

Stefan Jacobs und Michaela Bangert

Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus

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.). Zur Verlaufskontrolle des Therapeutischen Prozesses wurden die Prozesskala (Speierer), die Selbstexploration- und Experiencingsskala (Bommert), sowie ein Klientenerfahrungsbogen eingesetzt.

Ergebnisse

Die Behandlungsgruppe (BG) zeigte im Intragruppenvergleich (prä-post) in allen Testverfahren, inklusive der Verlaufskontrolle des therapeutischen Prozesses, deutliche Verbesserungen mit mittleren bis starken Effekten, sowie kontrollierte Abstinenz bei Therapieende. Im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) waren die Ergebnisse des VEV in der BG deutlich besser. Hingegen ergaben keine Unterschiede im SCL 90 R und sogar bessere Werte in vier Subskalen des RIAI bei der KG. Dieses zunächst unerwartete positive Abschneiden der KG bei diesen Instrumenten 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 abstinent 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 Degoratis) and the Questionnaire of Alternation in experience and behavior, VEV (by Zielke et al.). Also the therapeutic process was evaluated to confirm the test results.

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 inclusive the results of the therapeutic process with controlled abstinence at the end of the treatment. In comparison to the control group (CG) the TG obtained distinctly better results in the VEV. However there were no differences measured by the SCL 90R questionnaire. Furthermore the CG revealed better scores on 4 subscales of RIAI. These unexpected positive results of the CG 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 direkteres 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. Die Konsequenz daraus ist eine störungsbezogene Intervention. 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. Dies beinhaltete ein Motivationstraining nach dem Konzept der Anonymen Alkoholiker sowie medizinisch-psychologische Informationen und unterstützende Gruppengespräche durch angeleitetes Klinikpersonal. Die Kontrollgruppe erhielt nur das normale Treatment. Methodisch wurde ein Präpost 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 vorgestellte Evaluation liegt das von Jacobs, Luderer, Speierer und Tasseit (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 neun Bereichsskalen

die Inkongruenzquellen bezogen auf Gegenwart und Vergangenheit, Leitsymptome der Achse 1 (DSM IV) und gesunde Ressourcen des Selbst.

Er liegt in zwei Formen (A, B) vor und wird zur Therapiekontrolle als Prä-Post-Messung durchgeführt.

Zur Qualitätssicherung und zum Erfassen 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. Dies ist ein Test zur quantitativen Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten, der speziell für Verlaufsuntersuchungen in der Psychotherapie konzipiert wurde. Zur Beurteilung des Therapeutischen Prozesses im Intragruppenvergleich wurden die Prozesskala (Rogers 1959a, modifiziert nach Speierer 1994), die Selbstexplorationsskala und die Experiencingsskala (Gendlin 1957, Bommert 1978) sowie der Klientenerfahrungsfragebogen (KEB, Eckert 1974) evaluiert.

Stichprobe

Die Behandlungsgruppe umfasst 38 Patienten mit Alkoholkrankheit und weiteren Komorbiditäten, zehn 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 (drei 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. acht bis zehn 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. Sie waren auch trotz weiterer Anforderungen 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 = Merkmalsskalen; 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

5. Veränderungen im therapeutischen Prozess: System Klient-Therapeut

Messinstrumente: Prozessskala, KEB, Selbstexplorationsskala, Experiencingsskala

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.

	Prä		Post
mit Behandlung	EG N = 40	>	EG N = 40
	=		^
ohne Behandlung	KG N = 40	=	KG N = 20

Abb. 1: Design

Design

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

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.

PH 5.1: Intragruppenvergleich (Prozesskala, Speierer 1994)

Während des therapeutischen Prozesses (Therapie: Beginn – Mitte – Ende), erhoben in einer drei Punkte Messung, soll sich die psychische Gesundheit der Behandlungsgruppe im Sinne des Konzepts der Fully Functioning Person (FFP), (Rogers 1959a, modifiziert nach Speierer 1994) verbessern.

PH 5.2: Intragruppenvergleich (KEB, Eckert 1974)

Analyse des Therapeutischen Prozesses

Die Bewertung der einzelnen Therapiestunden soll sich über die drei Messzeitpunkte verbessern.

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 zwölf 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).
7. Die Evaluation des Therapeutischen Prozesses im Intragruppenvergleich bestätigt die Ergebnisse der Prä-Post-Messung. Ein Anstieg der Werte ist auf den verwandten Messinstrumenten über die drei Messzeitpunkte zu erkennen.

Zur Analyse wird ein Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ angenommen.

2. Differenzierte und deskriptive Darstellung der Testergebnisse

■ Die Ergebnisse des RIAI im Intragruppenvergleich der Behandlungsgruppe

Tabelle 1 zeigt einen deutlichen Rückgang der Symptombelastung sowie Inkongruenzverringering bzw. Anstieg von Selbstvertrauen, Inkongruenz (-toleranz) und Inkongruenzbewältigungsstrategien.

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 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

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

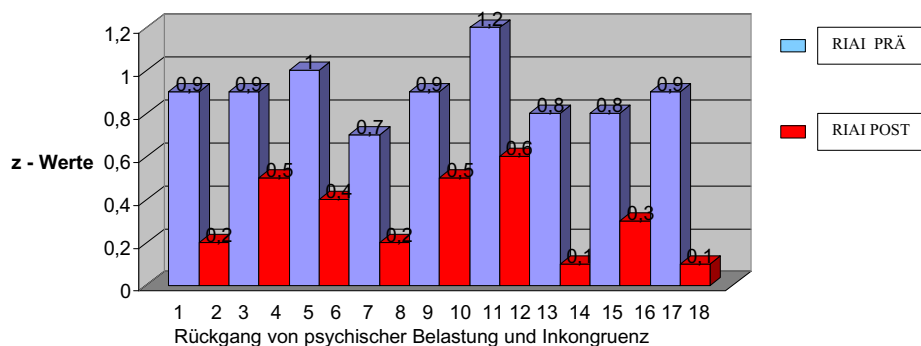
RIAI B2: Gesunde Gesamterfahrungen

RIAI B4: Inkongruenzgesamtbelastung

RIAI B5: Pathogene Gesamtbelastung Gegenwart

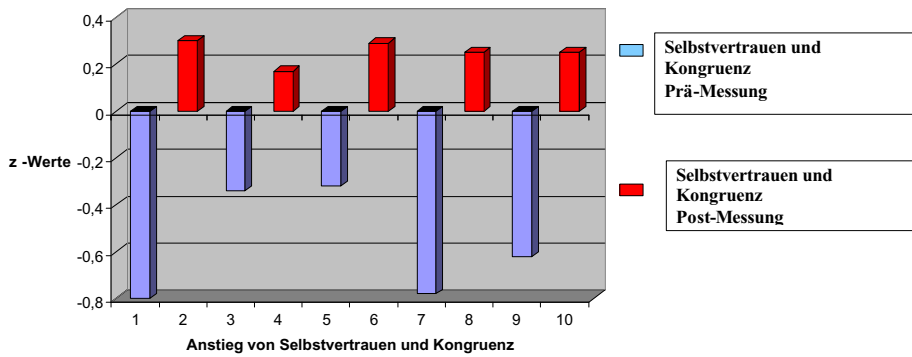
RIAI B7: Pathogene Gesamtbelastung insg. (Vergangenheit und Gegenwart)

RIAI B8: Leitsymptomatische Gesamtbelastung (Gegenwart)



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

Abb. 2A: Das RIAI der Behandlungsgruppe im Prä-Post-Design – Rückgang von psychischer Belastung und Inkongruenz



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

Abb. 2B: Das RIAI der Behandlungsgruppe im Prä-Post-Design – Anstieg von Selbstvertrauen und Kongruenz

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

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

■ Die Ergebnisse des RIAI der Kontrollgruppe

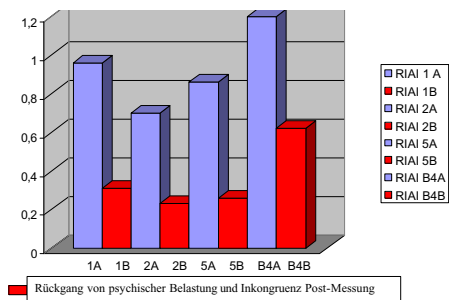
Auch in der Kontrollgruppe ist die Inkongruenz zurückgegangen und das eigene Selbstkonzept ist positiver geworden, jedoch nur auf insgesamt neun Skalen. Auf den Skalen RIAI 6, 7, 11, B5, B7, B8, die die Themen „negative Zukunftsperspektive, Kontrollverlust in der Gegenwart sowie Belastung durch Leitsymptome und Pathogene Gesamtbelastung“ erfragen, hat sich im Gegensatz zur Behandlungsgruppe keine bedeutsame Veränderung ergeben (vgl. Tabelle 2, Abb. 3A und Abb. 3B).

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

Auf den vier Skalen in Tabelle 3 liegen bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Gruppen vor. 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.

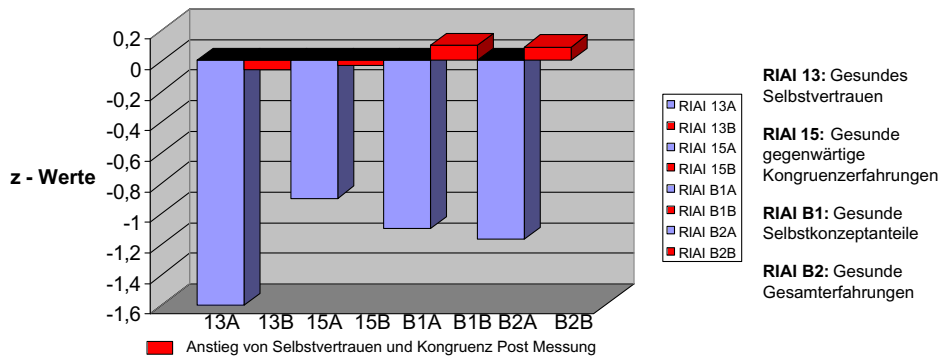
■ Die Ergebnisse des RIAI B als Intergruppendesign zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe in der Post-Messung

Es liegen bedeutsame Unterschiede vor wie in Tabelle 4 und Abbildung 4 dargestellt. In der Kontrollgruppe ist die Symptombelastung auf diesen Skalen niedriger als in der Behandlungsgruppe.



RIAI 1: Intrapyschische Inkongruenz
 RIAI 2: Sozialkommunikative Inkongruenz, Gegenwart
 RIAI 5: Lebensereignisbedingte Inkongruenz
 RIAI B4: Inkongruenzgesamtbelastung

Abb. 3A: Das RIAI der Kontrollgruppe im Prä-Post-Design – Rückgang von Belastung und Inkongruenz



RIAI 13: Gesundes Selbstvertrauen
 RIAI 15: Gesunde gegenwärtige Kongruenzerfahrungen
 RIAI B1: Gesunde Selbstkonzeptanteile
 RIAI B2: Gesunde Gesamterfahrungen

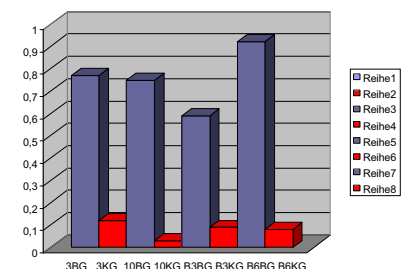
Abb. 3B: Das RIAI der Kontrollgruppe im Prä-Post-Design – Anstieg von Selbstvertrauen und Kongruenz

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



RIAI 3 = Sozialkommunikative Inkongruenz, Vergangenheit
 RIAI 10 = Einschränkungen des Denkens, Fühlens in der Vergangenheit
 RIAI B3 = Sozialkommunikative Inkongruenz insgesamt
 RIAI B6 = Pathogene Gesamtbelastung, Vergangenheit

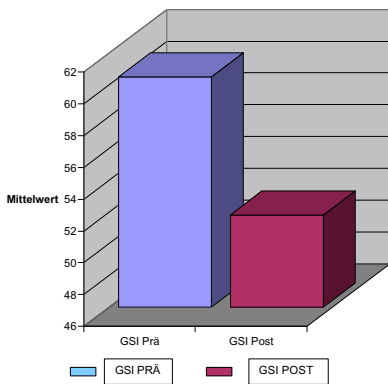
Abb. 4: Postmessung des RIAI B – Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Vergleich

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



In der Post-Messung ist die Symptombelastung deutlich reduziert.

Abb. 5: Behandlungsgruppe SCL 90R, GSI-Wert im Prä Post Vergleich

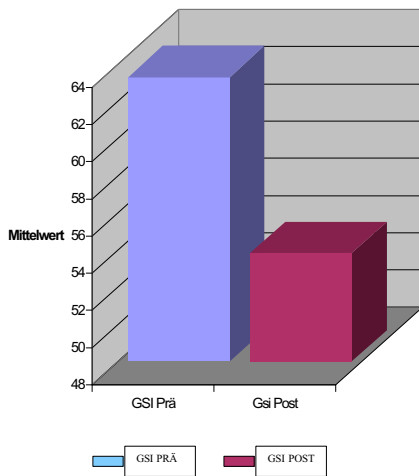


Abb. 6: Kontrollgruppe SCL 90R, GSI-Wert im Prä-Post-Vergleich

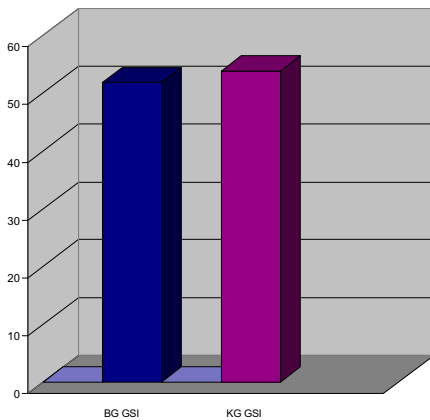


Abb. 7: Vergleich zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe im Post-Design, SCL 90R, GSI-Wert

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 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

N = 20

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

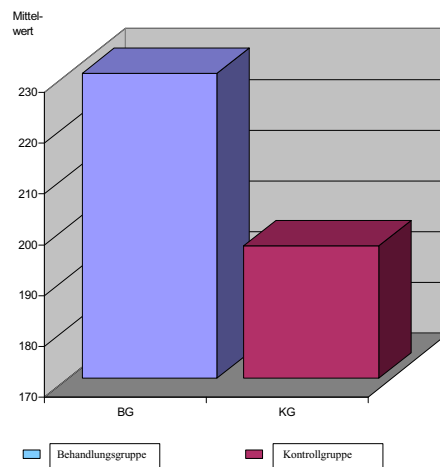


Abb. 8: Post-Messung VEV Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe im Vergleich

■ 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 und Abbildung 5).
2. Intragruppenvergleich Kontrollgruppe: Der GSI-Wert ist ebenfalls bedeutsam zurückgegangen (vgl. Tabelle 6 und Abbildung 6).
3. Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Experimentalgruppe im Post-Design (vgl. Tabelle 7 und Abbildung 7)
4. Die Ausgangswerte waren bei beiden Gruppen annähernd gleich.

Tabelle 9: Die Ergebnisse der Prozessskala

Messzeitpunkte: 1 2 3	M 1	M 2	s	d	t-Wert	sign.
Gefühle 1 2	2,6	3,7	1	1	-6,06	0,000
Gefühle 2 3	3,7	4,93	1,2	1	-5,94	0,000
Gefühle 1 3	2,6	4,93	1,2	1,9	-9,1	0,000
Erf.Geg.1 2	2	3,6	1,2	1,2	-5,5	0,000
Erf.Geg.1 3	2	4,73	1,15	2,2	-11	0,000
Erf.Geg.2 3	3,5	4,73	1,3	0,86	-4,6	0,000
Ink.1 2	2,6	3,87	1,1	1	-5,7	0,000
Ink. 1 3	2,6	5,2	1,2	2,2	-9,7	0,000
Ink. 2 3	3,9	5,2	1,2	1	-6,9	0,000
Komm 1 2	2,48	2,5	2,5	0,03	-0,021	Nein
Komm 1 3	2,48	4,2	2,7	0,64	-2,9	0,006
Komm 2 3	2,5	4,2	1,7	1	-5,2	0,000
Erfkonstrukte 1 2	2	3,34	1,1	1,2	-6,9	0,000
Erfkonstrukte 1 3	2	4,7	1,2	2,1	-10,6	0,000
Erfkonstrukte 2 3	3,34	4,7	1,2	1,1	-6,7	0,000
Bez.Probleme 1 2	2,48	3,3	1	0,8	-3,9	0,002
Bez.Probleme 1 3	2,48	4,75	1,3	1,8	-8,7	0,000
Bez.Probleme 2 3	3,3	4,75	0,75	1,9	-5,0	0,000
Bez.Personen 1 2	1,8	2,8	1,3	0,8	-3,3	0,000
Bez.Personen 1 3	1,8	4,12	1,5	1,5	-6,4	0,000
Bez.Personen 2 3	2,8	4,12	1,7	0,8	-4,3	0,000

N = 36

Tabelle 10: Die Ergebnisse der Selbstexplorationsskala

Messzeitpunkte: 1 2 3	M 1	M 2	s	d	t-Wert	sign.
Sebstexpl. 1 2	5	6,2	1,2	0,96	-5,7	0,000
Selbstexpl.1 3	5	7,2	1,3	1,67	-8,9	0,000
Selbstexpl. 2 3	6,2	7,2	1,2	0,85	-5,9	0,000

N = 36

Tabelle 11: Die Ergebnisse der Experiencing Skala

Messzeitpunkte: 1 2 3	M 1	M 2	s	d	t-Wert	sign.
Exp. 1 2	3,65	4,5	0,98	0,85	-5,2	0,000
Exp. 1 3	3,65	5,6	0,9	2,1	-12,4	0,000
Exp. 2 3	4,5	5,6	1	1	-7,3	0,000

N = 36

■ 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 (vgl. Tabelle 8 und Abbildung 8).

■ Die Ergebnisse des Therapeutischen Prozesses

1. Die Prozessskala: In den von Rogers formulierten sieben seelischen Funktionsbereichen der „fully functioning person“ ist in jedem Bereich über die drei Messzeitpunkte hinweg ein bedeutsamer Anstieg der Werte mit mittleren bis guten Effekten um mindestens zwei Stufen zu erkennen (vgl. Tabelle 9).
2. Die Selbstexplorations- und Experiencingsskala: Ein signifikanter Anstieg ist auf beiden Skalen über die drei Messzeitpunkte hinweg zu sehen (vgl. Tabelle 10 und 11).
3. Der Klientenerfahrungsbogen: Ein bedeutsamer Anstieg in der Bewertung von Therapieerfolg und positiver Veränderung ist feststellbar (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Die Ergebnisse des KEB

Messzeitpunkte 1 2 3	M 1	M 2	s	d	t-Wert	sign.
KEB 1 2	87,54	93,25	11,56	0,49	-2,75	0,01
KEB 1 3	87,54	96,07	11,81	0,72	-4,22	0,01
KEB 2 3	93,25	96,07	10,29		-1,63	nein 0,1

N = 31

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)
- Inkongruenzverringern auf zehn Skalen des RIAI
- Anstieg von Selbstwertgefühl und salutogenen Ressourcen auf fünf 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 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.

- Die in einer drei Punkte Messung erhobenen Prozessdaten zeigen mit mittleren bis starken Effekten ebenfalls positive Veränderungen auf. Die Patienten haben einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen und erkennen ihre Probleme. Ihre Beziehungen sind stabiler und die Reflektionsfähigkeit ist sowohl rational wie auch emotional angestiegen. Die Intervention wird als positiv und erfolgreich bewertet, das subjektive und objektive Wohlbefinden ist angestiegen und die Entwicklung hin zur „fully functioning person“ mit vollkommener seelischer Gesundheit (Höchstwert Stufe 7) hat sich von der Stufe der Stufe 1 bis maximal zur Stufe 5 verändert. Die Ergebnisse belegen eine kontinuierliche Verbesserung und unterstützen die in der Prä-Post-Erhebung dargestellten Erfolge.

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, dass die Symptome nicht im gleichen Maße wie in der BG zurückgegangen sind. Es gibt auf acht 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. 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 vier 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. Außerdem ist im Gegensatz zur Kontrollgruppe eine *kontrollierte Abstinenz* vorhanden.

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 vier 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.
7. Die Daten des zusätzlich evaluierten *therapeutischen Prozesses* unterstützen die positiven therapeutischen Veränderungen der Behandlungsgruppe.

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. Die Prozessdaten belegen die kontinuierlichen, positiven Wirkungen der Intervention und die Klientenzufriedenheit mit der durchgeführten Maßnahme. Verifiziert werden die Ergebnisse ferner durch medizinisch, harte Daten, die Laborwerte der kontrollierten Abstinenz.

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.
- Bommert, H. & Dahlhof, H.-D. (1978): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. München: Urban und Schwarzenberg.
- Eckert, J. (1974): Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und psychotherapeut im Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg. Unveröff. Diss. Universität Hamburg.
- Ends, E. & Page, C. (1959): Group Psychotherapy And Concomitant Psychological Change. *Whole*, 480, 1–31.
- Jacobs, S., Luderer, J., Speierer, G.-W. & Tasseit, S. (1998): Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychologisch orientiert. Köln: GwG Verlag.
- Rogers, C.R. (1959): „A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centred framework“. in: Koch, S. (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“, in: Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung, 4, S. 237–240.

Anschrift des Autors:

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