

■ JUDITH LANDAU | COLORADO

ARISE-Intervention

Die Einbindung von Suchtabhängigen/Substanzmissbrauchern und ihren Familien in die Behandlung und Langzeit-Recovery¹

Übersicht: Familien stellen weiterhin eine unerschlossene Ressource dar, wenn es um die Motivation therapieunwilliger Alkoholabhängiger und Drogensüchtiger geht, eine Behandlung zu beginnen und diese auch abzuschließen. Diese Studie gibt einen Überblick über eine beziehungsorientierte Interventionssequenz zur Steigerung der Behandlungsmotivation, eine evidenzbasierte Best-Practice-Methode. Sie nutzt die Familie als Kraftquelle, um eine langfristige Gesundheit des Einzelnen wie der Familie zu erreichen. Entgegen der allgemein vertretenen Annahme sind Familien häufig überdurchschnittlich eng mit ihren abhängigen Angehörigen verbunden. Die Autorin gibt in diesem Artikel einen Überblick über die zugrundeliegenden theoretischen und funktionalen Komponenten dieser Verbundenheit und beschreibt den Prozess der Motivation der Familie für Veränderungen (»Family Motivation to Change«) und wie dadurch Familie und Freunde mobilisiert werden, einen therapieunwilligen Familienangehörigen für eine Behandlung zu gewinnen. Ergebnisse mehrerer Studien belegen, dass durch die Einbeziehung der Familie nicht nur die Behandlungsaufnahme, sondern auch der Abschluss einer Behandlung sichergestellt wird und so die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Genesung erhöht wird. Die ARISE-Intervention befähigt die Familie dazu, selbst einen Großteil der Arbeit zu übernehmen, und erweist sich dadurch auch als zeit- und kosteneffektiv.

Schlüsselwörter: Behandlungsmotivation, »Invitational Intervention«, Familienintervention, Abhängigkeit in der Familie, Substanzmissbrauch, Alkohol- und andere Drogenabhängigkeit, Familienmotivation, Motivation zu Veränderung, Nachsorge, Leben in Recovery, Familienmuster, Kosteneffektivität bei der Suchtbehandlung, Empowerment

Einführung

Die Prävalenz von Substanzmissbrauch stellt eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft dar. Im Jahr 1999 gingen vorsichtige Schätzungen davon aus, dass Alkohol- und Drogenmissbrauch in den USA Kosten in Höhe von 343 Millionen US-Dollar und zwischen 65 000 und 99 000 Todesfälle verursacht haben (Miller & Hendrie, 2009). In Europa entstanden im Jahr 2003 allein durch Alkoholmissbrauch Kosten in Höhe von 125 Millionen Euro (Anderson & Baumberg, 2006). Diese Schätzungen basieren auf den »direkten« Kosten, die durch medizinische Versorgung, frühzeitigen Tod, Arbeitslosigkeit, Suchtbehandlung und Delikte entstehen. Sie erfassen nicht

- die »indirekten« Kosten, wie beispielsweise die physischen, emotionalen und finanziellen Auswirkungen

- gen der Sucht auf die Familienmitglieder des Suchtabhängigen und die Kosten, die entstehen, wenn Suchtabhängige wegen nicht zuzuordnender stressbezogener Erkrankungen häufig den Arzt aufsuchen,
- das Leid, das durch mit Drogen oder Alkohol verbundene Straftaten verursacht wird und
- den Verlust eines gesunden Lebens.

In Europa werden die »indirekten« Kosten durch Alkoholmissbrauch auf zwischen 154 und 764 Millionen Euro jährlich geschätzt (Anderson & Baumberg, 2006). Verschiedene US-amerikanische Kosten-Nutzen-Analysen von Initiativen zur Prävention von Substanzmissbrauch (insbesondere von an Schulen angewandten Programmen) zeigen, dass pro investiertem Dollar 18 Dollar eingespart werden können (Miller & Hendrie, 2009; French et al., 2002). Wirkungsvolle Suchtbehandlungen können dazu beitragen, dass bis zu 23 Dollar pro investierten Dollar gespart werden. Die Tatsache, dass weniger als zehn Prozent aller Substanzmissbraucher und Süchtigen jemals eine Behandlung erhalten, macht deutlich, wie nötig effektive Strategien sind, um die Behandlungsmotivation zu

¹ Aus dem Amerikanischen von Hannah Heinemann und Marie-Luise Conen, Berlin. – Die empirische Studie, aus der die vorliegende Arbeit weiterentwickelt wurde, wurde zum Großteil vom *National Institute on Drug Abuse* (NIDA-grant No. RO1 DA09402), vom *National Institute of Health* und der »Real World«-Studie des *Stanley Street Treatment and Resources* (SSTAR) finanziert.

steigern (Frances, Miller & Galanter, 1989; Nathan; 1990, Kessler et al., 1994).

Bei der ARISE-Intervention handelt es sich um eine evidenzbasierte Best-Practice-Methode, bei der nachweislich

Weniger als 10% aller Substanzmissbraucher und Süchtigen erhalten eine Behandlung

der Anteil derjenigen, die eine Behandlung aufnehmen, bei 83 Prozent liegt, die Abstinenz nach einem Jahr 61 Prozent beträgt und durch die weitere zehn Prozent der Personen eine Verbesserung erreichen konnten (Landau et al., 2004; Landau, 2010). Diese Methode unterscheidet sich von herkömmlichen Herangehensweisen insofern, als Letztere im Allgemeinen darauf basieren, dass sie eingestellt werden, sobald die suchtbabhängige Person sich in Behandlung begibt. Die ARISE-Intervention dagegen bietet kontinuierliche Begleitung. Eine süchtige Person lediglich dazu zu bringen, eine Behandlung aufzunehmen, reicht nicht aus, um dem beständigen Sog der Sucht zu entkommen. Suchtheilung stellt vielmehr einen Prozess dar, der sowohl langfristige Veränderungen des Verhaltens als auch des Lebensstils sowohl beim Süchtigen als auch bei seiner Familie erfordert.

Die ARISE-Intervention ist ein auf die Familie zugeschnittener Ansatz, um die Behandlungsmotivation zu steigern. Die Familie und sogenannte besorgte Mitglieder des Unterstützungssystems werden mobilisiert, die süchtige Person zu motivieren, eine Behandlung aufzunehmen und durchzuhalten. Dieses Interventions-Netzwerk besteht mindestens ein Jahr lang, um so gemeinsam präventiv auf mögliche Rückfallsituationen zu reagieren sowie eine langfristige individuelle

und intergenerationale Genesung zu unterstützen.

ARISE ist eine Intervention mit Einladungscharakter; sie ist nicht-konfrontativ und transparent. Sie nutzt die stärkende Kraft von Beziehungen, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. ARISE baut auf die inhärenten Stärken und die Resilienz von Familien und ist so konzipiert, dass es Liebe, Ängste, Sorgen und Schuldgefühle bei den Menschen anspricht, die mit der Sucht leben müssen. Dieser Prozess erfordert ein Minimum an Zeit, Kosten und Anstrengung durch den Therapeuten.

Die Bedeutung der Familie im Genesungsprozess

Familien sind ein einflussreicher Motivator, um alkohol- und drogenabhängige oder süchtige Menschen dazu zu bringen, eine Behandlung aufzunehmen. McCrady (2006) hat herausgefunden, dass 75 Prozent aller Drogensüchtigen und Alkoholiker ihre Familien als Hauptgrund nannten, weshalb sie sich in Behandlung begaben. Trotz dieser Ergebnisse dominiert weiterhin der Mythos, dass Substanzmissbraucher von ihren Familien abgeschnitten seien. Das Gegenteil ist der Fall: 1979 fanden Purzel & Lamon heraus, dass 64 Prozent der Heroinkonsumenten und 51 Prozent der Menschen, die polyvalenten Drogenkonsum aufwiesen, täglich mit einem oder beiden Eltern teilen telefonierten, während dies nur bei 9 Prozent der Nicht-Süchtigen der Fall war. Diese Ergebnisse wurden 1996 repliziert (Landau & Garrett, 2008). Die Anzahl der Drogenmissbraucher, die mit ihren Eltern zusammenwohnen, ist weltweit recht hoch: bis zu 67 Prozent in Puerto Rico, 80 Prozent in England, Italien und Thailand sowie 87 Prozent in Mexiko (ebd.).

Marlatt et al. (1997) konnten zeigen, dass Familien eine wichtige Rolle bei der Behandlungsaufnahme spielen und dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung abgeschlossen wird, signifikant höher ist, wenn die Familien eingebunden werden. Unabhängig davon, ob der Süchtige die Behandlung abschließt oder nicht, besteht eine hohe Korrelation zwischen einer Behandlungsdauer von mindestens zwei Monaten mit positiven Langzeitfolgen wie Rückfallvermeidung, weniger strafbälliges Verhalten, Verbesserung der Gesundheit und Stabilität im Beruf (Simpson et al., 1995). Deshalb sollte die Familie eingesetzt werden, um Beginn und Abschluss der Behandlung zu ermöglichen und damit die Wahrscheinlichkeit einer Genesung zu erhöhen.

Aus diesem Grund habe ich zusammen mit James Garrett die ARISE-Intervention entwickelt. ARISE ist eine klinische Weiterentwicklung von meinen früheren Arbeiten auf dem Gebiet der transitionalen Familientherapie.

Theoretische Grundlagen von ARISE

Transitionale Familientherapie geht davon aus, dass Familien gesund, kompetent und widerstandsfähig sind

Die Behandlung wird signifikant öfter abgeschlossen, wenn die Familie eingebunden wird

(Landau, 1982; Seaburn, Landau-Stanton & Horwitz, 1995) und Veränderungen im Leben gut verkraften. Durchleben Menschen allerdings mehrere Übergangsprozesse – typischerweise drei oder auch mehr – innerhalb sehr

kurzer Zeit, kann dies in einer Familie Stress verursachen und die normale, gesunde Balance beeinträchtigen. Diese Übergänge können sowohl aus normalen, vorhersehbaren Ereignissen innerhalb eines Lebenszyklus resultieren, wie zum Beispiel einer Geburt oder auch sozialem Aufstieg, oder aber infolge traumatischer Veränderungen auftreten. Traumata wie vorzeitiger Tod, Missbrauch, plötzlicher Verlust, Naturkatastrophen oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Migration und nicht bewältigte Trauer können den natürlichen Entwicklungsverlauf von einzelnen Menschen und ihren Familien in späteren Lebensphasen beeinträchtigen. Die Ungleichzeitigkeiten, die bedingt sind durch die verschiedenen Anpassungsrichtungen und Geschwindigkeiten, mit denen der Einzelne auf diese Veränderungen reagiert, verursachen in der Familie ei-

» Suchtverhalten ist ein unbewusster Versuch, die Familie vor einem Trauma zu schützen

nen Übergangs-Konflikt. Hierfür lassen sich zahlreiche Beispiele nennen: So übernimmt ein zehnjähriger Sohn den Platz des abwesenden Vaters und hat, bezogen auf seinen eigenen Lebenszyklus, vorzeitig eine Erwachsenenrolle eingenommen: er wird der Vertraute der Mutter; oder eine Großmutter übernimmt eine Elternrolle, weil sie ein Enkelkind aufziehen muss, anstatt sich auf die Zeit als Rentnerin einstellen zu können.

Aufgrund ihres Überlebenswillens finden Familien in Zeiten großer Trauer Wege der Kompensation. Adaptive Verhaltensweisen wie beispielsweise Sucht entwickeln sich aus dem unbe-

wussten Versuch heraus, die Familie vor dem aus Trauma, Verlust und unbewältigter Trauer entstandenen Schmerz zu schützen. Das Verhalten des Symptomträgers lenkt die Familie vom schmerzvollen Trauma ab und fokussiert die Aufmerksamkeit auf das neu auftretende Problemverhalten. So ist verständlich, dass Schmerz und Leid zurückkehren, wenn der Süchtige gesund werden möchte, noch ehe die Trauer in der Familie verarbeitet ist. Die Notwendigkeit, das Anpassungsverhalten aufrechtzuerhalten, wird verstärkt, sodass es zu einem Rückfall kommt. Der Suchtkreislauf bleibt bestehen. Dieser Anpassungsprozess trägt dazu bei, die Trauer in der Familie zu mildern, und wird deshalb über die Zeit, selbst über Generationen hinweg weitergegeben. Dieser Prozess wird auch dann fortgesetzt, wenn das Anpassungsverhalten seine schützende Funktion verloren hat. Das Ergebnis ist ein Familienmuster, das trotz seiner ursprünglichen Absicht dysfunktional geworden ist. In den Familien kommt es schließlich meist nach drei bis fünf Generationen zu einer Bewältigung der Trauer, auch wenn keinerlei (therapeutische) Interventionen stattgefunden haben. Ein Familienmitglied bewirkt dann häufig die Gesundung der Familie. Dieser intrinsische Drang hin zu Gesundheit und Heilung innerhalb der Familie lässt sich als Familienmotivation für Veränderung bezeichnen (Garrett & Landau, 2007).

Die Sichtweise, dass Suchtverhalten einen unbewussten Versuch darstellt, die Familie vor einem Trauma zu schützen, befreit die gegenwärtige Generation von ihren erdrückenden Schuld- und Schamgefühlen, von Schuldzuschreibungen und einer Vorstellung von der Zukunft, die unausweichlich mit Sucht verbunden zu sein scheint. Eine solche Betrachtungsweise ermöglicht es der Familie, anstelle von Verzweiflung Hoffnung zu haben. ARISE erkennt den komplexen Ursprung von Suchterkrankungen an und betont gleichzeitig die in jeder Familie vorhandenen Stärken sowie ihre

Resilienz. Denn diese Stärken und Widerstandskräfte stellen wichtige Ressourcen dar, wenn es darum geht, vergangene, gegenwärtige und zukünftige Übergänge zu verändern bzw. ihre Sichtweise davon. Dieses Vorgehen steht im Mittelpunkt der ARISE-Intervention: Die Familie soll von Vorwürfen, Scham und Schuld entlastet werden und stattdessen ein Gefühl von Hoffnung und Kompetenz erlangen. Es soll verhindert werden, dass das Suchtverhalten an die nächsten Generationen weitergegeben wird.

Überblick über ARISE – Kontinuum der Sorge

ARISE besteht aus drei Phasen:

1. Phase: Beinhaltet die eigentliche »Invitational Intervention«; das Interventionsnetzwerk mobilisiert den Süchtigen, um diesen für eine Behandlung zu motivieren. Bis zum Eintritt in eine Behandlung wird wachsender Druck auf ihn ausgeübt.

2. Phase: Sie besteht aus einer Übergangsphase von durchschnittlich sechs Monaten. In dieser Phase unterstützt das Interventionsnetzwerk den Angehörigen bei der Behandlung und der anfänglichen Genesung. Ziele dieser Phase sind der Abschluss der Behandlung, die Verbesserung der Familienbeziehungen, Trauerarbeit und Rückfallprävention.

3. Phase: Sie dauert weitere sechs bis zwölf Monate und zielt darauf, dass die Familie sich so entwickelt, dass sie sowohl auf individueller als auch auf transgenerationaler Ebene Veränderungen vornehmen, um zu gesünderen Familienmustern zu finden. Diese Phase legt den Schwerpunkt darauf, gesunde Verhaltens- und Lebensweisen in der Familie langfristig zu stärken.

1. Phase: »Invitational Intervention«

Die ARISE-Intervention selbst stellt einen Prozess in drei Stufen dar, der bei Abwesenheit von Mitgliedern des Unterstützungssystems auch per Telefon, Telefonkonferenz und Videokonferenz geführt werden kann. Ziel ist es, mit so wenig Aufwand wie möglich den Süchtigen zu einer Behandlung zu motivieren.

Hierbei wird der Druck langsam erhöht und auf den Widerstand des Süchtigen abgestimmt. Die Zusammenarbeit von Therapeut und Familie basiert auf dem Verständnis, dass der Therapeut zwar den Experten an der Schnittstelle von Familie und Sucht darstellt, aber die Familie Experte in eigener Sache ist.

Während des gesamten Prozesses wird die Familie immer wieder aufgefordert, sich anzuschauen, was ihrer Meinung nach hilfreich sein könnte. Die Familienmitglieder werden dazu ermutigt, dem Süchtigen eine Auswahl an Möglichkeiten anzubieten, um hierdurch mögliches Abwehrverhalten zu verringern. Der Fokus der ARISE-Intervention ist auf zwei Aspekte gerichtet: den Süchtigen für eine Behandlung zu motivieren *und* die Familie zu unterstützen, die Auswirkungen eines langen Lebens mit der Sucht zu heilen. Die Stärke des ARISE-Prozesses liegt darin, dass das Interventions-Netzwerk gemeinsam für Veränderungen motiviert wird. Indem die Familie ihr Verhalten ändert, schließt sich der Substanzmissbraucher unweigerlich dieser Veränderung an. Veränderungen im Familiensystem führen immer auch zu Veränderungen bei jedem einzelnen Mitglied des Familiensystems. Meist können wir feststellen, dass weitere Familienmitglieder, die ebenfalls Substanzen missbrauchen oder andere Verhaltensauffälligkeiten zeigen, ebenfalls damit beginnen, Ver-

änderungen in ihrem Leben vorzunehmen.

Stufe 1: Der erste Anruf

Die erste Stufe beginnt in dem Moment, in dem ein besorgter Anderer einen zertifizierten ARISE-Therapeuten kontaktiert. Dieser erste Kontakt besteht entweder in einer kurzen Telefonkonsultation oder einem Besuch, bei dem der Therapeut den Angehörigen dabei berät und ihn darin bestärkt, das Unterstützungssystem als Interventionsnetzwerk zu aktivieren, um den Süchtigen zu einem ersten Treffen einzuladen. Grundlegend für Stufe 1 ist die Entwicklung einer Gesundheitsbotschaft. In dieser wird explizit die Auffassung vertreten, dass die Suchtgeschichte in der Familie beginnt. Ferner wird der Wille aller herausgehoben, die Sucht nicht mehr an zukünftige Generationen weiterzugeben.

Die Gesundheits-Botschaft soll der Familie helfen, das über die Generationen weitergegebene, suchterzeugende



Ziel ist es, den Süchtigen mit so wenig Aufwand wie möglich zu einer Behandlung zu motivieren

Muster zu verstehen. Sie ist der zentrale Bestandteil der »Invitational Intervention«, der Einladung zur Intervention, und betont die Stärken, den Überlebenswillen und die Liebe innerhalb der Familie.

Beim ersten Treffen tauschen sich die Angehörigen über ihre Sorgen aus und fordern den Süchtigen auf, eine Behandlung zu beginnen. Das Treffen findet unabhängig davon statt, ob der Süchtige sich entscheidet, teilzunehmen oder nicht. Der Fokus der ersten Phase liegt darauf, eine verbindliche Zusage des Süchtigen zu erhalten, den Genesungs-Prozess zu beginnen und durchzuhalten. 56 Prozent der Süchtigen beginnen eine Behandlung während der Stufe 1.

Stufe 2: Gemeinsam sind wir stark (Stärke durch Anzahl)

Stufe 2 wird nur gestartet, wenn der Substanzmissbraucher keine Behandlung aufgenommen hat und das Interventionsnetzwerk seine Bemühungen intensivieren möchte. Dies tritt typischerweise nach zwei bis fünf Treffen oder auch sechs Monaten ein. Der Süchtige wird kontinuierlich zu einer Teilnahme aufgefordert, allerdings lässt sich das Interventionsnetzwerk im Fall einer Verweigerung nicht von seiner Arbeit abhalten. Im Laufe der Sitzungen werden Strategien entwickelt. Durch den zunehmenden Gruppenzusammenhalt gewinnt das Netzwerk an Stärke. Dies ermöglicht es den Angehörigen, beständig eine konsistente Botschaft an den Süchtigen zu richten. Alle Entscheidungen werden von der Mehrheit des Netzwerks getragen. Dies verhindert die Isolation und Vulnerabilität der einzelnen Mitglieder, sollte der Süchtige versuchen, in den Einzelkontakten manipulativ zu agieren. Nach zwei bis fünf Treffen der Stufe 2 haben 80 Prozent der suchtabhängigen Menschen eine Behandlung begonnen.

Stufe 3: Die formale ARISE-Intervention

Weniger als zwei Prozent der Familien müssen die Intervention bis zu Stufe 3 fortsetzen. An diesem Punkt legt das Netzwerk strikte Grenzen und Konsequenzen für den Süchtigen fest. Diese werden auf eine liebevolle und unterstützende Art und Weise zum Ausdruck gebracht. Der Substanzmissbraucher hatte bis dahin mehrere Möglichkeiten, eine Behandlung aufzunehmen, dies jedoch abgelehnt. Da er oder sie zu jedem Treffen eingeladen wurde, stellt diese Grenzziehung keine Überraschung dar, sondern ist lediglich eine natürliche Konsequenz. Das Interventionsnetzwerk sichert einander zu, sich bzgl. der Implementierung der abgesprochenen Konsequenzen zu unterstützen.

Fallbeispiele für jede der drei Stufen der Phase 1²

Fallbeispiel Stufe 1

Die Erstanruferin, Jane, war besorgt, weil ihr 29-jähriger Sohn, John, zu viel trank. Sie vermutete, dass er auch Kokain konsumiere. Anfang der Woche hatte Jane von Margaret, Johns Frau, mit der er seit vier Jahren verheiratet war, erfahren, dass John im Verlauf der letzten drei Monate etwa 35 000 Dollar aus einer Erbschaft ausgegeben hatte und dass Margaret keine Waren im Gegenwert dieser Summe finden konnte. Sowohl sie als auch Jane waren in großer Sorge um die zweijährige Tochter.

Johns Vater, Mark, hatte vor 15 Jahren selbst aufgehört zu trinken, nachdem sein Rausch zu einer Reihe von Ausbrüchen an häuslicher Gewalt geführt hatte. Jane hatte sich deswegen von ihm scheiden lassen. Außer seinem Trinkverhalten änderte Mark jedoch nichts: Weder machte er eine Therapie noch ging er zu den Anonymen Alkoholikern (AA). Marks Vater, Ed, ebenfalls ein Alkoholiker, war vor etwa drei Monaten verstorben. Ed hatte ebenfalls relativ spät in seinem Leben aufgehört zu trinken, jedoch regelmäßig an Treffen der AA teilgenommen. John hatte in den zwei Monaten vor dem Tod des Großvaters fast jeden Tag mit diesem verbracht und war, ebenso wie sein Vater Mark, tief erschüttert über den Verlust.

Als Jane gefragt wurde, wer sich so sehr um John sorgen würde, um bereit zu sein, am ersten Treffen teilzunehmen, stellte sie folgende Liste auf: sie selbst, Margaret, Mark, Johns Schwester und die Eltern von Margaret.

Die Gesundheits-Botschaft lautete: »Wir wissen, dass du nicht willst, dass deine Tochter genauso ängstlich und verunsichert aufwächst wie dein Großvater und dein Vater. Dein Großvater

fühlte sich, nachdem sein Vater gestorben war, ständig so, als ob er nicht gut genug wäre oder nicht genug für die Familie tue. Er war so überfordert, dass er sehr jung anfang zu trinken und dadurch seine Mutter von ihrer Trauer ablenkte. Dein Vater wuchs in einem Elternhaus auf, das durch Alkoholismus geprägt war, und fühlte sich niemals sicher. Du möchtest nicht, dass deine Tochter die gleiche überfordernde Verantwortung tragen muss, die dein Großvater und Vater getragen haben. Lass es uns nicht zulassen, dass sich diese Probleme auf die nächste Generation übertragen.«

Jane sprach John zwei Tage vor dem ersten Treffen an und teilte ihm mit, dass sie sich Sorgen mache und Kontakt mit der ARISE-Therapeutin aufgenommen habe. Sie nannte Datum und Uhrzeit des ersten Treffens und sagte, wer anwesend sein werde. Sie fragte ihn, wo das erste Treffen stattfinden solle, und schlug entweder sein oder ihr Zuhause oder die Praxis der Therapeutin vor. Sie teilte John die Gesundheits-Botschaft mit und lud ihn zum Treffen ein. Sie ließ ihn auch wissen, dass sich das Interventionsnetzwerk unabhängig davon, ob er sich entscheide, teilzunehmen oder nicht, treffen werde.

John kam zum ersten Treffen 45 Minuten zu spät. Die Zeit zu Beginn ohne ihn wurde damit verbracht, über Alkoholismus in der Familiengeschichte und Gewalt in der jüngsten Vergangenheit zu sprechen. Außerdem wurde der Mut von Jane und Mark hervorgehoben, sich zusammzusetzen, um gemeinsam das Ziel zu erreichen, ihren Sohn für eine Behandlung zu motivieren und den Kreislauf von Alkoholismus in der Familie zu durchbrechen.

Beim ersten Treffen schaute John seine Eltern an und sagte: »Ich wette, ihr dachtet, ich würde nicht kommen. Ich bin mit Absicht zu spät gekommen. Ich wusste, dass ihr Dinge ohne mich zu besprechen hattet.« Seine Eltern teilten ihm mit, was bisher besprochen worden war, und nannten das Ziel des Treffens. John wurde gebeten zuzuhören, während jeder seine Besorgnis äußerte. Jeder teilte mit, was er oder sie über Johns

Alkohol- und Drogenkonsum wusste, und verlangte, dass er sich Hilfe suche.

Danach wurde John die Möglichkeit gegeben zu antworten. Er gestand seine Sucht ein und sprach darüber, wie sein Suchtverhalten nach dem Tod seines Großvaters eskaliert sei. Wiederholt hatte er seit dessen Tod an seinen eigenen Tod denken müssen. Die Gruppe unterstützte ihn, indem sie anerkannte, dass für sie alle die Zeit nach Eds Tod schwer gewesen sei. John willigte ein, sich am nächsten Tag in der Entgiftungsstation des örtlichen Krankenhauses anzumelden. Die Familie vereinbarte, sich auf der Entgiftungsstation wieder zu treffen, um die nächste notwendige Versorgungsstufe zu besprechen.

Fallbeispiel Stufe 2

Die Erstanruferin war Lisa, deren fünfzehnjährige Tochter Angela stark trank, täglich Marihuana rauchte, in fast jedem Schulfach sehr schlechte Noten hatte, mit Freunden die Schule schwänzte und immer weglief, wenn ihre Eltern Konsequenzen durchsetzen wollten. Angela war in den letzten drei Monaten in vier immer dramatischer verlaufende Auto-unfälle verwickelt gewesen. Ihre Eltern hatten den Eindruck, sie sei depressiv, und zögerten, strikte Strafen durchzusetzen, da sie befürchteten, diese könnten sie noch weiter in Depression oder Suizidalität treiben. Sie waren sehr aufgewühlt, fühlten sich jedoch als nicht mächtig genug, um irgendetwas an der Situation zu verändern.

Im Erstgespräch der Stufe 1 teilte Lisa mit, dass ein 28 Jahre alter Mann Angela vergewaltigt habe, als diese 13 Jahre alt war. Er hatte sie zum Trinken von Alkohol genötigt und sie im betrunkenen Zustand missbraucht. Angela hatte eine psychisch sehr schmerzhaft und zugleich erfolglose Gerichtsverhandlung hinter sich. Ihr Vergewaltiger war freigesprochen worden, da es der Arzt auf der Notfallstation bei der Untersuchung versäumt hatte, Proben zu nehmen, die vor Gericht verwertet werden konnten.

² Nach Landau & Garret, 2008.

Zusammen mit ihren Eltern und fünf Geschwistern besuchte Angela alle drei Treffen der Stufe 1, weigerte sich jedoch in Erwägung zu ziehen, eine Behandlung ihrer Sucht und ihrer Depression zu beginnen. Immer, wenn die Notwendigkeit zum Handeln deutlich wurde, explodierte sie vor Wut ihrem Vater Patrick gegenüber und sagte: »Du musst gerade so reden! Du trinkst immer, wenn du aufgebracht bist! Warum machst du keine Behandlung?« Nach einigen heftigen Konflikten in der Familie willigte Patrick ein, mit dem Trinken aufzuhören, falls dies Angela helfen werde, eine Behandlung aufzunehmen und wieder gesund zu werden.

Während der ersten Sitzungen wurden weitere Traumata der Familie offengelegt. Lisas Mutter, zu der Angela ein sehr enges Verhältnis gehabt hatte, war vor kurzem gestorben. Sowohl Angela als auch Lisa trauerten sehr über diesen Verlust. Zusätzlich litt Lisa, seitdem sie und Patrick ihr erstes Kind im Alter von drei Jahren durch einen Autounfall verloren hatten, an starken Depressionen. Angela und ihre Geschwister zogen sich gezwungenermaßen selbst groß, da Patrick sich in Arbeit vergrub und zu trinken begann, während Lisa bei geschlossenen Vorhängen im abgedunkelten Raum gelegen habe. In dem Moment, als diese Verluste benannt waren, wurde die Ursache für Patricks und Lisas Zurückhaltung deutlich, Angela zu maßregeln: sie hatten Angst davor, einen weiteren Verlust zu erleiden.

An dieser Stelle wurde klar, dass das Interventionsnetzwerk erweitert und Freunde und weitere Verwandte eingeladen werden mussten, um die *Stärke durch Anzahl* in der Stufe 2 einzubringen. Indem Konsequenzen für Angelas Verhalten festgelegt und Angelas Drohungen von den anderen Mitgliedern des Interventionsnetzwerks ignoriert wurden, wurden Patrick und Lisa sichtbar stärker. Sie waren in der Lage, darauf bestehen, dass Angela an einem erlebnispädagogischen Programm für ab-

hängige Jugendliche teilnehmen sollte. Es wurden klare Rahmenbedingungen dafür gesetzt, dass Angela das erforderliche Programm abschließen sollte. Angela stimmte den Bedingungen zu; sie war sichtlich erleichtert über die sicheren Grenzen, die ihr gesetzt wurden. Sie besuchte das Programm erfolgreich; später absolvierte sie einen höheren Schulabschluss mit Auszeichnung. Sie schloss ihr Studium erfolgreich ab und war sozial sehr gut integriert. Inzwischen ist sie seit sechs Jahren abstinent.

Fallbeispiel Stufe 3

Die Erstanruferin, Sara, rief wegen des Alkoholismus ihrer 48 Jahre alten Stief-Enkelin Conchetta an. Sara machte sich Sorgen um Conchies Töchter, beide im Teenager-Alter, die schlechten Umgang hatten und nachts nicht nach Hause kamen. Conchies Vater, Franco, war ein trockener Alkoholiker. Die Teilnehmer des ersten Treffens waren: Sara, Franco, Conchies 16 und 17 Jahre alte Töchter und zwei Freunde. Sara lud Conchie unter Verwendung folgender Gesundheits-Botschaft ein: »Wir wissen, wie unglücklich du in den letzten Jahren gewesen bist. Seit deine Mutter vor zehn Jahren gestorben ist, bist du nicht mehr dieselbe. Deine Kinder brauchen ihre Mutter, genauso, wie du deine brauchtest.«

Conchie bagatellierte beim ersten Treffen, zu dem sie erschien, ihr Trinkverhalten. Sie weigerte sich, eine Behandlung aufzunehmen, und versprach, ihren Alkoholkonsum einzuschränken. Das Interventionsnetzwerk glaubte nicht, dass sie damit erfolgreich sein würde, und vereinbarte, sich weiter zu treffen. In den nächsten fünf Wochen trafen sie sich drei weitere Male, und obwohl Conchie zu jedem dieser Treffen eingeladen wurde, erschien sie nur zum zweiten der drei Treffen.

Bei diesem Treffen berichtete sie darüber, wie erfolgreich sie ihr Trinken auf ein bis zwei Drinks am Abend reduziert habe und sogar einige Nächte pro Woche nüchtern geblieben sei. Diesem Bericht wurde von einer ihrer Freundinnen

widersprochen: Conchie habe am letzten Wochenende definitiv mehr als zwei Drinks konsumiert, da sie kaum noch habe sprechen können. Franco erkannte sich in den Bagatellisierungsbemühungen von Conchie wieder: »Bevor ich zu AA ging, log ich, wie oft und wieviel ich trank. Am Anfang trank ich sogar vor den Treffen und teilte der AA-Gruppe mit, wie gut es mir gehe, seit ich nicht mehr trinke.« Conchie weigerte sich dennoch beharrlich, eine Behandlung aufzunehmen.

Beim dritten Treffen der Stufe 2 beschloss das Interventionsnetzwerk zu Stufe 3 zu wechseln, in der Konsequenzen durchgesetzt werden würden, falls Conchie zu Ende des Treffens nicht zu einer Behandlung bereit sei. Das Interventionsnetzwerk bereitete sich auf das Stufe-3-Treffen vor, indem sie Briefe an Conchie schrieb. Diese wurden so verfasst, dass ein zunehmend starker Druck aufgebaut wurde. Conchie, die zum Treffen erschien, wurde wie bei den vorherigen Treffen gebeten, sich die Sorgen jeder Person anzuhören, bevor sie am Ende Gelegenheit bekam zu antworten. Diesmal lasen die jeweiligen Gruppenmitglieder ihre Briefe vor. Jeder Brief enthielt Botschaften von Liebe, konkrete Beispiele für Angelas Problemverhalten sowie ihre Sorge um Angela, die Gesundheits-Botschaft, den Wunsch nach Beginn einer Behandlung und die Konsequenzen für den Fall, dass Conchie sich weigerte.

Die Gruppe hatte entschieden, dass im Fall einer Weigerung Conchies Kinder so lange zu Franco und Sara ziehen würden, bis Conchie sich in ein Behandlungsprogramm für Alkoholiker begeben würde. Schockiert von der Ankündigung dieser Konsequenzen, versuchte Conchie, ihre Töchter aus dem Gruppenzusammenhalt herauszulösen und zu überzeugen, sie nicht zu verlassen. Sie machte die anderen nieder, weil diese ihr mit der Herausnahme der Kinder aus der Familie drohten. Conchies Freundinnen versuchten ihr in Ruhe deutlich zu machen, dass dies eine

Gruppenentscheidung der letzten Treffen sei, an denen sie nicht teilnehmen wollte. Die Konsequenz sei verbindlich und nicht verhandelbar.

Conchies Freundinnen schlugen ihr vor, beim Familiengericht vorstellig zu werden, bevor sie eine Entscheidung treffe. Conchie stritt sich noch weitere fünf Minuten mit der Gruppe. Als diese dann aufstand, um zu gehen, sagten ihre Töchter zu ihr: »Wir melden uns von Großvater aus, Mama«. Conchie fing an zu weinen, bat die Gruppe, sich wieder zu setzen, weil sie es nicht aushalten könne, ihre Töchter zu verlieren, und daher eine Behandlung aufnehmen wolle.

2. Phase: Unterstützung während der Behandlung und dem frühen Genesungsprozess

Nachdem der Substanzmissbraucher eine Behandlung aufgenommen hat bzw. spätestens nach sechs Monaten beginnt Phase B. Das Interventionsnetzwerk trifft sich zunächst weiterhin wöchentlich, später zweiwöchentlich, um den Genesungsprozess zu unterstützen. Während dieser Übergangszeit ist es wichtig, die Familie kontinuierlich weiter zu unterstützen und zu ermutigen, da es immer wieder schwierige Situationen gibt.

Das Netzwerk arbeitet mit der süchtigen Person und der Behandlungseinrichtung zusammen, um sicherzustellen, dass die folgenden Themen, die jeden im Netzwerk betreffen, besprochen werden: körperliche, geistige, emotionale und seelische Gesundheit; Rückfallprävention und Informationen über Suchterkrankungen, Unterstützung durch Familie und Freunde, aber auch soziale Einrichtungen; finanzielle und berufliche Perspektiven.

3. Phase: Leben in Recovery

Die 3. Phase baut auf der in der 2. Phase gelegten Grundlage auf. Der Fokus liegt auf dem Leben des Einzelnen und der Familie in der Phase der Recovery.

Dies beinhaltet Rückfallprävention, den Besuch von Selbsthilfegruppen, Weiterführen von Familientherapie und Psychoedukation sowie Trauerarbeit. Während der 3. Phase ist es von größter Wichtigkeit, dass die Beteiligten die Kommunikationsstrukturen in der Familie, Beziehungsmuster und deren Einfluss auf Abläufe im Alltag reflektieren. Hierdurch wird sichergestellt, dass schwierige Themen offen und ohne Heimlichkeit besprochen werden.

Ergebnisse von Studien über ARISE

Eine klinische Studie des *National Institute on Drug Abuse (NIDA)* zur Wirksamkeit der ARISE-Intervention hat gezeigt, dass 83 Prozent der therapieunwilligen Drogenabhängigen zur Behandlung oder Selbsthilfe motiviert werden konnten (Landau et al., 2004). Die Hälfte der Abhängigen, die sich in Behandlung begaben, tat dies innerhalb einer Woche nach dem ersten Anruf, 83 Prozent innerhalb von drei Wochen. Im Durchschnitt verbrachten die Fachkräfte weniger als 90 Minuten damit, die besorgten Familienangehörigen und Freunde zu beraten, wie sie ihr Netzwerk mobilisieren könnten, um den Abhängigen für eine Behandlung zu motivieren.

Die Rate der Behandlungsaufnahme war unabhängig von der Droge, die vorwiegend konsumiert wurde; ferner war es unerheblich, auf welcher Stufe die Behandlung aufgenommen wurde; auch Aspekte wie stationäre versus ambulante Behandlung, demografische Variablen wie Alter, Geschlecht und Abstammung sowie Erfahrung und Beruf des ARISE-Therapeuten ergaben keine signifikanten Unterschiede. Es gab ferner keinen signifikanten Unterschied zwischen den Arten von Beziehungen, die zwischen den be-

sorgten Anderen und dem Abhängigen bestanden; es zeigten sich jedoch bessere Ergebnisse, wenn zumindest ein Elternteil teilnahm (Landau et al., 2004). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen weiterer Studien (Meyers et al., 1998; Miller, Meyer & Tonigan, 1999), die zeigen, dass Eltern häufiger in der Lage sind, einen Suchtabhängigen zu einer Behandlung zu motivieren, als deren Ehepartner. Die Ergebnisse stimmen ebenfalls mit den Forschungsergebnissen überein, die zeigen, dass Suchtabhängige eng mit einem oder beiden Elternteilen verbunden sind (Meyers, Smith & Miller, 1998; Miller et al., 1999; Szapocznik et al., 1988).

Eine vor kurzem durchgeführte »Real World«-Studie von Stanley Street Treatment and Resources (SSTAR) über ARISE replizierte die Ergebnisse der NIDA-Studie und ergab, dass 80 Prozent der Abhängigen motiviert werden konnten, sich in Behandlung zu begeben (vgl. Tab. 1). Ihre nach einem Jahr durchgeführte Follow-up-Studie zeigte eine Abstinenzrate von 61 Prozent,



Studien belegen, dass 80 % der Abhängigen für eine Behandlung motiviert werden konnten

mit weiteren zusätzlichen zehn Prozent von Personen, bei denen eine Verbesserung eingetreten war (vgl. Tab. 2; Landau & Garrett, 2008).

SSTAR führte vor kurzem eine Pilot-Studie durch, bei der die ARISE-Intervention mit Suchtabhängigen durchgeführt wurde, die bereits mindestens dreimal eine Entgiftung durchgeführt hatten, aber nie abstinent geblieben waren. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit der ARISE-Intervention in Bezug darauf zu untersuchen, ob sich

diese Personen nach der Entgiftung in eine ambulante oder stationäre Therapie (sekundäre Versorgung) begeben und die Veränderungen in den Familien (tertiäre Versorgung) auch langfristig Bestand hatten. Die Studie erbrachte, dass sich 82 Prozent in Sekundärversorgung und von diesen

100 Prozent in Tertiärversorgung begeben hatten. 91 Prozent berichteten, dass sie aktiv an den NA- oder AA-Gruppen teilnahmen. 55 Prozent hatten beim letzten Kontakt keinen Rückfall gehabt. Von denen, die einen Rückfall gehabt hatten, waren 80 Prozent erneut in Behandlung.³

Ausblick und praktische Implikationen

Diese Ergebnisse stellen die weitverbreitete Überzeugung infrage, dass Suchtabhängige am absoluten Tiefpunkt ankommen und selbst motiviert sein müssten, damit sie eine Behandlung aufnehmen.

Die Erstanrufer der NIDA Studie erwähnten oftmals den Ärger, den sie empfanden, wenn sie als »co-abhängig«, »kontrollierend«, »Opfer« oder »Unterstützer« bezeichnet wurden. Sie berichteten, wie hilflos sie sich fühlten, wenn ihnen erzählt wurde, dass es nichts gäbe, was sie machen könnten, bevor ihr Angehöriger diesen Tiefpunkt erreicht habe. Sie waren erleichtert und fühlten sich unterstützt und ermutigt, wenn sie erkannten, dass sie mit der ARISE-Intervention ihre Angehörigen nicht durch Zwang, sondern mittels Einladung zu einer Behandlungsaufnahme motivieren konnten.

Die ARISE-Intervention wurde in einer Reihe weiterer Situationen angewandt, die ebenso zerstörerisch auf das Leben von Individuen und Familien wirken können, wie Drogen- oder Alkoholmissbrauch. Sie lassen sich folgenden vier Bereichen zuordnen:

- andere Süchte und zwanghaftes Verhalten,
- chronische und/oder lebensbedrohende körperliche oder psychische Erkrankungen,
- körperliche oder emotionale Probleme, die nahe Beziehungen gefährden, die sich jedoch nicht so gravierend auswirken, dass eine psychiatrische Behandlung erforderlich ist,
- gemeinschaftlich auftretende Störungen – eine Kombination aus Sucht und einem Aspekt aus den oben genannten Kategorien.

³ Emsellem, persönliche Mitteilung, 21. Oktober 2009.

Variable	NIDA (n = 110)		SSTAR (n = 39)	
	No.	%	No.	%
In Behandlung oder Selbsthilfe eingebunden	91	83	31	80
Beziehung zum Erstanrufer				
Eltern	44	40	18	46
Ehepartner/Partner	34	31	7	18
Nachkommen	4	4	2	5
Andere Verwandte	21	19	12	31
nicht verwandt	7	6	0	0
Geschlecht des Erstanrufers				
weiblich	76	69	30	77
männlich	34	31	9	23
Durchschnittliche Größe des Interventionsnetzwerks	3	–	2,5	–

Tab. 1: Wirksamkeitsvergleich zwischen NIDA-Studie und »Real World«-Daten des Stanley Street Treatment and Resources (SSTAR)

Variable (n = 90)	No.	%
In Behandlung eingebunden	68	76
In Sekundärversorgung eingebunden	36	53
Abstinenz-Status		
Beim letzten Kontakt abstinent	41	45,5
Abstinente Phase mit Rückfall	14	15,5
Reduzierter Gebrauch	9	10
Keine Veränderung	11	12
Keine Information	15	17

Tab. 2: Daten der »Real World«-Studie am Stanley Street Treatment and Resources (SSTAR) über die Abstinenzrate nach einem Jahr

WERKZEUGKASTEN

- Die Heilung und Unterstützung der Familie ist der Kernpunkt, um die Sucht zu überwinden. Arbeiten Sie mit der Familie, wo diese zugegen ist, und konzentrieren Sie sich auf deren Willen, eine Veränderung herbeizuführen. Warten Sie nicht, bis der Suchtkranke Hilfe sucht.
- Beziehen Sie so viele Familienmitglieder und ein so großes Unterstützungsnetzwerk wie möglich ein, und vergewissern Sie sich hier eines Engagements für mindestens ein Jahr, um so die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Genesung zu erhöhen.
- Laden Sie den Suchtkranken ein, an dem Prozess durchgehend teilzunehmen, und tun Sie das immer wieder, egal ob sie/er teilnehmen möchte oder nicht. Unabhängig von seiner/ihrer Mitwirkung zieht die Familie Nutzen aus der Arbeit. Das kontinuierliche Einbeziehen der Familie vergrößert die Chance, dass der Suchtkranke die Behandlung beginnt und fortführt. Geben Sie allen Familienmitgliedern und dem Betroffenen eine kurze Zusammenfassung, was bei den Treffen besprochen wurde, unabhängig davon, wer daran teilgenommen hat und wer nicht.
- Ermutigen Sie die Familie, Vorwürfe, Scham und Beschuldigungen sein zu lassen, indem Sie ihr helfen, Trauma und Verlust zu verstehen, die der psychosoziale Auslöser für die Abhängigkeit in der Familie waren und möglicherweise bis zu drei bis fünf Generationen zurückliegen. Erinnern Sie sie daran, dass die Arbeit, die die Familienangehörigen hier leisten, dazu dient, künftige Generationen davor zu schützen, der Krankheit Sucht zu erliegen.
- Machen Sie die Familie stark, indem Sie ihr helfen herauszufinden, welches ihre individuellen und kollektiven Stärken sind und wie sie auf diese während des gesamten Prozesses zurückgreifen können.

Zukünftige weitere Studien zu den oben genannten Bereichen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit die Ressourcen und die Resilienz von Familien bei vielen Problemen, die derzeit unnötige Todesfälle, schwere Erkrankungen und Kosten verursachen, aufzeigen.

→ **Summary**

The ARISE Intervention and Continuum of Care: Engaging Substance Abusers and their Families In Treatment and Long-Term Recovery

Families are an untapped resource in motivating resistant alcohol dependent and drug addicted individuals to enter and complete treatment. This paper outlines A Relational Intervention Sequence for Engagement (the ARISE Intervention), an Evidence-Based, Best-Practice method of Intervention that

harnesses the power of the family to achieve individual and family long-term recovery. Contrary to popular belief, families maintain a disproportionately close connectedness with their addicted loved ones. In this article, the author presents the underlying theoretical and functional components of this connectedness, and describes the process called Family Motivation to Change for mobilizing family and friends to motivate a resistant addicted loved one into treatment. Results of several studies show that this ensures not only treatment entry, but also treatment completion, enhancing the likelihood of long-term recovery. The goal of the ARISE Intervention and Continuum of Care is individual and family recovery and healing. ARISE employs Invitational Intervention with the addicted individual being invited by the family to participate. Because the method empowers the family to do a great

deal of the work, it has been shown to be time and cost-effective.

Keywords: treatment engagement, Invitational Intervention, Family Intervention Intervention, addiction in the family, substance abuse, alcohol-other drug abuse, family motivation, motivation to change, continuum of care, living in recovery, family patterns, cost effectiveness in addiction treatment, empower

→ **Bibliografie**

- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- French, M. T., Salome, H. J., Sindelar, J. L., & McLellan, T. (2002). Benefit-Cost analysis of addiction treatment: Methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, 37, 433–455.
- French, M. T., Salome, H. J., Krupski, A., McKay, J. R., Donovan, D. M., McLellan, T., & Durell, J. (2000). Benefit-cost analysis of residential and outpatient addiction treatment in the State of Washington. *Evaluation Review*, 24, 609–634.
- Frances, R. J., Miller, S. I., & Galanter, M. (1989). Psychosocial treatment of addictions. In A. Tasman, R. J. Hales & A. Frances (eds.), *Review of psychiatry*. Vol. 8 (pp. 341–359) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Galanter, M. (1993). *Network therapy for alcohol and drug abuse*. New York: Basic Books.
- Garrett, J., & Landau, J. (2007). Family Motivation to Change: A major factor in engaging alcoholics in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, 65–83.
- Johnson, P. B., Richter, L., McLellan, A. T., & Kleber, H. D. (2002). Alcohol use patterns before and after September 11. *American Clinical Laboratory*, 21, 25–27.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Landau, J. (1982). Therapy with families in cultural transition. In M. McGoldrick, J. K. Pearce & J. Giordano (eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 552–572) New York: Guilford Press.

- Landau, J. (2004). El modelo LINC: una estrategia colaborativa para la resiliencia comunitaria. *Sistemas Familiares*, 20, 87–102.
- Landau, J. (2010). Communities that care for families: The LINC Model for enhancing individual, Family and Community Resilience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 516–524.
- Landau, J., Garrett, J., Shea, R., Stanton, M. D., Baciewicz, G., & Brinkman-Sull, D. (2000). Strength in numbers: Using family links to overcome resistance to addiction treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 379–398.
- Landau, J., & Garrett, J. (2006). *Invitational Intervention: A step-by-step guide for clinicians helping families engage resistant substance abusers in treatment* (1st ed.). www.BookSurgePublishing.com
- Landau, J., & Garrett, J. (2008). Invitational Intervention: The ARISE model for engaging reluctant alcohol and other drug abusers in treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26, 65–83.
- Landau, J., & Saul, J. (2004). Facilitating Family and Community Resilience in response to major disaster. In F. Walsh & M. McGoldrick (eds.), *Living beyond loss: Death in the Family* (pp. 285–309) New York: Norton (2nd ed.).
- Landau, J., Stanton, M. D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., Garrett, J., Baciewicz, G., Shea, R., & Wamboldt, F. (2004). Outcomes with ARISE approach to engaging reluctant drug-and alcohol-dependent individuals in treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 30, 711–748.
- Marlatt, G. A., Tucker, J. A. Donovan, D. M., & Vuchinich R. E. (1997). Help-seeking by substance abusers: the role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention. *NIDA Research Monograph*, 165, 44–84.
- McCrary, B. (2006). Family and other close relationships. In W. R. Miller & K. Carroll (eds.), *Rethinking substance abuse* (pp. 166–181) New York: Guilford Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291–308.
- Meyers, R. J., Smith, J. E., & Miller, E. J. (1998). Working through the concerned significant other. In W. R. Miller & N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors* (pp. 149–161). New York: Plenum Press (2nd ed.).
- Miller, T., & Hendrie, D. (2009). Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis, DHHS Pub. No. (SMA) 07–4298. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Miller, W. R., Meyer, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688–697.
- Nathan, P. E. (1990). Prevention and early intervention of addictive disorders. In H. B. Milkman & L. I. Sederer (eds.), *Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Purzel, J. F., & Lamon, S. (1979). *Enmeshment within families of polydrug abusers*. Paper presented at the National Drug Abuse Conference, New Orleans, August, 1979.
- Seaburn, D., Landau-Stanton, J., & Horwitz, S. (1995). Core techniques in family therapy. In R. H. Mikeswell, D.-D. Lusterman, & S. H. McDaniel (eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp. 5–25) Washington, DC: American Psychological Association.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117–134.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family Networks*. New York: Pantheon Books.
- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition and family/couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170–191.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. F., Santisteban, D., Hervis, O., & Kurtines, W. M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552–557.



Anschrift der Verfasserin

Judith Landau

Linking Human Systems
179030th Street, Suite 440
Boulder, Colorado, 80301
USA
jlandau@LinkingHumanSystems.com

Judith Landau, MD, Psychiaterin/Familienmedizin, emeritierte Hochschullehrerin der University of Rochester, N. Y., USA, beschäftigt sich seit über 30 Jahren mit Familien und Suchterkrankungen. Co-Autorin zahlreicher Artikel und Buchpublikationen zu Familientherapie, interkulturellen Themen und Suchterkrankungen. Sie hat in über 100 Ländern unterrichtet und über 1000 Menschen zu zertifizierten ARISE-Therapeuten ausgebildet. In beratender Funktion tätig für die UN, WHO, NIMH, NIDA, NIAAA, und mehrere internationale Regierungen, darunter Kosovo, Argentinien, Südafrika, Ungarn, Bosnien und Taiwan. Buchpublikationen in Vorbereitung: *Invitational Intervention: the ARISE Model and Continuum of Care* und *Are you Living with a Stranger?, ein Buch über Familiengeschichten*.