



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Distinctions Without a Difference?“

Es kommt darauf an!

Eine Metaanalyse zur relativen Wirksamkeit
psychotherapeutischer Verfahren bei
Alkoholkonsumstörungen“

Verfasserin

Hannah Bischof

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, August 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuerin / Betreuer: Mag. Dr. Ulrich Tran

Ich danke...

...Dr. Mag. Ulrich Tran für die Möglichkeit dieses – für mich so interessante und relevante – Thema zu bearbeiten und für die kompetente, engagierte und angenehme Betreuung.

... meinem Vater für die Hilfe beim Bezwingen der Programmiersprache der statistischen Programme, für die konstruktive Kritik und dafür, dass er mir die Lust am kritischen Denken vermittelt hat.

... Mag.^a Bettina Gregor und Mag.^a Sarah Braun für die Bereitstellung von Unterlagen und die bereitwillige Auskunft und Weitergabe von Informationen.

... Marcelo Atria für die sprach- und fachkundige Hilfe bei der Übersetzung eines südamerikanischen Artikels.

... meiner Mutter dafür, dass Sie mir das Interesse an Psychologie und Psychotherapie quasi in die Wiege gelegt hat, für die vielen spannenden Diskussionen und dafür, dass sie in allen Situationen an mich und meine Fähigkeiten glaubt.

... Mag.^a Beatrix Wimmer dafür, dass Sie mich über Umwege zu diesem Diplomarbeitsthema geführt hat, und für ihr inspirierendes Vorbild im beruflichen Kontext.

... allen StudienautorInnen, die mir ihre Artikel, zusätzliche Daten und Informationen geschickt, und darüber hinausgehende Tipps und Hinweise gegeben haben.

... meinem Freund Philipp, weil es uns einfach so gut geht.

... und – last, but not least – meinen Freunden und Freundinnen und meiner Familie für die vielen schönen Momente, die wir miteinander verbringen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Das Dodo Bird Verdict.....	1
1.2. Wirksamkeit von Psychotherapie bei Alkoholkonsumstörungen.....	2
1.3. Die Metaanalysen von Wampold und KollegInnen.....	3
1.4. Ziel der Studie.....	4
1.5. ...when, where, why, and how?.....	5
1.2.1. Researcher Allegiance.....	5
1.2.2. Ambulantes oder stationäres Setting?.....	6
1.2.1. Behandlungsziel	6
1.2.1. Jeder Mensch ist anders – helfen Matchingverfahren?.....	6
2. Methode	9
2.1. Inklusions- und Exklusionskriterien.....	9
2.2. Suchstrategie	11
2.3. Kodierung.....	13
2.4. Statistische Methoden.....	16
2.4.1. Effektgrößenberechnung	16
2.4.2. Auswertung – Metaanalytische Verfahren.....	19
2.4.2.1. Random-Signs-Verfahren.....	19
2.4.2.2. Kategorienvergleiche.....	20
3. Ergebnisse	23
3.1. Deskriptive Eigenschaften	23
3.2. Random-Signs-Methode nach Imel et al. (2008).....	28
3.3. Kategorienvergleiche.....	30
3.3.1. Zentrale Tendenz und Heterogenität.....	30
3.3.1.1. Heterogenität.....	32
3.3.2 Sensitivitätsanalysen	33
3.3.2.1. Leave-one-out.....	33
3.3.2.2. Trim and Fill.....	33
3.3.2.3. weitere Sensitivitätsanalysen	34
3.3.2.4. Subgruppenanalysen Aversionstherapie und Psychodynamische Therapie.....	35

3.3.3. Analyse der Completerraten.....	37
3.3.4. Klinische Signifikanz.....	37
3.3.5. Moderatoranalysen	38
3.3.5.1. Zeitspanne bis zur Erhebung.....	39
3.3.5.2. Post- vs. Follow-up Ergebnisdaten.....	40
3.3.5.3. Setting.....	40
3.3.5.4. Tendenzen.....	41
3.3.5.5. Researcher Allegiance	43
4. Diskussion	45
4.1. Random-Signs Verfahren	45
4.2. Kategorienvergleiche	46
4.3. Wirksamkeitsunterschiede.....	47
4.4. Überlegungen zur geringen Wirksamkeit der Aversionstherapie.....	48
4.5. Überlegungen zur guten Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie.....	48
4.6. Heterogenität und Moderatoranalysen.....	50
4.7. Klinische Signifikanz und Completer-Raten.....	54
4.8. zur Relevanz differenzierter Ergebnismaße.....	54
4.9. Einschränkungen.....	56
4.10. Resümee.....	57
5. Zusammenfassung / Abstract.....	59
6. Literatur.....	61
7. Tabellenverzeichnis.....	73
8. Abbildungsverzeichnis.....	74
9. Appendices.....	75

1. Einleitung

So sehr sich die junge Wissenschaft der Psychotherapieforschung in einem dynamischen und oft auch hitzigen Prozess befindet, ein Fakt scheint mittlerweile durch zahllose Studien und Metaanalysen erwiesen: Psychotherapie wirkt (z.B. McNeilly & Howard, 1991; Smith & Glass, 1997; Grissom, 1996; Lipsey & Wilson, 1993, Shadish, Matt, Navarro, & Phillips, 2000). Ein weites Feld der Diskussion betrifft hingegen die Frage, ob verschiedene Psychotherapieverfahren unterschiedlich große Effekte erzielen.

Einerseits gibt es für kognitiv-behavioral orientierte Therapieverfahren – die bei weitem am besten untersuchte Therapiegruppe – viel Evidenz über gute Wirksamkeit und auch etliche Studien und Übersichtsarbeiten, die eine überlegene Wirksamkeit der Verhaltenstherapie gegenüber anders orientierter Therapieverfahren demonstrieren (z.B. Dobson, 1989; Shapiro & Shapiro, 1982; Tolin, 2010, Grawe, Donati, & Bernauer, 1994, Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

Auf der anderen Seite gibt es eine große Zahl von Metaanalysen, die keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede zwischen Therapieverfahren unterschiedlicher theoretischer Orientierungen fanden (z.B. Luborsky et al., 2002; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977; Wampold et al., 1997; Baardseth et al., 2013).

1.1 Das Dodo Bird Verdict

Dieses viel diskutierte Phänomen – auch als „Dodo Bird Verdict“ oder Äquivalenzannahme bezeichnet - ist eines der am intensivsten untersuchten Themen der Psychotherapieforschung. Eine Erklärung für die Beobachtung gleicher Effekte ist, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie in Wirklichkeit nicht oder nur zu einem kleinen Teil durch spezifische Faktoren – die dem jeweiligen Therapieverfahren eigenen technischen Schritte und Verhaltensweisen – vermittelt wird. Stattdessen wird angenommen, dass das, was Psychotherapie wirksam macht, allgemein psychotherapeutische, sogenannte „common factors“ sind (Rosenzweig, 1936/2002).

Als allgemein wirksame, unspezifische Wirkfaktoren werden Elemente wie eine tragfähige Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn, klare Struktur der Therapie und eine glaubhafte Theorie dafür, wieso die psychischen Probleme entwickelt wurden, angenommen (Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003).

Kritiker der Common-Factors Theorie wenden ein, dass es ebensogut

verschiedene und den jeweiligen Therapieverfahren spezifische – aber eben gleich gut wirksame – Faktoren sein könnten, die zur Beobachtung gleicher Symptomverbesserung führen. DeRubeis, Brotman und Gibbons (2005) argumentierten beispielsweise mit dem häufigen Befund gleicher Wirksamkeit zwischen psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungen. In diesem Fall käme kaum jemand auf den Gedanken zu behaupten, dass diese Methoden über die exakt gleichen Faktoren Effekte erzielen.

1.2 Wirksamkeit von Psychotherapie bei Alkoholkonsumstörungen

Widmet man sich der absoluten Wirksamkeitsforschung im Bereich spezifischer Therapie für Alkoholkonsumstörungen, so ist der erste systematische Review von Emrick (1974) zu nennen, von dem die – in Suchttherapiekreisen häufig zitierte und mehrmals replizierte (z.B. Miller, Walters, & Bennett, 2001) – „Drittel-Faustregel“ stammt. Ihr zufolge weisen etwa 33 Prozent der PsychotherapiepatientInnen nach der Behandlung dauerhafte Abstinenz auf; ein weiteres Drittel ist deutlich gebessert und bei den restlichen 33 % muss damit gerechnet werden, dass sich die Problembelastung im Laufe der Therapie nicht oder nur marginal verändert.

Im Bereich der relativen Wirksamkeitsforschung für Psychotherapieverfahren im Alkoholismusspektrum ist die Befundlage eher inhomogen:

Einerseits gibt es eine recht große Zahl an Metaanalysen, die die Wirksamkeit einer spezifischen Therapiemethode untersuchten. Im Großteil dieser Studien, die beispielsweise behavioral orientierte Methoden wie die Kognitive Verhaltenstherapie (Magill & Ray, 2009; Longabaugh & Morgenstern, 1999; Monahan & Finney, 1996), Behavioral Self Control Training (Walters, 2000), aber auch Methoden anderer Orientierungen wie Motivational Interviewing (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Lundahl, 2010), oder das Zwölf Schritte Verfahren (Ferri, Amato, & Davoli, 2009) untersuchten, ergab sich ein einheitliches Bild: Im Vergleich mit Kontrollgruppen, „treatment as usual“ oder Plazebotherapiemethoden wurde eine Überlegenheit des jeweils untersuchten spezifischen Therapieverfahrens beobachtet. Wurden jedoch „Bona Fide“ Therapieverfahren – also Methoden, die gewisse Qualitätsansprüche stellen und tatsächlich für die Besserung von psychischen Erkrankungen entwickelt worden sind – miteinander verglichen, so zeichnete sich in den allermeisten Fällen gleiche Wirksamkeit ab. Berglund et al., (2003) kamen in einem Review ebenso zu dem

Ergebnis, dass spezifische Therapieverfahren sich in ihrer Wirksamkeit nicht signifikant unterscheiden. Auch Morgenstern und McKay (2007) berichten in ihrem Review von sehr geringen Unterschieden in der Effektivität von Bona Fide Therapieverfahren.

Einige Metaanalysen und Reviews kamen hingegen zum Schluss, dass tatsächlich relativ große Wirksamkeitsunterschiede zwischen alkoholismusspezifischen Therapieverfahren zu beobachten sind, sofern die Studien nach Qualität der Analyse gewichtet werden. Außerdem sei vor allem für viele – in der Praxis gängige Verfahren – schlicht zu wenig Evidenz vorhanden ist, um sichere Aussagen über deren Wirksamkeit machen zu können. Eine große Übersichtsarbeit – die sogenannte Mesa Grande Studie (Miller & Wilbourne, 2002) – kam in diesem Sinne zum Schluss, dass die Therapieverfahren mit der größten empirischen Unterstützung Motivational Interviewing, soziales Kompetenztraining, Verhaltensverträge und kognitiv-behaviorale Paartherapie sind – alles Therapieverfahren mit starken kognitiv-behavioralen Einflüssen (bis auf das Motivational Interviewing, das sich auch explizit auf Rogers (1961/2000) bezieht). Die Methoden hingegen, für die am wenigsten Belege vorhanden sind, sind allgemeine alkoholbezogene Beratung, „Psychotherapie“ (eine unspezifische Kategorie mit Gruppen- und Einzeltherapieverfahren), konfrontative Beratung und Entspannungstraining.

Monahan und Finney (1996) hingegen fanden in ihrer Studie über einflussreiche Moderatoren im Alkoholtherapiebereich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Einbezug behavioraler Methoden und nachfolgenden Abstinenzraten.

1.3 Die Metaanalysen von Wampold und KollegInnen

Eine Herausforderung in der Untersuchung der relativen Wirksamkeit betrifft die Art und Weise, mit der die Therapieverfahren untereinander verglichen werden. Sofern die gemittelten Effektgrößen aus Vergleichen mit unspezifischen Kontrollgruppen und zudem – wie in den meisten oben zitierten Metaanalysen – aus sehr unterschiedlichen Studien stammen, sind die gemittelten Effektwerte kaum vergleichbar. Studienspezifische Faktoren wie die Art der Ergebnismaße, patientInnenspezifische Faktoren, unterschiedliche kulturelle und behandlungsbezogene Gegebenheiten oder die Zusammensetzung des Teams können nämlich einen ebenso großen Effekt auf die beobachtete Wirksamkeit haben wie die Wahl des Therapieverfahrens selbst (Shadish & Sweeney, 1999). Um diese studienspezifischen Unterschiede möglichst konstant zu

halten, bezogen Imel, Wampold, Miller und Fleming (2008) in ihrer Metaanalyse ausschließlich direkte Vergleiche von Bona-Fide Therapieverfahren ein und fanden, dass hier „distinctions without a difference“ gemacht würden, also Unterscheidungen ohne empirisch nachweisbarem Unterschied in der Wirksamkeit. Zu dem gleichen Ergebnis kamen methodisch ähnliche Analysen im Bereich der Posttraumatischen Belastungsstörung (Benish, Imel, & Wampold, 2008) und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Miller, Wampold, & Varhely, 2008). Die Metaanalyse von Imel et al. nutzte ein spezielles, erstmals von Wampold et al. (1997) vorgestelltes Verfahren, das als zusätzlichen Vorteil hat, dass es keine Klassifizierung der Therapieverfahren erfordert. Das Random-Signs-Verfahren macht eine Omnibus-Testung der Äquivalenzhypothese möglich, erlaubt darüber hinaus aber keine differenzierten Aussagen bezüglich der relativen Wirksamkeit. Falls das Verfahren also Wirksamkeitsunterschiede zum Ergebnis hätte, könnten keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Therapieverfahren es genau sind, die in welchem Ausmaß wirksamer sind als andere.

1.4. Ziel dieser Studie

Ziel der vorliegenden Studie ist es einerseits, die Metaanalyse von Imel et al. (2008) mit aktualisiertem Studienkorpus durchzuführen und andererseits, eine zweite Methode anzuwenden, bei der eine klassische Metaanalyse pro Gruppen von Therapiemethoden durchgeführt wird (z.B. Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen 2008; Braun, Gregor, & Tran, 2013) – auch hier werden nur direkte Vergleiche von Bona Fide Therapieverfahren einbezogen. Erstens sind durch Einsatz der klassischen Metaanalysen differenzierte Aussagen zur relativen Wirksamkeit spezifischer Therapieverfahren möglich, zweitens soll die Angemessenheit des Random-Signs-Verfahrens (das mehrfach aufgrund methodischer Probleme kritisiert wurde (Howard, Krause, Saunders, & Kopta, 1997; Chrits-Christoph, 1997; Maltzman, 2001) überprüft werden und drittens sollen mittels Moderatoranalysen Aussagen zum Einfluss von studienspezifischen Merkmalen auf das Ergebnis getroffen werden. Denn „Knowledge of average effects says nothing about when, where, why, and how therapy works“ (Shadish & Sweeney, 1991, S.883).

1.5 ...when, where, why, and how?

Studien-, therapie- und patientInnenbezogene Variablen (siehe auch Maltzman, 2001), von denen – aufgrund von Forschungsergebnissen und teilweise schon lange andauernden Diskussionen unter Experten – Auswirkungen auf das Ergebnis erwartet werden, umfassen unter anderem das Konstrukt der Researcher Allegiance, Settingvariablen, Art des Therapieziels und die Form der Alkoholkonsumstörung.

1.5.1 Researcher Allegiance

Ein Aspekt, der in der Studie von Imel et al. (2008) einen besonderen Stellenwert einnimmt ist, dass der Einfluss der Researcher Allegiance ermittelt wurde, also das Maß an Loyalität, das die jeweiligen Forscher den untersuchten Therapiemethoden entgegenbringen. Wie etwa Gaffan, Tsaousis, und Kemp-Wheeler (1995) oder Luborsky et al. (1999) zeigten, ist die Vorstellung eines neutral forschenden Wissenschaftlers eine Utopie. Es muss den Verantwortlichen gar nicht unterstellt werden, die Studienbedingungen zu Gunsten der von ihnen favorisierten Therapiemethode bewusst zu manipulieren, doch scheint in jedem Fall mit einem nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Studienergebnisse gerechnet werden zu müssen. Die Art und Weise, in der Imel et al. den Einfluss der Researcher Allegiance aus dem Gesamtergebnis herausrechneten, ist allerdings in Frage zu stellen. Es wurde nämlich – ungeachtet der theoretischen Richtung, in die die Forscher tendierten – der numerische Wert, der die Größe der Allegiance (nach Multiplikation mit einem Koeffizient, der den Einfluss der Allegiance auf das Gesamtergebnis ausdrückt) von den in den Primärstudien beobachteten Effektgrößenunterschieden abgezogen. Wenn jedoch eine Studie – trotz starker Allegiance für Methode A – ein Methode B favorisierendes Ergebnis erzielt, so sollte die beobachtete Effektgröße auf keinen Fall nach unten, sondern nach oben (weil sie ja nicht wegen, sondern trotz Allegiance zustande gekommen ist) korrigiert werden. Abgesehen davon ist die nachträgliche und mehr oder weniger willkürliche Korrektur von Effektgrößen definitiv diskussionswürdig. In der vorliegenden Analyse soll der Einfluss der Researcher Allegiance mittels klassischer Metaregression (unter Beachtung der Richtung der Allegiance) untersucht werden.

1.5.2 Ambulantes oder stationäres Setting?

Ein viel beforschtes Feld im Bereich der Wirksamkeitsforschung von alkoholspezifischer Psychotherapie ist die Frage, ob stationäre ambulanten Therapieformen tatsächlich überlegen sind und ob die weitaus höhere Kostenintensität der ersten Form dadurch gerechtfertigt werden kann. Mit Ausnahme des Reviews von Finney, Hahn und Moos (1996) fand der Großteil der Analysen keine Indizien für eine überlegene Wirksamkeit stationärer Therapie (Annis, 1986; Miller & Hester, 1986). Rychtarik et al. (2000) präzisierten diese Funde insofern, als PatientInnen mit schwereren Formen von alkoholbezogenen Konsumstörungen mehr von stationärer Psychotherapie zu profitieren scheinen, PatientInnen mit leichteren Formen hingegen eher von ambulanter.

1.5.3 Behandlungsziel

Ob kontrolliertes Trinken im Vergleich zu völliger Abstinenz ein mögliches und sinnvolles Therapieziel ist oder nicht, wird seit etwa vierzig Jahren sehr kontrovers diskutiert und intensiv beforscht (z.B. Marlatt & Witkiewitz, 2002; Bottlender, Spanagel, & Soyka, 2007; Körkel, Soyka, Bottlender, & Spanagel, 2005), wobei in ForscherInnenkreisen nach wie vor Uneinigkeit besteht. Tendenziell wird kontrolliertes Trinken von kognitiv-behavioral orientierten TherapeutInnen und ForscherInnen unterstützt, Anhänger traditionellerer Methoden (z.B. des Zwölf-Schritte Programms oder Psychodynamischer Therapieverfahren) halten es hingegen eher für ein unrealistisches Ziel (Graber & Miller, 1988; Miller, 1983; Flores, 2007).

1.5.4 Jeder Mensch ist anders – helfen Matchingverfahren?

Dem Umstand, dass Alkoholismus nicht gleich Alkoholismus ist und dass unterschiedliche Entstehungsbedingungen unterschiedliche Verlaufsformen aufweisen und demnach auch angepasstes therapeutisches Vorgehen erforderlich ist, tragen vielfältige, seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts entstandene, Klassifikationssysteme Rechnung (Schuckit, Pitts, Reich, King, & Winokur, 1969; Babor et al., 1992; Jellinek, 1960; Cloninger, Bohman, & Sigvardsson, 1981; Lesch, Bonte, Walter, Musalek, & Sprung, 1990). Einzelne Studien versuchten – mit unterschiedlichem Erfolg – spezifische Faktoren zu extrahieren, die vorhersagen sollten,

welche PatientInnen von welchen Therapieverfahren mehr profitieren würden: die sogenannte Matching-Hypothese (z.B. Project Match Research Group, 1997; Rohsenow et al., 1991; Karno & Longabaugh, 2007; Kalman, Longabaugh, Clifford, Beattie, & Maisto, 2000; Brown, Seraganian, Trambly & Annis, 2002). Die meisten Typologien unterscheiden, sehr vereinfacht dargestellt, zwischen körperlicher Abhängigkeit aufgrund regelmäßigen Konsums bzw. Erbanlagen einerseits, und Trinken als Bewältigungsstrategie psychischer und sozialer Problemen andererseits. Es kann leider nicht davon ausgegangen werden, dass in ausreichend vielen Studien Auskunft über die Verteilung der Alkoholismustypen in der Stichprobe gegeben wird. Daher soll das Vorkommen komorbider psychischer Erkrankungen – als Näherung an die Verteilung der verschiedenen Typen in den jeweiligen Studienstichproben – als Moderator in die Analyse einbezogen werden.

2. Methode

2.1. Inklusions- und Exklusionskriterien

In die Analyse eingeschlossen wurden Studien, die mittels kontrolliertem, randomisiertem Vorgehen die Wirksamkeit von mindestens zwei Behandlungsverfahren für Alkoholkonsumstörungen untersuchen. Diese Therapieverfahren mussten Bona Fide Kriterien entsprechen und unterschiedliche theoretische und methodische Merkmale und Wirkungsweisen beinhalten.

Zur Feststellung der Bona Fide Kriterien wurden dabei die von Wampold et al. (1997) entwickelten Bedingungen herangezogen: Die Therapieverfahren mussten mindestens drei Sitzungen umfassen und im direkten Kontakt zwischen einem/r oder mehreren TherapeutInnen und einem/r oder mehreren PatientInnen stattfinden. Das Vorgehen des/r TherapeutIn sollte an den Bedarf des/r PatientIn angepasst sein und es sollte die Möglichkeit eines Beziehungsaufbaus geschaffen werden. Verfahren, die aus einer einzigen Feedbacksitzung, dem Vorlesen aus einem Manual, oder einer über Chat oder Email geführten Konversation bestanden, wurden demnach ausgeschlossen.

Außerdem mussten mindestens zwei der folgenden vier Bedingungen erfüllt sein: (a) Bezug zu einem etablierten therapeutischen Ansatz, (b) Beschreibung der Therapie, die psychologische Prozesse (z.B. „operante Konditionierung“, „Problemklärung“, „Lerntheorie“, etc.) enthält, (c) die Verwendung eines Manuals und/oder (d) Beschreibung der für Veränderung relevanten Bestandteile (unter Angabe von Quellen).

Es wurden – ebenso wie bei Imel et al. (2008) – keine Einschränkungen bezüglich der Qualifizierung der TherapeutInnen (in den Originalkriterien von Wampold et al., 1997 wird mindestens ein Mastertitel gefordert) gemacht, da es bei vielen suchtspezifischen Therapieverfahren in den USA gängige Praxis ist, dass auch Personen ohne Masterausbildung Behandlungen durchführen.

In Anlehnung an Imel et al. wurden zusätzlich eine Reihe spezifischer Studiendesigns ausgeschlossen: (a) Komponentenstudien, die die Anwesenheit und Intensität spezieller Techniken in den verschiedenen Studienarmen variierten (z.B. Maisto, McKay, & O'Farrell, 1995); (b) Studien, in denen sich die theoretische Basis der Therapieverfahren nicht klar unterschied, in denen z.B. nur Format (z.B. kognitiv-behaviorale Paartherapie vs. individuell durchgeführte kognitiv-behaviorale Therapie, z.B. Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006), Behandlungsziel (völlige Abstinenz vs.

kontrolliertes Trinken, z.B. Graber und Miller, 1988) oder Setting (ambulant vs. stationär, z.B. Doyle et al., 2003) variiert wurden.

Im Falle von Studien, die zusätzlich oder parallel zur Wirksamkeit der Psychotherapie auch die Effektivität unterschiedlicher Pharmazeutika untersuchten, wurde folgendermaßen vorgegangen:

Wurden in in allen Studienarmen Disulfiram (hemmt den Abbau von Alkohol und erzeugt dadurch unangenehme Unverträglichkeitsreaktionen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Herz-Kreislauf-Symptome), Naltrexon (hemmt als Opioidantagonist die physische und psychische Wirkung von Alkohol) oder Acamprosat (positive Wirkung auf den Alkoholkonsum, wobei die genaue Wirkweise bisher unbekannt ist) eingesetzt, (z.B. Longabaugh et al., 2009), so wurde die Studie ausgeschlossen. Wenn allerdings die Wirkung von Disulfiram/Naltrexon/Acamprosat und Psychotherapie in einem 2x2 Design (zwei verschiedene Bona Fide Therapieverfahren und je zwei Placebo- bzw. Verumgruppen) untersucht wurde (z.B. Anton et al., 2005), so wurden – im Unterschied zu Imel et al. – die Ergebnisse der Placebogruppen in die Analyse aufgenommen. Wurde in einem 2x2 Design die Wirkung von Antidepressiva und 2 verschiedenen Psychotherapieverfahren untersucht (z.B. Hautzinger et al., 2005), so wurden die Ergebnisse aller Gruppen eingeschlossen und nach Psychotherapiegruppen (unabhängig vom Einsatz der Antidepressiva) zusammengefasst.

Ein weiteres Kriterium war, dass die angegebenen Ergebnisvariablen die Berechnung von alkoholspezifischen Effektgrößen ermöglichten (siehe auch Effektgrößenberechnung, Abschnitt 2.4.1).

Bezüglich der PatientInnenstichprobe gab es keine Einschränkungen; es wurden ebenso Populationen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit wie auch ProblemtrinkerInnen ohne offensichtliche klinische Diagnosen eingeschlossen; der Grad der Beeinträchtigung bzw. klinischen Relevanz wurde allerdings mittels Moderatoranalyse bezüglich ihres Einflusses auf das Endergebnis überprüft (siehe auch Kodierung, Abschnitt 2.3 und Moderatoranalysen, Abschnitt 3.3.4).

Auch im Bereich des Publikationszeitraumes oder geographischer, kultureller und sprachlicher Charakteristika wurden keine Einschränkungen getroffen.

2.2. Suchstrategie

Die 30 Primärstudien der Metaanalyse von Imel et al. (2008) wurden auf Erfüllung der Einschlusskriterien überprüft und – sofern sie den Kriterien entsprachen – in die Analyse inkludiert.

In den Datenbanken MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX und Web of Science wurde eine umfassende Literatursuche durchgeführt, wobei ein Suchstring genutzt wurde, der (1) Schlagworte zum gesuchten Studiendesign [*clinical trial, experimental design, (controlled and trial)*] (2) mit Stichworten zu Alkoholabhängigkeit bzw. problematischem Trinken [*alcoholism, alcohol addiction, alcohol dependence, alcohol abuse, problematic drinking, heavy drinking*] und (3) Schlagworten zu diversen Psychotherapieverfahren kombinierte [*treatment or Psychotherapeutic Techniques or Milieu Therapy or intervention or Family Intervention or Group Intervention or therapy or counseling or counseling psychology or marriage counseling or psychotherapeutic counseling or twelve step programs or Alcoholics Anonymous or aversion therapy or covert sensitization or shock therapy or behavior contracting or cognitive therapy or cognitive techniques or cognitive behavior therapy or cognitive restructuring or rational emotive behavior therapy or self instructional training or self management or motivational interviewing or psychotherapy or brief psychotherapy or Adlerian Psychotherapy or Adolescent Psychotherapy or Analytical Psychotherapy or Eclectic Psychotherapy or Ericksonian Psychotherapy or Experimental Psychotherapy or Expressive Psychotherapy or Geriatric Psychotherapy or Group Psychotherapy or Humanistic Psychotherapy or Individual Psychotherapy or Integrative Psychotherapy or Interpersonal Psychotherapy or Psychodynamic Psychotherapy or Supportive Psychotherapy or social skills training or Case management or behavior therapy or conversion therapy or dialectic behavior therapy or exposure therapy or implosive therapy or reciprocal inhibition therapy or response cost or systematic desensitization therapy or behavior contracting or cognitive behavior therap or paradoxical techniques or Client-centered therapy or humanistic psychotherapy or or humanistic psychology or behavioral Self-control training or Minnesota model or Stress management or Family therapy or Family Intervention or Psychotherapeutic counseling or conjoint therapy or strategic family therapy or structural family therapy Functional analysis or Hypnosis or Hypnotherapy or Relapse prevention or Maintainance Therapy or Relaxation therapy or Biofeedback therapy or*

autogenic training].

Außerdem wurden die Literaturlisten der inkludierten Studien, ebenso wie die von anderen thematisch passenden Metaanalysen (z.B. Berglund et al., 2003; Hobbs, Kushner, Lee, Reardon, & Maurer, 2011; Walters, 2000; Magill & Ray, 2009; Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999, Hettema, Steele, & Miller, 2005) nach potenziell interessanten Studien durchsucht.

Zwei Studienautoren, die mit Fragen zu ihren Analysen per Email angeschrieben worden waren, schickten außerdem dankenswerterweise weitere Referenzen. Diese wurden jedoch alle im letzten Schritt der Studienevaluation exkludiert, da sie die strengen Inklusionskriterien nicht erfüllten.

Bei der Übersetzung und Kodierung eines Artikels aus Costa Rica (Miguez, 1981) half ein muttersprachlich spanischer Psychologiestudent.

Aus der Liste aufgefundener Studien wurden zunächst alle Duplikate entfernt, dann die Artikel anhand von Titel und Abstract auf Eignung geprüft und in einem letzten Schritt die Volltexte auf Erfüllung der Inklusionskriterien evaluiert. In vielen Fällen waren die Daten einer Studie in mehreren (bis zu 6) Artikeln veröffentlicht worden. In diesen Fällen wurde der relevanteste Artikel bestimmt und die zusätzlichen Artikel nur bei fehlenden Angaben (bzw. für die Kodierung von Follow-Up Daten) herangezogen.

Auf die aktive Suche von unveröffentlichter („grauer“) Literatur wurde verzichtet, da angenommen wurde, dass geeignete Studien (also kontrollierte Untersuchungen von mindestens zwei Bona Fide Therapieverfahren – sehr aufwändige und kostspielige Erhebungen), mit großer Wahrscheinlichkeit auch publiziert werden.

2.3. Kodierung

Die folgenden Variablen wurden, analog zu inhaltlich entsprechenden metaanalytischen Studien (Miller & Wilbourne, 2000; Braun, Gregor, & Tran, 2013), bzw. nach den Empfehlungen von Monahan und Finney (1996) für die Untersuchung von Moderatoranalysen kodiert:

(a) studienspezifische Merkmale (Land der Studiendurchführung, Art der Publikation, Publikationsjahr, Art der Analyse [Intent-to-Treat, Completers only], Art der Follow-Up Befragung [persönlich/per Telefon, per Post], Einsatz objektiver Verifizierungsmaßnahmen der Selbstauskünfte zum Trinkverhalten [Blutproben, Atemalkoholtests], Befragung von Bezugspersonen zum Trinkverhalten der PatientInnen, Erhalt einer Aufwandsentschädigung für die Teilnahme, Zeit vom Ende der Therapie bis zum Follow-Up, Studienqualität, Researcher Allegiance)

(b) behandlungsspezifische Merkmale (Art der Behandlung, Dauer und Anzahl der Sitzungen, Behandlungsformat [individuell, Gruppe, Familie, Paar], Behandlungssetting [ambulant, stationär, gemischt], Ausbildung, Training und Supervision der TherapeutInnen, Einsatz eines Manuals, Einsatz der selben TherapeutInnen für beide/alle Therapieverfahren; Involvierung von Angehörigen in die Therapie, Bezahlung der Behandlung durch die PatientInnen, Behandlungsziel [Abstinenz, kontrolliertes Trinken, andere Ziele])

(c) patientInnenspezifische Merkmale (Durchschnittsalter, Frauenanteil, Anteil der Verheirateten/in Beziehung lebenden PatientInnen, Anteil der PatientInnen mit abgeschlossener Universitäts-/Collegeausbildung, Anteil Beschäftigter, Anteil von komorbiden Störungen [andere Abhängigkeiten, Angststörungen, Depression, PTBS, Bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen], Schweregrad der alkoholbezogenen Problematik, Klassifizierung der PatientInnen nach einer üblichen Typologisierung bzw. Anteil der PatientInnen pro Typ, Vorhandensein einer klinischen Diagnose nach ICD oder DSM, Art der Rekrutierung, Vorhandensein von Exklusionskriterien, Dauer der alkoholbezogenen Problematik)

Für die Kodierung der Researcher Allegiance wurde das von Gaffan, Tsaousis und Kemp-Wheeler (1995) entwickelte Verfahren angewandt, bei der jeder Therapiemethode pro Studie ein Wert zwischen 0 (keine Allegiance) und 3 (starke Allegiance) zugewiesen wird; der Unterschied in der Allegiance zwischen zwei Studienbedingungen einer Untersuchung wird durch Subtraktion der beiden

Allegiancewerte ausgedrückt, wobei beispielsweise -3 für eine starke Allegiancedisparität zum Vorteil der zweiten Studie stünde, 0 hingegen für ausgeglichene Allegiance.

Die Studienqualität wurde anhand zweier anerkannter Tools – dem Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias (Higgins Altman, & Sterne, 2011) und dem Jadad Score (Jadad et al., 1996) erhoben.

Das Cochrane Collaboration's tool for Assessing Risk of Bias erfasst das Risiko eines systematischen Fehlers (hohes, niedriges, unklares Risiko einer Verzerrung) durch Qualitätsmängel auf sechs Ebenen: (a) Selection Bias: angemessenes Verfahren zur Randomisierung und Geheimhaltung der Zuweisung vor Personal und PatientInnen, (b) Performance Bias: Verblindung der PatientInnen (im Unterschied zu z.B. pharmazeutischen Wirksamkeitsstudien ist die Verblindung der Behandelnden bei psychotherapeutischen Studien nachvollziehbarerweise nicht möglich), (c) Detection Bias: Verblindung des für die Enderhebung verantwortlichen Personals, (d) Attrition Bias: Umsichtiger Umgang mit Ausfällen, nachvollziehbarer und lückenloser Bericht der TeilnehmerInnenzahlen zu verschiedenen Stadien und Abbruchgründe, (e) Reporting Bias: Vollständiger und möglichst neutraler Report. Zusätzlich werden unter Other Bias mögliche Fehlerquellen erfasst, die nicht in die anderen Kategorien fallen.

Da das Tool for Assessing Risk of Bias keine Kalkulation des Gesamtqualitätsscores erlaubt, wurde außerdem eine Einschätzung des Jadad Scores durchgeführt. Dieser vergibt Teilpunkte auf verschiedenen Ebenen. Da – wie zuvor erwähnt, die Verblindung des Personals bei Psychotherapie nicht möglich ist, wurde dieser Score etwas abgewandelt, sodass die folgende Punktevergabe resultierte: (a) Einsatz eines randomisierten Vorgehens (ja: +1; nein: 0); angemessenes Verfahren zur Randomisierung (ja:+1; nein: -1) (b) Verblindung des Assessments (ja: +1; nein: 0), (c) lückenloser Bericht von Ausfällen (ja: +1; nein:0); insgesamt konnten also maximal 4 Punkte erreicht werden.

Außerdem wurde – in Anlehnung an das Qualitätsbeurteilungsinstrument von Miller und Wilbourne (2000) – ein, an Besonderheiten von Studien im Suchtbereich angepasster Score bestimmt. Dabei wurden zum jeweiligen Gesamtwert des Jadad-Scores je ein Punkt bei Erfüllung der folgenden Bedingungen (siehe auch Kodierung) addiert: (a) Einsatz eines Manuals, (b) Training der TherapeutInnen, (c) Supervision der TherapeutInnen, (d) stichprobenartige Überprüfung des intendierten Therapievorgehens durch die TherapeutInnen mittels Audio- oder Videomitschnitten, (e) Einsatz einer

Intention-to-Treat-Analyse, (f) persönliche/telefonische Follow-Up Befragung in mindestens 70% der Fälle, (g) Einsatz objektiver Verifizierungsmaßnahmen der Selbstauskünfte zum Trinkverhalten [Blutproben, Atemalkoholtests], (h) Befragung Angehöriger zum Trinkverhalten der PatientInnen, (i) Einsatz der Diagnosemanuale ICD oder DSM zur Einschätzung der alkoholbezogenen Problematik. In diesem Bereich konnten also maximal 13 Punkte vergeben werden.

Im Falle fehlender Daten für die Kodierung der Moderatoren wurde, sofern auch in zusätzlichen Artikeln keine Angaben gefunden werden konnte, der Wert als fehlend kodiert. Nur im Bereich der qualitätsbezogenen Studienbedingungen (z.B. Training/Supervision der TherapeutInnen, Einsatz eines Manuals, Verblindung, etc.) wurde bei fehlenden Angaben davon ausgegangen, dass die jeweiligen Kriterien nicht erfüllt wurden. Fehlten Daten zur Berechnung der Effektgrößen, wurde versucht, die Daten durch Kontaktierung der AutorInnen zu erhalten, ansonsten wurden die Effektgrößen geschätzt (siehe Effektgrößenberechnung, Abschnitt 2.4.1).

Da Angaben über genaue Gruppengrößen zu Beginn und Ende der Therapie bzw. zum Zeitpunkt des Follow-Ups oft lückenhaft und ungenau waren, mussten diese Daten in vielen Fällen geschätzt werden, indem die Gesamtgruppengröße durch die Anzahl der Therapiebedingungen geteilt wurde.

Bei der Kategorisierung der Behandlungsverfahren wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde mithilfe theoretischer Literatur (Hester & Miller, 1995; Miller & Heather, 1998; Wittchen & Hoyer, 2011) und metaanalytischer Studien (Miller & Willbourne, 1997; Miller et al., 1995) eine grobe Übersicht über (besonders in den USA) verbreitete alkoholismusspezifische Therapiekategorien geschaffen und bei der Kodierung versucht, die auftretenden Therapieverfahren in inhaltlich passende Kategorien einzuteilen. Dabei wurden viele kleine Kategorien geschaffen, die erst in einem zweiten Schritt zu größeren Kategorien zusammengefasst wurden (siehe Tabelle 4, S. 25).

Die Kodierung wurde von Hannah Bischof durchgeführt.

2.4. Statistische Methoden

2.4.1. Effektgrößenberechnung

Die in den Primärstudien herangezogenen Operationalisierungen des Alkoholproblems variierten sehr stark und machten damit die Berechnung mehrerer Ergebnismaße notwendig. In auffallend wenigen der konsultierten Metaanalysen wurde auf die Problematik verschiedener Ergebnismaße im Bereich der Suchttherapie eingegangen (z.B. Moyer, Finney, Swearingen, & Vergun, 2002; Tonigan, Toscova, & Miller, 1996, siehe auch Wilson, 2000). In einigen Studien wurde entweder gar nicht berichtet, welche Maße verwendet wurden, oder es wurde schlicht ein aggregierter Wert aller angegebenen Maße berechnet. Diese Vorgehensweise ist allerdings als problematisch einzuschätzen (siehe z.B. Crits-Christoph, 1997). In einigen Primärstudien wurden nämlich gegenläufige Effektstärken beobachtet, je nachdem, ob ein Ergebniswert herangezogen wurde, der auf kompletter Abstinenz oder auf der Menge konsumierten Alkohol beruhte (z.B. Pomerleau, Pertschuk, Adkins, & Brady, 1978: abstinenzorienteerte Effektgröße: $g = -0.56 [-1.62, 0.49]$; kontrollorientierte Effektgröße: $g = 0.51 [-0.28, 1.31]$, siehe auch Appendix Tabelle 1).

Daher wurden – in Bezug auf die Ausführung von Babor et al. (1994) – sechs Ergebnismaße bestimmt, die in die Analyse einbezogen wurden: (a) ein Wert, der Abstinenz zum Ziel hat und in den meisten Fällen durch den Anteil abstinenter Tage in einem bestimmten Zeitraum angegeben war, (b) eine auf die Menge bzw. Intensität des konsumierten Alkohols und somit auf kontrolliertes Trinken zielende Ausprägung, (c) einen Wert, der die Ergebnisse von Fragebogen oder globalen Maßen zum Konsum ausdrückt, (d) ein aggregierter Wert, der die drei oben beschriebenen Ergebnisse zusammenfasst, (e) der Anteil an PatientInnen, die die Therapie in der vorgesehenen Art und Weise beendet haben (=completer) und (f) der Anteil an PatientInnen, deren Symptome – nach von Studie zu Studie variierenden Beurteilungsmaßstäben – deutlich nachgelassen haben (=Remission). (Für detaillierte Informationen zu den Operationalisierungen der Ergebnismaße in den einzelnen Studien siehe Appendix Tabelle 1.)

Tabelle 1. Korrelationen für die Kombination der Effektstärken

	Konstrukte	Korrelation	Quelle
Verhaltens- bezogene Daten	% der Trinktage x Menge Alkohol / Trinktag	.20	Babor et al., 1994; Babor et al., 1988;
	% der Trinktage x total konsumierter Alkohol	.76	Cisler et al., 1999
	Menge Alkohol / Trinktag x total konsumierter Alkohol	.52	
	ICQ x SADQ-C	.09	Stockwell, 1994
	AASE : Subskalen Temptation x Self-Efficacy	-.65	DiClemente et al., 1994
Interkorrelationen zwischen Fragebogen bzw. Subskalen	CDSSES x SADQ-C bzw. CDSSES x ICQ	.60	geschätzt
	PACS x IRISA	.60	geschätzt
	ACQ x CBQ	.50	geschätzt
	ACQ: Subskalen Urge and Intention x Reinforcement	.67	Raabe et al., 2005
Korrelationen für die Berechnung des aggregierten Ergebnismaßes	abstinenzbezogene x kontrollorientierte Ergebnisgröße		Babor et al., 1994; Babor et al., 1988;
	abstinenzbezogene Ergebnisgröße x Fragebogen	.40	Cisler et al., 1999
	kontrollorientierte Ergebnisgröße x Fragebogen		

In jenen Fällen, in denen mehr als ein operationalisierter Wert pro Ergebnismaß angegeben war, wurden alle Effektgrößen für (a), (b), und (c) zunächst getrennt berechnet (Cohen's d wurde für die statistische Kontrolle geringer Studiengrößen in allen Studien in Hedges' g transformiert), die Vorzeichen inhaltlich passend in eine Richtung gepolt (sodass höhere Werte für bessere Wirksamkeit der jeweiligen Therapiemethode standen) und anschließend gemittelt. Für die Berechnung der Varianz wurden die in Tabelle 1 angeführten Korrelationen berücksichtigt. (siehe Formel 24.2, S.228 in Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009) Das selbe Vorgehen wurde bei der Berechnung des aggregierten Ergebnismaßes (d) angewandt.

Da die Ergebniswerte in den meisten Fällen stark verhaltensorientierte Operationalisierungen darstellten, schien es sinnvoll, nicht die direkt zu Therapieabschluss erhobenen Werte in die Analyse aufzunehmen. Es war anzunehmen, dass – insbesondere während stationären Aufenthalten – ohnehin wenig Gelegenheit für Alkoholkonsum bestand, das Ergebnis also wenig aussagekräftig wäre. Daher wurden – sofern die Ergebnisse mehrerer Erhebungszeitpunkte angegeben waren – stets die Ergebnisse der letzten verfügbaren Follow-Up Erhebung in die Analyse aufgenommen (siehe Tabelle Appendix 1).

Sofern Ergebnisse aus Intent-to-Treat-Analysen vorhanden waren, wurden diese für die Berechnung herangezogen. Einzig im Falle der Untersuchung von Pomerleau et al. (1978) wurde beschlossen, die Ergebniswerte der Completer-Stichprobe zu

verwenden, da die Konsequenzen eines Behandlungsabbruchs in den beiden Studienbedingungen unterschiedlich waren (Abbruch des BSCT zog finanzielle Sanktionen nach sich, Abbruch der PD hatte keine Konsequenzen).

Wurden in den Artikeln ungenügende Angaben zur Berechnung der Effektstärken gemacht, so wurde zunächst versucht, über Kontaktierung der AutorInnen weitere Daten zu erhalten. In drei Fällen, blieb dieser Weg erfolglos, weil die Daten nicht mehr auffindbar (Kalman, Longagbaugh Clifford, Beattie, & Maisto, 2000) bzw. – bei älteren Studien – die Autoren gar nicht mehr erreichbar waren (Jackson & Oei, 1978; Skutle & Berg, 1987). Da bei diesen drei Studien durchwegs von nichtsignifikanten Unterschieden zwischen den Therapieverfahren berichtet wurde und angenommen werden konnte, dass bei grenzwertigen Ergebnissen diese auch so betitelt bzw. exakter berichtet worden wären, wurde eine Effektgröße von 0 in die Analyse einbezogen.

Für die Analyse der Completerwerte und der klinischen Signifikanz (aus Remissionswerten) wurde das logarithmierte odds ratio und die zugehörige Varianz berechnet. In den Fällen, in denen zwei Operationalisierungen der klinischen Signifikanz angegeben waren (Anzahl komplett abstinenter PatientInnen zum Zeitpunkt der Datenerhebung bzw. Anzahl unproblematisch Konsumierender, siehe auch Tabelle Appendix 1), wurden die Effektgrößen, wie oben beschrieben, gemittelt.

In den Fällen, in denen Angaben zur Remission vorlagen, aber keine Daten zur Berechnung der (a) abstinenz- oder (b) kontrollorientierten Ergebniswerte, wurden die Effektgrößen der Remission (in der Form von logarithmierten odds) – je nach Definition der Remission (komplett abstinente bzw. unproblematisch trinkende PatientInnen) – in Cohen's d (und anschließend Hedges' g) umgerechnet und für die Analyse in die abstinenzorientierten bzw. kontrollorientierten Ergebnisdaten eingefügt.

Eigentlich sollte auch eine Analyse der sekundären Ergebnisdaten (die sich an Lebensqualität, bzw. -umstände und psychischer Gesundheit der PatientInnen orientieren) durchgeführt werden, die diesbezügliche Datenlage war aber zu lückenhaft und inkonsistent (siehe Tabelle 2), sodass diese Intention verworfen werden musste.

Zur Berechnung der Effektgrößen wurde der Practical Meta-Analysis Effect Size Calculator (Wilson, 2010) herangezogen.

Tabelle 2. In den Primärstudien erfasste sekundäre Ergebnismaße

Studie	Konstrukt (erfasst durch)
Brewer et al., 2009	Achtsamkeit (<i>five facet mindfulness questionnaire</i>); selbstberichtetes stressbezogenes Craving; Sympathisch/ Parasympathisches Aktivierungsverhältnis
Brown et al., 1997	Depressivität (<i>Hamilton-Skala, Beck's Depressions Inventar, Profile of mood Styles [Subskalen: Depression, Ängstlichkeit]</i>)
Brown et al., 2011	Depressivität (<i>Hamilton-Skala, Beck's Depressions Inventar</i>)
Dawe et al., 2002	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen (<i>Alcohol Problems Questionnaire</i>)
Easton et al., 2007	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen (<i>Addiction Severity Index</i>); Vorkommen und Häufigkeit von Gewalt in der Partnerschaft
Fisher & Bentley, 1996	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen (<i>Addiction Severity Index</i>)
Fleiger & Zingle, 2012	% der Patienten mit Anstellung
Garland & Gaylord, 2010	Coping / psychologischer Stress (<i>Percieved Stress Scale</i>); Achtsamkeit (<i>White Bear Thought Supression, five facet mindfulness questionnaire</i>); allgemeine psychische Belastung (<i>Brief Symptom Inventory</i>)
Ito et al., 1988	Beeinträchtigung durch Alkohol; Copingstile (<i>Coping Behaviours Inventory</i>)
Litt et al., 2003	psychosoziales Funktionsniveau (<i>Psychosocial Functioning Inventory [Subskala: social behavior]</i>); Depressivität (<i>Beck's Depressions Inventar</i>); Copingstile (<i>Coping Strategies Scale</i>); negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen (<i>Addiction Severity Index [Subskalen: psychiatric severity, employment], The Drinker Inventory of Consequences</i>)
Lydecker et al., 2010	Depressivität (<i>Hamilton-Skala</i>)
O'Farrell et al., 1985	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen; Anzahl der Abhängigkeitssymptome
Project Match Research Group, 1997	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen; körperliche/psychische Symptome (<i>Symptom-Checklist-90</i>); Selbstwert; negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen
Stimmel et al., 1983	Vorkommen von unsicherem Gang, schlechter Hygiene, verbaler Aggressivität, Lallen, Zittern, etc., (Verhaltensbeobachtung)
UKATT Research Team, 2005	negative Konsequenzen auf mehreren Ebenen (<i>Alcohol Problems Questionnaire</i>); Lebensqualität (<i>EQ-5D; General health questionnaire; Short Form-36</i>)

2.4.2. Auswertung – Metaanalytische Verfahren

2.4.2.1. Random-Signs-Verfahren

Beim Random-Signs-Verfahren handelt es sich um ein sogenanntes „Omnibusverfahren“ (Wampold, et al., 1997; Imel et al., 2008), da nicht die relative Wirksamkeit einzelner Therapiemethoden, sondern die generelle Frage nach Wirksamkeitsunterschieden zwischen Therapieverfahren untersucht wird. Es ermöglicht eine Überprüfung des Dodo Bird Verdicts, ohne dass Psychotherapieverfahren in Kategorien zusammengefasst werden müssen (was als bis zu einem gewissen Grad wenig objektivierbares und subjektives Element der Analyse angesehen werden muss).

Folgendermaßen wird dabei vorgegangen (Wampold et al, 1997): In einem

ersten Schritt wird allen berechneten Effektgrößen per Zufallsgenerator ein +/- Vorzeichen zugeordnet, wobei die Richtung des Effektes für das Verfahren irrelevant und (mangels Kategorisierung der Verfahren) auch inhaltlich nicht aussagekräftig ist. Die (ungewichtete) Summe dieser Größen liegt evidenterweise um 0 – und ist daher nicht Gegenstand der Betrachtung. Die Heterogenität dieser Analyse soll hingegen – laut Wampold et al. – ein geeignetes Maß für die Bestimmung relativer Wirksamkeitsunterschiede darstellen: Ist die Heterogenität (Q - und I^2 - Statistik, siehe weiter unten) nämlich gering, so streuen die Effektgrößen gleichmäßig um 0 und bestätigen damit die Theorie, dass die Wirksamkeit der Therapieverfahren sich nicht signifikant voneinander unterscheidet. Ist die Heterogenität hingegen groß (=signifikant), muss davon ausgegangen werden, dass die Effektgrößen relativ weit und ungleichmäßig um 0 streuen und daher mit bestehenden Wirksamkeitsunterschieden zwischen den inkludierten Therapieverfahren gerechnet werden muss.

Der Methode – in der Art und Weise, wie sie von Wampold und KollegInnen (Wampold et al., 1997; Imel et al., 2008; Benish et al., 2008; Miller et al., 2008) durchgeführt wurde – liegt allerdings eine entscheidende potenzielle Fehlerquelle zugrunde (siehe Braun, 2012 und Gregor, 2012). Die randomisierte Zuteilung der Vorzeichen mit anschließender Analyse wurde nämlich nur einmal durchgeführt und unterliegt damit der Gefahr, reiner Effekt einer Zufallsverteilung zu sein. Um die Stabilität des Ergebnisses zu überprüfen, wurde der Prozess in der vorliegenden Arbeit 30-mal durchgeführt. Bei einem angenommenen Fehlerniveau von 5% sollten maximal 2 Durchgänge ein signifikantes Ergebnis erzielen, sofern die Hypothese gleicher Wirksamkeit der Therapieverfahren gilt.

Die zweite von Wampold und KollegInnen entwickelte Methode, das Upper-Bound-Verfahren (Wampold et al., 1997; Imel et al., 2008), wurde in der vorliegenden Analyse nicht durchgeführt, da Wampold – nach Kritik und Unklarheit bezüglich der Interpretation des Verfahrens (z.B. Howard et al., 1997) – dessen methodische Problematik einräumte (Wampold & Serlin, 2012).

2.4.2.2. Kategorienvergleiche

Im Rahmen der Metaanalyse entsprechend Braun et al. (2013) und Cuijpers et al., (2008) wurde für jede Therapiekategorie, die mindestens fünf Vergleiche beinhaltete, eine eigene Analyse durchgeführt, die Aussagen zur relativen Wirksamkeit der jeweiligen Therapiemethode im Vergleich zu allen anderen Vergleichsverfahren erlaubt.

Es wurden dabei getrennte Analysen für die (a) abstinentorientierten, (b) kontrollorientierten, (c) fragebogenspezifischen und (d) aggregierten Ergebnismaße berechnet. Zusätzlich wurden in der gleichen Art und Weise Analysen über verfahrensspezifische Unterschiede bezüglich (e) Completer und (f) klinischer Signifikanz durchgeführt.

Für die Kategorien, die sich im Bereich der theoretischen Konzeption überlappten (Kognitive Verhaltenstherapie, Rückfallprävention und Behavioral Self Control Training bzw. Interpersonelle und Supportive Therapie), wurden Clusterkategorien gebildet und auch für diese getrennte Analysen berechnet.

Zur Überprüfung der Stabilität der erzielten Ergebnisse wurden Sensitivitätsanalysen berechnet, die die Auswirkungen von Publikationsbias (trim and fill; Duval & Tweedie, 2000) und einflussreichen Fällen (leave-one-out) auf das Gesamtergebnis berücksichtigen.

Die Heterogenität wurde mit Hilfe der I^2 und Q -Werte (bzw. dem zugehörigen p -Wert) erfasst. Die Q -Statistik repräsentiert die totale Streuung der Effektgrößen, der p -Wert erlaubt Aussagen über die Signifikanz der Varianz (er ist allerdings – da er stark von der Stichprobengröße bzw. studieninternen Varianz abhängt – mit Vorsicht zu interpretieren). Die Q -Statistik ist, da sie von der Anzahl der Studien abhängt und einen standardisierten Wert darstellt (Borenstein et al., 2009), nicht intuitiv zu deuten. Daher wird häufig der I^2 Wert angegeben, der den Anteil der wahren Differenz an der beobachteten Varianz der Effektgrößen sichtbar macht und folgendermaßen interpretiert werden kann : 25%= geringe Heterogenität, 50%=mittlere Heterogenität, 75%= hohe Heterogenität (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003).

Es wurden für alle Kategorienvergleiche Moderatoranalysen durchgeführt – im Falle von nominalen bzw. ordinalen Moderatoren durch Subgruppenanalysen, im Falle von kontinuierlichen Daten mittels Metaregression (Borenstein et al., 2009).

Sowohl für das Random-Signs-Verfahren, als auch für die Kategorienvergleiche wurde das Random Effects Modell eingesetzt, für die Subgruppenanalysen bzw. Metaregressionen das Mixed-Effect-Modell.

Für die Durchführung des Random-Signs-Verfahren wurde das statistische Programm R (R Core Team, 2014) in der Version 2.15.3 mit dem Datenpaket Meta-Analys Package for R (Viechtbauer, 2010) in der Version 1.9-2 herangezogen, für die Kategorienvergleiche, Sensitivitäts- und Moderatoranalysen das Programm Comprehensive Meta Analysis (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2005) in der

Version 2.

3. Ergebnisse

3.1. Deskriptive Eigenschaften

Es wurden Daten von insgesamt 42 Studien in die Analyse aufgenommen (siehe Tabelle Appendix 1); 20 davon wurden durch Literaturrecherche in Datenbanken, Metaanalysen und Referenzlisten von passenden Publikationen auffindig gemacht.

Tabelle 3. Nicht eingeschlossene Primärstudien der Analyse von Imel et al. (2008)

Studie	Grund für den Ausschluss
Brown et al., 2002	Nur gemischte Ergebnisdaten für Alkohol- und Kokainkonsum verfügbar
Grabner & Miller, 1988	Theoretische Basis der untersuchten Methoden ist die gleiche, nur Ziel (Abstinenz vs. kontrolliertes Trinken) unterschiedlich
Longabaugh et al., 1995	Komponentenstudie; keine klar unterschiedlichen Therapieverfahren in den Studienarmen
Miller & Dougher, 1989	Alle drei Studienarme untersuchen verdeckte Konditionierung, nur unterschiedliche Modalitäten/Ausführungen der Therapie
Sanchez-Craig et al., 1984	Theoretische Basis der untersuchten Methoden ist die gleiche, nur Ziel (Abstinenz vs. kontrolliertes Trinken) unterschiedlich
Sannibale, 1989	„current treatment“ entspricht nicht den Bona Fide Kriterien (zusätzliche Informationen von der Autorin erhalten)
Sobell & Sobell, 1973	Kontrollgruppe („übliche Behandlung“) nicht Bona Fide; Komponentenstudie: Experimentalgruppe erhält zusätzlich zu „üblicher Behandlung“ Verhaltenstherapie
Telch et al., 1984	Supportive Therapie entspricht nicht den Bona Fide Kriterien

Überraschenderweise erfüllten sieben der Primärartikel von Imel et al. (2008) die Bona Fide Kriterien nicht und wurden daher aus dem Studienkorpus ausgeschlossen. (Siehe auch Tabelle 3). Bei einer Studie (Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H., 2002) wurden die Ergebnisdaten ausschließlich für den Gesamtkonsum von Alkohol und Kokain angegeben, was die Effektstärkenberechnung für den Alkoholkonsum unmöglich machte. Deshalb konnten von den ursprünglich 30 Primärartikeln der von Imel et al. (2008) durchgeführten Metaanalyse nur 22 übernommen werden. Der Prozess der Literaturrecherche wird in Abbildung 1 dargestellt.

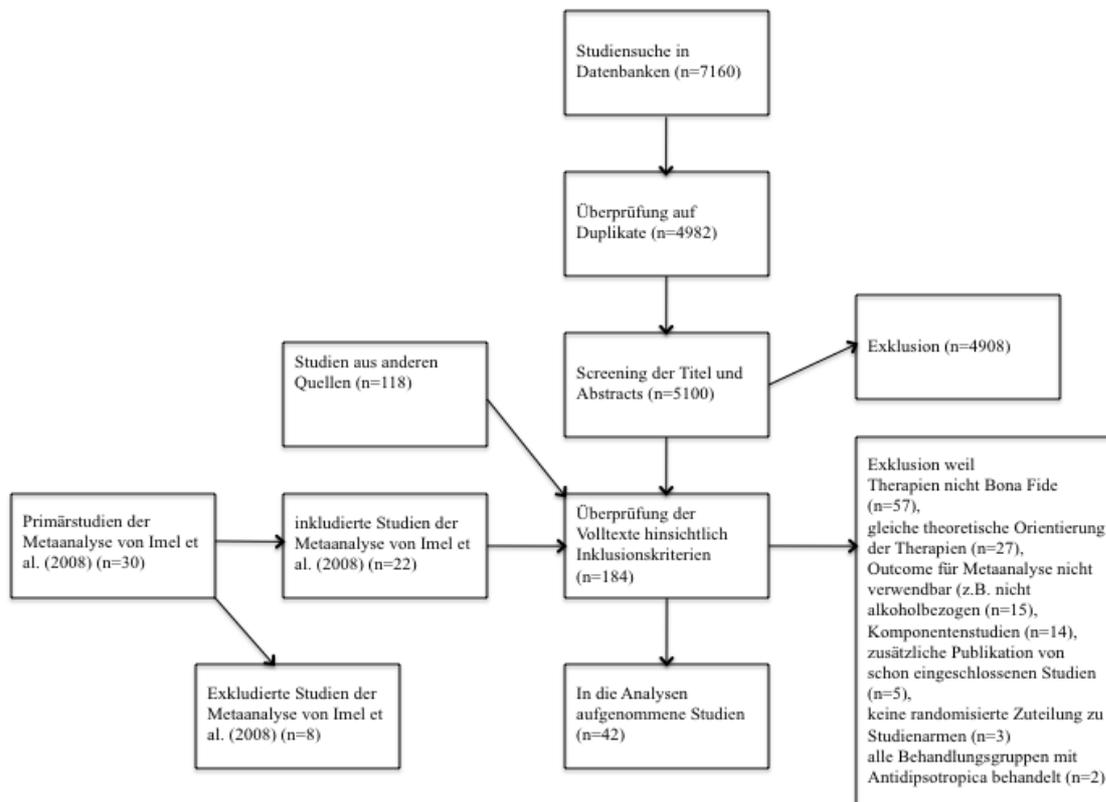


Abbildung 1. Prozess der Literaturrecherche

Insgesamt nahmen 4510 PatientInnen an den Studien teil, wobei die jeweilige Studiengröße zwischen 14 und 1596 Teilnehmern lag; die Studien waren zwischen 1969 und 2012 publiziert worden, 28 (66.7%) davon in den USA. Das Durchschnittsalter der PatientInnen lag zwischen 30.8 und 48.2 Jahren, 21.7% waren Frauen. 16.7% der PatientInnen wurden als ProblemtrinkerInnen ohne klare klinische Problematik klassifiziert, 72.3% als klinische Population, davon 19.1% als durch die Suchterkrankung schwer beeinträchtigt.

Als Behandlungsziel wurde in 18 Studien (42.8%) komplette Abstinenz, in 6 Studien (14.3%) kontrolliertes Trinken angegeben; in 16 Studien (38.0%) konnten die PatientInnen das Behandlungsziel selbst wählen bzw. es wurde kein explizites Ziel berichtet. In 61.9% der Studien fand die Therapie ambulant statt, in 26.2% stationär, bei zwei Studien kam ein gemischtes ambulant-stationäres Therapiesetting zur Anwendung. Die in die Analyse einbezogenen Ergebnisdaten wurden durchschnittlich 10.5 (Median = 7) Monate nach Ende der Therapie erhoben. Im Falle von 10 Studien waren keine Follow-up Daten verfügbar, sodass die Daten vom Ende der Behandlung verwendet wurden. Die maximale Follow-up Periode waren 48 Monate.

Insgesamt wurden 52 Therapievergleiche in die Analyse einbezogen. Eine Studie verglich vier und insgesamt vier Studien verglichen jeweils drei Bona Fide Therapieverfahren miteinander. Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die am häufigsten untersuchten Therapieverfahren. Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit, mit der diese miteinander verglichen wurden.

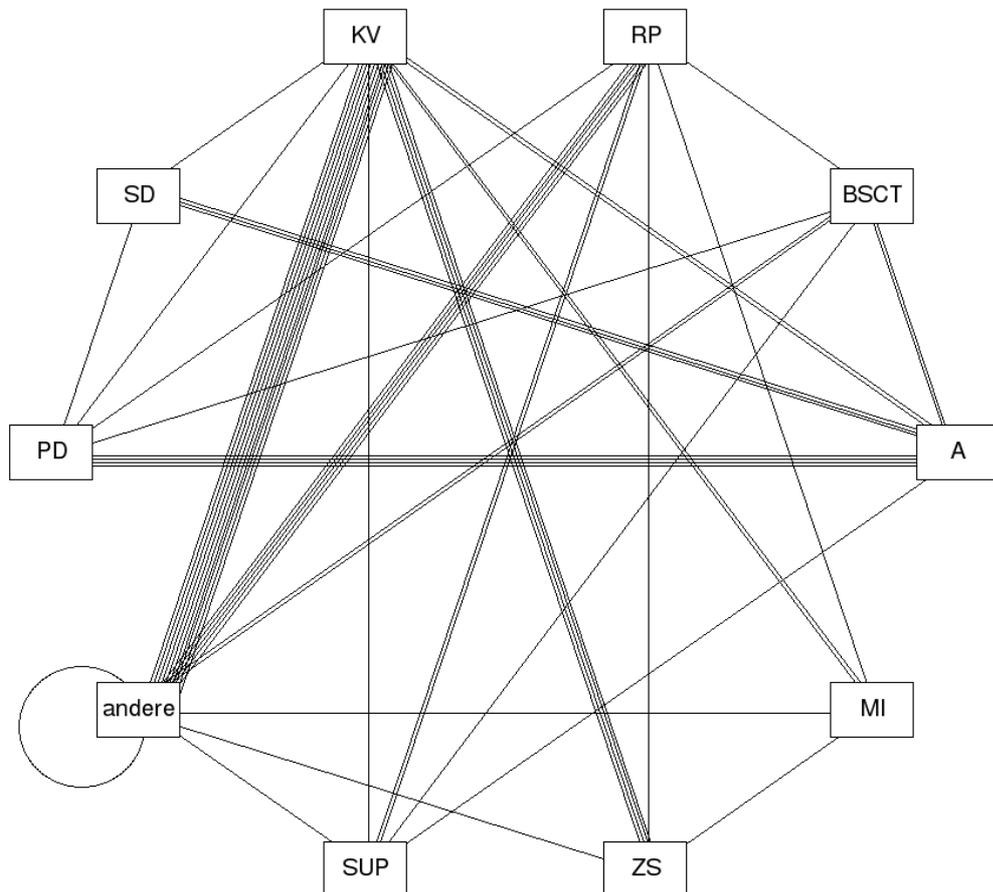


Abbildung 2. Häufigkeit der Vergleiche der spezifischen Therapieverfahren

Im größten Teil (54.4%) der Therapieverfahren wurde ein Gruppensetting eingesetzt, außerdem kamen Einzel- (33.3%) und Paar- oder Familiensettings (4.4%) zum Einsatz. Es wurden im Durchschnitt 15.7 Therapiesitzungen zu je 66 Minuten durchgeführt.

Tabelle 4. Beschreibung der Therapieverfahren, mit denen Kategorienvergleiche durchgeführt wurden

Verfahren	Beschreibung	k
<i>Aversions-therapie (A)</i>	Ziel ist es, unerwünschte, aber kurzfristig attraktive Verhaltensweisen (in diesem Fall Trinken) durch Koppelung mit unangenehmen Reizen im Sinne der klassischen Konditionierung zu koppeln und dadurch unattraktiv bzw. aversiv besetzt zu machen. Als aversive Reize werden (unangenehme aber ungefährliche) elektrische Schläge, die Initiierung von Medikamente, die Übelkeit verursachen, Sauerstoffentzug oder die sogenannte verdeckte Sensibilisierung genutzt, bei der unlustvolle Vorstellungen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum eingesetzt werden.	12
<i>Behavioral Self Control Training (BSCT)</i>	Das Behavioral Self Control Training ist eine Behandlungsform, die als Ziel nicht unbedingt Abstinenz hat, sondern in der es in erster Linie um das Erlernen von Selbstkontrolle im Umgang mit Alkohol, um moderates und unproblematisches Trinken geht. Es werden verhaltenorientierte Methoden wie Zielsetzung, Selbststeuerung, Konsummanagement, Selbstbelohnung, funktionale Analyse von Situationen, in denen getrunken wird, und Training von Coping-Fähigkeiten eingesetzt. Die Hauptverantwortung für Entscheidungen während des Trainingsprozesses obliegt dem Klienten; der Therapeut sieht sich als Trainer, der nach und nach spezifische Komponenten einführt, erklärt, mit dem Klienten übt und „Hausaufgaben“ für die Zeit zwischen den Trainingseinheiten gibt.	7
<i>Interpersonelle Therapie (IP)</i>	Die Interpersonelle Therapie setzt als Hauptziele das Erforschen von zwischenmenschlichen Beziehungen anhand der gegebenen Gruppensituation und infolge dessen die Unterstützung von gesunden und stützenden interpersonellen Verbindungen im Alltagsleben. Die PatientInnen sollen lernen, in der Gruppe Vertrauen aufzubauen, die eigenen Probleme und Gefühle zu offenbaren und Gemeinschaftssinn und Offenheit zu entwickeln. Therapieverfahren in dieser Kategorie bezogen sich im Großteil der Fälle explizit auf die Arbeit von Brown & Yalom (1977).	4
<i>Kognitive Verhaltens-therapie (KV)</i>	Unter diese Kategorie wurden alle Therapieverfahren subsummiert, die breite kognitiv-behaviorale Methoden einsetzen, bei deren Beschreibung aber keine konsumspezifischen Vorgehensweisen (wie etwa bei BSCT oder RP) angeführt waren. Das heißt, dass bei Verfahren dieser Gruppe eher auch weitergefasste Problembereiche (etwa Partnerschafts- und Beziehungskonflikte oder die berufliche Situation) expliziert thematisiert werden, anders als bei den problemfokussierten Verfahren wie BSCT oder RP.	21
<i>Motivational Interviewing (MI)</i>	Es handelt sich dabei um ein aus kognitiv-behavioralen und klientenzentrierten Methoden aufgebautes kurzzeitiges Therapieverfahren. Ziel ist es, die intrinsische Motivation der Betroffenen, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören, zu erhöhen, mit ihnen gemeinsam Ziele zu erarbeiten und über die Folgen übermäßigen Alkoholkonsums aufzuklären. Ein wichtiger Teil der Therapie ist die Vorgabe eines Fragebogens zur Erfassung des Schweregrades der Abhängigkeit, der langfristigen Konsequenzen des Missbrauches, des allgemeinen Funktionsniveaus, des Depressionsgrades und des Maßes an Motivation für eine Änderung. Die Ergebnisse dieses Fragebogens werden besprochen und fließen immer wieder in die Therapiesitzungen ein.	5
<i>Psychodynamische Therapie (PD)</i>	Das Hauptziel der Psychodynamischen Therapie ist es, den PatientInnen Einsicht in wiederkehrende Muster und Konfliktbereiche zu ermöglichen. Der psychodynamischen Sichtweise liegt ein Verständnis von Alkoholmissbrauch zugrunde, das das Verhalten als einen missglückten Selbsthilfversuch im Umgang mit diesen Problemen ansieht. In den Sitzungen wird nicht in erster Linie auf den Konsum an sich eingegangen, da angenommen wird, dass das Aufdecken der durch den Konsum verhüllten Konflikte im Vordergrund stehen muss.	8
<i>Rückfall-prävention (RP)</i>	Ursprünglich als Unterstützung zur Abstinenzhaltung konzipiert, haben sich Anwendung und Ziele der Rückfallprävention erheblich ausgedehnt und es wird mittlerweile oftmals als alleiniges Therapieprogramm zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt. Basierend auf kognitiv-behavioralen Theorien fokussiert es auf ein Umdenken der Klienten weg vom Konzept der Abstinenz als Folge reiner Willensstärke. Die Vorstellung, dass Enthaltensamkeit ein dichotomes Zustandsbild beschreibt, wobei ein Rückfall Zeichen für komplettes Versagen ist und absoluten Kontrollverlust nach sich zieht, soll hinterfragt werden. Stattdessen sollen die Klienten Strategien lernen, um Rückfälle vorhersehen und vermeiden, menschenwürdig und effizient mit ihnen umgehen und möglichst viel aus ihnen lernen zu können und Gesundheitsrisiken möglichst auszuschließen. In den meisten Studien wurde das Verfahren als Coping Skills Therapy bezeichnet und nur in diese Kategorie eingeordnet, sofern es sich explizit auf Marlatt & Gordon (1985) bezog.	11
<i>Systematische Desensibilisierung (SD)</i>	Ursprünglich für die Behandlung von Angststörungen entwickelt, wird bei der Systematischen Desensibilisierung weniger auf den Konsum per se, sondern eher auf starke Ängste im alltäglichen Leben fokussiert. Die dahinterliegende Annahme besagt, dass zugrundeliegende, angstbesetzte Probleme die PatientInnen zu übermäßigem Alkoholkonsum treiben. Zu Beginn der Therapie wird eine Angsthierarchie (Stärke des Angstgefühls bezogen auf ein Thema) erarbeitet. Mittels spannungsinduzierenden Methoden (z.B. Hypnose, PMR) wird ein angstantagonistischer Körperzustand eingeleitet, dann wird die Angsthierarchie mit dem am wenigsten gefürchteten Szenario beginnend imaginiert. Die Imagination wird bei Auftreten von Angstgefühlen sofort abgebrochen und der entspannte Zustand wieder eingeleitet. Dies wird so lange geübt, bis die zuvor gefürchteten Situationen ohne Angstgefühle vorgestellt werden können.	5
<i>Supportive Therapie (SUP)</i>	Therapieverfahren dieser Gruppe – die sich in einigen Fällen explizit auf die Theorie Rogers (1961) bezogen, in einigen nicht – haben ein nichtdirektives, tendenziell unstrukturiertes Vorgehen gemeinsam. Es geht weniger darum, PatientInnen neue Fähigkeiten beizubringen, als einen geschützten Raum zu schaffen, in dem sie Empathie und Wertschätzung erfahren, in Kontakt mit ihren Gefühlen kommen und ihre Probleme mit anderen Personen besprechen können. Die Therapierichtung wurde in den inkludierten Studien als „supportive Therapy“, „developmental counseling“, „drug counseling“, oder „Problem Solving Approach“ bezeichnet.	6
<i>Zwölf Schritte Programm (ZS)</i>	Es handelt sich beim Zwölf Schritte Verfahren ursprünglich um Selbsthilfgruppen, die sich regelmäßig treffen, ihre Fortschritte am Weg zur Abstinenz und Hindernisse dabei teilen und sich gegenseitig unterstützen. Ein wichtiger, dem Programm zugrundeliegender Aspekt ist die Konzeptualisierung von Alkoholismus als einer chronischen Krankheit. Die 12 als Handlungsvorschläge formulierten Schritte thematisieren zunächst Krankheitseinsicht und Akzeptanz der Machtlosigkeit der Betroffenen, um in den nächsten Schritten neue Möglichkeiten aufzuzeigen. Das ursprünglich für Selbsthilfgruppen konzipierte Programm wird seit den 80er-Jahren auch von Einzeltherapeuten und in psychosomatischen Kliniken angewandt.	7

k = Anzahl der Vergleiche

Die erfüllten Qualitätskriterien bzw. der Grad des Risikos der durch das Risk of Bias Assessment Tool spezifizierten Kategorien ist in Tabelle 2 im Appendix ersichtlich.

Insgesamt fällt auf, dass viele Studien erhebliche Qualitätsmängel aufweisen; erfreulicherweise scheint die Studienqualität mit aktuelleren Publikationen allerdings zu steigen und es gibt einige bemerkenswerte Studien, die sehr viele bis fast alle der aufgestellten Qualitätskriterien erfüllen.

Bei 31 Vergleichen (58.5%) bestand kein Unterschied in der Researcher Allegiance zwischen den untersuchten Therapiemethoden; in je 11 Fällen (20.8%) war der Unterschied stark (-3,-2,2,3) oder mittelstark (-1,1; 20.8%) ausgeprägt.

3.2. Random-Signs-Methode nach Imel et al. (2008)

Die Random-Signs-Methode wurde für die abstinentorientierte, kontrollorientierte, fragebogenspezifische und die aggregierte Ergebniskategorie getrennt durchgeführt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde das Verfahren zusätzlich einmal nur für die (eingeschlossenen 22) Primärstudien der Metaanalyse von Imel et al. (2008) berechnet. Außerdem wurde – je einmal für alle Primärstudien, einmal nur für die Originalstudien von Imel et al. (2008) – das Verfahren noch einmal unter Ausschluss multipler Vergleiche pro Studie durchgeführt, um das Risiko einer künstlichen Reduktion der Heterogenität zu umgehen. In diesem Fall wurde jeweils die größte Effektstärke pro Studie inkludiert.

Die Anzahl der signifikanten Durchgänge und der höchste bzw. niedrigste I^2 Wert in den 30 Durchgängen ist in Tabelle 5 angeführt.

Tabelle 5. Ergebnisse des Random-Signs Verfahrens

Ergebniskategorie	Studienkorpus	k	DG	DG sign	I^2 Ø (Range)	
Fragebogen	gesamter Studienkorpus	10	30	29	70,8% (39,4% - 73,9%)	
	gesamter Studienkorpus	Ausschluss multipler Vergleiche	10	30	29	70,8% (39,4% - 73,9%)
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	6	30	30	76,1% (48,3% - 84,7%)	
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	Ausschluss multipler Vergleiche	6	30	30	76,1% (48,3% - 84,7%)
abstinentorientiert	gesamter Studienkorpus	40	30	0	12,0% (0,0% - 14,2%)	
	gesamter Studienkorpus	Ausschluss multipler Vergleiche	34	30	0	28,6% (15,0% - 30,7%)
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	21	30	0	0,0% (0,0% - 0,0%)	
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	Ausschluss multipler Vergleiche	17	30	0	3,5% (0,0% - 6,7%)
kontrollorientiert	gesamter Studienkorpus	38	30	29	52,7% (39,4% - 55,1%)	
	gesamter Studienkorpus	Ausschluss multipler Vergleiche	30	30	0	33,6% (24,0% - 36,9%)
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	26	30	30	63,4% (55,9% - 65,5%)	
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	Ausschluss multipler Vergleiche	18	30	0	38,9% (0,0% - 44,0%)
aggregierte Ergebnisgröße	gesamter Studienkorpus	52	30	29	52,7% (41,4% - 54,2%)	
	gesamter Studienkorpus	Ausschluss multipler Vergleiche	42	30	29	51,2% (44,7% - 52,4%)
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	30	30	0	53,7% (33,4% - 56,7%)	
	nur Originalstudien Imel et al. (2008)	Ausschluss multipler Vergleiche	22	30	0	40,6% (25,4% - 43,9%)

DG = Anzahl der durchgeführten Durchgänge

DG sign = Anzahl der signifikanten Durchgänge

Die Ergebnisse der Metaanalyse von Imel et al. (2008) wurden in der abstinentorientierten Ergebniskategorie bzw. in der kontrollorientierten Ergebniskategorie unter Ausschluss multipler Vergleiche und bei Betrachtung der Originalstudien von Imel et al. (2008) in der aggregierten Ergebnisgröße repliziert. In

diesen Ergebnisdaten wurde in keiner der 30 Durchgänge ein signifikanter Q -Wert beobachtet. Die I^2 Werte lagen zwischen 0% und 56.7%.

In den übrigen Ergebniskategorien – den fragebogenspezifischen, bzw. den kontrollorientierten Ergebnisgrößen unter Einschluss aller Vergleiche und den aggregierten Ergebnisgrößen unter Einschluss des gesamten Studienkorpus – wurden in jeweils 29 oder 30 der 30 Durchgänge ein signifikanter Q -Wert beobachtet. Die I^2 Werte in diesen Ergebniskategorien lagen bei maximal 84.7%.

3.3. Kategorienvergleiche

Für die Kognitive Verhaltenstherapie, Aversionstherapie, Behavioral Self Control Training, Motivational Interviewing, Rückfallprävention, Systematische Desensibilisierung, Supportive Therapie, Psychodynamische Therapie und das Zwölf Schritte Programm konnten – da mindestens fünf Vergleiche verfügbar waren – getrennte Metaanalysen durchgeführt werden. Zusätzlich wurden die Clusterkategorien Kognitive Verhaltenstherapie + Rückfallprävention + Behavioral Self Control Training bzw. Supportive + Interpersonelle Therapie gebildet und auch mit diesen Clustern separate Metaanalysen berechnet. Der erste Cluster wurde in der Annahme gebildet, dass die inkludierten Therapiemethoden theoretisch eng verwandt sind. Besonders die Abgrenzung zwischen Kognitiver Verhaltenstherapie und Rückfallprävention war in einigen Fällen schwierig.

3.3.1. Zentrale Tendenz und Heterogenität

Tabelle 6 veranschaulicht die Ergebnisse der Metaanalysen einmal unter Einschluss aller Vergleiche und einmal – analog dem Random-Signs-Verfahren – unter Ausschluss multipler Vergleiche desselben Therapieverfahrens pro Studie. Im letzten Fall wurde die mittlere Effektstärke pro Studie für die Analyse zugezogen.

Bei den Aversionstherapien zeigt sich bezüglich der aggregierten Effektstärke eine signifikant geringere Wirksamkeit. Die Psychodynamische Therapie erweist sich hingegen im Bereich der abstinenzenorientierten Outcomes als signifikant wirksamer. Nach Ausschluss multipler Vergleiche besteht das positive Ergebnis der Psychodynamischen Therapieformen im abstinenzenorientierten Bereich fort, das negative Ergebnis der Aversionstherapien befindet sich allerdings nicht mehr innerhalb des Signifikanzbereiches.

Bezüglich der anderen untersuchten Therapieformen kann die Nullhypothese, dass im Hinblick auf deren Wirksamkeit kein Unterschied besteht, nicht zurückgewiesen werden.

Tabelle 6. Ergebnisse der Kategorienvergleiche

Therapiemethode	Abhängige Variable	k	g	95% KI	p	Q	I ²
Gesamtergebnisse unter Einschluss aller Vergleiche							
Aversionstherapie	aggregierte Effektstärke	12	-0.29	-0.58, -0.01	.044*	11.61	5,3%
	abstinenzorientiert	7	-0.17	-0.61, 0.26	.429	4.45	0,0%
	kontrollorientiert	7	-0.35	-0.70, 0.00	.051	6.90	13,0%
Behavioral Self-Control Training	aggregierte Effektstärke	7	0.05	-0.13, 0.23	.577	5.42	0,0%
	abstinenzorientiert	7	-0.02	-0.28, 0.21	.874	3.13	0,0%
	kontrollorientiert	7	0.11	-0.10, 0.32	.290	6.60	9,1%
Kognitive Verhaltenstherapie	aggregierte Effektstärke	21	0.09	-0.04, 0.22	.180	45.57**	56,1%
	abstinenzorientiert	14	0.02	-0.12, 0.15	.819	22.29	41,7%
	kontrollorientiert	15	-0.04	-0.20, 0.12	.595	34.68**	59,6%
Motivational Interviewing	aggregierte Effektstärke	5	0.03	-0.04, 0.10	.357	2.20	0,0%
	abstinenzorientiert	5	0.01	-0.07, 0.09	.859	2.42	0,0%
	kontrollorientiert	5	0.06	-0.02, 0.14	.124	0.88	0,0%
Rückfallprävention Systematische Desensibilisierung	aggregierte Effektstärke	11	-0.04	-0.18, 0.10	.571	11.45	12,7%
	abstinenzorientiert	11	-0.01	-0.18, 0.16	.906	12.11	17,4%
	kontrollorientiert	10	-0.05	-0.20, 0.10	.513	0.51	0,0%
Supportive Therapie	aggregierte Effektstärke	5	0.25	-0.26, 0.75	.340	3.57	0,0%
	abstinenzorientiert	6	0.10	-0.16, 0.36	.435	9.89	49,4%
	kontrollorientiert	5	0.07	-0.13, 0.28	.490	3.60	0,0%
Psychodynamische Therapie	aggregierte Effektstärke	8	0.23	-0.02, 0.48	.076	3.83	0,0%
	abstinenzorientiert	6	0.48	0.12, 0.84	.01*	3.21	0,0%
	kontrollorientiert	4	0.15	-0.16, 0.45	.348	1.50	0,0%
Zwölf Schritte Programm	aggregierte Effektstärke	7	-0.08	-0.27, 0.10	.391	17.04**	64,8%
	abstinenzorientiert	5	0.02	-0.14, 0.18	.831	8.11	50,7%
	kontrollorientiert	36	0.04	-0.06, 0.13	.435	63.01**	44,5%
Cluster kognitive Verhaltenstherapie, BSCT und Rückfallprävention	abstinenzorientiert	29	-0.07	-0.10, 0.09	.894	37.51	25,4%
	kontrollorientiert	29	-0.02	-0.12, 0.09	.728	49.03**	42,9%
	Fragebogen	7	0.25	-0.13, 0.63	.191	18.89**	68,2%
Cluster Interpersonelle und Supportive Therapie	aggregierte Effektstärke	10	0.00	-0.16, 0.15	.972	12.33	27,0%
	abstinenzorientiert	9	-0.03	-0.19, 0.13	.684	6.99	0,0%
	kontrollorientiert	8	0.05	-0.17, 0.27	.673	13.34	47,5%

Ergebnisse nach Ausschluss multipler Vergleiche / Einschluss der mittleren Effektstärke pro Studie

Aversionstherapie	aggregierte Effektstärke	7	-0.22	-0.56, 0.11	.197	5.88	0,0%
	abstinenzorientiert	5	-0.25	-0.72, 0.23	.306	3.66	0,0%
	kontrollorientiert	3	-0.22	-0.67, 0.23	.337	1.74	0,0%
Behavioral Self-Control Training	aggregierte Effektstärke	6	0.06	-0.12, 0.24	.518	4.93	0,0%
	abstinenzorientiert	6	-0.01	-0.24, 0.22	.933	2.78	0,0%
	kontrollorientiert	6	0.12	-0.12, 0.37	.317	6.59	24,2%
Kognitive Verhaltenstherapie	aggregierte Effektstärke	17	0.13	-0.02, 0.28	.091	35.40**	54,8%
	abstinenzorientiert	12	0.07	-0.10, 0.23	.448	20.82*	47,2%
	kontrollorientiert	11	-0.03	-0.21, 0.16	.793	22.77*	56,1%
Motivational Interviewing	aggregierte Effektstärke	4	0.02	-0.06, 0.10	.613	0.92	0,0%
	abstinenzorientiert	4	0.00	-0.10, 0.10	.934	0.84	0,0%
	kontrollorientiert	4	0.06	-0.04, 0.16	.258	0.55	0,0%
Rückfallprävention Systematische Desensibilisierung	aggregierte Effektstärke ^a	11	-0.04	-0.18, 0.10	.571	11.45	12,7%
	abstinenzorientiert ^a	11	-0.01	-0.18, 0.16	.906	12.11	17,4%
	kontrollorientiert ^a	10	-0.05	-0.20, 0.10	.513	0.51	0,0%
Supportive Therapie	aggregierte Effektstärke	2	0.39	-0.78, 1.55	.516	0.49	0,0%
	abstinenzorientiert ^a	6	0.10	-0.16, 0.36	.435	9.89	49,4%
	kontrollorientiert ^a	5	0.07	-0.13, 0.28	.490	3.60	0,0%
Psychodynamische Therapie	aggregierte Effektstärke	7	0.24	-0.02, 0.49	.072	3.75	0,0%
	abstinenzorientiert	5	0.51	0.13, 0.88	.008**	2.84	0,0%
	kontrollorientiert ^a	4	0.15	-0.16, 0.45	.348	1.50	0,0%
Zwölf Schritte Programm	aggregierte Effektstärke	6	-0.01	-0.11, 0.09	.844	15.30*	67,3%
	abstinenzorientiert	4	-0.03	-0.30, 0.23	.803	7.07	57,6%
	kontrollorientiert	31	0.05	-0.05, 0.15	.153	52.61**	43,0%
Cluster kognitive Verhaltenstherapie, BSCT und Rückfallprävention	abstinenzorientiert	26	0.02	-0.09, 0.12	.782	35.52	29,6%
	kontrollorientiert	24	0.00	-0.12, 0.11	.949	36.58*	37,1%
	Fragebogen ^a	7	0.25	-0.13, 0.63	.191	18.89**	68,2%
Cluster Interpersonelle und Supportive Therapie	aggregierte Effektstärke ^a	10	0.00	-0.16, 0.15	.972	12.33	27,0%
	abstinenzorientiert ^a	9	-0.03	-0.19, 0.13	.684	6.99	0,0%
	kontrollorientiert ^a	8	0.05	-0.17, 0.27	.673	13.34	47,5%

k = Anzahl der Vergleiche

^a Keine multiplen Vergleiche vorhanden

Positive Effektstärken stehen für bessere Wirksamkeit der jeweils untersuchten Therapiemethode

* p < .05 ** p < .01

3.3.1.1. Heterogenität

Bezüglich der Heterogenität lassen sich im Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie, des Clusters KV, RP und BSCT und des Zwölf-Schritte Programms signifikante Q -Werte beobachten, die I^2 Werte liegen im mittleren bis hohen Bereich. In den anderen Therapiemethoden ist eine relativ homogene Verteilung der Effektgrößen zu beobachten.

Zur Kontrolle der Robustheit der Ergebnisse wurden drei Arten von Sensitivitätsanalysen durchgeführt: Die leave-one-out Methode zur Feststellung der für das Ergebnis besonders einflussreichen Studien, die trim and fill Analyse zur Untersuchung des Publikationsbias und eine Sensitivitätsanalyse, bei der diejenigen Studien ausgeschlossen wurden, bei denen unzureichende Daten zur Effektstärkenberechnung vorlagen und die Effektstärken demnach mit 0 geschätzt wurden.

Tabelle 7. Ergebnisse der Leave-1-out Analyse Aversionstherapie (aggregierte Ergebnismaße)

Ausschluss von Studie	Vergleich	resultierende Gesamtwerte		
		g	95% KI	p
Fleiger & Zingle, 1971	A(V) vs. SUP	-0.35	-0.63, -0.07	.016
Hedberg & Campbell, 1974	A(E) vs. KV	-0.28	-0.55, 0.00	.047
	A(V) vs. KV	-0.24	-0.53, 0.06	.116
	A(E) vs. SD	-0.28	-0.55, -0.01	.045
	A(V) vs. SD	-0.25	-0.56, 0.07	.121
Mccance & Mccance, 2011	A(E) vs. PD	-0.29	-0.63 0.05	.099
	A(E) vs. BSCT	-0.36	-0.65, -0.08	.013
Miller, 1978	CDC [A(E)] vs. BSCT	-0.31	-0.62, 0.00	.051
Miguez, 1981	A(N) vs. PD	-0.22	-0.53, 0.09	.171
Olson & Ganley, 1981	A(V) vs. PD	-0.33	-0.60, -0.05	.022
	A(V) vs.. PD	-0.30	-0.60, 0.01	.058
Piorkowski & Mann, 1975	A(V) vs.. SD	-0.30	-0.60, 0.01	.058

A(V) = Verdeckte Sensibilisierung

A(E) = Aversionstherapie mittels Elektroschock

A(N) = Aversionstherapie mittels übelkeitserregenden Medikamenten

3.3.2 Sensitivitätsanalysen

3.3.2.1. *Leave-one-out*

Die Ergebnisse der leave-1-out Analyse bestätigen die Robustheit der nichtsignifikanten Unterschiede der meisten Therapieverfahren.

Die signifikanten Ergebnisse im Bereich der Aversionstherapie und der Psychodynamischen Therapie scheinen jedoch weniger zuverlässig zu sein. Hier zeigt sich, dass einzelne Studien, bzw. sogar bestimmte Therapievergleiche innerhalb einer Studie entscheidend für die signifikanten Ergebnisse sind.

Bei der Psychodynamischen Therapie scheinen die Studien von Sandahl et al. (2004) und Miguez (1981) besonders relevant für das signifikante Ergebnis im Bereich der abstinenzorientierten Ergebniswerte zu sein. Bei Ausschluss je einer der beiden Studien wäre das Ergebnis nicht mehr signifikant ($p = .10$ bzw. $p = .07$), die gemittelten Effektstärken wären deutlich geringer ($g = 0.39 [-0.07, 0.84]$ bzw. $g = 0.41 [-0.04, 0.86]$). Bei der Aversionstherapie erweist sich ein Vergleich der Studie von Miller, 1978 für das Ergebnis der kontrollorientierten Daten als einflussreich. Nach Ausschluss des Vergleiches von A mit BSCT wird das Ergebnis der Metaanalyse, das zuvor nicht signifikant war, signifikant ($g = -0.45 [-0.81, -0.10]$). Bei den aggregierten Outcome-Daten erweisen sich 7 (der insgesamt 12) Vergleiche als für das signifikante Gesamtergebnis prägend (Siehe Tabelle 7).

3.3.2.2. *Trim and Fill*

Laut trim and fill Analyse muss im Bereich fast aller untersuchten Therapieverfahren mit einem gewissen Publikationsbias gerechnet werden. Beispielsweise im Bereich der aggregierten Effektgrößen wurde die Anzahl der Studien folgendermaßen korrigiert (die veränderten Effektgrößen und zugehörigen Konfidenzintervalle in Klammer): Drei bzw. zwei Studien zum Vorteil des Zwölf Schritte Programms ($g = 0.03 [-0.19, 0.25]$), eine Studie zum Vorteil des Behavioral Self Control Trainings ($g = 0.07 [-0.11, 0.24]$), je eine Studie zum Nachteil der Rückfallprävention ($g = -0.02 [-0.19, 0.15]$) und Supportiven Therapie ($0.03 [-0.27, 0.33]$), zwei bzw. vier Studien zum Nachteil des Motivational Interviewing ($g = 0.04 [-0.03, 0.10]$), bzw. der Kognitiven Verhaltenstherapie ($g = 0.03 [-0.10, 0.17]$). Bei der Systematischen Desensibilisierung wurden keine Studien eingefügt. Die korrigierten Daten verändern die Gesamtaussage

der Ergebnisse allerdings nicht signifikant. Das Resultat der Psychodynamischen Therapie wurde mit zwei zu ihrem Vorteil hinzugefügten Studien und einem g von 0.26 [0.01, 0.51] signifikant, hingegen würde eine zum Vorteil der Aversionstherapie eingefügte Studie das Ergebnis nicht mehr signifikant erscheinen lassen ($g = -0.25$ [-0.61, 0.11]). Auch bezüglich der kontroll- bzw. abstinenten Outcomekategorien veränderte die Korrektur des Publikationsbias nur bei einem Therapieverfahren die Gesamtaussage: Im Bereich der abstinenten Effektgrößen führten vier zu deren Nachteil eingefügte Studien zu einem signifikanten Ergebnis der Aversionstherapie ($g = -0.45$ [-0.87, -0.02]).

3.3.2.3. weitere Sensitivitätsanalysen

In den drei Studien, bei denen keine ausreichenden Informationen zur Berechnung von Effektstärken angegeben waren, war die Wirksamkeit der Rückfallprävention (Kalman et al., 2000) der Kognitiven Verhaltenstherapie (Jackson & Oei, 1978) bzw. der Rückfallprävention und des Behavioral Self Control Trainings (Skutle & Berg, 1987) untersucht worden. Daher wurden für diese drei Therapieverfahren erneut Kategorienvergleiche unter Ausschluss der genannten Studien durchgeführt. Bei keiner der drei Therapieverfahren änderte sich das Ergebnis signifikant – die Nullhypothese im Sinne keiner Wirksamkeitsunterschiede muss hier nach wie vor beibehalten werden.

3.3.2.4. Subgruppenanalysen Aversionstherapie und Psychodynamische Therapie

Vier der acht inkludierten Studien, die die Psychodynamische Therapie untersuchten, verglichen diese mit einer Form der Aversionstherapie. Um auszuschließen, dass die positiven Effektgrößen der Psychodynamischen Therapie nur einem Artefakt, ausgelöst durch den Vergleich mit den wenig wirksamen aversionstherapeutischen Verfahren gleichkommen, wurde eine Subgruppenanalyse durchgeführt, deren Ergebnisse in Tabelle 8 dargestellt sind.

Tabelle 8. Subgruppenanalyse Vergleich Psychodynamische Therapie mit Aversionstherapien oder anderen Therapieverfahren

Abhängige Variable	Vergleich mit	k	g	95%KI	p	Q	I ²
aggregierte Effektstärke	Aversionstherapie	4	0.33	-0.07, 0.73	.102	2.54	0.0%
	anderen	4	0.16	-0.17, 0.49	.340	0.86	0.0%
abstinenzorientiert	Aversionstherapie	3	0.29	-0.40, 0.97	.413	2.45	18.4%
	anderen	3	0.56	0.07, 1.05	.027*	0.54	0.0%
kontrollorientiert	Aversionstherapie	1	0.27	-0.33, 0.86	.383	0.00	0.0%
	anderen	3	0.10	-0.25, 0.46	.566	1.29	0.0%

* p < .05

Für die Aversionstherapie wurde eine Subgruppenanalyse nach der Art des aversiven Reizes (Elektroschock, Übelkeit, verdeckte Sensibilisierung) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 9 abgebildet.

Tabelle 9. Subgruppenanalyse Aversionstherapien nach Art des aversiven Reizes

Abhängige Variable	Art des Reizes	k	g	95%KI	p	Q	I ²
aggregierte Effektstärke	Elektroschock	4	-0.33	-1.28, 0.63	.502	5.24	42.7%
	verdeckte Sensibilisierung	6	-0.27	-0.70, 0.16	.222	4.88	0.0%
	Übelkeit	1	-0.60	-1.21, 0.01	.053	4.88	0.0%
abstinenzorientiert	Elektroschock	2	0.30	-0.70, 1.31	.553	0.15	0.0%
	verdeckte Sensibilisierung	4	0.24	-0.54, 1.01	.553	0.46	0.0%
	Übelkeit	1	-0.60	-1.21, 0.01	.053	0.00	0.0%
kontrollorientiert	Elektroschock	4	-0.29	-1.04, 0.46	.449	4.79	37.3%
	verdeckte Sensibilisierung	2	-0.67	-1.24, -0.10	.022*	0.08	0.0%

* p < .05

Tabelle 10. Ergebnisse der Completer-Analyse

Therapiemethode	k	g	95% KI	p	Q	I ²
Gesamtergebnisse mit Einschluss aller Vergleiche						
Aversionstherapie	6	-1.44	-2.78, -0.09	.036*	8.58	41.7%
Behavioral Self-Control Training	5	0.19	-0.58, 0.96	.632	6.65	39.9%
kognitiv-behaviorale Therapie	14	0.06	-0.25, 0.37	.715	12.67	0.0%
Motivational Enhancement Therapy	3	-0.03	-0.51, 0.46	.906	1.82	0.0%
Relapse Prevention	9	0.29	-0.16, 0.75	.208	2.17	0.0%
Systematische Desensibilisierung	3	-1.45	-4.22, 1.33	.307	4.35	54.0%
Supportive Therapie	6	0.09	-0.36, 0.54	.692	1.69	0.0%
Tiefen-psychologische Therapie	4	-0.18	-1.06, 0.71	.698	5.09	41.1%
Zwölf Schritte Programm kognitiv-Behaviorale Therapie, Relapse Prevention und Behavioral Self-Control Training	3	-0.18	-0.73, 0.38	.533	1.90	0.0%
Supportive und Interpersonelle Therapie	27	0.14	-0.09, 0.38	.235	22.15	0.0%
Supportive und Interpersonelle Therapie	9	0.03	-0.34, 0.40	.873	3.54	0.0%
Ergebnisse nach Ausschluss multipler Vergleiche / Einschluss der mittleren Effektstärke pro Studie						
Aversionstherapie	3	-0.99	-2.15, 0.18	.097	0.57	0.0%
Behavioral Self-Control Training ^a	5	0.19	-0.58, 0.96	.632	6.65	39.9%
Kognitiv-Behaviorale Therapie	11	0.01	-0.31, 0.33	.943	4.65	0.0%
Motivational Enhancement Therapy ^a	3	-0.03	-0.51, 0.46	.906	1.82	0.0%
Relapse Prevention ^a	9	0.29	-0.16, 0.75	.208	2.17	0.0%
Systematische Desensibilisierung	1	-1.36	-4.69, 1.98	.425	0.00	0.0%
Supportive Therapie ^a	6	0.09	-0.36, 0.54	.692	1.69	0.0%
tiefenpsychologische Therapie ^a	4	-0.18	-1.06, 0.71	.698	5.09	41.0%
Zwölf Schritte Programm ^a kognitiv-Behaviorale Therapie, Relapse Prevention und Behavioral Self-Control Training	3	-0.18	-0.73, 0.38	.533	1.90	0.0%
Supportive und Interpersonelle Therapie ^a	24	0.12	-0.12, 0.36	.333	14.36	0.0%
Supportive und Interpersonelle Therapie ^a	9	0.03	-0.34, 0.40	.873	3.54	0.0%

Positive Effektstärken stehen für einen größeren Anteil von Completern in der jeweils untersuchten Therapiemethode

^a Keine multiplen Vergleiche vorhanden

* p < .05 ** p < .01

3.3.3. Analyse der Completerraten

Ebenso wie bei den Kategorienvergleichen zeigte sich auch im Bereich der Studienabbrecher eine signifikante negative Tendenz im Bereich der Aversionstherapien. Diese Therapieform scheint besonders häufig vorzeitig abgebrochen zu werden. (siehe Tabelle 10). Das Ergebnis befindet sich allerdings nach Ausschluss multipler Vergleiche außerhalb des Signifikanzbereiches.

Außerdem scheint das negative Ergebnis dieses Therpieverfahrens – ebenso wie das der Kategorienvergleiche – im Bezug auf einflussreiche Fälle nicht besonders robust zu sein. Von den sechs in die Analyse einbezogenen Vergleichen ist das Ergebnis in der leave-one-out Analyse nach Ausschluss von einem von vier Vergleichen nicht mehr signifikant (Fleiger, 1971; Olson und Ganley, 1981; bzw. zwei Vergleiche aus Hedberg und Campbell, 1974). Die leave-one-out Analysen der anderen Therapieverfahren zeigen robuste nichtsignifikante Ergebnisse.

3.3.4. Klinische Signifikanz

In der Analyse der klinischen Signifikanz treten keine bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen den untersuchten Therapieverfahren auf (siehe Tabelle 11). Auffallend ist die sehr geringe Heterogenität: Bis auf den Kategorienvergleich der Rückfallprävention liegen alle I^2 Werte bei 0.0%. Allerdings muss die – mangels Angaben in den Primärstudien – relativ geringe Anzahl von Vergleichen in einzelnen Therapieverfahren beachtet werden.

Die Ergebnisse fast aller Therapiemethoden wurden durch die Korrektur des Publikationsbias – wie auch schon bei den Kategorienvergleichen beobachtbar – geringfügig verändert. Es wurden zwischen sieben Studien zum Nachteil des Clusters Kognitive Verhaltenstherapie, Behavioral Self Control Training und Rückfallprävention und drei Studien zum Vorteil des Behavioral Self Control Trainings bzw. der Psychodynamischen Therapie eingefügt. Die modifizierten Analyseergebnisse waren jedoch konstant nicht signifikant.

Tabelle 11. Ergebnisse der Analyse der klinischen Signifikanz

Therapiemethode	<i>k</i>	<i>logg Odds Ratio</i>	95% KI	<i>p</i>	<i>Q</i>	<i>I</i> ²
Gesamtergebnisse mit Einschluss aller Vergleiche						
Aversionstherapie	10	-0.51	-1.09, 0.07	.086	8.66	0.0%
Behavioral Self Control Training	5	0.10	-0.46, 0.66	.727	0.71	0.0%
kognitive Verhaltenstherapie	11	-0.10	-0.26, 0.06	.221	9.43	0.0%
Motivational Interviewing	3	0.10	-0.07, 0.27	.271	0.80	0.0%
Rückfallprävention	6	0.02	-0.59, 0.62	.955	7.27	31.2%
Systematische Desensibilisierung	5	0.46	-0.47, 1.40	.332	3.54	0.0%
Supportive Therapie	4	-0.16	-0.62, 0.29	.480	0.47	0.0%
Psychodynamische Therapie	8	0.21	-0.36, 0.78	.473	6.68	0.0%
Zwölf Schritte Programm	3	-0.07	-0.25, 0.10	.403	1.16	0.0%
kognitive Verhaltenstherapie, Rückfallprävention und BSCT	22	-0.07	-0.22, 0.07	.334	18.15	0.0%
Supportive und Interpersonelle Therapie	7	-0.18	-0.56, 0.19	.339	1.08	0.0%

Positive Effektstärken stehen für bessere Wirksamkeit der jeweils untersuchten Therapiemethode

3.3.5. Moderatoranalysen

Mittels Moderatoranalysen wurden Zusammenhänge zwischen den Wirksamkeitsunterschieden und Studien-, PatientInnen- und Therapiecharakteristika (siehe Kodierung, Abschnitt 2.3) untersucht.

Zu einigen Moderatoren wurden in den Primärstudien nicht annähernd ausreichend Angaben gemacht, um diese Daten in Moderatoranalysen untersuchen zu können. So wurden komorbide Störungen in der Population (Angststörungen, Depressionen, PTBS, Bipolare Störungen), die Kategorisierung der Abhängigkeitserscheinungen, die durchschnittlichen Dauer alkoholbezogener Probleme in der Population, Bezahlungs-, oder Aufwandsentschädigungsmodalitäten und der Anteil der PatientInnen mit College- oder Universitätsabschluss in den allerwenigsten Primärstudien deklariert. Bei anderen Moderatoren – wie der Art der Publikation, der Ausbildung der TherapeutInnen oder dem Einsatz des/der gleichen TherapeutIn für verschiedene Therapieverfahren – waren die Kategorien zu einseitig ausgeprägt um Gruppenvergleiche durchführen zu können.

Insgesamt wurden Analysen für 26 potenzielle Moderatoren (Publikationsjahr,

Studienqualitäts-Gesamtscore [angelehnt an Miller und Wilbourne, 2002], Researcher Allegiance, Zeitspanne bis zur Erhebung der Ergebnisdaten, Zeitpunkt der Erhebung der Ergebnisdaten (Post-Behandlung oder Follow-up), Land, Kontinent, Setting, Format, Anzahl und Dauer der Sitzungen, Behandlungsziel, Rekrutierung, Frauenanteil, Durchschnittsalter, Anteil der verheirateten bzw. beschäftigten PatientInnen, Schweregrad der Alkoholabhängigkeit, Anteil von Persönlichkeitsstörungen und anderen Abhängigkeitserkrankungen und die sechs Kategorien des risk of bias assessment tools ausgewertet, sofern pro Outcomekategorie mindestens fünf Vergleiche verfügbar waren. Diejenigen Variablen, die einen signifikanten ($p \leq 0.05$) Teil der Heterogenität erklären (wo also der Q -Wert des Modells [QM] im Vergleich zum residualen Q -Wert [QR] möglichst groß ist), werden als Moderatoren angenommen.

Da durch die Analyse einer großen Zahl von Moderatoren die Gefahr der Alphafehler-Kumulierung besteht, wurde die Benjamini-Hochberg Korrektur (Benjamini & Hochberg, 1995) durchgeführt. Pro Therapiemethode wurde eine False Discovery Rate von je 10% akzeptiert, um der geringen Power des Q -Tests Rechnung zu tragen. (Braun et al., 2013).

Die Signifikanzlevels der folgenden drei Moderatoren hielten der Benjamini-Hochberg-Korrektur stand:

3.3.5.1. Zeitspanne bis zur Erhebung

Die Zeit vom Ende der Therapie bis zur Erfassung des Outcomes hing maßgeblich mit der relativen Wirksamkeit des Zwölf Schritte Programms zusammen: Längere Zeitspannen gingen mit höheren Effektstärken im aggregierten Bereich einher ($k = 6$ $QR(4) = 3.95$; $p = .413$; $QM(1) = 12.08$; $p = .001$; Steigung = 0.05 [0.02, 0.09]). Die relative Wirksamkeit dieser Therapiemethode scheint relativ lange zu anzuhalten bzw. sich erst nach ca. einem halben Jahr nach Abschluss der Therapie gegen die Vergleichstherapien behaupten zu können (siehe Abbildung 3).

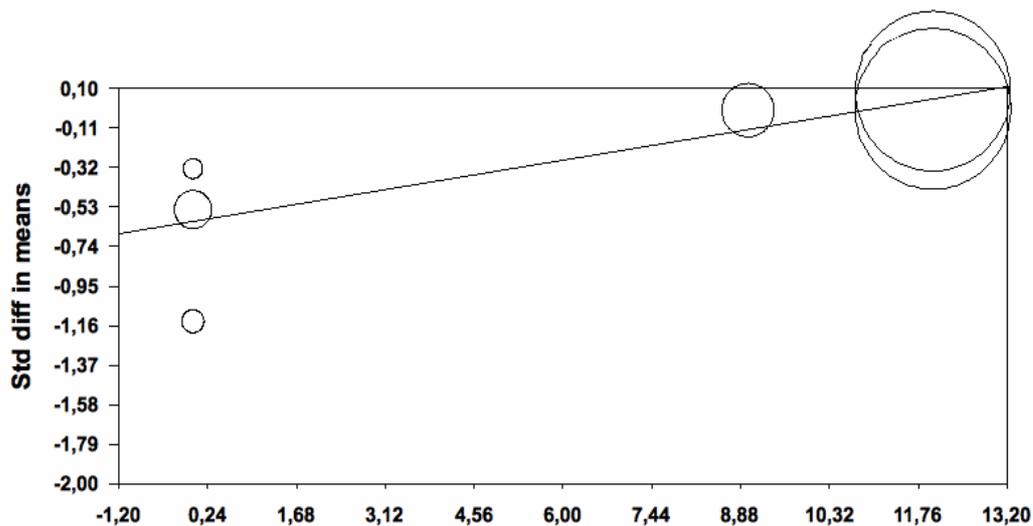


Abbildung 3. Regression: Beziehung zwischen der Zeit bis zum Follow-Up und dem Ergebnis (Zwölf-Schritte Verfahren)

3.3.5.2. Post- vs. Follow-up Ergebnisdaten

Zusätzlich zur oben beschriebenen Analyse, die den Einfluss der Dauer bis zur Erhebung der Ergebnisdaten untersuchte, wurde in einem Gruppenvergleich gesondert überprüft, ob es einen Unterschied macht, ob die einbezogenen Ergebnisse im Rahmen einer Follow-up-Untersuchung oder direkt nach Abschluss der Therapie erhoben wurden. Auch hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Bereich der aggregierten Ergebnismaße des Zwölf-Schritte Verfahrens. ($k = 6$, $QR(4) = 3.63$; $p = 0.458$; $QM(1) = 12.41$, $p = 0,001$) Analog zum Ergebnis der Metaregression zeigte sich, dass die Therapie in Falle von Follow-up Daten ($k = 3$, $g = 0.03 [-0.04, 0.11]$, $p = .37$) bessere Wirksamkeit zeigte als bei Datenerhebung direkt nach Beendigung der Therapie ($k = 3$; $g = -0,64 [-1.04, -0,25]$, $p = .001$).

Eine umgekehrte Tendenz zeigte sich bei den aggregierten Ergebnismaßen der Kognitiven Verhaltenstherapie ($k = 21$, $QR(19) = 31.71$, $p = .034$, $QM(1) = 13.85$, $p = .005$): Hier zeigten Studien, bei denen Follow-up Daten erhoben wurden ($k = 16$, $g = -0,02 [-0.13, 0.09]$, $p = .758$) geringere Effektgrößen als Studien, bei denen Post-Behandlungsdaten inkludiert wurden ($k = 5$, $g = 0.54 [0.16, 0.91]$, $p = .005$).

3.3.5.3. Setting

Die relative Wirksamkeit des Zwölf Schritte Programms stand mit der Art des Settings in Zusammenhang ($k = 6$, $QR(4) = 7.71$; $p = .10$; $QM(1) = 7.62$, $p = .006$): Studien, in

denen ein ambulantes Setting eingesetzt wurde, zeigten eine signifikant bessere relative Wirksamkeit ($k = 5$, $g = -0.02$ [-0.16, 0.12], $p = .771$) als die einzige Studie mit gemischt ambulant-stationärem Setting ($k = 1$, $g = -1.14$ [-1.92, -0.36], $p=0.004$). Die Tatsache, dass nur von einer einzigen Studie Daten für das gemischt ambulant-stationäre Setting vorhanden sind, schränkt die Generalisierbarkeit dieses Ergebnisses natürlich deutlich ein.

Die Kognitive Verhaltenstherapie war im Bezug auf die aggregierten ($k = 17$; $QR(14) = 25.14$; $p = .030$; $QM(2) = 10.53$; $p = .005$) und kontrollorientierten ($k = 15$; $QR(13) = 21.85$; $p = .058$; $QM(1) = 13.32$; $p < 0.001$) Effektstärken weniger wirksam als die Vergleichstherapien, wenn ein stationäres Setting zum Einsatz kam (relative Wirksamkeit der KV [kontrollorientierte Ergebnismaße] in stationärem Setting : $k = 2$; $g = -0.72$ [-1.10, -0.34]; $p < 0.001$; in ambulantem Setting: $k = 13$. $g = 0.03$ [-0.11, 0.17], $p = .647$).

3.3.5.4. Tendenzen

Außerdem wurden folgende Tendenzen beobachtet (Moderatoranalysen waren zwar signifikant, wiesen aber zu geringe Power auf, um die Benjamini-Hochberg-Korrektur zu bestehen):

(a) Sowohl bei der KV als auch beim ZS fand sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Unterpunkt allocation concealment des Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias im Bereich des abstinenorientierten Ergebniswertes: Bei der KV zeigten Studien, bei denen dieser Punkt mit „unclear risk of bias“ eingeschätzt wurde, signifikant geringere Wirksamkeit als Studien mit „low risk of bias“ oder „high risk of bias“ ($k = 14$; $QR(11) = 14.13$; $p = .226$; $QM(1) = 6.69$; $p = .035$; relative Wirksamkeit der KV bei „unclear risk of bias“: $k = 10$; $g = -0.07$ [-0.17, 0.03]; $p = .163$; bei „low risk of bias“: $k = 3$; $g = 0.17$ [-0.22, 0.56]; $p = .395$; bei „high risk of bias“: $k = 1$; $g = 0.74$ [0.07, 1.42]; $p = .031$). Beim ZS waren die Ergebnisse hingegen bei Studien mit „unclear risk of bias“ besser als bei der einzigen mit „low risk of bias“ ($k = 6$; $QR(4) = 10.61$; $p = .031$; $QM(1) = 3.94$; $p = .047$; relative Wirksamkeit des ZS bei „unclear risk of bias“: $k = 5$; $g = -0.04$ [-0.21, 0.14]; $p = .680$; bei „low risk of bias“: $k = -0.54$ [-1.01, -0.08]; $p = .023$).

(b) Negativer Zusammenhang der Wirksamkeit des BSCT mit der Zeitspanne

bis zur Erhebung der Ergebnisdaten ($k = 6$; $QR(4) = 0.54$; $p = .97$; $QM(1) = 4.39$; $p = .036$; Steigung = -0.05 $[-0.05, 0.00]$; umgekehrte Richtung als bei ZS, siehe weiter oben)

(c) Analog der weiter oben beschriebenen signifikanten Ergebnisse im Bereich der aggregierten Ergebnismaße der KV was den Einsatz von Post- bzw. Follow-up Daten betrifft, wurden auch im Bereich der abstinentorientierten Ergebnisdaten gleichlautende Tendenzen gefunden ($k = 14$, $QR(12) = 14.51$, $p = .270$, $QM(1) = 5.11$, $p = .024$, relative Wirksamkeit bei Follow-up Erhebung: $k = 11$, $g = -0.06$, $[-0.16, 0.04]$, $p = .220$, relative Wirksamkeit bei Post Erhebung: $k = 3$, $g = 0.41$ $[-0.16, 0.04]$, $p = .04$).

(d) Im Bereich der SUP bzw. des Clusters SUP+IP: Neigung dahingehend, dass individuell durchgeführte Therapiesitzungen bessere Wirksamkeit aufweisen als Gruppenverfahren (für SUP: $k = 6$; $QR(4) = 4.11$; $p = .391$; $QM(1) = 4.93$; $p = .026$; relative Wirksamkeit der SUP in Gruppen [aggregierte Ergebnismaße]: $k = 2$; $g = -0.15$ $[-0.36, 0.06]$; $p = .16$; bei Einzeltherapie: $k = 4$; $g = 0.25$ $[-0.04, 0.53]$; $p = .087$)

(e) Höherer Frauenanteil: Zusammenhang mit geringerer relativer Wirksamkeit (kontrollorientierter Outcome) des BSCT ($k = 6$; $QR(4) = 2.26$; $p = .688$; $QM(1) = 4.40$; $p = 0.036$; Steigung = -0.02 $[-0.05, -0.00]$)

(f) Höheres Durchschnittsalter: positiver Zusammenhang mit kontrollorientiertem Ergebniswert des BSCT ($k = 6$; $QR(4) = 2.10$; $p = .718$; $QM(1) = 4.56$; $p = .033$; Steigung = 0.08 $[0.01, 0.14]$), aber negativer Zusammenhang mit aggregiertem Ergebniswert der SUP ($k = 6$; $QR(4) = 2.85$; $p = .583$; $QM(1) = 7.04$; $p = .008$; Steigung = -0.09 $[-0.16, 0.02]$)

(g) Zusammenhang des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit mit kontrollorientiertem Ergebniswert der KV ($k = 15$; $QR(12) = 22.85$; $p = .029$; $QM(1) = 8.06$; $p = .018$) im Sinne einer umgekehrt U-förmigen Verteilung. Mittelschwere, klinische AlkoholikerInnen ($k = 11$; $g = 0.06$; $[-0.08, 0.20]$; $p = .429$) scheinen mehr von der Therapie zu profitieren als subklinische Problemtrinker ($k = 1$; $g = -0.66$ $[-1.28, -0.05]$ $p = .033$) oder schwer beeinträchtigte PatientInnen ($k = 3$; $g = -0.46$ $[-0.98, 0.07]$; $p = .087$)

(h) Neigung zu geringerer relativer Wirksamkeit des aggregierten Ergebnismaßes der SUP bei Studien, in denen als Behandlungsziel komplette Abstinenz angegeben ist ($k = 6$; $QR(3) = 2.33$; $p = .507$; $QM(1) = 7.56$; $p = .023$; Abstinenz: $k = 4$; $g = -0.07$ $[-0.25, 0.11]$ $p = .445$; kontrolliertes Trinken: $k = 1$; $g = 0.18$ $[-0.13, 0.49]$ p

= .250; andere: $k = 1$; $g = 1.19$ [0.22, 2.16] $p = .017$

(i) Tendenziell höhere Wirksamkeit der KV (kontrollorientiertes Ergebnismaß) in europäischen als in australischen bzw. nordamerikanischen Studien ($k = 15$; $QR(12) = 23.65$; $p = .023$; $QM(1) = 9.53$; $p = .009$; Europa: $k = 3$; $g = 0.22$ [0.02, 0.42] $p = .033$; Kanada/USA: $k = 11$; $g = -0.07$ [-0.25, 0.11] $p = .443$; Australien: $k = 1$; $g = -0.66$ [-1.28, -0.05] $p = .033$) und – umgekehrt – bessere relative Wirksamkeit der SUP in nordamerikanischen als in europäischen Studien ($k = 6$; $QR(4) = 5.09$; $p = .278$; $QM(1) = 3.99$; $p = .046$; Europa: $k = 1$; $g = -0.14$ [-0.35, 0.07] $p = .186$; Kanada/USA: $k = 5$; $g = 0.20$ [-0.06, 0.47] $p = 0.133$)

(j) Höherer Anteil von PatientInnen mit zusätzlichen anderen Abhängigkeitserkrankungen: positiver Zusammenhang mit der relativen Wirksamkeit beim Cluster IP+SUP ($k = 5$; $QR(3) = 2.48$; $p = .479$; $QM(1) = 6.73$; $p = .01$; Steigung = 0.01 [0.00, 0.02]), aber negativer Zusammenhang bei der RP ($k = 6$; $QR(4) = 4.28$; $p = .369$; $QM(1) = 4.18$; $p = .041$; Steigung = -0.01 [-0.01, -0.00]).

3.3.5.5. Researcher Allegiance

Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Researcher Allegiance und der relativen Wirksamkeit beobachtet. Beim Großteil der Therapieverfahren (Behavioral Self Control Training, Supportive Therapie, Zwölf-Schritte Programm, Cluster CB, BSCT, RP und IP, SUP) wurde – entgegen den Erwartungen – ein Zusammenhang zwischen hohen Allegiancewerten und geringen Effektgrößen sichtbar. Bei der Kognitiven Verhaltenstherapie wurde hingegen eine geringe, bei Aversionstherapie ($k = 6$; $QR(4) = 2.65$; $p = .618$; $QM(1) = 3.20$; $p = .074$; Steigung = 0.24 [-0.02, 0.50]) und Psychodynamischer Therapie ($k = 8$; $QR(6) = 2.26$; $p = .894$; $QM(1) = 1.57$; $p = .210$; Steigung = 0.15 [-0.08, 0.38]) eine klarere Tendenz zu hohen Effektgrößen bei hohen Allegiancewerten beobachtet.

4. Diskussion

Ziel dieser Metaanalyse war die Untersuchung der Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts im Bereich von Psychotherapieverfahren zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit unter Anwendung von zwei unterschiedlichen Berechnungsverfahren. Es zeigten sich in beiden metaanalytischen Verfahren geringe Wirksamkeitsunterschiede der untersuchten Therapiemethoden. Eine Tendenz zu geringerer Wirksamkeit der Aversionstherapie (wahrscheinlich u.a. ausgelöst durch geringere Akzeptanz des Verfahrens) und zu etwas besserer Wirksamkeit Psychodynamischer Verfahren wurde beobachtet, wobei die Wahl der Ergebnismaße ein ausschlaggebender Faktor zu sein scheint. Weiters scheinen Rahmenbedingungen des Settings und der Zeitrahmen des Follow-Ups Einfluss auf das Ergebnis zu haben.

4.1. Random-Signs Verfahren

Die Untersuchung von Imel et al. (2008) wurde teilweise repliziert. Insbesondere im Bereich der völligen Abstinenz als Ergebnismaß konnte eine sehr homogene Verteilung der Effektgrößen um 0 mit geringen I^2 Werten zwischen 0.0% und 30.7% beobachtet werden. In den anderen Ergebnismaßen zeigten sich jedoch zum Teil mittlere bis hohe Heterogenitätsmaße. Die Diskrepanz dieser Analyse im Vergleich zur Originalstudie von Imel et al. kann teilweise durch den vergrößerten Studienkorpus erklärt werden. Die Analyse der aggregierten Ergebnisgrößen (Imel et al. nutzten einen aggregierten Gesamtwert der alkoholbezogenen Ergebnismaße, sowie gesondert nur abstinenzbezogene Maße für die Berechnungen) zeigt den Einfluss der ergänzten Studien besonders deutlich. So ergab das Random-Signs-Verfahren bei ausschließlichem Einbezug der Originalstudien von Imel et al. eine relative geringe (und nicht signifikante) Heterogenität der Ergebnismaße; wurden jedoch die neu recherchierten Studien in die Berechnung eingefügt, so resultierten signifikante Heterogenitätsmaße mit I^2 Werten zwischen 41.4% und 54.2%.

Die Annahme, dass die 30-fache Durchführung des Random-Signs-Verfahrens eine genauere Aussage über die Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts erlaubt als eine einfache Durchführung, wurde bestätigt. Bei fünf der insgesamt zwölf Analysen wurden bei jeweils 29 Durchgängen ein signifikanter Q -Wert beobachtet – und demnach in diesen Kategorien das Ergebnis als heterogen beurteilt. Wäre zufällig genau die eine

homogene Verteilung bei einmaliger Durchführung beobachtet worden, wäre ein falscher Schluss über die Gültigkeit der Äquivalenzannahme getroffen worden.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieses Random-Signs-Verfahrens das Dodo Bird Verdict nicht uneingeschränkt. Die untersuchten Therapiemethoden scheinen für die Behandlung von Alkoholkonsumstörungen mit dem Ziel völliger Abstinenz – zumindest nach dieser Analyse – gleich gut geeignet zu sein. Betrachtet man allerdings kontrollorientierte oder aggregierte Ergebnisgrößen, so scheinen signifikante Unterschiede zwischen den Verfahren zu bestehen. In diesem Sinne muss – für kommende Forschung – ganz besonders auf die Wichtigkeit einer möglichst differenzierten Betrachtung mehrerer Ergebnismaße hingewiesen werden. Die Aggregation verschiedener Ergebnismaße könnte vorhandene Wirksamkeitsunterschiede möglicherweise verschleiern.

4.2. Kategorienvergleiche

Die Methode der Kategorienvergleiche ergab ebenso ein diverses Bild bezüglich der Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts. Interessanterweise bestätigten die Analysen der besser erforschten Therapieverfahren Behavioral Self Control Training, Motivational Interviewing, Kognitive Verhaltenstherapie und Relapse Prevention bzw. Zwölf Schritte Verfahren die Äquivalenzannahme. Das Ergebnis gleicher Wirksamkeit für diese Verfahren ist auch dann stabil, wenn mittels Sensitivitätsanalysen der Einfluss eines möglichen Publikationsbiases korrigiert, oder einflussreiche Studien bzw. geschätzte Effektgrößen aus dem Ergebnis entfernt wurden.

Wie schon weiter oben ausgeführt kann dieser Befund aber – anders als oftmals geschlossen – nicht ohne weiteres als Beleg für die Gültigkeit der Common Factors Theorie interpretiert werden. In jedem Fall scheint es sinnvoll, für die Klärung dieser Fragestellung Untersuchungsmethoden einzusetzen, die eine verlässlichere Entflechtung von spezifischen und gemeinsamen Faktoren ermöglichen (siehe z.B. Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996).

Auch die Supportive Therapie, bzw. der Cluster Supportive und Interpersonelle Therapie scheinen – sofern sie in der Durchführung Bona-Fide Standards genügen – in ihrer Wirksamkeit zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen mit anderen etablierten Verfahren vergleichbar zu sein, obwohl sie in den meisten Primärstudien als Vergleichstherapieverfahren eingesetzt wurden.

Mit diesen Ergebnissen wurde die häufig diskutierte und fallweise bestätigte Überlegenheit Kognitiver Therapieverfahren (siehe z.B. Baardseht et al., 2013, Witkiewitz & Marlatt, 2011) bzw. die Unterlegenheit Supportiver Therapieverfahren (siehe z.B. Budge et al., 2010; Braun et al., 2013) nicht repliziert.

Eine Kritik Tolins (2010), dass in vielen Metaanalysen, die die relative Wirksamkeit von methodisch unterschiedlichen Therapieverfahren untersuchen, zu einem Großteil behaviorale Verfahren getestet werden, trifft jedoch auch auf die vorliegende Studie zu. In nur drei Vergleichen wurden zwei nicht behaviorale Therapieverfahren miteinander verglichen (sofern man Motivational Interviewing und Achtsamkeitstraining nicht unter die behavioralen Verfahren zählt). In insgesamt 17 Vergleichen wurden zwei behaviorale Verfahren miteinander verglichen und in 29 Vergleichen wurde der Unterschied zwischen einem behavioralen und einem nicht-bebehavioralen Verfahren untersucht. Dieser Sachverhalt bildet wohl schlicht den gegenwärtigen Stand der Forschung ab – kognitiv-behaviorale Therapieverfahren sind sehr gut erforscht, viele andere Verfahren sind es nicht. Dennoch muss diese Problematik bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden – die Aussage, dass kognitiv-behaviorale Verfahren gleich gut wirken wie andere gilt nur eingeschränkt.

4.3. Wirksamkeitsunterschiede

Bei zwei Therapieverfahren konnten Wirksamkeitsunterschiede festgestellt werden. Die Aversionstherapie scheint mit einem aggregierten Ergebnismaß von $g = -0.29$ [-0.58, -0.01] weniger wirksam zu sein als andere Verfahren. Die Methode der Verdeckten Sensibilisierung scheint tendenziell ein wenig schlechter zu wirken als Aversionstherapie mittels Elektroschock. Psychodynamischen Therapieverfahren hingegen zeigen mit einem g von 0.48 [0.12, 0.84] im Bereich der Abstinenz bessere Wirksamkeit als die Vergleichstherapien.

Das Ergebnis der Aversionstherapie schien in den Sensitivitätsanalysen wenig stabil: Nach Ausschluss multipler Vergleiche sind keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede bei den Aversionstherapien zu beobachten; das leave-one-out Verfahren erwies das negative Ergebnis als sehr stark von einflussreichen Studien abhängig; die trim and fill Analyse zeigte ein nichtsignifikantes Ergebnis bei Korrektur des Publikationsbiases – allerdings würde bei dieser Korrektur das Ergebnis im Bereich der Abstinenz signifikant schlechter ausfallen. Das positive Ergebnis der

Psychodynamischen Therapie im Bereich der Abstinenz scheint etwas robuster auszufallen: Es besteht auch nach Ausschluss multipler Vergleiche fort und würde bei Korrektur des Publikationsbias eher noch positiver. Außerdem würde bei der trim and fill Korrektur zusätzlich der aggregierte Ergebniswert signifikant ($g = 0.26 [0.01, 0.51]$).

Die Hälfte aller die Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie untersuchenden Studien stellten einen Vergleich mit einer Form der Aversionstherapie dar. Daher stand die Vermutung im Raum, dass die positiven Effektgrößen der Psychodynamischen Therapie durch die große Anzahl an Vergleichen mit der offenbar weniger wirksamen Aversionstherapie zustande gekommen waren. Eine dahingehend durchgeführte Subgruppenanalyse zerstreute diese Annahme allerdings: Die aggregierten und die kontrollorientierten Effektgrößen fielen zwar bei den Vergleichen mit Aversionstherapie etwas höher aus, die (signifikanten) abstinenzorientierten Effektgrößen waren hingegen in der Gruppe der Vergleiche mit anderen Therapieverfahren höher ($g = 0.56 [0.07, 1.05]$) als in der Gruppe der Vergleiche mit Aversionstherapien ($g = 0.29 [-0.40, 0.97]$).

4.4. Überlegungen zur geringen Wirksamkeit der Aversionstherapie

Das schlechte Ergebnis der Aversionstherapie ist kaum überraschend. Zwar gibt es einige, in den 80er und frühen 90er Jahren publizierte Studien, die die Wirksamkeit des Verfahrens belegten (siehe z.B. Rimmel, Howard und Hilfrink, 1995), diese wurden jedoch hinsichtlich methodischer Probleme stark kritisiert (siehe z.B. Wilson, 1987). Zur verdeckten Sensibilisierung liegt eine Metaanalyse von 1978 (Little & Curran) vor, die der Methode Unwirksamkeit attestiert. Zur Effektivität verschiedener Aversionstherapiemethoden im Bereich der Rauchtätigkeit ist eine relativ aktuelle Metaanalyse verfügbar (Hajek & Staed, 2004), die ebenfalls auf methodische Schwierigkeiten der Primärstudien hinweist und keine positiven Effekte feststellte. Seit den späten 90er Jahren scheint es zu dem Thema kaum noch Untersuchungen zu geben und die Aversionstherapie wird in der Praxis nur mehr spärlich zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen eingesetzt (Witkiewitz & Marlatt, 2011).

4.5. Überlegungen zur guten Wirksamkeit der Psychodynamischen Therapie

Das positive Ergebnis der Psychodynamischen Therapieverfahren überrascht hingegen auf mehreren Ebenen. Zum einen ist die Wirksamkeit dieser Therapiegruppe im Bereich

von Alkoholkonsumstörungen alles andere als gut erforscht; die Studien und Metaanalysen, die sich mit ihr beschäftigen, kommen zudem zu sehr inkonsistenten Schlussfolgerungen: Gregory, Remen, Sonderberg und Ploutz-Snyder (2009) fanden beispielsweise überlegene Wirksamkeit einer spezifischen Form von Psychodynamischer Therapie für die Behandlung von komorbiden Alkoholkonsum- und Borderlinepersönlichkeitsstörungen. Die Vergleichstherapie in dieser Studie war jedoch „treatment as usual“ und die Stichprobe sehr klein. Eine große metaanalytische Studie, die die Wirksamkeit aller Arten von Behandlungen für Alkoholkonsumstörungen untersuchte, reihte klassische Psychotherapie hingegen unter die am wenigsten wirkungsvollen Behandlungsalternativen (Miller & Wilbourne, 2002). Unter die sehr breite Kategorie „psychotherapy“ wurden in dieser Analyse allerdings nicht nur explizit psychodynamische, sondern alle möglichen Formen von individuell und in der Gruppe durchgeführten Therapieverfahren subsumiert. Zudem wurde die Methodik der Analyse kritisiert (siehe z.B. Bottlender, 2002). Eine weitere Metaanalyse (Süß, 1995) stellte die Überlegenheit von kognitiv-behavioralen Behandlungsverfahren im Vergleich zu Psychotherapie fest. Auch hier stellte die „Psychotherapie“-Kategorie ein Konglomerat aus vielen – großteils theoretisch nicht näher spezifizierten – Therapieverfahren dar. Die beobachtbare Tendenz, alle möglichen Therapieverfahren, die – überspitzt formuliert – in keine andere Kategorie passen, als (Psychodynamische) Psychotherapie zu betiteln, könnte zumindest eine Ursache für die Diskrepanz der Ergebnisse der zitierten Studien zu denen der vorliegenden Analyse sein. Bottlender et al. (2006) zeigen in ihrem Review, dass Psychodynamische Therapieverfahren dann bezüglich der Wirksamkeit zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit Kognitiver Verhaltenstherapie vergleichbar sind, wenn sie mit einer definierten Struktur und theoretischer Fundierung (also Bona Fide) durchgeführt werden (was im Großteil der Primärstudien von Miller und Wilbourne, 2002 oder Süß, 1995 keineswegs der Fall war).

Die widersprüchlichen (und spärlichen) Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Psychodynamischer Therapie für Alkoholkonsumstörungen spiegelt die aktuelle Forschungslage zur Wirksamkeit dieses Verfahrens für psychische Störungen generell wieder. Die über Jahrzehnte bestehende und fast schon programmatische Ablehnung evidenzbasierter Wirksamkeitsforschung durch einen großen Teil der Vertreter Psychodynamischer Therapie (Shedler, 2010) führte zu einem eklatanten Mangel an methodisch wertvoller Evidenz für das Verfahren. Einige Metaanalysen widmeten sich der Wirksamkeit von (langzeit- sowie kurzzeit-) psychodynamischen Verfahren für

psychische Störungen im Allgemeinen und kamen zu Ergebnissen, die mit anderen evidenzbasierten insbesondere kognitiv behavioralen Therapiemethoden vergleichbar sind z.B. Abbass, Hancock, Henderson, Kisel, Leichsenring et al., Kristoph, Leichsenring et al., Leibing, et al. Einige dieser Studien insbesondere die von Leichsenring et al. wurden jedoch aus methodischen Gesichtspunkten mehrfach kritisiert z.B. Littel et al., Shlonsk et al. Andere Metaanalysen kamen zu konträren Schlussfolgerungen Svartberg und Stiles fanden beispielsweise, dass Psychoanalytische Kurzzeittherapie zwar besser als Kontrollgruppen, jedoch schlechter als andere psychotherapeutische Verfahren wirkt, dass das Verfahren umso schlechter abschneidet, je besser die Qualität der untersuchenden Studie ist, und dass die relative Wirkung des Verfahrens mit der Zeit nach Ende der Therapie abnimmt. Auch Shapiro und Shapiro fanden eine Effektgröße d von . für kognitiv behaviorale Therapieverfahren und . für psychoanalytische bzw. humanistische Behandlungen, was auf eindeutig bessere Wirksamkeit der ersten Methode hinweist. Allerdings scheinen für diese Metaanalyse dieselben Argumente zu gelten wie für die oben erwähnten alkoholspezifischen Studien von Miller und Marlborough und Süß. Auch hier wurden größtenteils Studien eingeschlossen, bei denen die Ausführung der psychoanalytischen Therapie Bonafide Standards keinesfalls entsprechen siehe Kristoph, et al.

Diskutiert wurde bisher also nur, ob psychoanalytische Therapieverfahren gleich oder weniger wirksam als behaviorale Methoden seien. Ergebnisse, die in Richtung überlegener Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie gehen, sind zu diesem Zeitpunkt hingegen nicht bekannt.

Der Stand psychoanalytischer Psychotherapie in der Behandlung von psychischen Störungen im Allgemeinen und von Alkoholmissbrauchsstörungen im Speziellen ist also keineswegs geklärt und muss durch weitere hoch qualitative Studien geklärt werden.

4.6. Heterogenität und Moderatoranalysen

Die Heterogenität der Analysen war in den meisten Fällen sehr niedrig bis niedrig ausgeprägt. Insbesondere die Heterogenität von Aversionstherapie und psychoanalytischen Therapie ist in allen Ergebniskategorien sehr gering ausgeprägt, wodurch die signifikanten Effektgrößen als systematische Ergebnisse interpretiert

werden können, die nicht aufgrund von Ausreißern entstanden. Nur in den Metaanalysen zur Kognitiven Verhaltenstherapie, den Cluster KV, BSCT und RP und beim Zwölf Schritte Programm wurden signifikante Q -Werte und mittelgroße I^2 Werte ermittelt. In diesen Therapieverfahren – bei denen die geschätzten Effektstärken jeweils um Null schwanken, scheinen also systematische Unterschiede zwischen den inkludierten Studien zu bestehen, die mittels Moderatoranalysen genauer beleuchtet wurden.

Es wurden zwei Moderatoren identifiziert, die nach Benjamini-Hochberg-Korrektur einen signifikanten Zusammenhang mit den Effektgrößen aufwiesen.

Erstens war die relative Wirksamkeit des Zwölf-Schritte Programms besser, wenn die Daten aus einer Follow-up statt aus einer Post-Behandlungsmessung stammten, bzw. umso besser, je länger die Follow-Up Periode war. Dies weist auf eine höhere Stabilität der Wirksamkeit dieses Therapieverfahrens hin, was unter anderem daran liegen kann, dass die Aufforderung an PatientInnen, regelmäßige Selbsthilfegruppenbesuche auch nach Ende der Therapie einzuplanen, essentieller Teil des Zwölf-Schritte Programms ist (Chappel & DuPont, 1999). Im Falle der kognitiven Therapie zeigte sich hier ein gegensätzlicher Effekt: Die Therapie scheint direkt nach Beendigung der Therapie eine höhere relative Wirksamkeit aufzuweisen, als nach einigen Monaten Follow-up Zeit. Im Bezug auf die genaue Zeitspanne zwischen Ende der Therapie und Erhebung der Ergebnisdaten zeigte sich hier hingegen interessanterweise kein signifikantes Ergebnis.

Zweites konnten sowohl beim Zwölf-Schritte Programm, als auch bei der Kognitiven Verhaltenstherapie bessere Wirksamkeit beobachtet werden, wenn ein ambulantes Setting eingesetzt wurde. Dies ist insofern interessant, als sowohl für das Zwölf-Schritte Programm als auch für die Kognitive Verhaltenstherapie festgestellt wurde, dass mittelschwer beeinträchtigte PatientInnen von der Therapie mehr profitieren als leicht oder schwer beeinträchtigte. Rychtarik et al. (2000) stellten – in dem Zusammenhang inhaltlich übereinstimmend – fest, dass AlkoholikerInnen mit geringerem Schweregrad tendenziell mehr von ambulanter Therapie profitierten (und umgekehrt).

Weiters scheinen Studien- und PatientInnenvariablen wie Behandlungsformat, Durchführungsland, Geschlechterverteilung, Durchschnittsalter, und das Vorliegen von weiteren Suchterkrankungen mit den Ergebnissen zusammenzuhängen. Die entsprechenden Angaben in den Primärstudien waren jedoch oftmals so spärlich, dass

die Studiengrößen in manchen dieser Analysen sehr gering waren. Dies hatte einerseits geringe Power der Tests zur Folge und erfordert andererseits Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse.

Die Moderatoranalyse der Researcher Allegiance ergab ein überraschendes Bild: Einerseits wurden keine signifikanten Zusammenhänge gefunden, andererseits wurde bei einigen Therapieverfahren eine der ursprünglichen Annahme entgegenlaufende Tendenz beobachtet. Bei den meisten Therapieverfahren (Supportive Therapie, Zwölf-Schritte Programm, Cluster CB, BSCT, RP und IP, SUP) war der Effekt sehr gering, aber beim Behavioral Self Control Training wurde ein relativ klarer Zusammenhang zwischen hohen Allegiancewerten und geringen Effektgrößen sichtbar. Bei der Kognitiven Verhaltenstherapie wurde hingegen ein geringer, bei Aversionstherapie und Psychodynamischer Therapie ein klarer (und mit der ursprünglichen Hypothese konsistenter) Zusammenhang zwischen hohen Allegiancewerten und hohen Effektgrößen beobachtet. Es ist nicht klar, wie diese Zusammenhänge zustandekommen, oder wieso die Ergebnisse einiger Therapieverfahren von hoher Allegiance der Studienautoren zu profitieren scheinen, während bei anderen eher das Gegenteil der Fall ist. Auffallend ist jedenfalls, dass ausgerechnet bei den beiden Therapieverfahren mit signifikanten Wirksamkeitsunterschieden ein größerer und positiver Zusammenhang beobachtet wurde. Weiters scheint das relativ neue – und für den Fortschritt der Psychotherapieforschung besonders wichtige – Konstrukt der Researcher Allegiance nicht so klar einordenbar und eindimensional zu sein. Selbstverständlich könnte das Ergebnis jedoch auch durch zwei Einschränkungen der vorliegenden Arbeit – dass nämlich einerseits nur eine Operationalisierung der Researcher Allegiance in die Analyse Eingang fand (siehe Berman & Reich, 2010) und dass zweitens die Einschätzung der Allegiancewerte durch nur eine Person durchgeführt wurde – beeinflusst worden sein.

Die Analyse, die den Einfluss des Behandlungsziels untersuchte, machte im Bereich der Supportiven Therapie eine Tendenz (signifikant, nach Korrektur der Alpha-Fehler Kumulierung jedoch nicht mehr) sichtbar: So scheint diese Therapieform besser zu wirken, wenn das Ziel von den PatientInnen selbst gewählt bzw. kontrolliertes Trinken ist. In anderen Therapieverfahren wurden jedoch teilweise gegenteilige (wenn auch nicht signifikante) Effekte beobachtet. Generell waren im Großteil der Therapiemethoden zu wenig Studien pro Kategorie vorhanden, sodass die Aussagekraft der Analysen sehr gering ist. Tendenziell sprechen die Ergebnisse allerdings – in ihrer

Unsystematik – zumindest nicht gegen kontrolliertes Trinken als Therapieziel.

Es muss bedacht werden, dass das in dieser Analyse angewandte metaanalytische Design für das Auffinden von Moderatoren nicht ideal ist. Nachdem die Effektgrößen einer Therapiemethode immer in Abhängigkeit von den Effektgrößen einer anderer Therapiemethoden berechnet werden und zusätzlich manche Therapieverfahren mehrmals mit demselben anderen Verfahren verglichen werden, ist die Interpretation der Moderatoren alles andere als trivial. Stünde beispielsweise ein bestimmter Moderator X in engem Zusammenhang mit der Wirksamkeit aller untersuchten Bona Fide Therapieverfahren, so könnte dies gar nicht festgestellt werden. Ziel der Metaanalysen war also eher, signifikante Heterogenität in einzelnen Therapieverfahren aufzuklären, was im Fall der Zwölf-Schritte Methode und der Kognitiven Verhaltenstherapie gelungen ist.

Das weiter oben beschriebene Ziel, bei der Suche nach wirksamen Psychotherapieverfahren für Alkoholkonsumstörungen auf verbreitete Typologien oder, näherungsweise, auf den Anteil der PatientInnen mit komorbiden psychiatrischen Störungen einzugehen, konnte aufgrund sehr lückenhafter Angaben in den Primärstudien kaum erreicht werden. Einzig der Anteil von zusätzlichen Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen wurde ausreichend oft berichtet um Moderatoranalysen in diesen Bereichen durchzuführen. Zusammenhänge (die die Benjamini-Hochberg-Korrektur nicht bestanden, also nicht als signifikant bezeichnet werden können) wurden bei im Bereich komorbider Abhängigkeitserkrankungen beim Cluster IP+SUP und bei der RP beobachtet. Interpersonelle bzw. supportive Therapie scheint bei PatientInnen, die zusätzlich zu Alkohol auch andere Substanzen missbrauchen, tendenziell besser zu wirken, Rückfallprävention hingegen schlechter. Dieses Ergebnis ist mit Bezugnahme auf die Typologie nach Babor et al. (1992) insofern aufschlussreich, als hier zwischen Typ A mit späterem Beginn, seltenen psychiatrischen Störungen und guter therapeutischer Prognose einerseits und Typ B mit frühem Beginn, häufigem Missbrauch weiterer Substanzen und hohen Belastungsfaktoren in Familie und Beruf andererseits unterschieden wird. Da interpersonelle und supportive Therapieverfahren im Allgemeinen eher auf die Lebenssituation und belastende Umgebungsfaktoren der PatientInnen eingehen, scheint es glaubwürdig, dass diese Methoden bei als Typ B klassifizierten PatientInnen (und vergleichbaren Typen anderer Systeme) besonders gut wirkt. Im Falle der Rückfallprävention – mit ihrem stark verhaltensorientierten und

problemfokussierten Ansatz – ist hingegen eine positive Wirkung bei eher unproblematischen und spezifisch belasteten PatientInnen des Typs A plausibel.

4.7. klinische Signifikanz und Completer-Raten

Dass bei der Analyse der klinischen Signifikanz keine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren beobachtbar waren, kann einerseits durch eine auffallend geringere Anzahl von Studien erklärt werden (da in vielen Studien keine Remissionswerte angegeben wurden). Andererseits könnte das Ergebnis auch dahingehend interpretiert werden, dass die Therapieverfahren sich bezüglich gradueller Verbesserungen der PatientInnen zwar ein wenig unterscheiden, dass das Dodo Bird Verdict in Bezug auf die klinische Nützlichkeit im Bereich von Alkoholkonsumstörungen jedoch gilt. Die geringe Heterogenität in diesem Fall unterstützt diese Überlegung. Allerdings zeigt sich auch hier eine relativ starke Tendenz der Aversionstherapie in Richtung geringerer Wirksamkeit (logg OR = -0.51 [-1.09, 0.07]).

Die Untersuchung der Completer-Raten zeigt, dass Aversionstherapien signifikant häufiger vorzeitig abgebrochen werden als andere Therapieverfahren. Die schlechten Ergebnisse im Bereich der Kategorienvergleiche und der klinischen Signifikanz kann also (zumindest teilweise) durch die geringe Akzeptanz des Verfahrens durch die PatientInnen erklärt werden.

4.8. Zur Relevanz differenzierter Ergebnismaße

Betrachtet man die unterschiedlichen Ergebnismaße, so wird deutlich, wie wichtig es ist, diese (sowohl in Primärstudien als auch in Metaanalysen) möglichst differenziert zu erheben. Die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens im Bezug auf völlige Abstinenz ist ganz offensichtlich etwas anderes als ihr Vermögen, den PatientInnen Fähigkeiten für kontrolliertes Trinken zu vermitteln. Beim Behavioral Self Control Training konnte – wenig verwunderlich, da das Verfahren explizit für das Ziel des kontrollierten Trinkens entwickelt wurde – im Bereich der Kontrollorientierung bessere Wirksamkeit ($g = 0.11$ [-0.10, 0.32]) beobachtet werden als im Bereich der Abstinenz (-0.02 [-0.28, 0.21]). Im Gegensatz dazu scheint die Psychodynamische Therapie besser geeignet zu sein, PatientInnen bei der Beibehaltung von völliger Abstinenz zu helfen. Auch dieses Ergebnis verwundert kaum, da Vertreter tiefenpsychologischer Therapieverfahren kontrolliertem Trinken tendenziell ablehnend gegenüber stehen und in dieser Methode

historisch gesehen Wert auf völlige Abstinenz gelegt wird (siehe z.B. Flores, 2007).

Auffallend sind die in Bezug auf die Art der Ergebniskategorien unterschiedlichen Resultate des Random-Signs-Verfahrens und der Kategorienvergleiche. Im ersten Fall wies insbesondere die Analyse der kontrollorientierten Ergebnismaße (sofern alle Vergleiche einbezogen wurden) auf Ungültigkeit der Äquivalenzannahme hin. Die abstinenzorientierten Ergebnismaße zeigten hingegen Homogenität, was laut Wampold et al (1997) die Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts belegen soll. Bei den Kategorienvergleichen ist das Bild allerdings umgekehrt: Das am stabilsten signifikante (und im Bezug auf die Effektgröße auch recht starke) Ergebnis der Psychodynamischen Therapieverfahren liegt im Bereich der abstinenzorientierten Ergebnismaße. Im Bereich der kontrollorientierten Maßen, wo laut Random-Signs-Verfahren signifikante Ergebnisse erwartbar wären, finden sich hingegen keine. Diese Diskrepanz kann selbstverständlich an der Klassifizierung der Therapieverfahren liegen: Angenommen, ein Therapieverfahren A erzielte mehrere eher kleine, positive Effektgrößen und ein Therapieverfahren B erzielte mehrere eher kleine negative Effektgrößen, so könnten sich diese im Rahmen des Random-Signs-Verfahrens derart ausgleichen, dass ein sehr homogenes Ergebnis resultiert. Werden diese positiven (bzw. negativen) Effektgrößen jedoch im Rahmen von Kategorienvergleichen genau so subsummiert, dass die positiven in einer Kategorie landen und die negativen in einer anderen, so ist es leicht vorstellbar, dass daraus ein signifikantes Ergebnis folgt. Auch der umgekehrte Effekt ist denkbar – dass also ein oder mehrere große Effekte innerhalb der Random-Signs-Methode zu Heterogenität führt, diese Effekte innerhalb der Kategorien hingegen durch entgegengesetzte Effekte so relativiert werden, dass ein nichtsignifikantes Ergebnis resultiert. Diese Ausführung weist schon darauf hin, dass der Nutzen des Random-Signs-Verfahrens sich in einem weitaus engeren Rahmen bewegt, als von seinen Vertretern intendiert. Streng genommen erlaubt die Methode nämlich ausschließlich Aussagen darüber, ob sich die im Studienkorpus befindlichen Effektgrößen voneinander unterscheiden. Generalisierte Aussagen darüber, ob sich die untersuchten Therapieverfahren voneinander unterscheiden, können allerdings nicht getroffen werden (Siehe auch Howard et al., 1997).

4.9. Einschränkungen

Folgende Einschränkungen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Analyse beachtet werden: Erstens ist die Kodierung der Primärstudien durch nur eine Person erfolgt, was insbesondere bei der Einschätzung der Researcher Allegiance und der Studienqualität weniger reliabel ist. Zweitens waren – wie schon mehrmals erwähnt – in einigen Bereichen eine zu geringe Anzahl an Studien vorhanden bzw. waren die Angaben in den Studien zu lückenhaft um Kategorienvergleiche und Moderatoranalysen durchzuführen. Drittens waren für einige Therapieverfahren keine direkten Vergleiche mit allen anderen analysierten Verfahren vorhanden. Hier wäre die Durchführung von Mixed-Treatment-Comparisons (z.B. Braun et al., 2013 oder Buti, Baccini, Nieri, La Marca, & Pini-Prato, 2013) eine Möglichkeit gewesen, auch den Einfluss von indirekten Vergleichen zu schätzen. Die Erhebung der Researcher-Allegiance wurde – viertens – , wie schon weiter oben erwähnt, mit nur einem Tool kodiert (siehe Berman & Reich, 2010). Fünftens ist die Klassifizierung der Therapieverfahren durch nur eine Person fehleranfällig und die Wahl der Kategorien ist diskussionswürdig. Hätten die Ressourcen es erlaubt, wäre eine Expertenklassifizierung selbstverständlich wünschenswert gewesen. Sechstens konnten die sekundäre Maße – also krankheitsbegleitende soziale, finanzielle, rechtliche Aspekte und Kriterien der physischen bzw. psychischen Gesundheit – mangels Angaben nicht untersucht werden. Dadurch ist es – obwohl durch die Analyse verschiedener konsumbezogener Ergebnismaße versucht wurde, eine möglichst umfassende Operationalisierung der Störung zu ermöglichen – sehr unwahrscheinlich, dass der Komplexität und Vielschichtigkeit von Alkoholkonsumstörungen ausreichend Rechnung getragen werden konnte. Siebentens besteht selbstverständlich die Möglichkeit, dass mangels Einbezug von grauer Literatur Studien übersehen wurden, worauf auch die Analysen des Publikationsbias hinweisen. Und achtens sei an dieser Stelle auf allgemeine Probleme von metaanalytischen Studien hingewiesen, die zwar durch das elaborierte Studiendesign zu kontrollieren versucht wurden, die aber selbstverständlich in jedem Fall bedenkenswert sind. Für eine Diskussion dieser Einschränkungen, sei auf Borenstein et al. (2009) oder Card (2012) verwiesen.

4.10. Resümee

In dieser Studie wurden keine besonders großen Wirksamkeitsunterschiede zwischen aktuell angewendeten Bona-Fide Therapieverfahren zur Behandlung von Alkoholkonsumstörungen gefunden, wobei das Rätsel um das Dodo Bird Verdict nach wie vor nicht geklärt ist. Die Wahl der metaanalytischen Methode und die Definition der Ergebnismaße scheinen großen Einfluss auf das Ergebnis zu haben, was die vielen sich gegenseitig widersprechenden Funde in dem Feld zumindest teilweise erklärt. Ungeklärte Fragestellungen – wie der Status psychodynamischer Therapieverfahren für diese Störungsgruppe, die Stabilität der Ergebnisse oder settingspezifische Variablen – müssen in zukünftigen Forschungsprojekten untersucht werden. Denn trotz weitgehender Gültigkeit der Äquivalenzannahme auf einer oberflächlichen Ebene scheint es eine Menge (bisher nur annähernd bekannte) Faktoren zu geben, die bei differenzierterer Betrachtung Einfluss auf den Effekt unterschiedlicher Therapieverfahren haben könnten. In diesem Sinne ist der Versuch, patientInnen-spezifische Faktoren zu extrahieren, die eine optimale Passung zwischen PatientIn und Therapieverfahren bzw. TherapeutIn erlauben, trotz Rückschlägen unbedingt unterstützenswert. Eine differenzierte Herangehensweise an die Fragestellung der relativen Wirksamkeit – abseits von dogmatisch anmutenden Schulstreits und dem Wunsch, die eigene Position zu untermauern – wäre sehr zu begrüßen.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit widmete sich der Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts – der Hypothese, dass alle Bona Fide Therapieverfahren gleiche Wirksamkeit haben – im Bereich von Alkoholkonsumstörungen.

Zu diesem Zweck wurden zwei metaanalytische Methoden eingesetzt: Einerseits wurde eine Analyse von Imel und Kollegen (2008), die der Fragestellung unter Verwendung der Random-Signs-Methode (Wampold et al., 1997) nachging, repliziert, andererseits wurden Kategorienvergleiche der größten Therapiegruppen durchgeführt. Es wurden insgesamt 42 Studien mit 4510 PatientInnen inkludiert, die mindestens zwei Bona Fide Therapieverfahren miteinander verglichen. Außerdem wurde der Einfluss von Moderatoren auf die Ergebnisse untersucht.

Die Ergebnisse der Studie von Imel et al. wurden nur partiell repliziert. Der erweiterte Studienkorpus und die differenziertere Erfassung der Ergebnismaße scheinen für die unterschiedlichen Ergebnisse verantwortlich zu sein. Für Kognitive Verhaltenstherapie, Aversionstherapie, Systematische Desensibilisierung, psychodynamische Therapieverfahren, Rückfallprävention, das Zwölf-Schritte Verfahren und Supportive Therapie wurden Kategorienvergleiche durchgeführt, wobei für die meisten Therapieverfahren die Hypothese gleicher Wirksamkeit im Allgemeinen zu gelten scheint. Psychodynamische Therapie scheint allerdings etwas besser, aversionstherapeutische Verfahren hingegen etwas schlechter zu wirken als alle anderen Therapieverfahren, wobei das zweite Ergebnis zumindest teilweise durch die offenbar geringere Akzeptanz des Verfahrens erklärt werden kann. Die Absenz von Unterschieden in der klinischen Signifikanz ist beachtenswert. Als Moderatoren wurden Settingvariablen und der Zeitpunkt des Follow-Ups identifiziert.

Ob die Gültigkeit des Dodo Bird Verdicts nun bestätigt oder widerlegt werden kann, scheint von einer Reihe von Faktoren abzuhängen. So haben unter anderem die Art der angewandten metaanalytischen Methoden und die Wahl der Ergebnismaße großen Einfluss auf das Resultat.

Abstract

The goal of this study was to analyze the validity of the Dodo bird verdict – the hypothesis that all bona-fide therapies are equally effective – for alcoholism.

Therefore, two different meta analytical methods were used: On the one hand an analysis by Imel and Colleagues (2008), who used the random-signs-method introduced by Wampold et al., 1997, was replicated with an enhanced body of studies. On the other hand, a classical meta-analysis for the big categories of therapies was conducted,

In total 42 studies (with 4510 patients) that compared the effectiveness of two or more bona fide therapies were included. Apart from that the influence of moderators on the outcome was analyzed.

The results of Imel et al. were only partially replicated which can be explained by the enhanced body of studies and the more nuanced definition of outcome measures.

Direct comparisons were realized for cognitive-behavioral therapy, psychodynamic therapy, aversion therapy, psychodynamic therapy, relapse prevention, twelve step facilitation and supportive therapy, whereby the hypothesis of equal effectiveness seems to apply for the majority of treatments. Psychodynamic Therapy seems to be slightly more, aversion therapy slightly less effective than other treatments with the second result partially explicable by the worse approval of this treatment. The absence of differences concerning clinical significance is noteworthy. Factors of the setting and the follow-up period were found to moderate efficacy.

Results in studies investigating the validity of the dodo bird verdict seem to depend on a range of factors. Thus, the specific metaanalytic method and the choice of outcome measures seem to significantly influence the results.

6. Literatur

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Article Nr. CD004687*. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Annis, H. M. (1986) Is inpatient rehabilitation costeffective? Con position. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 5*, 175-190.
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., ... Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 395-405. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.004
- Babor, T., Hoffman, M., Delboca, F., Hesselbrock, V., Meyer, R., Dolinsky, Z. & Rounsaville, B., (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically-derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry, 49*(8), 599-608. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080007002
- Babor, T., Longabaugh, R., & Zweben, A. (1994). Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, 12*, 101–111. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7722986>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review, 28*(5), 746–58. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Statistical Methodology), 57*(1), 289–300. Zugriff unter <http://www.jstor.org/stable/2346101>

- Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andréasson, S., & Ojehagen, A. (2003). Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(10), 1645–56.
doi:10.1097/01.ALC.0000090144.99832.19
- Berman, J. S., & Reich, C. M. (2010). Investigator allegiance and the evaluation of psychotherapy outcome research. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(1), 11–21.
- Borenstein M., Hedges L., Higgins J., & Rothstein, H. (2005). *Comprehensive Meta-analysis (Version 2) [statistische Software]* Englewood NJ: Biostat.
- Borenstein M., Hedges L., Higgins J., & Rothstein, H. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester: Wiley
- Bottlender, M., Spanagel, R., Soyka, M. (2007). One drink, one drunk-controlled drinking by alcoholics? 3-year-outcome after intensive outpatient treatment. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 57(1), 32-38.
- Braun, S. R. (2012). *Behält der Dodo Recht? Die relative Effektivität von Bona Fide Psychotherapien bei der Behandlung von Depression*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches. *PloS One*, 8(6), e68135.
doi:10.1371/journal.pone.0068135
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H. (2002). Matching substance abuse aftercare treatments to client characteristics. *Addictive Behaviors*, 27(4), 585–604. doi:10.1016/s0306-4603(01)00195-2
- Budge, S. L., Baardseth, T. P., Wampold, B. E., & Fluckiger, C. (2010). Researcher allegiance and supportive therapy: Pernicious affects on results of randomized clinical trials. *European Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12, 23-39
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–61. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843

- Buti, J., Baccini, M., Nieri, M., La Marca, M., & Pini-Prato, G. P. (2013). Bayesian network meta-analysis of root coverage procedures: Ranking efficacy and identification of best treatment. *Journal of Clinical Periodontology*, *40*(4), 372–86. doi:10.1111/jcpe.12028
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17–31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Card, N. A. (2012). *Applied meta-analysis for social science research*. New York: The Guilford Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 497-504.
- Chappel, J. N. & DuPont, R. L. (1999). Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *22*(2), 425-446
- Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, *38*(8), 861-868. doi:10.1001/archpsyc.1981.01780330019001
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 151-158.
- Crits-Christoph, P. (1993). Dr. Crits-Christoph Replies [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 684-686.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, *122*(3), 216–220. doi:10.1037//0033-2909.122.3.216
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(6), 909–22. doi:10.1037/a0013075
- Derubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*(2), 174–183. doi:10.1093/clipsy/bpi022

- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414–9. doi:10.1037/0022-006x.57.3.414
- Doyle, M., Carr, A., Rowen, S., Galvin, P., Lyons, S., & Cooney, G. (2003). Family-oriented treatment for people with alcohol problems in Ireland: A comparison of the effectiveness of residential and community-based programmes. *Journal of Family Therapy*, 25(1), 15–40. doi:10.1111/1467-6427.00233
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463. doi: 10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x
- Emrick, C. D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: 1. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 579–591. doi:10.1037/0022-006x.74.3.579
- Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Article Nr: CD005032. doi:10.1002/14651858.CD005032.pub2
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773–96. doi:10.1111/j.1360-0443.1996.tb03801.x
- Flores, P. J. (2007). Group psychotherapy with addicted populations: An integration of twelve-step and psychodynamic theory. Zugriff unter books.google.at/books?isbn=1136782117
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I., & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 966–80. doi:10.1037/0022-006x.63.6.966

- Graber, R. A., & Miller, W. R. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2(1), 20–33. doi:10.1037//0893-164X.2.1.20
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gregor, B. (2012). *Wo sind die Unterschiede? Das Dodo Bird Verdict und die relative Effektivität von Bona Fide-Psychotherapien für die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Metaanalyse*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- Grissom, R. J. (1996). The magical number $.7 \pm .2$: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103. doi: 10.1037/0022-006x.64.5.973
- Hajek, M. & Staed, L. F. (2004). Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, Article Nr. CD000546*. doi:10.1002/14651858.cd000546.pub2
- Hester, R. K. & Miller, W. R. (Hrsg.). (1995). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Boston: Allyn & Bacon
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- Higgins, J. P., Altman, D. G., & Sterne, J. A. (Hrsg.). (2011). Assessing risk of bias in included studies. In J. P. T. Higgins, S. Green (Hrsg.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (Version 5.1.0.) Zugriff unter www.cochrane-handbook.org.
- Hobbs, J. D., Kushner, M. G., Lee, S. S., Reardon, S. M., Maurer, E.W. (2011). Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *American Journal on Addictions*, 20(4), 319-329.
- Higgins, J. P., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327, 557–560.

- Howard, K. I., Krause, M. S., Saunders, S. M., & Kopta, S. M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, *122*(3), 221–225. doi:10.1037//0033-2909.122.3.221
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, *22*(4), 533–43. doi:10.1037/a0013171
- International Center for Alcohol Policies (1998). What is a “standard drink”? *ICAP Reports 5. September*. Washington: ICAP.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(4), 563–70. doi:10.1037/0022-006x.67.4.563
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, *17*(1), 1–12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4
- Jellinek, E. M. (1960) Alcoholism: A genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, *83*, 1341-1345. Zugriff unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1939063/>
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction*, *102*(4), 587–596. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01754.x
- Kalman, D., Longabaugh, R., Clifford, P. R., Beattie, M., & Maisto, S. A. (2000). Matching alcoholics to treatment. Failure to replicate finding of an earlier study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *19*(2), 183–7. doi:10.1016/S0740-5472(00)00096-9
- Körkel, J., Soyka, M., Bottlender, M. & Spanagel, R. (2005) Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. *Psychiatrische Praxis*, *32*(7), 324-326.

- Lesch, O. M., Bonte, W., Walter, H., Musalek, M., & Sprung, R. (1990).
Verlauforientierte Alkoholismusdiagnostik. In D. R. Schwoon & M. Krausz
(Hrsg.), *Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder in der Psychiatrie*. (S. 81-91).
Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). The effectiveness of long-term psychodynamic
psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*,
300(13), 1551–1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term
psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis.
Archives of General Psychiatry, 61(12), 1208–16.
doi:10.1001/archpsyc.61.12.1208
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and
behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*,
48, 1181 – 1209. doi:10.1037//0003-066x.48.12.1181
- Littel, J. H., Shlonsky, A. (2011). Making sense of meta-analysis. A critique of
„Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy“. *The Clinical Social
Work Journal*, 39, 340-346.
- Little, L. M. & Curran, J. P. (1978). Covert sensitization: A clinical procedure in need
of some explanations. *Psychological Bulletin*, 85(3), 513-31. doi:10.1037//0033-
2909.85.3.513
- Longabaugh, R. & Morgenstern, J. (1999) Cognitive-behavioral coping-skills therapy
for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research
and Health*, 23, 78–85. Zugriff unter
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10890800>
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Gulliver, S. B., & Davidson, D. (2009). Extended
naltrexone and broad spectrum treatment or motivational enhancement therapy.
Psychopharmacology, 206, 367–76. doi:10.1007/s00213-009-1615-3
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., ...
Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A wild card' in
comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*,
6(1), 95–106. doi:10.1093/clipsy/6.1.95

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., ... Krause, D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12. doi: 10.1093/clipsy/9.1.2
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that ‘everyone has won and all must have prizes’? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160. doi:10.1177/1049731509347850
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–27. Zugriff unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2696292&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Maisto, S., McKay, J., & O’Farrell, T. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors*, 20(3), 383–393. doi:10.1016/0306-4603(94)00079-e
- Maltzman, S. (2001). The Specific Ingredients Are in the Match: Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counselling Psychology*, 48(3), 258–261. doi:10.1037//0022-0167.48.3.258
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867–86. doi:10.1016/s0306-4603(02)00294-0
- McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1(1), 74–78. doi:10.1080/10503309112331334081
- Miller, S., Wampold, B., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(1), 5–14. doi:10.1080/10503300701472131

- Miller, W. R. (1983). Controlled drinking: A history and a critical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 44(1), 68-83.
- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. ... Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. (pp.12-44). Boston: Allyn & Bacon
- Miller, W. R. & Heather, N. (Hrsg.). (1998). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, 41, 794-805
- Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 211–20. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11327187>
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–77. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x
- Monahan, S. C., & Finney, J. W. (1996). Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: A quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*, 91(6), 787–805. doi:10.1111/j.1360-0443.1996.tb03575.x
- Morgenstern, J., & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102(9), 1377–89. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01882.x
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279–92. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x
- Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7–29. doi:10.1111/j.1530-0277.1998.tb03912.x

- R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. (Version 2.15.3) [statistische Software] Zugriff unter <http://www.R-project.org>
- Rimmele, C.T., Howard, M.O., & Hilfrink, M.L. (1995). Aversion therapies. In R. K. Hester & W. R. Miller (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives.* (S.134-147). Boston: Allyn & Bacon
- Rogers, C. R. (2000). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Psychotherapeuten.* (J. Giere, Übers.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalwerk veröffentlicht 1961)
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Binkoff, J. A., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Abrams, D. B. (1991). Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addictive Behaviors, 16*(1-2), 63–9. doi:10.1016/0306-4603(91)90041-f
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(1), 5–9. doi:10.1037//1053-0479.12.1.5 (Originalarbeit publiziert in *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, (1936) 412-415.)
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M., & Wirtz, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 277–289. doi:10.1037/KI022-006X.68.2.277
- Schuckit, M., Pitts, F. N., Reich, T., King, L., & Winokur, G. (1969). Alcoholism: Two types of alcoholism in women. *Archives of General Psychiatry, 20*, 301-306. doi:10.1001/archpsyc.1969.01740150045007
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*(4), 512–529. doi:10.1037//0033-2909.126.4.512
- Shadish, W. R., & Sweeney, R. B. (1991). Mediators and moderators in meta-analysis: there's a reason we don't let dodo birds tell us which psychotherapies should have prizes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(6), 883–93. doi:10.1037//0022-006x.59.6.883

- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, *92*, 581-604. doi:10.1037/0033-2909.92.3.581
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American Psychologist*, *65*(2), 98–109. doi:10.1037/a0018378
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, *32*, 752-760. doi:10.1037/0003-066x.32.9.752
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, *46*, 248–266.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(5), 704–14. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1835464>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(6), 710–20. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Tonigan, J. S., Toscova, R., & Miller, W. R. (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, *57*(1), 65–72. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8747503>
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D., & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, *13*(4), 401–13. doi:10.1093/ptr/kpg041
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, *36*(3), 1-48.
- Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior Therapy*, *31*(1), 135–149. doi:10.1016/S0005-7894(00)80008-8
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “ all must have prizes. ” *Psychological Bulletin*, *122*(3), 203–215.

- Wampold, B. E., & Serlin, R. C. (2012). Meta-analytic methods to test relative efficacy. *Quality & Quantity*. doi:10.1007/s11135-012-9800-6
- Wilson, D. B. (2000). Meta-analyses in alcohol and other drug abuse treatment research. *Addiction*, 95(11), 419–438. doi:10.1080/09652140020004313
- Wilson, D. B. (2010). Practical Meta-Analysis Effect Size Calculator. [Website]. Zugriff unter <http://www.campbellcollaboration.org/escalc/html/EffectSizeCalculator-Home.php>
- Wilson, G. T. (1987). Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: A re-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 25(6), 503–16. doi:10.1016/0005-7967(87)90058-1
- Witkiewitz, K., & Marlatt, A. (2011). Behavioral therapy across the spectrum. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 313–9. Zugriff unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3860542&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Korrelationen für die Kombination der Effektstärken.....	17
Tabelle 2. In den Primärstudien erfasste sekundäre Ergebnismaße.....	19
Tabelle 3. Nicht eingeschlossene Primärstudien der Analyse von Imel et al. (2008).....	23
Tabelle 4. Beschreibung der Therapieverfahren, mit denen Kategorienvergleiche durchgeführt wurden.....	26
Tabelle 5. Ergebnisse des Random-Signs-Verfahrens.....	28
Tabelle 6. Ergebnisse der Kategorienvergleiche.....	31
Tabelle 7. Ergebnisse der leave-one-out Analyse Aversionstherapie (aggregierte Ergebnismaße).....	32
Tabelle 8. Subgruppenanalyse Vergleich Psychodynamische Therapie mit Aversionstherapie oder anderen Therapieverfahren.....	35
Tabelle 9. Subgruppenanalyse Aversionstherapie nach Art des aversiven Reizes.....	35
Tabelle 10. Ergebnisse der Completer-Analyse.....	36
Tabelle 11. Ergebnis der Analyse der klinischen Signifikanz	38

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Prozess der Literaturrecherche.....	24
Abbildung 2. Häufigkeit der Vergleiche der spezifischen Therapiemethoden.....	25
Abbildung 3. Regression: Beziehung zwischen der Zeitspanne bis zur Erhebung der Ergebnisdaten und dem Ergebnis (Zwölf-Schritte Verfahren).....	40

9. Appendices

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen.....	77
Tabelle Appendix 2. Qualitätsbeurteilung der inkludierten Primärstudien.....	85
Appendix 3. Liste der inkludierten Primärstudien.....	87
Appendix 4. Studien, die im letzten Schritt der Literatursuche exkludiert wurden.....	91
Appendix 5. Lebenslauf.....	107

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Operationalisierung Ergebnismaße							Effektgrößen						
	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Alden, 1988	B SCT vs. SUP	127	66/61	24	Tage mit max. 3 SDU bzw. SDU / 2 Wochen	abstinente Tage / Woche		kontrollierte Trinker	-0,22 [-0,56, 0,12]	-0,15 [-0,55, 0,26]		-0,18 [-0,49, 0,13]	0,31 [-0,51, 1,12]	-0,53 [-1,58, 0,53]
Anton et al., 2005	KV vs. MI	80	41/39	0	Getränke / Trinktag bzw. schwere Trinktage / 84 Tage bzw. SDU / 84 Tage	abstinente Tage / 84 Tage		abstinente Patienten	0,07 [-0,27, 0,41]	0,14 [-0,30, 0,57]		0,10 [-0,23, 0,43]	-0,16 [-1,05, 0,73]	0,77 [-0,43, 1,97]
Carroll, Nich, & Ball, 1998	RP vs. ZS	41	18/23	0		durchgehende Abstinenz während des Treatments		Patienten, die mind. 3 Wochen abstinent waren	0,09 [-0,41, 0,58]	-0,32 [-0,93, 0,29]		-0,32 [-0,93, 0,29]	-0,44 [-2,04, 1,15]	1,10 [-0,38, 2,58]
Ball et al., 2007	MI vs. RP	62	31/31	0	Getränke/ Trinktag	% Trinktage			0,09 [-0,41, 0,58]	-0,11 [-0,60, 0,39]		-0,01 [-0,42, 0,40]	-0,44 [-2,04, 1,15]	0,29 [-1,29, 1,87]
Brewer et al., 2009	KV vs. Achtsamkeits- training	14	5/9	0		% Trinktage			1,01 [-0,09, 2,10]	1,01 [-0,09, 2,10]		1,01 [-0,09, 2,10]	-0,41 [-1,78, 0,97]	
Brown, Evans, Miller, Burgess, & Mueller, 1997	KV vs. Entspannungs- training	35	19/16	6	Getränke / Tag	% abstinente Tage		Abstinente Patienten bzw. schwer trinkende Patienten	0,60 [-0,10, 1,29]	0,74 [0,07, 1,42]		0,67 [0,10, 1,24]	1,76 [-0,01, 3,53] bzw. -0,81 [-2,19, 0,57]	0,17 [-3,81, 4,14]
Brown et al., 2011	KV vs. Entspannungs- training	166	83/83	10,5	Getränke / Trinktag	% abstinente Tage			-0,04 [-0,35, 0,28]	-0,02 [-0,34, 0,30]		-0,03 [-0,29, 0,24]		-0,35 [-1,01, 0,32]

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Operationalisierung Ergebnismaße							Effektgrößen						
	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Burtscheidt, Wölwer, Schwarz, Strauss, & Gaebeil, 2002	KV vs. soziales Kompetenz- training	80	40/40	30	klin. Signifikanz umgerechnet	klin. Signifikanz umgerechnet		abstinente Patienten bzw. abstinente und gebesserte Patienten	0,09 [-0,47, 0,65]	0,37 [-0,34, 1,09]		0,23 [-0,30, 0,77]	0,68 [-0,63, 1,99] bzw. 0,16 [-0,86, 1,18]	-0,45 [-1,78, 0,88]
Dawe, Rees, Mattick, Sitharthan, & Heather, 2002	B SCT vs. Cue Exposure	72	36/36 ^a	8	SDU / Tag bzw. Tage, an denen mind. 7 SDU wurden bzw. Gesamtmenge SDU	Trinktage/ 90 Tage	SADQ-C		0,20 [-0,19, 0,58]	0,03 [-0,43, 0,49]	0,47 [0,01, 0,92]	0,18 [-0,16, 0,52]	0,63 [-0,63, 1,99] bzw. 0,16 [-0,86, 1,18]	-0,45 [-1,78, 0,88]
Easton et al., 2007	KV vs. ZS	62	31/31 ^b	0		% abstinenten Tage			0,54 [0,08, 1,01]			0,54 [0,08, 1,01]		
Fisher & Bentley, 1996	KV vs. ZS	38	19/19 ^b	0			ASI			1,14 [0,36, 1,92]		1,14 [0,36, 1,92]		
Fleiger & Zingle, 2012	A (verdeckte Sensibilisierung) vs. SUP	32	15/17 ^a	3		klin. Signifikanz umgerechnet	„drinking scale“ (selbst- abstinent waren)	Patienten, die innerhalb v 4 Monaten abstinent waren	0,25 [-1,22, 1,72]	0,30 [-0,39, 0,99]		0,28 [-0,65, 1,20]	0,47 [-0,10, 1,94]	-0,82 [-3,32, 1,68]
Garland & Gaylord, 2010	Achtsamkeits- training vs. SUP	37	18/19	0			PACS, IRISA			-0,11 [-0,68, 0,46]		-0,11 [-0,68, 0,46]		-0,31 [-1,49, 0,87]
Hautzinger et al., 2005	KV vs. SUP	200	103/97	12	g Alkohol / Trinkttag bzw. g Alkohol / Tag bzw. Gesamtmenge konsumierter Alkohol	% abstinenten Tage		abstinente Patienten bzw. Patienten, die <80g reinen Alkohol konsumiert haben	0,27 [0,04, 0,50]	0,02 [-0,26, 0,29]		0,14 [-0,07, 0,35]	0,03 [-0,63, 0,68] bzw. 0,02 [-0,63, 0,67]	0,16 [-0,51, 0,82]

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	Operationalisierung Ergebnismaße					Effektgrößen												
					Kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	Kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)								
Heather et al., 2000	BSCCT vs. Cue Exposure	77	38/39	6	Getränke/ Trinktag	% der abstinenten Tage		klin. Signifikanz und un- problematisch trinkende Patienten	0,402 [-0,037, 0,841]	0,232 [-0,212, 0,676]		0,14 [-0,05, 0,69]	0,00 [-1,01, 1,01]	0,64 [-0,28, 1,55]								
															KV vs. A (Verdeckte Sens.)	15/15		0,75 [-0,07, 1,57]		0,75 [-0,07, 1,57]	1,36 [-0,12, 2,84]	0,00 [-2,86, 2,86]
															A (verdeckte Sens.) vs. SD	15/15		-0,59 [-1,39, 0,21]		-0,59 [-1,39, 0,21]	-1,07 [-2,52, 0,38]	0,00 [-2,86, 2,86]
Hedberg & Campbell, 1974	KV vs. A (Elektroschock)	49	15/4	6	klin. Signifikanz umgerechnet		Patienten, die ihre selbst- gestecktes Ziel erreichten	2,25 [-0,49, 4,99]				2,25 [-0,49, 4,99]	4,08 [-0,89, 9,04]	4,07 [1,03, 7,11]								
															A (Elektroschock) vs. SD	4/15		-2,08 [-4,81, 0,65]		-2,08 [-4,81, 0,65]	-3,77 [-8,72, 1,18]	-4,07 [-7,11, -1,03]
															KV vs. SD	15/15		0,17 [-0,67, 1,01]		0,17 [-0,67, 1,01]	0,31 [-1,22, 1,84]	0,00 [-3,98, 3,98]
Ito, Donovan, & Hall, 1988	RP vs. IP	34	17/17 ^a	6	Menge Ethanol im Monat vor Follow-up	Trinktage/ 180 Tage	AASE	Patienten, die 180 Tage lang abstinent waren	0,28 [-0,39, 0,95]	0,28 [-0,39, 0,95]	0,48 [-0,13, 1,09]	0,31 [-0,19, 0,81] ^a	0,48 [-0,88, 1,83]									
														KV vs. soziales Kompetenz- training	24	12/12 ^a	3			0,00 [-0,79, 0,79] ^a	0,00 [-0,79, 0,79] ^a	
Jackson & Oei, 1978																						

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektivgrößen

	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	Operationalisierung Ergebnismaße				Effektivgrößen					
					kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Kadden, Cooney, Getter & Litt, 1989	RP vs. IP	87	42/45	24	schwere Trinktage / 180 Tage	abstinente Tage / 180 Tage		Abstinente und un- problematisch trinkende Patienten	-0,01 [-0,43, 0,41]	0,12 [-0,30, 0,54]		0,06 [-0,30, 0,41]	0,03 [-0,82, 0,88]	0,60 [-0,84, 2,04]
Kalman, Longabaugh, Clifford, Beattie, & Maisto, 2000	RP vs. gemeinde- orientierte Suchtherapie	148	74/74 ^a	24	% schwere Trinktage	% abstinente Tage			0,00 [-0,32, 0,32] ^a	0,00 [-0,32, 0,32] ^a		0,00 [-0,32, 0,32] ^a		
Karno, Beutler & Harwood, 2002	KV vs. systemische Familientherapie	74	37/37 ^b	0			durch 2 Kliniker beurteiltes Trinkmuster (Häufigkeit, Menge, etc.)			0,56 [-0,02, 1,14]	0,56 [-0,02, 1,14]	0,56 [-0,02, 1,14]		0,30 [-0,48, 1,07]
Litt, Kadden, Cooney, & Kabela, 2003	RP vs. IP	128	69/59	18	% schwere Trinktage	% abstinente Tage		schwer trinkende Patienten	0,00 [-0,37, 0,37]	0,27 [-0,10, 0,64]		0,13 [-0,18, 0,44]	0,82 [-0,22, 1,86]	0,00 [-2,82, 2,82]
Loeber, Croissant, Heinz, Mann, & Fior, 2006	RP vs. Cue Exposure	63	32/31	6	g absoluter Alkohol/ Tag	abstinente Tage / 90 Tage	CBO, ACQ		-0,05 [-0,55, 0,45]	0,07 [-0,43, 0,57]	-0,10 [-0,50, 0,31]	-0,08 [-0,45, 0,30]	0,82 [-0,22, 1,86]	0,00 [-2,82, 2,82]
Lydecker et al., 2010	KV vs. ZS	166	87/79	9		% Trinktage		Abstinente und un- problematisch trinkende Patienten	0,02 [-0,32, 0,35]	0,02 [-0,32, 0,35]		0,02 [-0,32, 0,35]	0,10 [-0,59, 0,79]	
McCance & McCance, 2011	A (Elektroschock) vs. PD	65	45/20	12	Klin. Signifikanz umgerechnet				-0,27 [-0,86, 0,33]			-0,27 [-0,86, 0,33]	-0,49 [-1,58, 0,60]	
Miguez, 1981	A (Übelkeit) vs. PD	43	25/18 ^b	12		% abstinente Tage			-0,60 [-1,21, 0,01]			-0,60 [-1,21, 0,01]		

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Operationalisierung Ergebnismaße						Effektgrößen							
	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Miller, 1978	BSCCT vs. "Controlled Drinking Composite" [A (Elektroschock)]	46	17/14	12	klin. Signifikanz umgerechnet	klin. Signifikanz umgerechnet		Abstinente bzw. abstinente und un- problematisch trinkende Patienten	-0.12 [-0.82, 0.57]	-0.48 [-1.81, 0.85]		-0.30 [-1.16, 0.56]	-0.90 [-3.41, 1.61] bzw. -0.23 [-1.69, 1.23]	
			17/15							0.12 [-0.63, 0.87]	-0.07 [-1.61, 1.47]	0.02 [-0.96, 1.01]	-0.17 [-2.98, 2.65] bzw. 0.20 [-1.20 1.61]	
Monti, Abrams, & Binkoff, 1990	KV vs. soziales Kompetenz- training	53	16/19	6	Schwere Trinktage / mögliche Trin- kage bzw. Anzahl Get- ränke/ Trinktag bzw. Anzahl Getränke/ mög- liche Trinktage	abstinente Tage / mögliche Trinktage			-0.71 [-1.27, -0.17]	-0.23 [-0.88, 0.43]		-0.47 [-0.97, 0.03]	-0.79 [-2.60, 1.01]	
			16/18							-0.73 [-1.27, -0.19]	-0.09 [-0.75, 0.57]	-0.41 [-0.91, 0.09]	0.75 [0.62, 2.11]	
O'Farrell, Cutter, & Floyd, 1985	KV vs. IP	17	8/9 ^a	24	% schwere Trinktage bzw. % abstinente und leichte Trinktage	% abstinente Tage		abstinente Patienten	-0.21 [-1.03, 0.60]	-0.14 [-0.95, 0.68]		-0.17 [-0.85, 0.51]	0.69 [-1.13, 2.51]	-1.18 [-4.48, 2.12]
Ojehagen, Berglund, & Hansson, 1997	KV vs. PD	72	36/36	36	klin. Signifikanz umgerechnet		Patienten mit max. 14 Missbrauchst- agen (>4 Getränke) / Jahr	0.00 [-0.61, 0.61]			0.00 [-0.61, 0.61]	0.00 [-1.10, 1.10]	-0.12 [-1.09, 0.85]	

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Operationalisierung Ergebnismaße							Effektgrößen						
	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Olson & Ganley, 1981	A (verdeckte Sens.) vs. PD	28	12/16	48		klin. Signifikanz umgerechnet		abstinente Patienten	-0,26 [-0,74, 0,23]	0,67 [-0,90, 2,23]		0,67 [-0,90, 2,23]	-1,24 [-2,84, 0,36]	-0,79 [-2,25, 0,68]
O'Malley & Jaffe, 1992	RP vs. SUP	51	24/27	0	g Alkohol / Trink- gelegentlich bzw. absolute Menge getrunkenen Alkohols	% Trinktage		abstinente Patienten bis Ende des Treatmentis	-0,11 [-0,66, 0,44]	-0,11 [-0,66, 0,44]		-0,18 [-0,61, 0,25]	0,13 [-1,25, 1,50]	0,03 [-1,08, 1,14]
Porkowski & Mann, 1975	A (verdeckte Sens.) vs. PD	12	4/4 ^a	6		klin. Signifikanz umgerechnet		abstinente Patienten	0,00	0,00		0,00	0,00	
	A (verdeckte Sens.) vs. SD		4/4 ^a						0,00 [-1,59, 1,59]	0,00 [-1,59, 1,59]		0,00 [-1,59, 1,59]	0,00 [-3,15, 3,15]	
	SD vs. PD		4/4 ^a						0,00 [-1,59, 1,59]	0,00 [-1,59, 1,59]		0,00 [-1,59, 1,59]	0,00 [-3,15, 3,15]	
Pomerleau & Pertschuk, 1978	BSC1 vs. PD	32	18/14	12		klin. Signifikanz umgerechnet		abstinente bzw. abstinente und gebesserte Patienten	0,51 [-0,28, 1,31]	-0,56 [-1,62, 0,49]		-0,02 [-0,80, 0,75]	-1,04 [-3,55, 1,47] bzw. 0,96 [-0,52, 2,43]	1,79 [-0,02, 3,60]

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

Operationalisierung Ergebnismaße							Effektgrößen						
Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Project Match Research Group, 1997	KV vs. MI	1430	480/470 ^b	12	klin. Signifikanz umgerechnet	klin. Signifikanz umgerechnet	absintente Patienten bzw. absintente und kontrolliert / un- problematisch trinkende Patienten	-0,10	-0,09		-0,09	-0,16	
								[-0,23, 0,04]	[-0,23, 0,05]		[-0,21, 0,02]	[-0,41, 0,09] bzw. -0,18	
	MI vs. ZS		470/470 ^b					0,05	-0,03		0,01	-0,05	
								[-0,09, 0,18]	[-0,16, 0,11]		[-0,10, 0,12]	[-0,30, 0,120] bzw. 0,08	0,37
Sandahl & Herlitz, 1998	RP vs. PD	49	24/25	19	g absoluter Alkohol/ Trinktag bzw. Tage mit >80g abs. Alkohol	absintente Tage / 90 Tage	Absintente und un- problematisch trinkende Patienten	-0,00	-0,64		-0,32	-1,53	0,37
								[-0,52, 0,52]	[-1,23, -0,04]		[-0,78, 0,15]	[-3,00, -0,06]	[-1,02, 1,75]
Schnitz, Stotts, Sayre, DeLaune, & Grabowski, 2004	RP vs. SUP	40	20/20	3	SDU / Trinktag	Trinktage / Woche		-1,317	-1,06		-1,19		0,00
								[-2,500, -0,134]	[-2,20, 0,08]		[-2,16, -0,22]		[-2,84, 2,84]
Skutle & Berg, 1987	RP vs. BSCCT	16	8/8	12	Muster des Trinkverhaltens bzw. SDU / Woche	Muster des Trinkverhaltens / Woche		0,00	0,00		0,00		-0,12
								[-0,95, 0,95] ^a	[-0,95, 0,95] ^a		[-0,95, 0,95] ^a		[-2,23, 2,06]
Sitharthan & Sitharthan, 1997	KV vs. Cue Exposure	47	24/23	6	SDU / Trink- gelegenheit	Trinktage / Monat		-0,67	-0,61		-0,16		0,45
								[-1,28, -0,05]	[-1,22, 0,00]		[-0,62, 0,29]		[-1,43, 2,33]
						SADQ-C, ICQ, CDSES							

Tabelle Appendix 1. Übersicht über die inkludierten Primärstudien und ihre Effektgrößen

	Operationalisierung Ergebnismaße						Effektgrößen							
	Therapie- verfahren	N	Nv	Follow- up	kontrollorientiert	abstinenz- orientiert	Fragebogen	klin. Signifikanz	kontroll- orientiert (g)	abstinenz- orientiert (g)	Frage- bogen (g)	aggregiert (g)	Klin. Sign. (log OR)	Completer (log OR)
Stimmel et al., 1983	Behavior Modification vs. ZS	13	6/7	0	Reduktion der Trinkmenge in den 2 aufeinander- folgenden Tagen mit dem meisten / 3 Monate				0,33 [-0,57, 1,22]			0,34 [-0,57, 1,22]		-0,18 [-1,37, 1,00]
Taub, Steiner, Weingarten, & GW, 1994	Meditation vs. Biofeedback	54	32/22	18	Tage mit max. 2 Getränken / mögliche Trinktage	abstinent Tage / mögliche Trinktage			-0,09 [-0,44, 0,26]	-0,09 [-0,44, 0,26]		-0,09 [-0,38, 0,21]		
UKATT Research Team, 2005	MI vs. Social Behaviour & Therapy	717	352/365	9	Getränke/ Trinktage	% abstinent Tage	LDQ		0,06 [-0,11, 0,23]	-0,03 [-0,19, 0,14]	0,05 [-0,12, 0,21]	0,00 [-0,06, 0,17]		0,09 [-0,47, 0,66]

Anmerkungen: SDU = Standard Drink Unit (siehe z.B. ICAP Reports, 1998); * Effektgrößen auf 0 geschätzt, da Daten zur Berechnung der Effektgrößen fehlen; ° Größe der Gruppen musste geschätzt werden; N = Gesamtanzahl der ProbandInnen; NV = Anzahl der ProbandInnen pro Studienarm; Follow-up = Monate zwischen Ende der Therapie und Erhebung der Ergebnismaße; ICQ = Impaired Control Questionnaire (Stockwell et al., 1994); SADC-C = Severity of Alcohol Dependency Questionnaire (Stockwell et al., 1994); ACQ = Alcohol Craving Questionnaire (Singleton et al., 1994); IRSA = Impaired Alcohol Response Inhibition Scale (Guarda, 2007); AASE = Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente et al., 1994); CDSES = Controlled Drinking Self-Efficacy Scale (Sihartan et al., 2003); PACS = Penn Alcohol Craving Scale (Flannery et al., 1999); CBQ = Craving Beliefs Questionnaire (Wright, 2003); ASI = Addiction Severity Index (McLellan et al., 1980); LDQ = Leeds Dependency Questionnaire (Raisnick et al., 1994)

Tabelle Appendix 2. Qualitätsbeurteilung der inkludierten Primärstudien

	Jadad Score										Qualitätspunkte Mesa Grande										Cochrane Risk of Bias Assessment Tool							
	Rando Sach	Rando Verbl	Ausf	Jadad	Man	Train	Sup	Adh	ITT	Foll	Ver	Diag	Zus	Qualität Gesamt	RSG	AC	BP	BOA	IOD	RP	OB							
Alden, 1988	1	-1	0	1	1	nein	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein	ja	6	?	?	?	?	?	?	H		
Anton et al., 2005	1	-1	0	1	1	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	10	?	?	?	?	?	?	L	?	
Carrol et al., 1998	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	10	?	?	?	?	?	L	L	?	
Ball et al., 2007	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	8	?	?	?	?	?	L	L	?	
Brewer et al., 2009	1	1	1	1	4	ja	nein	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	7	L	?	?	?	L	L	L	?	
Brown et al., 1997	0	0	0	1	1	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	8	H	H	L	?	L	L	L	?	
Brown et al., 2011	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	11	?	?	?	?	?	L	L	H	
Burtscheidt et al., 2002	1	-1	0	0	0	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	9	?	?	?	?	?	L	H	H	
Dawe et al., 2002	1	-1	1	0	1	ja	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	4	?	?	?	?	?	L	H	H	
Easton et al., 2007	1	1	0	0	2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	10	L	L	?	?	?	H	H	H	
Fisher & Bentley, 1996	1	1	0	0	2	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	4	L	?	?	?	?	H	H	H	
Fleiger & Zingle, 1971	1	-1	0	1	1	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja	3	H	?	?	?	?	L	L	H	
Garland & Gaylord, 2010	1	-1	1	0	1	ja	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	6	?	?	H	L	H	L	H	tendenziöse Art der Berichterstattung	
Hautzinger et al., 2005	1	1	1	1	4	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	12	L	L	?	?	?	L	L	L	?
Heather et al., 2000	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein	9	?	?	?	?	?	L	L	?	
Hedberg & Campbell, 1974	1	-1	0	0	0	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	2	?	?	?	?	?	H	H	?	
Ito et al., 1988	0	0	0	1	1	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	ja	ja	5	H	H	H	?	?	H	H	?	
Jackson & Oei, 1978	0	0	0	0	0	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja	1	?	?	?	?	?	L	?	H	
Kadden et al., 1989	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	10	?	?	?	?	?	L	?	?	
Kalman et al., 2000	1	-1	0	0	0	nein	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	4	?	?	?	?	?	L	?	H	
Karno et al., 2002	1	-1	0	0	0	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	6	?	?	?	?	?	H	H	H	
Litt et al., 2003	0	0	0	0	0	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	9	H	H	?	?	?	H	H	H	
Loeber et al., 2006	1	-1	0	1	1	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	10	?	?	?	?	?	L	L	?	
Lydecker et al., 2010	1	-1	0	1	1	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	ja	nein	6	?	?	?	?	?	L	H	?	
Mccance & Mccance, 2011	1	1	0	0	2	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein	4	L	?	?	?	?	H	H	H	
Miguez, 1981	0	0	1	0	1	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1	?	?	?	?	?	L	?	?	
Miller, 1978	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	7	?	?	H	H	L	L	L	H	

Tabelle Appendix 2. Qualitätsbeurteilung der inkludierten Primärstudien

	Jadad Score										Qualitätspunkte Mesa Grande										Cochrane Risk of Bias Assessment Tool							
	Rando	Rando Sach	Verbl	Ausf	Jadad	Man	Train	Sup	Adh	ITT	Foll	Ver	Diag	Zus	Qualität Gesamt	RSG	AC	BP	BOA	IOD	RP	OB						
Monti et al., 1990	0	0	0	0	0	ja	ja	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	6	?	?	L	?	H	H							
O'Farrell et al., 1985	1	1	1	1	4	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein	ja	nein	8	L	L	L	L	L	H							
Ölhagen et al., 1997	1	-1	1	1	2	nein	ja	nein	ja	ja	nein	ja	ja	nein	7	?	?	L	L	L	L							
Olson & Ganley, 1981	0	0	0	1	1	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja	nein	4	?	?	H	L	L	H							
O'Malley & Jaffe, 1992	1	-1	1	1	2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	11	?	?	L	L	L	H	Unterschied in den soziodemogr. Daten zwischen d Gruppen						
Piotrowski & Mann, 1975	1	-1	0	0	0	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	1	?	?	?	?	H	H	Bezahlungsvereinbarung zwischen Gruppen (drop-out) + Methode der Trinkverhaltensaufzeichnung (=AV) verschieden						
Pomerleau & Pertschuk, 1978	1	-1	0	1	1	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	3	?	?	?	L	L	H							
Project Match Research Group, 1997	1	1	0	1	3	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	11	L	?	?	?	H	?							
Sandahl & Herlitz, 1998	1	1	0	1	3	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	6	L	H	H	?	H	H							
Schmitz et al., 2004	1	-1	0	0	0	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	8	?	?	?	?	H	?							
Skutle & Berg, 1987	1	-1	0	1	1	nein	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	ja	3	?	?	H	L	L	H							
Sitharthan & Sitharthan, 1997	1	-1	0	1	1	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	4	?	?	?	L	L	L							
Stimmel et al., 1983	1	-1	1	1	2	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	6	?	?	?	L	H	H							
Taub et al., 1994	1	-1	0	1	1	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	ja	6	?	H	?	L	L	H							
UKATT Research Team, 2005	1	1	1	1	4	ja	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja	ja	10	L	L	?	L	L	L							

Anmerkungen: Rando = Randomisierung, Rando Sach = sachgerechte Randomisierung; Verbl = Verblindung des Assessments; Ausf = Begründung von Ausfällen; Jadad = Jadad Gesamtscore; Man = Verwendung eines Manuals; Train = Training der Therapeutinnen; Sup = Supervision; Adh = Überprüfung der Adherence; ITT = Intention-to-Treat-Analyse; Foll = Follow-up-Befragung persönlich / per Telefon in mind. 70% d Fälle; Ver = zusätzliche Verzerrung der Selbstauskünfte durch objektive Verfahren; Diag = Diagnosestellung der Alkoholkonsumstörung nach ICD oder DSM; Zus = zusätzliche Befragung Nahestehender zu den Selbstauskünften der Patientinnen; RSG = Random Sequence Generation; AC = Allocation Concealment; BP = Blinding of Participants; BOA = Blinding of Outcome Assessment; IOD = Incomplete Outcome Data; RP = Reporting Bias; OB = Other Bias

Appendix 3. Liste der inkludierten Primärstudien

- Alden, L. E. (1988). Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 280–286. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3372836>
- Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., ... Woolson, R. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 349–357. doi:10.1097/01.jcp.0000172071.81258.04
- Ball, S. A., Todd, M., Tennen, H., Armeli, S., Mohr, C., Affleck, G., & Kranzler, H. R. (2006). Brief motivational enhancement and coping skills interventions for heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1105–1118. doi:10.1016/j.addbeh.2006.07.014
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., ... Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(4), 306–317. doi:10.1080/08897070903250241
- Brown, R. A., Evans, D. M., Miller, I. W., Burgess, E. S., & Mueller, T. I. (1997). Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 715–26. doi:10.1037/0022-006X.65.5.715
- Brown, R. A., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., & Palm, K. M. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for depression versus relaxation training for alcohol-dependent individuals with elevated depressive symptoms. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72, 286–296. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21388602>
- Burtscheidt, W., Schwarz, R., Redner, C., & Gaebel, W. (1999). Verhaltenstherapeutische Verfahren in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 67, 274–280. doi:10.1055/s-2001-18382
- Carroll, K., Nich, C., Ball, S., McCance, E., & Rounsaville, B. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93(5), 713-728. doi:10.1046/j.1360-0443.1998.9357137.x
- Dawe, S., Rees, V. W., Mattick, R., Sitharthan, T., & Heather, N. (2002). Efficacy of moderation-oriented cue exposure for problem drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1045–1050. doi:10.1037//0022-006X.70.4.1045
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K., Nich, C., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16(1), 24–31. doi:10.1080/10550490601077809
- Fisher, M. S., & Bentley, K. J. (1996). Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatric Services*, 47(11), 1244–1250. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8916244>

- Fleiger, D. L., & Zingle, H. W. (1973). Covert sensitization treatment with alcoholics. *Canadian Counsellor*, 7, 269–277. Zugriff unter <http://www.cjc-rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/1622>
- Garland, E., & Gaylord, S. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177–192. doi:10.1080/02791072.2010.10400690
- Hautzinger, M., Wetzell, H., Szegedi, A., Scheurich, A., Lörch, B., Singer, P., ... Anghelescu, I. (2005). Rückfallverhinderung bei alkoholabhängigen Männern durch die Kombination von SSRI und kognitiver Verhaltenstherapie. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten, multizentrischen Therapiestudie. *Der Nervenarzt*, 76(3), 295–307. doi:10.1007/s00115-004-1763-y
- Heather, N., Brodie, J., Wale, S., Wilkinson, G., Luce, A., Webb, E., & McCarthy, S. (2000). A randomized controlled trial of moderation-oriented cue exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 561–570. Zugriff unter http://www.jsad.com/jsad/authdownload/A_Randomized_Controlled_Trial_of_ModerationOriented_Cue_Exposure/787.html
- Hedberg, A. G., & Campbell, L. (1974). A comparison of four behavioral treatments of alcoholism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5(3-4), 251–256. doi:10.1016/0005-7916(74)90072-X
- Ito, J. R., Donovan, D. M., & Hall, J. J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: Effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addiction*, 83(2), 171–81. doi:10.1111/j.1360-0443.1988.tb03978.x
- Jackson, P., & Oei, T. (1978). Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 3, 369–374. doi: 10.1016/0376-8716(78)90007-8
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H., & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 698–704.
- Kalman, D., Longabaugh, R., Clifford, P. R., Beattie, M., & Maisto, S. A. (2000). Matching alcoholics to treatment. Failure to replicate finding of an earlier study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 183–7.
- Karno, M. P., Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2002). Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Addictive Behaviors*, 27(5), 779–97. doi: 10.1016/S0306-4603(01)00209-X
- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118–128. doi:10.1037/0022-006X.71.1.118
- Loeber, S., Croissant, B., Heinz, A., Mann, K., & Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: Effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45, 515–29. doi:10.1348/014466505X82586

- Lydecker, K. P., Tate, S. R., Cummins, K. M., McQuaid, J., Granholm, E., & Brown, S. A. (2010). Clinical outcomes of an integrated treatment for depression and substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(3), 453–65. doi:10.1037/a0019943
- McCance, C., & McCance, P. F. (1969). Alcoholism in North-East Scotland : Its treatment and outcome. *The British Journal of Psychiatry, 115* 189–198. doi:10.1192/bjp.115.519.189
- Miguez, H. A. (1981). Tratamiento del alcoholismo. Estudio de la eficacia de cuatro orientaciones terapéuticas. [Treatment of alcoholism. Study of the efficacy of four therapeutic orientations]. *Acta Psiquiatrica Y Psicologica De America Latina, 27*(2), 146–151.
- Miller, W. R. (1978). Behavioral treatment of problem drinkers : A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(1), 74–86. doi:10.1037/0022-006X.46.1.74
- Monti, P., Abrams, D., & Binkoff, J. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journals of Studies on Alcohol, 51*(3), 263–270. Zugriff unter http://www.jsad.com/jsad/article/Communication_Skills_Training_Communication_Skills_Training_with_Family_an/1619.html?wvsessionid=ww83afa8321ec24a1dbf5b5ec2c121
- O'Farrell, T., Cutter, H., & Floyd, F. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy, 16*, 147–167. doi:10.1016/S0005-7894(85)80042-3
- Ojehagen, A., Berglund, M., Andersson, K., Nilsson, B., & Skjaeris, A. (1992). A randomized study of long-term out-patient treatment in alcoholics. Psychiatric treatment versus multimodal behavioral therapy during 1 versus 2 years of treatment. *Alcohol and Alcoholism, 27*, 649–658. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1292438>
- Olson, R., & Ganley, R. (1981). Long-term effects of behavioral versus insight-oriented therapy with inpatient alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(6), 866–877. doi:10.1037/0022-006X.49.6.866
- O'Malley, S., & Jaffe, A. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependency. A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 49*, 881–887. Zugriff unter <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/reprint/49/11/881.pdf>
- Piorkowski, G., & Mann, E. (1975). Issues in treatment efficacy research with alcoholics. *Perceptual and Motor Skills, 41*, 695–700. doi: 10.2466/pms.1975.41.3.695
- Pomerleau, O., Pertschuk, M., Adkins, D., & Brady, J. P. (1978). A Comparison of behavioral and traditional treatment for middle-income problem drinkers. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(2), 187–200. Zugriff unter <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00846639>

- Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7–29. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8979210>
- Sandahl, C., & Herlitz, K. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 8(4), 361–378. doi:10.1080/10503309812331332467
- Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Sayre, S. L., DeLaune, K. A., & Grabowski, J. (2004). Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *The American Journal on Addictions*, 13(4), 333–41. doi:10.1080/10550490490480982
- Sitharthan, T., & Sitharthan, G. (1997). Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive–behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 878–882. doi:10.1037/0022-006X.65.5.878
- Skutle, A., & Berg, G. (1987). Training in controlled drinking for early-stage problem drinkers. *British Journal of Addiction*, 82, 493–501 doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01506.x
- Stimmel, B., Cohen, M., Sturiano, V., Hanbury, R., Korts, D., & Jackson, G. (1983). Is treatment for alcoholism effective in persons on methadone maintenance? *The American Journal of Psychiatry*, 140, 862–866. Zugriff unter <http://www.psychnews.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3323/862.pdf>
- Taub, E., Steiner, S., Weingarten, E., & Kenneth, G. (1994). Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term, randomized, controlled trial of transcendental meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy neurotherapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 11, 187–220. doi:10.1300/J020v11n01_06
- UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 1–5. doi:10.1136/bmj.331.7516.541

Appendix 4. Studien, die im letzten Schritt der Literatursuche exkludiert wurden

- Adamson, S. J., & Sellman, J. D. (2008). Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(4), 589–93. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18612575>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Adamson, S. J., Sellman, D. J., & Dore, G. M. (2005). Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 209–16. doi:10.1080/09595230500167502
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2009). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: Short-term outcome. *Addiction*, 105(1), 87–99. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02757.x
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Baker, A. L., Kay-Lambkin, F. J., Gilligan, C., Kavanagh, D. J., Baker, F., & Lewin, T. J. (2013). When does change begin following screening and brief intervention among depressed problem drinkers? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(3), 264–70. doi:10.1016/j.jsat.2012.07.009
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Ball, S., Jaffe, A., Crouse-Artus, M., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. (2000). Multidimensional subtypes and treatment outcome in first-time DWI offenders. *Addictive Behaviors*, 25(2), 167–181. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460399000532>
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Balldin, J., Berglund, M., Borg, S., Månsson, M., Bendtsen, P., Franck, J., ... Willander, A. (2003). A 6-month controlled naltrexone study: Combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(7), 1142–9. doi:10.1097/01.ALC.0000075548.83053.A9
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Banerjee, K., Howard, M., Mansheim, K., & Beattie, M. (2007). Comparison of health realization and 12-step treatment in women's residential substance abuse treatment programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(2), 207–215. doi:10.1080/00952990601174758
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*

- Bennett, L., Cardone, S., & Jarczyk, J. (1998). Effects of a therapeutic camping program on addiction recovery: The Algonquin Haymarket relapse prevention program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *15*(5), 469–474. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547297002225>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Blondell, R. D., Frydrych, L. M., Jaanimagi, U., Ashrafioun, L., Homish, G. G., Foschio, E. M., & Bashaw, H. L. (2011). A randomized trial of two behavioral interventions to improve outcomes following inpatient detoxification for alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*, *30*(2), 136–148. doi:10.1080/10550887.2011.554777.A
→ *Behandlungen nicht Bona Fide (nur eine einzige Behandlungssitzung)*
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Hunt, E. D., & Lejuez, C. W. (2012). Initial RCT of a distress tolerance treatment for individuals with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *122*(1-2), 70–6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.09.012
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Bowers, T. G., & Al-Redha, M. R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, *51*(4), 301–9. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2359302>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J., & Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, *97*(6), 677–89. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084137>
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Cannon, D. S., & Baker, T. B. (1981). Emetic and electric shock alcohol aversion therapy: Assessment of conditioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(1), 20–33. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7217473>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Cannon, D. S., Baker, T. B., Gino, A., & Nathan, P. E. (1986). Alcohol-aversion therapy: relation between strength of aversion and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(6), 825–30. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3794028>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Capone, C., & Wood, M. D. (2009). Thinking about drinking: Need for cognition and readiness to change moderate the effects of brief alcohol interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*, *23*(4), 684–688. doi:10.1037/a0016235
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- Carr, C. J., Xu, J., Redko, C., Lane, D. T., Rapp, R. C., Goris, J., & Carlson, R. G. (2008). Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(2), 192–201. doi:10.1016/j.jsat.2007.03.005
→ *Behandlungen nicht Bona Fide (nur eine einzige Behandlungssitzung)*
- Carroll, K. M., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T., Anez, L. M., ... Farentinos, C. (2009). A multisite randomized effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 993–9. doi:10.1037/a0016489
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Caster, D. U., & Parsons, O. A. (1977). Locus of control in alcoholics and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 38*(11), 2087–2095.
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Coffey, S. F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M., & Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 425–35. doi:10.1037/0893-164X.20.4.425
→ *Behandlungen nicht Bona Fide (Audiaufnahme statt persönlichem Kontakt)*
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. a, Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The alliance in motivational enhancement therapy and counseling as usual for substance use problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1125–35. doi:10.1037/a0017045
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1978). Evaluating alcoholism treatment programs: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(5), 1105–19. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/701545>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Dakof, G. A., Cohen, J. B., Henderson, C. E., Duarte, E., Boustani, M., Blackburn, A., ... Hawes, S. (2010). A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(3), 263–74. doi:10.1016/j.jsat.2010.01.002
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Davidson, D., Gulliver, S. B., Longabaugh, R., Wirtz, P. W., & Swift, R. (2007). Building better cognitive-behavioral therapy: Is broad-spectrum treatment more effective than motivational-enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68*(2), 238–47. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17286342>
→ *Komponentenstudie*
- Davidson, D., Wirtz, P. W., Gulliver, S. B., & Longabaugh, R. (2007). Naltrexone's suppressant effects on drinking are limited to the first 3 months of treatment. *Psychopharmacology, 194*(1), 1–10. doi:10.1007/s00213-007-0807-y
→ *Komponentenstudie*

- De Wildt, W. A., Schippers, G. M., Van Den Brink, W., Potgieter, A. S., Deckers, F., & Bets, D. (2002). Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol and Alcoholism*, 37(4), 375–82. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12107041>
→ *Alle Gruppen mit Acamprosat behandelt*
- Donovan, D. M. (1999). Efficacy and effectiveness: Complementary findings from two multisite trials evaluating outcomes of alcohol treatments differing in theoretical orientations. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23(3), 564–72. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10195834>
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Doyle, M., Carr, A., Rowen, S., Galvin, P., Lyons, S., & Cooney, G. (2003). Family-oriented treatment for people with alcohol problems in Ireland: A comparison of the effectiveness of residential and community-based programmes. *Journal of Family Therapy*, 25(1), 15–40. doi:10.1111/1467-6427.00233
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Drummond, D., & Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 809–817. Zugriff unter <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/62/4/809/>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & O'Farrell, T. J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 959–72. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8916625>
→ *Komponentenstudie*
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87–96. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11932134>
→ *Komponentenstudie*
- Finney, J. W., Moos, R. H., & Chan, D. A. (1981). Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: A comparison of two techniques for process analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 120–31. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7217465>
→ *keine randomisierte Zuteilung zu den Behandlungen*
- Foy, D. W., Nunn, L. B., & Rychtarik, R. G. (1984). Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 218–30. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6715648>
→ *Komponentenstudie*

- George, D. T., Phillips, M. J., Lifshitz, M., Lionetti, T. A., Spero, D. E., Ghassemzadeh, N., ... Rawlings, R. R. (2011). Fluoxetine treatment, of alcoholic perpetrators of domestic violence: A 12-week, double-blind, randomized, placebo-controlled intervention study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 60–65. doi:10.4088/JCP.09m05256gry.Fluoxetine
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Gottheil, E., Thornton, C. C., & Weinstein, S. P. (1997). Treatment structure, client coping methods, and response to brief individual counseling. *Journal of Addictive Diseases*, 16(3), 37–41. doi:10.1300/J069v16n03
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Graber, R. A., & Miller, W. R. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2(1), 20–33. doi:10.1037//0893-164X.2.1.20
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Graham, K., Annis, H. M., Brett, P. J., & Venesoen, P. (1996). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91(8), 1127–39. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8828241>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Gregory, R. J., Remen, A. L., Soderberg, M., & Ploutz-Snyder, R. J. (2009). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: Six-month outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(1), 199–205. doi:10.1177/00030651090570011006
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Grønbaek, M., & Nielsen, B. (2007). A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction*, 102(3), 381–8. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01700.x
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Peterson, T. R., Gonzales, A., Moseley, A., & Schwartz, R. P. (2011). The relationship between services delivered and substance use outcomes in New Mexico's Screening, Brief Intervention, Referral and Treatment (SBIRT) Initiative. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 152–7. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.012
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Hammarberg, A., Wennberg, P., Beck, O., & Franck, J. (2004). A comparison of two intensities of psychosocial intervention for alcohol dependent patients treated with acamprosate. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 251–255. doi:10.1093/alcalc/agh056
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*

- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1068–75. doi:10.1037/a0014044
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review, 15*(1), 29–38. doi:10.1080/09595239600185641
→ *Behandlungen nicht Bona Fide (nur eine einzige Behandlungssitzung)*
- Heinälä, P., Alho, H., Kiiänmaa, K., Lönnqvist, J., Kuoppasalmi, K., & Sinclair, J. (2001). Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence : A factorial double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*(3), 287–292. Zugriff unter http://journals.lww.com/psychopharmacology/Abstract/2001/06000/Targeted_Use_of_Naltrexone_Without_Prior.6.aspx
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Hildebrandt, T., McCrady, B., Epstein, E., Cook, S., & Jensen, N. (2010). When should clinicians switch treatments? An application of signal detection theory to two treatments for women with alcohol use disorders. *Behaviour Research and Therapy, 48*(6), 524–30. doi:10.1016/j.brat.2010.03.001
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Hirsch, S. M., von Rosenberg, R., Phelan, C., & Dudley, H. (1978). Effectiveness of assertiveness training with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 39*(1), 89–97.
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Hunter-Reel, D., McCrady, B. S., Hildebrandt, T., & Epstein, E. E. (2010). Indirect effect of social support for drinking on drinking outcomes: The role of motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(6), 930–7. Zugriff unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2965492&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Jackson, T., & Smith, J. (1978). A comparison of two aversion treatment methods for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 39*(1), 187–191. Zugriff unter http://www.jsad.com/jsad/downloadarticle/A_Comparison_of_Two_Aversion_Treatment_Methods_for_Alcoholism/2845.pdf
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Jaffe, A. J., Rounsaville, B., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E., & O'Malley, S. S. (1996). Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: An analysis of patient treatment matching. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1044–53. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8916634>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995). Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *46*(3), 233–8. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7796208>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Karno, M. P. (2007). A case study of mediators of treatment effectiveness. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *31*(S3), 33s–39s. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00491.x
→ *Daten von Project Match (1997)*
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction*, *102*(4), 587–596. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01754.x
→ *Daten von Project Match (1997)*
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., Sitharthan, T., Saunders, J. B., Shockley, N., & Giannopoulos, V. (2006). Addition of cue exposure to cognitive-behaviour therapy for alcohol misuse: A randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction*, *101*(8), 1106–16. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01488.x
→ *Komponentenstudie*
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, T., Spilsbury, G., & Vignaendra, S. (1999). An evaluation of brief correspondence programs for problem drinkers. *Behavior Therapy*, *30*(4), 641–656. doi:10.1016/S0005-7894(99)80030-6
→ *Komponentenstudie; Behandlungen nicht Bona Fide (kein persönlicher Kontakt)*
- Kelley, M. L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 417–427. doi:10.1037//0022-006X.70.2.417
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., & Tonigan, J. S. (2011). The role of Alcoholics Anonymous in mobilizing adaptive social network changes: A prospective lagged mediational analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *114*, 119–26. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.09.009
→ *Daten von Project Match (1997)*
- Killeen, T., Hien, D., Campbell, A., Brown, C., Hansen, C., Jiang, H., ... Nunes, E. (2008). Adverse events in an integrated trauma-focused intervention for women in community substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *35*(3), 304–11. doi:10.1016/j.jsat.2007.12.001
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Koffarnus, M. N., Wong, C. J., Diemer, K., Needham, M., Hampton, J., Fingerhood, M., ... Silverman, K. (2011). A randomized clinical trial of a therapeutic workplace for chronically unemployed, homeless, alcohol-dependent adults. *Alcohol and Alcoholism*, *46*(5), 561–9. doi:10.1093/alcalc/agr057
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- Kuenzler, A., & Beutler, L. E. (2003). Couple alcohol treatment benefits patients' partners. *Journal of Clinical Psychology, 59*(7), 791–806. doi:10.1002/jclp.10171
→ keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar
- Kushner, M. G., Maurer, E. W., Thuras, P., Donahue, C., Frye, B., Menary, K. R., ... Van Demark, J. (2013). Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(3), 429–42. doi:10.1037/a0031301
→ Behandlungen nicht Bona Fide
- Lam, W. K. K., Fals-Stewart, W., & Kelley, M. L. (2009). Parent training with behavioral couples therapy for fathers' alcohol abuse: Effects on substance use, parental relationship, parenting, and CPS involvement. *Child Maltreatment, 14*(3), 243–54. doi:10.1177/1077559509334091
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Lanyon, R. I., Primo, R. V., Terrell, F., & Wener, A. (1972). An aversion-desensitization treatment for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*(3), 394–398. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5032545>
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Lin, W.-F., Mack, D., Enright, R. D., Krahn, D., & Baskin, T. W. (2004). Effects of forgiveness therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(6), 1114–21. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1114
→ keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar
- Litt, M., Kadden, R., & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction, 104*(11), 1837–1838. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02693.x.Individualized
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R., & Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 54*(4), 465–78. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8341050>
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Longabaugh, R., Wirtz, P., Beattie, M. C., Noel, N., & Stout, R. (1995). Matching treatment focus to patient social investment and support: 18-month follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 296–307. Zugriff unter <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/63/2/296/>
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Gulliver, S. B., & Davidson, D. (2009). Extended naltrexone and broad spectrum treatment or motivational enhancement therapy. *Psychopharmacology, 206*, 367–76. doi:10.1007/s00213-009-1615-3
→ Alle Gruppen mit Naltrexon behandelt

- Longabaugh, R., Wirtz, P., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, *93*(9), 1313–1333.
→ *Daten von Project Match (1997)*
- Maisto, S., McKay, J., & O'Farrell, T. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors*, *20*(3), 383–393. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030646039400079E>
→ *Komponentenstudie*
- Markowitz, J. C., James, H. K., Christos, P., Bleiberg, K., & Carlin, A. (2008). Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(6), 468–474.
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Martínez-González, J., Graña, G., & Trujillo, M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. [Influence of personality disorders and consumption patterns on the efficacy of a relapse-prevention program for the treatment of alcoholism]. *Adicciones*, *21*(2), 105–112. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578727>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Martino, S., Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, *101*(10), 1479–92. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01554.x
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2), 243–56. doi:10.1037/a0014686
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Kahler, C. W. (2004). Alcoholics anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 870–8. doi:10.1037/0022-006X.72.5.870
→ *Komponentenstudie*
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., Morgenstern, J., Forman, R. F., & Pettinati, H. M. (2005). Do patient characteristics and initial progress in treatment moderate the effectiveness of telephone-based continuing care for substance use disorders? *Addiction*, *100*(2), 216–26. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.00972.x
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., & Pettinati, H. M. (2005). The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 199–207. doi:10.1001/archpsyc.62.2.199
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455–61. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8326047>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Miller, W. R., & Dougher, M. J. (1989). Covert sensitization : Alternative treatment procedures for alcoholism. *Behavioral Psychotherapy*, 17, 203–220.
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Montgomery, L., Burlew, A. K., Kosinski, A. S., & Forcehimes, A. A. (2011). Motivational enhancement therapy for African American substance users: A randomized clinical trial. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 17(4), 357–65. doi:10.1037/a0025437
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Moos, R., & Bliss, F. (1978). Difficulty of follow-up and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(3), 473–490. Zugriff unter http://www.jsad.com/jsad/downloadarticle/Difficulty_of_FollowUp_and_Outcome_of_Alcoholism_Treatment/4492.pdf
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Morgenstern, J., Bux, D. A., Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, K. A., & Muench, F. (2003). Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 237–247. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.07.002
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Morgenstern, J., Irwin, T. W., Wainberg, M. L., Parsons, J. T., Muench, F., Bux, D. A., ... Schulz-Heik, J. (2007). A randomized controlled trial of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 72–84. doi:10.1037/0022-006X.75.1.72
→ *Komponentenstudie*
- Murphy, J. G., Dennhardt, A. A., Skidmore, J. R., Borsari, B., Barnett, N. P., Colby, S. M., & Martens, M. P. (2012). A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 876–86. doi:10.1037/a0028763
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- Oei, T., & Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, 129–136. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460380900301>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Oslin, D. W., Lynch, K. G., Pettinati, H. M., Kampman, K. M., Gariti, P., Gelfand, L., ... O'Brien, C. P. (2008). A placebo-controlled randomized clinical trial of naltrexone in the context of different levels of psychosocial intervention. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1299–308. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00698.x
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Ouimette, P., Finney, J., & Moos, R. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 230–240. Zugriff unter <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/65/2/230/>
→ *keine randomisierte Zuteilung zu den Behandlungen*
- Pal, H. R., Yadav, D., Mehta, S., & Mohan, I. (2007). A comparison of brief intervention versus simple advice for alcohol use disorders in a North India community-based sample followed for 3 months. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 42(4), 328–32. doi:10.1093/alcalc/agm009
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Palkon, D. (1977). An exploratory ecological evaluation of an alcoholism treatment program: A methodological and substantive investigation (Doctoral dissertation). University of Pittsburgh, Pittsburgh.
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Parker, J., Gilbert, G., & Thoreson, R. (1978). Anxiety Management in alcoholics: A study of generalized effects of relaxation techniques. *Addictive Behaviors*, 3, 123–127. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460378900357>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Pfeiffer, W., Feuerlein, W., & Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 29, 87–95. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/037687169190025T>
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Piper, W., McCallum, M., Joyce, A., Azim, H., & Ogrodniczuk, J. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 267–273. Zugriff unter <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/67/2/267/>
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25(2), 210–20. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11236835>
→ *Komponentenstudie*

- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., John, U., Meyer, C., & Rumpf, H. (2008). Gender differences in the efficacy of brief interventions with a stepped care approach in general practice patients with alcohol-related disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 43(3), 334–340. doi:10.1093/alcalc/agn004
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Rice, C., Longabaugh, R., Beattie, M., & Noel, N. (1993). Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use. *Addiction*, 88(10), 1369–75. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8251874>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Ridgely, M. S., & Jerrell, J. M. (1996). Analysis of three interventions for substance abuse treatment of severely mentally ill people. *Community Mental Health Journal*, 32(6), 561–72. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8905228>
→ *Behandlungen sind nicht Bona Fide*
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96(8), 1161–74. doi:10.1080/09652140120060752
→ *Komponentenstudie*
- Rosenblum, A., Cleland, C., Magura, S., Mahmood, D., & Kosanke, N. (2005). Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 35–58. doi:10.1081/ADA-200037562
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Ruger, J. P., Abdallah, A. B., Luekens, C., & Cottler, L. (2012). Cost-effectiveness of peer-delivered interventions for cocaine and alcohol abuse among women: A randomized controlled trial. *PloS One*, 7(3), e33594. doi:10.1371/journal.pone.0033594
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Sacks, S., Sacks, J. Y., McKendrick, K., Banks, S., & Stommel, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: Crime outcomes. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 477–501. doi:10.1002/bsl.599
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Schadé, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J. L. M., Koeter, M. W. J., de Beurs, E., van Dyck, R., & van den Brink, W. (2007). Anxiety disorders: Treatable regardless of the severity of comorbid alcohol dependence. *European Addiction Research*, 13(2), 109–15. doi:10.1159/000097941
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., & MacDonald, K.R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(3), 390–403. Zugriff unter <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/52/3/390/>
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Sannibale, C. (1989). A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 50*(3), 236–244.
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Schaumberg, K., Kuerbis, A., Morgenstern, J., & Muench, F. (2013). Attributions of change and self-efficacy in a randomized controlled trial of medication and psychotherapy for problem drinking. *Behavior Therapy, 44*(1), 88–99. doi:10.1016/j.beth.2012.07.001
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Schlauch, R. C., Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., & Gudleski, G. D. (2012). Relationship between approach and avoidance inclinations to use alcohol and treatment outcomes. *Addictive Behaviors, 37*(7), 824–30. doi:10.1016/j.addbeh.2012.03.010
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Schneider, R., Casey, J., & Kohn, R. (2000). Motivational versus confrontational interviewing : A comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 27*(1), 60–74.
→ *keine randomisierte Zuteilung zu den Behandlungen*
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol, 62*(3), 389–96. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11414349>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Silverman, M. J. (2010). The effect of a lyric analysis intervention on withdrawal symptoms and locus of control in patients on a detoxification unit: A randomized effectiveness study. *The Arts in Psychotherapy, 37*(3), 197–201. doi:10.1016/j.aip.2010.04.001
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Sobell, M., & Sobell, L. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy, 4*, 49–72. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789473800747>
→ *Komponentenstudie*
- Sobell, M., Sobell, L., & Gavin, D. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy, 26*, 643–669. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405800371>
→ *Komponentenstudie*

- Sobell, M. B., Sobell, L. C., & Leo, G. I. (2000). Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(1), 41–54. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10983746>
→ keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar
- Sparks, S. N., Tisch, R., & Gardner, M. (2013). Family-centered interventions for substance abuse in Hispanic communities. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 12(1), 68–81. doi:10.1080/15332640.2013.759785
→ Behandlungen nicht Bona Fide
- Telch, M., Hannon, R., & Telch, C. (1984). A comparison of cessation strategies for the outpatient alcoholic. *Addictive Behaviors*, 9, 103–109. Zugriff unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460384900145>
→ Behandlungen nicht Bona Fide
- Tevyaw, T. O., Borsari, B., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2007). Peer enhancement of a brief motivational intervention with mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(1), 114–9. doi:10.1037/0893-164X.21.1.114
→ Komponentenstudie
- Thevos, A. K., Roberts, J. S., Thomas, S. E., & Randall, C. L. (2000). Cognitive behavioral therapy delays relapse in female socially phobic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 25(3), 333–45. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10890288>
→ Daten von Project Match (1997)
- Vogler, R. E., Lunde, S. E., Johnson, G. R., & Martin, P. L. (1970). Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(3), 302–7. Zugriff unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5561497>
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Walitzer, K. S., & Dermen, K. H. (2004). Alcohol-focused spouse involvement and behavioral couples therapy: Evaluation of enhancements to drinking reduction treatment for male problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 944–55. doi:10.1037/0022-006X.72.6.944
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis
- Walitzer, K. S., Dermen, K. H., & Barrick, C. (2009). Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during outpatient treatment: A randomized clinical trial. *Addiction*, 104(3), 391–401. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02467.x.Facilitating
→ keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar
- Walsh, D., Hingson, R., Merrigan, D., Morelock Levenson, S., Cupples, A., Heeren, T., ... Kelly, C. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *The New England Journal of Medicine*, 325, 775–782. Zugriff unter <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199109123251105>
→ Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis

- Walton, M. A., Goldstein, A. L., Chermack, S. T., McCammon, R. J., Cunningham, R. M., Barry, K. L., & Blow, F. C. (2008). Brief alcohol intervention in the emergency department: Moderators of effectiveness. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(4), 550–60. Zugriff unter <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3646582&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
→ *Behandlungen nicht Bona Fide (nur eine einzige Behandlungssitzung)*
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Jaffee, W. B., Bender, R. E., Fiona, S., Gallop, R. J., & Fitzmaurice, G. M. (2010). A “community-friendly” version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(3), 212–219. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.04.018.A
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Winters, J., Fals-Stewart, W., O’Farrell, T. J., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 344–355. doi:10.1037//0022-006X.70.2.344
→ *keine alkoholbezogenen Ergebnisdaten verfügbar*
- Witbrodt, J., Bond, J., Kaskutas, L. A., Weisner, C., Jaeger, G., Pating, D., & Moore, C. (2007). Day hospital and residential addiction treatment: Randomized and nonrandomized managed care clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 947–59. doi:10.1037/0022-006X.75.6.947
→ *Behandlungen haben keine unterschiedliche theoretische Basis*
- Witte, S. S., Altantsetseg, B., Aira, T., Riedel, M., Chen, J., Potocnik, K., ... Yao, H. (2011). Reducing sexual HIV/STI risk and harmful alcohol use among female sex workers in Mongolia: A randomized clinical trial. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1785–94. doi:10.1007/s10461-011-9984-0
→ *Komponentenstudie*
- Wood, D. (1979). Psychodrama with an alcohol abuser population. *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 32, 75-88. doi:10.1145/1185884.1185904
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*
- Yonkers, K. A., Forray, A., Howell, H. B., Gotman, N., Kershaw, T., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2012). Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: A randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. *General Hospital Psychiatry*, 34(5), 439–49. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.06.002
→ *Behandlungen nicht Bona Fide*

Lebenslauf

Hannah Bischof

Persönliche Angaben

Geboren am: 28 März 1989 in Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung

Seit 02/2013 Ausbildungskandidatin des psychotherapeutischen
Propädeutikums beim ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis
für Gruppentherapie und Gruppendynamik)

Seit 10/2008 Studium Psychologie an der Universität Wien (mehrmaliger
Erhalt des Leistungsstipendiums der Universität)

05/2008 Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

2003-2008 private Oberstufenschule „Wiener Lernzentrum W@lz“

1999-2003 öffentliches Gymnasium in Wien

1995-1999 öffentliche Volksschule in Wien

Berufserfahrung/ Praktika

09/2013 – 10/2013 **Psychosomatisches Zentrum Eggenburg**
Praktikum auf den Stationen für allgemeine
Persönlichkeitsstörungen und Borderline sowie der
Diagnostik-Einheit

02/2013 – 06/2013 **Verein P.A.S.S. - Hilfe bei Suchtproblemen, Wien**
6-Wochen-Praktikum: klinisch-psychologische Diagnostik,
Erstgespräche, Fallbesprechungen, Angehörigenberatung,
gutachterliche Untersuchungstermine, Aktenstudien für
psychologisch-gutachterliche Tätigkeit

Seit 10/2008 **ontalents - potential Assessment and Consulting, Wien**
Junior Consultant, Durchführung von Potenzialanalysen
(Schwerpunkt in der Beratung von SchülerInnen und
StudentInnen), Mitwirkung bei Zertifizierungen für das
Potenzialanalyse-tool CAPTain, wissenschaftliche Mitarbeit,
Kundenbetreuung

- 01/2013 – 06/2013 **Projekt PROSA – Schule für Alle, Wien**
Schulprojekt, Buddy-Projekt, sozialarbeiterische Betreuung
und Nachhilfe für junge AsylantInnen
- 10/2010 – 12/2011 **Kernzone 100**
Mitarbeit beim Jugendtheaterprojekt „Schön Schlafen“ über
das Thema Schönheit(-swahn) in der Gesellschaft
- 01/2010 – 06/2010 **Technisches Museum, Wien**
Evaluation des Kinderaktionsraumes „Von Kopf bis Fuß“
Mitarbeit beim Projektdesign, Datenerhebung und
-auswertung, Verfassung des Endberichtes
- 7/2008 und
10/2011 – 12/2011 **Haus der Barmherzigkeit, Wien**
Patientenbesuche, Begleitung zu diversen Therapieangeboten
- 06/2008 – 12/2010 **private Nachhilfe**
in den Fächern Mathematik und Englisch
- 2005-2006 **Nationalpark „Donauauen“**
Projekt: Neues Marketingkonzept für das Jugendangebot
- 10/2006 **Newlyn Primary School, England**
Betreuung, Lernspiele mit autistischen Kindern

Fremdsprachenkenntnisse

Englisch	fließend
Französisch	gut
Türkisch	Grundkenntnisse

Kontakt

Florianigasse 38/20 1080 Wien	hanna_h_mail@gmx.at; a0809129@unet.univie.ac.at +43 69911771343
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------