holder et al. 1991, Finney und Monahan 1996, Miller et al. 1995, 2003). So fanden z.B. Miller et al. (1993) heraus, dass eine Konfrontationstherapie signifikant mehr Abwehr hervorrief und schlechtere Ergebnisse ein Jahr nach einer Kurzintervention lieferte.

III. Zusammenfassung: Psychosoziale Behandlungsmethoden

Grundsätzlich ist die Bewertung von Psychotherapiestudien aufgrund der Komplexität schwierig. Es muss unterschieden werden zwischen Studien, die ein Verfahren ohne Vergleichstherapie oder mit einer Vergleichstherapie untersuchen, zwischen Studien, die eine wirksam angenommene Therapie mit einer als unwirksamen bzw. ebenfalls als wirksamen Therapie vergleichen, zwischen Studiendesign (gematcht oder randomisiert), zwischen den Zusammensetzungen der Stichproben, und schließlich bezüglich der Dauer, Setting und Art der jeweiligen Behandlung sowie Beobachtungszeitraum und Ergebnisdefinition. Schlussfolgernd lässt sich aufgrund der umfangreichen Literatursuche bezüglich der Wirksamkeit psychosozialer Behandlungsmethoden zusammenfassen (siehe auch Tabellen 3.5.a-c):

1. Therapeutische Maßnahmen allgemein sind effizienter im Vergleich zu keinen Maßnahmen.
2. Kognitive verhaltenstherapeutische Ansätze eingebettet in ein multimodales Therapieprogramm sind wirksam. Motivationsförderung, Gemeindeprogramme, Verhaltensverträge, verhaltenstherapeutische Familien-/Paartherapie, Training zu Bewältigungsstrategien/ Kommunikationsfähigkeiten sowie soziale Unterstützung konnten zur Vermeidung von Rückfällen ein Nutzen nachgewiesen werden.
3. 12-Schritte-Therapie ist weniger wirksam, allerdings ist die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen effizient.
4. Die Wirkmechanismen einzelner psychotherapeutischer Ansätze sind nicht vollständig geklärt.
5. Behandlungsmethoden, die Klienten aktiv in den Behandlungsprozess miteinbeziehen scheinen günstigere Ergebnisse zu liefern. Techniken und Hilfen, die zu einer Stärkung der Ich-Fähigkeiten führen können als generell wirksam angesehen werden.
6. Psychodynamische, d.h. tiefenpsychologisch orientierte Therapieansätze erscheinen weniger erfolgreich.
7. Widersprüchliche Ergebnisse konnten gefunden werden für einen Nutzen von klassischer Rückfallprävention und Psychoedukation.
8. Konfrontationsbehandlungen werden erscheinen kontraproduktiv.

9. Bislang besteht kein Konsens, welche Patienten von welcher Therapiemethode am besten profitieren

Literatur III:

Allsop S, Saunders B, Phillips M, Carr A. A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction* 1997; 92 (1): 61 - 74

Andréasson S, Öjehagen A. Psychosocial treatment for alcohol dependence. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Hrsg). *Treating alcohol and drug abuse*. Weinheim: Wiley-VCH, 2003: 43 – 188

Annis HM, Davis CS. Relapse prevention. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. New York: Pergamon, 1989: 170 - 182

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) *Das Leitlinienmanual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 1995, Suppl. 1: 1 - 84

Azrin NH, Sisson RW, Meyers R, Godley M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Behav Res Ther* 1982; 14: 339 - 348

Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andréasson S, Öjehagen A. Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27 (10): 1645 - 1656

Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational Interviewing with alcohol outpatients. *Behav Psychother* 1993, 21: 347 - 356

Bigelow GE. An operant behavioral perspective on alcohol abuse and dependence. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T (Hrsg.) *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester, UK, John Wiley & Sons, 2001: 299-315.

Brown JM. The effectiveness of treatment. In: Heather N, Stockwell T (Hrsg.) The Essential Handbook of treatment and prevention of alcohol problems. Chichester, UK, John Wiley & sons 2004: 9 - 20

Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. Acta Psych Scand 2002, 106: 227 - 232

Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. Exp Clin Psychopharmacol 1996, 4, 46 - 54

Chaney ER, O'Leary MR, Marlatt GA. Skill training with alcoholics. J Consult Clin Psychol 1978, 46: 1092 - 1104

Conner KR, Gunther MW. Educational lectures and films in the clinical treatment of alcoholism: a critique. Subst Use Misuse 1996, 31 (9): 1117 - 1129

Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Getter H. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. J Consult Clin Psychology 1991, 59 (4): 598 - 601

Donovan DM. Continuing care: promoting the maintenance of change. In: Miller WR, Heather N (Eds.) Treating addictive behaviors, 2nd edn. New York, Plenum Press 1998, 317 - 336

Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted for motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. Addiction 2001; 96: 1725 - 1742

Feuerlein W. Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie, Stuttgart: Thieme, 1989.

Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. J Stud Alcohol 1996; 57: 229 - 243

Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GM, Daranciang E, Dunn CW, Villaveces A, Copass M, Ries RR. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999; 230: 437 – 483

Handmaker-Sheehy N, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 285 - 287

Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 517 - 540

Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychology* 1999; 67(4): 563 - 570

Ito JR, Donovan DM, Hall JJ. Relapse prevention in alcohol aftercare: effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *Br J Addict* 1988; 83(2): 171 - 181

Kadden RM, Cooney NL, Getter H, Litt MD. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *J Consult Clin Psychology* 1989; 57: 698 - 704

Kownacki RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Subst Use Misuse*. 1999; 34 (13): 1897 - 916

Küfner H. Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2003; 2: 170 - 177

Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychology* 2003; 71 (1): 118 - 128

Maisto SA, McKay JR, O'Farrel TJ. Relapse precipitants and behavioural marital therapy. *Addict Behav* 1995; 20: 383 - 393

McKay JR, Maisto SA, O'Farrel TJ. End-of-treatment self-efficacy, aftercare and drinking outcome of alcoholic men. *Alcohol Clin Exp Res* 1993; 17: 1078 - 1083

Miller WR, Andrews NR, Wilbourne P, Bennet ME. A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In: Miller WR, Heather N (Hrsg.). *Treating addictive behaviors*, 2nd edn. New York: Plenum Press 1998, 203 - 216

Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993; 61(3): 455 - 461

Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 2nd edn. Needham Heights: MA Allyn and Bacon, 1995: 12 - 44

Miller WR, Wilbourne PL, Hettaema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. 3rd edn. Boston, New York, San Francisco: Allyn and Bacon, 2003: 13 - 63

Monti PM, Rohsenow DJ, Colby SM, Abrams DB. Coping and social skills training. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 2nd edn. Needham Heights: MA Allyn and Bacon, 1995: 221 - 241

Monti PM, Rohsenow DJ. Coping skills training and cue exposure treatment. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 3rd edn. Boston: Allyn and Bacon, 2003: 213 - 236

Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003; 98: 325-337

Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 2000; 95 (10):1475 - 1490

Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Schmidt LG. AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 2003; 49(3): 147 - 167

O'Farrel TJ, Choquette KA, Cutter HSG, Brown ED, McCourt WF. Behavioral marital therapy with and without additional relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 652 - 666

O'Farrel TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment. An update. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15:329 - 356

O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Schottenfeld RS, Meyer RE, Rounsaville B. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 881 - 887

Ouimette PC, Finney JW, Gima K, Moos RH. A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcohol Clin Exp Res* 23 1999; (3): 545 - 551

Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67: 53 - 72

Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 7 - 29

Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *J Stud Alcohol* 1998; 59 (6): 631 - 639

Rychtarik RG, Prue DM, Rapp SR, King AC. Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholic. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 435 - 440

Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, Parrott S. Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report. 2002

Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapie alkohol- und drogenabhängiger Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 2000; 46 (Sonderheft 2): 89 - 176

Süß HM. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 1995; 46: 248 – 266

Timko C, Moos RH, Finney JW, Lesar MD. Long-term outcomes of alcohol use disorders: Comparing untreated individuals with those in Alcoholic Anonymous and formal treatment. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 529-540

Weingardt KR, Marlatt GA. Sustaining change: helping those who are still using. In: Miller WR, Heather N (Hrsg.). *Treating addictive behaviors*, 2nd edn. New York: Plenum Press, 1998: 337 - 351

Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction* 2003; 98:901 - 911

Wertz JS. The effect of motivational interviewing on treatment participation, self-efficacy, and alcohol use at follow-up in inpatient alcohol dependent adults. Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Dissertation Abstracts International B 55/01, 1994.

IV. „Adjuvanttherapien“: Kunsttherapie, Akupunktur, Bewegungstherapie, Ergotherapie

4.1. Kunsttherapie

Bislang sind insgesamt 17 veröffentlichte Studien (davon fünf randomisierte) zur Wirksamkeit von Kunsttherapie durchgeführt worden. Reynolds et al. (2000) stellte in einer Übersichtsarbeit die Effektivität von Kunsttherapie dar mit unterschiedlichen Ergebnissen bei unterschiedlichen Störungsbildern und verweist auf den Mangel vor allem an kontrollierten/randomisierten Studien. Unseres Wissens existieren keine Studien zur Wirksamkeit von Kunsttherapie bei alkoholabhängigen Patienten. Da Kunsttherapie zum einen häufig angewandt aber auch eine relativ kostengünstige Behandlungsmethode ist, sollten zukünftige Studien deren Wirksamkeit überprüfen.

4.2. Akupunktur

Mit die älteste medizinische Behandlungsmethode stellt die Akupunktur dar: seit über 2500 Jahren wird diese in der traditionellen chinesischen Medizin angewandt. Ab 1970 fand Akupunktur auch Eintritt in die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Moner (1996) stellte in einer Übersichtsarbeit die Wirksamkeit von Akupunktur in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit vor. Lediglich zwei Studien konnten präsentiert werden: Bullock et al. (1989) stellten fest, dass unter Akupunktur alkoholabhängige Patienten einer höhere Haltequote während der Therapie aufwiesen und dass die Behandlungsergebnisse günstiger waren im Vergleich zu der Gruppe ohne Akupunktur. Worner et al. (1992) konnten diese Ergebnisse nicht replizieren. Wissenschaftlich nicht geklärt sind bislang mögliche Wirkmechanismen bei der Behandlung von Suchterkrankungen. Da die Akupunktur eine kostengünstige, nebenwirkungsarme und schnell anzuwendende Behandlungsmethode ist, besteht Forschungsbedarf in diesem Bereich.

4.3. Bewegungstherapie

Dass Bewegung und Sport zu einer Verbesserung von Stimmung, Depressivität und Ängstlichkeit – auch bei Gesunden – führt, konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden (z.B. Byrne und Byrne 1993, DiLorenzo et al. 1999). Obwohl Formen der Bewegungstherapie mittlerweile einen festen Platz in den meisten integrativen Behandlungskonzepten zur Therapie von Suchterkrankungen haben, existieren bisher kaum Untersuchungen, die den tatsächlichen Effekt von Sport in der Kurz- und Langzeittherapie von Alkoholkranken belegen. Einzelne Berichte zu unterschiedlichen Therapieformen liegen zwar vor, die die Vorzüge und Nutzen einzelner Therapieformen vorstellen (Chastain und Shapiro 1987, Hoffmann und Teske 1993, Reymann et al. 2000), es fehlen allerdings kontrollierte Studien. Brooks et al. (1997) und Meyer und Brooks (2000) haben in Übersichtsarbeiten lediglich drei Studien zu dieser Thematik vorlegen können: Sinyor et al. 1982, Weber 1984 und Bartmann 1992. Sinyor et al. (1982) konnten nachweisen, dass nach der Teilnahme an einem fünfwöchigen Fitnessprogramm die Abstinenzraten drei Monate nach Entlassung signifikant verbessert wurden. Bartmann (1992) wies nach, dass ein 14-wöchiges Joggingprogramm zu einer deutlichen Verbesserung von Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl führte, während umgekehrt das Gefühl der Hilflosigkeit signifikant abnahm. Weber (1984) überprüfte über vier Monate ein aerobes Training im Vergleich zu einer herkömmlichen Therapie und fand heraus, dass beide Therapien die Zustandsangst besser. Einschränkend gilt jedoch für diese wie für die Studie von Weber (1984), dass aufgrund der hohen Drop-out-Rate die Aussagekraft stark eingeschränkt ist.

4.4. Ergotherapie

Während die Ergotherapie in den 70er und 80er Jahren noch einen hohen Stellenwert als einem Teil der Suchtkrankenbehandlung, ist es in den letzten Jahren – nicht zuletzt wegen der Verkürzung der Behandlungsdauer – zu einer starken Reduktion oder auch Abschaffung der Ergotherapie gekommen.

Ergotherapie, das heißt Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie stellen eine eher deutsche Besonderheit dar, im (insbesondere englischsprachigen) Ausland gibt es keinen vergleichbaren Stellenwert der Ergotherapie in der stationären Suchtkrankenbehandlung (Weymar 1996).

Es konnten keine Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie gefunden werden. Nichtsdestotrotz kann davon ausgegangen werden, dass Ergotherapie als integrativer Bestandteil der stationären Suchtkrankenbehandlung eher förderlich als kontraproduktiv ist. Zur Überprüfung der Wirksamkeit müssten kontrolliert-randomisierte Studien durchgeführt werden.

IV. Zusammenfassung: Adjuvante Behandlungsmethoden

Für alle adjuvanten Behandlungsmethoden gilt, dass aufgrund fehlender kontrolliert/randomisierter Studien letztlich keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen gezogen werden können.

Der aktuelle „Forschungsstand“ lässt allerdings vermuten, dass adjuvante Behandlungsmethoden nicht kontraproduktiv und schädlich sind.

Ob adjuvante Behandlungsmethoden ihren Stellenwert bei der stationären Behandlung Alkoholkranker zur Wirksamkeitsverbesserung behalten sollten, müsste in randomisiert-kontrollierten Studien geprüft werden.

Literatur IV

Bartmann U (1992) Joggen als verhaltenstherapeutisches Bewegungsprogramm. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 95-103.

Broocks A, Meyer TF, George A, Pekrun G, Hillmer-Vogel U, Hajak G, Bandelow B, Rütger E (1997) Zum Stellenwert von Sport in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Psychother Psychosom med Psychol 47: 379-393.

Bullock ML, Culliton PD, Olander RT (1989) Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. Lancet 1 (8652): 1435-1439.

Byrne A, Byrne DG (1993) The effects of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. J Psychosom Res 37 (6): 565-574.

Chastain PB, Shapiro GE (1987) Physical fitness program for patients with psychiatric disorders. A clinical report. Physical Therapy 67: 545-548.

DiLorenzo TM, Bargman EP, Stucky-Ropp R, Brassington GS, Frensch PA, Lafontaine T (1993) Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. Preventive Medicine 28: 75-85.

Hoffmann HD, Teske M (1993) Sporttherapie nach sportpsychologischen, sportmedizinischen und sportmethodischen Erkenntnissen in der ambulanten Behandlung von Suchterkrankungen. Sucht 3: 186.

Meyer T, Broocks A (2000) Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. Guidelines for exercise testing and prescription. Sports Med 30: 269-279.

Moner SE (1996) Acupuncture and addiction treatment. J Addict Dis 15 (3): 79-100

Reymann G, Scherer C, Heinz G (2000) Bewegungstherapie mit chronisch und mehrfach bveinträchtigten Alkoholabhängigen auf dem Air-tramp Sucht 1: 77-79.

Reynolds MW, Nabors L, Quinlan A (2000) The effectiveness of art therapy: Does it work? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 17(3): 207-213.

Sinyor D, Trown T, Rostant L, Seraganian P (1982) The role of physical fitness program in the treatment of alcoholism. *J Stud Alcohol* 43: 380-386.

Weber (1984) Laufen als Behandlungsmethode – eine experimentelle Untersuchung an Alkoholabhängigen in der Klinik. *Suchtgefahren* 30: 160-167.

Weymar W (1996) Die Ergotherapie – das Stiefkind der stationären Suchtkrankenbehandlung. *Sucht* 42 (4): 280-283.

Worner TM, Zeller B, Schwarz H, Zwas F, Lyon D (1992) Acupuncture fails to improve treatment outcome in alcoholics. *Drug Alcohol Dep* 30: 169-173.

V. Notwendige Dauer der stationären Behandlung

5.1. Meta-Analysen zum Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg

5.1.1. Süß (1995)

Süß überprüfte in der Meta-Analyse von 1995 den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg. Betrachtet man nur die Analyse von Studien aus Deutschland (n=10) ergab sich nach pessimistischer Schätzung F4 (Auswertung aller Patienten, auch der Abbrecher, nicht-erreichte Patienten werden als rückfällig eingestuft) ein Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und –erfolg mit den Effektstärken $r=.50$ für die Abstinenzraten und $r=.33$ für die Besserungsraten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ergab sich kein signifikanter Unterschied. Es werden keine Angaben zu den jeweiligen Behandlungsdauern gemacht, da die Zellenbesetzung zu gering war. Genauere Angaben werden zu den angloamerikanischen Studien gegeben. Hier wird festgehalten, dass Therapien mit einer Dauer von deutlich unter vier Wochen die ungünstigsten Resultate brachten, mit einer Dauer von vier Wochen ein relatives Optimum, das erst dann wieder deutlich übertroffen wurde, wenn die Behandlung 17 Wochen dauerte. Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse für eine Therapiedauer von 8 bis 12 Wochen so spärlich sind, dass darüber keine Aussagekraft besteht.

Kritisch wird auch bewertet, dass die Therapiedauer mit einer gleichförmigen Intensitätsdimension gleichgesetzt werden müsste.

5.1.2. Sonntag und Künzel (2000)

Sonntag und Künzel (2000) führten eine Meta-Analyse zur stationären Behandlungsdauer von alkohol- und drogenabhängigen Patienten in Europa durch. Tendenziell wird die Behandlungsdauer von Suchtpatienten in Europa verkürzt, vordergründig jedoch nicht aus fachlichen, sondern vielmehr ökonomischen Gründen. Zudem wird die Therapiedauer zunehmend individuell bestimmt. Die Autoren führten zunächst eine klassische Meta-Analyse durch (5 Studien), die keinen Zusammenhang zwi-

schen Therapiedauer und Behandlungserfolg zeigen konnte (siehe Tabelle 5.1.). Wegen der geringen Anzahl der Studien für die klassische Meta-Analyse wurde, um die Aussagekraft zu erhöhen schließlich mit 20 Studien eine korrelative Meta-Analyse durchgeführt, wobei allerdings nicht nachvollziehbar ist, welche Studien in die Analyse einbezogen wurden. Der Katamnesezeitraum betrug für diese Studien 12 Monate (eine Ausnahme 10 Monate), 17 Studien stammen aus Deutschland und drei Studien aus Großbritannien. Die Studien sind fast ausschließlich quasi-experimentell, es fand keine Randomisierung statt. Da eine geringe Anzahl Studien eingeschlossen wurde und Therapiedauer und –erfolg nicht-normalverteilt sind, wurde zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg eine nonparametrische Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Therapiedauer und –erfolg eruiert werden mit einer Effektstärke von $r=0.559$ (starker Effekt wegen geringer Stichprobengröße, $p=0.038$). Die Verteilung der Abstinenzquote in Abhängigkeit von der Therapiedauer steht in einem eher linearem Zusammenhang (je länger die Therapie dauert, desto größer die Abstinenzquote). Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass dieser Effekt nur für eine kritische Therapiedauer gilt, innerhalb derer der Therapieerfolg mit der Dauer wächst. Allerdings fehlen Angaben über die Intensität der Behandlung und Behandlungsdauer. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass kürzere Therapien weniger intensiv sind als längere. Aufgrund der fehlenden empirischen Basis kann diese Dauer jedoch nicht genau festgelegt werden. Damit konnten die Ergebnisse von Süß (1995) bestätigt werden.

Tabelle 5.1. Ergebnisse der klassischen Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und unterschiedlichen Therapiedauern (Sonntag und Künzel, 2000), TD= Therapiedauer, W= Wochen

Studie	Anzahl der Patienten		Durchschnittl. TD (Tage)		Abstinenzquote		Effektgröße
Zusammenhang zw. Therapiedauer bis 14 Wochen vs. 14-19 Wochen und Therapieerfolg							
	14 W	19 W	14 W	19 W	14 W	19 W	
Scheller und Klein (1986)	160	452	77	133	11	60	0.4287
Studie 220	1234	1144	89	133	55	61	0.0606
Zemlin et al. (1999)	744	4413	96	125	50	55	0.0352
Zusammenhang zw. Therapiedauer bis 14 Wochen vs. mehr als 20 Wochen und Therapieerfolg							
	14 W	>20 W	14 W	>20 W	14 W	>20 W	
Kern und Jahrreis (1990)	82	386	60	180	58	53	-0.0414
Scheller und Klein (1986)	160	360	77	168	11	60	0.4523
Zemlin und Herder (1994)	121	556	89	182	55	52	-0.0260
Studie 220	1234	320	89	182	55	61	0.0482
Zusammenhang zw. Therapiedauer bis 19 Wochen vs. mehr als 20 Wochen und Therapieerfolg							
	19 W	>20 W	19 W	>20 W	19 W	>20 W	
Scheller und Klein (1986)	452	360	133	168	60	60	0.0000
Studie 220	1144	320	133	182	61	61	-0.0006

5.1.3. Mattick und Jarvis (1994)

Mattick und Jarvis (1994) führten eine Meta-Analyse zur Effizienz der stationären Behandlung durch und berücksichtigten dabei auch die Frage nach der Behandlungsdauer. In ihrer Analyse erreichten sie für die Studien von Mosher et al. (1975), Page und Schaub (1979) und Stein et al. (1975) Effektstärken von 0.18, 0.07-0.31, und 0.06 und damit keinen signifikanten Nachweis für das bessere Abschneiden der längeren Behandlungsdauer.

5.2. Einzelne Studien zum Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg

5.2.1. Studien ohne Randomisierung (siehe auch Tabelle 5.2.)

In Feldstudien **ohne Randomisierung** sind zu fast 50% stationäre Langzeittherapien den Kurzzeittherapien überlegen, selten sind Kurzzeittherapien überlegen und häufig zeigen sich auch nur mäßige Unterschiede bezüglich unterschiedlicher Therapiedauer (Finney et al. 1981). Nichtrandomisierte Patienten mit geringer sozialer Integration profitierten hinsichtlich des Alkoholkonsums nach Therapieende mehr von einer längeren stationären Therapie im Vergleich zu einer kürzeren Therapie (4 Wochen). Bei sozial gut integrierten Patienten treten diesbezüglich keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Behandlung auf (Welte et al. 1981). Insgesamt zeigte sich aber für alle Patienten, dass die Ergebnisse um so günstiger waren, je länger die Behandlung dauerte.

Bao et al. (2001) verglichen die Länge der Behandlung zwischen den USA; Kanada, Australien und Schweden und stellten fest, dass es von 1985 bis 1996 zu einer Verkürzung der stationären Behandlung gekommen. Allerdings wird in dieser Studie nicht unterschieden zwischen Entgiftung und Entwöhnung und die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug zwischen 6 und 16 Tagen.

Long et al. (1998) untersuchten die Effizienz und Kosteneffizienz einer 5-wöchigen stationären und einer 2-wöchigen gemischt stationären und tagklinischen Behandlung für alkoholabhängige Patienten. Die Intensität der Therapie und die Anzahl der Therapiestunden unterschied sich dabei nicht zwischen den beiden Gruppen, sondern nur die Dauer der Behandlung. 112 Patienten wurden stationär behandelt und 100 Patienten wurden gemischt stationär und tagklinisch behandelt. Nach 12 Monaten betrug die Abstinenzrate bzw. die Rate für unproblematisches Trinken für alle Patienten 55,6%. Es zeigten sich keine statistischen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Behandlungskosten der 2-wöchigen Behandlung waren signifikant niedriger als die der 5-wöchigen Behandlung.

Trent (1996) verglich in einer methodisch guten prospektiven Studie die Wirksamkeit einer 4-wöchigen stationären Therapie im Vergleich zu einer 6-wöchigen Therapie bei fast 3000 alkoholabhängigen Patienten. Die Verkürzung der Therapiedauer auf vier Wochen hatte keinen Einfluss auf die Effizienz der Behandlung. Stärkster Prädiktor für einen positiven Verlauf 12 Monate nach Therapieende war die Teilnahme an einer Nachsorgegruppe.

Kish et al. (1980) konnten sechs Monate nach einer stationären 84-tägigen Therapie im Vergleich zu einer verkürzten 60-tägigen Therapie feststellen, dass Patienten mit verkürzter Therapiedauer signifikant häufiger rückfällig geworden waren; keine Unterschiede gab es bezüglich des Schweregrades des Rückfalls (Häufigkeit und tägliche Trinkmenge). Insgesamt waren die Behandlungsergebnisse der verkürzten Therapie recht gut.

Gottheil et al. (1992) prüften die Dauer der Behandlung in Abhängigkeit vom Schweregrad bei 126 alkoholabhängigen Patienten. Als Schweregrad wurde der psychiatrische Faktor des Addiction Severity Index verwendet. Sechs Monate nach Beendigung der Behandlung zeigte sich, dass eine längere Dauer (> 15 Tage) einen signifikant besseren Verlauf bewirkte bei Patienten die einen schwach bis mittelmäßigen psychiatrischen Schweregrad hatten. Bei Patienten mit einem schweren psychiatrischen Schweregrad hatte eine längere Behandlungsdauer keinen positiven Einfluss.

Bamford et al. (2003) untersuchten den Einfluss einer Therapieverkürzung einer tagklinischen Entwöhnung von 10 auf 6 Wochen auf den Therapieerfolg 11 Monate nach Studieneinschluss. Die verkürzte Therapiedauer führte zu einem komprimierten Therapieprogramm, weniger Zeit wurde nur für Problemlösung und Stimmungsmanagement verwendet. Von 124 Patienten konnten 88 (71%) nachuntersucht werden. Signifikant mehr Patienten beendeten die verkürzte Therapie regulär. Zwischen beiden Gruppen zeigten sich ansonsten keine signifikanten Unterschiede.

5.2.2. Studien mit Randomisierung (siehe auch Tabelle 5.2.)

In älteren US-amerikanischen Feldstudien **mit Randomisierung** zeigten sich bezüglich des Behandlungserfolges sechs bis 24 Monate nach Therapieende keine signifikanten Unterschiede zwischen unterschiedlicher Behandlungsdauer, die zwischen neun und 82 Tagen betrug (Willems et al. 1973, Stein et al. 1975, Mosher et al. 1975, Page und Schaub 1979, Walker et al. 1983). Tendenziell schnitten die Kurzzeittherapien sogar besser ab (Willems et al. 1973, Walker et al. 1983).

Stinton et al. (1979) zeigten, dass bei gleicher Verweildauer eine stationäre Behandlung mit geringerer Intensität bessere Ergebnisse brachte als die intensive Therapie. Anzumerken ist, dass in fast allen Untersuchungen der stationären Behandlung eine intensive ambulante Nachsorge folgte. In der Untersuchung von Willems et al. (1983) trat ein sehr deutlicher Effekt bezüglich des regelmäßigen Besuches einer Nachsorgegruppe auf: Regelmäßige Teilnehmer hatten eine dreifach höhere Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben als diejenigen, die nicht an dem Nachsorgeprogramm teilgenommen hatten.

Tabelle 5.2. Übersicht über Studien zum Zusammenhang zwischen Therapie-dauer und Behandlungserfolg bei stationärer Alkoholentwöhnungstherapie (modifiziert nach Süß und Waldow, 1986), KT: Kurzzeittherapie, LT: Langzeittherapie, RF: Rückfall, SG: Schweregrad

Literatur	Therapiedauer (Tage)		Follow-up (Monate)	Resultate im Gruppenvergleich
	KT	LT		
Randomisierte Studien				
Willems et al. (1973)	20	85	24	Keine sign. Unterschiede KT tendenziell besser
Pokorny et al. (1973)	60	90	12	Keine sign. Unterschiede
Stein et al. (1975)	9	30	13	Keine sign. Unterschiede
Mosher et al. (1975)	9	30	6	Keine sign. Unterschiede
Page & Schaub (1979)	21	35	6	Keine sign. Unterschiede

Walker et al. (1983)	14	49	9	Keine sign. Unterschiede KT tendenziell besser
Nicht-random. Studien	KT	LT		
Trent (1996)	28	42	12	Keine sign. Unterschiede
Kish et al. (1980)	60	84	6	LT: sign. seltener RF, keine sign. Unterschiede bzgl. SG des RF
Gottheil et al. (1992)	<15	>15	6	LT: sign. besser: Pat. mit niedrigem SG, keine sign. Unterschiede: Pat. mit schweren SG.
Long et al. (1998)	14	35	12	Keine sign. Unterschiede
Bamford et al. (2003)	42	70	11	Sign. mehr Patienten beenden KT regulär, ansonsten keine sign. Unterschiede

5.3. Adaptives kriterienorientiertes Indikationsmodell

Süß und Waldow stellten 1986 Modelle zur indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauer in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen vor. Das **adaptive kriterienorientierte Indikationsmodell** wird dabei als erste Wahl vorgeschlagen:

- 1) Operationalisieren von Therapiezielen anhand der Prognosevariablen
- 2) Entwicklung von kriterienorientierten Tests (Therapieziellisten), die es erlauben, individuelle und generelle Therapieziel zu erfassen und die Therapiezielerreichung zu überprüfen
- 3) Kontinuierliche Datensammlung, sukzessive Ergänzung und Prüfung der Therapieziele nach dem Therapieverlauf und kontinuierlicher Prüfung der Therapiezielerreichung
- 4) Entlassung des Patienten, wenn
 - i. die Therapieziele erreicht sind

oder

ii. weitere Verbesserungen aus Sicht der Klinik nicht erreichbar sind und eine Überweisung zu einer anderen Behandlungsform dem Patienten vorgeschlagen wird

oder

iii. der Patient es wünscht

5) Indikative Therapiebausteine kontinuierlich erweitern und den Anteil unspezifischer Behandlungsmethoden entsprechend verringern

Nach Süß und Waldow könnten indikationsgeleitet die stationären Behandlungsdauern verkürzt werden, wenn die ambulante Nachsorge entsprechend ausgebaut wird.

5.4. Effizienzoptimierung durch Nachsorge

Studien konnten belegen, dass eine ambulante Nachsorge, am besten kombiniert mit regelmäßigem Selbsthilfegruppenbesuch den Behandlungseffekt verbessert (Ouimette et al. 1998, Moos et al. 2000, Moos et al. 2001, Ritsher et al. 2002). Ausschlaggebend war dabei nicht die Intensität der Therapie, sondern die Dauer: längerdauernde Behandlungen mit geringer Intensität brachten die günstigsten Behandlungsergebnisse (Moos et al. 2001, 2003).

Zusammenfassung:

Notwendige Dauer der stationären Behandlung

Im deutschsprachigen Raum liegen insgesamt wenige Studien zur Überprüfung der notwendigen Behandlungslänge und u. W. bisher keine randomisierten Untersuchungen vor. In die Meta-Analysen von Süß bzw. Sonntag/ Künzel konnten infolgedessen nur wenige und quasi-experimentelle Studien eingeschlossen werden. Die Ergebnisse weisen (tendenziell) zwar auf eine Überlegenheit der längeren Behandlungsdauer hin, unklar aber bleibt, wie lange die optimale Behandlung dauern soll und wie intensiv die Behandlung sein sollte. Die Ergebnisse sollten vorsichtig gewertet werden.

Angloamerikanische Studien haben keine signifikanten Unterschiede zwischen längerer und kürzerer Therapiedauer feststellen können, tendenziell schnitten Kurzzeittherapien z.T. besser ab bzw. erreichten eine höhere Haltequote.

Es bleibt aber fraglich, inwieweit sich US-amerikanische Ergebnisse, die kürzere Behandlungsdauern favorisieren (Miller und Hester 1986), auf den deutschsprachigen Raum übertragen lassen. Traditionell betragen die durchschnittlichen Verweildauern in Deutschland im Vergleich zu den USA mehr als doppelt bis sechsmal so lange (Übersicht bei Süß und Waldow 1986, Süß 1995). Durchschnittlich beträgt die Kurzzeittherapie in den hier ausgewerteten Studien 27 Tage und die Langzeittherapie 55 Tage. Auch das Standardtherapieprogramm unterscheidet sich zwischen beiden Ländern. Während in den USA anders als in Deutschland zur Standardtherapie AA-Techniken und Disulfiramgabe gehören (Miller und Hester 1985), wird in Deutschland häufig eine Adjuvanttherapie durchgeführt (AT, BT, Bewegungs-, Musik-, Kunsttherapie) sowie Angehörigen- und Nachsorgeseminare angeboten (Scheipers 1984).

Zur Klärung dieser wichtigen Fragestellung müssten randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis V

Bao Y, Sauerland D, Sturm R (2001): Changes in alcohol-related inpatient care – an international trend comparison, *J Addict Dis*, 20 (2):97-104

Bamford Z, Booth PG, McGuire J, Salmon P (2003) Treatment outcome following day care for alcohol dependency: the effects of reducing programme length. *Health and Social Care in the Community* 11 (5):440-445.

Finney J, Moos RH, Chan DA (1981) Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: a comparison of two techniques for process analyses. *J Consult Clin Psychol* 19: 120-131.

Gottheil E, McLellan AT, Druley KA (1992) Length of stay, patient severity and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism. *J Stud Alcohol* 53 (1): 69-75.

Kish GB, Ellsworth RB, Woody MM (1980) Effectiveness of an 84-day and a 60-day alcoholism treatment program. *J Stud Alcohol* 41 (1): 81-85.

Long CG, Williams M, Hollin CR (1998) Treating alcohol problems: a study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction* 93 (4): 561-571.

Mattick RP, Jarvis T (1994) In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient care is a good. *Drug Alcohol Rev* 13: 127-135.

Miller WR, Hester RK (1986) The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In: Miller WR, Heather N (eds) *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press: 121-174

Moos RH, Finney JW, Federman EB, Suchinsky R. Specialty mental health care improves patients' outcomes: Findings from a nationwide program to monitor the

quality of care for patients with substance use disorders. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 704-713

Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003; 98: 325-337

Moos R, Schaefer J, Andrassy J, Moos B. Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *J Clin Psychol* 2001; 57: 273.-287

Mosher V, Davis J, Mulligan D, Iber FL (1975) Comparison of outcome in 9-day and 30-day alcoholism treatment program. *J Stud Alcohol* 36: 1277-1231.

Quimette PC, Moos RH, Finney JW. Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 59; 59: 513-522

Page RD, Schaub LH (1979) Efficacy of a three – versus a five week alcohol treatment program. *Int J Addict* 14: 697-714.

Pokorny AD, Miller BA, Kanas T, Valles J (1973) Effectiveness of extended aftercare in the treatment of alcoholism. *Q J Stud Alcohol* 34(2): 435-443.

Ritsher JB, Moos RH, Finney J. The influence of treatment orientation and continuing care on substance abuse patients' two-year remission. *Psychiatrc Services* 2002; 53: 595-601

Sonntag D, Künzel J (2000) Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. *Sucht* 46 (Sonderheft 2): 88-176.

Süß HM (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46: 248-266.

Stein LI, Newton JR, Bowman RS (1975) Duration of hospitalization for alcoholism. Arch Gen Psychiatry 32: 247-252.

Stinson DJ, Smith WG, Amidjaya I, Kaplan JM (1979) Systems of care and treatment outcomes for alcoholic patients. Arch Gen Psychiatry 36: 535-539.

Süß HM, Waldow M (1986) Modelle zur indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauer in der Therapie von Alkoholabhängigen. Z f Klin Psychol Psychopath Psychother 34 (4): 325-334.

Waldow M, Klink M (1986) Katamnestische Analysen zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolges. FPR-Reihe, Band 6. Marburg, Elwert.

Walker RD, Donovan DM, Kivlahan DR, O'Leary MR (1983) Length of stay, neuropsychological performance, and aftercare: influences on alcohol treatment outcome. J Consult Clin Psychol 51 (6): 900-911.

Welte J, Hynes G, Sokolow L, Lyons JP (1981) effect of length of stay in inpatient alcoholism treatment on outcome. J Stud Alcohol 42 (5): 483-491.

Willems P, Letemendia FJJ, Arroyave FA (1973) A two-year follow-up study comparing short with long stay in patient treatment of alcoholics. Br J Psychiatry 122: 637-648.

VI Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Komorbidität

6.1. Angststörungen/ Affektive Störungen

Angststörungen gelten mit als häufigste komorbide Störung bei alkoholabhängigen Patienten. So fanden Regier et al. (1990) in der Epidemiological Catchment Area Studie, dass 12,2% der Personen mit Alkoholabhängigkeit an einer komorbiden Angststörung litten. Kessler et al. (1997) berichteten in der National Comorbidity Study, dass 35,8% Männer und 60,7% Frauen die Doppeldiagnose Alkoholabhängigkeit und Angststörung hatten. Hohe Komorbiditätsraten werden mit über 40% auch in klinischen Stichproben gefunden (Schneider et al. 2001). Frauen mit komorbider Angststörung wiesen ein früheres Ersterkrankungsalter und Auftreten von Entzugerscheinungen auf und konsumierten mehr Alkohol als Frauen ohne komorbide Angststörung. Geschlechtsunterschiede konnten auch Hesselbrock et al. (1985) nachweisen: Frauen litten häufiger an einer komorbiden Panikstörung oder Phobie als Männer. Schneider et al. (2001) fanden in der ersten deutschen Multizenter-Studie (556 Patienten) zu Achse-I-Komorbidität bei alkoholabhängigen Patienten eine 6-Monats-Prävalenz von 24,3% für affektive Störungen. Schadé et al. (2004) verglichen rein alkoholabhängige Patienten, Patienten mit einer Phobie sowie Patienten mit beiden Diagnosen. Komorbide Patienten hatten höhere Depressions- und Psychopathiewerte und die meisten waren ohne Partnerschaft und Beschäftigung. Sie hatten eine höhere Inzidenz von zusätzlichem Substanzgebrauch (Benzodiazepine, Cannabis, Kokain). Es zeigte sich, dass komorbide Patienten sowohl in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit als auch Phobie keine schwerere Ausprägung hatten als Patienten mit nur einer Diagnose.

Weitgehend unklar ist bislang, welchen Einfluss eine komorbide Angststörung auf den Behandlungserfolg von alkoholabhängigen Patienten hat und wie Patienten mit komorbider Angststörung optimal behandelt werden. Ouimette et al. (1999) überprüften den Einfluss von komorbider psychiatrischer Störung (psychotische Störung, affektive/Angststörung, Persönlichkeitsstörung) auf den Therapieverlauf, die Nachsorge und die Wirksamkeit ein Jahr nach Therapieende (Kognitive Verhaltenstherapie, eklektische Therapie, 12-Schritte Programm). Insgesamt wurden 3008 Patienten mit Substanzstörungen in die Untersuchung eingeschlossen, wobei das Verteilungsmuster der konsumierten Substanzen nicht dargestellt wird. So ist aus der Arbeit nicht ersichtlich, wie viele Patienten alkoholabhängig waren. 64% der Patienten waren rein

substanzabhängig, 14% hatten eine affektive bzw. Angststörung. Unabhängig von einer komorbiden affektiven Diagnose waren die Patienten nach einem Jahr vergleichbar häufig abstinent. Patienten mit komorbider Angst-/ affektiver Störung wiesen allerdings häufiger signifikante psychiatrische Symptome auf und waren weniger häufig beschäftigt als Patienten ohne Doppeldiagnose. Keinen Einfluss hatte die Therapiemethode: doppeldiagnostizierte Patienten profitierten gleichermaßen von kognitiver Verhaltenstherapie, eklektischer Therapie und 12-Schritte-Programm. Größere Intensität und längere Dauer der Behandlung sowie der häufigere Besuch von Nachsorgeprogrammen oder Selbsthilfegruppen nach Therapieende war für alle Patientengruppen vergleichsweise hilfreich und verbesserte die Ergebnisse.

Die Autoren schließen, dass Patienten mit komorbider affektiver/ Angststörung individueller behandelt werden sollten in Hinsicht auf das schlechtere Abschneiden der psychopathologischen Symptomatik und der Erwerbstätigkeit im Katamnesezeitraum.

Schadé et al. (2003) untersuchten in einer Übersichtsarbeit diese Thematik und fanden dazu insgesamt nur 12 Studien. Drei Studien (LaBounty et al., 1992, Tomasson und Vaglum, 1997, 1998, Driessen et al., 2001) überprüften den Einfluss einer komorbiden Angststörung auf den Verlauf von Alkoholabhängigen, wobei die Resultate nicht konsistent sind. LaBounty et al. (1992) fanden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Rückfallraten 6 Monate nach Therapieende zwischen alkoholabhängigen mit oder ohne komorbide Angststörung. Tomasson und Vaglum (1997,1998) fanden, dass Patienten mit Agoraphobie oder Panikstörung im Katamnesezeitraum von 28 Monaten häufiger wieder in eine Alkoholismus-Behandlung aufgenommen wurden, Patienten mit komorbider genereller Angststörung oder Sozialer Phobie dagegen höhere Abstinenzraten aufwiesen. Diese beiden Studien weisen erheblich methodische Schwächen vor allem bei der Art der Diagnosestellung der Angststörung auf, so dass deren Aussagekraft stark eingeschränkt ist. Driessen et al. (2001) verglich in einer methodisch einwandfreien Studie die Abstinenzraten zwischen drei Gruppen: Alkoholabhängige ohne komorbide Störung, Alkoholabhängige sowohl mit komorbider depressiver als auch unterschiedlichen Angststörungen und drittens Alkoholabhängige mit komorbider Angststörung. Nach 6 Monaten waren 60,5% der rein alkoholabhängigen Patienten abstinent, im Vergleich zu 30,8% der Patienten mit komorbider depressiver und Angststörung und 23,5% der Patienten mit komorbider Angststörung.

Bezüglich pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten von komorbiden Angststörungen konnten von Schadé et al. (2003) vier doppel-blind, randomisierte und kontrollierte Studien identifiziert werden zur Wirksamkeit von Buspiron (Bruno, 1989, Tollefson et al., 1991, Malcolm et al., 1992, Kranzler et al., 1994) und eine Studie zur Wirksamkeit von Paroxetin (Randall et al., 2001a). Buspiron führte im Vergleich zu Placebo zwar zu einer signifikanten Reduktion von Angstsymptomen, nur in der Studie von Kranzler et al. (1994) konnte auch ein positiver Einfluss auf das Trinkverhalten gefunden werden. Generell war unter Buspiron die Haltequote größer. Randall et al. (2001a) konnten eine signifikante Reduktion von Angstsymptomen unter Paroxetin im Vergleich zu Placebo messen, aber keinen Einfluss auf das Trinkverhalten.

Zur Wirksamkeit spezieller psychotherapeutischer Verfahren konnten von Schadé et al. (2003) nur drei Studien eruiert werden, wobei eine Studie komorbide Zwangsstörungen bei alkohol- und überwiegend drogenabhängigen Patienten untersuchte. Bowen et al. (2000) fanden keine Unterschiede hinsichtlich Angstsymptomen und alkoholassoziierten Parametern bei Patienten mit Panikstörung die entweder für beide Störungen behandelt wurden oder nur für die Alkoholabhängigkeit. Methodisch unklar in dieser Studie ist allerdings die Diagnosestellung für die Panikstörung (1 Woche nach Entgiftung). Randall et al. (2001b) überprüften die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie bei alkoholabhängigen Patienten mit komorbider Sozialer Phobie. Eine Gruppe erhielt die Verhaltenstherapie nur für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, die zweite zeitgleich zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Sozialer Phobie. Beide Gruppen verbesserten sich signifikant hinsichtlich Trinkverhalten und Angstsymptomen. Erstaunlicherweise schnitten diejenigen Patienten, die fokussiert auf die Alkoholabhängigkeit behandelt worden waren besser ab, als diejenigen Patienten, die sowohl wegen der Sozialen Phobie als auch der Alkoholabhängigkeit behandelt worden waren.

6.2. Persönlichkeitsstörungen

Bei alkoholabhängigen Patienten liegt eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (PS) vor (Nace et al., 1991, DeJong et al., 1993, Verheul et al., 1995, Driesen et al., 1998, Bahlmann et al. 2002, Bottlender et al. 2003) deren Bedeutung auf den Krankheits- und Therapieverlauf der Suchterkrankung kontrovers diskutiert wird.

Schuckit und Irwin (1989) halten alkoholabhängigen Patienten mit einer antisozialen PS für eine eigene Krankheitsentität; bei diesen Patienten würde sich symptomatisch und konsekutiv Alkoholabusus- bzw. abhängigkeit entwickeln.

Viele Autoren gehen von einer ungünstigeren Prognose und Therapieerfolg bei alkoholabhängigen Patienten mit einer komorbiden Achse-II-Störung aus (Andreoli et al., 1989, Reich und Vasile, 1993, Strand und Benjamin, 1997, Verheul et al., 1998), speziell bei Patienten mit einer antisozialen PS (Cadoret et al., 1984, Schuckit, 1985, Kosten et al., 1989). Andere Studien haben zeigen können, dass eine komorbide PS sich nicht unbedingt negativ auf den Therapieverlauf auswirken muss und dass auch Patienten mit einer PS von einer suchtspezifischen Therapie durchaus profitieren können. (Powell et al. 1992, Cacciola et al. 1995, 1996, Darke et al. 1996, Bottlender et al. 2003).

Ouimette et al. (1999) konnten in der bereits zitierten Studie zeigen, dass Patienten mit komorbider PS in Hinblick auf die Abstinenzraten 6 Monate nach Therapieende keine Unterschiede zeigten im Vergleich zu den Patienten ohne komorbide Störung. Bei den PS-komorbiden Patienten konnte kein spezifischer Therapieeffekt nachgewiesen werden. Patienten, die an einer komorbiden PS litten, besuchten während der Therapie häufiger eine Selbsthilfegruppe als Patienten mit einer komorbiden Angst/affektiven Störung oder psychotischen Störung und verblieben länger als alle anderen Patienten in der Therapie.

Stuppe (2002) empfiehlt sowohl für alkohol- als auch drogenabhängige Patienten mit komorbider Borderline-PS die Dialektisch-Behaviorale Therapie. Allerdings liegen u.W. hierzu keine kontrollierten Studien vor.

6.3. Schizophrenie

Es gibt kaum verwertbare Studien zur Frage der Effektivität verschiedener Interventionen bei alkoholkranken Schizophrenen, obwohl die Komorbidität groß ist (vierfach erhöhtes Risiko!)

Zusammenfassung: Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Komorbidität

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass momentan aufgrund der wenigen und z.T. methodisch schwachen Studien keine definitiven Aussagen zum Einfluss von komorbiden Affektiven Angststörungen auf den (Therapie-) Verlauf der Alkoholabhängigkeit gemacht werden sollten; aufgrund der Datenlage kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass komorbide Angststörungen prinzipiell einen ungünstigen Einfluss auf die Alkoholabhängigkeit haben. Die Behandlung komorbider Angststörungen ist auch weitgehend offen, wobei nach aktuellem Wissensstand Hinweise daraufhin deuten, dass psychopharmakologische Behandlungsmethoden hilfreich sind. Spezielle psychotherapeutische Methoden wurden nicht ausreichend untersucht.

Entscheidend – sowohl für zukünftige Studien als auch klinische Behandlung - ist auf jeden Fall die korrekte Diagnosestellung. Schuckit und Monteiro (1988) empfehlen eine Dauer von 4-8 Wochen nach abgeschlossenem Entzug, bevor die Diagnose valide gestellt werden sollte. Dann erst können entzugsbedingte Angstsymptome weitgehend ausgeschlossen werden, die ansonsten zu einer unangemessenen Überschätzung der Prävalenz von Angststörungen führen.

Nach aktuellem Wissensstand liegen keine fundierten Erkenntnisse für spezifische Methoden zur Behandlung komorbider PS vor. Widersprüchlich ist die Datenlage in bezug auf die Integration persönlichkeitsgestörter Patienten in Suchttherapie.

Literatur VI

Andreoli A, Gressot G, Aapro N, Tricot L, Gognalons MY (1989) Personality disorders as a predictor of outcome. *J Personality Disorders* 3: 307-320.

Bahlmann M, Preuss UW, Soyka M (2002) Chronological relationship between antisocial personality disorder and alcohol dependence. *Eur Addict Res* 8:195-200

Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD, Soyka M (2003) Efficacy of outpatient treatment for alcoholism – Impact of personality disorders on course of treatment. *Psychother Psych Med* 53: 384-389.

Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Löll A, Lütke H, Redner C Gaebel W (2001) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psych Scand* 103: 24-29.

Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W (2002) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psych Scand* 106: 227-232.

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, Snider EC (1995) Treatment response of antisocial substance abusers. *J Nerv Ment Dis* 183: 166-171.

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Snider EC (1996) Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 184: 234-239

Cadoret RJ, Troughton E, Widmer RB (1984) Clinical differences between antisocial and primary alcoholics. *Compr Psychiatry* 25: 1-8

Darke S, Finlay-Jones R, Kaye S, Blatt T (1996) Antisocial personality disorder and response to methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review* 15: 271-276

DeJong CA, van den Brink W, Hartefeld FM, van der Wielen EG (1993) Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Compr Psychiatry* 34 (2): 87-94

Driessen M, Veltrup C, Wetterling T, John U, Dilling H (1998) Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 22(1): 77-86

Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K (2001) The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alc Alcohol* 36: 249-255.

Fals-Stewart W, Schafer J (1992) The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: an outcome study. *J Subst Abuse Treatment* 9: 365-370.

Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ (1985) Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1050-1055.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg CB, Anthony JC (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 54: 313-321.

Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ (1989) Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Substance Abuse Treatment* 6: 163-168

LaBounty LP, Hatsukami D, Morgan SF, Nelson L (1992) Relapse among alcoholics with phobic and panic symptoms. *Addict Behavior* 17: 9-15.

Nace EP, Davis CW, Gaspari JP (1991) Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry* 148(1):118-120

Ouimette PC, Gima K, Moos RHH, Finney JW (1999) A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 23 (3): 552-557.

Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Riesenmy KD, Champion SL, Brown EF (1992) Outcomes of comorbid alcoholic men: A 1-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res* 16: 131-138

Randall CL, Johnson MR, Thevson AK, Sonne SC, Thomas SE, Willard SL, Brady KT, Davidson JR (2001a) Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depression Anxiety* 14: 255-262.

Randall CL, Thomas S, Thevos AK (2001b) Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 25: 210-220.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Association* 19: 2511-2518.

Reich JH, Vasile RG (1993) Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: An update. *J Nerv Ment Disease* 181: 475-484

Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJLM, de Beurs E, van Dyck R, van den Brink W (2003) Do comorbid anxiety disorders in alcohol-dependent patients need specific treatment to prevent relapse? *Alc Alcohol* 38(3): 255-262.

Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJ, Koeter MW, DE Beurs E, Van den Brink W, Van Dyck R. Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alc Alcohol* 2004; 39(3): 241-246

Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U, Broese T, Brooks A, Burtscheidt W, Cimander KF, Degkwitz P, Driessen M, Ehrenreich H, Fischbach E, Folkerts H, Frank H, Gurth D, Havemann-Reinecke U, Heber W, Heuer J, Hingsammer A, Jacobs S, Krampe H, Lange W, Lay T, Leimbach M, Lemke MR, Leweke M, Mangholz A, Masing W, Meyenberg R, Porzig J, Quattert T, Redner C, Ritzel G, Rollnik JD, Sauvageoll R, Schläfke D, Schmid G, Schröder H, Schwichtenberg U, Schwoon D, Seifert J, Sickelmann I, Sieveking CF, Spiess C, Stiegemann HH, Stracke R, Straetgen HD, Subkowski P, Thomasius R, Tretzel H, Verner LJ, Vitens J, Wagner T, Weigrichhhh S, Weiss I, Wendorff, Wetterling T, Wiese B, Wittfoot J (2001) Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alc Alcohol* 36 (3): 219-223.

Schuckit MA (1985) The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 42: 1043-1049

Schuckit MA, Irwin M (1989) An analysis of the clinical relevance of type 1 and type 2 alcoholics. *Br J Addict* 84: 869-876

Schuckit MA, Monteiro MG (1988) Alcoholism, anxiety and depression. *Br J Addict* 83: 1373-1380.

Strand JG, Benjamin LS (1997) Resistance to change in individuals with personality disorders. *Curr Opinion Psychiatry* 10: 132-135

Stuppe M (2002) Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Suchtkranken mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Suchttherapie* 3: 241-245.

Tomasson K, Vaglum P (1997) The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: the possible influence of psychiatric comorbidity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 247: 320-327.

Tomasson K, Vaglum P (1998) The role of psychiatric comorbidity in the prediction of re-admission for detoxification. *Compr Psychiatry* 39: 129-136.

Verheul R, van den Brink W, Hertgers C (1995) Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *Eur Addict Res* 1: 166-177

Verheul R, van den Brink W, Hartgers C (1998) Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive Behav* 23: 869-882

VII. Patientenpräferenzen

Der Gesundheitsbericht des *Technology Board for Scotland* fokussierte in einem Kapitel auf Präferenzen der Patienten. Slattery et al. (2002) stellten hier fest, dass überwiegend von ärztlicher Seite die Entscheidung getroffen wird, ob ein Patient stationär, tagklinisch oder ambulant behandelt wird. Vor allem in ländlicher Region mit großer Distanz zu größeren Gemeinden müssen Patienten vollstationär behandelt werden, da die Fahrzeiten zu ambulanten Behandlungseinrichtungen zu lange dauern. Die meisten Patienten erkannten, dass sie im stationären Setting von Einflüssen von außen geschützt sind. Häufig wird angegeben, dass sich Patienten wie „unter einer Käseglocke“ fühlen. In einer Einrichtung wurden Patienten aufgefordert, an den Wochenenden nach Hause zu fahren. Patienten schätzten dies zum einen als nützliche Vorbereitung auf die Entlassung und zum anderen um im gewohnten Umfeld neu gelernte Fähigkeiten anzuwenden. Dass Patienten Ängste empfinden, die relative Sicherheit der Klinik zu verlassen, wurde auch von Lancaster und Dudleston (2002) berichtet. Allgemein beschrieben Patienten psychosoziale Behandlungsmaßnahmen als sehr hilfreich. Es wurde anerkannt, dass die Behandlungen sowohl in der Gruppe als auch in Einzelsitzungen angewendet werden können. Mehrere Frauen bewerteten positiv, dass eine der wöchentlichen Gruppen ausschließlich für Frauen war. Sie gaben an, dass sie sich in dieser Gruppe weniger gehemmt fühlten. Auch Lancaster und Dudleston (2002) berichteten über solche Erfahrungen. Hinzuzufügen ist, dass alle Männer gemischte Gruppen bevorzugten.

Kissin et al. (1971) konnten in einer kontrolliert randomisierten Studie zeigen, dass Patienten die Therapie umso eher akzeptierten, je mehr Wahlmöglichkeiten bestanden, und dass diese Patienten auch bessere Behandlungsergebnisse erzielten. Orientiert man sich an den Präferenzen der Patienten bezüglich der Wahl von Therapieart und -dauer, kann die Kooperationsbereitschaft und Compliance gesteigert werden und die Abbruchrate gesenkt werden. Die Behandlungsergebnisse fallen günstiger aus (Baekeland und Lundwall 1975, Costello 1975, Parker et al. 1979a,b). Auch Kanfer (1983) konnte zeigen, dass die Partizipation des Patienten an den Zuweisungs- und Behandlungsentscheidungen bedeutsam für den Therapieerfolg ist. Schneider et al. (2004) stellten aktuell in einer Befragung von 227 alkoholabhängigen Patienten fest, dass Patienten vor allem eine individuelle und patientenorientierte

Therapie wünschen. Auch sollte ein klares Therapieprogramm vorliegen. Bezüglich der Therapiedauer halten Patienten eine Behandlung bis zur Besserung der Symptomatik für notwendig. Geschlechtsunterschiede zeigten sich z.B. bei der Therapieart: So bevorzugen Frauen ambulante Therapieformen bzw. ambulante Nachsorge nach stationärer Therapie ebenso wie ein wohnortnaher Therapieplatz. Auch erwarten Frauen mehr „Mitspracherecht“ bei der Behandlung: sie halten es für wichtiger, dass das Therapieprogramm zunächst mit ihnen diskutiert wird und dass sie selbst die individuellen Schritte der Behandlung bestimmen.

Literaturverzeichnis VII

Lancaster, Dudleston (2002)

Baekeland F, Lundwall L (1975) Dropping out of treatment: a critical review. Psychol Bulletin 82: 738-783.

Costello RM (1975) Alcoholism treatment and evaluation: In search of methods. Int J Addict 10: 251-275.

Kanfer F (1983) Indikation unterschiedlicher Behandlungsdauern in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. In: Bönner K, Waldow M (eds.) Indikation individualisierter Therapiedauern für die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. FPR-Reihe. Marburg: Elwert.

Kissin B, Platz A, Su WH (1971) Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics. In: Mello NK, Mendelson JH (eds) Recent advances in studies of alcoholism. Washington, DC: US Government Printing Office, pp 781-802.

Parker MW, Winstead DK, Willi FJ (1979a) Patient autonomy in alcohol rehabilitation. I. Literature review. Int J Addict 14: 1015-1022

Parker MW, Winstead DK, Willi FJ, Fisher P. (1979b) Patient autonomy in alcohol rehabilitation. II: Program evaluation. Int J Addict.14(8):1177-1184.

Schneider U, Kroemer-Olbrisch T, Wedegärtner F, Cimander KF, Wetterling T (2004) Wishes and expectations of alcoholic patients concerning their therapy. Alc Alcohol 39 (2): 141-145.

Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, Parrott S. Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report. 2002

VIII Interpretations- und Methodenprobleme

Evidenzbasierte Medizin und medizinische Leitlinien sollen ärztliche Entscheidungen auf eine wissenschaftliche Basis stellen und die Versorgung chronische Kranker, in diesem Falle alkoholabhängiger Patienten, verbessern. Aus diesem Grund fördert die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte als Träger vieler Rehabilitationseinrichtungen diese Studie, die in der Folge zu Prozess- und Behandlungsleitlinien bei Alkoholabhängigen und letztlich zu einer Verbesserung der stationären Behandlung dieser Patientengruppe führen soll. Komplementär befassen sich zur Zeit verschiedene Arbeitsgruppen nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit diesem Thema. Für die Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen wurde die AWMF-Behandlungsleitlinie bereits publiziert (Mundle et al. 2003), für die Entwöhnungsbehandlung stehen diese noch aus. Es steht zu hoffen, dass sich dadurch Therapiechancen alkoholkranker Patienten deutlich verbessern.

Grundsätzlich ist die Bewertung von Psychotherapiestudien aufgrund der Komplexität schwierig. Es muss unterschieden werden zwischen Studien, die ein Verfahren ohne Vergleichstherapie oder mit einer Vergleichstherapie untersuchen, zwischen Studien, die eine wirksam angenommene Therapie mit einer als unwirksamen bzw. ebenfalls als wirksamen Therapie vergleichen, zwischen Studiendesign (gematcht oder randomisiert), zwischen den Zusammensetzungen der Stichproben, und schließlich bezüglich der Dauer, Setting und Art der jeweiligen Behandlung sowie Beobachtungszeitraum und Ergebnisdefinition.

Wie auch schon Sonntag und Künzel (2000) resümierten, variieren die Erfolgsdefinitionen der Outcome-Variablen zwischen den auszuwertenden Studien. Diese Unterschiede führen zu unterschiedlichen Erfolgsraten in Abhängigkeit von der Definition des Erfolgs. Je enger und exakter die Definition ist, desto geringer fällt der Anteil erfolgreich behandelter Patienten aus. Schwierigkeiten entstehen zusätzlich bei der Beurteilung und beim Vergleich der vorliegenden Daten, da unterschiedliche Katamnesezeiträume, eine unterschiedliche Beurteilung von Abbrechern und Nichtantwortern und heterogene Patientenpopulationen in heterogenen Behandlungseinrichtungen (Unterschiede in der Struktur der Gesundheitssysteme USA-Europa) gewählt wurden. Nach Süß [5] wäre eine differentialdiagnostische Unterscheidung von Pati-

enten mit psychischer oder physischer Abhängigkeit für die Therapie und Erfolgsprognose gleichermaßen von Bedeutung.

Bereits erwähnt wurde die Schwierigkeit bei der Bewertung von Therapiestudien, da bei diesen Untersuchungen immer der Maßstab an dem sich die Wirksamkeit der Therapie misst betrachtet werden muss: Wird die Therapie gegen eine als effektiv erachtete Therapie geprüft, gegen eine als unwirksam erachtete oder gegen überhaupt keine? Je nach Design kann eine Therapie in der einen Studie als effektiv gelten und in dem anderen Fall als ineffektiv. Psychologische Therapie stellt in der Regel eine „Breitbandtherapie“ dar, Wirksamkeitskennwerte für spezifische Treatments sind häufig nicht bestimmbar.

Schlussfolgernd müssen im Forschungsbereich zur Effizienz psychosozialer Therapiemethoden langfristig aufgrund der erwähnten methodischen Probleme, vor allem in Deutschland, Mindeststandards zur Qualitätssicherung gewährt werden. Vorgeschlagen wird, vornehmlich Multizenterstudien durchzuführen und die methodische Vergleichbarkeit zu standardisieren (Charakterisierung der Stichproben, Stichprobenselektion, randomisiert-kontrollierte Studien, Erfolgsbeurteilung, Therapiedauer, Katamnesezeitraum, erfasste Zeitfenster im Katamnesezeitraum, multivariate statistische Analysen der Resultate), wobei nicht außer acht gelassen wird, dass diese Ideale nicht immer realiter durchzuführen sind (z.B. randomisiert-kontrolliertes Design). Da die meisten Studien lediglich den Kurzzeitverlauf nach Behandlungsende beobachten, sollte zur besseren Beurteilbarkeit in Zukunft Wert darauf gelegt werden, auch mittel- bis langfristige Katamnesen zur Wirksamkeit von Therapien durchzuführen.