UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
STIFTUNGSUNIVERSITÄT
SEIT 2015

Partner*innen von Suchtkranken - Belastungen und Behandlungsmöglichkeiten

Dr. Anja Bischof, MA, MPH

ZIP – Zentrum für Integrative Psychiatrie, Arbeitsgruppe S:TEP (Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie, Epidemiologie, Prävention)

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Inhalt

- Familien-Pathologie-Modelle
- Das Konzept der Co-Abhängigkeit
- Belastungen von Partner*innen Suchtkranker
- Die BEPAS-Studie
- Wirksame Interventionen für Partner*innen: Die EVIFA-Studie
- Schlussfolgerungen für die Suchthilfe

ACH! VADER NIET MEER!

Familien-Pathologie-Modelle

- Whalen (1953): Typologie von Partnerinnen (Partnerschaft zu Suchtkranken Folge eigener, z.T. unbewusster Persönlichkeitsdefizite):
  - „Suffering Susanne“ (Selbstbestrafung)
  - „Controlling Catherine“ (Dominierungsbedürfnis)
  - „Wavering Winifred“ (Sicherheit durch Schwäche des Anderen)
  - „Punitive Polly“ (Kontroll- und Bestrafungsbedürfnis)
- Edwards (1973): Partnerinnen als dominante Personen, die Abstinenzbemühungen untergraben
- Methodische Probleme: keine Vergleichsgruppen, Repräsentativität fraglich, keine Längsschnittdaten

Co-Abhängigkeit

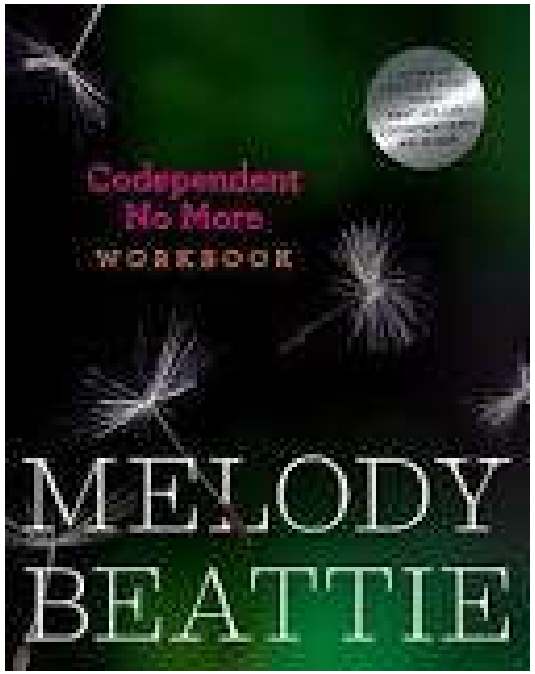
= Postulat struktureller, von Dependenz geprägter Defizite bei Angehörigen Suchtkranker:

- "Co-Abhängigkeit ist Beziehungsstörung und -abhängigkeit. Co-Abhängige unterstützen ihre Partner bis zur eigenen Selbstaufgabe. Sie sind nicht in der Lage, die Aussichtslosigkeit ihres Verhaltens zu bewerten und sich entsprechend zu verhalten. Co-Abhängigkeit kann soweit führen, dass Co-Abhängige sich selbst nicht mehr fühlen und wahrnehmen – zumindest in der Beziehung zum Süchtigen, oft aber auch darüber hinaus. Co-Abhängigkeit ist also Irrtum, Versäumnis und Verstrickung. Sie ist in ähnlicher Weise behandlungsbedürftig wie die Krankheit des Süchtigen" (Fengler,2002)
- "Eine Co-abhängige Person ist eine Person, die zulässt, vom Verhalten einer anderen Person beeinflusst zu werden, und vom Gedanken besessen ist, das Verhalten dieser Person zu kontrollieren" (Beattie, 1987)
- Ein Co-Abhängiger ist jeder, der über einen längeren Zeitraum hinweg in einem Nahverhältnis zu jemandem lebt, der eine neurotische Persönlichkeitsstruktur aufweist" (Larsen, 1983)
- „Co-Abhängigkeit ist eine Primärerkrankung in jedem Mitglied einer Alkoholiker-familie" (Wegscheider-Cruse, 1984)

Co-Abhängigkeit: Kritik

- Begriffliche Unschärfe: Co-Abhängigkeitsdefinitionen sind heterogen und z.T. inkompatibel, die meisten Definitionsversuche differenzieren nicht zwischen analytischen und empirischen Aussagen und Definitionen (Uhl und Puhm, 2007)
- Operationalisierungsversuche messen meist Neurotizismus und Stress-erleben und sind für eine Prüfung des Konzeptes ungeeignet, z.B.:
  - Sind Sie mit ihren Gefühlen stark von der Situation des Angehörigen abhängig?
  - Die ständige Belastung greift ihre Gesundheit an. Leiden Sie unter körperlichen und psychischen Symptomen?
- Empirisch finden sich keine Hinweise auf homogene Persönlichkeitszüge i.S. des Konzepts bei Partnerinnen Suchtkranker (Galliker et al., 2004; Klein & Bischof, 2013)
- Feministische Kritik: Modell pathologisiert Merkmale der gesellschaftlich tradierten Frauenrolle und dekontextualisiert pathologische Lebensumstände (z.B. Collins, 1993)

Co-Abhängigkeit: Kritik



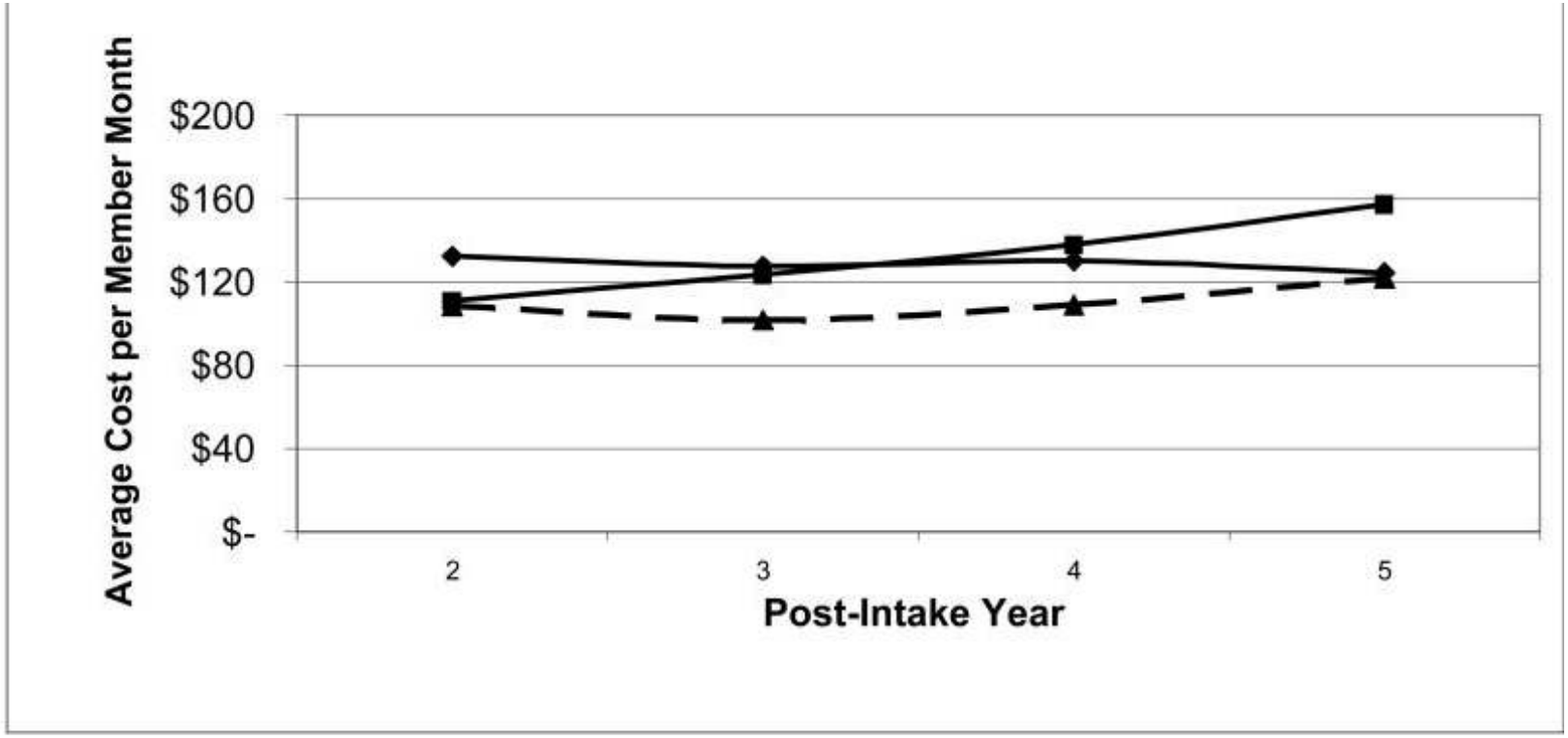
„Zu mir sind Leute gekommen, die so stolz darauf waren, dass sie keinem, der Hilfe benötigt, mehr Hilfe geben. Das habe ich so nie gemeint“ (M. Beattie)

Erhöhte gesundheitliche Belastungen bei Angehörigen

Health Care Delivery System Kaiser Permanente of Northern California (KPNC), Versorger von >3.2 Mio. Personen

- Vergleich Nutzung medizinischer Behandlung bei erwachsenen Angehörigen von Personen, die wg. AOD behandelt wurden, mit parallelisierten Kontrollen
  - höhere Inanspruchnahme jeder gemessenen Behandlungskategorie, höhere diagnostizierte Morbidität (Ray et al., 2007)
  - Höhere Kosten im Vergleich zu Angehörigen anderer chronischer Erkrankungen (Diabetes, Asthma; Ray et al., 2009)

Veränderung Gesundheitskosten Angehörige nach Behandlung des Suchtkranken



Adjusted Average Medical Cost per Member Month (Excluding AOD and Psychiatry costs)

—◆— Family members of abstinent AOD patients

—■— Family members of non-abstinent AOD patients

—▲— Family members of Controls

- Daten von: Health Care Delivery System Kaiser Permanente of Northern California (KPNC)

PREDICT-Studie

Angehörige von Alkoholabhängigen in Entgiftungsbehandlung, N=48 (Salize et al. 2013, 2014)

- 81% Partner*innen
- Längsschnittstudie betreuender Angehöriger von Alkoholabhängigen vor und 12 Monate nach Entzugsbehandlung (Abstinenzrate 72,9%)
- Einschlusskriterium >18 Jahre, mit Abhängigem zusammenlebend
- Erfassung von Verminderung der Produktivität + weitere zeitliche und psychosoziale Belastung
- 12,5% aufgrund Alkoholabhängigkeit auf eigene berufliche Karriere verzichtet
- 39,6% Einschränkungen hinsichtlich Arbeitskraft, 12 Monate post-Behandlung 2,1%
- Krankschreibungstage 4,3 prä, 2,8 post
- Rückgang direkte suchtassoziierte finanzielle Belastung von 76€/Monat prä auf ca. 145€ post

BEPAS - Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker. Ein multi-modaler Ansatz

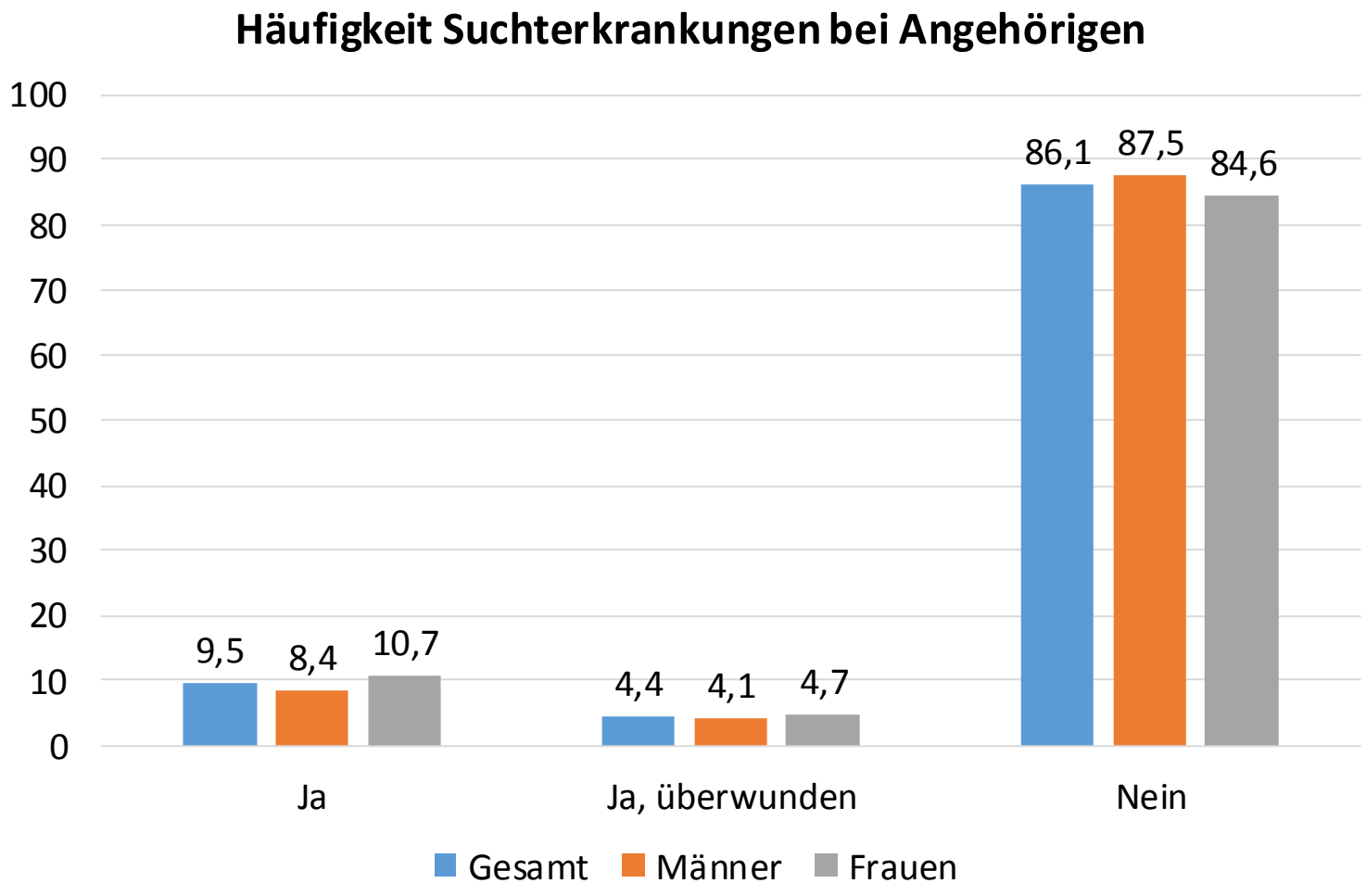
Laufzeit 03/2015 - 03/2017

- **Quantitativ-epidemiologisch**: Anzahl Angehörige in der Bevölkerung (GEDA)
- **Qualitativ**: Tiefeninterviews mit 100 Angehörigen zu:
  - Belastungsfaktoren & Ressourcen
  - Unterstützungsbedarfen und Barrieren bzgl. Inanspruchnahme des Hilfesystems

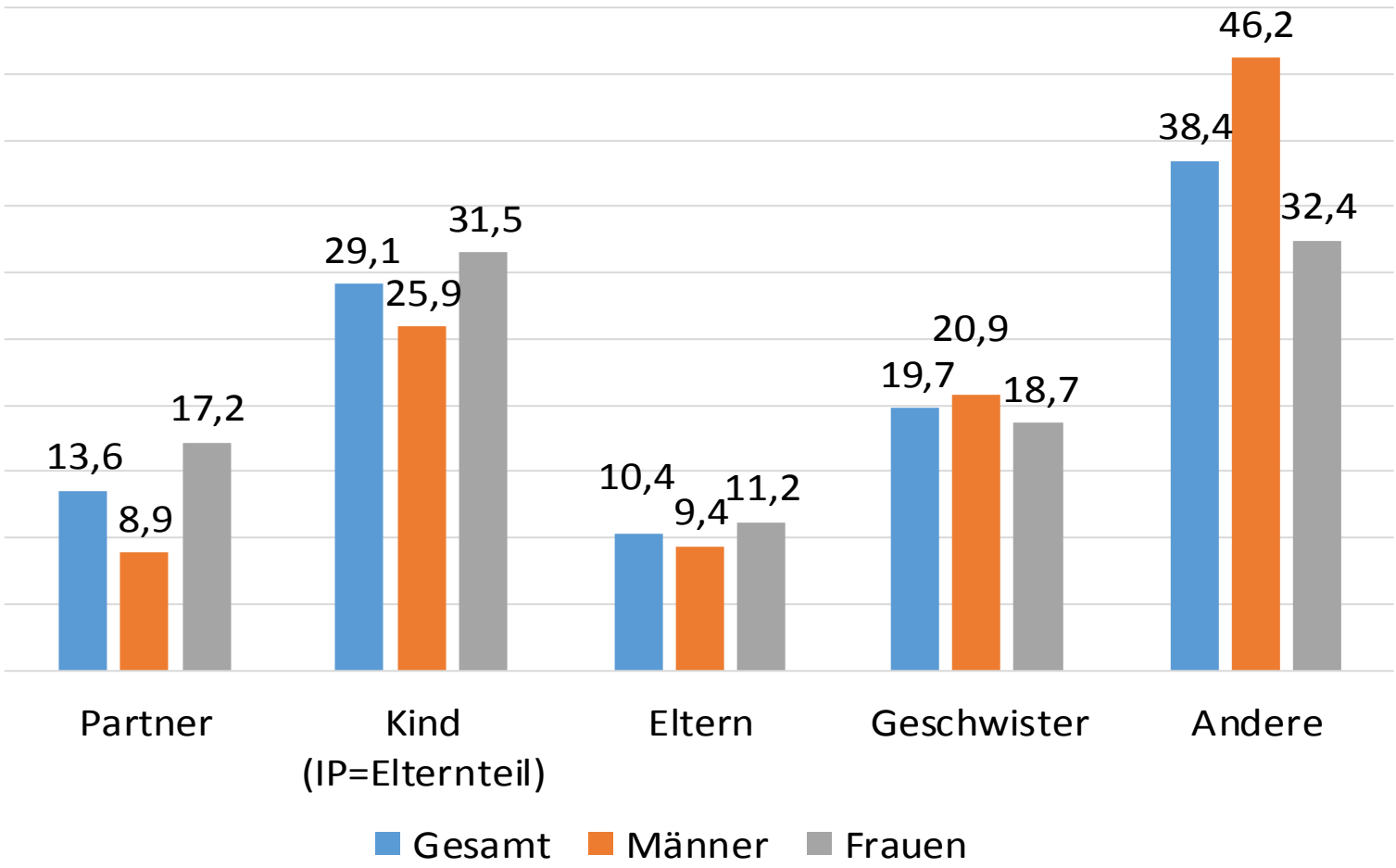
Ziele

- Ableitung eines integrativen Modells zum konzeptionellen Verständnis der Belastungen und Ressourcen
- Impulse für die Verbesserung der Versorgungssituation Angehöriger

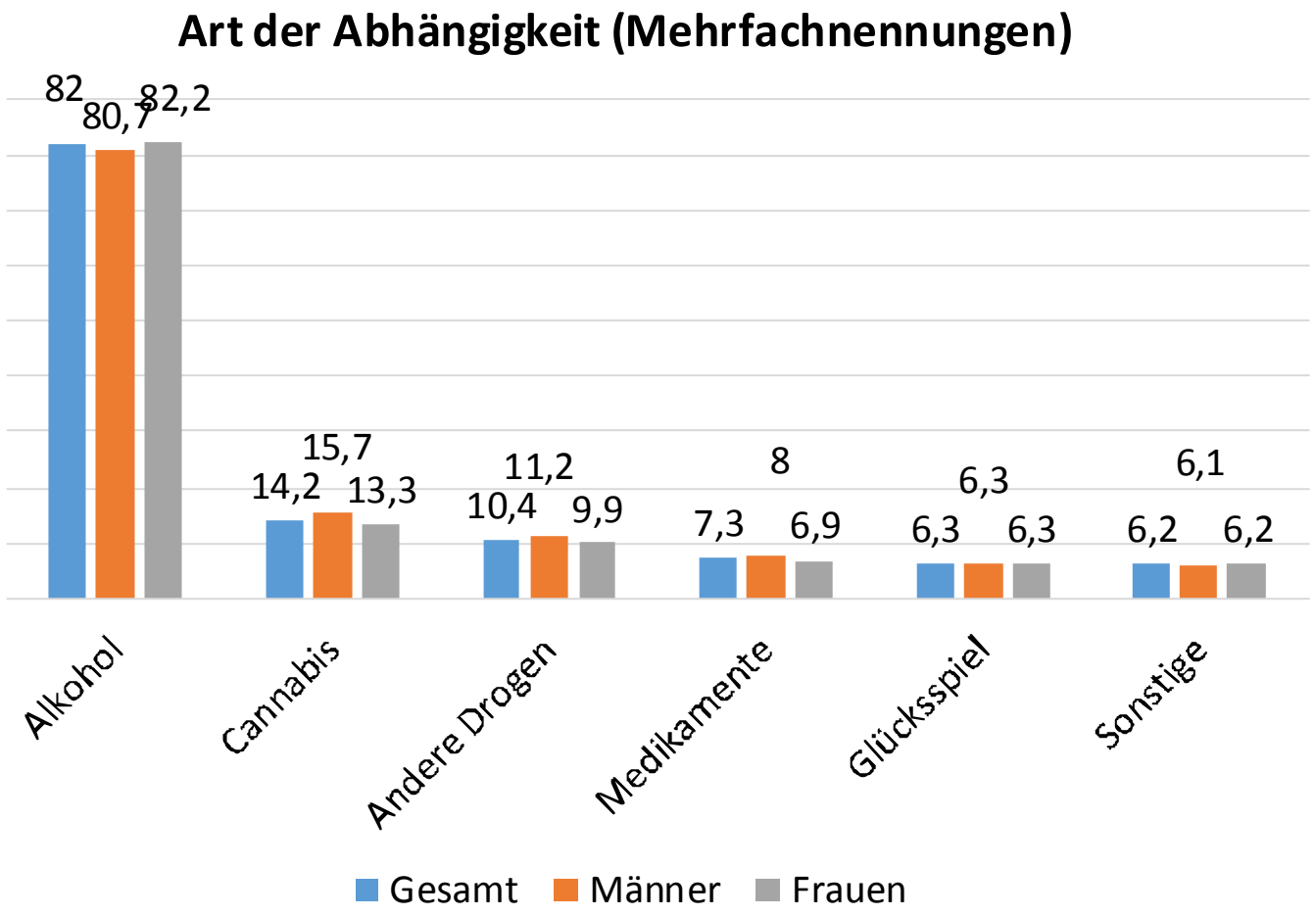
GEDA (N=24.824): Prävalenz Angehörige mit Suchterkrankungen



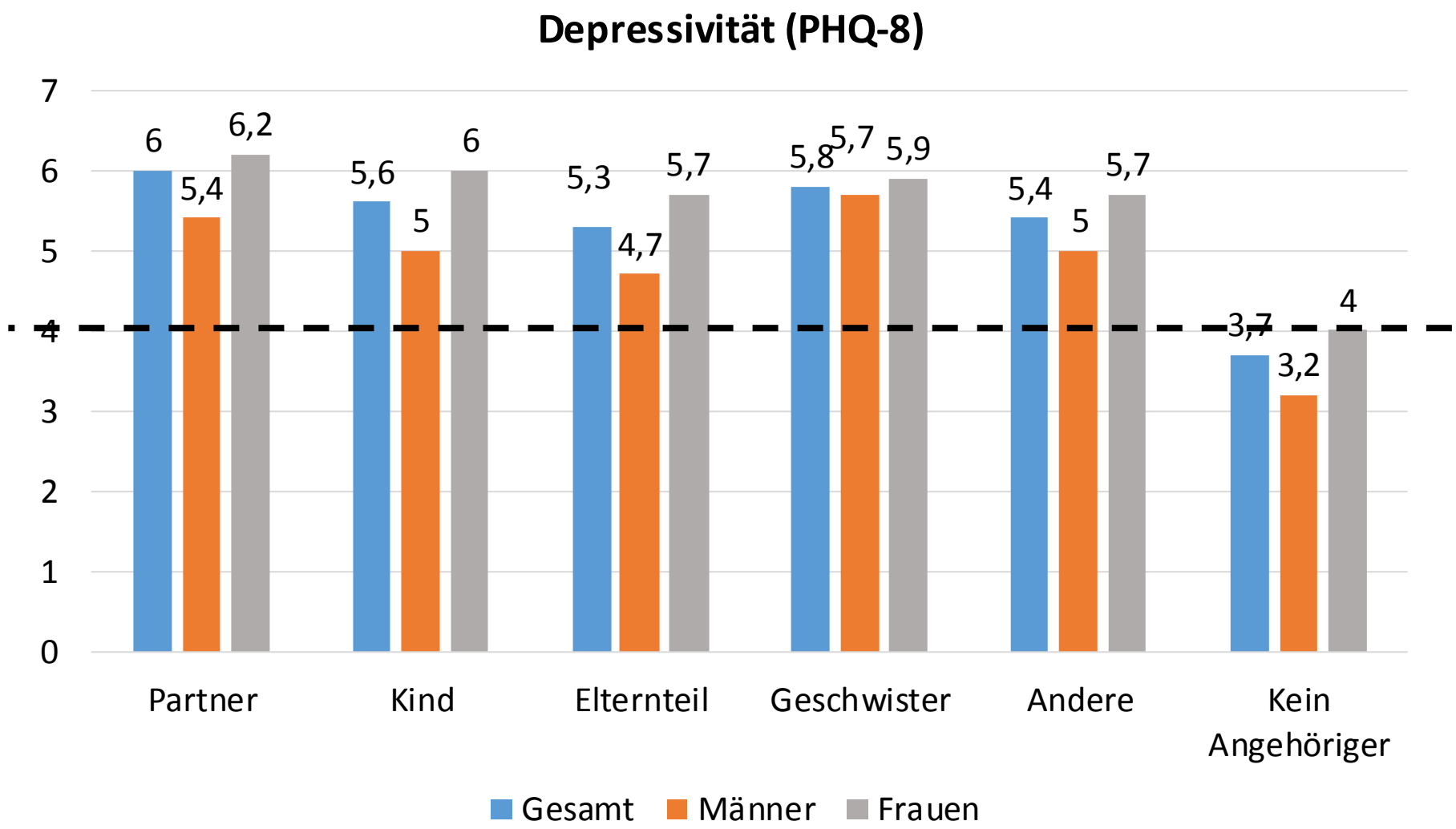
GEDA: Prävalenz Beziehungsarten



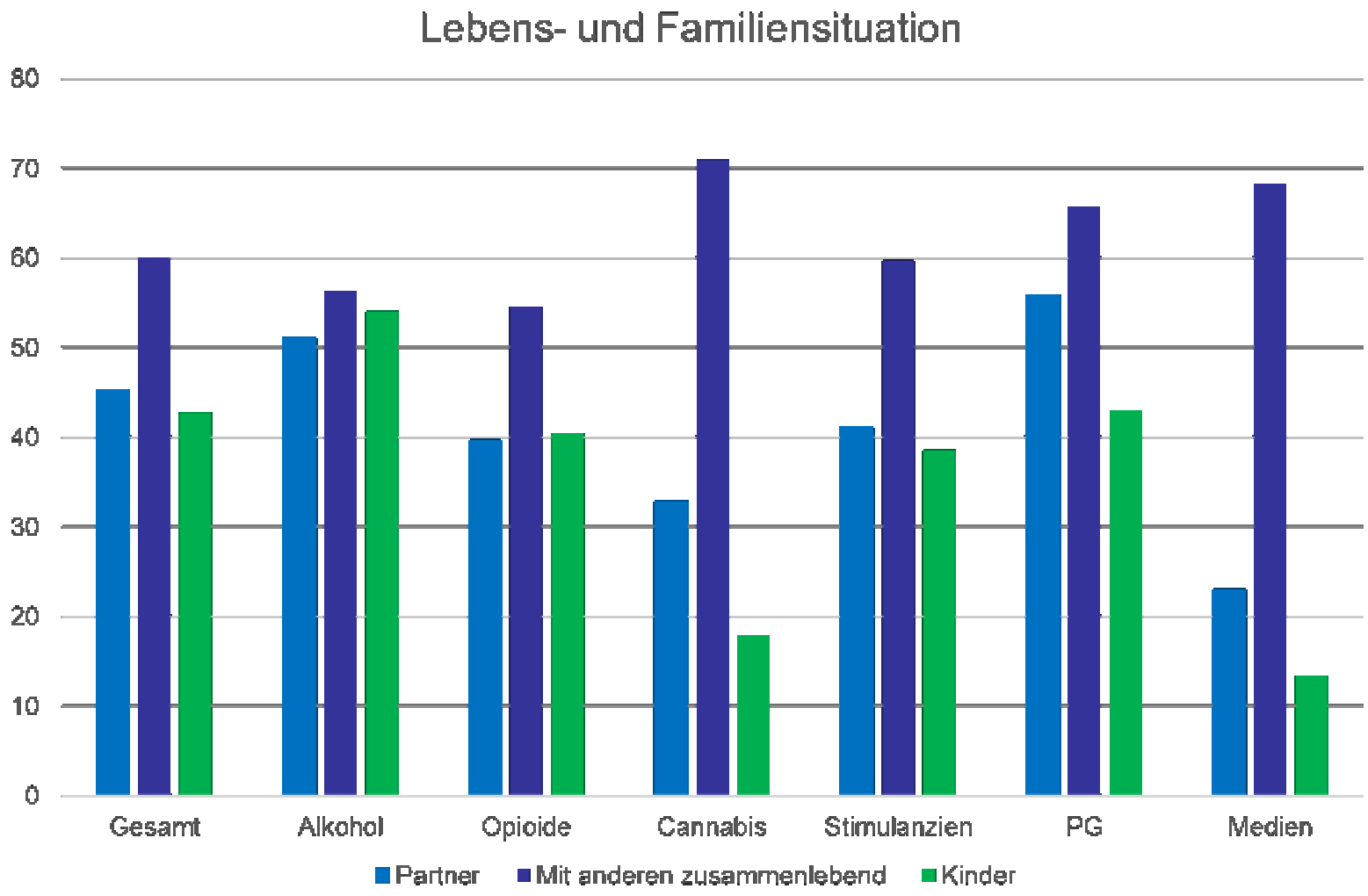
GEDA: Prävalenz Abhängigkeitsformen bei Angehörigen



GEDA: Depressivität Befragungszeitpunkt

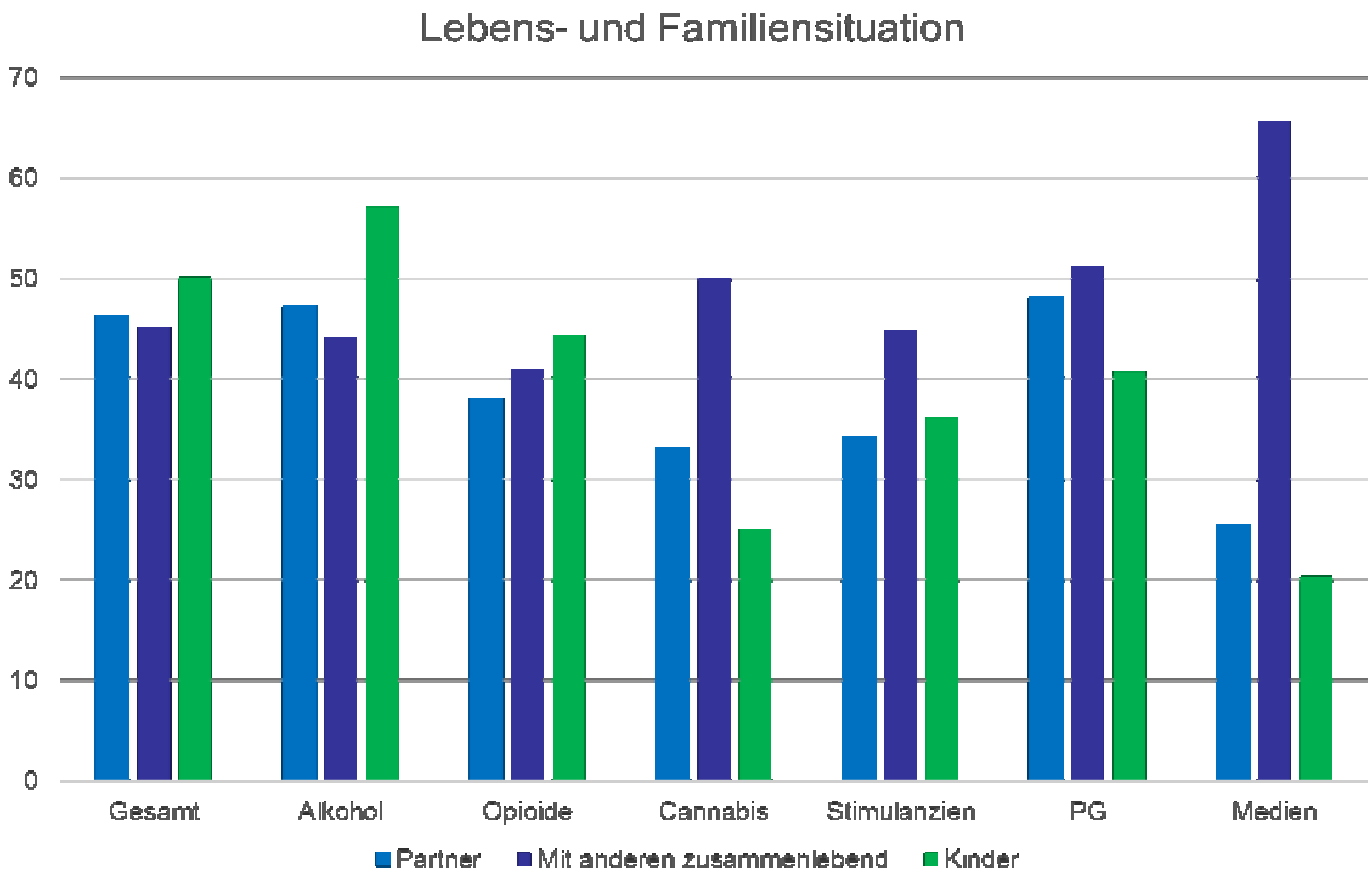


Ambulante Suchthilfestatistik (n=134.848)



- Dauber et al., 2019, Jahrbuch Sucht

Stationäre Suchthilfestatistik (n=28.209)

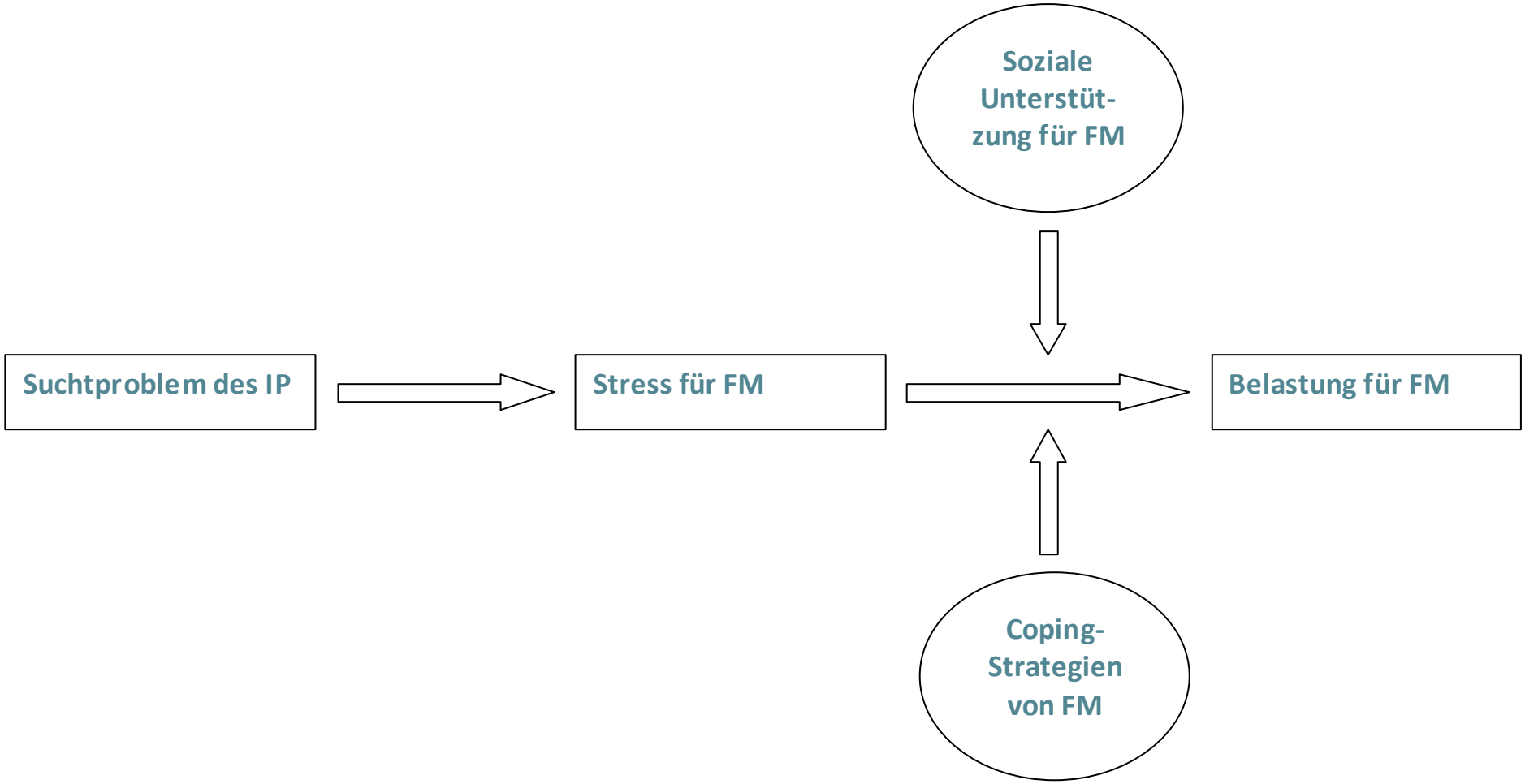


- Dauber et al., 2019, Jahrbuch Sucht

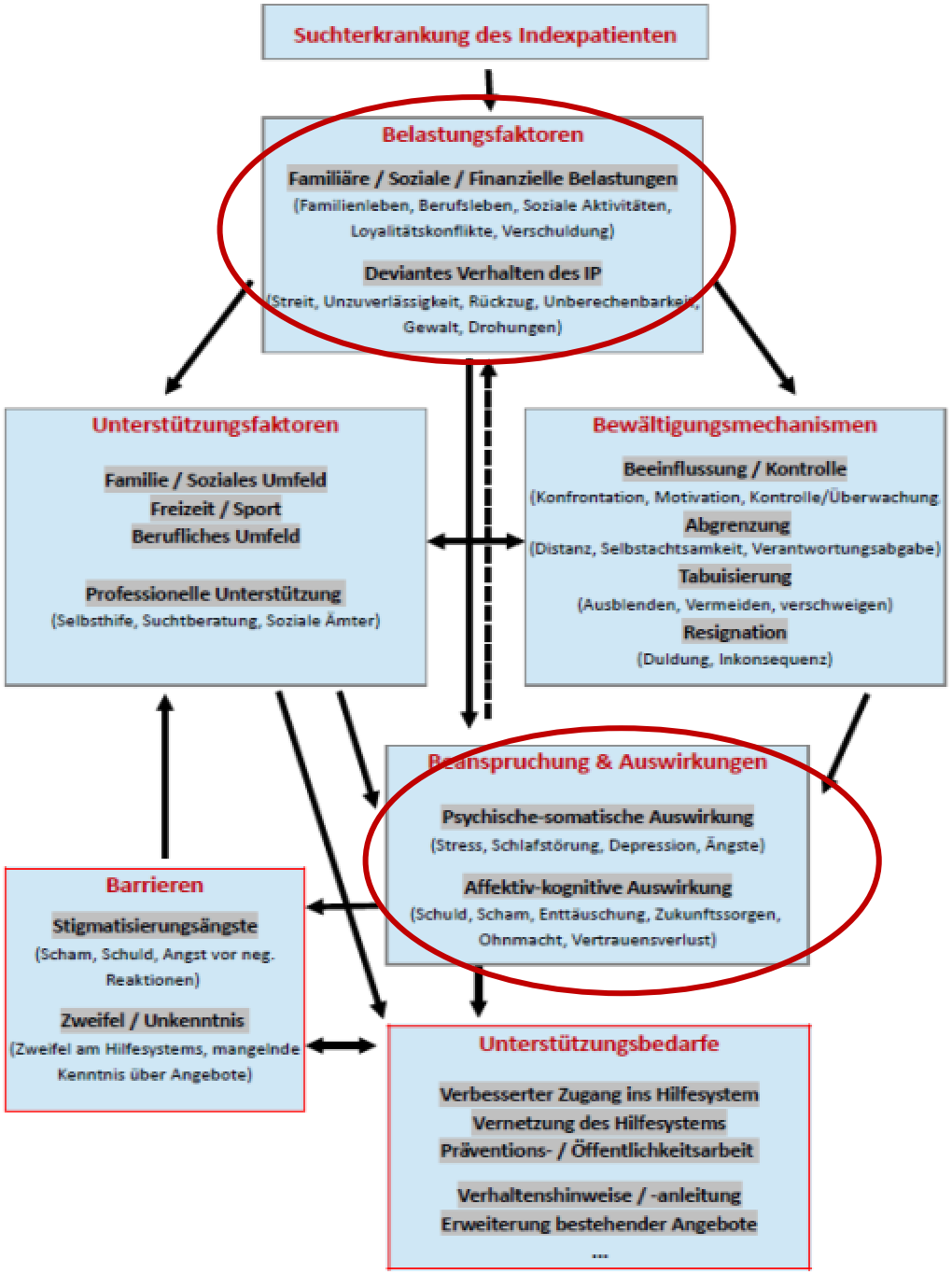
BEPAS: Tiefeninterview

- Leitfadengestütztes halbstrukturiertes Interview (N=100)
- Partner*innen: 34, davon 31 Frauen
- Teilstichprobe Angehörige aus Arztpraxen (N=34)
- Fokus auf Beispiele und wörtliche Zitate
- Dauer inkl. Fragebogen ca. 2h
- Protokollierung und Audio Aufzeichnung
- Erstellung eines Fallberichts innerhalb 24h
- Generierung von 25 Oberkategorien und 178 Unterkategorien

Stress-Strain-Coping-Support-Modell (Orford et al. 2010)



Erweiterung des **Stress-Strain-Coping-Support-Modells** von Orford und Kollegen (2010)



Belastungsfaktoren & Auswirkungen

Belastungsfaktoren

Familiäre / Soziale / Finanzielle Belastungen
(Familienleben, Berufsleben, Soziale Aktivitäten, Loyalitätskonflikte, Verschuldung)

Deviantes Verhalten des IP
(Streit, Unzuverlässigkeit, Rückzug, Unberechenbarkeit, Gewalt, Drohungen)

Beanspruchung & Auswirkungen

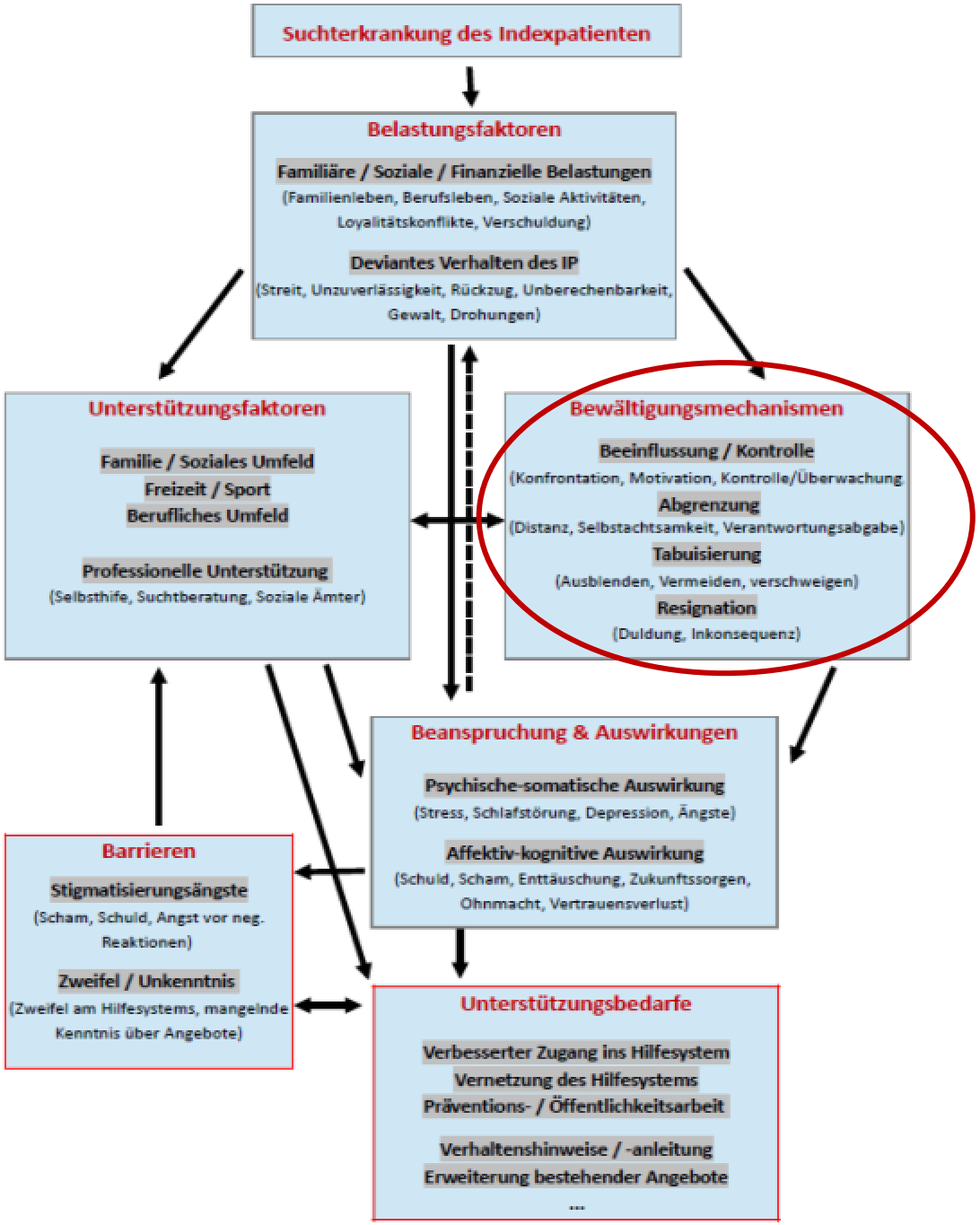
Psychische-somatische Auswirkung
(Stress, Schlafstörung, Depression, Ängste)

Affektiv-kognitive Auswirkung
(Schuld, Scham, Enttäuschung, Zukunftssorgen, Ohnmacht, Vertrauensverlust)

Häufigsten Belastungen & Auswirkungen (Gesamtstichprobe)

Beeinträchtigung des Familienlebens	80%
Streit / Kommunikationsprobleme	79%
Verlust an Vertrauen und Nähe	74%
Sorge um die Gesundheit / das Leben des Suchtkranken	74%
Stress / Überlastung	73%
Schamgefühle / Stigmatisierung	64%

Erweiterung des **Stress-Strain-Coping-Support-Modells** von Orford und Kollegen (2010)



Bewältigungsmechanismen

Bewältigungsmechanismen

Beeinflussung / Kontrolle
(Konfrontation, Motivation, Kontrolle/Überwachung)

Abgrenzung
(Distanz, Selbstachtsamkeit, Verantwortungsabgabe)

Tabuisierung
(Ausblenden, Vermeiden, verschweigen)

Resignation
(Duldung, Inkonsequenz)

Häufigste Umgangsformen (Gesamtstichprobe)	
Konfrontation / Gespräch mit dem Indexpatienten	87%
Kontrolle / Verbot des Suchtverhaltens	60%
Verantwortungsübernahme für den Indexpatienten	49%
Selbstachtsamkeit	48%
Emotionale Distanzierung	47%
Abgabe von Verantwortung	47%

Einfluss der Copingstrategien auf die Belastung

- Typische Muster und Abfolgen der Copingstrategien über die Zeit
- Zu Beginn meist konfrontativ / das Gespräch suchen oder vermeidend / nicht wahrhaben wollend → gefolgt von Kontrollmechanismen → zum Ende meist resignativ oder abgrenzend

Resignation / Erduldung / Aufopferung	→	Extreme Belastungssituation
Tabuisieren / Verschweigen / Ausblenden	→	Starke Belastungssituation
Kontrolle über Sucht und/oder Finanzen gewinnen	→	Moderate / unterschiedlich wahrgenommene Belastung
Abgrenzung / Selbstfürsorge	→	Geringere Belastungssituation

Erweiterung des **Stress-Strain-Coping-Support-Modells** von Orford und Kollegen (2010)

Ressourcen

Unterstützungsfaktoren

Familie / Soziales Umfeld

Freizeit / Sport

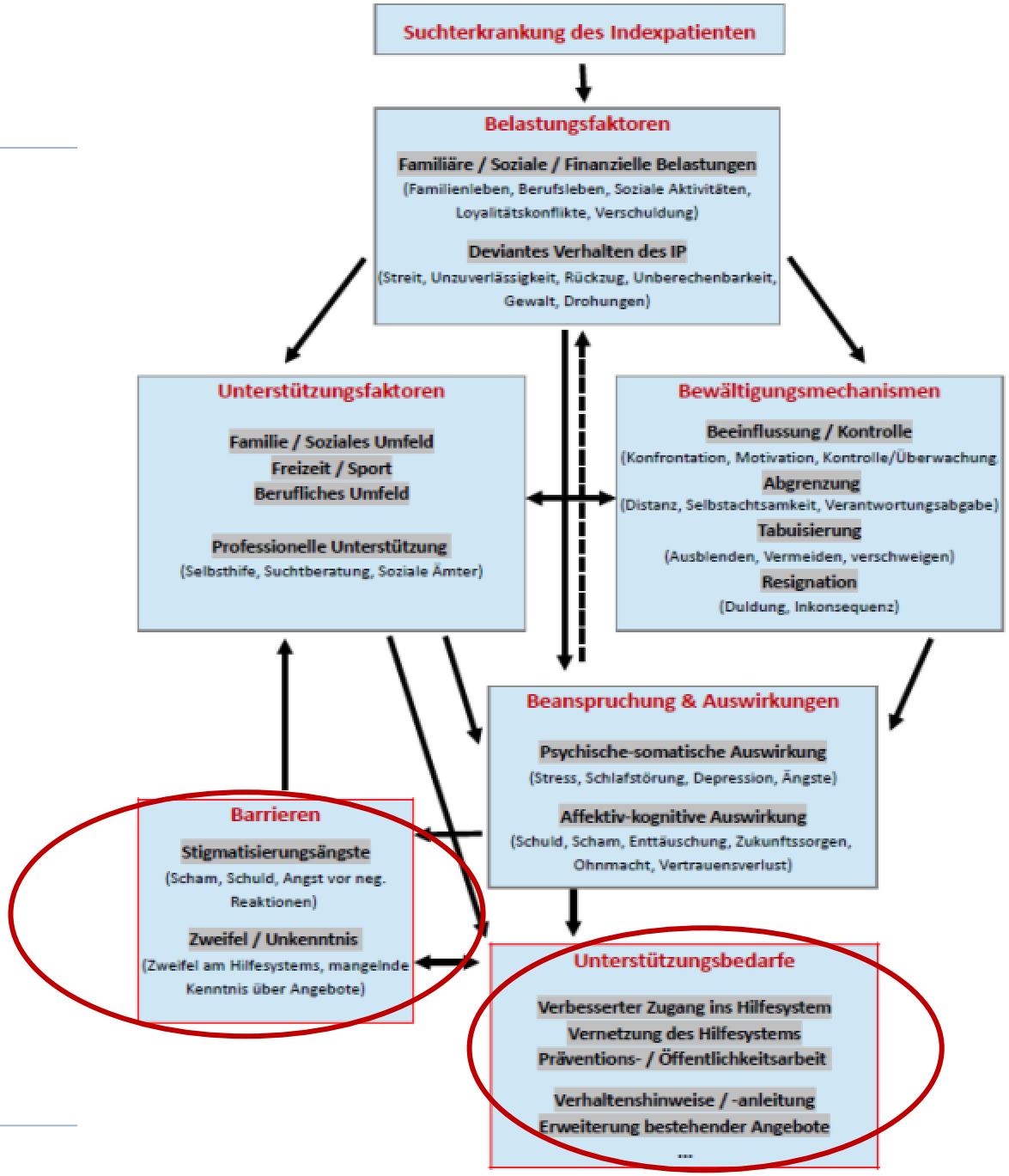
Berufliches Umfeld

Professionelle Unterstützung

(Selbsthife, Suchtberatung, Soziale Ämter)

Häufigste privaten Ressourcen (Gesamtstichprobe)	
Unterstützung durch Familie	60%
Unterstützung durch Freunde / Bekannte	60%
Freizeitaktivitäten	50%
Sport / Bewegung	38%
Gemeinsamer Umgang mit dem IP innerhalb der Familie	34%

Erweiterung des **Stress-Strain-Coping-Support-Modells** von Orford und Kollegen (2010)



Teilstichprobe unbehandelter Angehöriger

- Vergleichsweise distanziertere Beziehungskonstellationen → meist nicht zusammenlebend
- Vor allem Kinder und Geschwister, deutlich weniger Eltern und Partner*innen
- Höherer Anteil Angehöriger von Alkoholabhängigen, geringerer Anteil Cannabisabhängiger und pathologischer Glücksspieler
- Beziehungen wurden als weniger nah und weniger wichtig bewertet
- Umgangsformen: vermehrt Resignation und Akzeptanz der Sucht
- Belastungen bezogen sich häufiger auf zurückliegende Ereignisse

- **Aber auch einige stark belastete unbehandelte Angehörige!**
- → **Welche Barrieren hindern diese Gruppe sich Hilfe zu suchen?**
- → **Worin äußern sich ihre Bedarfe?**

Unbehandelte Angehörige

Mangel an lokalen Angeboten und begrenzte Sprechzeiten	Mangelnde Kenntnis über bestehende Angebote	Stärkerer Präsenz von Angehörigenhilfe	Aufmerksamkeit durch (Haus-) Ärzte und Therapeuten
Zweifel am Suchthilfesystem	**Barrieren** +	**Bedarfe**	Feste / vertraute Ansprechpartner
Angst sich vor Fremden zu offenbaren			Konkrete Verhaltenshinweise / -anleitungen
Angst vor Stigmatisierung und Schuldzuweisung	Das Problem ohne fremde Hilfe bewältigen zu wollen	Veränderte öffentliche und mediale Wahrnehmung	Frühprävention / Implementierung an Schulen

Barrieren + Bedarfe

- „Selbsthilfegruppe - also die Idee hatte ich schon länger, aber eben nicht den Mut, den Weg hierher zu finden. Das hat auch ein paar Jahre irgendwie schon gebraucht. […] Das war schon auch Scham, trotz allem, obwohl zu wissen, dass da auch nur Leute sitzen, denen genau das Gleiche widerfahren ist, aber trotzdem wars Scham und irgendwie Angst.“

(Ehefrau eines Mannes mit Alkoholkonsum, 45 Jahre)

- „Z.B., dass man Verhaltensweisen mitbekommt, wie man sich selbst verhalten soll. Das steht bei mir immer im Vordergrund. `Wie mach ich es richtig? Wie mach ich es falsch? Lass ich ihn fallen?´ Ich kenn solche Sachen als Stammtischgeschwätz `ja, die müssen erst im Dreck liegen und das selber erkennen´. Aber das ist alles Hörensagen, also ich wüsste schon gerne aus berufenem Munde, obwohl ich auch gar nicht weiß, ob das berufene Münder sind oder ob die nur Erfahrungen haben oder ob man da Erfahrungen austauscht. Ich könnte mir vorstellen, dass es einem auf jeden Fall soweit Halt gibt, als dass man feststellt, man ist nicht alleine. […] Ja, dass mir jemand einfach den Weg weist und sagt, entweder es hat keinen Sinn mehr jetzt stillzuhalten, der mir zum Beispiel, wenn es sich jetzt nicht ändert, sagt, du brauchst kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn du einen 70-jährigen auf die Straße setzt“.

(Partnerin eines Mannes mit Alkoholkonsum, 55 Jahre)

Suchtspezifische Aspekte

Pathologisches Glücksspiel:

- Finanzielle Belastung, Verschuldung & Existenzängste
- Vertrauensverlust, Zukunfts- & Rückfallsorgen,
- Finanzkontrolle & Existenzaufbau

Cannabis & andere Drogen:

- Aggressionen, Drohungen & Vandalismus
- Körperliche Gewalt & Delinquenz des IP
- Resignation & Aufopferung

Alkohol:

- Schamgefühle bei Trunkenheit & Vermeidungsverhalten,
- Resignation & Abwarten, Trennung & Unabhängigkeit

Medikamente:

- Vermehrt affektiv-kognitive Belastungen
- Entfremdung vom IP und Sorge um Gesundheit
- Hilflosigkeit & schlechtes Gewissen

BEPAS: Fazit / Diskussion

Screeningdaten:

- Ca. 10% haben einen Angehörigen mit akuter Suchtproblematik

GEDA-Daten:

- Belastungssituation Angehöriger deutlich erhöht

Qualitative Interviews:

Mangelnder Kenntnisstand sowie Scham & Stigma als Barriere	→	**Aufklärung & Entstigmatisierung erforderlich**
Belastung, Umgang und Bedarfe sind abhängig von Geschlecht, Beziehung und Suchtform	→	**Differenzierte Hilfsangebote erforderlich**

Interventionen für Angehörige - Was wirkt?

- Derzeitiger **Forschungsstand** zur **Evidenz** angehörigen-/paarbasierter **Interventionen** bei Suchterkrankungen **unübersichtlich**

- Studie**: Evidenz und Implementierung Familienbasierter Intervention bei Abhängigkeitserkrankungen** (EVIFA; 01.11.2018 – 30.04.2020)

  - **systematische Literaturrecherche** zum internationalen Forschungsstand zu Behandlungsangeboten für Angehörige von Suchtkranken
  - Beurteilung der **wissenschaftlichen Qualität** und **empirischen Wirksamkeit**
  - **Bestandsaufnahme**
    - Implementierung in Deutschland
    - International durch Experten- und Versorgerinterviews
    - Befragung von Vertreter*innen der Versorgungsträger

Ziel: Impulse für **Verbesserung der Versorgungssituation** geben

Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

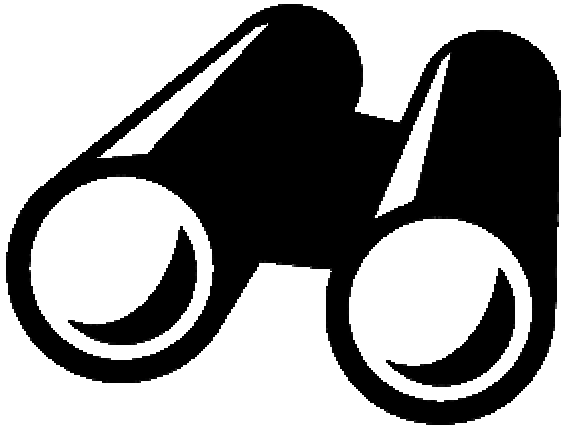
Methode | Auswahlkriterien

PICO-Schema als ein Teil der Auswahlkriterien	
Population:	Angehörige/Peers suchtkranker Menschen
Intervention:	Anwendung einer Intervention mit Einbezug/exklusiv für Angehörige suchkranker Menschen (= keine Präventionsstudien für Gefährdete)
Comparison: **(Studiendesign)**	Mindestens Prätest-Posttest-Design mit Experimentalgruppe
Outcomes:	Objektiv erhobenes Maß für entweder IP[1] oder AngehörigeN, das auf Wirksamkeit der Intervention hinweisen kann
+ Originalpublikation in deutscher oder englischer Sprache	

[1]IP = Indexpatient*in; hier: Abhängigkeitserkrankte*r

Methode: Bewertung der Studiengüte

- Randomisierung
- Kontrollgruppe
- F-U-Zeitraum mindestens 3 Monate
- Angabe von Dropouts
- Verblindung bei Outcome-Erhebung
- Intent-to-treat Analyse
- Outome-Maße für:
  - Angehörige
  - Dyadische Maße
  - IP



Methode | Literaturrecherche PUBMED (2.1.2019) und WoS (10.7.2019)

((((((((((family[MeSH Terms]) OR "Caregivers"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh]) OR ("Child of Impaired Parents"[Mesh]))))) OR CSO[Text Word]) OR Concerned significant other[Text

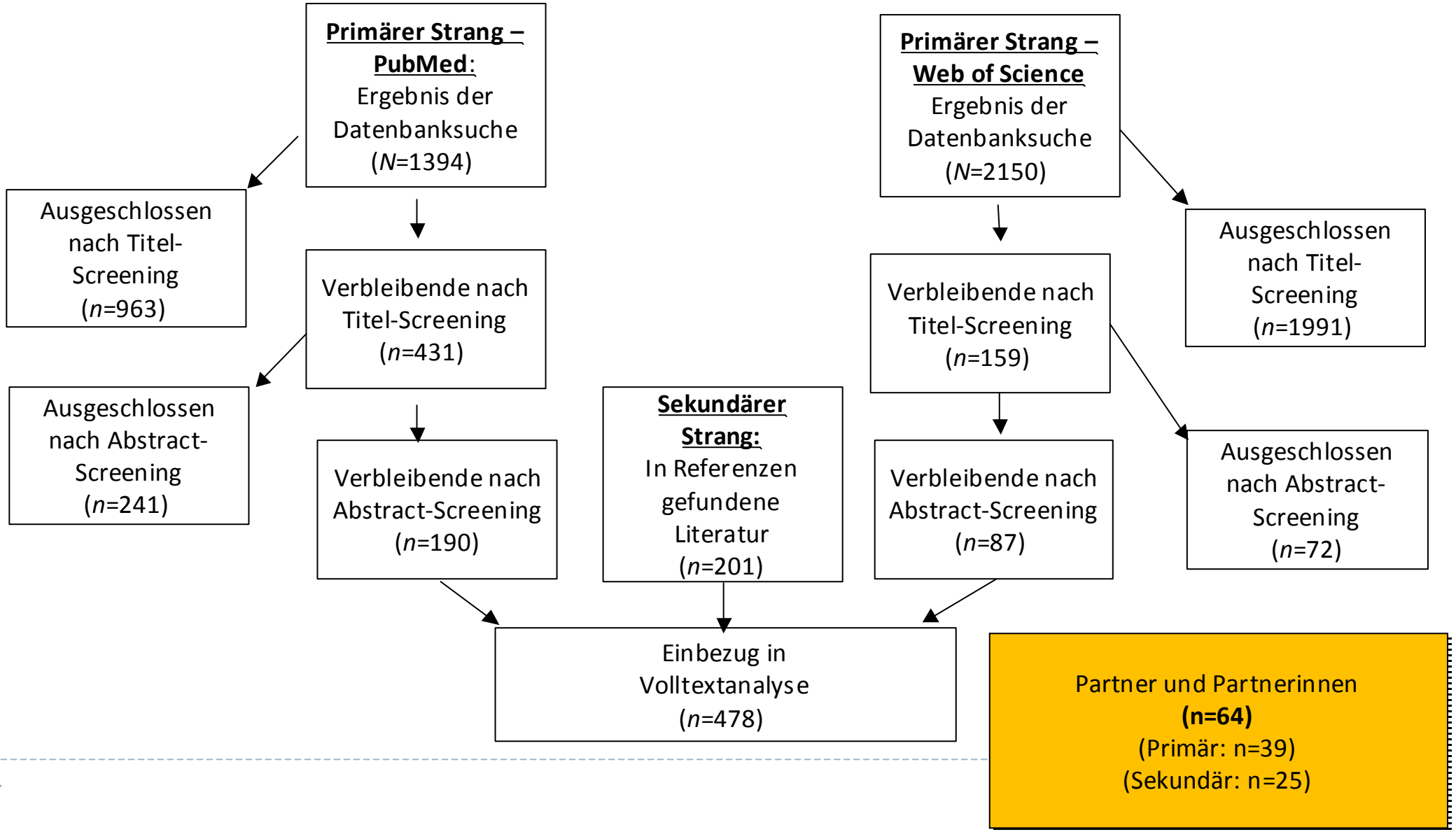
AND

(((((("Therapeutics/methods"[Mesh] OR "Therapeutics/prevention and control"[Mesh] OR "Therapeutics/psychology"[Mesh] R "Therapeutics/therapy"[Mesh]))) OR "Family Therapy"[Mesh])) OR (("Behavior Therapy/methods"[Mesh]) OR "Couples Therapy/methods"[Mesh] OR "Counseling/methods"[Mesh]) OR (("Family Therapy/education"[Mesh] OR "Family Therapy/methods"[Mesh]))) OR "Treatment Outcome"[Mesh]))))))

AND

(((("Alcoholism/therapy"[Mesh]) OR (("Substance-Related Disorders/education"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/methods"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/psychology"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/therapy"[Mesh] OR ("Dependency (Psychology)"[Mesh]) OR (("Behavior, Addictive"[Mesh]) OR ("Behavior, Addictive/psychology"[Mesh] OR "Behavior, Addictive/therapy"[Mesh]))))))))

Methode | Flowchart Studienselektion



Ergebnisse | Beispiel der inhaltlichen Analyse

Tabelle 5. Detaillierte Analyse der inkludierten Studien zu Interventionen mit Einbezug von Angehörigen in bestehende Behandlung der IP.

Interven-tion	Studie, Jahr & Land	Studiendesign	Stichprobe und Störungsbild	Kernbefunde	Qualitätskriterien
Behavioral Couples Therapy (BCT/ BMT/ Learning Sobriety Together)	*The Development of an Internet-Based Treatment for Problem Gamblers and Concerned Significant Others: A Pilot Randomized Controlled Trial* Nilsson, Magnusson, Carlbring, Andersson & Gumpert, 2018. Schweden	- Pilot-RCT mit Randomisierung in zwei Gruppen: Individuelle CBT vs. BCT für Spielsucht - Wöchentlich ein Online-Selbsthilfe-Modul über 10 Wochen; begleitet von Therapeut*innen - Prä-Post-Analysen und FU nach 3 und 6 Monaten	- 18 Paare, bei denen eine Partner*in spielsüchtig ist (16 Männer IP) - Rekrutiert via Überweisungen von eingeweihten Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems und der nationalen Spielsuchthilfe	- Unter den Spieler*innen verbesserten sich beide Gruppen hinsichtlich Ängstlichkeit und Depression signifikant - Bei den Partner*innen in der BCT-Gruppe waren Ängstlichkeit und Depression nach Behandlung und FU signifikant geringer ausgeprägt als bei der individuellen Behandlung	☒ Randomisierung ☒ Angabe von Dropouts ☐ Verblindete Outcome-Erhebung ☐ Intention to treat ☒ indiv. CSO-Maß ☐ Dyadisches Maß ☒ Indiv. IP-Maß
	Behavioral Couples Therapy for Smoking Cessation: A pilot randomized clinical trial. La Chance, Cioe, Tookley, Colby, O'Farrell & Kahler, 2015. USA	- Pilot-RCT von adaptierter BCT-Intervention (BCT-S) - Vergleich mit individueller Behandlung zur Rauchentwöhnung - Prä-Post und FU nach 3 und 6 Monaten	- *N*=49 überwiegend weiße (88%), männliche (67%) Raucher und ihre nicht-rauchenden Partner*innen - Rekrutiert durch Zeitungs- und Fernsehwerbung	- BCT-S konnte erfolgreich implementiert werden - Keine signifikanten Unterschiede zwischen BCT-S und individueller Behandlung - Insgesamt hohe Rate an Rauchentwöhnungen bei beiden Bedingungen und nach 6Mo. (45-55%)	☒ Randomisierung ☐ Angabe von Dropouts ☐ Verblindete Outcome-Erhebung ☐ Intention to treat ☐ indiv. CSO-Maß ☒ Dyadisches Maß ☒ Indiv. IP-Maß
	A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. Schumm, O'Farrell, Kahler, Murphy & Muchowski, 2014. USA	- RCT mit Randomisierung in zwei Gruppen: BCT vs. individuelles Treatment in je 26 Sitzungen - IV-Gruppe erhielt BCT & individuelle Sitzungen, Kontrollgruppe ausschließlich individuelle Sitzungen - Prä-Post und FU nach 3, 6, 9 & 12 Monaten	- *N*=105 weibliche Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit und ihre nicht abhängigen Partner - Rekrutiert in einem großen Substanzmissbrauchs-Behandlungszentrum	- BCT überlegen im Hinblick auf Abstinenz und alkoholbezogene Probleme - Sign. höhere Beziehungszufriedenheit bei Patientinnen und bei CSO's, insbesondere bei Unzufriedenheit zur Baseline - Klare Empfehlung von BCT als erste Wahl der Therapie für Alkoholikerinnen in Partnerschaften	☒ Randomisierung ☒ Angabe von Dropouts ☐ Verblindete Outcome-Erhebung ☒ Intention to treat ☒ indiv. CSO-Maß ☒ Dyadisches Maß ☒ Indiv. IP-Maß

Interventionstypen (nach Orford et al. 2005)

Typ A { Familienbasierte Interventionen für den IP

Typ B { Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des IP

Typ C { Eigenständige Interventionen speziell für Angehörige

Typ A { Familienbasierte Interventionen für den IP

Zielt ab auf:

- Förderung der Inanspruchnahme von Behandlung durch den IP
- Unterstützung der Abstinenz nach Behandlung
- Es liegen verschiedene methodisch hochwertige Studien meist aus den USA vor
- Bezüglich der Outcomes dominieren IP-Maße
- Bestuntersuchtes Verfahren: CRAFT
- Diverse Einzelverfahren

Typ A { Familienbasierte Interventionen für den IP

Community Reinforcement and Family Training CRAFT

- Einzelbehandlung für Angehörige nicht behandlungsbereiter Suchtkranker
- Verhaltenstherapeutisch
- Ziel: Förderung eigenes Wohlbefinden, Motivierung des Suchtkranken zur Inanspruchnahme von Behandlung
- I.d.R. 12 wöchentliche Sitzungen
- Methoden:
  - Motivierung Angehörige
  - Gewaltprophylaxe
  - Verbesserung eigene Lebensqualität
  - Kontingenzmanagement
    - Zulassen negativer Konsequenzen
    - Verstärken abstinenten/funktionalen Verhaltens
  - Kommunikationstraining
  - Förderung der Inanspruchnahme
- Evaluiert für Alkohol/Drogen/Glücksspiel, auch in Gruppenformat anwendbar (z.B. Vista Berlin)

Typ B { Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des IP

- Paartherapie und Familientherapie
- Schwerpunkt Paartherapie bei Alkohol, Familientherapie(n) bei illegalen Substanzen
- Fokus auf:
- Festigung der Behandlungscompliance und Abstinenzsicherung
- Verbesserung der Interaktion
- Schwerpunktbereich der Studien zu angehörigenbasierten Informationen
- Methodisch hochwertigste Studien (RCTs)
- Bezüglich der outcomes dominieren IP-Maße
- Bereits in S-3 Leitlinien Alkoholbezogene Störungen inkludiert (AWMF, 2016)
- Bestuntersuchtes Verfahren: Behavior Couple´s Therapy BCT

Typ B { Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des IP

Behavior Couples Therapy BCT for alcoholism and drug abuse

- Einbeziehung des/der Partner*in
- Ziel: Für Abstinenzerreichung und Aufrechterhaltung relevante Faktoren verstärken
- I.d.R. 12-20 Paargespräche über 3-6 Monate
- Methoden:
- Keine Trennungsandrohungen, Fokus auf Gegenwart, Hausaufgabenvereinbarungen
- Abstinenzvertrag
- Verhaltenstherapie zur Förderung positiver Reziprozität
- „Den Partner erwischen, wie er mir etwas Gutes tut“
- Planung gemeinsamer positiver Aktivitäten
- Kommunikationstraining
- Ggf. partnerschaftliches Monitoring von Disulfiram©-Einnahme
- Rückfallprophylaxe
- Primär in den USA eingesetzt

Typ C { Eigenständige Interventionen speziell für Angehörige

Strategien zur Entlastung Angehöriger

- Fokus auf:
  - Abgrenzung
  - Klärungsprozesse
  - Selbstfürsorge
- Resilienzförderung
- Wenige Studien, methodische Qualität heterogen
- Bezüglich der Outcomes dominieren Angehörigenmaße
- Auffallend viele Studien identifiziert durch sekundären Strang

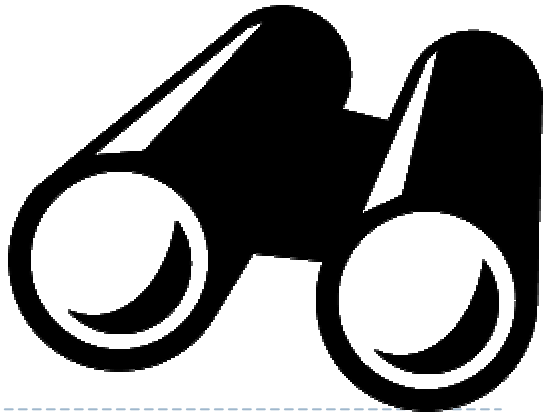
Typ C { Eigenständige Interventionen speziell für Angehörige

5-Step-Methode

- Wendet sich an erwachsene Angehörigen
- Einzelarbeit mit Angehörigen, Einbeziehung Suchtkranke weder vorgesehen noch erwünscht
- Ziel: Entlastung und Klärung (Modellannahme: Coping-Dilemmata)
- Kurzintervention mit 5 Sitzungen
- Methoden:
  - Nicht-bewertendes Zuhören
  - Psychoedukation zu Abhängigkeit
  - Evaluation bisheriger Coping-Ansätze
  - Prüfung sozialer Unterstützung
  - Optionen weitergehender Hilfen
- Primär in UK eingesetzt

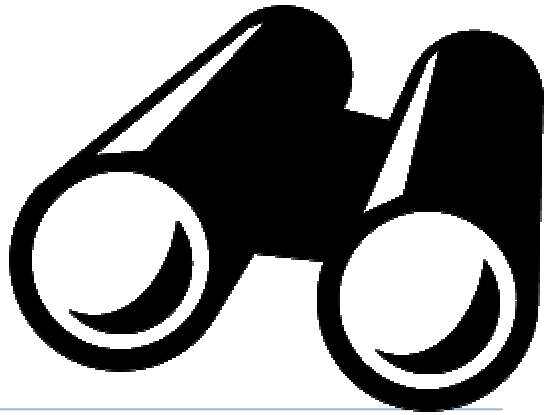
Diskussion | Erkenntnisgewinn und Ausblick

- **Angehörige zunehmend im Fokus** der Suchtforschung
  - eigenständige Belastungen & eingebunden in Suchtbehandlung der IP
- **Angehörigenbasierte Intervention zeigen Effekte:**
  - **Günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes des IP**
  - **Günstige Beeinflussung der Beziehungsqualität CSO-IP**
  - **Günstige Beeinflussung psychische Gesundheit CSO**
- **Hohe Anzahl angehörigenbasierter Interventionen**
  - **methodische Güte** lässt Beurteilung der Wirksamkeit zu
- **Hohes Evidenzlevel (LoE1a) für:**
  - **CRAFT**
  - **BCT**



Nächste Schritte: Erhebung Implementierungsstand International

- Expertenbefragungen in mindestens 10 Ländern über AFINet
- Erarbeitung eines Befragungsschemas, welches unterschiedlichen Behandlungssystemen gerecht wird
- Zielgrößen:
  - Angebotene Programme inkl. konzeptueller Grundlage
  - Anbietende Versorgungsstruktur
  - Begrenzung auf bestimmte Abhängigkeitsformen
  - Anzahl jährlich erreichter Angehöriger
  - Refinanzierung



Schlussfolgerungen für die Suchthilfe

Wie kann man Partner*innen dort abholen, wo sie sind?
Was sind Bedarfsorientierte Angebote?

Angebote besser kommunizieren

- Entstigmatisierung (z.B. Verzicht auf Co-Abhängigkeitsterminologie)
- Evidenzbasierte Ansätze: BCT, CRAFT, 5-Step-Method
  - Entlasten: nicht-bewertend, empathisches Zuhören
  - Zielklärung (Zieloffen!)
  - Erfordern therapeutische Kompetenzen
  - Finanzierung muss gesichert werden

Strategien vermitteln:

- zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität
- Zur Veränderung der familiären Situation
- Prinzip: Abgrenzung bei Konsum, Unterstützung bei Veränderung („Attack the drink, not the drinker“)

Danke für‘s Zuhören!

Bei Fragen, Anmerkungen, etc.: anja.bischof@uksh.de

Zum Weiterlesen: Abschlussbericht BEPAS
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages