**Dieses Dokument ist eine Zweitveröffentlichung (Verlagsversion) /
This is a self-archiving document (published version):**

Friederike Helbig, Anja Pixa, Gerhard Bühringer, Jürgen Hoyer

**Wirksamkeit ambulanter Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen
und abhängigen Verhaltensweisen – Evaluation einer
Spezialambulanz**

Erstveröffentlichung in / First published in:

Verhaltenstherapie. 2017, 27(1), S. 7 – 14 {Zugriff am: 29.04.2020}. Karger. ISSN 1423-0402.

DOI: <https://doi.org/10.1159/000455660>

Diese Version ist verfügbar / This version is available on:

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa2-716804>

„Dieser Beitrag ist mit Zustimmung des Rechteinhabers aufgrund einer (DFGgeförderten) Allianz- bzw. Nationallizenz frei zugänglich.“

This publication is openly accessible with the permission of the copyright owner. The permission is granted within a nationwide license, supported by the German Research Foundation (abbr. in German DFG).
www.nationallizenzen.de/

Wirksamkeit ambulanter Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen – Evaluation einer Spezialambulanz

Friederike Helbig Anja Pixa Gerhard Bühringer Jürgen Hoyer

Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Schlüsselwörter

Substanzstörungen · Ambulante Verhaltenstherapie · Alkoholabhängigkeit · Cannabisabhängigkeit · Psychotherapierichtlinien

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Psychotherapierichtlinien ermöglichen erst seit 2011 unter bestimmten Bedingungen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Substanzstörungen. Empirische Ergebnisse zu diagnostischen Charakteristika der auf dieser Grundlage behandelten Patienten und zu Erfolgsraten fehlen weitgehend.

Methoden: Wir untersuchten N = 59 konsekutive Patienten einer Spezialambulanz, von denen n = 34 eine Behandlung begannen (Intent-to-Treat (ITT)-Stichprobe) und n = 28 sie abschlossen (Completer), mit standardisierten diagnostischen Interviews und ermittelten die Erfolgsraten nach ambulanter Kognitiver Verhaltenstherapie (Einzeltherapie) auf der Basis von Symptomskalen (Brief Symptom Inventory (BSI); Beck Depression Inventory (BDI)) sowie Patienten- und Therapeuten-Ratings, einschließlich einer klinischen Beurteilung der Abstinenz. **Ergebnisse:** 40% aller anfragenden Patienten nahmen keine Psychotherapie auf. Bei den behandelten Patienten kam es zu signifikanten Veränderungen (ITT-Analysen: d = 0,8 (BSI) bis d = 1,2 (BDI)). Mehr als zwei Drittel der Patienten erreichten eine klinisch relevante Verbesserung der Symptomatik gemäß Patienten- oder Therapeutenbeurteilungen (zwischen 68 und 76%, ITT-Stichprobe). Alle Completer mit Abhängigkeitssyndrom (n = 11) sowie 86% der diesbezüglichen ITT-Stichprobe erreichten zumindest unter der Behandlung eine Abstinenz. **Schlussfolgerungen:** Die Erfolgsraten bei Patienten, die die Therapie abschließen, sind gut. Sie sprechen für den Nutzen des ambulanten Settings.

© 2017 S. Karger GmbH, Freiburg

Keywords

Substance use disorders · Outpatient cognitive-behavioral therapy · Alcohol abuse · Cannabis abuse · German psychotherapy guidelines

Summary

Effectiveness of Outpatient Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders – Evaluation of a Specialized Outpatient Clinic

Background/Aim: Given a number of conditions, the revision of the German psychotherapy guidelines in 2011 facilitates treating substance use disorders in outpatient psychotherapy. Empirical results on the diagnostic characteristics of the patients treated within this setting and about the effectiveness of the treatment are lacking.

Material and Methods: We examined N = 59 consecutive patients, diagnosed with standardized diagnostic interviews, of a specialized outpatient clinic for cognitive-behavioral therapy. Of these, n = 34 started the treatment (intent-to-treat (ITT) sample) and n = 28 completed it. The outcome (including clinical judgement of abstinence) was assessed with established symptom scales (Brief Symptom Inventory (BSI), Beck Depression Inventory (BDI)) as well as therapist and patient ratings.

Results: About 40% of the patients who contacted the clinic did not start the therapy. In therapy completers, clinically relevant improvement was reached. Based on ITT analyses, effect sizes ranged from d = 0.8 (BSI) to d = 1.2 (BDI). Based on therapist and patient ratings, the percentage of successful therapies was high (between 68 and 76%, ITT analyses). All therapy completers diagnosed with a dependence syndrome reached abstinence at least temporarily. **Conclusion:** Effectiveness rates are high in completers. These results show that treatment can be efficient in an outpatient setting.

Einführung

Der Zugang zu ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen war in Deutschland lange Zeit eingeschränkt. Erst 2011 änderte sich dies mit einer Revision der Psychotherapierichtlinien. Obwohl Substanzstörungen und abhängige Verhaltensweisen in einer ambulanten Psychotherapie behandelbar sind, gibt es deutschlandweit erst wenige Untersuchungen darüber, wie häufig ambulante Psychotherapeuten Substanzstörungen behandeln und wie effektiv diese Psychotherapien sind [Behrendt et al., 2014; Kraus et al., 2011]. Die vorliegende Studie evaluiert die in der «Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, pathologisches Glücksspielen und Raucherentwöhnung» der TU Dresden durchgeführten Psychotherapien und leistet damit anhand von Praxisdaten einen Beitrag zur Prüfung der Effektivität ambulanter Therapien bei Substanzstörungen.

Die Behandlung von Substanzstörungen erfolgt im Rahmen des deutschen Suchthilfesystems traditionell in Suchtberatungsstellen und stationären Einrichtungen [Bundespsychotherapeutenkammer, Fachverband Sucht e.V., 2009], wobei zumeist ein hoher Schweregrad als Indikation für eine stationäre Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation genannt wird. Jedoch weisen die aktuellen S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) darauf hin, dass hierfür keine Evidenz vorliegt und dass andere Faktoren, wie die Übereinstimmung von Patient und Therapeut bzw. therapeutische Rahmenbedingungen (z.B. soziales Umfeld, Wohnsituation, Fähigkeit zur aktiven und regelmäßigen Teilnahme sowie zur Abstinenz bzw. zum kontrollierten Konsum in einer konsumierenden sozialen Umgebung), für die Indikationsentscheidung eher relevant sind [AWMF, 2015, pp 306, 321]. Demgegenüber liegen die Vorteile einer ambulanten Behandlung, wie Wohnortnähe, die berufsbegleitende Inanspruchnahme, individuelle Zeitgestaltung, Einbeziehung des familiären, psychosozialen und beruflichen Umfelds sowie die unmittelbare Umsetzung therapeutischer Inhalte in der natürlichen Umwelt, auf der Hand [Geyer et al., 2006]. Hinzu kommt, dass eine ambulante Psychotherapie als weniger stigmatisierend erlebt wird und der Zugang einfacher ist. Eine ambulante Psychotherapie wird insbesondere für Patienten mit einer Substanzstörung ohne schwerwiegende psychosoziale Beeinträchtigungen empfohlen, darüber hinaus parallel oder nachsorgend zur Behandlung komorbider psychischer Störungen sowie zur Rückfallprävention [Bühringer et al., 2009; Behrendt und Hoyer, 2010]. Eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter ist ebenfalls ambulant durchführbar [Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013], jedoch zielt diese im Unterschied zur ambulanten Psychotherapie vorrangig auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ab.

Bis 2011 stand der Behandlung von Substanzstörungen mit ambulanter Psychotherapie vor allem ein strukturelles Hindernis im Weg. Nach der Psychotherapierichtlinie in der Fassung von 2009 konnten Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie nur im Stadium der Abstinenz behandelt werden [Gemeinsamer Bundesausschuss, 2009]. Erst 2011 wurde diese Einschränkung durch eine Änderung aufgehoben, sodass die ambulante Behandlung eines abhängigen Patienten zulässig ist, wenn dieser bis zur 10. Behand-

lungssitzung, mittels Laborparameter nachgewiesen, die Abstinenz erreicht. Zudem darf bei den Diagnosen «schädlicher Gebrauch» sowie «Opioidabhängigkeit in Substitution» ohne diese Beschränkung behandelt werden [Behrendt et al., 2014]. Für abhängige Verhaltensweisen wie pathologisches Glücksspielen gilt sie ebenfalls nicht. Angesichts des häufig komorbiden Auftretens von Substanzstörungen im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen [Hildebrandt et al., 2015; Krausz et al., 1998; Stewart und Conrod, 2008] und der bezüglich schädlichen Gebrauchs illegaler Drogen sowie cannabis-, alkohol- und glücksspielbezogenen Störungen geringen Erreichungsquoten in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen (schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit: Alkohol 6%, Cannabis 8%; pathologisches Glücksspiel: 7% [Hildebrandt et al., 2009]; Missbrauch illegaler Drogen: 5% [Matos et al., 2013]) stellt die Änderung der Psychotherapierichtlinie eine wesentliche Grundlage für eine frühzeitigere Behandlung, eine Erhöhung der Erreichungsquote sowie eine Verbesserung der Behandlung von Substanzstörungen dar.

Erste Ergebnisse von Behrendt et al. [2014] zeigten bereits, dass Substanzstörungen inzwischen durchaus in ambulanter Psychotherapie behandelt werden: 47% der befragten niedergelassenen Psychotherapeuten sahen Patienten mit einer primären Substanzstörung. Bei pathologischen Glücksspielern gilt, dass sie zwar selten professionelle Hilfsangebote nutzen [Meyer et al., 2011], aber Betroffene, die über Beratungsgespräche hinaus Hilfsangebote suchen, nehmen häufig eine ambulante Psychotherapie in Anspruch [Bischof et al., 2012].

Empirische Belege dafür, dass Substanzstörungen in ambulanter Psychotherapie erfolgreich behandelbar sind, stammen vor allem aus randomisierten, meist internationalen Studien. Wirksamkeitsnachweise wurden unter anderem für Tabakentwöhnung [Ramon et al., 2013], Cannabisabhängigkeit [Hoch et al., 2012; The Marijuana Treatment Project Research Group, 2004], pathologisches Glücksspielen [Petry et al., 2006] und für Alkoholabhängigkeit [Bottlender und Soyka, 2005] erbracht. Ergebnisse, die unter den derzeit bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die ambulante verhaltenstherapeutische Behandlung von Substanzstörungen gewonnen wurden, liegen allerdings unseres Wissens noch nicht vor.

An der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden sammelt die an die Professur für Suchtforschung angegliederte «Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, pathologisches Glücksspielen und Raucherentwöhnung» schon seit mehreren Jahren klinische Erfahrungen mit ambulanter Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen. Das Ziel dieser Studie war die Evaluation der in der Spezialambulanz durchgeführten Psychotherapien. Dazu wurden folgende Punkte untersucht:

- Diagnostische Beschreibung der nachfragenden Klientel;
- Therapieverlauf, Anzahl der Abbrecher und Therapiebeender;
- Erfolgsraten bei den beendeten Therapien hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie und Depressivität; Effektstärken;
- subjektive Einschätzungen des Therapieerfolgs auf der Basis eines Globalurteils (Clinical Global Impression; CGI) sowie klinische Einschätzungen zur Abstinenz.

Methodik

Im Rahmen einer naturalistischen Psychotherapiestudie wurden in einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design die Daten von Patienten der Institutsambulanz für Psychotherapie der TU Dresden analysiert, die die Kriterien einer Substanzstörung oder für abhängige Verhaltensweise erfüllten (pathologisches Glücksspiel/Computerspielen oder pathologischer Internetgebrauch). Die Diagnosestellung erfolgte mithilfe des standardisierten diagnostischen Interviews CIDI (Composite International Diagnostic Interview [Wittchen und Pfister, 1997]). Zudem wurde die Standardtestbatterie der Institutsambulanz eingesetzt [z.B. Hoyer et al., 2015; Jacobi et al., 2011], zu deren forschungsbezogener Auswertung alle Patienten ihre Einwilligung erklärten (informed consent). Diese enthält neben zahlreichen soziodemografischen und anamnestischen Angaben auch den Brief Symptom Inventory (BSI) [Franke, 2000] und das Beck Depression Inventory (BDI) [Hautzinger et al., 1995] sowie die CGI [Guy, 1976]. Das Erreichen der Abstinenz wurde durch die behandelnde Therapeutin klinisch beurteilt. Normierte störungsspezifische Instrumente zum Schweregrad der Substanzabhängigkeit wurden nicht eingesetzt.

Stichprobe

Analysiert wurden die Daten von allen Patienten, die sich im Zeitraum 2010–2014 in der Institutsambulanz anmeldeten, aufgrund des Vorliegens einer Substanzstörung der «Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, pathologisches Glücksspielen und Raucherentwöhnung» zugewiesen wurden und deren Behandlung bis zum 10. November 2014 abgeschlossen war. In die Gesamtstich-

probe konnten 59 Patienten eingeschlossen werden, von denen 34 eine Therapie begannen (Intent-to-Treat(ITT)-Stichprobe; für einen Überblick siehe das Flussdiagramm in Abb. 1). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer in der ITT-Stichprobe betrug 32 Jahre, wobei drei Viertel der Patienten 18 bis 34 Jahre alt waren. Zwei Drittel der Patienten waren männlich. Die Mehrheit hatte einen Haupt- oder Realschulabschluss und ein Drittel der Patienten hatte das Abitur. Patienten, die die Behandlung abschlossen ($n = 28$; Completer-Stichprobe) unterschieden sich in keiner der genannten Variablen statistisch signifikant von den Patienten, die die Behandlung nicht begannen oder nicht abschlossen ($p > 0,42$ für alle Variablen; Tab. 1).

Bezogen auf die Gesamtstichprobe ($N = 59$) stellten Störungen im Zusammenhang mit Alkohol oder Cannabis gefolgt von Nikotinabhängigkeit den häufigsten Behandlungsanlass dar (Tab. 2). Die Diagnoseklasse «schädlicher Gebrauch» lag bei 32,9%, die Diagnose «Abhängigkeitssyndrom» bei 55,7% und die Diagnose «Störung der Impulskontrolle» (inklusive pathologischen Glücksspiels) bei 11,4% der Stichprobe vor. Bei 17% der Patienten lagen gleichzeitig mehrere Substanzstörungsdiagnosen vor, bei 89% noch mindestens 1 weitere Diagnose einer psychischen Störung. Neben weiteren Substanzstörungen waren die häufigsten komorbiden Störungsbilder affektive Störungen (44,0%), Angst-, Anpassungs- und posttraumatische Belastungsstörungen (41,6%) und somatoforme Störungen (6,4%).

Behandlung

Alle 59 Patienten nahmen an mindestens einer ersten probatorischen Sitzung teil, in der das standardisierte Interview durchgeführt wurde. Nach einer

Tab. 1. Soziodemografische und diagnostische Angaben der Intent-to-Treat-Stichprobe (N = 34)

Charakteristika	%
Alter (MW = 31,76; SD = 9,51)	
18–34 Jahre	76,5
35–49 Jahre	17,6
>50 Jahre	5,9
Geschlecht	
Weiblich	32,4
Männlich	67,6
Schulbildung	
Hauptschule	17,6
Realschule	47,1
Abitur	35,3
Therapiecharakteristika	
Kurzzeittherapie	76,5
Langzeittherapie	20,6
Selbstzahler	2,9
MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung.	

Tab. 2. Diagnosen im Bereich von Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen (bezogen auf die Gesamtstichprobe, N = 59)

Substanzstörungsdiagnose (Mehrfachvergabe möglich ^a)	n
Schädlicher Gebrauch von Alkohol	15 (21,4%)
Alkoholabhängigkeit	15 (21,4%)
Schädlicher Gebrauch von Cannabis	4 (5,7%)
Cannabisabhängigkeit	11 (15,7%)
Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikaabhängigkeit	1 (1,4%)
Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien	5 (7,1%)
Nikotinabhängigkeit	7 (10,0%)
Schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von multiplen Substanzen	4 (5,7%)
Pathologisches Glücksspielen	5 (7,1%)
Andere abnorme Störungen der Impulskontrolle (pathologischer Computer-/Internetgebrauch)	3 (4,3%)

^aZehn Patienten (16,9%) erhielten mehr als 1 Diagnose aus dem Bereich der Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen.

Wartezeit von 2 bis 4 Monaten begannen 34 Patienten eine Therapie mit mindestens 1 von der Krankenkasse bewilligten Sitzung (bzw. mindestens 1 Sitzung nach dem diagnostischen Interview bei Selbstzahlern). Bei 25 Patienten (Non-Starter) kam es über die probatorischen Sitzungen hinaus zu keiner Therapie (Abb. 1). Es handelte sich in allen Fällen um einzeltherapeutische Behandlungen, wobei entweder eine Kurzzeittherapie (25 Sitzungen, Option der Umwandlung in eine Langzeittherapie) oder eine Langzeittherapie (45 Sitzungen, Option auf Fortführung bis maximal 80 Sitzungen) unter Antragstellung mit Gutachterverfahren erfolgte. Die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen war je nach Therapieverlauf unterschiedlich und betrug bei Patienten mit abgeschlossener Therapie (n = 28) zwischen 14 und 54 Sitzungen (Mittelwert (MW) = 29). 35% dieser Patienten beanspruchten weniger als die beantragte Stundenzahl, bei 43% dieser Patienten wurde die Therapie nach dem beantragten Stundenkontingent beendet und bei 22% der Patienten wurde das Stundenkontingent verlängert.

Alle Therapien wurden von einer im Bereich der Substanzstörungen erfahrenen approbierten Psychotherapeutin unter Berücksichtigung der Vorgaben für Verhaltenstherapie der Psychotherapierichtlinie durchgeführt. Die Behandlung erfolgte im Hinblick auf die Substanzstörungen/abhängigen Verhaltensweisen angelehnt an das Manual «Modulare Therapie von Cannabisstörungen –

Das CANDIS-Programm» [Hoch et al., 2011]. Da es sich bei den durchgeführten Therapien um Psychotherapien der Regelversorgung handelte, wurden einzelne Elemente von CANDIS innerhalb eines individuellen Behandlungsplans umgesetzt. Diese können ebenso in die Behandlung von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten integriert werden, da deutliche Parallelen zu stoffgebundenen Abhängigkeiten wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Craving und Entzugserscheinungen bestehen [Jazaeri und Habil, 2012]. Bei allen Therapien erfolgen in den ersten Therapiesitzungen zunächst eine Psychoedukation (Wirkungsweise der Substanzen im Gehirn) sowie der Aufbau bzw. die Verstärkung der Veränderungsmotivation mittels motivationaler Gesprächsführung [Miller und Rollnick, 2009] bezüglich des Substanzkonsums. In einem weiteren Schritt folgen eine gezielte Selbstbeobachtung aktueller Konsummuster, die Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells und die Psychoedukation hinsichtlich der individuellen Genese vorliegender Psychopathologie (bio-psycho-soziales Entstehungsmodell). In den weiteren Sitzungen werden insbesondere Verhaltensfertigkeiten eingeübt, die eine Veränderung des Substanzkonsums (Abstinenz) einleiten und ermöglichen sollen (z.B. Auslöserkontrolle, Aufbau von Verhaltensalternativen, Umgang mit Craving, Ablehnungstraining, kognitive Bearbeitung suchtbezogener automatischer Gedanken und Grundannahmen). Nach Erreichen der Abstinenz innerhalb der ersten 10 Therapiestunden und somit der Bewilligung der verbleibenden beantragten Therapiestunden liegt der Fokus der fortgeführten Therapie auf der Aufrechterhaltung der Abstinenz (Rückfallprophylaxe) und der Behandlung der komorbiden Störungen.

Instrumente

Zu Therapiebeginn und -ende füllten die Patienten den BSI [Franke, 2000] und den BDI [Hautzinger et al., 1995] aus. Der BSI wurde als Maß für die allgemeine Psychopathologie verwendet, der BDI zur Erfassung der Schwere depressiver Symptome. Als weiterer Indikator für Therapieveränderung wurde das CGI [Guy, 1976] erhoben, wobei die Beurteilung des Therapieerfolgs zu Therapieende von Therapeutin und Patient auf einer 7-stufigen Skala erfasst wird. Zusätzlich gaben Patient und Therapeutin zu Therapiebeginn auf einer 7-stufigen Skala eine Einschätzung des Schweregrads der psychischen Erkrankung ab. Spezifische Instrumente zur Planung suchttherapeutischer Interventionen, z.B. im Hinblick auf das vorliegende Konsummuster, wurden nicht eingesetzt.

Definition von Therapieerfolg

Die Veränderungen von Prä- zu Post-Werten im BSI und BDI wurden als Indikator für den Therapieerfolg herangezogen. Es wurde der von Hiller et al. [2011] empfohlene Cut-off-Wert zwischen pathologischem und funktionalem Bereich von 0,56 bzw. 14,29 für den BSI bzw. den BDI gewählt. Zur Bestimmung einer klinisch relevanten Veränderung bei den verwendeten Maßen wurde der ebenfalls von diesen Autoren empfohlene Reliable Change Index (RCI; Intervall, ab dem von einer reliablen Veränderung gesprochen werden kann [Jacobson et al., 1984]) von $\pm 0,63$ bzw. $\pm 8,46$ für den BSI bzw. BDI verwendet (Tab. 3). Wie von Hiller et al. [2011] empfohlen, wurden Fälle, bei denen Prä-Werte unter dem entsprechenden Cut-off-Wert lagen, nur bei einer Verschlechterung in die Berechnungen einbezogen.

Das Erreichen der Abstinenz wurde bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms zur 10. Stunde anhand von Laborwerten (Urintest, Blutwert CDT, Blutwert γ -GT – nach Absprache mit dem Patienten bzw. Hausarzt), ansonsten auf Basis der klinischen Abschlussberichte geprüft, die regelhaft die klinische Einschätzung der behandelnden Therapeutin zum Substanzkonsum enthielten.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde anhand anonymisierter Datensätze durchgeführt, die in der Institutsambulanz routinemäßig aus allen Angaben in den Anmelde-, Eingangs- und Abschlussfragebögen sowie den Angaben der Therapeutin zu Therapiebeginn und -ende in der Basisdokumentation erstellt werden. Zunächst erfolgten eine Einteilung der Patienten in *Non-Starter* (kein Therapiebeginn nach dem diagnostischen Interview), *Abbrecher* (Teilnahme an mindestens 1 bewilligungspflichtigen Sitzung, jedoch Beendigung der Therapie durch den Patienten / die Therapeutin vor Erreichung des Ziels) und *Completer* (Patienten, die eine Therapie regulär beendeten) sowie die Berechnung der Anteile dieser Gruppen an der Gesamtstichprobe. Zur Beurteilung des Therapieerfolgs wurden

Tab. 3. Ergebniskategorien für BSI und BDI zur Beurteilung des Therapieerfolgs nach Jacobi et al. [2011]

	Remission: reliable Veränderung vom klinischen in den Normalbereich	Response: reliable positive Veränderung; Post-Wert weiterhin im dysfunktionalen Bereich	Non-Response: keine reliable Veränderung	Verschlechterung: reliable negative Verschlechterung
BSI (Prä-Post; Patient)	1. positive Veränderung ≥ 0.63 2. prä ≥ 0.56 3. post ≤ 0.56	1. positive Veränderung ≥ 0.63 2. prä und post ≥ 0.56	1. prä ≥ 0.56 2. Veränderung ≤ 0.63	jegliche negative Veränderung ≥ 0.63
BDI (Prä-Post; Patient)	1. positive Veränderung ≥ 8.46 2. prä ≥ 14.29 3. post ≤ 14.29	1. positive Veränderung ≥ 8.46 2. prä und post ≥ 14.29	1. prä ≥ 14.29 2. Veränderung ≤ 8.46	jegliche negative Veränderung ≥ 8.46
BSI = Brief Symptom Inventory; BDI = Beck Depression Inventory. Werte unter dem entsprechenden Cut-off wurden nur bei einer Verschlechterung in die Berechnungen einbezogen.				

Tab. 4. MW, SD und Effektstärken für BSI und BDI für die Completer- und Intent-to-Treat-Analyse

	MW (SD) BSI prä	MW (SD) BSI post	MW (SD) BDI prä	MW (SD) BDI post	d BSI	d BDI
Completer ^a	1,18 (0,50)	0,44 (0,44)	19,76 (8,41)	6,04 (6,29)	1,58	1,85
Intent-to-Treat ^b	1,21 (0,68)	0,67 (0,75)	19,09 (9,52)	9,00 (9,58)	0,83	1,16
MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; BSI = Brief Symptom Inventory; BDI = Beck Depression Inventory. ^a N = 25. ^b N = 34 (n = 25 Completer, n = 6 Abbrecher und n = 3 Completer mit fehlenden Abschlusswerten).						

für die Stichprobe der Completer, von denen Abschlusswerte vorlagen (N = 25), pro Patient die Prä-/Postdifferenzen für den BSI und den BDI gebildet (Abb. 1). Anhand dieser Differenzen erfolgte nach dem Vorgehen von Jacobi et al. [2011] eine Einteilung in die Kategorien «Remission», «Response», «Non-Response» und «Verschlechterung» (Tab. 3).

Für die ermittelten Prä-Post-Differenzen der MW von BSI und BDI wurden die Effektstärken mit gepoolten Standardabweichungen (SD) berechnet. Mit einem t-Test für abhängige Stichproben wurden die MW-Unterschiede auf ihre statistische Signifikanz überprüft. Die globalen Urteile zum Therapieerfolg wurden in die Kategorien «sehr stark/stark/etwas gebessert», «unverändert» und «etwas/stark/sehr stark verschlechtert» gefasst, wobei das Therapeutenurteil für alle Completer (N = 28) und das Patientenurteil für 25 Completer vorlag. Um eine konservative Schätzung zu erhalten, wurden die Effektstärken und die Einschätzung des Therapieerfolgs auch für die ITT-Stichprobe berechnet [Caspar und Jacobi, 2004]. Dafür wurden nach Hiller et al. [2011] alle Patienten einbezogen, die eine Therapie begannen, d.h., bei denen mindestens 1 bewilligungspflichtige Sitzung bzw. bei Selbstzahlern mindestens 1 Sitzung nach den probatorischen Sitzungen stattfand (Completer und Abbrecher). Bei der Berechnung der Effektstärken wurden fehlende Post-Werte der Abbrecher und Completer nach der Last-Observation-Carried-Forward-Methode durch die Prä-Werte ersetzt [Hiller et al., 2011]. Bei der Einschätzung des Therapieerfolgs wurden fehlende Post-Werte der Completer und Abbrecher als «unverändert» gewertet. Die Datenanalyse erfolgte mithilfe von IBM® SPSS® Statistics (Version 21.0).

Ergebnisse

Einschätzung des Schweregrads

Bezüglich des Schweregrads der psychischen Erkrankung traf die Therapeutin bei 41% der Patienten der ITT-Stichprobe die Einschätzung «deutlich/schwer/extrem schwer psychisch krank», bei 56% «mäßig psychisch krank» und in 3% der Fälle «Grenzfall psy-

chischer Erkrankung / leicht psychisch krank». Die Einteilung des subjektiv berichteten Therapieerfolgs erfolgte in die Kategorien «sehr stark/stark/etwas gebessert», «unverändert» und «etwas/stark/sehr stark verschlechtert».

Non-Response, Response und Remission

Die MW des BSI bzw. BDI zu Therapiebeginn und -ende sowohl für die Completer- als auch für die ITT-Stichprobe sind in Tabelle 4 dargestellt. Die MW der Completer- und der ITT-Stichprobe unterschieden sich nicht signifikant (t-Test für unabhängige Stichproben; $p > 0,15$ für alle Werte). Anhand der Abschlusswerte im BSI der Completer lässt sich bei 48% dieser Patienten von Remission, bei 28% von Non-Response und bei 8% von Response sprechen (Abb. 1). Bezüglich des BDI ergaben sich Anteile von 60% für Remission, von 4% für Response und von 8% für Non-Response, wobei es weder im BSI noch im BDI zu klinisch relevanten Verschlechterungen kam. Bei 16 bzw. 28% der Patienten lag der Prä-Wert im BSI bzw. BDI schon zu Therapiebeginn im subklinischen Bereich ($<0,56$ bzw. $<14,29$), weshalb keine Einteilung in die genannten Kategorien erfolgte [nach Hiller et al., 2011]. Drei von vier Patienten mit subklinischen Werten im BDI wiesen auch subklinische Werte im BSI auf.

Veränderungen im BSI und BDI

Die Unterschiede zwischen den Prä- und Post-MW waren bei den Completern sowohl für den BSI ($t = 7,47$; $p < 0,01$) als auch den BDI ($t = 7,53$; $p < 0,01$) statistisch signifikant. Gleiches galt für die ITT-Stichprobe (BSI: $t = 5,91$; $p < 0,01$; BDI: $t = 5,94$; $p < 0,01$). Die MW, SD und Effektstärken sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tab. 5. Verteilung der globalen Beurteilungen des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Patient – Completer- bzw. Intent-to-Treat-Analyse^a

	«Sehr stark/stark/ etwas gebessert»	«Unverändert» ^a	«Etwas/stark/sehr stark verschlechtert»
Therapeutin			
Completer, n	26 (93%)	1 (3,5%)	1 (3,5%)
Intent-to-Treat, n	26 (76%)	7 (21%)	1 (3%)
Patienten			
Completer, n	23 (92%)	1 (4%)	1 (4%)
Intent-to-Treat, n	23 (68%)	10 (29%)	1 (3%)
Urteil Therapeutin: n = 28, Urteil Patient: n = 25; Urteil Therapeutin ITT: n = 34, Urteil Patient ITT: n = 34.			
^a Bei den Intent-to-Treat-Analysen wurden fehlende Abschlusswerte als «unverändert» gewertet.			

Clinical Global Impression

Anhand der globalen Beurteilungen des Therapieerfolgs lässt sich festhalten, dass Patienten und Therapeutin die Symptomatik zu Therapieende in einem sehr hohen Maß als verbessert einschätzten (Tab. 5). Die von Therapeutin und Patienten abgegebenen globalen Bewertungen des Therapieerfolgs zeigten eine sehr hohe Übereinstimmung (Cramers V = 0,90, $p < 0,001$). In der ITT-Stichprobe wurde die Symptomatik von der Therapeutin noch zu 76% als «sehr stark» bis «etwas gebessert» eingeschätzt (Tab. 5). Zwischen der Completer- und der ITT-Stichprobe ergaben sich weder beim Therapeuten- (Cramers V = 0,25; $p = 0,266$) noch beim Patientenurteil (Cramers V = 0,32; $p = 0,105$) signifikante Unterschiede.

Erreichen der Abstinenz

Die Diagnosen der Therapiebeender/-abbrecher betrafen sowohl Substanzabhängigkeit (N = 11 / N = 3) als auch schädlichen Gebrauch (N = 13 / N = 2) sowie abhängige Verhaltensweisen (pathologisches Glücks- bzw. Computerspielen; N = 4 / N = 1). Alle Therapiebeender mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit erreichten zum Zeitpunkt der 10. Behandlungseinheit das Kriterium der Abstinenz. Bei Therapieende (s.o.) bestand die Abstinenz bei allen Patienten weiterhin. Bezüglich der Patienten in der ITT-Stichprobe mit der Diagnose einer Substanzabhängigkeit (N = 14) ergaben sich Abstinenzquoten von 86% zum Zeitpunkt der 10. Behandlungseinheit und von 79% zu Therapieende.

Für die weiteren Therapiebeender und -abbrecher werden keine Angaben zur Abstinenz berichtet, da die Behandlungsdiagnose keine Abstinenz verlangt (schädlicher Gebrauch (N = 15) oder pathologisches Glücks- bzw. Computerspielen (N = 5)). Sieben von acht Patienten mit der Diagnose «schädlicher Gebrauch» erreichten zum Therapieende Punktabstinenz und damit das Therapieziel eines kontrollierten Konsums.

Gründe für das Nichtzustandekommen oder den Abbruch einer Therapie

Die Gründe für das Nichtzustandekommen der Therapie bei den Non-Startern waren die Nichterreichbarkeit der Patienten nach der Wartezeit, das Nichtwahrnehmen der ersten Therapiesitzung, ein Umzug oder fehlendes Therapieanliegen. Da einige Patienten auch nach mehrfachen Versuchen der Kontaktaufnahme nicht reagierten, konnten diese Gründe nicht systematisch erfasst

werden. Die MW der Non-Starter im BSI (MW = 1,32; SD = 0,86) und BDI (MW = 21,76; SD = 13,83) zu Therapiebeginn unterschieden sich nicht signifikant von den Werten der Patienten, die eine Therapie begannen (BSI: $t = 0,55$; $p = 0,59$; BDI: $t = 0,83$; $p = 0,41$).

Die MW der Therapieabbrecher (N = 6) im BSI (MW = 1,34; SD = 1,30) und BDI (MW = 16,50; SD = 15,03) zu Therapiebeginn unterschieden sich nicht signifikant von denen der Completer (BSI: $t = -0,29$; $p = 0,78$; BDI: $t = 0,73$; $p = 0,47$). Die Entscheidung zum Therapieabbruch wurde zu gleichen Teilen auf Patienten- und Therapeutenseite sowie im gegenseitigen Einvernehmen getroffen. Als Gründe dafür wurden eine schwierige Patient-Therapeuten-Interaktion, mangelnde Patienten-Compliance und fehlende Krankheitseinsicht genannt.

Diskussion

Hinsichtlich des Therapieverlaufs zeigte sich, dass mehr als ein Drittel der anfragenden Patienten nach den probatorischen Sitzungen keine Therapie aufnahm. Allerdings ist der Anteil dieser Non-Starter damit ähnlich hoch wie in der Studie von Jacobi et al. [2011], in der Daten der gleichen Institutsambulanz zu ambulanten Psychotherapien einer großen Patientenstichprobe mit unterschiedlichsten Diagnosen analysiert wurden. So scheinen die Fälle der Non-Starter eher auf allgemeine Faktoren wie lange Wartezeiten zurückzuführen zu sein.

Auch die Abbruchquote bei den untersuchten Patienten mit Substanzstörungen lag weder höher als bei der ambulanten Rehabilitation [Soyka et al., 2003] noch als die generelle Abbruchquote bei Psychotherapien [Cinkaya et al., 2011]. Es fällt auf, dass diese zu gleichen Teilen aus der Initiative des Patienten und der Therapeutin resultierten. Die Annahme, Therapieabbrüche bei Patienten mit Substanzstörungen seien hauptsächlich der fehlenden Compliance des Patienten geschuldet [Bilitza, 2009], kann durch diese Beobachtung allerdings weder bekräftigt noch entkräftet werden.

Die Auswertung der Prä-Post-Fragebogenmaße zeigte, dass die Psychotherapien zu einer signifikanten Reduktion der allgemeinen Symptombelastung und der Depressivität führten. Dabei wurde eine hohe bis sehr hohe Erfolgsrate erzielt, auch bei Betrachtung der ITT-Stichprobe. Besonders die niedrigen Raten von Non-Response und Verschlechterung sprechen dafür, dass die ambulante Psychotherapie bei Substanzstörungen wirksam sein kann.

Die vorgelegten Ergebnisse zur Behandlung von Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen lagen in einem mit der Behandlung anderer ambulant behandelter psychischer Störungen vergleichbaren Bereich [Jacobi et al., 2011]. Verglichen mit ambulanten Psychotherapien bei anderen Störungsbildern zeigt sich, dass die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Erfolgsraten bezüglich des BSI tendenziell sogar höher sind als beispielsweise bei der Behandlung von Patienten mit unipolarer Depression (41% [Schindler und Hiller, 2010]) und sozialer Phobie (44 % [Crecelius und Hiller, 2014]).

Die Höhe des durchschnittlichen BSI-Abschlusswerts der Completer (0,44) steht im Einklang mit anderen Studien, die dieses Kriterium erhoben und eine Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen belegen konnten [Hoch et al., 2012; Petry et al., 2006].

Die berechneten Effektstärken für die Completer im BSI und BDI sind mit 1,6 bzw. 1,9 nach Cohen [1988] als sehr hoch einzustufen. Auch eine konservative Schätzung unter Einbezug der Abbrecher nach dem ITT-Ansatz ergab hohe Effektstärken von 0,8 bzw. 1,2. Somit konnten durch die Therapie große bis sehr große Veränderungen erzielt werden, wobei der Hinweis gilt, dass es sich hierbei nicht um kontrollierte, sondern lediglich um Effektstärken für den Prä-Post-Gruppenvergleich handelt.

Die Analysen der CGI ergaben, dass die durchgeführten Psychotherapien von den Behandelten und der Psychotherapeutin übereinstimmend in einem sehr hohen Maß als erfolgreich eingestuft wurden. Diese Urteile sind mit den von Jacobi et al. [2011] ermittelten Ergebnissen vergleichbar. Auch bei der ITT-Analyse lag die Verbesserungsrate mit 70–80% immer noch sehr hoch. Die Ergebnisse der Untersuchung aus Fragebogenwerten und subjektiven Einschätzungen sprechen insgesamt für die Effektivität von ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen in der vorliegenden Stichprobe und sollten weitere Untersuchungen stimulieren.

Wegen der noch relativ geringen Datenbasis sind die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren und bedürfen der unabhängigen Replikation in vergleichbaren Settings. Da diese Studie keine Kontrollgruppe ohne Behandlung beinhaltete, können die gezeigten Effekte nicht kausal auf die ambulante Verhaltenstherapie zurückgeführt werden [Höfler et al., 2010]. Die Effektivität von Verhaltenstherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen wurde allerdings schon früher in Form von kontrolliert-randomisierten Studien nachgewiesen [Hoch et al., 2012; Petry et al., 2006]. So können die vorgelegten Ergebnisse trotz methodischer Einschränkungen als erste Belege für die Machbarkeit und Effektivität ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen unter Praxisbedingungen angesehen werden. Dennoch wäre zur untersuchten Thematik eine kontrolliert-randomisierte Therapiestudie mit Wartekontrollgruppe wünschenswert.

Eine weitere zentrale Einschränkung betrifft die verwendeten Messinstrumente. Neben den verwendeten, eher störungsunspezifischen Maßen standen keine Daten aus substanzstörungsspezifischen Messverfahren zur Verfügung, die die eigentlich interessierende Kernsymptomatik reliabel und veränderungssensitiv erfassen. Dementsprechend ist die Entwicklung eines einfach handhab-

baren Standardinstruments zur Evaluation der ambulanten Psychotherapie bei Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen anzuregen. Auch Messverfahren, die anzeigen, inwieweit und wie sicher eine Punktabstinenz [Körkel, 2002] erreicht wurde, wären wünschenswert.

Ein Problem stellt auch die Konfundierung der Substanzstörungsproblematik mit komorbiden Störungen dar. Da bei den meisten Patienten (teils sogar multiple) komorbide Störungen bestanden und mitbehandelt wurden, können die ermittelten Veränderungen nicht eindeutig spezifisch auf eine Veränderung hinsichtlich der Substanzstörungssymptomatik zurückgeführt werden; diese könnte sich auch aufgrund der geringeren Belastung im Hinblick auf die komorbide Störung gebessert haben [z.B. Hoyer et al., 2009].

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind ferner nur eingeschränkt generalisierbar, da die Therapien allesamt von der gleichen Therapeutin durchgeführt wurden. Es handelt sich bei der untersuchten Spezialambulanz um eine Fachambulanz mit spezieller Expertise. In der psychotherapeutischen Versorgung werden typischerweise hingegen einige, wenige Patienten mit (komorbiden) Substanzstörungen und abhängigen Verhaltensweisen in einer Einrichtung behandelt [Behrendt et al., 2014].

Zukünftige Studien zu ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen sollten das Kriterium «Abstinenz» zu unterschiedlichen Messzeitpunkten objektivieren und substanzstörungsspezifische Messinstrumente einsetzen. Ergänzende objektive Abstinenzkontrollen (vor allem per Ethylglucuronid-Bestimmung [Wurst et al., 2009]) sind leider mangels Erstattung durch die Kassen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie derzeit kaum möglich und sollten bei der Überarbeitung der Richtlinien berücksichtigt werden. Eine Datenaggregation mehrerer Ambulanzen würde zu einer größeren und aussagekräftigeren Stichprobe führen [Hoyer et al., 2015]. Die Stabilität der Ergebnisse konnte nicht geprüft werden und sollte in Zukunft mit einer Follow-up-Messung festgestellt werden. Aus weiteren naturalistischen Therapiestudien sollten, wie von Behrendt et al. [2014] empfohlen, Richtlinien zur Indikation und Kontraindikation ambulanter Psychotherapie abgeleitet werden.

Zu hoffen ist, dass sich in Zukunft mehr ambulant tätige Psychotherapeuten und Praxiseinrichtungen dem Handlungsfeld «Substanzstörungen» zuwenden. Einen entscheidenden Einfluss darauf wird der Einbezug des Themas in die Therapieausbildung und Weiterbildungen haben.

Die Resultate dieser Untersuchung sind in Anbetracht der Skepsis gegenüber der Öffnung der Psychotherapierichtlinie für die ambulante Psychotherapie bei Substanzstörungen unserer Einschätzung nach ermutigend. Da psychologische Psychotherapeuten im Praxisalltag häufig mit Substanzstörungen als Haupt- oder Zweitdiagnose konfrontiert werden, führt diese Änderung zu erweiterten Handlungsmöglichkeiten für niedergelassene Psychotherapeuten und zu einer Verbesserung der gesamten Versorgungssituation. Zur Prüfung der Frage, ob wirklich ein größerer Anteil der Personen mit Substanzstörungen früher als bisher erreicht und erfolgreich behandelt werden kann, ist allerdings eine erheblich breitere Datenbasis erforderlich.

Disclosure Statement

Die Autoren geben an, dass in Bezug auf diesen Artikel kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: S3-Leitlinie: Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. 2015, www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html.
- Behrendt S, Bühringer G, Hoyer J: Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen. *Psychotherapeut* 2014; 59:310–316.
- Behrendt S, Hoyer J: Einsatzfelder ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen. *Psychotherapeutenjournal* 2010;9:4–13.
- Bilitza KW: Praxis der ambulanten Psychotherapie der Sucht. *Sucht Aktuell* 2009;16:57–62.
- Bischof A, Meyer C, Bischof G, et al: Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. *Sucht* 2012;58:369–377.
- Bottlender M, Soyka M: Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *Eur Addict Res* 2005;11:132–137.
- Bühringer G, Behrendt S, Hoch E, et al: Versorgung von Personen mit Substanzstörungen in Deutschland: Allgemeine Strukturfragen und die Einbeziehung der Psychotherapeuten. *Sucht Aktuell* 2009;16:44–47.
- Bundespsychotherapeutenkammer, Fachverband Sucht e.V.: Psychotherapie und Suchtbehandlung – Möglichkeiten der Kooperation. *Sucht Aktuell* 2009;16:38–41.
- Caspar F, Jacobi F: Psychotherapieforschung; in Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz SKD (Hrsg): Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutenIn und für die ärztliche Weiterbildung. München, CIP-Medien, 2004, pp 395–410.
- Cinkaya F, Schindler A, Hiller W: Wenn Therapien vorzeitig scheitern. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:224–234.
- Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences, ed 2. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1988.
- Crecelius V, Hiller W: Die Evaluation von Therapieeffekten bei sozialen Angststörungen in einer Hochschulambulanz mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. *Z Klin Psychol Psychother* 2014;43:112–120.
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Vereinbarungen im Suchtbereich, ed 2. 2013, www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publication-File/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf.
- Franke GH: BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Göttingen, Beltz, 2000.
- Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 15. Oktober 2009. *Bundesanzeiger* 2009;186:4137, www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/ambulante_Versorgung/20091015_rl-g-ba_pt-richtlinie.pdf.
- Geyer D, Batra A, Beutel M, et al: AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 2006;52:8–34.
- Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, et al: Beck-Depressions-Inventar (BDI), ed 2. Bern, Huber, 1995.
- Hildebrandt A, Behrendt S, Hoyer J: Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid Posttraumatic Stress Disorder: a systematic review. *Psychother Res* 2015;25:565–582.
- Hildebrandt A, Sonntag D, Bauer C, et al: Versorgung Suchtkranker in Deutschland: Ergebnisse der Suchthilfestatistik 2007. *Sucht* 2009;55:15–34.
- Hiller W, Schindler A, Andor T, et al: Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanz im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:22–32.
- Hoch E, Zimmermann P, Henker J, et al: Modulare Therapie von Cannabisstörungen. Das CANDIS-Programm. Göttingen, Hogrefe, 2011.
- Hoch E, Noack R, Henker J, et al: Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *Eur Neuropsychopharmacol* 2012;22:267–280.
- Höfler M, Gloster AT, Hoyer J: Causal effects in psychotherapy: counterfactuals counteract overgeneralization. *Psychother Res* 2010;20:668–679.
- Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, et al: Reduction of sexual dysfunction: a by-product of effective cognitive-behavioral therapy? *Sex Relation Ther* 2009;24:64–73.
- Hoyer J, Velten J, Benecke C, et al: Koordinierte Forschung an Hochschulambulanz: Status quo und Agenda. *Z Klin Psychol Psychother* 2015;44:80–87.
- Jacobi F, Uhmman S, Hoyer J: Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Z Klin Psychol Psychother* 2011;40:246–256.
- Jacobson NS, Follette WC, Revenstorf D: Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 1984; 15:336–352.
- Jazaeri SA, Habil MHB: Reviewing two types of addiction – pathological gambling and substance use. *Indian J Psychol Med* 2012;34:5–11.
- Körkel J: Kontrolliertes Trinken: eine Übersicht. *Suchttherapie* 2002;3:87–96.
- Kraus L, Sassen M, Kroher M, et al: Beitrag der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung pathologischer Glücksspieler: Ergebnisse einer Pilotstudie in Bayern. *Psychotherapeutenjournal* 2011;2:152–156.
- Krausz M, Verthein U, Degkwitz P: Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 1998;69:557–567.
- The Marijuana Treatment Project Research Group: Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:455–466.
- Matos EGD, Kraus L, Pabst A, et al: Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. *Sucht* 2013;59:355–366.
- Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A, et al: Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport. 2011, www.jogoremoto.pt/docs/extra/FoexpP.pdf.
- Miller WR, Rollnick S: Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009;37:129–140.
- Petry NM, Ammerman Y, Bohl J, et al: Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:555–567.
- Ramon JM, Nerin I, Comino A, et al: A multicentre randomized trial of combined individual and telephone counselling for smoking cessation. *Prev Med* 2013;57: 183–188.
- Schindler A, Hiller W: Therapieeffekte und Responderaten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Z Klin Psychol Psychother* 2010;39:107–115.
- Soyka M, Hasemann S, Scharfenberg CD, et al: Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. *Nervenarzt* 2003;74:226–234.
- Stewart SH, Conrod PJ: Anxiety and substance use disorders. The vicious cycle of comorbidity. New York, NY, Springer, 2008.
- Wittchen HU, Pfister H: DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview. Frankfurt/M., Swets & Zeitlinger, 1997.
- Wurst FM, Thon N, Weinmann W: Direkte Ethanolmetabolite in Blut und Urin: Relevanz in Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen. *J Neurol Neuropsychiatr* 2009;10:82–85.