

Stefan Jacobs und Michaela Bangert

Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert

Zusammenfassung

Fragestellung:

Untersucht wurden die Effekte einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus an einer Gruppe von 38 Patienten, die von 14 Teilnehmern eines postgraduierten Weiterbildungsgangs zum Sozialtherapeuten behandelt wurden. Als Kontrollgruppe diente eine Gruppe von 40 Patienten, die eine qualifizierte Entgiftung mit sozialtherapeutischen Maßnahmen in einer psychiatrischen Klinik erhielt. Eingesetzt als Messinstrumente wurden das Regensburger Inkongruenzanalyseinventar RIAI (Speierer), die Symptomcheckliste SCL 90R (Derogatis) und der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke et al.).

Ergebnisse:

Die Behandlungsgruppe (BG) zeigte im Intragruppenvergleich (prä-post) in allen Testverfahren deutliche Verbesserungen mit mittleren bis starken Effekten, sowie kontrollierte Abstinenz bei Therapieende. In Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) ergaben sich keine Unterschiede im SCL 90 R und bessere Werte in 4 Subskalen des RIAI bei der KG. Die Ergebnisse des VEV waren in der Behandlungsgruppe hingegen deutlich besser. Dies wird u.a. auf die längere Erkrankungsdauer der BG mit 12,3 Jahren gegen über 5,4 Jahren bei der Kontrollgruppe, Treatmenteffekten der qualifizierten Entgiftung mit sozio- und psychotherapeutischen Maßnahmen, sowie einer eingeschränkten Validität der Daten der KG zurückgeführt. Es wurden nur von 50% der Patienten die Fragebögen zurückgeschickt, die psychisch stabil, behandlungsmotiviert und abstinente geblieben waren.

Schlüsselworte:

Alkoholismus, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Weiterbildung zum Sozialtherapeuten.

Summary:

In the present study the effects of client-centred therapy on alcoholism were examined. A group of 38 patients were treated by 14 participants of a postgraduated socialtherapeutic educational programme. The control group consisted of 40 patients who underwent a qualified detoxification in a psychiatric hospital with socialtherapeutic aspects to the treatment. The applied instruments in question were the Regensburger Incongruity Analysis Inventory, RIAI (by Speierer), the Symptom Check List, SCL-90-R (by Derogatis) and the Questionnaire of Alternation in experience and behavior, VEV (by Zielke et al.).

Results:

In an intragroup comparison (pre and post assessment) the treatment group (TG) showed significant improvements with mean to large effects in all test results with controlled abstinence at the end of treatment. In comparison to the control group (CG) there were no differences measured by the SCL 90R questionnaire. Furthermore the CG revealed better scores on 4 subscales of RIAI. Nevertheless the TG obtained distinctly better results in the VEV. These results can be traced back to a longer duration of illness of the TG (12.3 years) than that of the CG (5.4 years), treatment effects of the detoxification with its socio- and psychotherapeutic treatments, and finally to the limited validity of data of the CG. Just 50% of the questionnaires were sent back by those patients, who stayed mentally stable and abstinent, showing motivation towards treatment and therapy.

Key words:

alcoholism, client-centred psychotherapy, social therapist further educational programme.

Innerhalb der Gesprächspsychotherapie gibt es mehrere Erklärungsmodelle über die Entstehung, den Verlauf und die Psychotherapierbarkeit seelischer Störungen.

Rogers (1959) formulierte eine eher universelle Theorie der Behandelbarkeit psychischer Störungen. Zentral ist bei ihm der Begriff der Inkongruenz. Demzufolge findet eine Unvereinbarkeit zwischen Selbst und Erfahrung statt, die die Selbstentfaltungstendenz des Organismus behindert. Durch Realisierung der Triasvariablen (Empathie, Akzeptanz und Kongruenz) in einer angstfreien Atmosphäre sollen konstruktive Bedingungen gegeben sein, die helfen, die Störung zu beseitigen.

Sachse (1996) vertritt mit seiner zielorientierten Gesprächspsychotherapie ein direktiveres Therapeutenverhalten. Dysfunktionale Kognitionen im Bezugssystem des Klienten sollen herausgearbeitet und Aspekte verdeutlicht werden, die ihm selbst noch nicht klar sind, womit eine Verbindung zur kognitiv behavioralen Therapie ermöglicht wird.

Speierer (1994) entwickelte mit dem *Differentiellen Inkongruenzmodell* (DIM) eine spezifische störungsbezogene Krankheitslehre und formulierte drei Inkongruenzquellen (sozialkommunikative Inkongruenz, dispositionelle Inkongruenz und lebensereignisbedingte Inkongruenz). Seine Theorie geht von der Annahme verschiedener Störungsursachen und aufrechterhaltender Faktoren aus und ist somit keine universelle Theorie. Eine differenzierte Diagnostik ist erforderlich, die die Grenzen und Indikation der Gesprächspsychotherapie berücksichtigt. Als Konsequenz ist eine störungsbezogene Intervention erforderlich. Die Verwirklichung der Basismerkmale sind keine hinreichenden therapeutischen Prinzipien mehr. Darüber hinaus soll der Therapeut zielorientiert,

inkongruenzbezogen und den Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend handeln.

Im weiteren Verlauf wurde dieses Modell von *Jacobs, Luderer, Speierer und Tasseit* (1998) modifiziert und eine störungsspezifische Krankheitslehre vorgelegt, die auch die Indikation zur Gesprächspsychotherapie für den Suchtbereich unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. Zur Wahrnehmung von Inkongruenzen ist die Abstinenz von der Droge erforderlich, da der Substanzmissbrauch Unverträglichkeiten von Selbst und Erfahrung, d.h. Inkongruenzen verdeckt. Ferner werden durch negative soziale und körperliche Reaktionen auf die Droge selbst Inkongruenzen erzeugt, die durch erneuten Drogenkonsum verdeckt werden. So entsteht ein Teufelskreis von sich gegenseitig negativ verstärkenden Erlebens- und Verhaltensweisen. Ziel der therapeutischen Intervention ist es die Inkongruenzen bewusst erlebbar zu machen, sie zu verringern und zu bewältigen, sowie die Inkongruenztoleranz zu vergrößern und das Selbstwertgefühl zu steigern. Die unverträglichen Erfahrungen im Selbstkonzept können so gezielt bearbeitet werden. Mit dem von *Jacobs et al.* (1998) vorgelegten Weiterbildungsgang zum Sozialtherapeuten wurde eine gesprächspsychotherapeutische und zielorientierte Interventionsform erarbeitet, die die Indikation für Gesprächspsychotherapie in der Suchtrehabilitation ermöglicht.

Zur klientenzentrierten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung bei Substanzmissbrauch liegen zur Zeit nur wenige gut evaluierte Forschungsergebnisse vor. Die Studie von *Ends und Page* (1959) belegt die Wirksamkeit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit: Verglichen wurden zwei klinische Gruppen von alkoholkranken Patienten. Die Behandlungsgruppe bekam eine klientenzentrierte, gesprächspsychotherapeutische und gruppenzentrierte Intervention zusätzlich zum normalen, allgemeinen Treatment, das ein Motivationstraining nach dem Konzept der Anonymen Alkoholiker sowie medizinisch-psy-

chologische Informationen und unterstützende Gruppengespräche durch angeleitetes Klinikpersonal beinhaltete. Die Kontrollgruppe erhielt nur das normale Treatment. Methodisch wurde ein Prä- post Design verwandt und zur Erfolgskontrolle der Q- Sort und der MMPI eingesetzt. Gesicherte Ergebnisse waren in folgenden Bereichen zu erkennen:

1. Die Zunahme von psychischer Gesundheit
2. Stabilisierung des Selbstkonzeptes
3. Zunehmende Selbstakzeptanz
4. Abbau von Misstrauen innerhalb der Gruppe
5. Das „Flight into Health“ Phänomen konnte durch Reflektion, Erkennen und Bearbeiten der eigenen Probleme und Realitäten reduziert werden.

Diese Ergebnisse zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit werden durch eine Studie von *Speierer* (1998) bestätigt und erweitert:

Verglichen wurden Patienten, die sofort nach der Entgiftung entlassen worden waren mit Patienten, die nach der Entgiftung gesprächspsychotherapeutisch weiterbehandelt wurden. Die Ergebnisse mit guten Effekten bestätigen die postulierten spezifischen Heilwirkungen der zielorientierten Gesprächspsychotherapie:

1. Sofort nach der Entgiftung entlassene Patienten unterscheiden sich von den weiterbehandelten Patienten am deutlichsten durch ein gering ausgeprägtes Insuffizienzerleben. Dies ist mit dem „Flight into Health“ Phänomen s.o. zu vergleichen.
2. Verbesserung des Selbstvertrauens
3. Stärkung der gesunden Selbstkonzeptanteile
4. Gesunde selbstkongruente Erfahrungen
5. Verringerte selbstunverträgliche Erfahrungen

Darstellung der Messinstrumente

Der hier vorgestellten Evaluation liegt das von Jacobs, Luderer, Speierer und Tas-

seit (1998) erarbeitete Therapiekonzept zugrunde.

Das von *Speierer* entwickelte Instrument zur Inkongruenzanalyse nach dem (DIM), das Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) ist ein Patientenfragebogen und erfasst auf 15 Merkmals- und 9 Bereichsskalen die Inkongruenzquellen bezogen auf Gegenwart und Vergangenheit, Leitsymptome der Achse 1 (DSMIV) und gesunde Ressourcen des Selbst. Er liegt in 2 Formen (A, B) vor und wird zur Therapiekontrolle als Prä-Post-Messung durchgeführt.

Zur Qualitätssicherung und Erfassung des Therapieerfolges wird ferner die Symptom-Checkliste von *Derogatis – Deutsche Version (SCL-90R)* ebenfalls als Prä – Post Messinstrument eingesetzt. Betrachtet wird der Globale Symptom Index (*GSI-Wert*), der am änderungssensitivsten ist.

Nach der Behandlung wird der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von *Zielke und Kopf – Mehnert* verwandt, ein Test zur quantitativen Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten, der speziell für Verlaufsuntersuchungen in der Psychotherapie konzipiert wurde.

Stichprobe

Die *Behandlungsgruppe* umfasst 38 Patienten mit Alkoholkrankheit und weiteren Komorbiditäten, 10 Frauen, 28 Männer, Durchschnittsalter 40,8 Jahre (SD=10,2) und Chronifizierungsdauer der Alkoholkrankheit von 12,3 Jahren (SD=6), die eine zielorientierte gesprächspsychotherapeutische Intervention, modifiziert nach der von *Jacobs et al.* (1998) entwickelten Krankheitslehre erhielten. Die Dauer der Intervention betrug im Durchschnitt ca. 15–20 Stunden und wurde von den sich in Weiterbildung zum Sozialtherapeuten nach dem klientenzentrierten und gesprächspsychotherapeutisch orientierten Modell befindenden Teilnehmern durchgeführt.

Die *Kontrollgruppe* umfasst 20 Probanden (3 Frauen, 17 Männer), mit einem Durchschnittsalter von 40,2 Jahren (SD=8,9) und einer Chronifizierungsdauer von 5,4 Jahren (SD=2,9) und stammt von der Entgiftungsstation des Göttinger Landeskrankenhauses. Die Patienten erhielten eine qualifizierte 14-tägige Entgiftung mit vielfältigen therapeutischen Angeboten (Einzel- und Gruppentherapie; Beschäftigungs- und Ergotherapie) sowie medizinische und psychologische Beratung. Zur Vermittlung von Therapieplätzen und bei sozialrechtlichen Fragen stand ferner ein Sozialpädagoge als Ansprechpartner zur Verfügung. Diese Gruppe ist somit im eigentlichen Sinne keine Kontrollgruppe, weil sie ein Treatment erhielt. Die Motivation zur Therapie oder sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen ist als ein wichtiger Bestandteil des therapeutischen Konzepts anzusehen.

Bei der Erstbefragung im Krankenhaus nahmen 40 Patienten teil; im Rücklauf nach ca. 8–10 Wochen antworteten nur noch 20 Patienten. Einige waren verzogen oder nicht erreichbar, andere schrieben zurück, nicht mehr an der Untersuchung teilnehmen zu können, da sie wieder rückfällig geworden seien und waren auch trotz weiterer Aufforderungen nicht bereit, die Fragebögen ausgefüllt zurückzusenden.

Hypothesen

Die abgeleiteten psychologischen Hypothesen beziehen sich auf folgende Teilbereiche der durchgeführten Studie:

- 1.) Abstinenz (bzw. Rückfälle) während der Intervention und zum Abschluss der Therapie. In der Behandlungsgruppe liegen harte Daten (Laborwerte), subjektive Testdaten und die therapeutische Einschätzung vor; in der Kontrollgruppe liegen nur Selbsteinschätzungen (subjektive Testdaten) vor.
- 2.) Veränderungen im Erleben von Inkongruenz und Belastung:
 - Inkongruenzverringering
 - Verbesserte Inkongruenzbewältigung
 - Vergrößerte Inkongruenztoleranz

- Belastungsfaktoren
 - Salutogene Ressourcen
 - Selbstkonzept
- Messinstrument: RIAI (Q-, I-, K-, Skalen = Merkmalskalen; Bereichsskalen), z-Skalenwerte
- Prä-Post-Messung
- 3.) Rückgang der allgemeinen Symptombelastung
Messinstrument: SCL 90R: Prä-Post-Messung
 - 4.) Allgemeine Veränderung im Erleben und Verhalten
Messinstrument: VEV: einmalige Erhebung als Post-Messung

Es wurden folgende psychologische Hypothesen abgeleitet:

PH 1: In der Behandlungsgruppe treten keine schweren Rückfälle während der Therapie und zum Abschluss der Therapie auf. Ein schwerer Rückfall definiert sich über Therapieabbruch und ein nicht Wiedererlangen von Abstinenz. In der Kontrollgruppe können auch schwere Rückfälle auftreten.

PH 2.1: Intragruppenvergleich
Bei den behandelten Patienten ist die Unverträglichkeit (Inkongruenz) im Erleben und Verhalten nach der durchgeführten Intervention deutlich geringer als vor der Behandlung. Die salutogenen Ressourcen und das Selbstwertgefühl steigen an. Um eine differenzierte Aussage zu treffen, müssen die Veränderungen zur Kontrollgruppe in Verbindung gesetzt werden:

PH 2.2: Intergruppenvergleich
Die Inkongruenz in der Behandlungsgruppe ist nach der Intervention geringer als die in der Kontrollgruppe.

PH 2.3: Intragruppenvergleich
In der Kontrollgruppe zeigen sich zwischen den Messzeitpunkten keine wesentlichen Veränderungen.

PH 2.4: Intergruppenvergleich
Die Ausgangswerte beider Gruppen im Prä-Design sind annähernd gleich.

PH 3.1: Intragruppenvergleich (SCL 90R-GSI-Wert)

Design	PRÄ	POST
mit Behandlung	EG N = 40	EG N = 40
ohne Behandlung	KG N = 40	KG N = 20

Die grundsätzliche psychische Belastung ist in der Behandlungsgruppe nach der Intervention deutlich geringer als vor der Intervention.

PH 3.2: Intergruppenvergleich
Die grundsätzliche psychische Belastung ist nach der Behandlung in der Therapiegruppe deutlich geringer als in der Kontrollgruppe.

PH 3.3: Intragruppenvergleich
In der Kontrollgruppe hat sich der GSI-Wert zwischen den beiden Messzeitpunkten nicht wesentlich verändert

PH 3.4: Intergruppenvergleich
Die grundsätzliche psychische Belastung, die Ausgangswerte sind in der Prä-Messung annähernd gleich.

PH 4.1: Nach der Intervention gibt es im Erleben und Verhalten (VEV) in der Behandlungsgruppe positive Veränderungen.

PH 4.2: Die Veränderungen im VEV der Behandlungsgruppe sind stärker als in der Kontrollgruppe.

Darstellung der Ergebnisse

1. Übersicht

Die Hypothesen können nur zum Teil bestätigt werden:

1. In der Behandlungsgruppe ist es zu wenigen leichten Rückfällen (lapses – insgesamt 12 Rückfälle) gekommen. Zum Abschluss der Therapie waren alle Patienten kontrolliert abstinent. In der Kontrollgruppe, nach subjektiven Angaben der Patienten (wobei nur die Hälfte der Kontrollgruppe geantwortet hat), kam es zu keinen Rückfällen.
2. Im Intragruppenvergleich erreicht die Behandlungsgruppe signifikant bessere Werte nach der Behandlung.

Die Therapie war demnach erfolgreich.

3. Auch in der Kontrollgruppe haben sich einige Werte signifikant verbessert.
4. Die Ergebnisse der Postmessung im Intergruppenvergleich sind teilweise nicht signifikant (Ausnahme: vier Skalen des RIAI).
5. Im Fragebogen zur Veränderung von Erleben und Verhalten (VEV) erreichen beide Gruppen Werte in Richtung einer positiven Veränderung. Die positive Veränderung in der Behandlungsgruppe ist wesentlich stärker.
6. Die Ausgangswerte im Intergruppendesign (Prämessung) sind annähernd

gleich. (Ausnahme: Vier Skalen des RIAI).

Zur Analyse wird ein Signifikanzniveau von 0,05% angenommen.

2. Differenzierte und deskriptive Darstellung der Testergebnisse

Die Ergebnisse des RIAI im Intragruppenvergleich der Behandlungsgruppe
 Deutlicher Rückgang der Symptombelastung sowie Inkongruenzverringering bzw. Anstieg von Selbstvertrauen, Inkongruenz(toleranz) und Inkongruenzbewältigungsstrategien auf folgenden Skalen:

Tabelle 1: Ergebnisse des RIAI der Behandlungsgruppe (Prä-Post)

	M 1	M 2	s	d	β	t-Wert	Sign.
RIAI 1	0,9	0,2	1,1	0,73	0,74	4,5	0,000
RIAI 2	0,9	0,5	0,9	0,47	0,43	2,9	0,007
RIAI 6	1	0,4	0,8	0,6	0,55	4,3	0,000
RIAI 7	0,7	0,2	1	0,45	0,40	2,9	0,007
RIAI 11	0,9	0,5	0,9	0,36	0,25	2,2	0,033
RIAI 13	-0,8	0,3	1,2	0,45	0,40	-4,9	0,000
RIAI 14	-0,34	0,17	0,9	0,46	0,41	-2,9	0,007
RIAI 15	-0,32	0,29	1	0,5	0,44	-3,2	0,003
RIAI B1	-0,78	0,25	1,15	0,7	0,72	-4,5	0,000
RIAI B2	-0,62	0,25	1	0,68	0,72	-4,2	0,000
RIAI B4	1,2	0,6	0,95	0,76	0,76	4,7	0,000
RIAI B5	0,8	0,1	1,1	0,63	0,60	3,9	0,000
RIAI B7	0,8	0,3	1,3	0,4	0,36	2,6	0,013
RIAI B8	0,9	0,1	1,1	0,84	0,82	5,2	0,000

N = 38

M 1 = Mittelwert (z -Wert) der Prä-Messung

M 2 = Mittelwert (z -Wert) der Post-Messung

s = Standardabweichung

d = Effektstärke

β = Teststärke

RIAI 1: Intrapsychische Inkongruenz

RIAI 2: Sozialkommunikative Inkongruenz, Gegenwart

RIAI 6: negative Zukunftsperspektive

RIAI 7: Kontrollverlust, Gegenwart

RIAI 11: Insuffizienzerleben, Gegenwart

RIAI 13: Gesundes Selbstvertrauen

RIAI 14: Inkongruenzbewältigungsstrategien

RIAI 15: gesunde gegenwärtige Kongruenzerfahrungen

RIAI B1: Gesunde Selbstkonzeptanteile

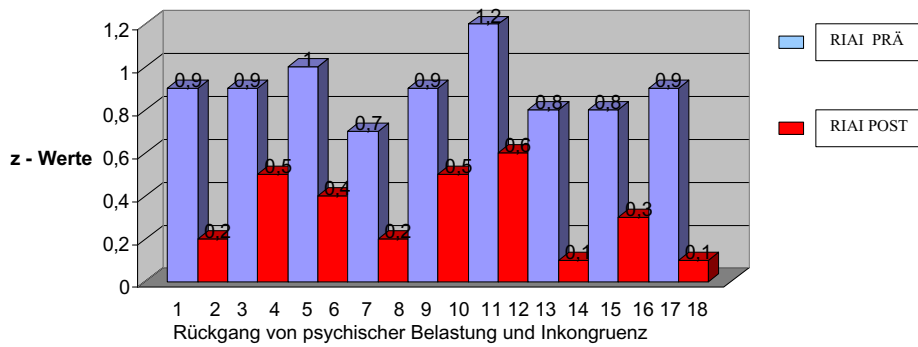
RIAI B2: Gesunde Gesamterfahrungen

RIAI B4: Inkongruenzgesamtbelastung

RIAI B5: Pathogene Gesamtbelastung Gegenwart

RIAI B7: Pathogene Gesamtbelastung insg. (Vergangenheit und Gegenwart)

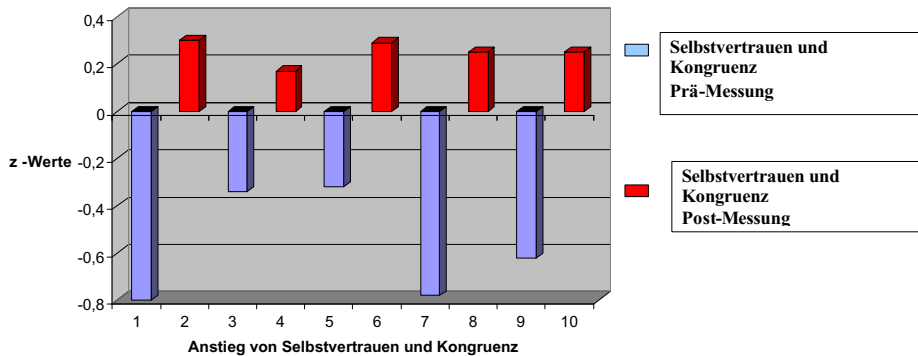
RIAI B8: Leitsymptomatische Gesamtbelastung (Gegenwart)



- | | | |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 1 = RIAI 1 PRÄ | 7 = RIAI 7 PRÄ | 13 = RIAI B5 PRÄ |
| 2 = RIAI 1 POST | 8 = RIAI 8 POST | 14 = RIAI B5 POST |
| 3 = RIAI 2 PRÄ | 9 = RIAI 11 PRÄ | 15 = RIAI B7 PRÄ |
| 4 = RIAI 2 POST | 10 = RIAI 11 POST | 16 = RIAI B7 POST |
| 5 = RIAI 6 PRÄ | 11 = RIAI B4 PRÄ | 17 = RIAI B8 PRÄ |
| 6 = RIAI 6 POST | 12 = RIAI B4 POST | 18 = RIAI B8 POST |

Abb 1A: Das RIAI der Behandlungsgruppe im Prä-Post-Design

Abb. 1B. Das RIAI der BG im Prä- Post Design



- | | |
|------------------|-------------------|
| 1 = RIAI 13 PRÄ | 7 = RIAI B1 PRÄ |
| 2 = RIAI 13 POST | 8 = RIAI B1 POST |
| 3 = RIAI 14 PRÄ | 9 = RIAI B2 Prä |
| 4 = RIAI 14 POST | 10 = RIAI B2 POST |
| 5 = RIAI 15 PRÄ | |
| 6 = RIAI 15 POST | |

Abb. 1B: Das RIAI der BG im Prä-Post-Design

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass gegenwärtige Probleme und gegenwärtiges Erleben nach der Therapie eine positivere Bewertung erfahren und lösbarer erscheinen, die Inkongruenzen haben sich verringert und gesunde Selbstkonzeptanteile sind stärker geworden. Die pathogene Gesamtbelastung sowie die leitsymptomatische Gesamtbelastung in der Gegenwart sind wesentlich verringert, während die Bewertung und Bedeutung der Vergangenheit sich nicht in bedeutsamen Maße geändert hat (keine Signifikanz auf den

entsprechenden Skalen. Auf der **Skala 8 des RIAI** (Die Bewertung von Kontrollverlust in der Vergangenheit) haben sich die Werte im Post Design signifikant erhöht. Das eigene frühere Verhalten wird bewusster wahrgenommen und kritisch bewertet. Kontrollverlust und überschießende Körpersymptome werden in bezug zur eigenen Vergangenheit nach der Therapie negativer bewertet als vorher. Die Vergangenheit wird realistischer betrachtet und nicht mehr idealisiert.

Es zeigen sich meist mittlere bis starke Effekte.

Tabelle 2: Ergebnisse des RIAI der Kontrollgruppe

	M 1	M 2	s	d	β	t-Wert	sign.
RIAI 1	0,96	0,31	1	0,6	0,36	2,69	0,014
RIAI 2	0,7	0,23	0,96	0,49	0,26	2,2	0,040
RIAI 5	0,86	0,26	0,73	0,85	0,51	3,6	0,002
RIAI 13	-1,6	-0,06	1,21	1,26	0,84	-5,62	0,000
RIAI 15	-0,9	-0,03	1,24	0,76	0,74	-3,38	0,003
RIAI B1	-1,1	0,1	1,08	1,12	0,73	-4,81	0,000
RIAI B2	-1,17	0,09	1	1,16	0,73	-5,21	0,000
RIAI B4	1,2	0,62	0,95	0,63	0,36	2,8	0,011

N = 20
 M 1 = Mittelwert (z -Wert) der Prä-Messung
 M 2 = Mittelwert (z -Wert) der Post-Messung
 s = Standardabweichung
 d = Effektstärke
 β = Teststärke

Die Ergebnisse des RIAI der Kontrollgruppe

Auch in der Kontrollgruppe ist die Inkongruenz zurückgegangen und das eigene Selbstkonzept ist positiver geworden, jedoch nur auf insgesamt 9 Skalen. Auf den Skalen RIAI 6, 7, 11, B5, B7, B8, die die Themen „negative Zukunftsperspektive, Kontrollverlust in der Gegenwart sowie Belastung durch Leitsymptome und Pathogene Gesamtbelastung“ erfragen, hat sich im Gegensatz zur Behandlungsgruppe keine bedeutsame Veränderung ergeben (siehe Tabelle 2 und Abbildung 2A und 2B).

RIAI 1: Intrapsychische Inkongruenz / RIAI 2: Sozialkommunikative Inkongruenz, Gegenwart / RIAI 5: Lebensereignisbedingte Inkongruenz / RIAI 13: Gesundes Selbstvertrauen / RIAI 15: Gesunde gegenwärtige Kongruenzerfahrungen / RIAI B1: Gesunde Selbstkonzeptanteile / RIAI B2: Gesunde Gesamterfahrungen / RIAI B4: Inkongruenzgesamtbelastung

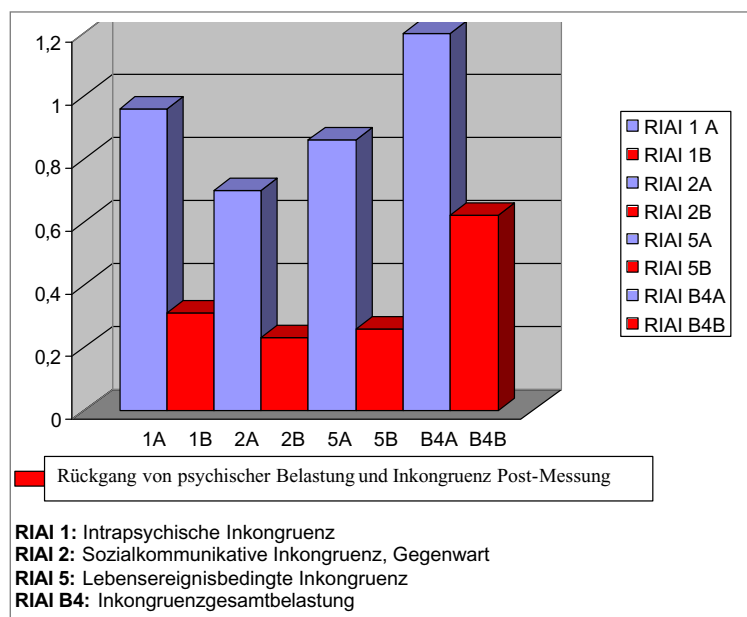


Abb. 2A: Das RIAI der Kontrollgruppe im Prä-Post-Design

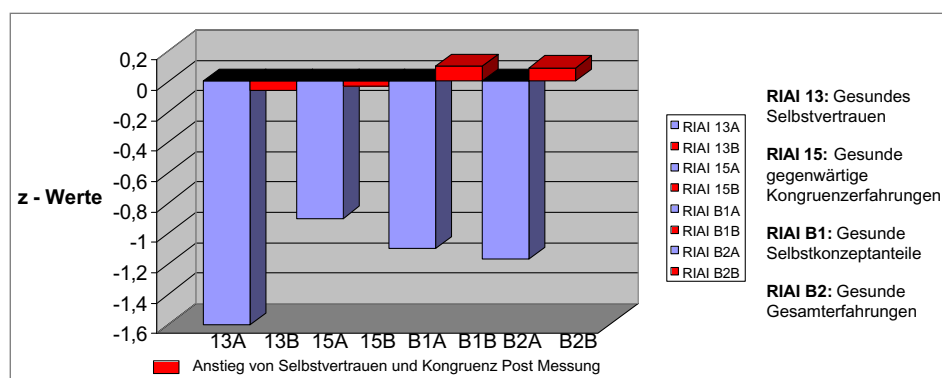


Abb. 2B: Das RIAI der Kontrollgruppe im Prä-Post-Design

Die Ergebnisse des RIAI A als Intergruppendesign zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe; die Ausgangswerte

Auf folgenden vier Skalen liegen bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen vor (siehe Tabelle 3):

- Auf **Skala 4 und 10** hat die Behandlungsgruppe höhere Werte, d.h. eine stärkere Symptombelastung als die Kontrollgruppe.
- Auf **Skala 13 und 15** weist die Behandlungsgruppe höhere Werte auf. Hier bedeuten hohe Werte Selbstvertrauen und Kongruenz.

Die Ergebnisse des RIAI B als Intergruppendesign zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe in der Post-Messung

Es liegen bedeutsame Unterschiede auf folgenden Skalen vor:

In der Kontrollgruppe ist die Symptombelastung auf diesen Skalen niedriger als in der Behandlungsgruppe (siehe Tabelle 4 und Abbildung 3).

Tabelle 3: Vergleich der Ausgangswerte des RIAI A von Behandlungs- und Kontrollgruppe:

	M 1	M 2	s	d	β	t - Wert	sign.
RIAI 4	0,62	0,01	1	0,62	0,63	2,31	0,024
RIAI 10	0,47	-0,28	1,1	0,69	0,74	2,41	0,019
RIAI 13	-0,8	-1,6	1,15	0,72	0,76	2,47	0,017
RIAI 15	-0,32	-0,9	0,9	0,64	0,66	2,18	0,033

N = 58
 M 1 = Mittelwert (z -Wert) der Behandlungsgruppe
 M 2 = Mittelwert (z -Wert) der Kontrollgruppe
 s = Standardabweichung
 d = Effektstärke
 β = Teststärke

RIAI 4: Dispositionelle Inkongruenzquellen / **RIAI 10:** Einschränkungen des Denkens, Fühlens und Handelns in der Vergangenheit / **RIAI 13:** Gesundes Selbstvertrauen / **RIAI 15:** Gegenwärtige Kongruenzerfahrungen

Tabelle 4: Vergleich der Werte des RIAI B im Post-Design zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe

	M 1	M 2	s	d	β	t - Wert	sign.
RIAI 3	0,77	0,12	1	0,68	0,74	2,44	0,018
RIAI 10	0,75	0,03	1,2	0,6	0,61	2,19	0,032
RIAI B3	0,59	0,09	0,85	0,56	0,56	2,05	0,045
RIAI B6	0,92	0,08	1,4	0,93	0,92	2,25	0,028

N = 58
 M 1 = Mittelwert (z -Wert) der Behandlungsgruppe
 M 2 = Mittelwert (z -Wert) der Kontrollgruppe
 s = Standardabweichung
 d = Effektstärke
 β = Teststärke

RIAI 3: Sozialkommunikative Inkongruenz in der Vergangenheit / **RIAI 10:** Einschränkungen des Denkens, Fühlens und Handelns in der Vergangenheit / **RIAI B3:** Sozialkommunikative Inkongruenz insgesamt / **RIAI B6:** Pathogene Gesamtbelastung, Vergangenheit

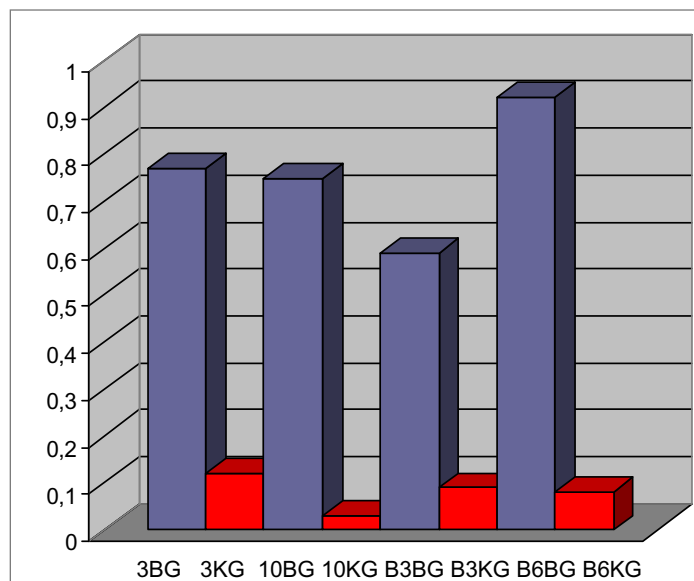


Abb. 3: Post-Messung des RIAI B: Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Vergleich

Die Ergebnisse der SCL 90R

1. Intragruppenvergleich Behandlungsgruppe

Der GSI-Wert (Globaler Symptomindex, änderungssensitiv bei mindestens vier T-Punkten) ist bedeutsam zurückgegangen (vgl. Tabelle 5).

2. Intragruppenvergleich Kontrollgruppe

Der GSI-Wert ist ebenfalls bedeutsam zurückgegangen (vgl. Tabelle 6).

3. Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Experimentalgruppe im Post-Design

Vgl. Tabelle 7.

4. Die Ausgangswerte waren bei beiden Gruppen annähernd gleich

Vgl. Tabelle 8.

Die Ergebnisse des VEV

1. Beide Gruppen zeigen positive Veränderungen im Erleben und Verhalten.
2. Es sind bedeutsame Veränderungen im Intergruppenvergleich zwischen Experimentalgruppe und Kontrollgruppe vorhanden. In der Behandlungsgruppe sind die positiven Veränderungen stärker.

Diskussion der Ergebnisse

1. Die Behandlungsgruppe (BG)

Bei der BG zeigt sich bei allen Messinstrumenten eine deutliche Verbesserung der Werte nach der Intervention im Vergleich zu vorher:

- Rückgang der Symptombelastung (SCL-90-R)
- Inkongruenzverringering auf 10 Skalen des RIAI
- Anstieg von Selbstwertgefühl und salutogenen Ressourcen auf 5 Skalen des RIAI
- Beim RIAI hat sich lediglich die Bewertung und der Bezug zur eigenen Vergangenheit nicht verändert. Sie ist auf einigen Skalen im Intergruppenvergleich der Postmessung sogar negativer als in der Kontrollgruppe, die eine eher positive und

Tabelle 5: Die Ergebnisse der SCL 90R der Behandlungsgruppe im Prä-Post-Design

	M 1	M 2	s	d	β	t- Wert	sign.
GSI	60,47	51,8	11,25	0,78	0,75	4,62	0,001

N = 38

M 1 = Mittelwert (t -Wert) der Prä-Messung

M 2 = Mittelwert (t -Wert) der Post-Messung

s = Standardabweichung

d = Effektstärke

β = Teststärke

Tabelle 6: Die Ergebnisse der SCL 90R der Kontrollgruppe (N=20) im Prä-Post-Design

	M 1	M 2	s	d	β	t- Wert	sign.
GSI	63,3	53,85	14,6	0,6	0,36	2,89	0,009

Tabelle 7: Die Ergebnisse zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Post-Design

	M 1	M 2	s	t-Wert	sign.
SCL	51,8	53,8	12	-0,62	0,538

N = 58

Tabelle 8: Die Ergebnisse zwischen Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Post-Design

	M 1	M 2	s	d	β	t-Wert	sign.
VEV	229,5	195,9	37	0,9	0,93	3,4	0,001

N = 58

unkritische Bewertung der eigenen Vergangenheit hat. Dieser Effekt in der BG könnte als positiver Therapieeffekt gesehen werden, da durch die Bearbeitung der Inkongruenzen die Schwere und das Leid der eigenen Vergangenheit bewusst werden.

- Die Klienten der BG können ihre aktuellen Probleme besser lösen, haben weniger Probleme in der sozialen Interaktion und Kommunikation und leiden weniger unter Unverträglichkeiten und Spannungen, die sofern sie vorhanden sind, eher akzeptiert werden können. Zukunftsperspektiven sind angenehmer, das Handeln ist kontrollierbarer und Komorbiditäten sind zurückgegangen. Selbstvertrauen und Selbstkonzept haben sich positiv verändert. Die Effektstärken zeigen mittlere bis starke Ausmaße der positiven Veränderung an.

- Bestätigt werden diese Ergebnisse durch den VEV, der Veränderungen im therapeutischen Prozess erfasst, die mit den Triasvariablen der Gesprächspsychotherapie in enger Verbindung stehen. Hier zeigt die BG eine deutlich positivere Bewertung von eigenen Ressourcen und Veränderungen nach der Intervention im Vergleich zu vorher. Diese Veränderungen im VEV sind mit einem Effekt von 0,9 in der BG wesentlich stärker als in der Kontrollgruppe.

2. Die Kontrollgruppe (KG)

- Auch die Kontrollgruppe weist in der zweiten Erhebung eine geringere Symptombelastung im SCL 90R auf, der einen allgemeinen globalen Wert darstellt.
- Im RIAI zeigt sich jedoch, das die Symptome nicht im gleichen Maße

wie in der BG zurückgegangen sind. Es gibt auf 8 Skalen positive Effekte, die das Selbstkonzept, die sozial-kommunikative Inkongruenz sowie die Inkongruenzgesamtbelastung betreffen. Diese Effekte können u.a. auf die qualifizierte Entgiftung mit psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Elementen zurückgeführt werden.

- Keine Veränderung zeigt sich bei der weiterhin negativen Zukunftssicht, dem Kontrollverlust in der Gegenwart und auch die Komorbiditäten (Leitsymptome und pathogene Gesamtbelastung) haben sich nicht verändert. Die Zukunft erfährt eine weiterhin pessimistische Bewertung und die Patienten haben das Gefühl von überschießenden seelischen und körperlichen Reaktionen und Angst die Kontrolle zu verlieren.
- Im VEV zeigen sich positive Veränderungen, die schwächer sind als in der BG.

3. Vergleich von Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Post Design

- Im SCL 90R zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen BG und KG, wobei die Ausgangswerte beider Gruppen im Prä – Design annähernd gleich waren.
- Ähnliche Ergebnisse zeigt das RIAI: Auf 4 Skalen sind die positiven Veränderungen in der KG stärker als in der BG. Dies betrifft die sozialkommunikative Inkongruenz und den Bezug zur eigenen Vergangenheit.
- In dem VEV zeigt die BG mit einem Effekt von 0,9 eine stärkere positive Veränderung als die Kontrollgruppe.

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Deutliche Verbesserungen zeigt die BG im Intragruppenvergleich des Post Designs bei allen verwandten Testverfahren mit mittleren bis starken Effekten.

Die Ergebnisse im Intergruppen Post Design entsprechen auf den ersten Blick nicht den vorangestellten Hypothesen. Es gibt keine bedeutsamen Unterschiede

zwischen KG und BG im GSI Wert der SCL 90R, der jedoch nur einen sehr allgemeinen und globalen Wert darstellt, und in dem RIAI schneidet die KG auf 4 von 25 Skalen sogar besser ab als die BG.

Erklärungsmöglichkeiten:

1. Die Chronifizierungsdauer der Alkoholkrankheit der KG, die mit einem Durchschnittswert von 5,4 Jahren deutlich unter der der BG mit 12,3 Jahren liegt.
2. Das *Treatment* der KG (soziotherapeutische und psychotherapeutische Maßnahmen der qualifizierten Entgiftung).
3. Die *Vergangenheit* wird bei den Patienten der Kontrollgruppe noch sehr positiv gesehen, die Inkongruenzen sind nicht bewusst; daher die besseren Werte auf den entsprechenden Skalen.
4. Die *eingeschränkten Validität* der Daten der KG. Die KG, die ursprünglich 40 Probanden umfasste, reduzierte sich auf 20 Probanden in der zweiten Erhebung. Es schickten nur die Patienten die Bögen zurück, die stabil und abstinent geblieben waren. Belege liegen in Form von Aussagen und Anschreiben der Patienten vor, die nach nochmaliger Aufforderung nur die leeren Bögen zurückschickten. Außerdem waren andere Patienten unbekannt verzogen und nicht mehr erreichbar. Bei dieser Stichprobe handelt es sich um eine Stichprobe innerhalb der Stichprobe, um einen Selektionseffekt im Post Design.
5. Ferner kann *das Warten und die Aussicht auf einen Therapieplatz* (fast alle Patienten hatten angegeben sich einer weiteren Behandlung unterziehen zu wollen) eine positive Wirkung erzielen.
6. Die Ergebnisse des VEV belegen die eindeutig positiveren Ergebnisse der BG in Richtung Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung.

Die klientenzentrierte gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen kann insgesamt als erfolgreich bewertet werden. Auf allen wesentlichen Skalen des RIAI

hat sich die Behandlungsgruppe mit einem guten Wirkeffekt verbessert, und die Ergebnisse des VEV, der spezifisch gesprächspsychotherapeutische Inhalte misst, zeigen eine bedeutsame Verbesserung der BG gegenüber der KG. Es wird deutlich, wie wichtig und nötig eine differenzierte Therapieevaluation zur Sicherung der Qualitätskontrolle in der Psychotherapie mit mehreren Messinstrumenten ist, da *einzelne Werte* nur sehr wenig aussagen. Die Intervention genügt ferner auch dem Effizienzkriterium, da sie nur 15–20 Sitzungen benötigt.

In nachfolgenden Untersuchungen ist in Katamnesen zu überprüfen ob die Therapie sich längerfristig bewährt und erfolgreich ist.

Literaturverzeichnis

- Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4. Auflage). Berlin: Springer
- Ends, E. u. Page, C. (1959). Group Psychotherapy And Concomitant Psychological Change. *Whole*, 480,1-31.
- Jacobs, S., Luderer, J., Speierer, G.-W. u. Tasseit, S. (1998). Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert / gesprächspsychotherapeutisch orientiert. Köln: GwG Verlag.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework. In: S. Koch (ed.). *Psychology, a study of science*. Vol. 3, 184-256. New York: Mc Graw Hill. (Dt. Übersetzung: Schriftenreihe der GwG 1987).
- Sachse, R. (1996). Praxis der zielorientierten Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Speierer, G.-W. (1994). Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1994). Neue Forschungsergebnisse zum Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) und zur Gesprächspsychotherapie bei Personen mit Alkoholabhängigkeit. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 4, 237-240.

Anschrift der Autoren:

Dr. Stefan Jacobs, Michaela Bangert
 Institut für Psychologie
 Universität Göttingen
 Gosslerstraße 14
 37073 Göttingen
 e-Mail: sjacobs@uni-goettingen.de

Für viele Anregungen und fachlich fundierte Kommentare danke ich Herrn Dipl.Soz. Siegfried Tasseit.