

Angehörigenarbeit bei Suchterkrankungen

Dr. Gallus Bischof

ZIP – Zentrum für Integrative Psychiatrie

Arbeitsgruppe S:TEP

(Substanzbezogene und verwandte Störungen: Therapie,
Epidemiologie, Prävention)



Im Focus das Leben
Universität zu Lübeck

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Interessenkonflikte



Forschungsförderung BMBF/BMG (über Uni Lübeck)

Vorsitzender dg sps e.V., AFINet

Honorare für Vorträge und Workshops zu CRAFT

Psychologischer Psychotherapeut, VT

Aufbau

- Hintergrund
- Verbreitung des Problems
- Belastungsfaktoren
- Bedarfe und Barrieren von Hilfen
- Evidenzbasierte Behandlungsansätze
- Schlussfolgerungen

Historischer Hintergrund

- Abstinenzverbände 19./20. Jahrhundert
 - Angehörige als Opfer der Substanz
 - Starke Beteiligung von (z.T. mitbetroffenen) Frauen
 - Sozialreformerische Ansätze => Prohibition
- Forschung und Versorgung:
 - Zunächst wenig Auseinandersetzung mit dem Thema
 - Seit den 50er/60er Jahren empirisch Fokussierung auf externe Dritte (FAS, Gewalt, DUI) und/oder Kindern
 - In Versorgung zunächst erwachsene Angehörige unter Problemperspektive wahrgenommen („**Co-Abhängigkeit**“)

Auswirkungen auf Kinder

Konsistenter und stärkster Prädiktor für problematischen Alkohol- und z.T. Drogenkonsum im Jugend- und Erwachsenenalter (z.B. Bittjebier et al., 2006)

Prädiktor für psychische Probleme, insbes. Affektive + Angststörungen & Persönlichkeitsstörungen (z.B. Velleman et al., 1992)

Bedeutsamer Einfluss weiterer Faktoren wie z.B. kindliche Resilienz, Schwere der elterlichen Suchterkrankung, Exposition, und Familienklima.

Verbesserung des psychosozialen Niveaus von Kindern bei erfolgreicher Behandlung von alkoholabhängigen Müttern (Killeen & Brady, 2000)

Veränderung Gesundheitskosten Angehörige nach Behandlung des Suchtkranken

Health Care Delivery System Kaiser Permanente of Northern California (KPNC)

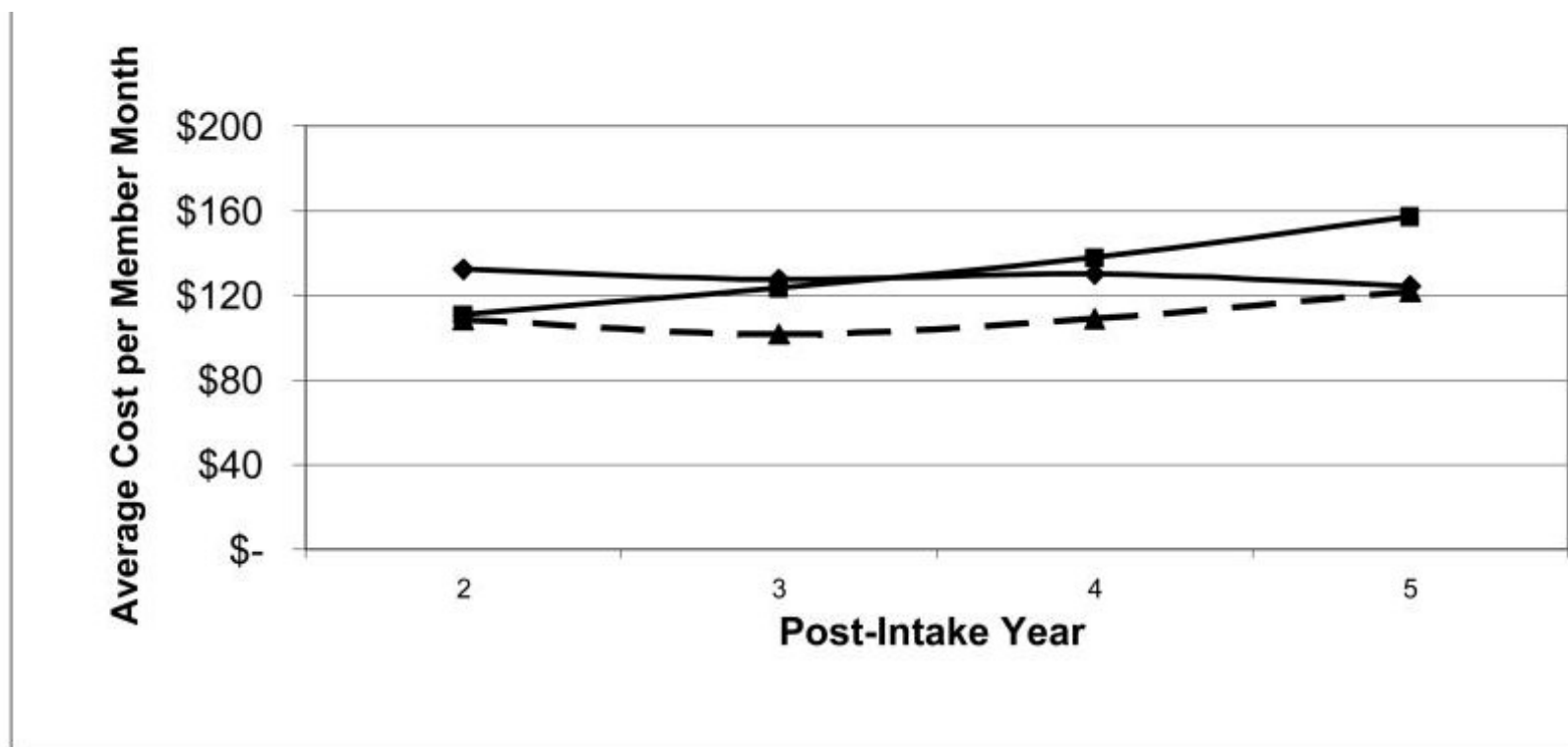
Vergleich Gesundheitskosten Angehörige von Menschen mit (N=1983)/ohne (N=7336) AOD 1 Jahr prä + 4 Jahre post-AOD-Behandlung

Erfassung Status AOD-Person 1 Jahr nach Behandlung: abstinent/nicht-abstinent (ASI)

AOD: 41% Alkoholabhängig, 29% Drogenabh., 18% beides, 12% Missbrauch.

Kontrolle auf Kosten Prä-Behandlung, Alter, Geschlecht + Familiengröße

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

Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen auf nahestehende Erwachsene

Ursprünglich dominiert von Familien-Pathologiemodellen oder Vorstellungen eigenständiger Pathologie („Co-Abhängigkeit“)

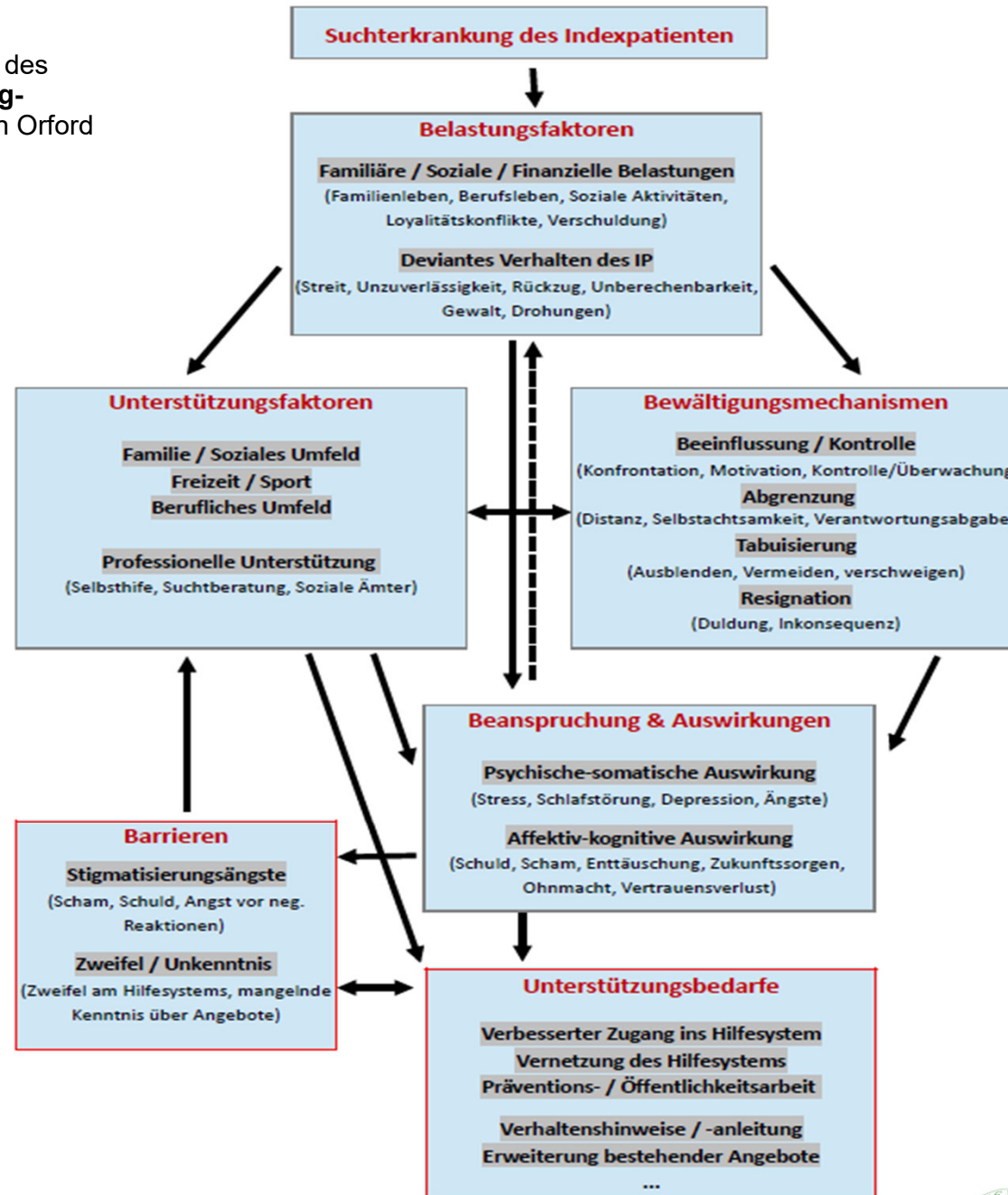
Seit den 70er Jahren Zunahme an meist qualitativen Studien zur Identifikation spezifischer Belastungsfaktoren

Längsschnittliche Studien weisen auf unmittelbare Belastungsreaktionen hin

Seit den frühen 2000ern Zunahme an Forschung zu den Auswirkungen substanzbezogener Probleme auf Dritte

Entwicklung Stress-Strain-Coping-Support-Modell

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



Bewältigungsdilemmata

Jedes Verhalten von Angehörigen kann Nebenwirkungen haben (mit denen die Angehörigen umgehen müssen)

z.B. IP nicht mehr vor den Konsequenzen des eigenen Verhaltens schützen

- **kann Suchtverhalten eskalieren lassen**
- **kann Suchtverhalten unattraktiver machen**

Entscheidend sind die konkreten Effekte, die individuell variieren

Coping-Strategien

Engagiertes Coping: Einfluss auf Konsum nehmen
(Konfrontativ, Kommunikativ...) => **Belastung
abhängig von wahrgenommener Wirksamkeit**

Distanzierendes Coping: Abgrenzen => **geringste
Belastung**

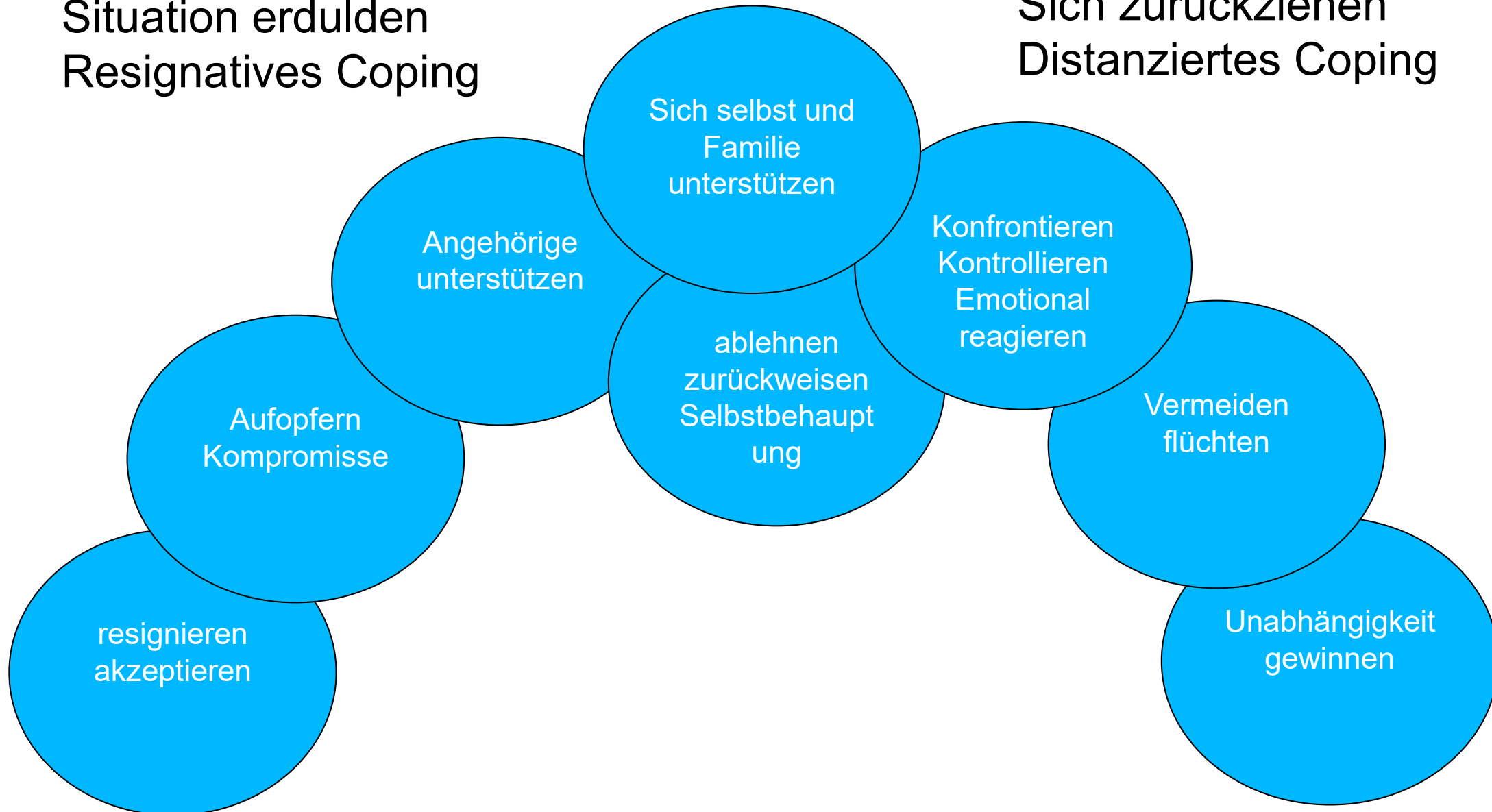
Passiv-resignatives Coping: Bedürfnisse des
Angehörigen über eigene stellen, Mitkonsumieren,
Passivität => **Höchste Belastung**

Copingmechanismen (nach Orford et al. 2010)

Standhaft bleiben
Engagiertes Coping

Situation erdulden
Resignatives Coping

Sich zurückziehen
Distanziertes Coping



	Engagiertes Coping	Resignatives Coping	Distanzierendes Coping
Beschreibung	Aktive Ausein- setzung mit IP, um eine Änderung zu bewirken oder Schaden abzuwenden	Manchmal Auseinander- setzungen mit IP, manchmal Passivität. Versuch, Schaden von IP abzuwenden	Abstand herstellen, manchmal aus Ungewissheit, manchmal mit dem Wunsch etwas für sich zu tun
Gedanken	„Ich sollte ihn/sie ändern können“	„Andere verstehen ihn/sie nicht“	„Je weniger wir miteinander zu tun haben, desto besser“
Gefühle	Wütend, Verantwortlich, Verletzt	Machtlos, schuldig	Eigenständigkeit oder Verletzttheit
Handlungen (Bsp.)	Kontrollversuche	Geld geben	Dem anderen aus dem Weg gehen
Mögliche Vorteile	Kann Veränderungen bewirken	Konfliktvermeidung	Schutz vor Überinvolviertheit
Mögliche Nachteile	Kann überfordern	Angehörige fühlen sich ausgenutzt	Schuldgefühle

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

Unterstützungsbedarfe und Barrieren bzgl. Inanspruchnahme des Hilfesystems

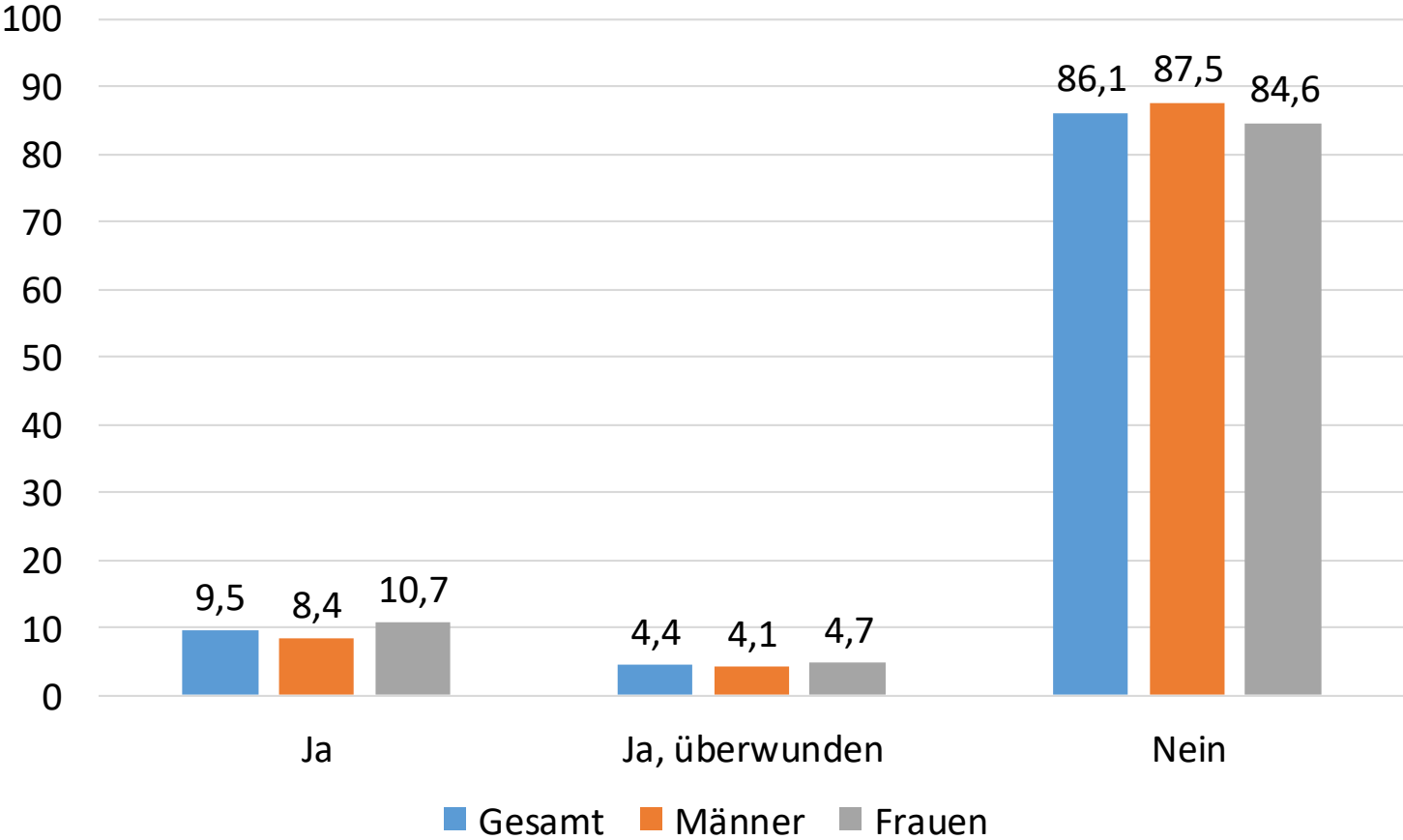
Ziele

Ableitung eines integrativen Modells zum konzeptionellen Verständnis der Belastungen und Ressourcen

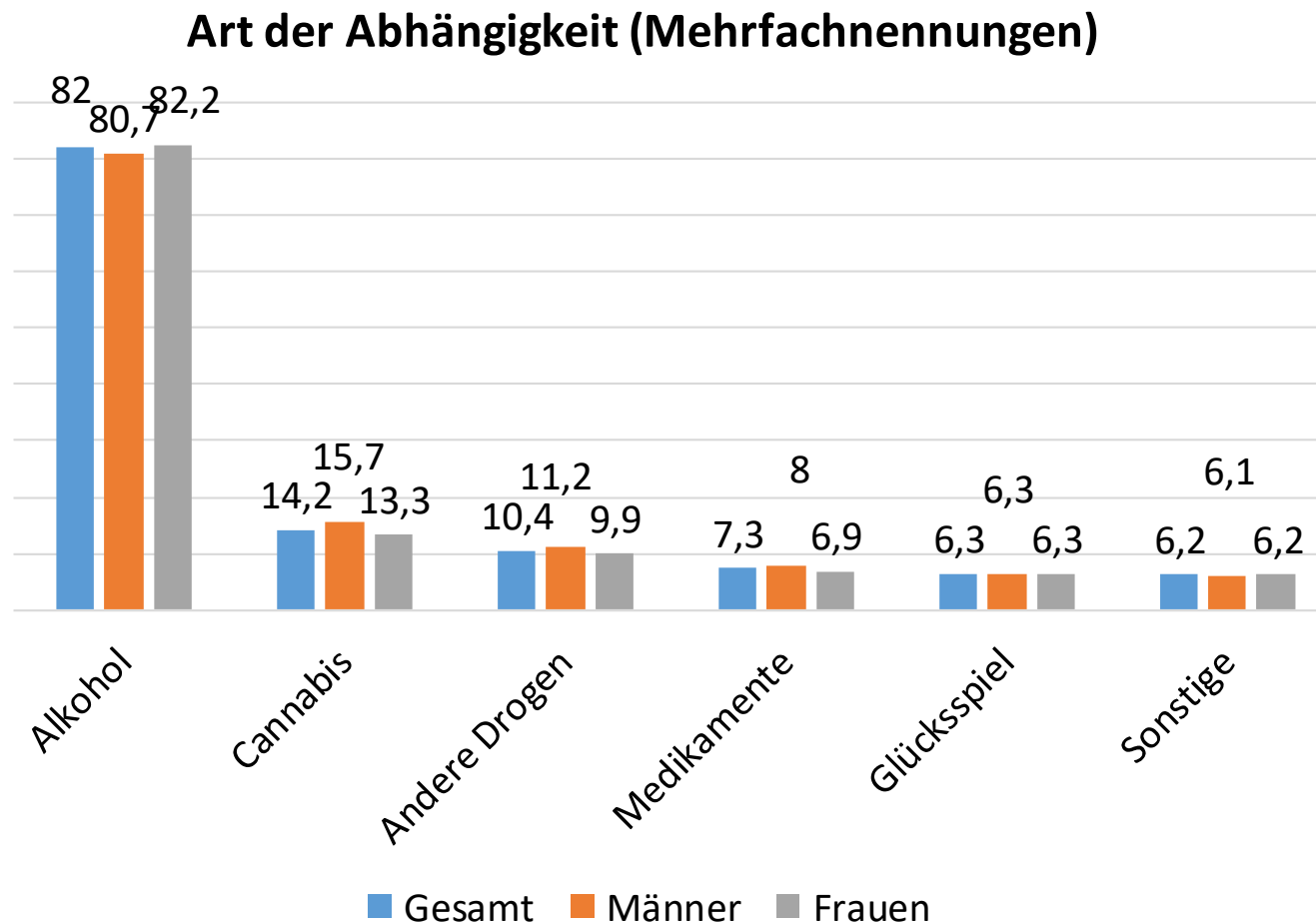
Impulse für die Verbesserung der Versorgungssituation Angehöriger

GEDA: Prävalenz Angehörige mit Suchterkrankungen

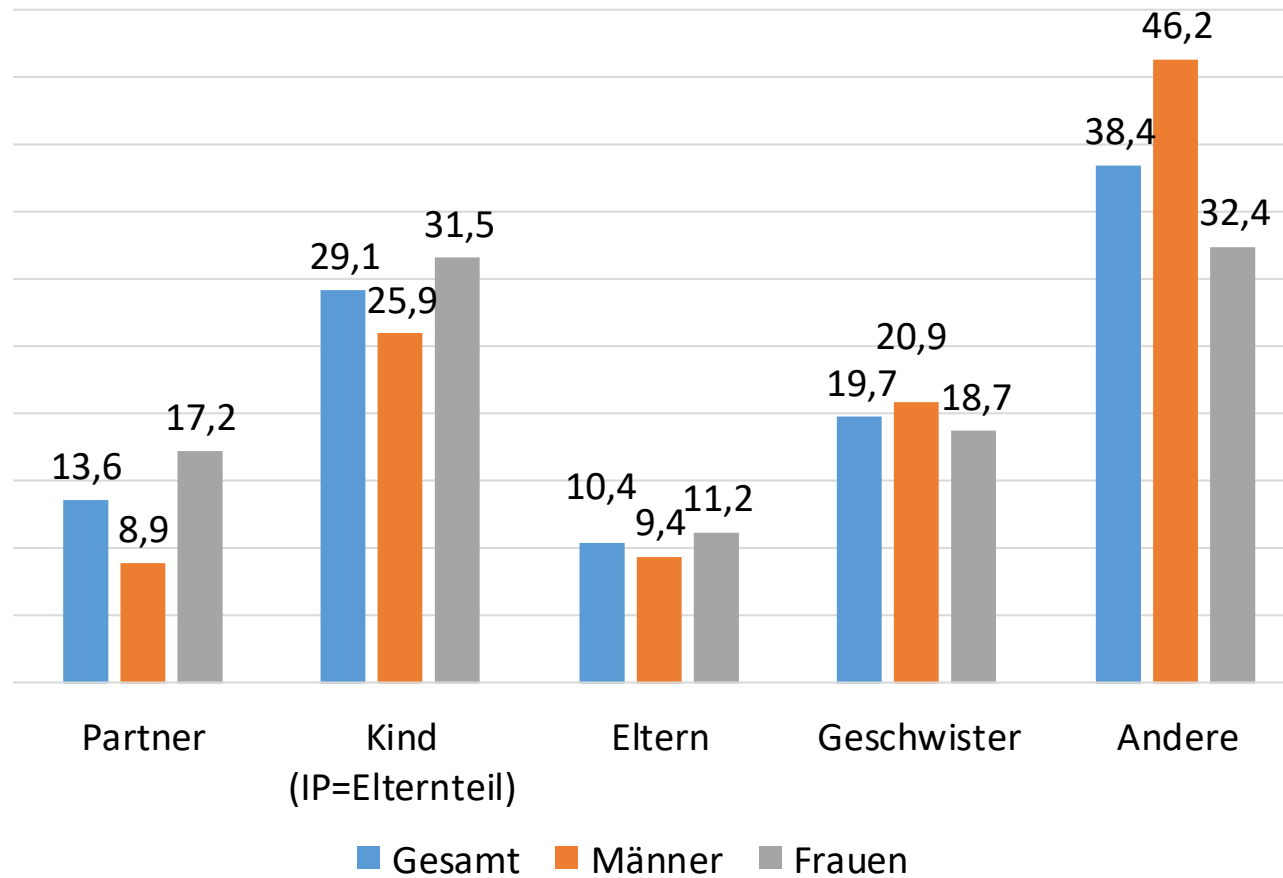
Häufigkeit Suchterkrankungen bei Angehörigen



GEDA: Prävalenz Abhängigkeitsformen bei Angehörigen

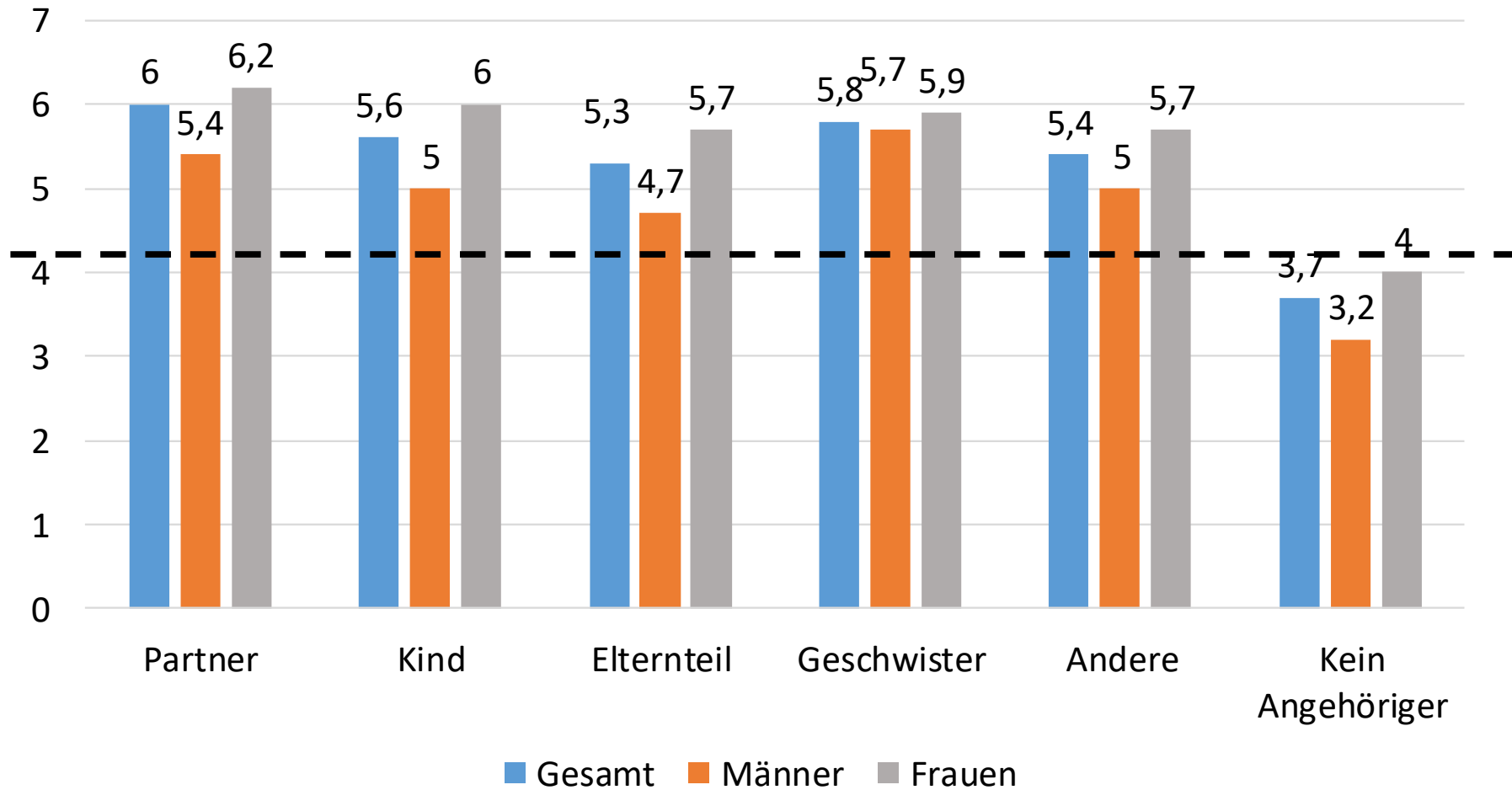


GEDA: Prävalenz Beziehungsarten



GEDA: Depressivität Befragungszeitpunkt

Depressivität (PHQ-8)

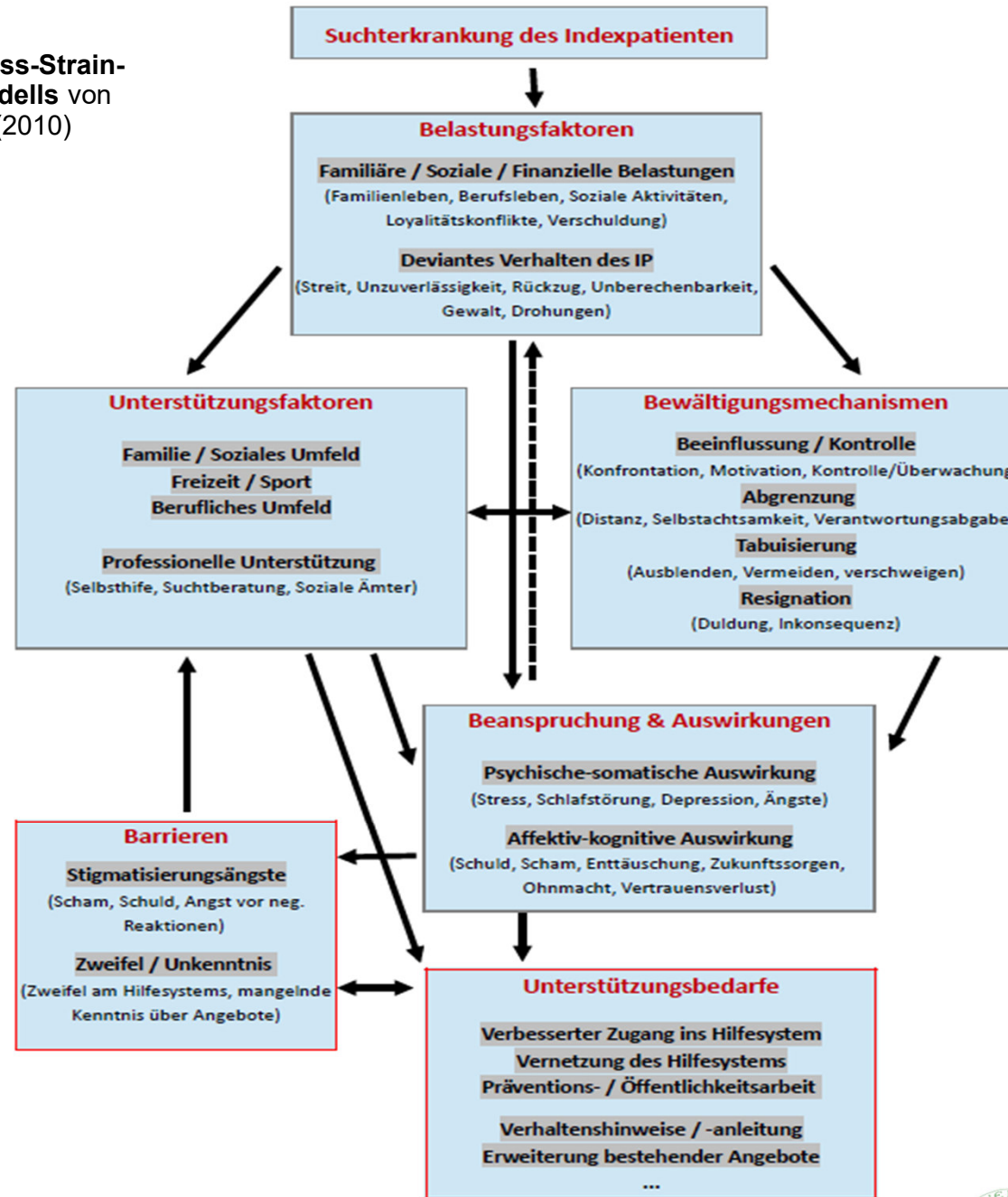


BEPAS: Tiefeninterview

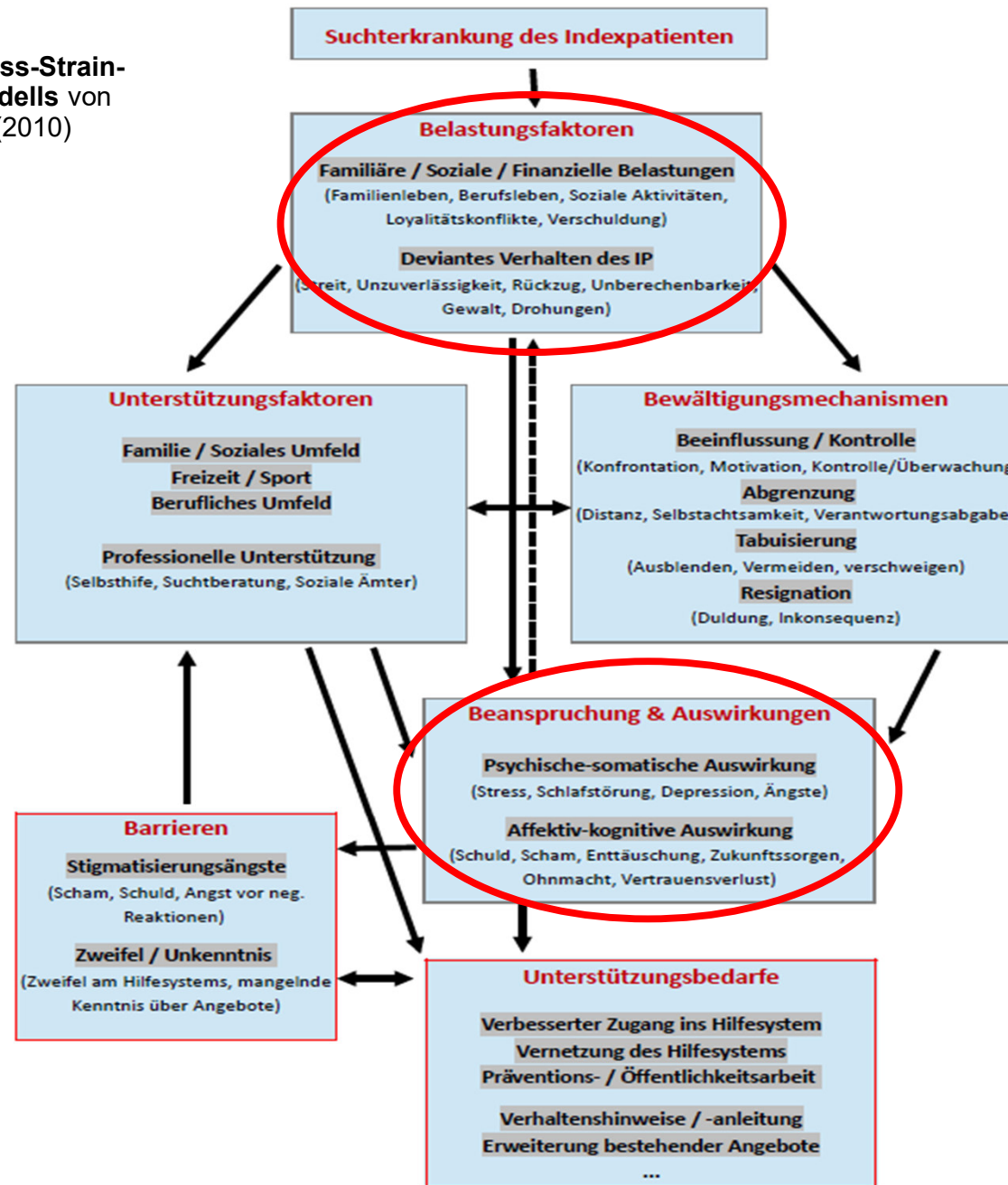
- Leitfadengestütztes halbstrukturiertes Interview (N=100)
- Teilstichprobe Angehörige aus Arztpraxen (N=34)
- Fokus auf Beispiele und wörtliche Zitate
- Dauer inkl. Fragebogen ca. 2h
- Protokollierung und Audio Aufzeichnung
- Erstellung eines Fallberichts innerhalb 24h
- Generierung von 25 Oberkategorien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



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

Belastungsfaktoren & Auswirkungen

„Unter Alkohol wird er dann noch zusätzlich bösartig-aggressiv, bis zur Gewalttätigkeit. Mir hat er vor zwei Jahren eine Essensgabel in den Kopf gerammt. Meine Ex-Frau hat er die Treppe runter geschmissen und ihre Hand in der Tür geklemmt.“

(Vater eines Sohnes mit Cannabis- und Alkoholkonsum, 51 Jahre)

„Es ist ja nicht nur so, dass er das Geld verspielt. Klar, der ist dann nicht zu Hause, ist nicht erreichbar, ist nicht ansprechbar. Er ist zwar, wenn er zu Hause, körperlich da, aber irgendwie mit dem Kopf ganz woanders. Das ist sehr anstrengend.“

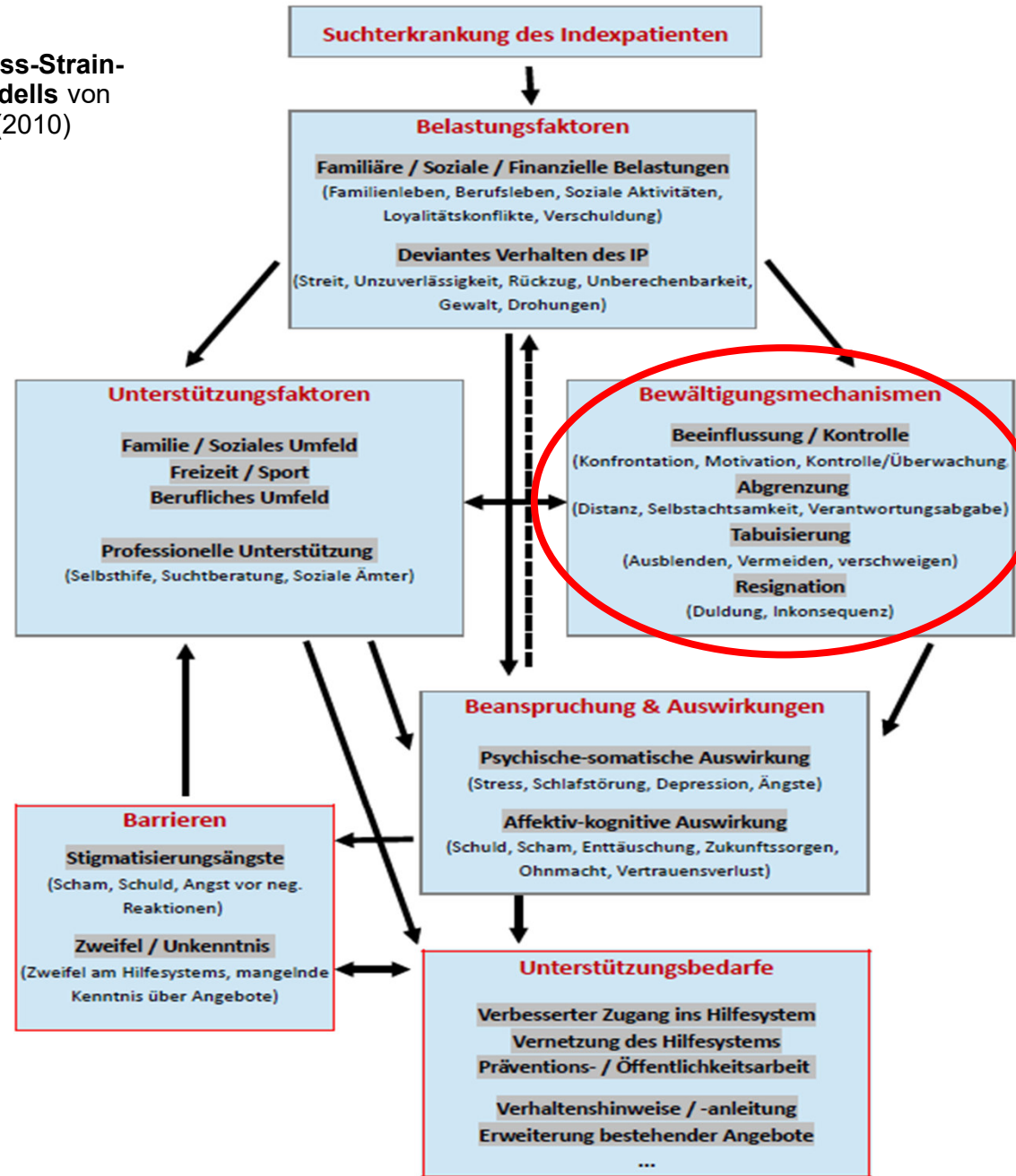
(Ehefrau eines Glücksspielers, 43 Jahre)

„Ich habe ihn alleine großgezogen. Da kommen Schuldgefühle auf. Was habe ich falsch gemacht? Habe ich zu viel gemacht? Habe ich zu wenig Grenzen gesetzt? So wie Eigenkritik.“

(Mutter eines Sohnes mit Cannabis- und Medikamentenkonsum, 64 Jahre)



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

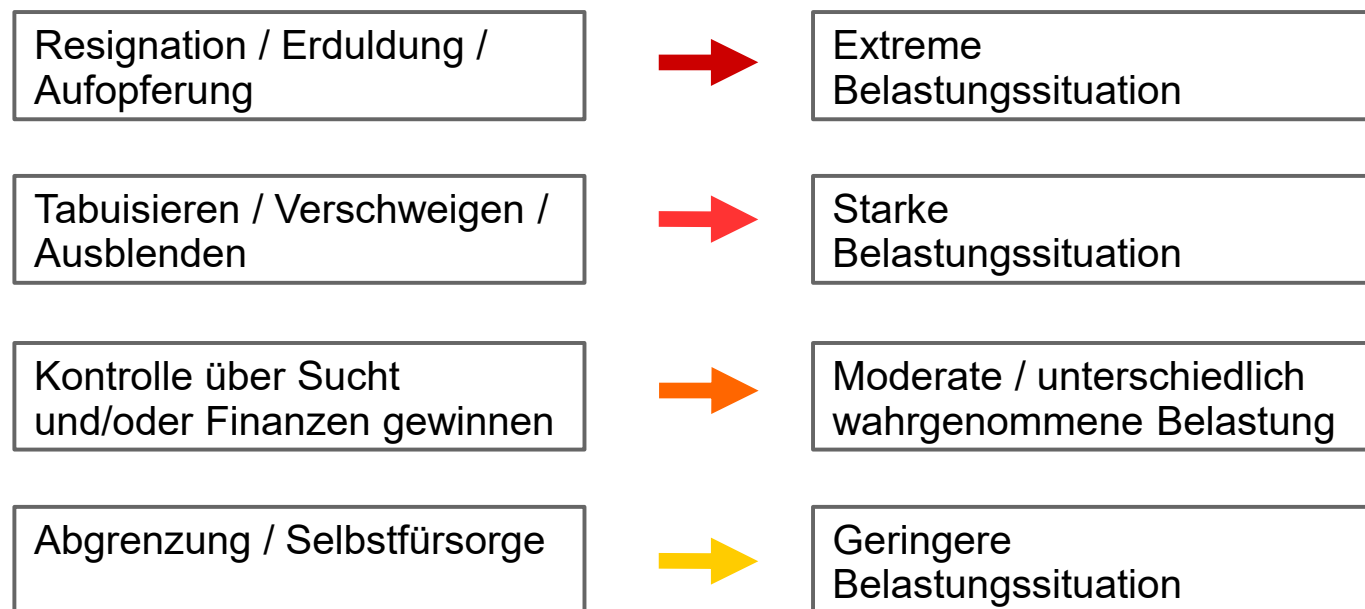
(Duldung, Inkonsequenz)

Häufigsten Umgangsformen (Gesamtstichprobe)

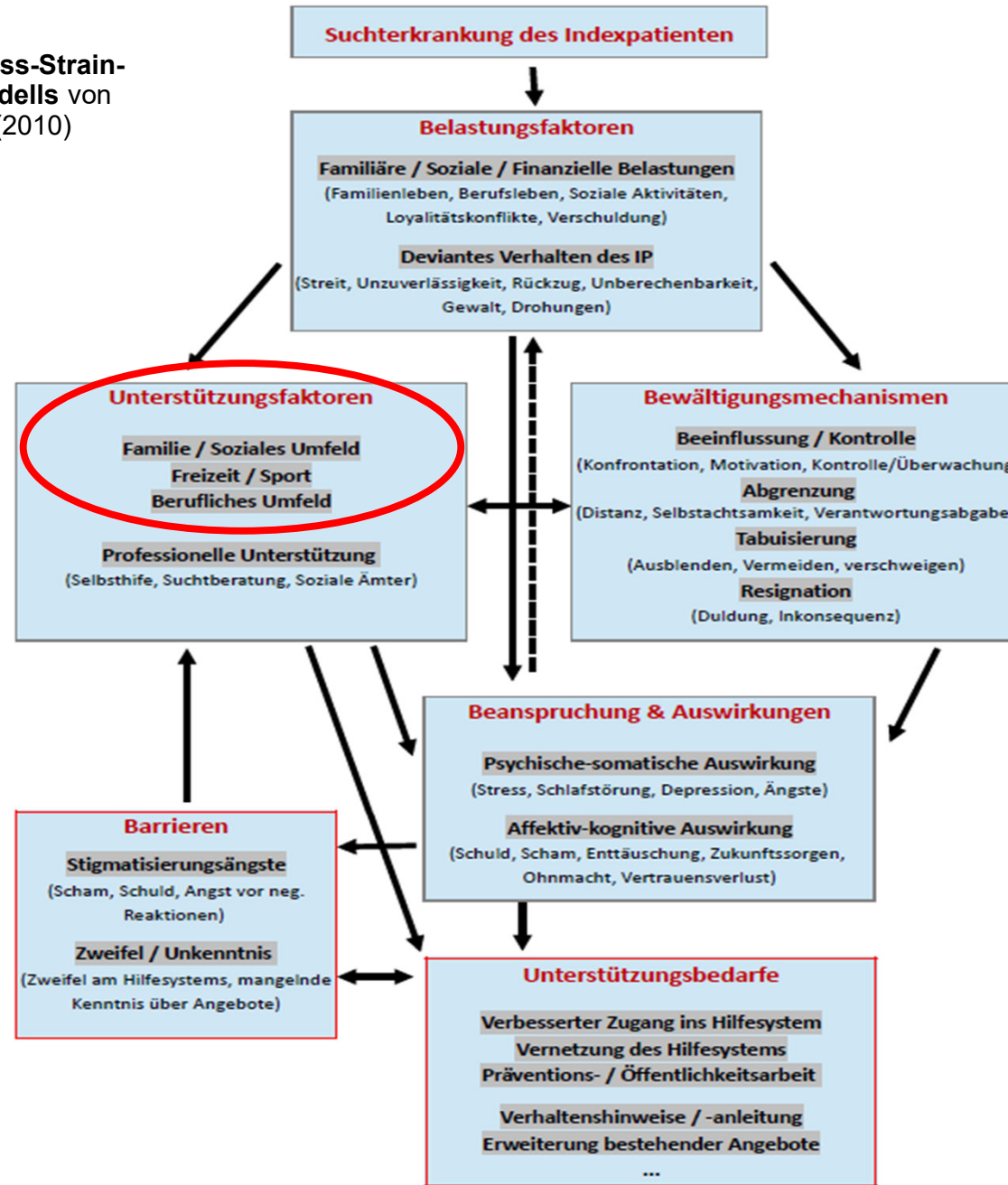
Konfrontation / Gespräch mit dem Indexpatienten	87%
Kontrolle / Verbot des Suchtverhaltens	60%
Verantwortungsübernahme für den Indexpatienten	49%
Selbstachtsamkeit	48%
Emotionale Distanzierung	47%
Abgabe von Verantwortung	47%

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 wollen → gefolgt von Kontrollmechanismen → zum Ende meist resignativ oder abgrenzend



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



Ressourcen

Unterstützungsfaktoren

Familie / Soziales Umfeld

Freizeit / Sport

Berufliches Umfeld

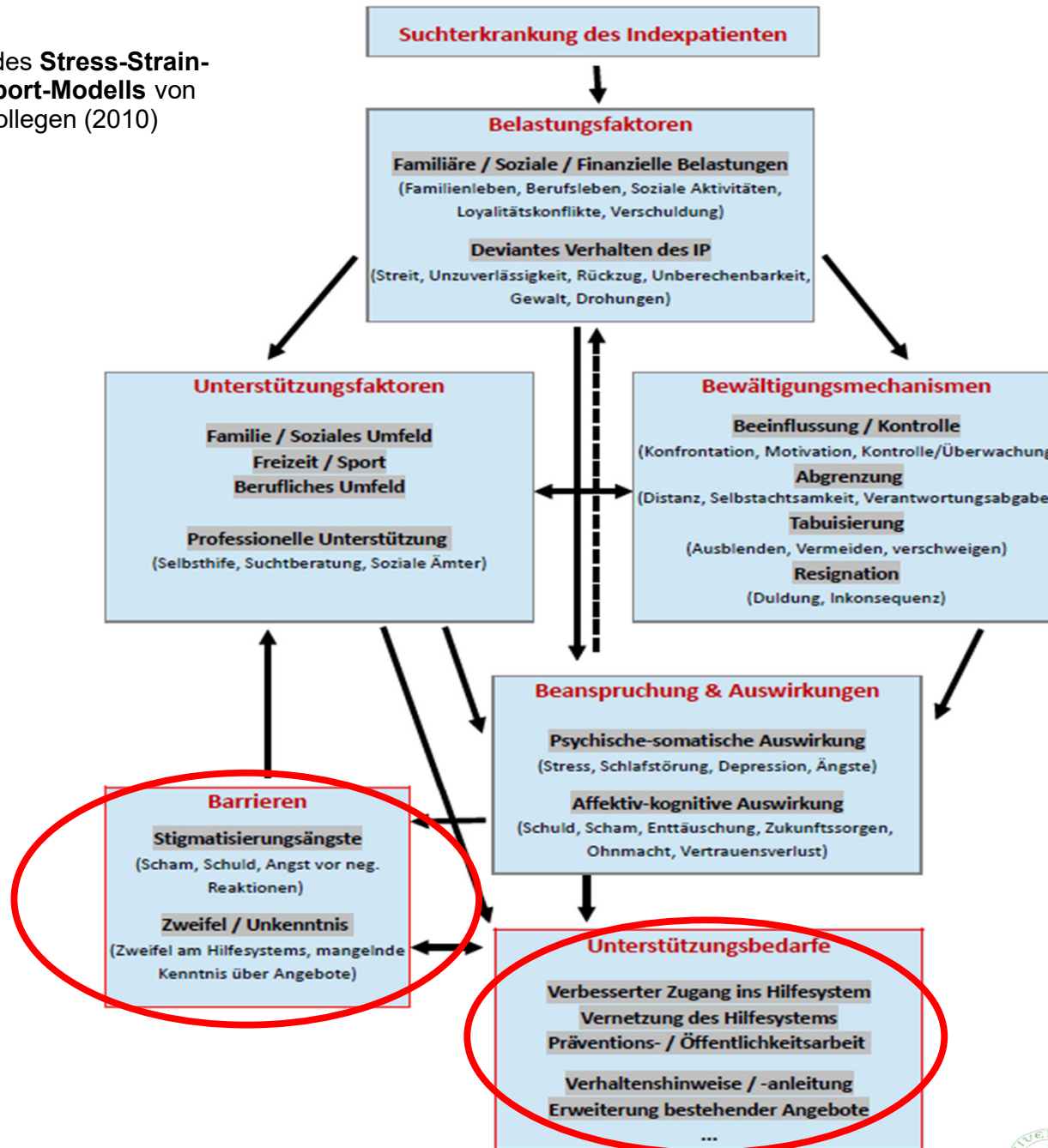
Professionelle Unterstützung

(Selbsthilfe, Suchtberatung, Soziale Ämter)

Häufigsten 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%
Unterstützung durch Partnerin / Partner	32%

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

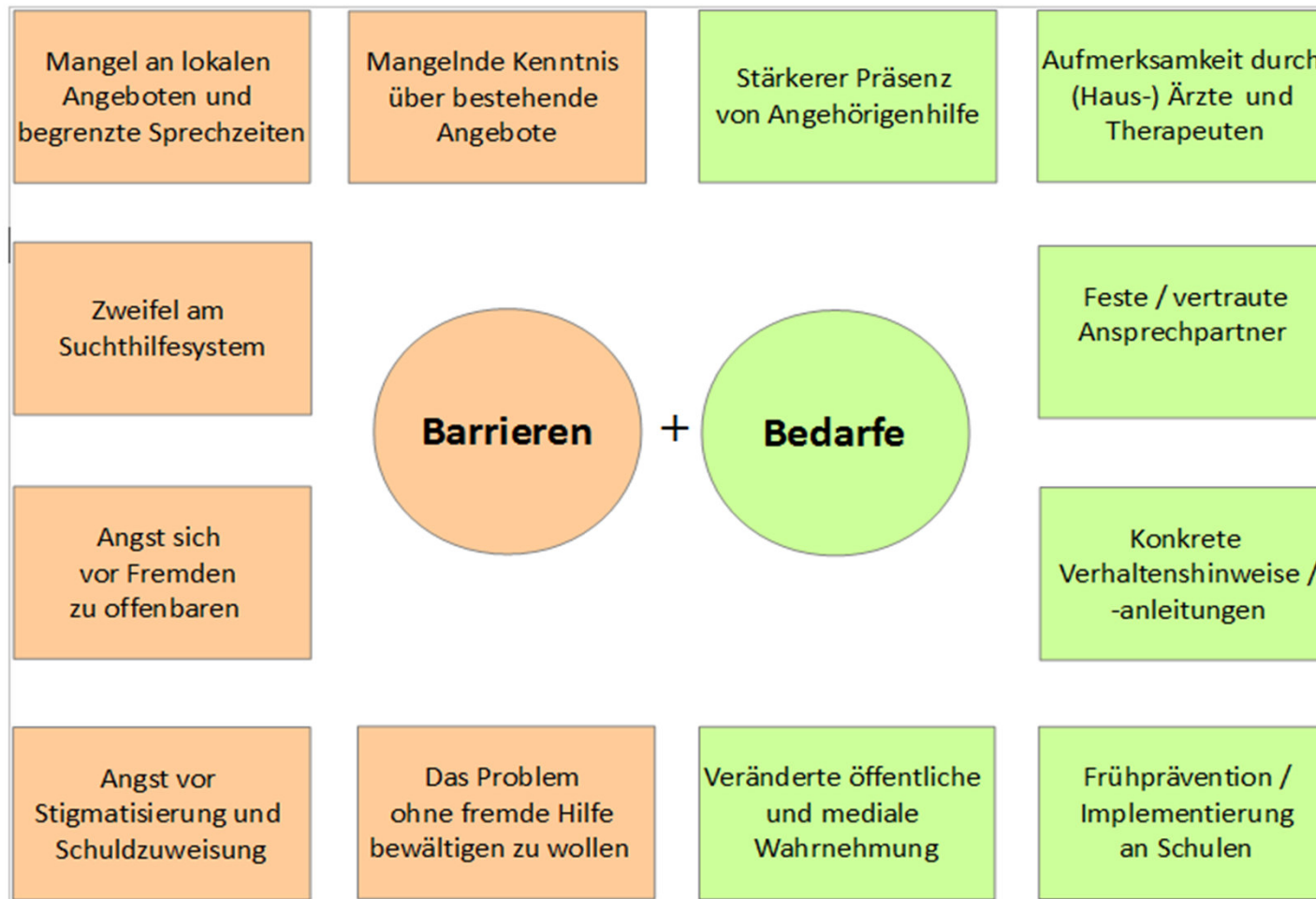
Aber auch einige stark belastete unbehandelte Angehörige!

→ **Welche Barrieren hindern diese Gruppe sich Hilfe zu suchen?**

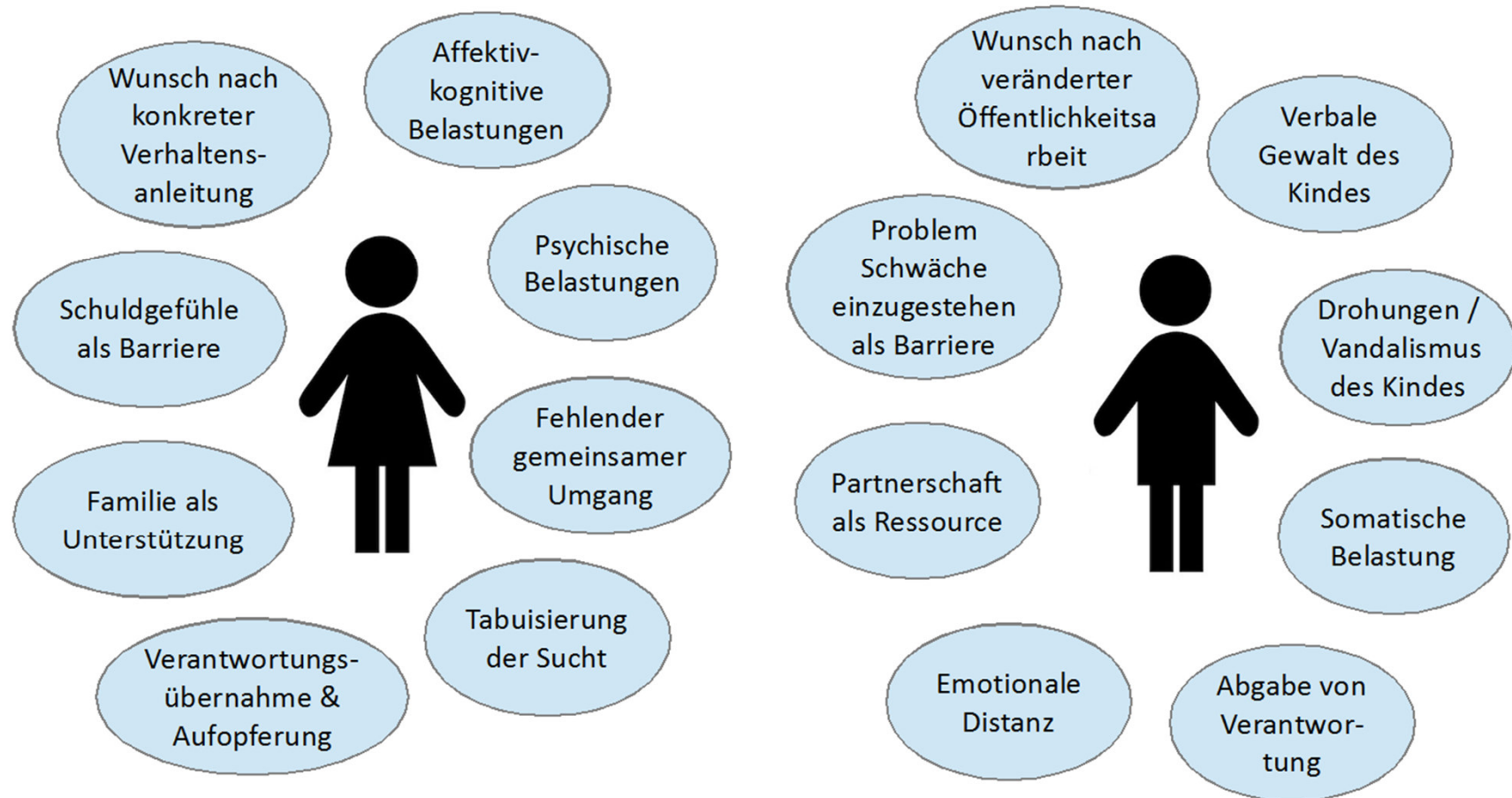
→ **Worin äußern sich ihre Bedarfe?**



Unbehandelte Angehörige



Genderspezifische Aspekte: Mütter vs. Väter



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



Zwischenfazit

- Screeningdaten:
Ca. 10% haben einen Angehörigen mit akuter Suchtproblematik
- GEDA-Daten:
Belastungssituation Angehöriger deutlich erhöht
- Qualitative Interviews:

Mangelder Kenntnisstand sowie
Scham & Stigma als Barriere



**Aufklärung & Entstigmatisierung
erforderlich**

Belastung, Umgang und Bedarfe
sind abhängig von Geschlecht,
Beziehung und Suchtform



**Differenzierte Hilfsangebote
erforderlich**



Behandlung für Angehörige: EVIFA

- **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 (PubMed, WoS, PsychInfo)
 - Beurteilung der **wissenschaftlichen Qualität** und **empirischen Wirksamkeit**
 - **Bestandsaufnahme**
 - Implementierung und Bekanntheitsgrad in der Suchthilfe in Deutschland
 - Internationale Verfügbarkeit durch Experteninterviews

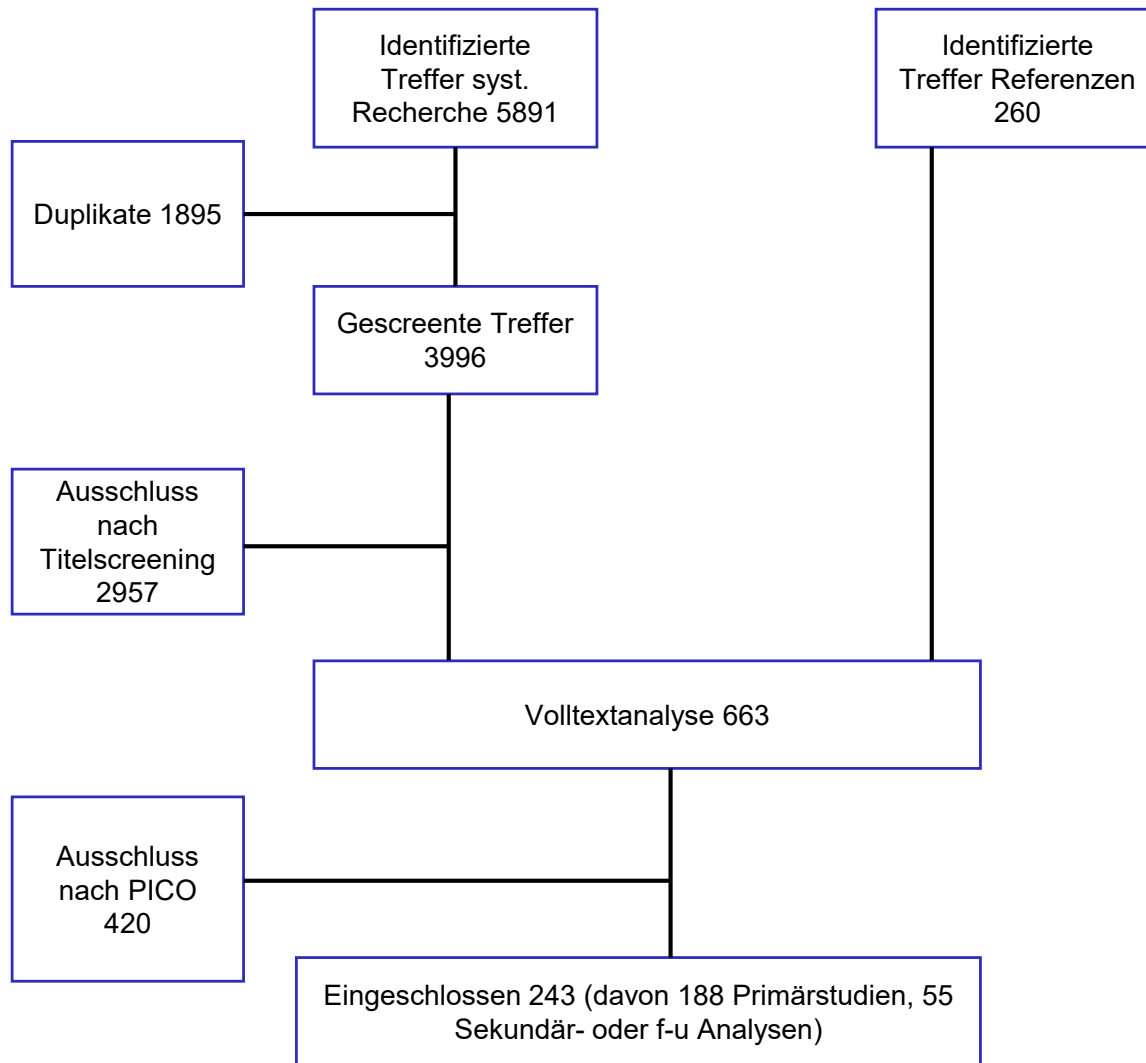
Ziel: Impulse für **Verbesserung der Versorgungssituation** geben

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Studienselektion



Ergebnisse | Beispiel der inhaltlichen Analyse

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

Intervention	Studie, Jahr & Land	Studiendesign	Stichprobe und Störungsbild	Kernbefunde	Qualitätskriterien
Behavioral Couples Therapy (BCT/ BMT/ Learning Sobriety Together)	<i>The Development of an Internet-Based Treatment for Problem Gamblers and Concerned Significant Others: A Pilot Randomized Controlled Trial</i> Nilsson, Magnusson, Carlbring, Andersson & Gumpert, 2018. Schweden	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<input checked="" type="checkbox"/> Randomisierung <input checked="" type="checkbox"/> Angabe von Dropouts <input type="checkbox"/> Verblindete Outcome-Erhebung <input type="checkbox"/> Intention to treat <input checked="" type="checkbox"/> indiv. CSO-Maß <input type="checkbox"/> Dyadisches Maß <input checked="" type="checkbox"/> Indiv. IP-Maß
	<i>Behavioral Couples Therapy for Smoking Cessation: A pilot randomized clinical trial.</i> La Chance, Cioe, Tookley, Colby, O'Farrell & Kahler, 2015. USA	<ul style="list-style-type: none"> - Pilot-RCT von adaptierter BCT-Intervention (BCT-S) - Vergleich mit individueller Behandlung zur Raucherentwöhnung - Prä-Post und FU nach 3 und 6 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> - N=49 überwiegend weiße (88%), männliche (67%) Raucher und ihre nicht-rauchenden Partner*innen - Rekrutiert durch Zeitungs- und Fernsehwerbung 	<ul style="list-style-type: none"> - BCT-S konnte erfolgreich implementiert werden - Keine signifikanten Unterschiede zwischen BCT-S und individueller Behandlung - Insgesamt hohe Rate an Raucherentwöhnungen bei beiden Bedingungen und nach 6Mo. (45-55%) 	<input checked="" type="checkbox"/> Randomisierung <input type="checkbox"/> Angabe von Dropouts <input type="checkbox"/> Verblindete Outcome-Erhebung <input type="checkbox"/> Intention to treat <input type="checkbox"/> indiv. CSO-Maß <input checked="" type="checkbox"/> Dyadisches Maß <input checked="" type="checkbox"/> Indiv. IP-Maß
	<i>A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence.</i> Schumm, O'Farrell, Kahler, Murphy & Muchowski, 2014. USA	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - N=105 weibliche Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit und ihre nicht abhängigen Partner - Rekrutiert in einem großen Substanzmissbrauchs-Behandlungszentrum 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 	<input checked="" type="checkbox"/> Randomisierung <input checked="" type="checkbox"/> Angabe von Dropouts <input type="checkbox"/> Verblindete Outcome-Erhebung <input checked="" type="checkbox"/> Intention to treat <input checked="" type="checkbox"/> indiv. CSO-Maß <input checked="" type="checkbox"/> Dyadisches Maß <input checked="" type="checkbox"/> Indiv. IP-Maß

Ergebnisse | Beispiel der methodischen Analyse

Tabelle 4: Interventionstyp 2 (Interventionen mit Einbeziehung von CSOs in die Behandlung der abhängigen Person)



Verfahren	ID	Adolezente IP?	Größe der Stichprobe (hier IP)	Maximale Follow-Up-Dauer	Studiendesign			Kontrollbedingung					Effekte berichtet auf:			Substanzen	ITT-Analysen	Verblindung (bzw. biochemische Validierung)	Beziehungsform	Ausschöpfungsrate	Bewertung der Effekte	Globale Bewertung der Studienqualität
					RCT	Prä-Post	non rand. KG	Aktiv	Passiv	Nur IP	Familie	# KG	IP	Dyade	CSO							
BCT	1		24	3 Monate		x							x	x	x	3,4			1	92%	(+)	-
BCT	2		100	12 Monate	x			x		x		1	x	x		1		x	1	77%	++	5
BCT	3		86	12 Monate	x			x		x		1	x	x		2,3,4			1	93%	++	5
BCT	4		43	12 Monate		x						1	x	x		4			1	84%	(+)	-
BCT	5		138	12 Monate	x			x		x		2	x	x		1		x	1	91%	++	6
BRT, BCT	6		100	12 Monate	x			x	x	x	x	3	x	x		1		x	1	93%	++ vs. TAU 0 (BRT vs. BCT)	5
BCT	7		207	12 Monate	x			x		x		1	x	x		1,2,3,4			1	100%	++	5
BCT	8		61	6 Monate		x							x	x	x	1, unspez. Substanzen			1	k.A.	(+)	-
BCT	9		135	12 Monate	x			x	x	x	x	2	x	x	x	1,2,3,4		x	1	88%	++	6
BCT	10		49	6 Monate	x			x				1	x	x		7		x	1	95,9%	0	5
BCT	11		27	6 Monate	x			x			x	1	x	x	x	1,3			1	80%	0	3
BCT	12		102	18 Monate	x			x		x		1	x	x		1		x	1	62%	+	5
BCT	13		45	18 Monate	x			x			x	2	x	x	x	1			1	84%	+	6
BCT	14		90	12 Monate	x			x			x	2	x			1			1	79%	+/-	4
BCT	15		90	6 Monate	x			x		x		2	x	x		1			1	97%	++	4
BCT	16		136	12 Monate	x			x		x		1	x	x	x	6		x	1,2	47%	0	6
BCT	17		406	24 Monate			x		x			1	x	x		1		x	1	84%	+	4
BCT	18		105	12 Monate	x			x		x		1	x	x		1		x	1	95%	++	6
BCT	19		64	6 Monate	x			x		x		1	x	x	x	1			1	67%	+/-	2
BCT	20		64	12 Monate	x			x		x	x	2	x	x	x	1			1	75%	++ vs. Einzelbeh. 0 vs. Partnerbeh.	4
BCT	21		75	12 Monate	x			x		x		1	x	x		2,3,4		x	1	91%	++	7
BCT+LS T	22		169	12 Monate		x							x	x	x	3,4,5		x	1	16%	(+)	-

Interventionstypen (nach Orford et al. 2005)

Typ A

{ Familienbasierte Interventionen für den IP (=SuchtkrankeR)

Typ B

{ Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des IP

Typ C

{ Eigenständige Interventionen speziell für Angehörige

Typ D

{ Intervention für IP mit Ziel Entlastung Angehörige

Typ A

{ Familienbasierte Interventionen für den IP

- **Zielt ab auf:**
 - **Förderung der Inanspruchnahme von Behandlung durch den IP**
 - **Unterstützung der Abstinenz nach Behandlung**
- **Insgesamt wurden 26 Studien mit zumeist guter methodischer Qualität identifiziert (RCT=18)**
- **Bezüglich der Outcomes dominieren IP- (24 Studien) und CSO-Maße (22 Studien)**
- **Bestuntersuchtes Verfahren: CRAFT (18 Studien)**
- **Diverse Einzelverfahren**
- **Konsistente Effekte bzgl. IP, keine Unterschiede zu aktiven Kontrollen bzgl. CSO oder Dydadik**

Typ B

{ Einbezug der Angehörigen in die Behandlung des IP

- **Fokus auf:**
 - **Festigung der Behandlungscompliance und Abstinenzsicherung**
 - **Verbesserung der Interaktion**
- **Insgesamt wurden 113 Studien mit zumeist guter methodischer Qualität identifiziert (96 RCT)**
- **Paartherapie und Familientherapie**
- **Schwerpunkt Paartherapie bei Alkohol, Familientherapie(n) bei illegalen Substanzen**
- **Bezüglich der Outcomes dominieren IP-Maße (113 Studien)**
- **Bestuntersuchte Verfahren: Behavior Couples Therapy BCT (23 Studien), Multidimensionale Familientherapie MDFT (10 Studien)**
- **Mehrheitlich Einzelverfahren (47 Studien)**
- **Konsistente Effekte auf IP, moderate Effekte auf Dyadik/CSO**
- **Keine Effekte nachweisbar bei aktiven Kontrollen mit Einbeziehung von CSOs**

Typ C

{ Eigenständige Interventionen speziell für Angehörige

- **Strategien zur Entlastung Angehöriger**
- **Fokus auf:**
 - **Abgrenzung**
 - **Klärungsprozesse**
 - **Selbstfürsorge**
 - **Informationsvermittlung**
 - **Resilienzförderung (insbes. bei Kindern aus suchtbelasteten Familien)**
- **Insgesamt wurden 23 (meist neuere) Studien mit heterogener methodischer Qualität identifiziert (16 RCT)**
- **Bezüglich der Outcomes dominieren CSO-Maße**
- **Auffallend viele Studien identifiziert durch sekundären Strang**
- **Konsistente Effekte auf CSO, jedoch nur bei passiven Kontrollbedingungen**

Typ D

{ Intervention für IP mit Ziel Entlastung Angehörige

- Interventionen mit dem Ziel, suchtkranke Mütter/Eltern (primär Abhängigkeit ill. Drogen) zu einem verbesserten Erziehungsverhalten bzw. Interaktionsverhalten zu verhelfen
- Durchführung oft in Zwangskontexten
- I.d.R. Kombination aus Vermittlung von Erziehungskompetenzen und Strategien zur Emotionsregulation
- Insgesamt wurden 30 Studien mit meist hoher methodischer Qualität identifiziert (24 RCT)
- Outcome-Maße durchgängig für IP, z.T. auch dyadisch/CSO-bezogen
- Weitgehend konsistente Effekte auf CSO bzw. dyadische Maße, auf IP nur bei passiven Kontrollbedingungen

Diskussion: Erklärungsmodelle

- Angehörige von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind eine vulnerable und morbide Gruppe mit erhöhtem Risiko für affektive Störungen
- Ausmaß an Beeinträchtigungen ist vergleichbar demjenigen von Menschen mit anderen chronischen Beeinträchtigungen und/oder externalisierenden Störungen
- Das Erklärungsmodell der Co-Abhängigkeit ist unklar definiert, empirisch nicht validiert und potentiell stigmatisierend:
 - Beeinträchtigungen als Folge chronischer Belastung
 - Nicht bei allen Angehörigen von Menschen mit Suchterkrankungen
 - Nicht spezifisch
 - Für die Gesamtgruppe der Angehörigen nicht hilfreich
- Dysfunktionale Selbstkonzepte und Interaktionsmuster bei Subgruppen Angehöriger lassen sich durch Stress-/Belastungskonzepte besser erklären

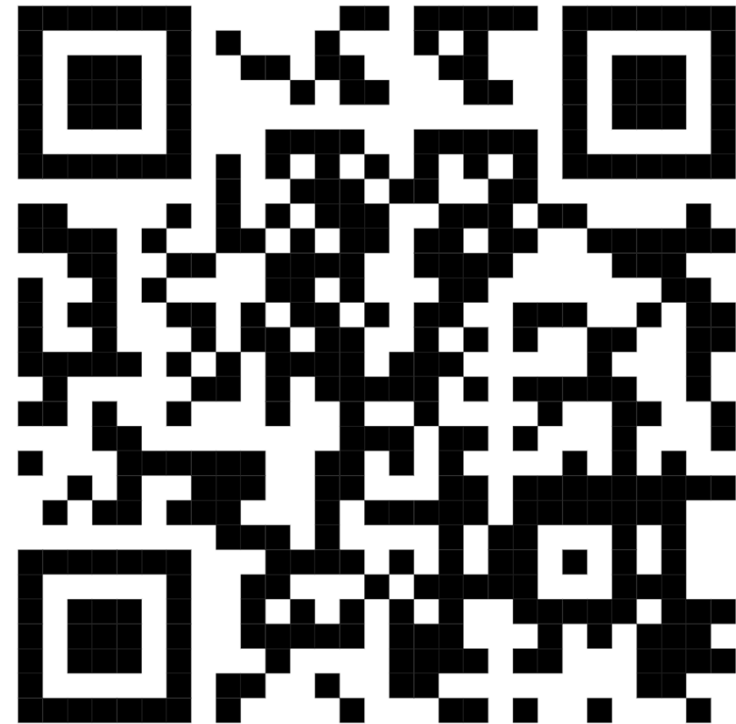
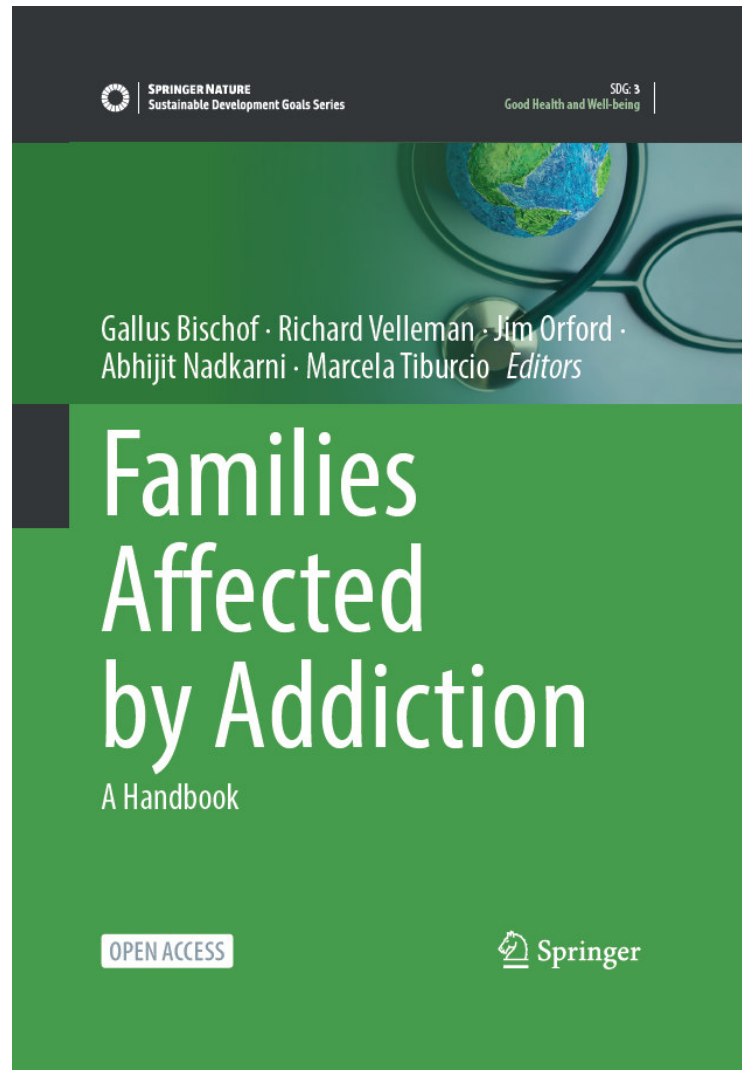
Diskussion: Evidenzbasierte Interventionskonzepte

- Angehörigenbasierte Intervention zeigen insbes. gegenüber passiven Kontrollen:
 - Günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes des IP (Interventionen A, B)
 - Günstige Beeinflussung der Beziehungsqualität CSO-IP
 - Günstige Beeinflussung psychische Gesundheit CSO
- Keine Evidenz für spezifische Verfahrenen bzgl. Verbesserung der psychischen Belastung Angehöriger
- Wirksame Programme für Partner/Familien beinhalten:
 - Kommunikationstraining
 - Vermittlung von Verhaltensstrategien
- Wirksame Programme für Kinder beinhalten:
 - Resilienzförderung

Diskussion: Implementierungs- und Wissensstand

- Barrieren beim Einsatz im klinischen Alltag
 - Soziales Stigma & Unklarheit auf Patient*innenseite
 - Bislang unzureichende Berücksichtigung in Leitlinien
- Trotz flächendeckenden Angeboten Anteil Angehöriger in der ambulanten Suchtkrankenhilfe insgesamt niedrig (8%)
- Fortbildungssituation und Refinanzierung von Angehörigenarbeit ist unzureichend
 - Refinanzierung in Reha gewährleistet (aber keine definierten Qualitätsstandards)
 - Refinanzierung + Qualitätssicherung in ambulanter Suchthilfe unklar
- Zusätzlich erforderliche Schritte:
 - Entstigmatisierung
 - Vernetzung mit anderen Gesundheitssektoren

Hintergrundliteratur (Open Access)



[Families Affected by Addiction: A Handbook | Springer Nature Link](#)



SAVE THE DATE
AFINet 7th annual
conference (online)



2026 Conference 15 & 16 Sept

- International presentations
- 12 speakers including 3 keynotes
- 2025/26 AGM concluding Day 2

REGISTER NOW

via the Registration button
@ www.afinetwork.info

Addiction and the Family
International Network



7th annual conference (online)

Abstract submissions

OPEN NOW

Until 29 May 2026

How to submit is in the information below

Addiction and the Family
International Network

www.afinetwork.info



Im Focus das Leben
Universität zu Lübeck

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fragen?

Gallus.Bischof@uksh.de

