

Forschungsförderung nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI durch die Deutsche Rentenversicherung Bund

Abschlussbericht

Förderkennzeichen: 8011 - 106 - 31/31.96.1

Förderzeitraum: 01.01.2012 – 30.09.2014

Vorhaben: „Entwicklung und Evaluation einer Take-Home Version des neuropsychologischen Rückfallpräventionstrainings NKT“

1. Darstellung der wichtigsten wissenschaftlichen Ergebnisse und anderer für das Vorhaben wesentlicher Ereignisse (z. B. personelle Veränderungen)

Ab Januar 2012 konnten Frau Dipl.-Psych. U. Malecki und Herr S. Pawelszack (M. Sc.) als wissenschaftliche MitarbeiterInnen zu den im Antrag genannten Konditionen eingestellt werden. Beide sind jeweils mit Auslaufen der jeweiligen Förderung ausgeschieden. Ihre Aufgaben wurden durch Herrn S. Lehmann als wissenschaftliche Hilfskraft in der Zeit vom 11.02.2014 bis 31.08.2014 fortgeführt (12 Wochenstunden). Zusätzlich konnten über den gesamten Förderungszeitraum insgesamt 25 Psychologiepraktikanten stundenweise gewonnen werden (Gesamtstunden: ca. 750).

Das im Forschungsantrag beschriebene Arbeitsprogramm konnte wie folgt durchgeführt werden:

A) Programmierung der Internetversion des NKT

Die Programmierung und Entwicklung des internetfähigen neuropsychologischen Rückfallpräventionsprogramms AAATT (Alkohol-Approach-Avoidance-Task-Training, im Nachfolgenden „Abstinenztraining“) wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Amsterdam (W. Bondermaker, Th. Pronk, R.W. Wiers) bis Juni 2012 erfolgreich realisiert. Hierzu waren mehrere Besuche in Amsterdam erforderlich. Das Abstinenztraining wurde in Form einer Flash-basierten Programmierung eingerichtet, das über eine internet-basierten Benutzeroberfläche (Longitudinal Online Experiment System – LOES 3.1 beta) abrufbar ist.

Schließlich wurden alle Formulare und die Datenverarbeitung mithilfe von wissenschaftlichen Hilfskräften erfolgreich installiert.

B) Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die konsekutiv randomisierte Rekrutierung der Studienteilnehmer in 3 Teilnehmergruppen (2 Treatment Gruppen, 1 Kontrollgruppe) mit jeweils 100 Probanden gestaltete sich sehr viel langsamer als erwartet, weil weniger Patienten angaben, einen Internetzugang zu haben als in den Voruntersuchungen. Von durchschnittlich 75 Neuaufnahmen monatlich erfüllten nur durchschnittlich 30 Patienten (40,0%) diese Voraussetzung. Unter Berücksichtigung der anderen

Einschlusskriterien konnten erst bis März 2014 die angestrebte Gesamtzahl von 308 Studienteilnehmern erfolgreich rekrutiert werden.

- 1) Treatmentgruppe 1 (N=87): Die Patienten sollten 2x pro Woche 15 Minuten lang nach einem vorab vereinbarten Plan selbständig via Internet am Abstinenztraining teilnehmen. Sie wurden monatlich per automatisierter Email an die Trainingsteilnahme erinnert. Zusätzlich zur automatisierten Erinnerung per Email wurden diese Patienten per Email sofort persönlich kontaktiert, wenn sie einen vereinbarten Termin versäumt hatten, um sie zur weiteren Teilnahme zu motivieren (personalisierte Erinnerung).
- 2) Treatmentgruppe 2 (N=84): Auch diese Patienten sollten 2x pro Woche 15 Minuten nach einem vorab vereinbarten Plan selbständig via Internet am Abstinenztraining teilnehmen. Sie wurden aber lediglich monatlich per automatisierter Email an die Trainingsteilnahme erinnert (standardisierte Erinnerung).
- 3) Kontrollgruppe (N=137): Die Patienten erhielten kein Abstinenztraining und keinen Email-Kontakt im Anschluss an die stationäre Behandlung. Bei ihnen wurde lediglich eine 3-Monats-, eine 6-Monats- und eine 12-Monatskatamnese durch schriftliche Befragung erhoben (Treatment as usual).

Alle 3 Patientengruppen haben bereits während der stationären Behandlung am Abstinenztraining teilgenommen, so dass hier der zusätzliche Effekt einer Take-home-Version des AAAT-Trainings untersucht werden konnte.

Die Rekrutierung erfolgte durch die Leitung der salus klinik Lindow. Es konnte eine Einwilligungsrate der befragten Patienten in Höhe von 87% erzielt werden. Als häufigster Ablehnungsgrund wurden Medienberichte über Sicherheitslücken im Internet genannt.

Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen Daten der Stichprobe. Es zeigten sich mit Ausnahme des Bildungsgrades keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Trainingsgruppen und der Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 1). Die Randomisierung war insofern erfolgreich. Dagegen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zu den übrigen Patienten desselben Entlassjahrgangs. Die Studienstichprobe war insofern nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Klinik. Die Tatsache, über einen Internetzugang zu verfügen und das Internet regelmäßig zu benutzen, ist offenbar mit höherem Bildungsgrad, geringerer Arbeitslosigkeit, einer durch die Therapeuten erfolgreicher eingeschätzten Behandlung und einer günstigeren Prognose verbunden.

	T1	T2	Kontroll- gruppe	Gesamt Studie		Gesamt Klinik	
Alter (Jahre)	46,3	46,5	45,2	45,9	ns	44,9	ns
Geschlecht	71,3% m 28,7% w	67,9% m 32,1% w	71,2% m 28,8% w	70,3% m 29,7% w	ns	68,5% m 31,5% w	ns
Bildungsstand	34,5% Abitur	31,0% Abitur	28,1% Abitur	31,0% Abitur	*	20,0% Abitur	**
Arbeitssituation	46,0% alo	40,5% alo	43,9% alo	43,5% alo	ns	53,1%	**
Feste Partnerschaft	51,7%	61,9%	51,1%	54,2%	ns	51,3%	ns
Anzahl Kinder	1,1	1,2	1,3	1,2	ns	1,2	ns
Abhängigkeit in Jahren	9,9	8,0	8,7	9,1	ns	9,3	ns
Tägliche Trink- menge in Gramm	215	185	203	202	ns	212	ns
Anzahl	3,4	3,0	4,0	3,6	ns	3,7	ns

Entzugsbehandl.							
Erstbehandlung	63,5%	61,4%	64,2%	63,3%	ns	66,7%	ns
Vorherige Psychotherapie	14,1%	8,9%	10,9%	11,1%	ns	16,1%	ns
Suizidversuch	21,2%	13,3%	26,3%	21,3%	ns	22,7%	ns
Rückfall während Behandlung	8,2%	9,6%	10,9%	9,8%	ns	9,1%	ns
Reguläre Entlassung	94,3%	92,9%	84,2%	89,4%	ns	84,3%	ns
Erfolgreiche Behandlung	65,5%	65,5%	59,8%	62,9%	ns	44,8%	**
Günstige Prognose	55,1%	53,6%	46,1%	50,6%	ns	37,0%	**

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe (N=308) unterschieden nach den beiden Treatmentgruppen T1 und T2 sowie der Kontrollgruppe und Vergleich mit den übrigen Patienten der Klinik im Studienzeitraum

C) Studienphase

Die Takehome-Onlineversion des AAAT-Trainings funktionierte störungsfrei. Die Patienten der beiden Treatmentgruppen konnten gegen Ende ihres Klinikaufenthalts innerhalb einer Trainingssitzung (Gruppe mit bis zu 5 Patienten) von 45 Minuten problemlos mit dem Einlog-Procedere und der Nutzung des Programms vertraut gemacht werden. Auch das System der automatisierten Erinnerungsmail (Treatmentgruppe T2) und zusätzlich personalisierten Erinnerungsmail (Treatmentgruppe T1) lief störungsfrei. Die anfallenden Patientendaten konnten problemlos aus dem Programm ausgelesen werden. Bis Ende September 2014 hatten die Patienten der beiden Treatmentgruppen die ambulante Studienphase durchlaufen.

Im Durchschnitt haben die Patienten in beiden Treatmentgruppen lediglich 7,7 (SD 10,5) Mal das Training (inklusive der Einführungssitzung gegen Ende des Klinikaufenthaltes) durchgeführt. Es zeigt sich eine große Varianz in der Compliance der Patienten von 0 bis über 50 zuhause durchgeführten Trainingseinheiten. V.a aber zeigt sich eine sehr schiefe Verteilung: 48,0% der Patienten in den beiden Treatmentgruppen haben das Training gar nicht oder lediglich 1 mal nach der Entlassung von zuhause aus durchgeführt (vgl. Abbildung 1).

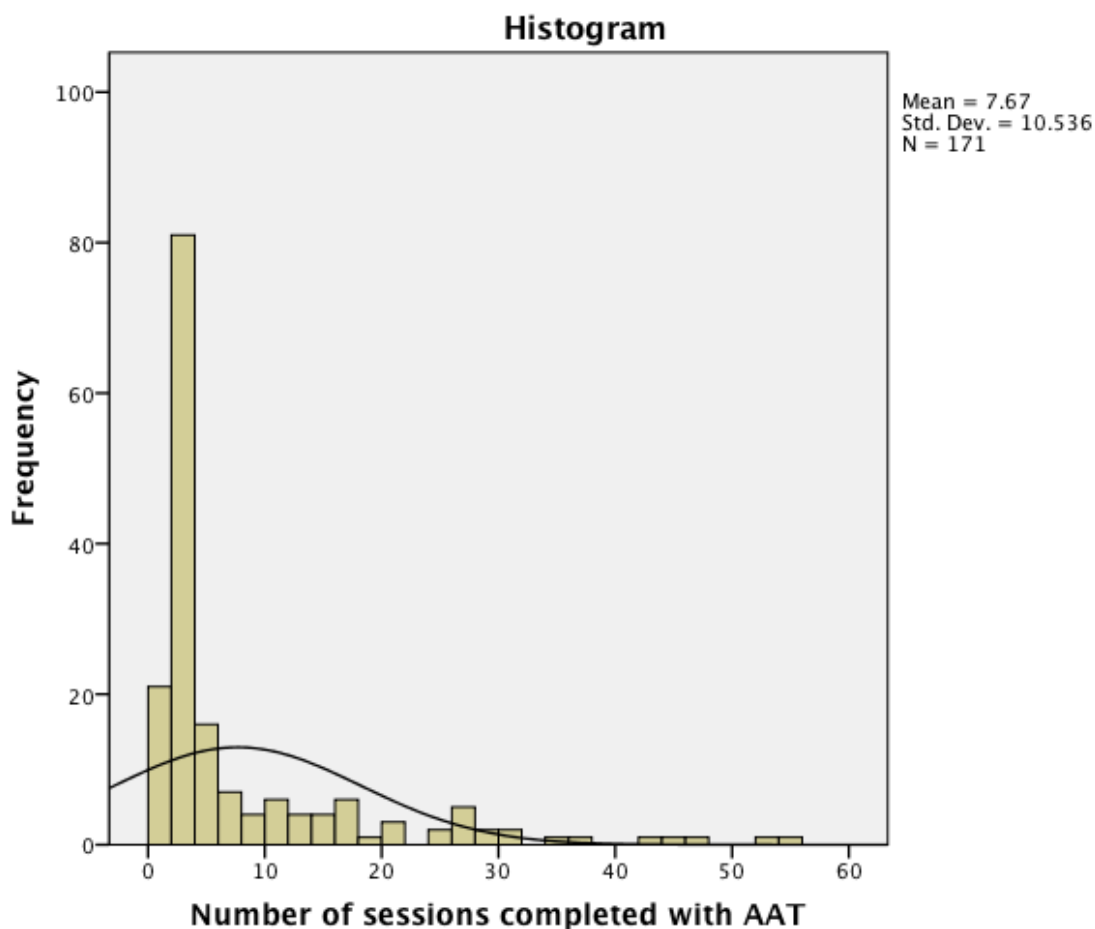


Abb. 1: Verteilung der Trainingshäufigkeiten (N=171)

Entsprechend wenig aussagekräftig sind auch die Unterschiede in der Trainingsteilnahme zwischen den beiden Treatmentgruppen T1 und T2 (vgl. Abbildung 2). Die Patienten der Treatmentgruppe T1 mit persönlicher Email-Erinnerung bei Trainingsausfall absolvierten zwar erwartungsgemäß etwas mehr Trainingseinheiten als die Patienten der Treatmentgruppe T2 mit lediglich standardisierter, wöchentlicher Email-Erinnerung, der Unterschied ist aber nicht signifikant (vgl. Tabelle 2).

	Anzahl der Trainingseinheiten	
Treatmentgruppe 1 (individualisierte Erinnerung)	8,46 (11,3)	ns.
Treatmentgruppe 2 (standardisierte Erinnerung)	6,86 (9,7)	
gesamt	7,67 (10,5)	

Tab 2: Trainingshäufigkeiten der beiden Treatmentgruppen T1 (N=87) und T2 (N=84)

Offenbar sind beide Erinnerungsmodi nicht geeignet, Patienten in ausreichendem Ausmaß zur regelmäßigen Durchführung des AAAT-Trainings zuhause im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu motivieren.

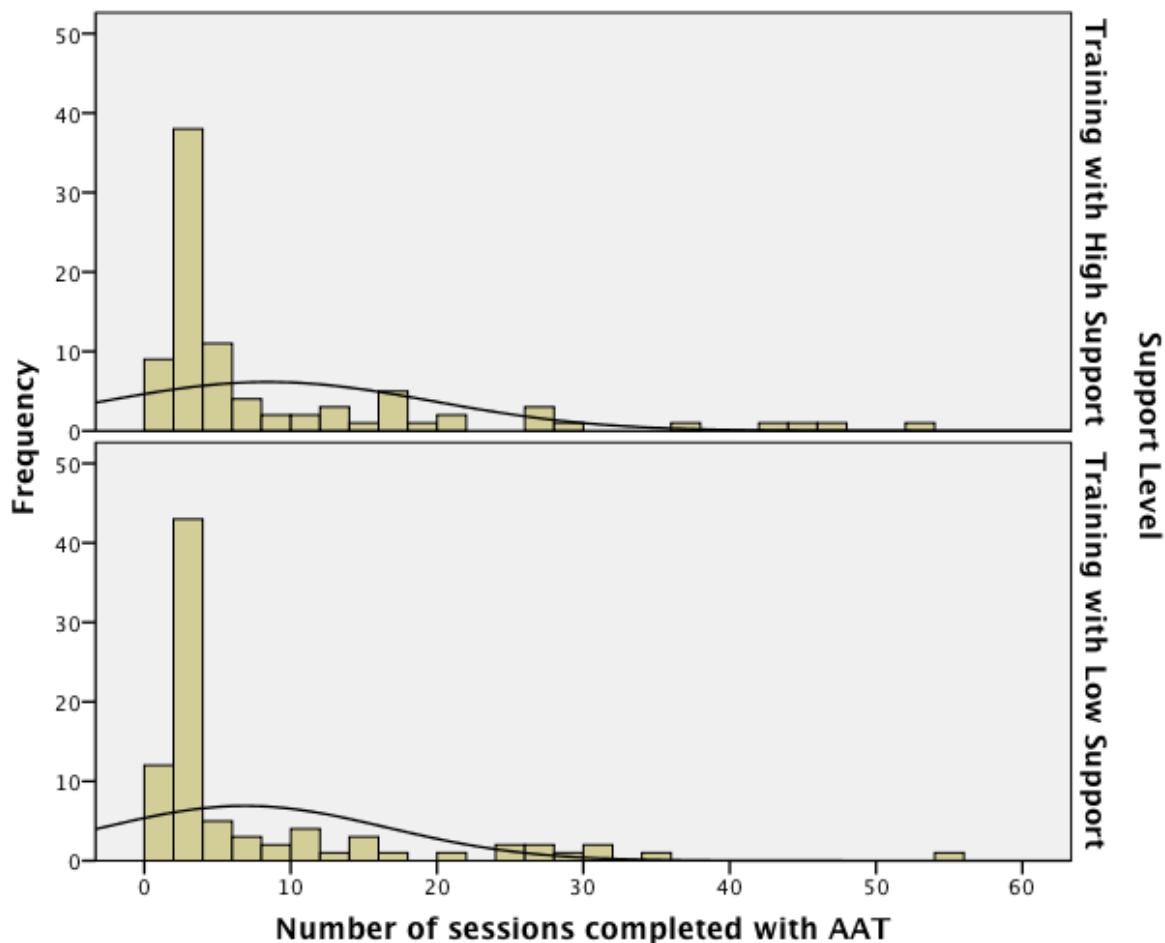


Abb. 2: Verteilung der Trainingshäufigkeiten in den beiden Treatmentgruppen T1 (N=87) und T2 (N=84)

Mit dem Lebensalter ($r=.148^*$) und der Anzahl der Rückfälle vor Behandlungsantritt ($r=-.136^{**}$) zeigten lediglich 2 der soziodemographischen Patientenvariablen einen leichten Zusammenhang mit der Anzahl der durchgeführten Trainingseinheiten im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung. Offenbar hängt die Trainingsbereitschaft weniger von stabilen Patientenvariablen, sondern eher von den situativen Bedingungen im Anschluss an die stationäre Behandlung ab.

D) Katamnese

Der Katamneseversand konnte problemlos in die Klinikroutine integriert werden. Die Rücklaufquote betrug bei der 3-Monatskatamnese 66,8%, bei der 6-Monatskatamnese 54,5% und bei der 12-Monatskatamnese 74,6% (vgl. Tabelle 3). Um die Rücklaufquoten angesichts der nachlassenden Antworterrate bei der 6-Monateskatamnese bei der 12-Monatskatamnese zu erhöhen, wurde zusätzlich zur wiederholten schriftlichen Befragung auch eine telefonische Kontaktaufnahme durch wissenschaftliche Hilfskräfte vorgenommen.

	3 Monate	6 Monate	12 Monate
Katamneserücklauf	66,9%	54,9%	74,6%

Tab. 3: Katamneserücklauf

Zwischen den 2 Treatmentgruppen und der Kontrollgruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der 3- und 6-Monatskatamnese sowohl nach Berechnungsstandard DGSS1 (vgl. Abbildung 3) als auch nach Berechnungsstandard DGSS 4 (vgl. Abbildung 4).

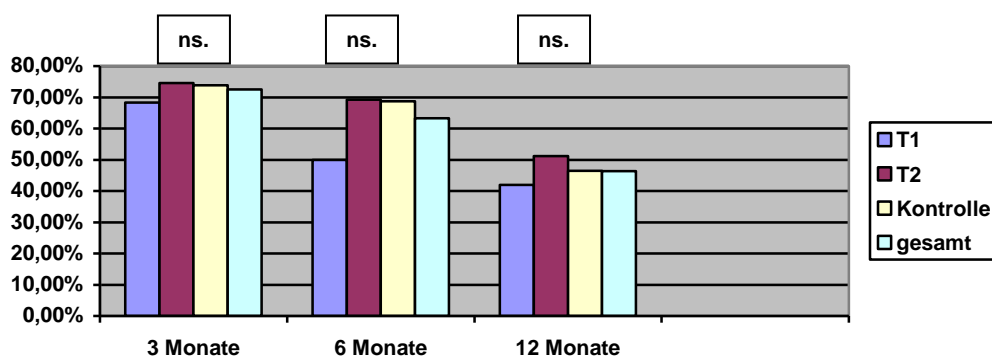


Abb. 3: Vergleich der Abstinenz nach DGSS1 zwischen den Treatmentgruppen T1 und T2 sowie der Kontrollgruppe (N=308)

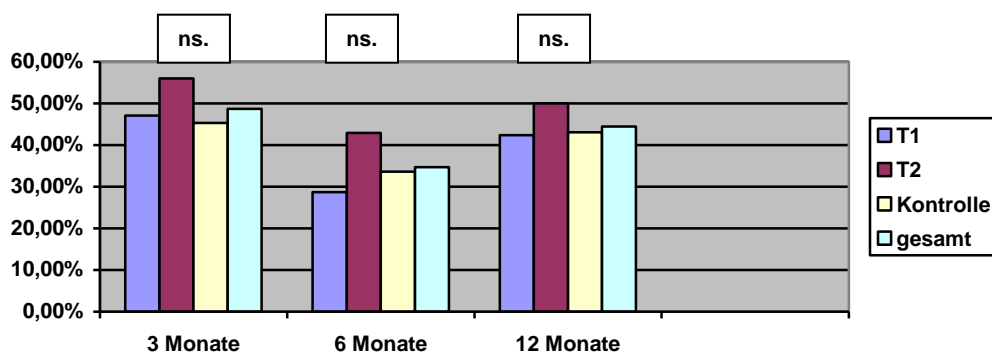


Abb. 4: Vergleich der Abstinenz nach DGSS4 zwischen den Treatmentgruppen T1 und T2 sowie der Kontrollgruppe (N=308)

Angesichts der geringen Trainingsnutzung in beiden Treatmentgruppen kann daraus keine Aussage über die Wirksamkeit der Nutzung einer Takehome-Version des AAAT-Trainings im Anschluss an eine stationäre Behandlung abgeleitet werden.

Vergleicht man allerdings die Patienten, die das Training häufiger als 6 Mal im Anschluss an ihre stationäre Behandlung durchgeführt haben, mit Patienten der Treatmentgruppen mit geringerer Teilnahme bzw. mit Patienten der Kontrollgruppe, so ergibt sich ein deutlicher, hochsignifikanter Abstinenzunterschied zum Zeitpunkt der 3-Monats-, 6-Monats- und 12-Monatskatamnese (vgl. Abbildung 5).

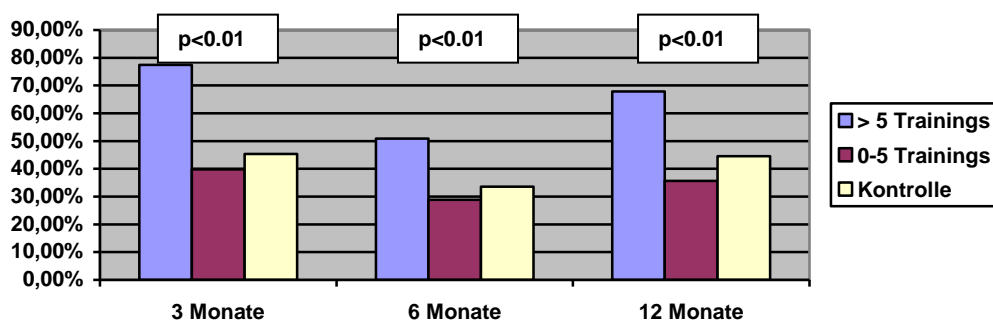


Abb. 5: Vergleich der Abstinenz nach DGSS4 zwischen Patienten mit mehr als 5 Trainingseinheiten (N=53) mit Patienten mit weniger Trainingseinheiten (N=118) und der Kontrollgruppe ohne Trainingsangebot (N=137)

Ob es sich bei den signifikant günstigeren Abstinenzraten der Patienten mit mehr als 5 Trainingseinheiten um einen Treatmenteffekt (mehr als 5 Mal Training bewirkt höhere Abstinenzwahrscheinlichkeit) oder einen Selektionseffekt (die Patienten mit mehr als 5 Trainingseinheiten sind aus anderen Gründen die prognostisch günstigeren Patienten) handelt, kann allerdings angesichts der Posthoc-Analyse nicht entschieden werden. Zumindest unterscheiden sich die 3 nachträglich verglichenen Gruppen hinsichtlich einiger soziodemographischer Variablen (vgl. Tabelle 4). Die Patienten mit mehr als 5 Trainingseinheiten sind signifikant älter, haben einen höheren Bildungsstand, haben eine geringere Arbeitslosenquote, leben eher in fester Partnerschaft und hatten seltener bereits einen Rückfall während der Behandlung und eher eine reguläre Entlassung.

	0-5 Trainings	>5 Trainings	Kontrollgruppe	gesamt	
Alter (Jahre)	45,3	48,8	45,4	45,9	*
Geschlecht	72,0% m 28,0% w	64,2% m 35,8% w	70,8% m 29,2% w	70,5% m 29,5% w	ns
Bildungsstand	33,8% Abitur	32,1% Abitur	29,5% Abitur	31,1% Abitur	*
Arbeitssituation	46,6% alo	35,8% alo	44,5% alo	43,8% alo	*
Feste Partnerschaft	49,2%	73,6%	51,8%	54,5%	*
Abhängigkeit in Jahren	10,2	7,6	8,7	9,1	ns
Tägliche Trinkmenge in Gramm	204	192	203	202	ns
Anzahl Entzugsbehandlung	3,2	3,1	4,0	3,6	ns
Erstbehandlung	60,0%	67,9%	64,2%	63,3	ns
Rückfall während Behandlung	12,2%	1,1%	10,9%	8,2	*
Reguläre Entlassung	94,1%	98,1%	86,9%	91,5%	*
Erfolgreiche Behandlung	50,0	73,6%	60,6%	63,3%	ns
Günstige Prognose	55,9%	52,3%	48,9%	52,0%	ns

Tab. 4: Vergleich der soziodemographische Daten zwischen Patienten mit mehr als 5 Trainingseinheiten (N=53) mit Patienten mit weniger Trainingseinheiten (N=118) und der Kontrollgruppe ohne Trainingsangebot (N=137)

2. Stand der Arbeiten im Vergleich zum geltenden Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan, Gründe für eventuelle Änderungen

Aufgrund der oben beschriebenen Verzögerungen bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde eine Verlängerung des ursprünglich bis 30.06.2013 beantragten Projekts bis zum 30.09.2014 beantragt, der von der DRV-Bund stattgegeben wurde. Hinsichtlich der Abgabe des Abschlussberichts wurde eine Verlängerung der Frist bis zum 31.07.2015 beantragt und genehmigt.

Der ursprüngliche Finanzierungsplan konnte ungeachtet davon eingehalten werden.

3. Haben sich die Aussichten für das Erreichen der Vorhabensziele geändert? Wenn ja, welche Probleme sind entstanden?

Das ursprüngliche Vorhabensziel, eine Steigerung der Wirksamkeit des AAAT-Trainings durch eine Takehome-Version im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen nachzuweisen, konnte aufgrund der geringen Übungsrate der Patienten nicht erreicht werden:

- Fast die Hälfte der Patienten in den beiden Treatmentgruppen hat das Training gar nicht oder lediglich 1 Mal von zu Hause aus durchgeführt. Es zeigte sich hierbei kein signifikanter Unterschied zwischen automatisierten wöchentlichen und personalisierten Erinnerungsmails bei der Nichtwahrnehmung eines vereinbarten Trainingstermins.
- Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Treatmentgruppen und der Kontrollgruppe hinsichtlich Abstinenz zu den drei Katamnesezeitpunkten.
- Bei den hochsignifikanten Unterschieden hinsichtlich Abstinenz zu allen drei Katamnesezeitpunkten zwischen Patienten, die das Training mehr als 5 Mal durchgeführt haben und Patienten mit weniger Trainingseinheiten oder keinem Trainingsangebot kann nicht entschieden werden, ob es sich um einen Treatment- oder Selektionseffekt handelt.

Insofern erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht, die Takehome-Version des AAAT-Trainings so wie ursprünglich geplant für die praktische Versorgung von stationär behandelten Alkoholpatienten generell verfügbar zu machen. Es ist weiterhin offen, ob die Nutzung einer Takehome-Version des AAAT-Trainings im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung eine klinisch bedeutsame Erhöhung der Abstinenz bewirken kann.

Andererseits hat die Studie eine Reihe von klinisch bedeutsamen Erkenntnissen zur Verbesserung der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen und ihrer Erforschung geliefert:

- Angesichts der Tatsache, dass es innerhalb des stationären Settings auch innerhalb der Multicenterstudie einfach war, die Patienten zu einer regelmäßigen Teilnahme am AAAT-Training zu bewegen, stellt die geringe Nutzung der Takehome-Version im Anschluss an die stationäre Behandlung ein wichtiges, nicht unbedingt zu erwartendes Ergebnis dar. Gegenwärtig kann nicht entschieden werden, ob es sich hierbei um ein spezifisches Problem der Nutzung der Takehome-Version des AAAT-Trainings handelt, oder ob generell die Weiterführung von vereinbarten Therapieaufgaben im Anschluss an eine

stationäre Alkoholabehandlung derart gering ist. Bei der Bewertung ist zu beachten, dass es sich in unserer Studie nicht wie sonst in Katamneseuntersuchungen üblich um retrospektive, möglicherweise systematisch verzerrte Selbstangaben der Patienten zur Nutzung von Nachsorgeangeboten bzw. der selbstständigen Weiterführung von Therapieübungen handelt, sondern um eine objektive Registrierung des tatsächlichen Einlogerverhaltens der Patienten. Außerdem ist zu beachten, dass hier nur jene Trainingseinheiten gezählt wurden, die von den Patienten vollständig durchgeführt wurden. Auch dies kann in üblichen Katamneseuntersuchungen mit Selbstangaben von Patienten nicht überprüft werden. Insofern sollte die tatsächliche Nutzung von Nachsorgeangeboten und die selbstständige Weiterführung von Therapieaufgaben im Anschluss an die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen verstärkt in den Fokus der Therapieforschung gerückt werden.

- Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie besteht darin, dass entgegen den Annahmen des Konzepts der „continuous care“ in der Behandlung von chronisch Kranken (therapeutisches Monitoring mit sofortiger Reaktion bei Rückschlägen), offenbar weder eine automatisierte noch eine sofortige personalisierte Erinnerungsmail bei Auslassen einer vereinbarten Trainingseinheit ausreichen, um Patienten im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zur regelmäßigen Programmteilnahme zu motivieren. Die Tatsache, dass bis auf Alter und Rückfälle in der Vergangenheit keine soziodemographischen Variablen der Patienten die Trainingshäufigkeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung vorhersagen konnten, spricht dafür, dass das Trainingsverhalten weniger durch stabile Patienteneigenschaften vor Behandlungsbeginn als vielmehr durch situative Gegebenheiten im Anschluss an die stationäre Behandlung bedingt wird. Auch diesbezüglich ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. So kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass die Erinnerungsmails die Patienten aufgrund sehr unregelmäßiger Nutzung ihres Email-Accounts gar nicht erreicht haben. Insbesondere im Falle eines Alkoholrückfalls könnte es sein, dass Patienten ihren Email-Account nicht mehr regelmäßig kontrollieren. Eine Möglichkeit zur Erhöhung der Nutzung könnte darin bestehen, die Takehome-Version des AAAT-Trainings durch verschiedene Features ästhetisch ansprechender und emotional spannender zu gestalten oder in Form einer App für Smartphones oder Tablets nutzbar zu machen. Andererseits könnte dies aber auch einer Trivialisierung ernsthafter therapeutischer Verfahren Vorschub leisten. Möglicherweise ist eine verstärkte Trainingsnutzung im Anschluss an eine Behandlung auch durch die Integration in einen Teamwettbewerb zwischen Patientengruppen (sog. Gamification) zu erzielen.
- Schließlich konnte in der Studie gezeigt werden, dass auch in einer Versorgungsklinik unter bestimmten Bedingungen die für randomisiert-kontrollierte Studien erforderlichen Rücklaufzeiten bei den Katamnesebefragungen erzielt werden können. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Beschränkung auf wesentlich weniger Daten, als es derzeit in den Katamneseerhebungen der Fachverbände üblich ist. Zudem empfiehlt sich der Einsatz von geschultem Personal für telefonische Nachbefragungen, falls Patienten auf schriftliche Befragungen nicht reagieren. Hierauf ist bei künftigen Forschungsprojekten zu achten.

4. Haben sich die Vorhabensziele geändert? Wenn ja, warum?

nein

5. Sind inzwischen Ergebnisse anderer Arbeitsgruppen bekannt geworden, die für das Vorhaben von Bedeutung sind? Wenn ja, welche?

Nein. Allerdings wurde der Einsatz des AAAT-Trainings mittlerweile in die aktuelle S3-Leitlinie aufgenommen (Empfehlungsgrad: Klinischer Konsenspunkt KKP).

6. Liste eigener Publikationen von Vorhabensergebnissen

Die Arbeitsergebnisse wurden im Förderungszeitraum auf folgenden wissenschaftlichen Tagungen präsentiert:

- Lindenmeyer, J.: Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis - aktuelle Ergebnisse zu Indikation und Wirkfaktoren. Vortrag auf dem Rehakolloquium, Hamburg, 06.05.2012.
- Lindenmeyer, J.: Kann man Sucht vergessen? – Rückfallprävention aus neuropsychologischer Sicht. Plenarvortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Berlin, 03.10.2012.
- Wiers, C.: Neural effects of retraining approach tendencies for alcohol in detoxified alcohol-dependent patients, Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Berlin, 04.10.2012
- Rinck, M.: Predicting and preventing relapse in alcohol addiction by implicit cognitions. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Berlin, 05.10.2012
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Vermeidungs-Training versus Aufmerksamkeits-Training“. Vortrag auf dem Rehakolloquium, Mainz, 05.03.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis. Neurokontrolltraining und Rückfallraten. Vortrag auf dem Fachtag des Fachkrankenhauses Hansenberg, Henstedt, 10.04.2013.
- Wiers, R.: “Pump up the volume! Can transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) enhance Cognitive Bias Modification in Addiction? Results from initial studies“. Vortrag beim 14. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht, Tutzing, 18.04.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Implizites Vermeidungstraining zur Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“. Vortrag beim 14. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht, Tutzing, 18.04.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Zurück in den Behaviorismus? Kritische Reflektion der Anwendung von Lernmechanismen in der Therapie von Abhängigkeiten“. Vortrag beim 14. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht, Tutzing, 19.04.2013.
- Rinck, M. & Lindenmeyer, J.: "Cognitive Bias Modification in der Praxis: Training automatischer Prozesse als Therapiebaustein bei Angst- und Suchterkrankungen“. Workshop auf dem 8. Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Trier, 09.05.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Möglichkeiten und Grenzen computerbasierter Rückfallprävention am Beispiel des Joystick Trainings NKT“. Plenarvortrag auf den Suchttherapietagen, Hamburg, 21.05.2013.

- Lindenmeyer, J.: „Der Mensch im Mittelpunkt – Wie entwickeln sich die therapeutischen Verfahren in der Suchtbehandlung“. Vortrag auf dem 26. Heidelberger Kongress des FVS, Heidelberg, 10.06.2013.
- Rinck, M.: „Die Rückfallprognose bei Alkoholabhängigen: Haben kognitive Prozesse Vorhersagewert“. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Bonn, 20.09.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Vermeidungs-Training versus Aufmerksamkeits-Training“. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Bonn, 20.09.2013.
- Woud, M.: „Die Rolle von kognitiven Verzerrungen bei Alkoholabhängigkeit: Eine Frage der Interpretation“. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Bonn, 20.09.2013.
- Wiers, C.: „Effects of Approach Bias Modification Training on Neural Cue Reactivity in Alcohol-Dependent Patients“. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Bonn, 20.09.2013.
- Rinck, M.: "Cognitive Bias Modification: Neue Ansätze bei der Therapie von Angst, Depression und Sucht." Workshop beim Jahreskongress Psychotherapie, Bochum, 20.10.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Die Rolle von Emotionen bei Rückfall“. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress, Berlin, 27.11.2013.
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Erste Ergebnisse der Multicenterstudie“. Vortrag auf dem Rehakolloquium, Karlsruhe, 10.03.2014.
- Lindenmeyer, J.: „Implizite Kognitionen und Lernprozesse in der Entwicklung und Behandlung von Suchterkrankungen – ein neues Paradigma?“. Vortrag auf der Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie, Ravensburg, 23.05.2014.
- Rinck, M.: Computerized alcohol-avoidance training reduces relapse rates in alcohol addiction. Invited presentation at Stanford University, Dept. of Psychology, USA, 09.09.2014.
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Erste Ergebnisse der Multicenterstudie“. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress, Berlin, 02.10.2014.
- Rinck, M.: Cognitive Bias Modification: computer games as a treatment of substance use disorders. Invited presentation at University of Texas at Austin, USA, Dept. of Psychology, 17.10.2014.
- Rinck, M.: Computerized alcohol-avoidance training reduces relapse rates in alcohol addiction. Invited presentation at the Veterans Administration Hospital, San Francisco, CA, USA, 05.11.2014.
- Lindenmeyer, J.: „Wenn Dinge sich in den Vordergrund drängen – Approach Bias Therapie bei Alkoholabhängigen. Vortrag auf dem 21. Frankfurter Psychiatrie-Symposium, Frankfurt, 08.11.2014.
- Lindenmeyer, J.: „Mit dem Joystick gegen das Suchtgedächtnis: Ergebnisse der Multicenterstudie“. Vortrag auf dem Rehakolloquium, Augsburg, 16.03.2015.
- Lindenmeyer, J.: Experimentelle Grundlagenforschung für die Diagnose und Behandlung von Suchterkrankung. Vortrag auf dem 9 Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, 14.05.2015
- Rinck, M.: Vom Labor in die Klinik und weiter ins Internet: Das Training automatischer Alkoholvermeidungstendenzen. Vortrag auf dem 9 Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, 14.05.2015
- Becker, E.: Alkoholvermeidungstraining bei Korsakow-Patienten: Lern und Gedächtniseffekte. Vortrag auf dem 9 Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, 14.05.2015
- Woud, M.: Messung und Modifikation von alkoholbezogener Interpretationstendenzen. Vortrag auf dem 9 Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, 14.05.2015

- Mühlig, S.: Anwendung des Cognitive Bias Modification Ansatzes auf die Tabakentwöhnung. Vortrag auf dem 9 Workshopkongress der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Dresden, 14.05.2015
- Rinck, M.: Modification of approach-avoidance tendencies in alcoholics: An unusual success story. Vortrag beim Kongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Jerusalem, September 2015.

Außerdem konnten im Förderzeitraum folgende Artikel der Arbeitsgruppe in wissenschaftlichen hochrangigen Fachzeitschriften publiziert werden:

- Eberl, C., Wiers, R., Pawelczack, St., Rinck, M., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.
- Eberl, C., Wiers, R., Pawelczack, St., Rinck, M., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2014). Implementation of Approach Bias Re-Training in Alcoholism - How Many Sessions are Needed? *Alcoholism, Experimental and Clinical Research*, 38, 587-594.
- Gladwin, T., Rinck, M., Eberl, C., Becker, E., Lindenmeyer, J., & Wiers, R. (2015). Mediation of Cognitive Bias Modification for Alcohol Addiction via Stimuli-Specific Alcohol Avoidance Association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39, 100-107.
- Wiers, C., Stelzel, C., Park, S., Pawelczack, S., Gawron, C., Ludwig, V., Gutwinski, S., Heinz, A., Lindenmeyer, J., Wiers, R.W., Walter, H., & Bermpohl, F. (2013). Neural Correlates of Alcohol-Approach Bias in Alcohol Addiction: The Spirit is Willing but the Flesh is Weak for Spirits. *Neuropsychopharmacology*, 39, 688-697.
- Woud, M.L., Wiers, R.W., Pawelczak, S., Becker, E.S., Lindenmeyer, J., & Rinck, M. (2013). Does Negative Affect Prime Alcohol in Alcohol-Dependent Inpatients? A Large-Scale Clinical Investigation of the Moderating role of Depression and Executive Control. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 279-290.
- Woud, M.L., Pawelczack, S., Rinck, M., Lindenmeyer, J., Souren, I.P., Wiers, R., Becker, E. (2013). Alcohol-Related Interpretation Bias in Alcohol-Dependent Patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38, 1051-1059.
- Wiers, C., Stelzel, C., Gladwin, T., Park, S., Pawelczack, S., Gawron, C., Stuke, H., Heinz, A., Wiers, R., Rinck, M., Lindenmeyer, J., Walter, H., & Bermpohl, F. (2014). Effects of Cognitive Bias Modification Training on Neural Alcohol Cue Reactivity in Alcohol Dependence. *American Journal of Psychiatry*.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111495>.
- Wiers, C., Ludwig, V., Gladwin, T., Park, S., Heinz, A., Wiers, R., Rinck, A., Lindenmeyer, J., Walter, H., & Bermpohl, F. (2015). Effects of cognitive bias modification training on neural signatures of alcohol approach tendencies in male alcohol-dependent patients. *Addiction Biology*, doi: 10.1111/adb.122