

► D. Geyer<sup>1</sup>, A. Batra<sup>2</sup>, M. Beutel<sup>3</sup>, W. Funke<sup>4</sup>, P. Görlich<sup>5</sup>,  
A. Günthner<sup>6</sup>, U. Hutschenreuter<sup>7</sup>, H. Kufner<sup>8</sup>, K. Mann<sup>9</sup>,  
C. Möllmann<sup>10</sup>, W. Müller-Fahrnow<sup>10</sup>, M. Müller-Mohnssen<sup>11</sup>,  
M. Soyka<sup>12</sup>, K. Spyra<sup>10</sup>, F. Stetter<sup>13</sup>, C. Veltrup<sup>14</sup>, G. A. Wiesbeck<sup>15</sup>  
& L. G. Schmidt<sup>16</sup>

**AWMF Guideline:  
Post-acute treatment  
of alcohol abuse and  
dependence**

**Key words**  
Treatment, rehabilitation,  
aftercare, relapse prevention

# AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alko- holbezogener Störungen

**Schlüsselwörter**

Entwöhnung, Rehabilitation, Nachsorge, Rückfallprophylaxe

**Abstract**

**Aim:** To produce S2 guidelines (according to AWMF, 2001) for the post-acute treatment of patients with alcohol dependence. **Methods:** Systematic review of the literature, expert judgment and ultimate consensual agreement. **Results:** Measures for long-term treatment and aftercare are proposed to improve or re-establish the functioning and performance of chronically ill or disabled alcohol abusers in everyday life and in the work environment. Addiction-specific therapies and general treatment approaches (e.g. psychotherapy, occupational therapy) are recommended on the basis of evidence-based criteria (according to SIGN, 1999) and clinical judgments (according to APA, 1995) for an integrated and sequential approach to the treatment of inpatients and outpatients. **Conclusions:** These evidence-based guidelines can help physicians and practitioners in in- and out-patient settings to improve their psycho-, socio-, and pharmaco-therapeutic competences.

**Zusammenfassung**

**Ziel:** Ziel ist die Erstellung einer S2-Leitlinie (nach AWMF 2001) für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. **Methode:** Systematische Literaturrecherche, Expertenbewertung und Konsensuskonferenzen. **Ergebnis:** Postakute Behandlungen bestehen in Maßnahmen zur Entwöhnung von Alkohol, d.h. zum Erhalt, der Verbesserung oder der Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des chronisch Alkoholkranken in Alltag und Beruf. Suchtspezifische Maßnahmen und allgemeine Methoden (z.B. Psychotherapie, Ergo-/Arbeitstherapie) werden nach Evidenzklassen (nach SIGN 1999) und Empfehlungsstärken (nach APA 1995) bewertet dargestellt und im Rahmen integrierter Programme als Sequenzbehandlungen empfohlen. **Schlussfolgerung:** Diese evidenzbasierte Leitlinie kann dem praktisch Tätigen in Klinik und Praxis im medizinischen, psycho- und soziotherapeutischen Bereich als Orientierung dienen und dazu beitragen, die Langzeitbehandlung der Alkoholabhängigen auf eine allgemeine empirische Grundlage zu stellen.

**Einleitung**

Behandlungsleitlinien haben zum Ziel, die Effektivität der Behandlung zu erhöhen sowie dem Behandler und dem Patienten die Entscheidung zu einer Therapiemaßnahme begründbar und transparent zu machen und damit zu erleichtern. Dazu sollen die für den jeweiligen Fall in einer konkreten (klinischen, sozialen) Situation sinnvollen

- 1 Fachklinik Fredeburg
- 2 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen
- 3 Fachklinik Haus Kraichtalblick
- 4 Kliniken Wied
- 5 Simsee Klinik Bad Endorf
- 6 Fachklinik Eußerthal
- 7 Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis, Saarbrücken
- 8 IFT Institut für Therapieforchung, München
- 9 Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmittel, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
- 10 Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin
- 11 Universitätsklinikum Ulm, Zentrum für Psychiatrie Weißenau, Ravensburg
- 12 Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU, München
- 13 Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Porta Westfalica
- 14 KTE Therapieverbund Ostsee, Fachklinik Parber
- 15 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel
- 16 Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Universität Mainz

und empirisch möglichst gut begründeten effektiven Interventionen beschrieben werden. Beim vorliegenden Erkenntnisstand erfordert dies, Empfehlungen auszusprechen, die auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen und auf Expertenkonsens beruhen.

Seit September 2000 werden im Rahmen der *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* unter der Federführung der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht e. V.)* und der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)* Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen erarbeitet.

Alkoholbezogene Störungen werden in ihrer Entstehung verstanden vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Bedingungsmodells. Somit ist die Erfassung, Analyse und ggf. Beeinflussung aller betroffenen Bereiche notwendig. Erforderliche Maßnahmen gehen dabei über medizinische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen hinaus und erfordern Hilfen in vielen sozialen Feldern. Diese können in einer medizinischen Behandlungsleitlinie allerdings nicht umfassend dargestellt werden.

Für die hier vorliegende Leitlinie für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen bildete der Leitlinientext der American Psychiatric Association (APA) mit dem Titel »Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Substance Abuse Disorders« (Mirin et al., 1995) den Ausgangspunkt. Es erfolgten Literaturrecherchen zu den verschiedenen Aspekten des Kapitels in medline und pubmed. Für die deutschsprachige Literatur wurden zusätzlich die Zeitschriften »Sucht« (früher: »Suchtgefahren«) und »Sucht aktuell« systematisch gesichtet. Die »Cochrane Drugs and Alcohol Group« (www.cochrane.de) führt keine Reviews über psychosoziale Interventionen bei alkoholbezogenen Störungen auf.

In unterschiedlicher Zusammenset-

zung erfolgten mehrere Telefonkonferenzen der Arbeitsgruppe; Untergruppen trafen sich verschiedene Male zur gemeinsamen Ausarbeitung einzelner Unterkapitel. Finanzielle Aufwendungen wurden z. T. von den beteiligten Fachgesellschaften, den jeweiligen Arbeitgebern (z. B. Telefon- und Reisekosten) und den beteiligten Experten selbst aufgebracht. Drittmittel wurden nicht verwendet.

Erstellt wurden damit Leitlinien, die einerseits den Stand der fachlichen Entwicklung in der Diagnostik und Intervention alkoholbezogener Störungen für die Zeit nach der Behandlung akuter Beeinträchtigungen wiedergeben und damit dem praktisch Tätigen im medizinischen, psycho- und soziotherapeutischen Bereich als Orientierung dienen können. Zum anderen wurde in der Zusammenstellung deutlich, zu welchen Themenbereichen und Fragestellungen noch Forschungsbedarf besteht. Gesichertes Wissen oder konsentiertere Vorgehensweisen unterscheiden sich dabei je nach dem Grad empirisch-wissenschaftlicher Evidenz. Im Leitlinienmanual der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ, www.leitlinien.de) und der AWMF wird der Grad gesicherten Wissens nach vier Evidenzklassen bewertet (Europarat, 2002), die auch für den vorliegenden Text Verwendung fanden:

- Ia: Metaanalyse randomisierter, kontrollierter Studien oder mindestens zwei kontrollierte, randomisierte Studien
- Ib: mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie
- IIa: mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie
- IIb: mindestens eine gut angelegte, quasiexperimentelle Studie
- III: gut angelegte, nichtexperimentelle, deskriptive Studie
- IV: Berichte, Meinungen von Experten und Konsensuskonferenzen

In Anlehnung an die Vorgaben der APA (Mirin et al., 1995) wird die Stärke einer Empfehlung für ein Vorgehen in drei Stufen klassifiziert:

- A Die Empfehlung ist empirisch gut fundiert (Metaanalysen, systematische Reviews).
- B) Die Empfehlung ist allgemein begründet (Kontrollierte Studien, Verlaufsstudien).
- C) Die Empfehlung beruht auf Expertenmeinung oder ist durch deskriptive Studien begründet.

Hiermit wird eine medizinische Leitlinie der Stufe 2 nach AWMF-Methodik (Müller & Lorenz, 2001) für die postakute Behandlung alkoholbezogener Störungen vorgelegt.

#### Rahmenbedingungen

Definition »Postakutbehandlung«

Der Begriff »Postakutbehandlung« wurde in der konstituierenden Konferenz zur Erstellung von Behandlungsleitlinien substanzbezogener Störungen im September 2000 konsentiert, um eine möglichst neutrale Bezeichnung zu wählen, die versicherungsrechtliche und versorgungsstrukturelle Konnotationen vermeidet.

Während die *Akutbehandlung* alkoholbezogener Störungen alle Maßnahmen umfasst, die unmittelbar ihrer Beseitigung oder Milderung dienen (Mundle et al., 2003), hat die *Postakutbehandlung* das Ziel der Vermeidung oder Minderung von aus alkoholbezogenen Störungen folgenden Behinderungen (im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO, ICF; Seidel [2005] – nicht im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes oder SGB IX).

Solche Behinderungen umfassen durch die Suchterkrankung bedingte Schädigungen der Körperfunktionen bzw. -strukturen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Partizipation im Kontext umwelt- und personenbezogener Faktoren. Postakute Behandlungen zielen demnach auf den Erhalt, die Verbesserung oder die Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des chronisch Kranken oder behinderten Menschen in Alltag und Beruf (»funktionale Gesundheit«). Wichtige behandlungsleitende Ziele sind z. B. die Sicherung von

Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Wiederherstellung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Im Einzelnen umfassen Postakutbehandlungen Maßnahmen der Entwöhnung bzw. medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit sowie der Nachsorge mit längerfristiger Betreuung. Eine Postakutbehandlung kann auch ohne vorhergehende Akutbehandlung erfolgen.

#### Zielgruppen

Zielgruppen der Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen sind Patienten mit schweren Formen des schädlichen Gebrauchs von Alkohol (F10.1; nach Weltgesundheitsorganisation, 2000) oder einer Alkoholabhängigkeit (F10.2). Menschen mit risikantem oder geringer ausgeprägtem schädlichen Alkoholkonsum stellen nur ausnahmsweise eine Zielgruppe postakuter Behandlungen alkoholbezogener Störungen dar, z.B. dann, wenn durch den Alkoholkonsum bestehende andere Grunderkrankungen ungünstig beeinflusst werden und eine Abstinenz von Alkohol erforderlich ist, die nur über diesen Weg stabil erreicht werden kann.

#### Ziele

Ziele der Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen umfassen das Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz bei Abhängigkeit sowie die Verringerung des Konsums bei schädlichem Gebrauch. Weitere Ziele sind die Besserung komorbider psychischer und körperlicher Störungen sowie die Beseitigung, Reduzierung oder Kompensation der durch den Alkoholkonsum bedingten somatischen, psychischen und psychosozialen Folgen.

#### Zugang

Hochgerechnet werden 390 000 Alkoholabhängige und 380 000 Personen mit schädlichem Alkoholgebrauch jährlich mindestens einmal im Allgemeinkrankenhaus, 1,3 Millionen Abhängige und 1,8 Millionen mit schädlichem Gebrauch bei einem niedergelas-

senen Arzt behandelt (DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2003). 70–80% der Personen mit Alkoholproblemen suchen im Laufe eines Jahres aufgrund unterschiedlicher Folge- und Begleiterkrankungen oder assoziierter Gesundheitsprobleme mindestens einmal die Hausarzt-Praxis auf (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000; Rumpf et al., 2003; BMGS, 2003). Von den stationär behandelten Alkoholabhängigen werden sechs Prozent in psychiatrischen Krankenhäusern therapiert und lediglich drei Prozent der Alkoholabhängigen befinden sich in den dafür vorgesehenen Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung (John, Hapke & Rumpf, 2001).

Ein besonderer Stellenwert in der Identifizierung und Zugangsregulierung zu geeigneten Postakutbehandlungsmaßnahmen kommt den Hausärzten, den Fachärzten und den Ärzten im Allgemeinkrankenhaus zu. Der Verbesserung des Kenntnisstandes über Suchterkrankungen (z.B. Fachkunde »Suchtmedizinische Grundversorgung«), problemangemessenen Kurzberatungen sowie der Fähigkeit, motivierende Interventionen für weiterführende Maßnahmen einzusetzen, kommt deshalb im Primärversorgungsbereich eine besondere Bedeutung zu (vgl. z.B. Beratungsleitfaden »Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; BZgA, 2001).

Neben der direkten Inanspruchnahme durch den Patienten selbst erfolgen weitere Vermittlungen und Zuweisungen zu Postakutbehandlungen alkoholbezogener Störungen durch Suchtberatungs- und -behandlungsstellen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, durch betriebsärztliche Zentren und innerbetriebliche Sozial- oder Suchtberatungen, durch Einrichtungen der Sozialhilfe und der Jugendhilfe und bei strafrechtlich angeordneten Behandlungen auch durch Gerichte (§ 64 StGB). Ein weiterer wichtiger Zugang zu den Maßnahmen der Postakutbehandlung ergibt sich über die Akutbehandlung in den psychiatrischen

Abteilungen und Kliniken (Mundt et al., 2003).

#### Behandlungsorte

Die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen oder einzelne ihrer Komponenten werden ambulant, teilstationär, stationär und in Kombinationsbehandlungen in den Einrichtungen des deutschen Suchthilfesystems (Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachkliniken für die medizinische Rehabilitation Suchtkrankter), in psychiatrischen Abteilungen oder Kliniken und ambulant z.B. von praktischen Ärzten, Allgemeinmedizinern, Psychiatern und Nervenärzten, hausärztlich tätigen Internisten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.

#### Rechtlicher Kontext

Art und Umfang der Behandlung hängen vom klinischen Zustand des Patienten unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen ab, die im Zuge des so genannten Wunsch- und Wahlrechts auch die Präferenzen des Patienten berücksichtigen.

Die praktische Umsetzung der Behandlungsplanung erfordert die Kenntnis und Beachtung der gesetzlichen bzw. versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. So sind die Wege in die ambulante, teilstationäre und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durch das Antrags- und Bewilligungsverfahren der Rehabilitationsträger (gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung sowie Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger) vorgegeben, das in den jeweiligen Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB) geregelt ist.

Die rechtlichen Grundlagen für die Postakutbehandlung sind in den Sozialgesetzbüchern und Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungsträger insbesondere in der zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung abgeschlossenen »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001 festgelegt. Darüber hinaus gelten die zwischen den Spitzenverbänden der

Krankenkassen und den Rehabilitationsverbänden gemäß §111a SGB V abgeschlossenen Rahmenempfehlungen.

Für den Zugang zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (stationär, teilstationär oder ambulant) müssen eine Behinderung oder drohende Behinderung im Sinne der »Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF; Seidel, 2005) oder des § 1 SGB IX sowie die besonderen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze vorliegen.

Die Möglichkeiten der Postakutbehandlung gliedern sich in folgende, je nach Grad der Störung, Vorbehandlungen und der Rahmenbedingungen des Patienten zu bewertende Angebote:

- Medizinische Vorsorgeleistungen (nach § 23 SGB V bzw. Rahmenempfehlung gemäß § 111 a SGB V, Ziffer 2.1) zur Verhinderung weiterer Chronifizierung.
- Vertragsärztliche Behandlung (nach § 28 Absatz 3 und § 92 SGB V, den kassenärztlichen Richtlinien und den gesetzlichen Grundlagen der Ausübung privatärztlicher Tätigkeit).
- Psychotherapie in vertragsärztlicher und freier Praxis (nach § 28 Absatz 3 und § 92 SGB V durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten).
- Medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (gemäß § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI (gesetzliche Rentenversicherung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in Erwerbs- und Arbeitsleben), § 40 SGB V (gesetzliche Krankenversicherung mit dem Ziel der umfassenden Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit, der Funktionsfähigkeit sowie der Fähigkeit zur Selbstbestimmung).
- Stationäre und teilstationäre/tagesklinische Krankenhausbehandlung (nach § 27 SGB IX, § 39 Absatz 1 Satz 3 sowie § 27 Absatz 1

SGB V in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen bzw. Tageskliniken sowie für besondere Gruppen Abhängigkeitskranker wie z. B. schwer und mehrfach erkrankte Suchtkranke nach Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung (Kategorie S 4, 5 und 6, ggf. auch S 3)).

- Behandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 u. ff StGB). Die von einem Gericht angeordnete Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB hat den Zweck, einen Täter, der wegen »einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deswegen nicht verurteilt« (wird) »weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist«, einer Suchtbehandlung zuzuführen und die Öffentlichkeit vor gefährlichen Tätern zu schützen. Die weiteren Entscheidungen über die Maßregel finden sich im Strafgesetzbuch in den §§ 67a–67g.
- Maßnahmen der Nachsorge ergänzen und stabilisieren die Entwöhnungsbehandlungen. Die Nachsorge im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation wird durch die »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001 geregelt. Nachsorge als soziale Rehabilitation wird durch das SGB XII (§§ 53,54) geregelt.

#### Diagnostik

Die Indikationsstellung für eine postakute Behandlung alkoholbezogener Störungen sowie die Einleitung und Planung einer entsprechenden Maßnahme setzen eine mehrdimensionale Diagnostik voraus, in der somatische und psychische Befunde sowie Informationen zur sozialen Situation des Patienten erhoben werden. Stets müssen die folgenden Parameter erfasst werden:

- Art und Schwere der alkoholbezogenen Störung
- Art und Schwere weiterer substanzbezogener Störungen (z. B.

Tabak, Drogen, psychotrope Medikamente)

- Nichtsubstanzgebundene »suchtbezogene« Störungen (z. B. pathologisches Glückspielverhalten, Essstörungen)
- Psychische Begleit- und Folgestörungen
- Somatische Begleit- und Folgestörungen
- Soziale Beeinträchtigungen (in den Bereichen Familie, Wohnung, arbeits- und berufsbezogene Aspekte, finanzielle und juristische Probleme)
- Art und Ausmaß persönlicher und sozialer Ressourcen
- Art und Ausmaß von Änderungsbereitschaft (Motivation).

Dazu kann es sinnvoll und erforderlich sein – je nach spezifischem Störungsbild und diagnostischer Fragestellung – Spezialisten anderer Fachrichtungen (z. B. Fachärzte, Diplom-Psychologen und psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) hinzuzuziehen. Folgt die postakute Behandlung zeitnah auf eine Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen, kann auf die dort erhobenen diagnostischen Befunde zurückgegriffen bzw. können diese Befunde aktualisiert und ergänzt werden. Die Erhebung komorbider psychischer Begleit- und Folgestörungen kann in der Regel erst in ausreichendem zeitlichem Abstand zum körperlichen Entzug mit zufriedenstellender diagnostischer Sicherheit erfolgen. Sofern keine ausreichenden Vorbefunde vorliegen, ist eine Diagnostik gemäß der »Leitlinien zur Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen« (Mundle et al., 2003) durchzuführen.

Die Diagnostik dient einer generellen Indikationsstellung im Sinne der Vorbereitung einer selektiven Entscheidung für eine Postakutbehandlung, einer differentiellen Indikationsstellung hinsichtlich Art und Dauer der stationären, teilstationären oder ambulanten Behandlung und einer adaptiven Indikationsstellung im Behandlungsverlauf.

Zur Diagnostik gehört die Erhebung

- der medizinischen Anamnese
- des körperlichen Befundes
- wesentlicher Laborparameter und ggf. weiterer medizinisch-apparativer Befunde
- der psychiatrischen Anamnese und des psychopathologischen Befundes (insbesondere Suizidalität)
- der suchtspezifischen Anamnese einschließlich des aktuellen Konsummusters
- psychometrischer Befunde zu kognitiven, emotionalen und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen
- der Sozialanamnese und der aktuellen sozialen Situation.

Durch den Einsatz standardisierter klinisch-diagnostischer Verfahren (Fragebögen, standardisierte Interviews, Leistungstests) kann die diagnostische Effektivität hinsichtlich verschiedener Kriterien (z. B. Entdeckungsrate, Sicherheit differenzialdiagnostischer Abklärungen, Objektivität und Zuverlässigkeit) erhöht werden. Für die Erhebung suchtspezifischer Merkmale bzgl. verschiedener Substanzen in den Bereichen der Screening-, Assessment- und Differentialdiagnostik, für motivationale und Behandlungsverlaufsaspekte sowie für Ergebnisvariablen stellt das Elektronische Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich (EHES Version 3.0; Glöckner-Rist, Rist & Kufner, 2003) eine große Auswahl von Verfahren vor. Hinsichtlich der Erfassung psychopathologischer Befunde finden bewährte Instrumente aus dem Bereich der psychometrischen klinisch-psychologischen Diagnostik sowie aus der psychiatrischen standardisierten Befunderhebung Verwendung. Die nachfolgende Zusammenstellung ist als Empfehlung zu verstehen und nennt ausgewählte Instrumente, die sich in der klinischen Praxis bislang bewährt haben.

Grundlage der Indikationsstellung für eine postakute Behandlung alkoholbezogener Störungen ist die Einordnung nach den Kriterien der aktuell gültigen Klassifikationsschemata (Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer

Störungen ICD-10, 2000). Diese Kriterien können im diagnostischen Gespräch und unter Zuhilfenahme entsprechender Checklisten oder der abgeleiteten standardisierten klinischen Interviews überprüft werden.

Der Schweregrad der Alkoholabhängigkeit ist nicht eindeutig definiert, wird aber vielfach über das Ausmaß der Folgeschäden, die Erfolgsprognose oder den Behandlungsbedarf bestimmt; Letzteres wird z. B. mit dem EuropASI (deutsch/europäische Form des Addiction Severity Index (Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999) erfasst.

Komorbide psychische Störungen können über folgende Instrumente erfasst werden: z. B. Internationale Diagnose Checklisten (ICD-10, DSM-IV; Hiller, Zaudig, Mombour & Bronisch, 1993), Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen et al., 1991) oder International Personality Disorder Examination (IPDE; deutsche Version: Mombour et al., 1996).

Aktuelle psychische und körperliche Beschwerden können mittels standardisierter Selbstbeurteilungs-Fragebögen erhoben werden (z. B. Symptom-Checkliste SCL-90 R; Derogatis, 2002).

Kognitive Beeinträchtigungen treten eher bei nonverbalen als bei verbalen Leistungen speziell in Bereichen des Problemlösens, des abstrakten Denkens, der Fähigkeiten des Neu- und Umlernens, der psychomotorischen Leistungsfähigkeit und in schwierigeren Gedächtnistests (Tarter & Edwards, 1986; Schneider 1999, Fox, Coltheart, Solowij, Mitchie, & Fox, 2000; Ling et al., 2003) auf. Sie sind Folge des gewohnheitsmäßigen starken und damit toxischen Alkoholkonsums und von Fehl- und Mangelernährung. Durch klinische Beobachtung und neuropsychologische Testverfahren können diese erfasst werden (Parsons, Butters & Nathan, 1987; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Newsletter Alcohol Alert Nr. 4; Knight & Longmore, 1994). Die diagnostischen Strategien orientieren sich an den fachlichen und methodischen

Vorgaben der beteiligten neurowissenschaftlichen Disziplinen der Medizin und der Psychologie.

Zur Prüfung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit können Verfahren wie MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit; Föhres, Kleffmann & Weinmann, 2003), IMBA (Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt (Greve, Jochheim, Schian & Kaiser, 1997; FABA (Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Aufgabenbewältigung; Richter, Rudolf & Schmidt, 1996), EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit; Isernhagen, 1988; Kaiser, Kersting, Schian & Jacobs, 2000a), ERGOS (entwickelt von der Firma Work Recovery in den USA, inzwischen von Work Recovery Europe übernommen; Kaiser, Kersting & Schiang, 2000b) eingesetzt werden.

Funktionseinschränkungen bei Aktivitäten des Alltagslebens (Activities of daily living, [ADL]) können mittels verschiedener Methoden der Selbst- und Fremdbeurteilung gemessen werden (Kohlmann & Raspe, 1994).

Zur Abklärung der Änderungsbereitschaft kann z. B. die »Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale« (SOCRATES; in Wetterling & Veltrup 1997) eingesetzt werden.

Rückfallrisiken und spezifische Rückfallsituationen können zur Planung entsprechender Prophylaxe-Interventionen mit Hilfe von Fragebögen, z. B. über das »Differentielle Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige« (DIRA; Klein, Funke, Funke & Scheller, 1995) sowie über das Inventory of Drug Taking Situations« und »Drug Taking Confidence Questionnaire« (deutsche Version; Lindenmeyer & Brandes, 2003) erfasst werden.

## Behandlung Grundlagen

Vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Bedingungsgefüges der Entstehung und Aufrechterhaltung alkoholbezogener Störungen sind moti-

vationsfördernde und kompetenzerhöhende Maßnahmen zum Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz, zur Verringerung des Konsums bei schädlichem Gebrauch und zur Lindering oder Behebung psychischer und somatischer Störungen sowie sozialer Folgen indiziert (A).

Speziell bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit ist das Behandlungsziel die Abstinenz von Alkohol (B) sowie von weiteren psychotropen Substanzen (z.B. Benzodiazepinen (C) und illegalen Drogen (B)). Ist dauerhafte Abstinenz (zunächst) nicht umsetzbar, tritt das Ziel der Schadensminimierung in den Vordergrund (C). Für Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum kann neben dem Ziel abstinenter Lebensführung auch die Trinkmengenreduktion (sog. »kontrolliertes Trinken«) ein geeignetes Ziel sein (Sobell & Sobell, 1993; Rosenberg, 1993; B) sowie die Abstinenz in besonderen Gefährdungssituationen (sog. Punkt-abstinenz; C). Mithilfe sog. Selbstkontrollprogramme kann vor allem Jugendlichen, Schülern und Studenten geholfen werden (Saladin & Santa Ana, 2004; Ib; B).

Eine Postakutbehandlung ist immer dann notwendig, wenn die Maßnahmen der Akutbehandlung nicht ausreichend erscheinen, um eine anhaltende Reduzierung oder Behebung der diagnostizierten substanzbezogenen und komorbiden Störungen bzw. eine dauerhafte Stabilisierung bei den Patienten zu erreichen.

Die Behandlungsplanung basiert auf folgenden Strategien (Küfner, 1997):

- (1) abgestufte Intervention (»stepped care«): zunächst wird die am wenigsten aufwändige der prinzipiell in Frage kommenden Interventionsformen gewählt;
- (2) Orientierung an der nachweislich oder wahrscheinlich erfolgreichsten Behandlungsform;
- (3) Differenzielle Indikation, d.h. in Abhängigkeit von spezifischen Patientenmerkmalen und -wünschen wird diejenige Therapieform ausgewählt, die eine optimale Effizienz verspricht.

Die Behandlung besteht aus einer auf den Einzelfall zugeschnittenen Kombination somatomedizinischer, suchtmittelmedizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychopharmakotherapeutischer, sozialtherapeutischer und anderer Maßnahmen (wie z. B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kreativtherapie). Der Therapieumfang ist abzustimmen auf Art und Schwere der diagnostizierten Störungen des Patienten, seine Kompetenzen (Fertigkeiten und Fähigkeiten), seine Ressourcen und Potenziale.

Zur Einordnung der für die Postakutbehandlung relevanten Prozesse steht seit Anfang 2000 die »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF der Weltgesundheitsorganisation; Seidel, 2005) zur Verfügung. Danach ist die Rehabilitation auf das Einbezogensein in eine Lebenssituation (Partizipation) ausgerichtet. Mit den therapeutischen Maßnahmen werden primär Aktivitäten (Wahrnehmung einer Aufgabe oder Durchführung einer Handlung durch eine Person) beeinflusst. Bei einigen Behandlungskomponenten spielt jedoch auch die Partizipation bereits während der Phase der Rehabilitation eine Rolle, z. B. bei der externen Belastungserprobung. Die Diagnosen sind in der ICF kategorial den sogenannten Körperfunktionen und -strukturen zugeordnet.

Die Behandlung alkoholbezogener Störungen ist effektiver als eine Nichtbehandlung (Emrick, 1975 (Ia); Küfner, Feuerlein & Huber, 1988; IIa; Hodgson, 1994; IIa; Miller et al., 1995 (Ia); Mirin et al., 1995 Ia; Süß, 1995; IIb; Finney & Moos, 1998; Ib; Hox, Gils & Klugkist, 1998 Ia; Sonntag & Künzel, 2000; IIa; Miller & Wilbourne 2002; Ia, Berglund et al. 2003a; Ib; Berglund, Thelander & Jonsson, 2003b; Ib) und wird deshalb empfohlen (A). Es kann von einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation ausgegangen werden, d.h. die Aufwendungen für Behandlungen liegen unter den durch die Störung verursachten Gesamtkosten (Holder, Longabough, Miller & Rubo-

nis, 1991; Ib; Finney & Monahan, 1996 Ib; Holder 1998 Ib).

#### Integrierte Behandlung

Die Postakutbehandlung von Alkoholabhängigen wird in vielen Ländern im Rahmen eines integrierten Behandlungsplanes umgesetzt, in der psychotherapeutische, soziotherapeutische, somatotherapeutische und andere Interventionen in Kombination angewandt werden (Mirin et al., 1995; Müller-Fahrnow, Ilchmann, Kühner, Spyra & Stoll, 2002) in der Regel mit dem Ziel, Abstinenz zu erreichen (in den USA auch als *Minnesota-Model* bezeichnet (Salaspuro & Keso, 1991; Stinchfield & Owen, 1998).

Dabei soll dasjenige Behandlungsetting gewählt werden, das dem Patienten größtmögliche Sicherheit und Garantie für eine effektive (wirkungsvolle) und effiziente (unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten) Therapie bietet. Der Patient soll vor allem vor Gefährdung durch Hochrisikosituationen im Zusammenhang mit seiner alkoholbezogenen Störung geschützt werden. Spezifische Therapiesettings sind so zu wählen, dass angemessene Interventionen vorgehalten werden können, von denen der Patient in besonderem Maße profitiert, oder die er besonders bevorzugt (Mirin et al., 1995; APA, 2002). Integrierte Behandlungspläne umfassen ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen, die in spezialisierten Fachkliniken, psychosozialen Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke und Fachambulanzen erbracht werden. Zu den Maßnahmen gehören auch Sequenzbehandlungen oder sogenannte Adaptionsbehandlungen. Integrierte Behandlungen werden von multiprofessionellen Teams erbracht.

Solche Behandlungen stellen Maßnahmen dar, deren Evidenz insgesamt nachgewiesen ist (Süß, 1995; IIb; Sonntag & Künzel 2000; IIa). Sie beinhalten sowohl evidenzbasierte Maßnahmen als auch Interventionen, deren Wirksamkeit im Einzelnen nicht oder noch nicht nachgewiesen ist. Es gibt Hinweise darauf, dass integrierte Be-

handlungen wirksamer sind als die Anwendung einer einzelnen Behandlungskomponente (Müller-Fahrnow, et al., 2002; IIa). Integrierte Behandlungen werden empfohlen (B).

#### Stationäres Setting

Bei der in Deutschland in Fachkliniken eingeführten integrierten Behandlung (sog. *Medizinische Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit*) werden therapeutische Aufgabenbereiche in unterschiedlichen organisatorischen und zeitlichen Rahmenbedingungen umgesetzt.

Sie wird empfohlen (C), wenn

- gravierende Störungen im körperlichen, psychischen oder sozialen Bereich vorliegen,
- das soziale Umfeld des Patienten keine ausreichende Unterstützung bietet,
- keine berufliche Integration besteht,
- keine stabile Wohnsituation gegeben ist,
- wiederholte Rückfälle während der ambulanten oder teilstationären Postakutbehandlung vorgekommen sind.

Diese Merkmale haben eine Plausibilität (»face-validity«) für die Zuordnung zur stationären Behandlungsform; sie überlappen partiell mit ähnlichen Kriterien, wie z. B. den ASAM-Kriterien bzw. ASAM-Patient-Placement-Criteria (Turner, Turner, Reif, Gutowski & Gastfriend, 1999). Zwar sind solche Kriterienlisten oder Zuordnungsalgorithmen eine pragmatische Hilfe bei der Indikationsfindung, es konnte aber bislang nicht sicher nachgewiesen werden, dass mit ihrer Hilfe bei der Zuordnung der spätere Behandlungserfolg auch tatsächlich besser war als ohne sie (McKay, Cacciola, Mc-Lellan & Alterman, 1997).

Die Behandlung erfolgt je nach Therapieorientierung mit verschiedenen therapeutischen Methoden. Darüber hinaus wird eine individuelle Anpassung an den einzelnen Patienten innerhalb des vorgegebenen Therapieprogramms durchgeführt. Die generelle Verbindung zum Alkoholmissbrauch

lässt sich zum einen über die Stresshypothese oder über die Selbstmedikationshypothese als allgemeinen Risikofaktor für Alkoholrückfälle herstellen. Zum anderen wird das meist automatisierte alkoholassoziierte Verhalten in den verschiedenen Lebensbereichen abgelöst von einem Verhalten ohne Alkoholeinfluss.

Die Verbindung zur Psychotherapie ergibt sich über die Realisierung von verschiedenen empirisch bestimmten Wirkfaktoren (Grawe, 1998). Jeder Bereich, der mit den verschiedenen Aufgaben angesprochen wird, stellt auch ohne Bezug zum Alkoholmissbrauch einen eigenständigen Zielbereich umfassender funktionaler Gesundheit dar, die mit den durch die ICF geprägten Begriffen Körperstrukturen, Körperfunktionen, Beeinträchtigungen, Aktivitäten und Teilhabe charakterisiert werden kann (Seidel, 2005).

Die Effektivität der stationären Postakutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit konnte vielfach nachgewiesen werden. In der Meta-Analyse von Süß (1995; IIb) und Sonntag und Künzel (2000; IIa) wurde eine im internationalen Vergleich hohe Ergebnisqualität belegt. Neuere Katamnesen aus Entwöhnungseinrichtungen mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von ca. drei Monaten (zwischen sechs Wochen und sechs Monaten) bestätigen die hohen Abstinenzraten von ca. 50% (bezogen auf alle behandelten und befragten Patienten) im ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung (Zobel et al., 2005; III). Ein spezieller Wirksamkeitsnachweis der stationären Behandlung bei Alkoholabhängigkeit liegt speziell für die Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vor (Müller-Fahrnow, Löffler, Schuntermann & Klosterhuis, 1989; III), Klosterhuis, Zollman & Grünbeck, 2004).

#### Teilstationäres und ambulantes Setting

Eine (ausschließlich) ambulante bzw. teilstationäre (z. B. tagesklinische) Behandlung kann empfohlen werden (B), wenn

- das soziale Umfeld eine ausreichend stützende Qualität bietet (z. B. eine stabile Wohnsituation)
- im sozialen Umfeld keine destruktiven oder pathogenen Einflüsse vorherrschen (z. B. stabile Partner- bzw. Familiensituation)
- die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Behandlungsplans (unter Abstinenz von Alkohol) gegeben ist
- die Patienten diese Behandlungsform präferieren.

Tritt während einer solchen Maßnahme (wiederholt) Rückfälligkeit auf, ist eine Fortsetzung im Rahmen einer stationären Behandlung angezeigt (C).

Es gilt, dass der Behandlungsort bzw. das Behandlungssetting möglichst wenig restriktiv bei größtmöglicher Sicherheit und Effektivität sein sollte (APA, 2002). Vorteile des ambulanten und teilstationären Settings ergeben sich aus der Wohnortnähe, der Möglichkeit der Integration von Familienangehörigen und anderen Bezugspersonen. Bei der ambulanten Behandlung besteht die Möglichkeit, berufs begleitend die Therapie in Anspruch zu nehmen. Es liegen Wirksamkeitsnachweise vor (Pfeiffer, Fahrner & Feuerlein, 1987; III, Soyka et al., 1997; III, Tecklenburg, 2001; III, Soyka, Hasemann, Scharfenberg, Löhnert & Bollender, 2003; III, Zeissler, 1999; III, Burtscheidt, Schwarz, Wölwer & Gaebel, 2001a; Burtscheidt et al., 2001b; IIa, Ehrenreich et al., 2000; III; Mundle et al., 2001; III).

Die teilstationäre Rehabilitation ist in Deutschland (noch) nicht flächendeckend vorhanden, steht jedoch mittlerweile in größeren Städten zur Verfügung (Kielstein, 1991); zur Effektivität liegen erste positive Ergebnisse vor (Lotz-Ramboldi et al., 2002; IIa).

Als exemplarisch kann ferner ein in den USA entwickeltes ambulantes Programm (sog. Community Reinforcement Approach; CRA) gelten, das verschiedene verhaltenstherapeutische (z. B. Kontingenzverträge, operante Konditionierung) und familientherapeutische Interventionen einbezieht und die vom Patienten geforderte Ab-

stinenz mit als Verstärker wirkenden »Belohnungen« wie angebotene Familienhilfen, Beschäftigungen u. a. verbindet (Hunt & Azrin, 1973; Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982). Die Effektivität ist nachgewiesen (Miller & Hester, 1986; Ia). CRA zeigte auch bei Obdachlosen Erfolge (Smith, Meyers & Delaney, 1998; IV). In Deutschland ist ein vergleichbares ambulantes Komplexprogramm speziell für chronisch schwer erkrankte Alkoholabhängige (ALITA) mit Erfolg durchgeführt worden (Ehrenreich et al., 1997; III; Ehrenreich et al., 2000; III; Wagner et al., 2003, III; Wagner et al., 2004; III). Solche Behandlungen im ambulanten Setting werden empfohlen (B).

#### Behandlungsdauer

Die Festlegung der Behandlungsdauer erfolgt zweistufig: einmal vor Beginn der Postakutbehandlung (selektive Indikation) und zum anderen dann, wenn das Ansprechen des Patienten auf die therapeutischen Maßnahmen besser abgeschätzt werden kann (adaptive Indikation).

Die Dauer einer kurzen stationären Postakutbehandlung liegt zwischen 6–12 Wochen, die Dauer einer Langzeitbehandlung beträgt 16 Wochen und in entsprechenden Fällen auch länger. Die Behandlungsdauer im ambulanten Setting sollte 6–12 Monate betragen.

Es kann von einem positiven Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg ausgegangen werden, was aber nicht für alle Teilgruppen von Abhängigen und auch nicht für jedes Ergebniskriterium zwischen verschiedenen langen Behandlungen zweier Therapieprogramme gilt. Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Süß (1995), weisen daraufhin, dass der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg nur bei Einbeziehung auch längerer Behandlungsformen (6 Monate) deutlich wird. Grundsätzlich sollte daher ein breites Spektrum von Behandlungsprogrammen unterschiedlicher Behandlungsdauer angeboten werden. Der Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und der Abstinenz für

unterschiedliche Teilgruppen wurde in der MEAT-Studie aufgezeigt (Küfner & Feuerlein 1989).

Prognostisch ungünstig eingestufte Alkoholabhängige sollten länger als acht Wochen behandelt werden (C). Prognostisch ungünstige Patientenmerkmale sind frühere erfolglose Entwöhnungstherapien, Suizidversuche in der Vergangenheit, Verlust der Arbeitsstelle wegen Alkohol, Wohnungslosigkeit sowie Erwerbslosigkeit (Küfner & Feuerlein, 1989 IIb, Küfner, 1997, IIb).

#### Therapeutische Aufgaben

Voraussetzung für eine erfolgreiche Postakutbehandlung ist ein vertrauensvolles und tragfähiges therapeutisches Bündnis (Mirin et al., 1995; Navajits, 1994; Horvath & Luborsky, 1993) (A). Eine zu Beginn oft eher externe Motivation durch Veränderungsdruck von Seiten des Arztes, des Arbeitgebers, des Partners oder der Familie soll allmählich in ein stärkeres Ausmaß persönlicher Änderungsmotivation umgeformt werden. Auch bei berechtigten Zweifeln an den Aussagen des Patienten, beispielsweise zu Trinkmengen, erfolgen nur vorsichtige Konfrontationen, da direktiv-konfrontativ intervenierende Therapeuten eher Widerstand erzeugen und signifikant schlechtere Behandlungsergebnisse erzielen (Miller, Benefield & Tonigan, 1993; IIa). Vielmehr ist eine akzeptierende, von Empathie geprägte therapeutische Grundhaltung einzunehmen (Miller & Rollnick, 1999; IV). Die spezifischen Fähigkeiten des Therapeuten beeinflussen das Behandlungsergebnis oft in höherem Ausmaß als die angewandte Methode (Andréasson & Öjehagen, 2003; IIa). Die Annahme, eine eigene, erfolgreich bewältigte Alkoholabhängigkeit des Therapeuten erhöhe dessen Akzeptanz, konnte nicht bestätigt werden (McLellan, Woody, Luborsky & Goehl, 1988; IV), DiClemente, Carrol, Miller, Connors & Donovan, 2003, III).

Auf der Basis der Diagnostik über Problembereiche und Störungen werden zu Beginn der Behandlung zwis-

chen Patient und Therapeuten(en) Ziele vereinbart. Sie beinhalten die Herstellung einer nachhaltigen Abstinenz oder verbesserter Kontrollfähigkeit über den Substanzkonsum sowie der Förderung und Stärkung der psychischen, körperlichen und sozialen Funktionen.

Explizite Zielformulierungen können sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten eine Orientierung im beginnenden Therapieprozess herstellen und eine positive Zukunftserwartung beim Patienten aufbauen (Fiedler, 2003; C). Sie sind damit Teil der Problemaktualisierung und Motivationsförderung, die zu den vier bzw. fünf Wirkfaktoren nach Grawe (1995, 1998) für einen erfolgreichen Veränderungsprozess gehören. Zielbereiche der verschiedenen Methoden der Postakutbehandlung können auch in ICF-Domänen festgelegt werden, wie im Anhang dargestellt; empirische Arbeiten zur Wirksamkeit existieren aber noch nicht.

#### Behandlungsmethoden

##### *Suchtspezifische Methoden*

##### *Selbstmanagement beim Substanzkonsum*

Die Rückfallprävention mit Hilfe eines verbesserten Selbstmanagements beim Substanzkonsum ist ein zentrales Ziel aller Maßnahmen der Postakutbehandlung. Nach dem Erreichen einer Abstinenzphase soll zum einen die Abstinenzmotivation stabilisiert und zum anderen die Fähigkeiten der Kontrolle und Steuerung von Alkoholgedanken (Alkoholphantasien, Craving) erhöht werden. Risikosituationen werden herausgearbeitet, die subjektiv erlebte und die objektive Wirkung des Suchtmittels werden fokussiert und alternative Verhaltensweisen entwickelt und durchgeführt. In jedem integrierten Behandlungsplan sollten Interventionen zur Identifizierung von Rückfallrisikosituationen und deren Bewältigung enthalten sein (B).

Die Anwendung manualisierter Programme zur Rückfallprävention wird empfohlen (Marlatt & Gordon, 1985; III) Der Effekt von Rückfallpräven-

tionsprogrammen ist nachgewiesen (Miller & Hester, 1986; Ia; Irving, Bowers, Dunn & Wang, 1999; Ia), die Effektstärke ist aber im Rahmen von Einzelprogrammen eher gering.

#### »12-Schritte-Programm«

Das »12-Schritte-Programm« ist ein manualisierter Therapieansatz, der auf dem Konzept der Anonymen Alkoholiker (AA) basiert und im Wesentlichen humanistische, verhaltensbezogene und spirituelle Komponenten enthält. Im Project MATCH (1997a, 1997b, 1998; Babor & Del Boca, 2003; alle Ia) zeigte sich eine Überlegenheit des 12-Schritte-Programms im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie bei Patienten mit höherem Schweregrad der Abhängigkeit, aber ohne ausgeprägte psychische Komorbidität. Es kann als gesichert gelten, dass das 12-Schritte-Programm effektiv ist (Berglund et al., 2003a; Ia; Emrick 1987; IIa; Miller & Wilbourne 2002; Ia, Tonigan, Connors & Miller, 1996; IV, Fiorentine, 1999; III; Babor & Del Boca 2003 Ia; Brown, Serganian, Tremblay & Annis, 2002; Ib). Das 12-Schritte-Programm kann empfohlen werden (A).

#### Suchtspezifische Pharmakotherapie

Eine Pharmakotherapie alkoholbezogener Störungen hat folgende Ziele:

- Rückfallvermeidung (d. h. Abstinenzhaltung nach vorangegangenen Entzug)
- Minderung der Schwere eines Rückfalls,
- Verbleib von Alkoholabhängigen in (ambulanter) Behandlung.

Bezogen auf die drei Behandlungsziele Rückfallvermeidung, Verminderung der Schwere eines Rückfalls und Verbleib in ambulanter Therapie ergab eine Auswertung aller randomisierten Studien mit Acamprosat moderate Therapieeffekte, die zwischen 7 % und 13 % über dem Placebo-Effekt lagen (Kranzler & van Kirk, 2001; Ia). Nach vorausgegangener körperlicher Entzugsbehandlung ist unter Acamprosat die Rückfallwahrscheinlichkeit signifikant verringert (Saß, Soyka, Mann & Ziegler, 1996; Ib; Besson, Aebly,

Kasas, Lehert & Potgieter, 1998; Ib; Bouza, Angeles, Munoz & Amate, 2004; Ia; Mann, Lehert & Morgan, 2004; Ia). Bei rückfälligen Patienten ist bei kontinuierlicher Einnahme die Zahl alkoholfreier Tage (kumulative Abstinenz) signifikant erhöht (Bouza et al., 2004; Ia). Außerdem konnte für Acamprosat gezeigt werden, dass die Substanz einen positiven Effekt auf das Verbleiben von Alkoholabhängigen in der ambulanten Therapie hat (Bouza et al., 2004; Ia; Kranzler & van Kirk 2001; Ia). Bezogen auf das Behandlungsziel der kontinuierlichen Abstinenz müssen 10 Personen behandelt werden, damit eine Person davon profitiert (Rückfallvermeidung) (»Number needed to treat, NNT = 10; Bouza et al., 2004). Prädiktoren des Behandlungserfolges mit Acamprosat konnten bislang nicht bestimmt werden (Verheul, Lehert, Geerlings, Koeter & van den Brink, 2005; Ia).

Die Behandlung mit Acamprosat als adjuvante Pharmakotherapie bei Alkoholabhängigkeit im Rahmen eines psychosozialen Gesamtbehandlungsplans wird empfohlen (Combine Study, 2003a, 2003b; B). Die Behandlung sollte über 12 Monate erfolgen und bei einem Rückfall nicht unterbrochen werden (C); compliancefördernde Interventionen werden empfohlen (Johnson, DiClemente, Ait-Daoud & Stoks, 2003; B).

Die Substanz Naltrexon ist in Deutschland für die Indikation Behandlung der Alkoholabhängigkeit nicht zugelassen. Sie kann nur nach den Bedingungen des »off-label-use« verordnet werden. In den meisten kontrollierten Studien konnten Hinweise auf eine positive Wirkung gefunden werden, die vor allem bei complianten Patienten und in den ersten drei Behandlungsmonaten zum Tragen kommt (Volpicelli, Alterman, Hayashida, & O'Brian, 1992, Ib; Volpicelli et al., 1997; Ib, Anton et al., 1999; Ib; Bouza et al., 2004; Ia; Kiefer et al., 2003; Ib; Kranzler & van Kirk, 2001; Ia; Monti et al., 2001; Ib; Srisurapanont & Jarusuraisin, 2000; Ia); günstige Erfahrungen liegen auch mit Depot-Injektionen von

Naltrexon vor (Garbutt et al., 2005; Ib). Da die Studienlage aber kontrovers ist (Krystal, Cramer, Krol, Kirk & Rosenheck, 2001; Ib; Gastpar et al., 2002; Ib; Berglund et al., 2003; Ia), kann derzeit die Verordnung von Naltrexon nicht generell empfohlen werden.

Der Einsatz von Disulfiram kann nicht generell empfohlen werden (A) (Fuller et al., 1986; Ib; Hughes & Cook, 1997; Ia); im Rahmen spezifischer Behandlungsprogramme (Azrin et al., 1982; IIb, Ehrenreich et al., 1997; III) kann Disulfiram allerdings sinnvoll sein (C).

#### Allgemeine Methoden Psychotherapie

Zielvariablen der psychotherapeutischen Vorgehensweise sind inneres und von außen beobachtbares Erleben und Verhalten einer Person mit der Absicht, dysfunktionale Gefühle, Gedanken, Erwartungen und Reaktionen zu verändern, fehlende Bewältigungs- oder Regulierungskompetenzen aufzubauen und damit der Person zu einer Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit, der Integrität und der (sozialen) Integration zu verhelfen (Leonard & Blane, 1999; Chambless & Ollendick, 2001). Eine geringe Änderungsmotivation ist nicht selten auf die Überzeugung des Patienten zurückzuführen, dass es keine Alternativen (mehr) gibt bzw. dass sich der Abhängigkeitskranke unfähig fühlt, ohne das Suchtmittel zu leben. Insofern ist die Motivierung zur Klärung der Situation und zur Änderung Bestandteil der Psychotherapie (Veltrup, 2002).

#### Psychoedukation

Psychoedukation beinhaltet die Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung, der damit verbundenen möglichen Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit und die sozialen Auswirkungen der Störungen. Die Effektstärke von Einzelprogrammen ist gering (Miller & Hester, 1986; Ia; Miller & Wilbourne, 2002; Ia; Kaminer, Burleson & Goldberger, 2002 IIa; Burge et al., 1997; IIa). Psychoedukation als inte-

graler Bestandteil einer Komplexbehandlung kann empfohlen werden (C), nicht aber die Anwendung als alleinige Intervention (A).

#### *Motivierende Gesprächsführung*

»Motivierende Gesprächsführung« (Miller & Rollnick, 1999) sollte als Interaktionsstil in der Postakutbehandlung eingesetzt werden (A). Zielsetzung ist es, die Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung zu reduzieren und verbindliche Änderungsentscheidungen zu treffen und umzusetzen. In Kombination mit anderen Methoden der Postakutbehandlung verbessert sie die Ergebnisse (Andréasson & Öjehagen, 2003; Ia).

#### *Klassische verhaltenstherapeutische Verfahren*

In der Postakutbehandlung werden Methoden und Techniken der Verhaltenstherapie erfolgreich angewendet (Süß, 1995; III; Babor & DelBoca, 2003; Ia; Morgenstern & Longabaugh, 2000; Ia) und werden deshalb empfohlen (A).

#### *Kognitiv-behaviorale Therapie*

Die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) kann für die Behandlung des schädlichen Gebrauchs und der Alkoholabhängigkeit, für die Therapie komorbider Störungen und psychosozialer Probleme angewandt werden. Sie kann auch für die Rückfallprävention eingesetzt werden (Mirin et al., 1995; Ia; Graham, Annis, Brett & Venesoen, 1996; Ib; Morgenstern & Longabaugh, 2000; Ia; Project Match, 1997a, 1997b, 1998; Rist, 2002; Babor & DelBoca, 2003, alle Ia; Andréasson & Öjehagen, 2003; Ia). Die Anwendung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ist zu empfehlen (A).

#### *Soziales Kompetenztraining*

Das soziale Kompetenztraining (coping skills training, Monti, Abrams, Kadden & Conney, 1989 Ib; Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995; Ib) umfasst das Erlernen von Bewältigungsstrategien bezüglich zahlreicher intrapsychischer und interpersoneller

Reizkonstellationen bzw. Belastungsfaktoren. Probleme mit Selbstwertgefühlen, mit Ängsten und Depressionen sowie mit aggressiven Verhaltensweisen führen zu erheblichen Belastungssituationen des Patienten und seines sozialen Umfeldes. Diese erhöhen wiederum die Rückfallwahrscheinlichkeit des Patienten und beeinträchtigen insgesamt seine Lebensqualität. Angesprochen und für die Lösung von Aufgaben genutzt werden die personalen Ressourcen des Patienten (Wirkfaktor Ressourcenorientierung), und die Selbstwirksamkeitserwartungen des Patienten. Zur Persönlichkeitsentwicklung trägt auch die Klärung von Lebenszielen und des Lebensstils als Teil der Autonomieentwicklung bei. Das soziale Kompetenztraining kann mittels standardisierter Therapiemanuale angewandt werden, als Einzeltherapie oder in der Gruppe. In zahlreichen Studien wurde seine Wirksamkeit belegt (Mirin et al., 1995; Ia; Miller & Wilbourne, 2002; Ia; Brown, 2001; Ia). Es lässt sich gut mit anderen Behandlungsmodulen kombinieren. Seine zentralen Elemente finden sich auch in anderen Ansätzen (Brown, 2001); sie sollten in der Behandlung der Abhängigkeit nicht fehlen (A).

#### *Expositionsbehandlung*

Aufgrund der Datenlage kann die Exposition als Maßnahme der Postakutbehandlung derzeit nicht allgemein empfohlen werden (Mirin et al., 1995; Andréasson & Öjehagen, 2003). Bei Anwendung sollte sie nur in einer abgestimmten Kombination mit einem Training zur Erhöhung der Bewältigungskompetenz für entsprechende Risikosituationen im Alltag eingesetzt werden (Monti et al., 2001; Parks, Marlatt & Anderson, 2001; C).

#### *Verhaltensverträge, Kontingenzmanagement*

Im Kontingenzmanagement werden positive Folgen bei der Aufrechterhaltung von Abstinenz oder negative Konsequenzen bei (erneutem) Alkoholkonsum vereinbart. Die Effektivität konnte für die alleinige Anwendung

und für den kombinierten Einsatz im Rahmen einer komplexeren Behandlung nachgewiesen werden (Miller et al., 1995). Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes können additive Kontingenzverträge empfohlen werden (B).

#### *Psychodynamische Therapien*

In der Postakutbehandlung werden psychodynamisch-interaktionelle Verfahren erfolgreich angewendet (Kunzke, Strauß & Burtscheidt, 2002; IIB; Heigl-Evers & Heigl, 1983; III; Reymann, 2002 IV; APA 2002; IIB) und werden deshalb empfohlen (B). Kunzke et al. (2002; IIB) und Andréasson & Öjehagen (2003; IIB) kommen zu dem Ergebnis, dass psychodynamische Verfahren ebenso wirksam sind wie andere suchtspezifisch fokussierte Behandlungen. Im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Verfahren liegen nur wenige Wirksamkeitsstudien vor (z. B. Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989 (IIa); Kadden, Litt, Cooney, Kabela & Getter, 2001; Ib; Sandahl, Herlitz, Ahlin & Rönnberg, 1998; Ib); Leichsenring, 2002; III; Leichsenring, Rabung & Leibling, 2004; IIB). Zwei vergleichende Untersuchungen gaben Hinweise darauf, dass psychodynamische Therapien bei weniger stark Abhängigen bessere, bei stärker abhängigen schlechtere Ergebnisse als CBT erbrachten (Kadden et al., 2001; Ib; Sandahl, Herlitz, Ahlin & Rönnberg, 1998; Ib).

Die Anwendung der klassischen Psychoanalyse zur Behandlung alkoholbezogener Störungen kann nicht empfohlen werden (C). Über vereinzelte Fallberichte hinausgehende Wirksamkeitsstudien liegen nicht vor.

#### *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*

Die Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, deren Grundhaltungen sich auch in der motivierenden Gesprächsführung finden, kann im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes empfohlen werden (B). Die meisten Arbeiten beschreiben einen positiven Effekt (Miller et al., 1998; Ia, Hester & Miller, 2003; Ia;

Keil, 2002; IV; Jacobs & Bangert, 2003; IV).

#### *Paar- und Familientherapie*

Die vorliegenden Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen bestätigen die Effektivität von Familientherapien für die Behandlung alkoholbezogener Störungen (Hodgson, 1994; III; Miller et al., 1995; Ia; Miller & Wilbourne, 2002; Ia; Monahan & Finney, 1996 (Ib); O'Farrell & Fals-Stewart, 2001 (III)) (A). Die verhaltenstherapeutische (behaviorale) Familientherapie wird effektiver eingeschätzt als andere Formen (Sonntag & Künzel, 2000; Ib). Die behaviorale Paartherapie (behavioral couples therapy, BCT), Ehe-therapie (behavioral marital therapy, BMT) und Familientherapie, die im anglo-amerikanischen Bereich weit verbreitet sind, beinhalten sogenannte »Nüchternheits-Verträge« (sobriety contracts), in denen der Patient sich beispielsweise zur Abstinenz, der Partner zu verschiedenen Unterstützungsmaßnahmen verpflichtet. Gemeinsame Aktivitäten werden gefördert, förderliche Kommunikationsstile trainiert. Häufig wird darin die Kombination mit Disulfiram empfohlen, wobei der Partner die Einnahme dieser Vergällungssubstanz überwachen soll (O'Farrell & Bayog, 1986; O'Farrell & Fals-Stewart, 2000, 2001). Ebenso wird eine Kombination mit einem Rückfallpräventionsprogramm empfohlen (McCrary, Epstein & Hirsch, 1999 (IIa; B)). Die Anwendung dieser Formen von Paar- und Familientherapie kann empfohlen werden (B).

Die Ergänzung der auf den Patienten bezogenen Interventionen um familientherapeutische, paar- oder ehe-therapeutische Ansätze ist vor allem dann zu empfehlen, wenn der Patient es wünscht (C) und wenn die Abstinenz des Patienten durch dysfunktionale Beziehungsmuster erheblich gefährdet ist (B).

Die Wirkung einer Partnertherapie für die Alkoholbehandlung als eingeständiger Therapieansatz ist nachgewiesen (O'Farrell, 1989; Wiedenmann & Buchkremer, 1996). Die Klärung der

familiären Situation (Herkunftsfamilie oder gegenwärtige Familie) ist individuell von unterschiedlicher Bedeutung (Maisto, McKay & O'Farrell, 1998).

Soziale Kompetenzen werden primär im Gruppensetting, können aber auch im Einzelsetting gefördert und weiterentwickelt werden (C).

#### *Ergo- und Arbeitstherapie*

Die Verbesserung neuropsychologischer Funktionen (z. B. Aufmerksamkeit) durch entsprechende Übungen im Rahmen von Arbeits- und Beschäftigungstherapien trägt zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit bei (Decke, 2000; Deister, 2000; Hagedorn, 2000).

Die Ergotherapie ermöglicht die Einübung und abgestufte Belastung des Patienten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit wird eine Diagnostik arbeits- und berufsbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten durchgeführt und konkrete Hilfestellung bei der Reintegration in das Erwerbsleben geleistet (»berufsorientierte medizinische Rehabilitation«, Bewerbungs- und Arbeitstraining) (C). Erwerbstätigkeit ist ein wichtiger positiver Prognosefaktor für stabile Aufrechterhaltung von Abstinenz (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2004; III; Heather, Layborn & MacPherson, 1987; III).

Ergo- und Arbeitstherapie kann im Gruppen- oder Einzelsetting durchgeführt werden und fokussiert auf Produktionsabläufe mit individuell angepassten Belastungen des Patienten und angemessenen Arbeitszeiten. Arbeitstherapie soll immer therapeutisches Mittel bleiben und daher indikationsgeleitet eingesetzt und prozessbegleitend dokumentiert werden (C). Therapieziele sind die Förderung von Ausdauer, Durchhaltevermögen und Flexibilität sowie anderer sozialer und arbeitsbezogener Fertigkeiten. Bei längerfristig arbeitslosen Patienten oder Patienten ohne Berufsausbildung bzw. bei vorliegender Notwendigkeit der beruflichen Umorientierung können Interessens- und Belastungserprobun-

gen intern oder extramural in kooperierenden Betrieben oder Institutionen stattfinden.

#### *Sozialtherapie*

Ziel sozialtherapeutischer Maßnahmen ist es, den Patienten zu befähigen, ungünstige soziale Verhältnisse zu verändern und seine sozialen Belange wieder eigenverantwortlich zu regeln (z. B. Anleitung zur Schuldenregulierung, Beratung in finanziellen Angelegenheiten zur Sicherung des Lebensunterhalts, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Vermittlung in juristische Beratung, Lösung von Problemen am Arbeitsplatz (von der Suche bis zur Beratung und konkreten Einübung). Das Ausmaß sozialer (Des-)Integration ist ein wesentlicher Prognosefaktor (Henkel, 1998; IV; Henkel et al., 2004; III); (alleinstehende) Menschen ohne Arbeit oder Wohnungslose zeigen deutlich schlechtere Behandlungsergebnisse (Henkel et al., 2004; III). Arbeit und Beschäftigung sind im Zusammenhang mit Behandlungsprogrammen wichtige Faktoren für die Haltekraft sowie für die Häufigkeit und Schwere von Rückfällen (Peters, Witty & O'Brien, 1993; Wolkstein & Spiller, 1998; IV).

Bei *arbeitslosen* Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung können klientenzentrierte, berufsintegrierende Maßnahmen durch Bereitstellung geeigneter Ressourcen den Therapieerfolg verbessern (Comerford, 1999; IV). Eine konkrete und mit eventuellen Einschränkungen der Erkrankung vereinbare berufliche Perspektive ist zu erarbeiten (C). Hierzu dient neben der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit die Zusammenarbeit mit Institutionen der Arbeitsverwaltung, mit Arbeitgebern, Leistungsträgern der beruflichen Förderung und Bildungseinrichtungen. Arbeit und Beschäftigung sind im Zusammenhang mit Behandlungsprogrammen wichtige Faktoren für die Haltekraft sowie für die Häufigkeit und Schwere von Rückfällen (Peters et al., 1993; Wolkstein & Spiller, 1998; IV).

Soziale Unterstützung ist erfolgreicher als keine Behandlung und im

Wartelistenstatus sind die Ergebnisse schlechter als nach spezifischer Behandlung (Miller & Hester, 1986; Ia; Miller & Wilbourne, 2002; Ia; Andréasson & Öjehagen, 2003; Ia), weshalb Sozialtherapie empfohlen wird (C).

### Körpertherapien

Die Behandlung körperlicher Alkoholfolgeerkrankungen durch körperbezogene Therapien (z. B. Entspannungstherapie, Bewegungstherapie, Sporttherapie) ist in der Regel in der Akutphase begonnen worden und in der Postakutphase fortzusetzen.

Entspannungsverfahren sollten als zusätzliches Verfahren in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden (B), keinesfalls aber als alleinige Behandlungsmethode angewandt werden (Miller & Wilbourne, 2002; Ia; A). Es sollten bevorzugt Techniken eingesetzt werden, die der Patient selbst erlernen und dann selbstständig durchführen kann, da dies die Selbstwirksamkeitserwartungen und das Selbstwertgefühl der Patienten positiv beeinflusst (Sharp, Hurford, Allison, Sparks & Cameron, 1997; Stetter, 1998; IIb; B). Mit dem Erlernen von Entspannungstechniken verfügt der Patient über multipel einsetzbare Coping-Strategien, die ebenfalls der Rückfallprophylaxe dienen. Autogenes Training (Schultz, 2003), Progressive Muskel Relaxation (PMR) (Jacobson, 1990) und Entspannungshypnose (Langen, 1972) ggf. biofeedbackgestützt (Barolin, 2001) sind auch über den Anwendungsbereich bei Alkoholabhängigen hinaus empirisch gut fundierte Entspannungsverfahren (Stetter, 1998; IIb).

Körperliche Fitness ist die Basis für die meisten Aktivitäten und für die Teilhabe im Sinne der ICF und erhöht die Lebensqualität. Dazu ist ein gesundheitsorientiertes Verhalten erforderlich, das sich auf die Bereiche Bewegung (Sport), Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen bezieht.

Trotz unterschiedlicher Einzelergebnisse und oft unzureichender methodologischer Qualität gibt es zahlreiche Studien, die vielfältige positive psychische Wirkungen der Bewegungs-

therapie anzunehmen gestatten (Reymann, Scherer & Heinz, 2000; IV; Meyer & Broocks, 2000; IIa; C). Unklarheiten bestehen noch darüber, unter welchen Bedingungen diese erzielbar sind, und vor allem, welche Patienten davon am meisten profitieren (Mucha, 2003; IV). Neben dem Aufbau und der Wiederherstellung körperlicher Funktionstüchtigkeit und altersgerechter Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit können Sport- und Bewegungstherapie in der Postakut-Behandlung alkoholbezogener Störungen die häufig begleitend auftretenden psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen positiv beeinflussen. Sport- und Bewegungstherapie können zur Verbesserung des Selbstwertgefühles beitragen (Bartmann, 1992; IIa). Von ihrem jeweiligen Schwerpunkt her können aufbauende, kompensierende und sozialisierende Angebote unterschieden werden.

### Wertorientierte Therapien

Unter dem Begriff Spiritualität werden in der internationalen Literatur (vgl. Miller, 1998 fehlt; Cook, 2000) religiöse und wertorientierte Themen angesprochen. Sinn- und Werteorientierung können durch Lebensplanung, ethische Prinzipien (z. B. goldene Regel) oder religiöse Themen (Akzeptanz, Demut, Vergebung; Miller, 1998) in den Therapieprozess einbezogen werden. In der MATCH-Studie ergaben sich geringfügige Korrelationen zwischen Skalen für ein religiös-spiritueller Engagement und einem positiven Behandlungsergebnis (Connors, Tonigan & Miller, 2001a,b). Sie tragen insgesamt wahrscheinlich zur Stabilisierung der Persönlichkeit bei. Am deutlichsten ist der religiöse Bezug in den AA-orientierten Therapieprogrammen mit der Annahme einer übergeordneten Macht und damit zusammenhängenden Einstellungen. Umstritten ist die Frage, inwieweit es sich letztlich um psychologische Faktoren handelt.

### Behandlung komorbider Störungen

Alkoholabhängigkeit und andere psychische Störungen treten gehäuft

gemeinsam auf (Regier et al., 1990; Kessler et al., 1997; Maier, Franke & Linz, 1999; Driessen, 1999; Schneider et al., 2001; Myrick & Brady, 2003; Grant et al., 2004) und gelten als ein zentrales Problem psychiatrischer Diagnostik und Therapie (O'Brien et al., 2004). Nur durch Kenntnis von Verlaufskarakteristika in Bezug auf Intoxikations- und Entzugseffekte in Abhängigkeit von Variablen wie Dosis, Dauer und individuelle Reagibilität können substanzinduzierte (»induced«) von (substanz-)unabhängigen (»independent«) Störungen unterschieden werden (Schmidt, 2006). Das gemeinsame Auftreten von schädigendem oder abhängigem Alkoholkonsum und psychischen Störungen verschlechtert die Behandlungsergebnisse (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien & Druley, 1983; Hasin & Grant, 2002; Greenfield et al., 1998). Substanzbezogene Störungen erhöhen bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen zusätzlich das Suizidrisiko (Comtois, Russo, Roy-Byrne & Ries, 2004).

Allgemein gelten folgende Empfehlungen:

- alkoholbedingte wie komorbide Störung(en) sind gleichermaßen im Behandlungsplan zu berücksichtigen, zunächst gelten Behandlungsregeln jeder Störung unabhängig voneinander (C); eine insgesamt bessere Prognose ist unter Abstinenz zu erwarten.
- eine psychiatrische Mitbehandlung ist anzustreben (C),
- Arzneimittel mit Missbrauchspotenzial (z. B. Benzodiazepine) sollten in der Behandlung der komorbiden Störung vermieden werden (Salzman, 1991; A).

### Angststörungen

Angst- und alkoholbezogene Störungen haben bezogen auf die Lebensspanne eine gemeinsame Auftretenswahrscheinlichkeit von 6–20% – je nach der Art der Angststörung, wobei die soziale Angst/Phobie hierbei das höchste Komorbiditätsrisiko hat (Kessler et al., 1997). Der Zusammenhang zwischen Angst und alkoholbezogenen Störungen

gen ist komplex und macht die Diagnose wegen überlappender Symptome schwierig; favorisiert wird die Selbstmedikationshypothese sozialer Angst durch Alkohol (Kushner, Thuras, Abrams, Brekke & Stritar, 2001).

In der Behandlung von Angststörungen (generalisierte Angststörung, phobische Störungen, insbesondere soziale Phobie) bei gleichzeitig bestehendem schädigendem Konsum von Alkohol oder Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit scheinen kognitiv-behaviorale Interventionen für die Behandlung der alkoholbezogenen Störungen wirksamer zu sein als bei gleichzeitiger Behandlung der Angststörung und der alkoholbezogenen Störung (Randall, Thomas & Thevos, 2001a; IIa), womit der primäre Behandlungsfokus der alkoholbezogenen Störung zukommt. Der Einsatz von Paroxetin bei sozial ängstlichen Alkoholabhängigen erwies sich als günstig für Angstsymptome und Trinkverhalten (Randall et al., 2001b; IIa).

Für Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung und alkoholbezogenen Störungen wurden Manual geleitete psychotherapeutische Behandlungen entwickelt (Najavits, 1994; Najavits, Weiss & Liese, 1996; C); zur Effektivität ist wenig bekannt (Myrick & Brady, 2003).

#### *Affektive Störungen*

Generell gilt bei depressiven Störungen die Empfehlung, zunächst die Remission der Intoxikations- oder Entzugssymptome unter Abstinenz abzuwarten (A); bei Persistenz oder Auftreten depressiver Störungen sind trizyklische Antidepressiva, nicht jedoch SSRI mäßig wirksam (Nunes & Levin, 2004; Ia); die Wirksamkeit von Antidepressiva zur Verminderung des Alkoholkonsums ist nicht gesichert (LeFauvre et al., 2004). Kognitiv-behaviorale Ansätze zur Beeinflussung der Depression sind auch bei Alkoholabhängigen nützlich (Brown, Evans, Miller, Burgess & Mueller, 1997; III).

Bei der bipolaren Störung, die die höchste Auftretenswahrscheinlichkeit mit komorbider Alkoholabhängigkeit

im Vergleich zu anderen schweren psychiatrischen Störungen hat (Kessler et al., 1997), wurde zusätzlich gegebenes Valproat (im Vergleich zu Placebo) neben der Routine-Behandlung (mit Lithium und psychosozialen Interventionen) wegen günstiger Wirkungen auf Alkoholkonsum und Affektsymptome als nützlich beurteilt (Salloum et al., 2005; Ib; B).

#### *Schizophrene Psychosen*

Bei Patienten mit Schizophrenie sind alkohol- und drogenbezogene Störungen sehr häufig; bis zu 34% Schizophrener haben alkoholbezogene Störungen, bis zu 47% drogenbezogene Störungen (Regier et al., 1990; Soyka et al., 1994; Krausz & Müller-Thomsen, 1994). Dabei hat der Konsum von Alkohol und Drogen negative Auswirkungen auf den Verlauf der schizophrenen Erkrankung in Bezug auf früheren Beginn, häufigere Rückfälle, geringere Compliance, geringere Response auf die antipsychotische Medikation, häufigere Hospitalisierungen, vermehrte Gewalt und Suizidalität sowie höhere Kosten (Green, Burgess, Dawson, Zimmet & Strous, 2002).

Atypische Antipsychotika, insbesondere Clozapin, werden wegen günstiger Wirkungen auf den Alkoholkonsum empfohlen (Drake, Xie, McHugo & Green, 2000; III; Green et al., 2002; Noordsy, O'Keefe, Mueser & Xie, 2001; C) und sind vielfach bei Therapieresistenz auf konventionelle Antipsychotika wirksam (Kane, Honigfeld, Singer & Meltzer, 1988); möglicherweise auch wird die Reward-Funktion bei Schizophrenen durch Atypika weniger beeinträchtigt als durch konventionelle Antipsychotika (Chambers, Krystal & Self, 2001).

#### *Persönlichkeitsstörungen*

Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom Typ der antisozialen Persönlichkeitsstörung, sind überzufällig häufig mit Alkoholabhängigkeit (und auch Drogenabusus) assoziiert (Driessen, Veltrup, Wetterling, John & Dilling, 1998; Grant et al., 2004). Empirisch

begründete Alkoholismus-Typologien (z. B. TypA/B; Babor et al., 1992) unterscheiden Alkoholabhängige mit frühem Beginn, die eher auf Interventionen mit Coping-Skill-Inhalten respondieren und solche mit einem späteren Beginn, die eher von einer interaktionellen Therapie profitieren (Litt, Babor, DelBoca, Kadden & Cooney, 1992; III). Im Übrigen gelten in der Behandlung die allgemein bei Persönlichkeitsstörungen zu berücksichtigenden Aspekte der Kontaktgestaltung und des Beziehungsangebots der jeweiligen psychotherapeutischen Grundhaltungen (B; Heigl-Evers, Schultze-Dierbach & Standke, 1991; III; Kanfer, 1994; Streeck, 2000 *fehlt*; Leonard & Blane, 1999; Rist & Watzl, 1999; Sachsse, 1999; Stetter, 2000; Rost, 2003). Bei alkoholabhängigen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird von einigen Experten die »Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)« nach Linehan empfohlen (C); (Stuppe, 2002; III; Mayer-Bruns, Lieb, Dannegger & Jacob, 2005; III). Darüber hinaus können Empfehlungen für eine spezielle Therapiemethode derzeit nicht angegeben werden (Bottlender, Bottlender, Scharfenberg & Soyka, 2003).

Patienten mit einem *Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Syndrom* (ADHS) haben ein erhöhtes Risiko, Persönlichkeitsstörungen sowie drogen- und alkoholbezogene Störungen (Davids & Gastpar, 2003; Johann, Bobbe, Laufkotter, Lange & Wodarz, 2004) zu entwickeln; empirisch begründete Therapieempfehlungen liegen noch nicht vor.

#### *Störungen durch andere psychotrope Substanzen*

Störungen durch Alkohol sind häufig assoziiert mit Störungen durch andere psychotrope Substanzen. In der TACOS-Studie fanden Bott et al. bei Alkoholabhängigen ein sechsfach erhöhtes Lebenszeitrisiko für die Entwicklung einer Tabakabhängigkeit und ein achtfach erhöhtes Risiko für Störungen durch illegale psychotrope Substanzen (Bott, Meyer, Rumpf, Hapke & John, 2002). Besteht Abhängigkeit

von mehreren Substanzen, ist dies in der Therapieplanung und Durchführung der Postakutbehandlung besonders zu berücksichtigen. Erste Studien belegen die Wirksamkeit der gemeinsamen Entwöhnung von Alkohol und Tabak im Rahmen einer umfassenden, integrierten Behandlung (Metz, IFT; persönliche Mitteilung).

#### Behandlung besonderer Gruppen

##### *Patienten mit anhaltenden psychischen Störungen*

Auch nach Abklingen der akuten Intoxikationsfolgen und der akuten Entzugssymptomatik können substanzinduzierte Störungen über längere Zeiträume persistieren (»protrahierte Entzugssyndrome«) oder in anhaltende psychische Störungen übergehen. Alkoholinduzierte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F10.71) werden selten diagnostiziert, lassen sich aber in klinischen psychiatrischen Populationen häufiger finden, ebenso die anhaltenden kognitiven Beeinträchtigungen (F10.74), die noch nicht so schwerwiegend sind, dass sie das Kriterium einer Demenz oder eines amnestischen Syndroms erfüllen. Prävalenzraten hierzu werden selten berichtet: 34,9% psychiatrischer Entzugspatienten wiesen in einer Multizenterstudie (Reymann, Scherer & Heinz, 2000) eine behandlungsbedürftige substanzinduzierte Störung über die Entzugssymptomatik hinaus auf: dabei wurden bei 5,3% eine substanzinduzierte psychotische Störung (F10.5), bei 4,4% ein amnestisches Syndrom (F10.6) und bei 25,18% eine andere anhaltende substanzinduzierte psychische Störung (F10.7) diagnostiziert. Alkoholinduzierte Persönlichkeitsveränderungen und kognitive Leistungseinbußen korrelieren in gewissem Umfang mit leichten bis mäßigen eher globalen Verschlechterungen von Hirnfunktionen, während die akute Wernicke-Enzephalopathie und das chronische amnestische Syndrom (F10.6) charakteristische Hirnschädigungen aufweisen.

Unter mittel- bis längerfristiger Abstinenz können diese Störungen remittieren oder teilremittieren (Mann,

Gunther, Stetter & Ackermann, 1999). Individuell abgestimmte neuropsychologische Trainingsmaßnahmen können darüber hinaus zu differenziellen kognitiven Leistungsverbesserungen führen (Hoffmann & Weithmann, 1993; Steingass, Bobring, Burgart, Sartory & Schugens, 1994; III; C). Patienten mit anhaltenden alkoholinduzierten psychischen Störungen benötigen oft längere Behandlungszeiträume, um ihre Prognoseaussichten zu verbessern (Fleischmann, 2001; III).

In Deutschland fasste eine Expertengruppe unter dem Begriff »*chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA)*« Alkoholabhängige mit aktuellem Substanzkonsum, häufigen Vorbehandlungen, einer oft protrahierten Entzugssymptomatik, länger andauernden depressiven und Angstsymptomen, kognitiven Beeinträchtigungen, einer häufig geringen Veränderungsmotivation sowie anhaltenden körperlichen und sozialen Problemen zusammen (Arbeitsgruppe CMA, 1999); diese Störungen erschweren oder verunmöglichen eine autonome Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und machen für den Betroffenen entsprechende Nachsorgemaßnahmen erforderlich. Es wurde geschätzt, dass etwa 10% der Abhängigkeitskranken zu dieser besonders schwer gestörten Patientengruppe zählen. Diese Patientenpopulation erwies sich in empirischen Untersuchungen als sehr heterogen hinsichtlich der Störungsmuster und der daraus resultierenden Hilfebedarfe, so dass das Konstrukt CMA selbst als empirisch nicht ausreichend bestätigt angesehen werden kann (Schlanstedt, Schu, Sommer & Oliva, 2001; Müller-Mohnssen, Hoffmann & Rothenbacher, 1999; Müller-Mohnssen, Schwoon, & Reymann 2002; Fleischmann et al. 1999; Wagner et al., 2003).

Der Hilfebedarf richtet sich nach den über eine ausreichende Krankenbehandlung und rehabilitative Behandlung hinaus fortbestehenden Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (gemäß ICF).

Spezielle Empfehlungen für die medikamentöse Behandlung depressiver

oder psychotischer Symptome dieser Patienten, die über die allgemeinen Behandlungsprinzipien hinausgehen, sind nicht verfügbar. Für das amnestische Syndrom (Korsakow-Psychose) sind lediglich experimentelle Ansätze angegeben (Preuss & Soyka, 1997).

Insgesamt hat für diese Patientengruppe die Hilfe bei der Bewältigung der vielfältigen sozialen Probleme große Bedeutung, um die Ziele der Sicherung des Überlebens, der Gesundheitsförderung, der materiellen Grundversicherung, der sozialen Integration und Stabilisierung, der Reduzierung der Trinkmenge, der Befähigung zu alkoholfreien Phasen bis hin zu dauerhafter Abstinenz als medizinischer Indikation langfristig zu erreichen (Schwoon, 1992; C).

Im Anschluss an eine akute oder postakute Behandlung können bei Fortbestehen von schwerwiegenden Beeinträchtigungen bei einigen Patienten längerfristige Nachsorgemaßnahmen erforderlich werden. Die Betreuung kann je nach Schweregrad und Komplexität der Beeinträchtigung ambulant aufsuchend oder in einer sozial rehabilitativen Einrichtung (Betreute Wohngemeinschaft, Wohnheim), bei schweren irreversiblen Schäden (Alkoholdemenz, schweres amnestisches Syndrom) auch in einem Pflegeheim erfolgen (C). Ein Case Management kann den Zugang chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker zu angemessenen Hilfemaßnahmen verbessern (Oliva, Görgen, Schlanstedt, Schu & Sommer, 2001; III; C).

Begleitende Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder die Eingliederung in eine Werkstatt für psychisch behinderte Mitarbeiter oder eine Tagesstätte kann die weitere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. Die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung kann notwendig sein, um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können bzw. das Überleben zu sichern (C).

Bei *jungen* Alkoholabhängigen sollten Entwicklungsstadien und altersbezogene Lebensräume (Elternhaus, Schule, Ausbildungsinstitution) be-

rücksichtigt werden unter Einbeziehung entsprechender Bezugspersonen (z. B. Eltern, Lehrer) und Beachtung nicht selten anzutreffender psychisch komorbider Störungen bereits in der Kindheit und Jugend (Clark, 2004; D'Amico et al., 2005; IV, C). Evidenzbasierte Ansätze finden sich im Rahmen kognitiv-behavioraler Behandlungsprogramme und in der Familientherapie (Kaminer & Slesnick, 2005; Lowman, 2004; III–IV, B).

Für *ältere* Patienten können sucht-spezifische Therapieprogramme (Witt, 1998; IV, Voßmann & Wernado, 1996; IV) die Lebensbedingungen und Themen alter Menschen (z. B. Vereinsamung und Verluste) berücksichtigen, eine klare und geregelte Tages- und Wochenstruktur sowie Möglichkeiten zur körperlichen, intellektuellen oder kreativen Beschäftigung bieten und das therapeutische Vorgehen eher stützend und annehmend sein (Günthner & Wormstall, 2005; Wächtler, 2000; Fleischmann, 1997; IV, C).

Die *geschlechtsspezifische bzw. geschlechtssensible* Behandlung alkoholabhängiger Frauen und Männer kann in nach Geschlecht getrennten Umgebungen erfolgen, wenngleich viele Frauen bei explizitem Befragen in bestimmten Kliniken gerade auch eine gemischtgeschlechtliche Umgebung bevorzugen (Spiess, Frick, von Kovatsits, Klein & Vukovich, 2001; III). Sowohl Frauen als auch Männer mit einer sexuellen Missbrauchserfahrung profitieren oft von einer intensiveren längeren Behandlung (Rosen, Quimette, Sheikh, Gregg & Moos, 2002; III). Wenn rollengebundene Probleme bestehen, z. B. Schuldgefühle wegen der Vernachlässigung familiärer Pflichten, können auch familientherapeutische Ansätze sinnvoll sein (Gomberg, 1993; Gomberg, 2003; IV, C).

*Sozial desintegrierte* Patienten ohne festen Wohnsitz bedürfen besonderer Hilfen, vor allem wenn zusätzliche psychische Störungen bestehen, was bei dieser Subpopulation nicht selten ist (Koegel, Sullivan, Burnam, Morton & Wenzel, 1999; III; Meller et al., 2000). Einige kontrollierte Studien

weisen darauf hin, dass diese Patientengruppe von einer Kombination aus verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, Case Management sowie Unterstützung bei der Bewältigung anderer Lebensprobleme profitieren kann. Allerdings ist die Haltequote bei dieser Population oft besonders niedrig, Abbruchquoten von zwei Drittel oder mehr der aufgenommenen Patienten sind nicht selten (Zerger, 2002; IV, C); so brachten betreutes Wohnen oder stationäre Behandlung bei diesen Patienten keine messbaren Vorteile gegenüber ambulanten Maßnahmen (Berglund et al., 2003a; IV).

Suchtprobleme bei *Migranten* stellen an das Suchthilfesystem sowohl bei der akuten als auch postakuten Behandlung besondere Anforderungen (im Sinne einer interkulturellen Kompetenz), die sich aus der besonderen Lebenssituation dieser Patienten ergeben. Zwar gibt es viele hilfeorientierte Modell- und regionale Projekte mit dokumentierten Erfahrungsberichten sowie Expertisen, jedoch ist die wissenschaftliche Datenbasis für evidenzbasierte Aussagen zur postakuten Behandlung alkoholabhängiger Patienten im deutschen Sprachraum derzeit noch eher schmal (Bundesministerium für Gesundheit, 2002; Salman, Tuna & Lessing, 1999; IV). Bestehende Sprachbarrieren, Integrationsprobleme, gesellschaftliche Marginalisierung und Diskriminierung bzw. das Leben in einer spezifischen Subkultur und andere besondere Belastungen sollten bei der Therapie und postakuten Behandlung berücksichtigt werden, z. B. durch spezielle Konzepte, Einbeziehung muttersprachlicher Therapeuten bzw. Behandlung in muttersprachlichen Behandlungssettings, verstärkte aufsuchende Arbeit, Einbeziehung des (sub-)kulturellen Umfeldes (Angehörige, Schlüsselpersonen, Multiplikatoren) sowie Einsatz muttersprachlicher Medien zur Informationsvermittlung oder Beratung (Czycholl, 1998; Salman et al., 1999; IV, C).

Nachsorge im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen

Ziele *stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen* sind Hilfestellungen bei (McKay, 2001)

- der Aufrechterhaltung der Abstinenz nach vorausgegangener Entwöhnung (mit Bewährung und Bestätigung veränderter Einstellungen und Verhaltensweisen hinsichtlich des Alkoholkonsums und der Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartungen),
- dem Transfer erzielter Veränderungen aus dem therapeutischen Setting in die Alltagssituation, z. B. mit Übernahme neuer sozialer Rollen und Funktionen im persönlichen Umfeld, der Familie oder am Arbeitsplatz,
- erneuten Rückfällen.

Mittels der sequenziellen Abfolge aus stationären und ambulanten Behandlungselementen konnte gezeigt werden, dass die Effektivität einer psychotherapeutischen Behandlung bei ausgewählten, sozial weitgehend integrierten Patienten in einem wohnortnahen Behandlungsprogramm unter Einbeziehung der Angehörigen vergleichbar hoch ist wie bei der stationären Behandlung generell (Küfner & Feuerlein, 1989; III)).

Dabei folgen stationäre und ambulante Komponenten planmäßig aufeinander, wobei diese entweder regional vorgehalten werden oder überregional in speziell aufeinander abgestimmten Behandlungskonzepten kooperierender Einrichtungen für stationäre und ambulante Maßnahmen organisiert sind. In solchen Behandlungen werden Maßnahmen in Kliniken wie Gruppentherapie, pädagogisches Rollenspiel, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, autogenes Training, Informationsgruppen zu Alkoholfolgekrankheiten ergänzt durch individuelle bezugstherapeutisch geführte Einzelgespräche, Angehörigengespräche und kombiniert mit anschließenden ambulanten psychotherapeutischen Nachsorgeterminen in einer konstanten Behandlungsgruppe (Längle & Schied, 1990;

IIb; Längle, Mann, Mundle & Schied, 1992; III, Mann & Batra, 1993; III, Mann & Mundle, 1997; III).

Der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wurde in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Es wurden verschiedene ambulant-stationäre Sequenzbehandlungsmodelle mit standardisierter Vorgehensweise entwickelt, die sich derzeit in der Überprüfung befinden (Paul, 1999; Tielking & Kuß, 2003; Tielking & Ratzke, 2004).

Gegenüber einem alleinigen ambulanten Ansatz (sog. Outpatients-Gruppe der MATCH-Studie) ist von einer Überlegenheit eines stationär-ambulanten Behandlungsansatzes (in der Aftercare-Gruppe der MATCH-Studie) auszugehen (Project MATCH 1997a, 1997b, 1998; alle Ib; auch Babor & DelBoca, 2003).

Sofern lokal vorhanden, wird eine solche Sequenzbehandlung empfohlen (Murphy & Hoffmann, 1993; Bürkle, 2004; IV, C).

*Nachsorge* (oder Nachbehandlung) ist eine ambulante Behandlungsphase, die eine stationäre Behandlung (die Entwöhnung) ergänzt oder sich mit dieser abwechselt. Die konzeptuelle Abgrenzung der Nachsorge (im Sinne des »continued care«, »aftercare«) von einer Entwöhnungsbehandlung ist allerdings fließend, wenn die Entwöhnung ambulant durchgeführt wird; entsprechend bezeichnet der Begriff »aftercare« in der internationalen Literatur sowohl stationäre wie ambulante Behandlungen. Nachsorge umfasst z. B. professionelle Nachbehandlung, den Einbezug von Selbsthilfe oder auch von unterstützenden Wohnformen (wie Übergangswohnheime und betreutes Wohnen).

Nachsorge soll wohnortnah stattfinden (Prue, Keane, Cornell & Foy, 1979; III, Fortney, Booth, Blow & Bunn, 1995; III). Zwar hatte bei alkoholabhängigen Patienten, die im ersten Halbjahr nach stationärer Entlassung abstinent waren, ein regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen oder professionelle Nachsorge in den nachfolgenden 6 Monaten keinen zusätzli-

chen Effekt (Küfner, 1990, IIa); die Dauer der suchtspezifischen Nachsorge sollte jedoch mindestens 6–12 Monate betragen mit einer durch den Patienten selbst bestimmten Beendigung. Eine längerfristige Nachsorge beinhaltet ein häufigeres Erinnern an das Suchtproblem, das als positiver Wirkfaktor angesehen werden kann (Vaillant, 1983; IV). Bei Instabilität kann Nachsorge zeitlich potenziell unbegrenzt sein (Maisto et al., 1998, III) (C). Eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch den früheren Therapeuten ist nicht unbedingt erforderlich; da ein positiver Effekt der Kontinuität des Therapeuten in der Entwöhnung und in der Nachsorge auf den Behandlungserfolg nicht nachgewiesen werden konnte (Verinis & Taylor, 1994, IIa).

Hinsichtlich der Häufigkeit von Nachsorge sprechen die Ergebnisse in einer Studie von Fiorentine (1999) für eine wöchentliche Frequenz der Sitzungen. Geschlechtsspezifische Nachsorgegruppen speziell für Frauen sind indiziert, wenn es um die Bewältigung sexuellen und körperlichen Missbrauchs geht (Coughen, Feighan, Cheney & Klein, 1998, III). Im Rahmen eines Rückfallpräventionsprogramms bei Alkoholabhängigen konnte gezeigt werden, dass ein Gruppensetting genau so effektiv ist wie Einzelgespräche (Graham et al., 1996, IIa).

Die Einbeziehung unterschiedlicher psychischer Störungen in die Nachsorge bzw. Nachbehandlung ist in der für die suchtspezifische Nachsorge selteneren Einzelfalltherapie durchaus realisierbar, im Setting einer Gruppe dagegen nur beschränkt möglich, sofern die Kompetenzen des Therapeuten dafür jeweils ausreichen und die Belange anderer Patienten nicht eingeschränkt werden (C).

Ein weiterer Aspekt der Nachsorge sollte die Beachtung oder regelmäßige Einbeziehung des sozialen Umfeldes bzw. bedeutsamer Bezugspersonen sein. In Fällen wiederholter Rückfälle oder bei unklarer sozialer und psychischer Situation ermöglicht die partielle Einbeziehung von Bezugspersonen,

zumindest im Sinne eines Kontaktgesprächs, die Gesamtsituation des Patienten besser einschätzen zu können (C).

Ein Ersatz für die Abhängigkeit von Alkohol sind engagierte religiös-spirituelle und soziale Aktivitäten und Kontakte, die mit Alkoholmissbrauch unvereinbar sind (Vaillant, 1983, IV). Therapeutisch wird man versuchen, ein aktuelles oder früher in Ansätzen bereits vorhandenes Engagement für eine kulturelle, politische oder religiöse Bewegung zu unterstützen und die positiv erlebten Erfahrungen und Wirkungen zu fördern, sofern keine negativen Auswirkungen zu erkennen sind (C).

#### *Betreuung durch niedergelassene Ärzte*

Da viele Patienten mit alkoholbezogenen Störungen mindestens einmal pro Jahr, zumeist wegen anderer Erkrankungen, ihren Hausarzt aufsuchen (Wienberg, 1992; III), können Hausärzte, niedergelassene Internisten oder Psychiater/Nervenärzte aufgrund der Gemeindenähe, der psychologischen Verbindlichkeit und der lebenslang gemeinten Niederlassung in der Postakutbehandlung den Suchtkranken langfristige Halt gebende Beziehungen anbieten (Hutschenreuter & Domanowsky, 1998; IV).

Gerade der niedergelassene Arzt vermittelt bei den oft ausgeprägten körperlichen und seelischen Problemen und Störungen einen ganzheitlichen Diagnose- und Therapieansatz. Er ist Ansprechpartner (»gate keeper«) in einem komplexen Versorgungsnetz dieser Patienten (Mann, 2002; Arbter et al. 1999) und sollte mit ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen der Patienten umgehen können sowie Techniken der motivierenden Gesprächsführung beherrschen (C). Er sollte aufgrund der Kenntnis des familiären und sozialen Umfeldes als Mediator (z. B. gegenüber Familienmitgliedern, Arbeitgeber) unterstützend tätig werden, Hilfestellungen geben oder Problemlösungen vorschlagen können (C). Für suchttherapeutische Schwerpunktpra-

zen liegen erste Wirksamkeitsnachweise vor (Hapke et al., 2003; III). Die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen für Suchtkranke wird empfohlen (C). Telefon- bzw. Pflegepersonalbasierte Kontroll-Programme gelten auch als nützlich (Patterson, Macpherson & Brady, 1997, IIb; McKay, Lynch, Shepard & Pettinati, 2005; IIa).

### Selbsthilfe

Nachsorge über Selbsthilfegruppen ist effektiv (McKay, 2001; Gossop et al., 2003; IIb). Teilnehmer an Selbsthilfegruppen (z. B. der Anonymen Alkoholiker, AA) haben einen geringeren Alkoholkonsum als Nichtteilnehmer (Emrick, 1987; IIb; Emrick, Tonigan, Montgomery & Little, 1993; IIb; Tonigan et al., 1996; III, Gossop et al., 2003; IIb; Bottlender & Soyka 2005; Ib), weshalb der Besuch von Selbsthilfegruppen empfohlen wird (B).

Da wegen der Selbstselektionseffekte therapie- und patientenbezogene Variablen in den Studien nicht voneinander getrennt werden können, kann allerdings nicht angegeben werden, welche Patienten sich besonders eignen; wahrscheinlich ist aber die bloße Teilnahme an Selbsthilfegruppen nicht entscheidend für die Wirkung, sondern das Engagement und die Akzeptanz z. B. der AA-Prinzipien durch den

Patienten selbst (Montgomery, Miller & Tonigan, 1995, III), wodurch die Selbstwirksamkeit erhöht wird (Connors et al. 2001a,b; Ia).

*Anhang:* Zielbereiche der Methoden der Postakutbehandlung nach ICF-Domänen

Therapeutische Maßnahmen zielen nach der ICF-Systematik vor allem auf »mentale Funktionen«, die bei den substanzbezogenen Störungen z. B. als Kontrollfähigkeit oder Abstinenz im Hinblick auf Konsum verstanden werden kann. Hinsichtlich der Lebensbereiche wird hauptsächlich auf »Lernen und Wissensanwendung« (primär jedoch Wissensanwendung), »Allgemeine Aufgaben und Anforderungen« (vor allem Durchführung täglicher Routinen, Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen), »Kommunikation« und »Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen« Einfluss genommen. In Frage kommen jedoch auch die Bereiche: »Selbstversorgung« (vor allem Körperpflege), »Häusliches Leben«, »Bedeutende Lebensbereiche« (hier insbesondere Arbeit und Beschäftigung sowie wirtschaftliches Leben) und »Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben« (hier vor allem im Bereich Erholung und Freizeit). Therapeutische Einflussnahme auf Umweltfaktoren – im Sinne von Beseiti-

gung von Barrieren bzw. Schaffung von Förderfaktoren – könnte auf die Bereiche »Unterstützung und Beziehungen« bzw. »Einstellungen« zielen.

Die Kreuze (x) weisen auf einen Zusammenhang zwischen den Behandlungsmethoden und -komponenten der Leitlinie und den ICF-Dimensionen hin. Dieser Zusammenhang ist wegen des unterschiedlichen Differenzierungsgrades der ICF-Kategorien mehr oder weniger ausgeprägt: so existiert für die Sozialtherapie ein durchgehend enger Zusammenhang mit den ICF-Kategorien, während dies für das 12-Schritte-Programm nur eingeschränkt der Fall ist.

Nicht berücksichtigt in dieser Tabelle sind hier die Umweltfaktoren, weil diese in der Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen mit wenigen Ausnahmen nicht primär beeinflusst werden. Ebenfalls nicht in der Tabelle berücksichtigt sind personale Faktoren, weil diese bisher in der ICF nicht ausreichend differenziert sind.

Die ICF ist herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen; WHO, Genf. Die englischsprachige Originalausgabe wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation ver-

### Zielbereiche der Methoden der Postakutbehandlung nach ICF-Domänen

Behandlungsmethoden und -komponenten	Mentale Funktionen	Aktivitäten in den Domänen								
	Lernen und Wissensanwendung	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Kommunikation	Mobilität	Selbstversorgung	Häusliches Leben	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Bedeutende Lebensbereiche	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	
<b>Suchtspezifische Methoden</b>										
- Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe u. -management	x	x	x	x		x	x	x	x	
- 12-Schritte-Programm	x	x	x	x			x	x		
- Suchtspezifische Pharmakotherapie	x									
<b>Allgemeine Methoden</b>										
- Psychotherapie	x	x	x	x		x	x	x	x	
- Ergo- und Arbeitstherapie	x	x	x		x	x		x		
- Sozialtherapie	x	x	x	x		x	x	x	x	
- Körpertherapie	x				x	x				
- Wertorientierte Therapie	x	x		x			x		x	

öffentlich als International Classification of Functioning, Disability and Health. © World Health Organization 2001, deutsche Fassung 2004

#### Danksagung

Bearbeitungsvorschläge von M. Banger, J. Köhler, N. Schalast, R. Stracke und V. Weissinger wurden dankend berücksichtigt. Für die kritische Durchsicht wird Herrn J. Janssen, Bundesgeschäftsführer des Kreuzbundes, ebenfalls gedankt.

#### Literatur

- APA [American Psychiatric Association] (1995). Practice Guidelines for the treatment of patients with substance abuse disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, Suppl., 111–159.
- APA (2002). *Quick Reference to the American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders* (Compendium 2002). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung ÄZQ] (2001). *Das Leitlinien-Manual. Zae FQ 95; Suppl. 1*. Verfügbar unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/III/IImanual.htm>.
- Ahrens, M. P. (1998). A model for dual disorder treatment in acute psychiatry in a VA population. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, (2), 107–112.
- Andréasson S. & Öjehagen, A. (2003). Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence. In M. Berglund, S. Thelander & E. Jonsson (Eds.), *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review*, (S. 43–188). Weinheim: WILEY-VCH.
- Anton, R. F., Moak, D. H., Waid, R., Latham, P. K., Malcolm, R. J. & Dias, J. K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics. Results of a placebo-controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1758–1764.
- Arbeitsgruppe CMA (1999). Definitionsversuch zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. *Sucht*, 45, 6–13.
- Arbter, P. A., Backhaus, T., Bercker, D., Cimander, K. F., Gartmann, H., Götz, H., Granseyer, R., Hesse, E., Hutschenreuter, U., Kunze, H., Märten, M., Mugele, B., Poehlke, T., Richter, G. & Veltrup, C. (1999). Handlungsleitlinie zur Diagnose und Therapie von schädlichem Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit im niedergelassenen Bereich. *Der Kassenarzt*, 49/50, 36–45.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339–348.
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. & Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics. I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49; 599–608.
- Babor, T. F. & Del Boca, F. K. (Eds.). (2003). *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: University Press.
- Barolin, G. S. (2001). *Das Respiratorische Biofeedback nach Leuner*. Aglaster: VVB.
- Bartmann, U. (1992). Joggen als verhaltenstherapeutisches Bewegungsprogramm. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 95–103.
- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andréasson, S. & Öjehagen, A. (2003a). Treatment of Alcohol Abuse: An evidence-based Review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1645–1656.
- Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (2003b). *Treating Alcohol and Drug Abuse: An Evidence Based Review*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Besson, J., Aeby, F., Kasas, A., Lehert, P. & Potgieter, A. (1998). Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: A controlled study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 573–579.
- Bott, K., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2002). Psychiatrische Lebenszeit-Komorbidität bei Abhängigkeit, Mißbrauch und riskantem Konsum von Alkohol in der Allgemeinbevölkerung. In C. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain ... Und kein Ende?* (S. 267–274). Lengerich: Pabst.
- Bottlender, M., Bottlender, R., Scharfenberg, C. D. & Soyka, M. (2003). Effectiveness of outpatient treatment for alcoholism – impact of personality disorders on course of treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 384–389.
- Bottlender, M., Köhler, J. & Soyka, M. (2005). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 1–13.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005). Prädiktion des Behandlungserfolges 24 Monate nach ambulanter Alkoholentwöhnungstherapie: die Bedeutung von Selbsthilfegruppen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 150–155.
- Bouza, C., Angeles, M., Munoz, A. & Amate, J. M. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*, 99, 811–828.
- Brown, J. M. (2001). The Effectiveness of Treatment. In: N. Heather, T. J. Peters & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 497–508). Chichester: John Wiley and Sons.
- Brown, R. A., Evans, M., Miller, I. W., Burgess, E. S. & Mueller, T. I. (1997). Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 715–726.
- Brown, T. G., Serghian, P., Tremblay, J. & Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12 Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, 97, 677–689.
- Boos-Nünning, U., Siefen, R. G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B. Ö. & Surall, D. (2002). *Migration und Sucht*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 141,2. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen*. Köln: Bzga.
- Burge, S. K., Amodei, N., Elkin, B., Catala, S., Andrew, S. R., Lane, P. A. & Seale, J. P. (1997). An evaluation of two primary care interventions for alcohol abuse among Mexican-American patients. *Addiction*, 92, 1705–1716.
- Bürkle, S. (Hrsg.). (2004). *Nachsorge in der Suchthilfe*. Freiburg: Lambertus.
- Burtscheidt, W., Schwarz, R., Wölwer, W. & Gaebel, W. (2001a). Verhaltenstherapeutische Verfahren in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen – Abstinenzverhalten und soziodemographische Faktoren. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 526–531.

- Burtscheidt, W., Wölwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Loll, A., Luthcke, H., Redner, C. & Gaebel, W. (2001b). Outpatient behavior therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 24–9.
- Chambers, A., Krystal, J. & Self, D. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 71–83.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Clark, D. B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99, 5–22.
- COMBINE Study Research Group (2003a). Testing combined pharmacotherapies and behavioural interventions in alcohol dependence: rational and methods. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1107–1122.
- COMBINE Study Research Group (2003b). Testing combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence (the COMBINE study): A pilot feasibility study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27, 1123–1131.
- Comerford, A. W. (1999). Work dysfunction and addiction: Common roots. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 247–253.
- Comtois, K. A., Russo, J. E., Roy-Byrne, P. & Ries, R. K. (2004). Clinicians' assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients. *Biological Psychiatry*, 15, 56(10), 757–63.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2001a). Religiosity and responsiveness to alcoholism treatments. In R. Longabaugh & P. W. Wits (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses. Project MATCH Monograph Series, Vol. 8* (pp. 166–175). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Connors, G. J., Tonigan, J. S. & Miller, W. R. (2001b). A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and after-care samples. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 817–825.
- Cook, C. C. (2000). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539–551.
- Coughen, K., Feighan, K., Cheney, R. & Klein, G. (1998). Retention in an after-care program for recovering women. *Substance Use & Misuse*, 33, 917–33.
- Czycholl, D. (Hrsg.). (1998). *Sucht und Migration: spezifische Probleme in der psychosozialen Versorgung suchtkranker und -gefährdeter Migranten*. Berlin: VVB.
- D'Amico, E. J., Ellickson, P. L., Wagner, E. F., Turrisi, R., Fromme, K., Ghosh-Dastidar, B., Longshore, D. L., McCaffrey, D. F., Montgomery, M. J., Schonlau, M. & Wright, D. (2005). Developmental considerations for substance use interventions from middle school through college. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29, 474–83.
- Davids, E. & Gastpar, M. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatrische Praxis*, 30, 182–6.
- Decke, H. (2000). *Ergotherapie bei strukturellen Ich-Störungen*. Ergotherapie des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten e.V., Reihe 1: Fachbereich Psychiatrie, Band 5. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Deister, A. (2000). Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 779–791). Berlin: Springer.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste. Deutsche Version von G. H. Franke*. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS) (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1*. Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.). Verfügbar unter: [www.dhs-intern.de/pdf/A20055-Brosch-Alkohol.pdf](http://www.dhs-intern.de/pdf/A20055-Brosch-Alkohol.pdf) [27.01.2006].
- DiClemente, C. C., Carroll, K. M., Miller, W. R., Connors, G. J. & Donovan, D. M. (2003). A look inside treatment: Therapist effects, the therapeutic alliance, and the process of intentional behavior change. In T. F. Babor & F. K. Del Boca (Hrsg.), *Treatment Matching in Alcoholism* (p. 166–183). Cambridge: University Press.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). *Drogen- und Suchtbericht, April 2003* (Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cn\\_040/nn\\_604240/SharedDocs/Publikationen/nur\\_\\_download/a-601-2003,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-601-2003.pdf](http://www.bmg.bund.de/cn_040/nn_604240/SharedDocs/Publikationen/nur__download/a-601-2003,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-601-2003.pdf)). [Stand 27.01.2006].
- Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J. & Green, A. I. (2000). The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 441–449.
- Driessen, M. (1999). *Psychiatrische Komorbidität von Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit*. Darmstadt: Steinkopff.
- 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. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 22, 77–86.
- Ehrenreich, H., Mangolz, A., Schmitt, M., Lieder, P., Völkel, W., Rütger, E. & Poser, W. (1997). OLITA – an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 51–54.
- Ehrenreich, H., Krampe, H., Wagner, T., Jahn, H., Jacobs, S., Maul, O. & Poser, W. (2000). Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholiker – ALITA: Ein neues Konzept für die ambulante Behandlung schwer abhängiger Alkoholiker. *Sucht*, 46, 335.
- Emrick, C. D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88–108.
- Emrick, C. D. (1987). Alcoholics Anonymous: affiliation process and effectiveness as treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 11, 416–423.
- Emrick, C. D., Tonigan, S., Montgomery, H. & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (p. 41–79). New Brunswick, NJ: Alcohol Research Documentation, Inc., Rutgers University.
- Europarat (Hrsg.). (2002). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001) 13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, Supp. III 96, 1–60.
- Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in der Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7, 258–271.
- Finney, J. W. & Monahan, S. C. (1996). The cost-effectiveness of treatment of alcoholism: a second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 229–243.

- Finney, J. W. & Moos, R. H. (1998). Psychological treatments for alcohol use disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 156–166). New York: University Press.
- Fiorentine, R. (1999). After drug treatment: are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 93–116.
- Fleischmann, H. (1997). Behandlung und Prognose älterer Abhängigkeitskranker. In H. Radebold, R. D. Hirsch, J. Kipp, R. L. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe, C. Wächter (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 271–274). Steinkopff, Darmstadt.
- Fleischmann, H. (2001). Chronisch mehrfach beeinträchtigt Alkoholabhängige (CMA) und alkoholkranke in Entwöhnungstherapie (EWT) – zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. *Sucht*, 47 (5), 321–330.
- Föhres, F., Kleffmann, A. & Weinmann, S. (2003). *Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)* 5. Aufl., Bonn: BMGS.
- Fortney, J. C., Booth, B. M., Blow, F. C. & Bunn, J. Y. (1995). The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 391–406.
- Fox, A. M., Coltheart, M., Solowij, N., Mitchell, P. T. & Fox, G. A. (2000). Dissociable cognitive impairments in problem drinkers. *Alc Alcoholism*, 35 (1), 52–54.
- Fuller, R. K., Branchey, L., Brightwell, D. R., Derman, R. M., Emrick, C. D., Iber, F. L., James, K. E., Lacoursiere, R. B., Lee, K. K., Lowenstam, I., Maany, I., Neiderheiser, D., Nocks, J. J. & Shaw, S. (1986) Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration Cooperative Study. *Journal of the American Medical Association*, 256, 1449–1455.
- Garbutt, J. C., Kranzler, H. R., O'Malley, S. S., Gastfriend, D. R., Pettinati, H. M., Silberman, B. L., Loewy, J. W., Ehrich, E. W. & Vivitrex Study Group (2005). Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*; 293(13), 1617–25.
- Gastpar, M., Bonnet, U., Boning, J., Mann, K., Schmidt, L.G., Soyka, M., Wetterling, T., Kielstein, V., Labriola, D. & Croop, R. (2002). Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: results from a German multicenter study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(6), 592–598.
- Glöckner-Rist, A., Rist, F. & Kufner, H. (Hrsg.). (2003). *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich* (EHES; Version 3.0). Mannheim: Institut für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) e.V.
- Gomberg, E. S. (1993). Recent developments in alcoholism: gender issues. *Recent Development on Alcoholism*, 11, 95–107.
- Gomberg, E. S. (2003). Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities. *Recent Development on Alcoholism*, 16, 313–33.
- Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L. H., Manning, V., Marshall, J. & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 421–426.
- Graham, K., Annis, H. M., Brett, P. J. & Venesoen, P. A. (1996). Controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127–1139;
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361–368.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 3, 21–32.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, A. I., Burgess, E. S., Dawson, R., Zimmet, S. V. & Strous, R. D. (2002). Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine and risperidone. *Schizophrenia Research*, 60, 81–85.
- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R. & Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*; 55(3), 259–65.
- Greve, J., Jochheim, K. A., Schian, H.-M. & Kaiser, H. (1997). Erhebungsverfahren zur beruflichen Integration behinderter Menschen – vom ERTOMIS-Verfahren zum IMBA-Informationssystem. *Rehabilitation*, 36, 34–38.
- Gsellhofer, B., Kufner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *Deutsche Version des European Addiction Severity Index* (EuroPASi). München: Institut für Therapie-forschung.
- Günthner, A. & Wormstall, H. (2005). Alkoholismus bei alten Menschen. In R. Tölle, E. Doppelfeld (Hrsg.), *Alkoholismus. Erkennen und Behandeln* (S. 67–99). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hapke, U., Riedel, J., Thyrian, J. R., Röske, K., Michael, A., Wosniak, R., Does, D., Ohde, L. & John, U. (2003). Schwerpunktpraxen Sucht: Ein Bindeglied zwischen Suchttherapie und medizinischer Basisversorgung. In H.-J. Rumpf & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen* (S. 344–357). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle. Die Praxis begründen* [Deutsche Übersetzung von B. & J. Dehnhardt]. Stuttgart: Thieme.
- Hasin, D. & Grant, B. (2002). Depression should not be dismissed in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 59, 794–800.
- Heather, N., Layborn, P. & MacPherson, B. (1987). A prospective study of the effects of unemployment on drinking behavior. *Social Psychiatry*, 22, 226–233.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppentherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 29, 1–14.
- Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E. & Standke, G. (1991). Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht. In K. Wanke & G. Bühringer (Hrsg.), *Grundstörungen der Sucht* (S. 37–54). Berlin: Springer.
- Hester, R. K. & Miller, W. R. (Eds). (2003). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (3<sup>rd</sup> ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In D. Henkel (Hrsg.), *Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen* (S.101–136). Opladen: Leske & Budrich.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese, *Sucht aktuell*, 11, 21–32.
- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W., Bronisch, T. (1993). Routine psychiatric examinations guided by ICD-10 diagnostic checklists (International Diagnostic Checklists). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242(4), 218–23.
- Hodgson, R. (1994). Treatment of alcohol problems. *Addiction*. 89, 1529–1534.

- Hoffmann, M. & Weithmann, G. (1993). Zur differentiellen Wirksamkeit eines neuropsychologischen Trainingsprogramms bei Alkoholikern. *Psychiatrische Praxis*, 20, 29–33.
- Holder, H. D., Longabough, R., Miller, W. R. & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of studies on alcohol*, 52, 517–540.
- Holder, H. D. (1998). Cost benefits of substance abuse treatment: a review of results from alcohol and drug abuse. *Journal of mental health politics and economics*, 1, 23–29.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- Hox, J., Gils, G. & Klugkist, I. (1998). *Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-analysis. Final report*. Utrecht: Beleids Onderzoek en Advies.
- Hughes, J. C. & Cook, C. C. H. (1997). The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies. *Addiction*, 92, 381–395.
- Hunt, G. M. & Azrin, N. H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91–104.
- Hutschenreuter, U., & Domanowsky, G. (1998). Schwerpunktpraxis Sucht – Motivierung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge – Angebote einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis im Therapieverbund der Suchtbehandlung. In W. Gaebel & P. Falkai (Hrsg.), *Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie* S. 446–450. Wien: Springer.
- Inoue, H., Stickel, F. & Seitz, H. K. (2001). Individuelles Risikoprofil bei chronischem Alkoholkonsum. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 26, 39–46.
- Irving, J., Bowers, C., Dunn, M. & Wang, M. (1999). Efficacy of relapse preventions: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563–570.
- Isernhagen, S. J. (1988). Functional Capacity Evaluation. In S. J. Isernhagen (Eds.). *Work Injury: Management and prevention* (S. 139–174). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2003). Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34 (3), 150–158.
- Jacobson, E. (1990). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. München: Pfeiffer.
- Johann, M., Bobbe, G., Laufkotter, R., Lange, K. & Wodarz, N. (2004). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und Alkoholabhängigkeit: Eine Risikokonstellation. *Psychiatrische Praxis*, 31 (Suppl. 1) 102–104.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- John, U., Hapke, U. & Rumpf H. J. (2001). Serie – Alkoholismus: Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, 38; A-2438–2442.
- Johnson, B. A., DiClemente, C. C.; Ait-Daoud, N. & Stoks, S.M. (2003). Brief Behavioral Compliance Enhancement Treatment (BBCET). Manual. In B. A. Johnson, P. Ruiz, & M. Galanter (Eds.), *Handbook of Clinical Alcoholism Treatment* (pp. 281–301). Baltimore, MD: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H. & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 698–704.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Cooney, N. L., Kabela, E. & Getter, H. (2001). Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *Journal of studies on alcohol*, 62, 359–369.
- Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.-M. & Jacobs, A. (2000a). Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 39, 297–306
- Kaiser, H., Kersting, M. & Schian, H.-M. (2000b). Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Beurteilung. *Die Rehabilitation*, 39, 175–184.
- Kaminer, Y., Bureson, J.A. & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 11, 737–745.
- Kaminer, Y. & Slesnick, N. (2005). Evidence-based cognitive-behavioral and family therapies for adolescent alcohol and other substance use disorders. *Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 17, 383–405.
- Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J. & Meltzer, H. (1988). Clozapine fort he treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Archives of general psychiatry*, 45, 789–96.
- Kanfer, F. H. (1994). Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie* (S. 68–84). Weinheim: PVU.
- Keil, W. W. (2002). Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie mit süchtigen Menschen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 533–550). Wien: Springer.
- Kersting, M. & Kaiser, H. (2002). IMBA als Baustein der Qualitätssicherung in der beruflichen Rehabilitation. In VDR (Hrsg.), *Rehabilitation im Gesundheitssystem (293–296). Tagungsband zum 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium in Bad Kreuznach. DRV-Schriften Bd. 40*. Frankfurt a.M.: DRV
- Kessler, R.C., Crum, R. M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J. & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 54, 313–321.
- Kiefer, F., Jahn, H., Tarnaske, T., Helwig, H., Briken, P., Holzbach, R., Kampf, P., Stracke, R., Baehr, M., Naber, D. & Wiedemann, K. (2003). Comparing and combining naltrexone and acamprostate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 92–99.
- Kielstein, V. (1991). Indikationskriterien und Prinzipien der ambulante/tagesklinische Therapie von Alkoholkranken. *Sucht*, 37, 114–120.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (1995). Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Diagnostik und Klassifikation. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 38–50). Stuttgart: Enke.
- Klosterhuis H, Zollmann P & Grünbeck P (2004): Verlauforientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. *Deutsche Rentenversicherung 5, Rehabilitation*, S. 287–296.
- Knight, R. G. & Longmore, B. E. (1994). *Clinical neuropsychology of alcoholism*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Kohlmann, T. & Raspe, H. (1994). Die patientennahe Diagnostik von Funktionseinschränkungen im Alltag. *Psychomed*, 6, 21–27.
- Koegel, P., Sullivan, G., Burnam, A., Morton, S. C. & Wenzel, S. (1999). Utilization of mental health and substance abuse services among homeless adults in Los Angeles. *Medical Care*, 37, 306–317.
- Kranzler, H. R. & van Krik, J. (2001). Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 25, 1335–1341.
- Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). (1994). *Komorbidität – Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation*. Freiburg: Lambertus.
- Krystal, J. H., Cramer, J. A., Krol, W. F., Kirk, G. F. & Rosenheck, R. A. (2001). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *The New England journal of medicine*, 345, 1734–1739.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157–172.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). *In-patient treatment of alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin: Springer.
- Küfner, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 201–228). Göttingen: Hogrefe.
- Kunzke, D., Strauß, B. & Burtscheidt, W. (2002). Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Alkoholismus – eine Literaturübersicht. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*, 38, 53–70.
- Kushner, M. G., Thuras, P., Abrams, K., Brekke, M. & Stritar, L. (2001). Anxiety mediates the association between anxiety sensitivity and coping-related drinking motives in alcoholism treatment patients. *Addictive behaviors*, 26, 869–885.
- Langen, D. (1972). *Die gestufte Aktivhypnose*. Stuttgart: Thieme.
- Längle, G. & Schied, H. W. (1990). Zehn-Jahres-Katamnese eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogramms für Alkoholkranken. *Suchtgefahren*, 36, 97–105.
- Längle, G., Mann, K., Mundle, G. & Schied, H. W. (1992). Ten years after. The post-treatment course of alcoholism. *European Psychiatry*, 8, 92–100.
- LeFavre, C. E., Litten, R. Z., Randall, C. L., Moak, D. H., Salloum, I. M. & Green, A. I. (2004). Pharmacological treatment of alcohol abuse/dependence with psychiatric comorbidity. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 28, 302–312.
- Leichsenring, F. (2002). Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 139–162.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61, 1208–1216.
- Leonard, K. E. & Blane, H. (Eds.). (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford.
- Lindenmeyer, J. (2002). Neue aktuelle Suchttheorien, mit Bezug auf den Bereich Nachsorge. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 268–280). Freiburg: Lambertus.
- Lindenmeyer, J. & Brandes, C. (2003). Deutsche Version des Drug Taking Confidence Questionnaire für Alkoholabhängige (DTCQA-G). In A. Glöckner-Rist & H. Küfner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES; Version 3.0.)* Mannheim: Institut für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) e.V. <http://dbs.schule.de/db/mlesen.html?id=26043>
- Ling, J., Heffernan, T. M., Buchanan, T., Rodgers, J., Scholey, A. B. & Parrott, A. C. (2003). Effects of alcohol on subjective ratings of prospective and everyday memory deficits. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 27, 970–975.
- Litt, M. D., Babor, T. F., DelBoca, F. K., Kadden, R. M. & Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics, II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of general psychiatry*, 49, 609–614.
- Lowman, C. (2004). Developing effective evidence-based interventions for adolescents with alcohol use disorders. *Addiction*, 99 (Suppl 2), 1–4.
- Lotz-Ramboldi, W., Buhk, H., Busche, W., Fischer, J., Bloemeke, U. & Koch, U. (2002). Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden katamnestischen Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung. *Die Rehabilitation*, 41, 192–200.
- Maier, W., Franke, P. & Linz, M. (1999). Mehrfachdiagnosen (Komorbidität). In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 83–93). Stuttgart: Thieme.
- Maisto, S. A., McKay, J. R. & O'Farrell, T. J. (1998). Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *Journal of studies on alcohol*, 59, 591–598.
- Mann, K. & Batra, A. (1993). Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholabhängigen. Evaluation eines kombinierten stationären und ambulanten Behandlungskonzeptes. *Psychiatrische Praxis*, 20, 102–105.
- Mann, K. & Mundle, G. (1997). Neue Wege in der Behandlung von Suchterkrankungen am Beispiel der Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 16, 211–214.
- Mann, K., Gunther, A., Stetter, F., & Ackermann, K. (1999). Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: a controlled test-retest study. *Alcohol and alcoholism*, 34, 567–574.
- Mann, K. F. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 10, A632–A644.
- Mann, K., Leher, P. & Morgan, M. Y. (2004). The Efficacy of Acamprosate in the Maintenance of Abstinence in Alcohol-Dependent Individuals: Results of a Meta-Analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 28, 51–63.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. S. (Eds.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Dannegger, E. & Jacob, G. A. (2005). Dialektisch-behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. *Nervenarzt*, 76, 339–343.
- McCrary, B. S. (2000). Alcohol use disorders and the Division 12 task force of the American Psychological Association. *Addictive Behavior*, 14, 267–276.
- McCrary, B. S., Epstein, E. E. & Hirsch, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. *Addiction*, 94, 1381–1396.

- McKay, J. R., Cacciola, J. S., McLellan, A. T. & Alterman, A. I. (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of studies on alcohol*, 58, 239–252.
- McKay, J. R. (2001). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. *Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 15, 357–372.
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Pettinati, H. M. (2005). The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Archives of general psychiatry*, 62, 199–207.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P., Druley, K. A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: role of psychiatric severity. *Archives of general psychiatry*, 40, 620–625.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., Goehl, L. (1988). Is the randomised study an »Active ingredient« in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counsellors. *The Journal of nervous and mental disease* 176, 423–430.
- Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M. Greifenhagen, A. & Wolz, J. (2000). Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch kranke Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Nervenarzt*, 71, 543–551.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 7, 535–542.
- Meyer, T. & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. Guidelines for exercise testing and prescription. *Sports medicine*, 30, 269–279.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). Matching problem drinkers with optimal treatment. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Process of change* (S. 175–203). New York: Plenum.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for changes in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 455–461.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of alcoholism treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed. pp. 12–44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Mirin, S. M., Batki, O., Isbell, P. G., Kleber, H., Schottenfeld, R. S. & Weiss, R. D. (1995). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *The American journal of psychiatry*, 152, (11. Suppl.), 1–80.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berger, K., von Cranach, M., Giglhuber, O. & von Bose, M., (1996). *\*IPDE International Personality Disorder Examination. ICD-10 Modul-Deutschsprachige Ausgabe*. Bern: Huber.
- Monahan, S. C. & Finney, J. W. (1996). Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: A quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*, 91, 787–803.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12; 241–246.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M. & Conney, N. L. (1989). *Treating Alcohol Dependence*. New York: Guilford.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. & Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. In Hester, R. K. & Miller, W. R. (Eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (pp. 221–241). Boston: Allyn and Bacon.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Swift, R. M., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Mueller, T. I., Brown, R. A., Gordon, A., Abrams, D. B., Niaura, R. S. & Asher, M. K. (2001). Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25, 1634–1647.
- Morgenstern, J. & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95, 1475–1490.
- Mucha, C. (2003). Effekte und Wirkungen der Bewegungstherapie auf die Psyche? *Physikalische Therapie*, 24, 555–562.
- Müller, W. & Lorenz, W. (2001). Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (S. 472–478). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Müller-Fahrnow, W., Löffler, H. E., Schuntermann, M. F., Klosterhuis, H. (1989). Die Rehabilitations-Verlaufsstatistik. Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation. Teil II: »Die sozialmedizinische Prognose«. *Deutsche Rentenversicherung*, 3, 170–207.
- Müller-Fahrnow, W., Ilchmann, U., Kühner, S., Spyra, K. & Stoll, S. (2002). *Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungsforschung der Humboldt-Universität zu Berlin. DVR-Schriften, Band 32*. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Müller-Mohnssen, M., Hoffmann, M., Rothenbacher, H. (1999). Chronisch mehrfachgeschädigt Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung – diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale). *Sucht*, 45, 45–54.
- Müller-Mohnssen, M., Schwoon, D. R. & Reyman, G. (2002). Komorbidität und chronische Mehrfachbeeinträchtigung (CMA) – zur Problematik der Anwendung von zwei unterschiedlichen Konstrukten bei der Behandlung Abhängigkeitskranker. In M. Wolfersdorf, C. Maurer & M. Moos. (Hrsg.), *Forschung im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 68–74). Regensburg: S. Roderer.
- Mundle, G., Brugel, R., Urbaniak, H., Langle, G., Buchkremer, G. & Mann, K. (2001). Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6–18- and 36-month follow-up. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69, 374–378.
- Mundle, G., Banger, M., Mugele, B., Stetter, F., Soyka, M., Veltrup, C. & Schmidt, L. G. (2003). AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 49, 147–167.

- Murphy, S. A. & Hoffmann, A. L. (1993). An empirical description of phases of maintenance following treatment for alcohol dependence. *Journal of substance abuse*, 5, 131–143.
- Myrick, H. & Brady, K. (2003). Editorial Review: Current review of the Comorbidity of Affective, Anxiety, and Substance Use Disorders. *Current opinion in psychiatry*, 16, 261–270.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1989). *NIAAA Newsletter Alcohol Alert Nr. 4: Alcohol and Cognition*. Verfügbar unter: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa04.htm> [26.01.2006].
- Najavits, L. M. (1994). Variations in therapists effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89, 679–688.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. & Liese, B. S. (1996). Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 56, 502–505.
- Noordsy, D. L., O'Keefe, C., Mueser, K. T. & Xie, H. (2001). Six month outcomes for patients who switched to olanzapine treatment. *Psychiatric services*, 52, 501–507.
- Nunes, E. V. & Levin, F. R. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 291, 1887–1896.
- O'Brien, C. P., Charney, D. S., Lewis, L., Cornish, J. W., Post, R. M., Woody, G. E., Zubieta, J. K., Anthony, J. C., Blaine, J. D., Bowden, C. L., Calabrese, J. R., Carroll, K., Kosten, T., Rounsaville, B., Childress, A. R., Oslin, D. W., Pettinati, H. M., Davis, M. A., Demartino, R., Drake, R. E., Fleming, M. F., Fricks, L., Glassman, A. H., Levin, F. R., Nunes, E. V., Johnson, R. L., Jordan, C., Kessler, R. C., Laden, S. K., Regier, D. A., Renner, J. A., Jr., Ries, R. K., Sklar-Blake, T. & Weisner, C. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: a call to action. *Biol. Psychiatry*, 56 (10), 703–713.
- O'Farrell, T. J. (1989). Marital and family therapy in alcoholism treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 6, 23–29.
- O'Farrell, T. J. & Bayog, R. D. (1986). Antabuse contracts for married alcoholics and their spouses: a method to maintain antabuse ingestion and decrease conflict about drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment* 3 (1), 1–8.
- O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (2001). Family-involved alcoholism treatment. An update. *Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 15, 329–356.
- O'Farrell, T. J. & Fals-Stewart, W. (2002). Behavior couples and family therapy for substance abusers. *Current Psychiatry Reports*, 4, 329–356.
- Oliva, H., Görden, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe*. Schriftenreihe des BMG, Band 139.
- Parks, G. A., Marlatt, G. A. & Anderson, B. K. (2001). Cognitive behavioral alcohol treatment. In N. Heather, T.J. Peters & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problem drinking* (pp. 557–573). Chichester: John Wiley and Sons.
- Patterson, D. G., Macpherson, J. & Brady, N. M. (1997). Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five year follow-up study. *Addiction*, 92, 459–468.
- Parsons, O. A., Butters, N. & Nathan, P. E. (1987). *Neuropsychology of alcoholism: Implications for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Paul, K. (1999). Indikationsgeleitete ambulante/teilstationäre/stationäre Behandlung für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis In Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.), *Suchtbehandlung, Entscheidungen und Notwendigkeiten* (S. 113–119). Geesthacht: Neuland.
- Peters, R. H., Witty, T. E. & O'Brien, J. K. (1993). The importance of the work family with structured work and relapse prevention. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 24, 3–5.
- Pfeiffer, W. E., Fahrner, E. M. & Feuerlein, W. (1987). Katamnestic Untersuchung von ambulant behandelten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren*, 33, 309–320.
- Preuss, U. W. & Soyka, M. (1997). Das Wernicke-Korsakow-Syndrom: Klinik, Pathophysiologie und therapeutische Ansätze. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 65, 413–420.
- Project MATCH Research Group (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 58, 7–29
- Project MATCH Research Group (1997b). Project MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction*, 92, 1671–1698.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to patient heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 22, 1300–1311.
- Prue, D. M., Keane, T. M., Cornell, J. E. & Foy, D. W. (1979). An analysis of distance variables that affect aftercare attendance. *Community mental health journal*, 15, 149–154.
- Randall, C. L., Thomas, S. & Thevos, A. K. (2001a). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step towards developing effective treatments. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 25, 210–220.
- Randall, C. L., Johnson, M. R., Thevos, A. K., Sonne, S. C., Thomas, S. E., Willard, S. L., Brady, K. T. & Davidson, J. R. (2001b). Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients. *Depression and anxiety*, 14, 255–262.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Reymann, G., Scherer, C. & Heinz, G. (2000). Bewegungstherapie mit chronisch und mehrfach beeinträchtigten Alkoholabhängigen auf dem Air-tramp. *Sucht*, 1, 77–79.
- Reymann, G., Spranger, H., Stracke, R., Harnisch, A., Schulz, K., Pulkkinen, K., Brand, M., Goldammer, V., Unkel, W. & Müller-Mohnssen, M. (2000). Der Beitrag von Komorbidität und sozialer Belastung zur Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme wegen Störungen durch psychotrope Substanzen. *Suchttherapie*, 1, 98–103.
- Reymann, G. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. *Sucht*, 48 (3), 182–190.
- Richter, P., Rudolf, M. & Schmidt, C. F. (1996). *Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA)*. Frankfurt: SWETS Testservice.
- Rist, F. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. *Sucht*, 48 (3), 171–181.
- Rist, F. & Watzl, H. (1999). Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 39–49). Stuttgart: Thieme.

- Rosen, C. S., Quimette, P. C., Sheikh, J. I., Gregg, J. A. & Moos, R. H. (2002). Physical and sexual abuse history and addiction treatment outcomes. *Journal of studies on alcohol*, 63, 683–687.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129–139.
- Rost, W. D. (2003). Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes in der Suchtbehandlung. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 112–118.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Fritze, M., Grotthues, J., Löhrmann, I. & Reinhardt, S. (2003). Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein: Frühentdeckung und Kurzintervention bei riskantem Alkoholkonsum in der medizinischen Versorgung. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 9, 67–73.
- Sachsse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Saladin, M. E. & Santa Ana, E. J. (2004). Controlled drinking: more than just a controversy. *Current opinion in psychiatry*, 17, 175–187.
- Salaspuro, M. & Keso, L. (1991). Alcoholism treatment according to the Minnesota-model. *The Lancet*, 337, (8756): 1550.
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M. & Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproat maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Archives of general psychiatry*, 62, 37–45.
- Salman, R., Tuna, S. & Lessing, A. (Hrsg.). (1999). *Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag (edition psychosozial).
- Salzman, C. (1991). The APA Task Force report on benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse. *The American journal of psychiatry*, 148, 151–152.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G. & Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychotherap Res*, 8, 361–378.
- Saß, H., Soyka, M., Mann, K. & Zieglgänsberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprosate: Results from a placebo controlled study on alcohol dependence. *Archives of general psychiatry*, 53, 673–680.
- Schlanstedt, G., Schu, M., Sommer, M. & Oliva, H. (2001). Zur Definition von »chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängig« – eine empirische Überprüfung anhand von Daten des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. *Sucht*, 47, 331–340.
- Schmidt, L. G. (2006). Substanzbezogene Störungen: Auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. (im Druck).
- Schneider, U. (1999). *Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit*. Frankfurt/Main: Lang.
- Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U., Broese, T., Brooks, A., Burtscheidt, W., Cinander, K.F., Degkwitz, P., Driessen, M., Ehrenreich, H., Fischbach, E., Folkerts, H., Frank, H., Gurth, D., Havemann-Reinecke, U., Heber, W., Heuer, J., Hingsamer, A., Jacobs, S., Krampe, H., Lange, W., Lay, T., Leimbach, M., Lemke, M.R., Leweke, M., Mangholz, A., Massing, W., Meyenberg, R., Porzig, J., Quatter, T., Redner, C., Ritzel, G., Rollnik, J.D., Sauvageoll, R., Schläfke, D., Schmid, G., Schröder, H., Schwichtenberg, U., Schwoon, D., Seifert, J., Sickelmann, I., Sieveking, C.F., Spiess, C., Stiegemann, H., Stracke, R., Straetgen, H.D., Subkowski, P., Thomasius, R., Tretzel, H., Verner, L.J., Vitens, J., Wagner, T., Weirich, S., Weiss, I., Wendorff, T., Wetterling, T., Wiese, B. & Wittfoot, J. (2001). Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: The first multicentre study in Germany. *Alcohol and alcoholism*, 36, 219–223.
- Schultz, I. H. (2003). *Das autogene Training: Konzentrierte Selbstentspannung – Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung* (20. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schwoon, D. R. (1992). Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In G. Wienberg (Hrsg.), *Die vergessene Mehrheit* (S. 170–182). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schwoon, D. R., Reymann, G. & Müller-Mohnssen, M. (2002). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Probleme einer einfachen operationalen Definition. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), *Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?* (S. 506–507). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Seidel, M. (2005). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Nervenarzt*, 76, 79–92.
- Sharp, C., Hurford, D. P., Allison, J., Sparks, R. & Cameron, B. P. (1997). Facilitation in internal locus of control in adolescent alcoholics through a brief biofeedback-assisted autogenetic relaxation training procedure. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 55–60.
- SIGN Guidelines: An introduction to SIGN methodology for the development of evidence-based clinical guidelines, SIGN publication 39, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh 1999. Internet: www.sign.ac.uk
- Smith, J. E., Meyers, R. J. & Delaney, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 541–548.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1993). *Problem drinkers. Guided self-change treatment*. New York: Plenum.
- Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46, Sonderheft 2.
- Spiess, H., Frick, U., von Kovatsits, U., Klein, H. E. & Vukovich, A. (2001). Getrennt- oder gemischtgeschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Nervenarzt*, 72, 515–520.
- Soyka, M. et al. (1994). Prävalenz von Suchterkrankungen bei schizophrenen Patienten – Erste Ergebnisse einer Studie an 447 stationären Patienten eines großstadtnahen psychiatrischen Bezirkskrankenhauses. In D. R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.), *Psychose und Sucht*. Freiburg: Lambertus.
- Soyka, M., Kirchmeyer, C., Kotter, G., John, C., Löhnert, E. & Möller, H. J. (1997). Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten – Katamnestiche Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 65, 407–412.
- Soyka, M., Hasemann, S., Scharfenberg, C. D., Löhnert, B. & Bollender, M. (2003). Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese. *Nervenarzt*, 74, 226–234.
- Srisurapanont, M. & Jarusuraisin, N. (2000). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (3): CD001867. Review. Cochrane database of systematic reviews (Online), (1): CD001867.

- Stark, L. (1987). A century of alcohol and homelessness: Demographics and stereotypes. *Alcohol Health and Research World*, *Spring*, 8–13.
- Steingass, H.-P., Bobring, K. H., Burgart, F., Sartory, G. & Schugens, M. (1994). Memory training in alcoholics. *Neurophysiological Rehabilitation*, *4*, 49–67.
- Stetter, F. (1998). Was geschieht, ist gut. Entspannungsverfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *43*, 209–220.
- Stetter, F. (2000). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. *Psychotherapeut*, *45*, 141–152.
- Stinchfield, R. & Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive behaviors*, *23*, 669–683.
- Stuppe, M. (2002). Dialektisch – behaviorale Therapie bei Suchtkranken mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Suchttherapie*, *3*, 241–245.
- Süß, H. M. (1995) Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, *46*, 248–266.
- Tarter, R. E. & Edwards, K. L. (1986). Multifactorial etiology of neuropsychological impairment in alcoholics. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *10*, 128–135.
- Tecklenburg, H. J. (2001). Umsetzung und Effektivität ambulanter Rehabilitation. Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Katamnese (1994–1998) an anerkannten Behandlungsstellen in Schleswig-Holstein. *Sucht*, *47*, 350–358.
- Tielking, K. & Kuß, G. (Hrsg.). (2003). *Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger: theoretische Ansatzpunkte und praktische Erfahrungen; Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)*. Oldenburg: BIS-Verlag.
- Tielking, K. & Ratzke, K. (Hrsg.). (2004). *Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe: Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung des Modellprojekts »Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) – Teil II«*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Univ.
- Tonigan, J. S., Connors, G. J. & Miller, W. R. (1996). The Alcoholics Anonymous Involvement (AAI) Scale: reliability and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, *10*, 75–80.
- Turner, W. M., Turner, K. H., Reif, S., Gutowski, W. E. & Gastfriend, D. R. (1999). Feasibility of multidimensional substance abuse treatment matching: automating the ASAM patient placement criteria. *American Society of Addiction Medicine. Drug and alcohol dependence*, *55*, 35–43.
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Veltrup, C. (2002). Motivation. In J. Fenger (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention* (S. 362–366). Landsberg: ecomed.
- Verheul, R., Leher, P., Geerlings, P. J., Koeter, M. W. & van den Brink, W. (2005). Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology*, *178*, 167–173.
- Verinis, J. S. & Taylor, J. (1994). Increasing alcoholic patients' aftercare attendance. *The International journal of the addictions*, *29*; 1487–1494.
- Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M. & O'Brian C. P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Archives of general psychiatry*, *49*, 876–880.
- Volpicelli, J. R., Rhines, K. C., Rhines, J. S., Volpicelli, L. A., Alterman, A. I. & O'Brian, C. P. (1997). Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. *Archives of general psychiatry*, *54*, 737–742.
- Voßmann, U. & Wernado, M. (1996). Alkoholabhängigkeit im Alter – Erscheinungsbild und Behandlung. *Sucht Aktuell*, *13*–22.
- Wächtler, C. (2000). Der alte Süchtige im Versorgungssystem. In C. Kretschmar, R. D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.) *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – Psychotherapie* (Band 1) (S. 223–233). Düsseldorf-Bonn-Saarbrücken-Göttingen-Hamburg.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Galwas, C., Aust, C., Soyka, M., Kröner-Herwig, B., Küfner, H. & Ehrenreich, H. (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, *5*, 221–236.
- Wagner, T., Krampe, H., Stawicki, S., Reinhold, J., Jahn, H., Mahlke, K., Barth, B., Sieg, S., Maul, O., Galwas, C., Aust, C., Kröner-Herwig, B., Brunner, E., Poser, W., Henn, F., Rütger, F. & Ehrenreich, H. (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *Journal of psychiatric research*, *38*, 619–635.
- Weltgesundheitsorganisation. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Wetterling, T., & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen*. Berlin: Springer.
- Wiedenmann, G. & Buchkremer, G. (1996). Familientherapie und Angehörigenarbeit bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, *67*, 0524–544.
- Wienberg, G. (Hrsg.). (1992). *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Witt, R. (1998). Therapie mit abhängigen Senioren in der Fachklinik. In U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer & H. Fleischmann (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (S. 136–141). Freiburg: Lambertus.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D. & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *159*, 645–653, 658.
- Wolkstein, E. & Spiller, H. (1998). Providing vocational services to clients in substance abuse rehabilitation. *Directions in Rehabilitation Counseling*, *9*, 65–77.
- Work Recovery Europe. ERGOS® Work Simulator. <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=400>
- Zerger, S. (2002). *Substance Abuse Treatment: What Works for Homeless People? A Review of the Literature*. Nashville, USA: National Health Care for the Homeless Council. <http://www.nhchc.org/Publications/SubstanceAbuseTreatmentLitReview.pdf>
- Zeissler, E. (1999). Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katanestische Ergebnisse. *Sucht*, *45*, 100–107.