

**Martina Rapp**

**Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der stationären  
Alkoholentwöhnungsbehandlung \***

Abstract:

Die Studie beinhaltet eine Wirksamkeitsüberprüfung der Gesprächspsychotherapie in der Behandlung alkoholkranker Patienten. Ausgehend vom differenziellen Inkongruenzmodell von Speierer wurden methoden- und störungsspezifisch formulierte Hypothesen überprüft. Die Prüfung der Hypothesen erfolgte in einem prä-post Kontrollgruppendesign mit katamnestischer Befragung. Es wurde die Abnahme von Inkongruenz im Sinne einer Verringerung der Belastung durch Inkongruenzquellen sowie eine Verringerung der Inkongruenzsymptome untersucht, die Zunahme von kongruenten Erfahrungen als auch eine Zunahme von Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung. Die Abnahme von Insuffizienzerleben, Komorbiditätssymptomen und Trinkmenge als störungsspezifische Variable in Bezug auf die Alkoholabhängigkeitserkrankung wurde erfasst. Nach einem Katamnesezeitraum von 4-6 Monaten wurden Abstinenz bzw. Trinkmenge, Rückfallverringerng und Behandlungseffekte überprüft. Der Behandlungs- bzw. Beobachtungszeitraum betrug ebenfalls 4-6 Monate. Von den N=32 teilnehmenden Patienten konnten die Therapie- und Katamneseverläufe von N=23 Patienten zu allen drei Zeitpunkten erhoben werden. Diese wurden mit einer Kontrollgruppe von N=29 Alkoholpatienten aus drei Einrichtungen nach § 67 SGB XII verglichen, die sich keiner geschäftspsychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Von diesen konnten N=24 Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg befragt werden. Als Untersuchungsinstrumente wurden das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar von Speierer (RIAI) und die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) eingesetzt, sowie ein Rückfallfragebogen zur Überprüfung des Trinkverhaltens. Die Ergebnisse der Studie belegen die Wirksamkeit der geschäftspsychotherapeutischen Behandlung: Eine Abnahme der Inkongruenz, Zunahme der Kongruenz, die Abnahme des Insuffizienzerlebens sowie der psychopathologischen und leitsymptomatischen Gesamtbelastung in der Behandlungsgruppe, nicht

aber bei den Patienten der Kontrollgruppe. Die Gesprächspsychotherapiepatienten zeigten außerdem über das Behandlungsende hinaus eine längerfristige Verringerung des Alkoholkonsums.

Stichwörter: Alkoholismus, Wirksamkeitsuntersuchung, Inkongruenz

\* Die Arbeit stellt wesentliche Teile der Dissertationsschrift der Autorin dar, die der Fakultät Humanwissenschaften der Universität Osnabrück vorgelegt wurde

The study shows the efficiency of client centered psychotherapy in the treatment of patients with the diagnosis of alcoholism. On the basis of the Differential Incongruence Model (DIM) of client centered psychotherapy by Speierer specific methodological and disorder-specific hypotheses were tested by a prä-post control-group-design with a katamnestic inquiry. The decrease of incongruence operationalised by reduction of suffering caused by different sources of incongruence, and the decrease of symptoms of incongruence, the increase of congruent experiences, the increase of self sufficiency, ability to tolerate incongruences and the ability to deal with incongruences were investigated as well as the decrease of feelings of insufficiency, symptoms of psychiatric comorbidity and the extent of drinking alcohol. After a 4-6 months katamnestic period, abstinence or extent of drinking, reduction of relapse and effects of the treatment were investigated once more. The period of treatment of the patients and the time between the testing of the patients of the control-group also was 4-6 months. From N=32 alcoholics under the condition of client-centered treatment in the beginning of the study, there were N=23 patients left with complete data of therapy and katamnestic information of the three times of interrogation. The results were compared with those of a control-group of N=29 alcoholics. The control group consisted of patients not-treated psychotherapeutically, living in three institutions according to § 67 SGB XII (German law). From the control-group N=24 patients could be interviewed over the whole period of 4-6 months. Instruments of investigation were the Regensburg Inkongruence Analysis Inventory (RIAI) (Speierer 1997, 2005a), the Symptom-Checklist of Derogatis (SCL-90-R) (Franke 2002), and a questionnaire asking about relapses and modus of drinking during the 4-6 months. The results of the study show the efficiency of client-centered treatment: A decrease of incongruence, an increase of congruence, a decrease of insufficiency feelings, and also a decrease of psychopathological and symptomatological suffering in the treatment group but not in the control group. The former also showed a reduction of drinking or a higher rate of abstinence after treatment and during the katamnestic period.

keywords:

alcoholism, efficiency of therapy, incongruence

## **1. Einführung**

In der Gesprächspsychotherapie wird die Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom als Inkongruenzbehandlung verstanden. Gesprächspsychotherapeutische Erfolgskriterien wie die Inkongruenzverringerng, Zunahme von Kongruenz und verbesserte Inkongruenzbewältigungsstrategien wurden in der gesprächspsychotherapeutischen Forschung zur Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms in jüngster Zeit von Jacobs & Bangert (2003) und Speierer (2005a) untersucht. Die vorliegende Studie wurde aus der Praxis der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten entwickelt, die mit Patienten einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen wurden. Zur Erhebung der methodenspezifischen Merkmale der Gesprächspsychotherapie wurde das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) eingesetzt (Speierer, 1997a, 2005b). Die Arbeit hat die Überprüfung störungsspezifischer und behandlungsspezifischer Erfolgskriterien der Gesprächspsychotherapie in der psychotherapeutischen Behandlung von alkoholabhängigen Patienten zum Inhalt.

## **2. Methodik**

### **2.1 Design**

Die Prüfung der Hypothesen konnte in einem prä-post Kontrollgruppendesign mit katamnestischer Befragung mit einem Behandlungs- bzw. Beobachtungszeitraum von 4-6 Monaten und einem ebenso langen Katamnesezeitraum erfolgen. Das Studiendesign ist in Abb. 1 dargestellt.

**Abb. 1**

<b>1) Vergleich von Behandlungs- und Kontrollgruppe in den Skalen RIAI/SCL-90-R</b>			
Behandlungsgruppe N=23/22	t1	Kontrollgruppe N=24/21	
4-6 Monate Therapie		4-6 Monate Wartezeit	
Behandlungsgruppe N=23/22	t2	Kontrollgruppe N=24/21	
<b>2) Vergleich von Behandlungs- und Kontrollgruppe Rückfälligkeit/ Abstinenz</b>			
Behandlungsgruppe N=29	t2   t1	Kontrollgruppe N=24	
4-6 Monate Therapie		4-6 Monate Wartezeit	
Behandlungsgruppe N=29 t3	t3   t2	Kontrollgruppe N=24 t2	
<b>3) Stabilität der Behandlungseffekte</b>			
Behandlungsgruppe N=23/22	t2		
4-6 Monate Katamnesezeitraum			
Behandlungsgruppe N=23/22	t3		

## 2.2 Hypothesen

1. die Abnahme von Inkongruenz

*Hypothese 1:*

1.1 Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Belastung durch Inkongruenzquellen (H 1.1).

1.2 Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der erlebten Inkongruenzsymptome (H 1.2).

2. die Zunahme von Kongruenz

*Hypothese 2:*

*2.1 Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Zunahme von kongruenten (selbstverträglichen) Erfahrungen (H 2.1).*

*2.2 Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Zunahme von Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung (H 2.2).*

3. die Abnahme von Insuffizienzerleben

*Hypothese 3:*

*3. Die Gesprächspsychotherapie wirkt vorzugsweise bei alkoholabhängigen Patienten mit Insuffizienzerleben und bewirkt eine Verringerung desselben.*

4. die Verringerung von Symptomen zusätzlich vorhandener psychischer Störungen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 1)

*Hypothese 4:*

*4. Die Gesprächspsychotherapie erzielt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der zusätzlich erlebten Belastung durch Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I*

5. die Verringerung von zusätzlich vorhandenen psychiatrischen Krankheitssymptomen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 2)

*Hypothese 5:*

*5. Die Gesprächspsychotherapie erzielt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der zusätzlich erlebten Belastung durch multiple psychiatrische Krankheitssymptome*

6. Abstinenz, eine verringerte Trinkmenge, Rückfallverringering bei Therapieende und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges über die Therapie hinaus

*Hypothese 6:*

*6. Die Gesprächspsychotherapie führt in der Entwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten zu einer über das Behandlungsende hinausgehenden längerfristigen Verringerung des Alkoholkonsums.*

## **2.4 Intervention**

Die Behandlungsgruppe erhielt die folgende psychotherapeutische Behandlung:

- 2-3x pro Woche 1,5 Std. Gesprächspsychotherapie in Gruppen von 8 bis 12 Teilnehmern und
- zusätzlich mindestens 1x pro Woche eine gesprächspsychotherapeutische Einzelsitzung von 50 Minuten

Die Gesprächspsychotherapie wurde von mir in meiner Funktion als Bezugstherapeutin dieser Patienten (Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG) entsprechend den gesprächspsychotherapeutischen Therapierationalen durchgeführt.

## **2.5 Stichprobe**

Die Behandlungsgruppe besteht aus mir zufällig zugeteilten Einzelpatienten, die in der Fachklinik Fischerhaus zu einer Langzeitalkoholentwöhnung aufgenommen wurden. Von den N=32 teilnehmenden Patienten konnten die Therapie- und Katamneseverläufe von N=23 Patienten zu allen drei Zeitpunkten erhoben werden (vgl. Abb. 1). Bei den im Zentrum stehenden chronifizierten Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom führt eine Nichtbehandlung in der Regel dazu, dass soziale Bezüge und die gesundheitliche Versorgung teilweise auf ein lebensbedrohliches Minimum

sinken. Ein Vergleich von alkoholabhängigen Patienten in einer Fachklinik mit alkoholabhängigen Patienten "auf der Straße" erschien daher aufgrund der somit sehr unterschiedlichen Umgebungsbedingungen und damit geringen Vergleichbarkeit nicht sinnvoll. Da ein Teil der Patienten ohne psychotherapeutische Behandlung in Folge der Bedrohung von Wohnungslosigkeit, die bei dieser Patientengruppe in hohem Maße gegeben ist, nach § 72 BSHG (seit 01.01.05 = § 67 SGB XII) in sozialen Einrichtungen lebt, war dort der Zugang zu unbehandelten Alkoholpatienten gegeben, die ein Mindestmaß an Betreuungsbedingungen erfahren. Die Kontrollgruppe besteht aus N=29 Alkoholpatienten aus drei Einrichtungen nach § 67 SGB XII, die sich keiner gesprächspsychotherapeutischen Behandlung unterzogen. Von diesen konnten N=24 Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg befragt werden. Sie wurden durch die Mitarbeiter dieser Einrichtungen sowie mittels eines Kurzfragebogens, der die Kriterien für Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10 erfragte, als alkoholabhängig diagnostiziert.

## **2.7 Instrumente**

Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

- Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) (Speierer, 1997a, 2005b)
- Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, 1992; dt. Version: Franke, 2002)
- Nichtstandardisierter, ad hoc für die Untersuchung entwickelter Rückfallfragebogen

Zur Diagnostik der Alkoholerkrankung:

- Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL) (Hiller, Zaudig, & Mobour, 1995)
- Münchner Alkoholismus-Inventar (MALT) (Feuerlein, Kufner, Ringer & Antons-Volmerg, 1999)

## **2.8 Äquivalenz von Behandlungs- und Kontrollgruppe:**

Die Prüfung der Äquivalenz (Vergleichbarkeit) der Behandlungs- und Kontrollgruppe erfolgte zum einen durch den Vergleich der im Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) enthaltenen demografischen Merkmale u.a. Alter, Familienstand, Soziale Einbindung, Bildung, berufliche Qualifikation, Arbeitsplatzsituation.

Auf Grund des Vergleichs ihrer demographischen Daten können die Behandlungs- und Kontrollgruppe als vergleichbar angesehen werden.

Die Prüfung der Äquivalenz (Vergleichbarkeit) der Behandlungs- und Kontrollgruppe erfolgte zum anderen durch den Vergleich mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL90-R erfassten Ausgangslage in der Behandlungsgruppe bei Therapiebeginn, in der Kontrollgruppe bei Beobachtungsbeginn.

Gegenstände des Vergleichs sind die abhängigen Variablen der Untersuchung: Kongruenz (Ressourcen) (RIAI B1, RIAI B2), Inkongruenz (RIAI B4, RIAI B5), Insuffizienzerleben (RIAI 11), Komorbidität 1: Gesamtwert psychiatrische Störungen (GSI SCL90-R), Komorbidität 2: Gesamtwert Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I (RIAI B8). Für den Vergleich wurden aufgrund der mit Standardskalen durchgeführten Datenerhebung (RIAI z-Skalen, SCL90-R T-Skala) die

Mittelwerte der beiden Gruppen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

### 3. Ergebnisse

Der Vergleich der abhängigen Variablen in der Behandlungsgruppe (N=23) und der Kontrollgruppe (N=24) zu den Zeitpunkten t1 (Ausgangslage) sowie t2 (nach 4-6 Monaten) ist in der folgenden Tabelle 2 wiedergegeben.

**Abb. 2: Vergleich der Abhängigen Variablen in der Behandlungsgruppe (N=23) und der Kontrollgruppe (N=24) zu den Zeitpunkten t1 (Ausgangslage) sowie t2 (nach 4-6 Monaten) Methode: Mittelwertevergleich, t-Tests für abhängige und unabhängige Stichproben; (p= Irrtumswahrscheinlichkeit); Signifikanzniveau für die Hypothesen 1 und 2 nach Bonferroni-Korrektur  $p < 0.025$**

Hypothese/Gruppe/p	t 1			t2			p
	M	Min/Max	SD	M	Min/Max	SD	
<b>Hypothese H 1.1 Inkongruenzquellen</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	0,8	-1,5 / 3,0	1,2	0,2	-1,9 / 3,0	1,1	<b>0.017*</b> –
<b>Kontrollgruppe</b>	0,6	-2,4 / 3,0	1,7	0,9	-1,9 / 3,0	1,4	0.2
<b>p</b>	0.65			0.053			
<b>Hypothese H 1.2 Inkongruenzsymptome</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	0,6	-0,9 / 2,9	1,0	-0,2	-2,4 / 2,5	1,3	<b>0.007*</b> –
<b>Kontrollgruppe</b>	0,4	-2,4 / 2,9	1,4	0,7	-2,4 / 2,9	1,2	0.04
<b>p</b>	0.6			<b>0.009*</b>			

<b>Hypothese H 2.1 Gesunde Gesamterfahrungen</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	-0,5	-2,9 / 1,2	1,0	0,5	-2,9 / 3,0	1,5	<b>0.001** +</b>
<b>Kontrollgruppe</b>	-0,8	-2,9 / 3,0	1,7	-0,3	-1,9 / 3,0	1,1	0.06
<b>p</b>	0.5			0.03			
<b>Hypothese H 2.2 Gesunde Selbstkonzeptanteile</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	-0,6	-2,6 / 1,3	1,0	0,6	-2,3 / 3,0	1,3	<b>&lt;0.001** +</b>
<b>Kontrollgruppe</b>	-0,9	-2,9 / 2,3	1,6	-0,4	-2,3 / 1,9	1,1	0.06
<b>Hypothese H 3 Insuffizienzerleben</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	0,8	-1,1 / 3,0	1,0	0,0	-1,1 / 2,5	1,0	<b>&lt;0.001** -</b>
<b>Kontrollgruppe</b>	0,7	-1,1 / 2,7	1,1	1,1	-1,1 / 2,9	1,9	0.1
<b>p</b>	0.9			<b>0.001*</b>			
<b>Hypothese H 4 Komorbidität I (RIAI)</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	0,7	-1,1 / 2,9	1,2	0,1	-1,6 / 2,9	1,2	<b>0.03* -</b>
<b>Kontrollgruppe</b>	0,9	-1,6 / 2,9	1,1	1,0	-1,6 / 2,9	1,1	
<b>p</b>	0.6			<b>0.02*</b>			
<b>Hypothese H 5 Komorbidität II (SCL)</b>							
<b>Behandlungsgruppe</b>	60,1	38 / 80	12,6	50,9	24 / 80	13,0	<b>0.002** -</b>
<b>Kontrollgruppe</b>	61,8	38 / 80	10,2	61,2	31 / 80	12,8	0.8
<b>p</b>	0.6			<b>0.01*</b>			

- \* **signifikant  $p < 0.05$ , bzw. bei Hypothesen 1 und 2  $p < 0.025$**
- \*\* **hochsignifikant ( $p < 0.01$ ) bzw. bei Hypothesen 1 und 2  $p < 0.005$**
- **Wert signifikant niedriger**
- + **Wert signifikant höher**

Zum Ausgangszeitpunkt (t1) unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht im Ausmaß der **erlebten Belastung durch Inkongruenzquellen**. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2) unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant in ihrer Belastung durch Inkongruenzquellen. Bei den Patienten der Behandlungsgruppe verringerte sich die Belastung durch Inkongruenzquellen allerdings signifikant von Zeitpunkt t1 nach Zeitpunkt t2. Bei der Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Hypothese H1.1 muss verworfen werden, da der Unterschied zwischen Kontrollgruppe und Behandlungsgruppe zum Zeitpunkt t2 nicht signifikant ist, obwohl die Behandlungsgruppe allein eine signifikante Verringerung der Belastung durch Inkongruenzquellen zeigt.

Zum Zeitpunkt t1 unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht in den erlebten Inkongruenzsymptomen. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt unterscheiden sich beide Gruppen signifikant im Ausmaß der erlebten Inkongruenzsymptome. Diese nahmen bei der Behandlungsgruppe signifikant ab, bei der Kontrollgruppe nicht. Hypothese H 1.2 kann daher angenommen werden.

**Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Inkongruenzsymptome, eine Verringerung der Inkongruenzquellen gegenüber der Kontrollgruppe konnte nicht nachgewiesen werden.**

Zum Ausgangszeitpunkt (t1) unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht im **Ausmaß ihrer kongruenten (selbstverträglichen) Erfahrungen**. Bei den Patienten der Behandlungsgruppe nahmen kongruente (selbstverträglichen) Erfahrungen signifikant zu von Zeitpunkt t1 nach Zeitpunkt t2. Bei der Kontrollgruppe gab es keine signifikante Veränderung. Allerdings konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t2. Hypothese H2.1 kann daher nicht angenommen werden. Zum Zeitpunkt t1 unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht in Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt unterscheiden sich beide Gruppen signifikant. Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung nahmen bei der Behandlungsgruppe signifikant zu, bei der Kontrollgruppe nicht. Hypothese H 2.2 kann daher angenommen werden. **Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Zunahme von von Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung (H 2.2).**

Zum Ausgangszeitpunkt (t1) unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht im **Ausmaß ihres Insuffizienzerlebens**. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2) unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant. Bei den Patienten der Behandlungsgruppe nahm das Insuffizienzerleben signifikant ab von Zeitpunkt t1 nach Zeitpunkt t2. Bei der Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Hypothese H3 kann angenommen werden: **Die Gesprächspsychotherapie wirkt vorzugsweise bei alkoholabhängigen Patienten mit Insuffizienzerleben und bewirkt eine Verringerung desselben.**

Zum Ausgangszeitpunkt (t1) unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht im Ausmaß der **zusätzlich erlebten Belastung durch Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I**. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2) unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant. Bei den Patienten der Behandlungsgruppe nahm die zusätzlich erlebte Belastung durch Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I signifikant ab von Zeitpunkt t1 nach Zeitpunkt t2. Bei der Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Hypothese H4 kann angenommen werden: **Die Gesprächspsychotherapie erzielt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der zusätzlich erlebten Belastung durch Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I.**

Zum Ausgangszeitpunkt (t1) unterscheiden sich Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe nicht im Ausmaß der zusätzlich erlebten **Belastung durch multiple psychiatrische Krankheitssymptome**. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t2) unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant. Bei den Patienten der Behandlungsgruppe nahm die zusätzlich erlebte Belastung durch multiple psychiatrische Krankheitssymptome signifikant ab von Zeitpunkt t1 nach Zeitpunkt t2. Bei der Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Hypothese H5 kann angenommen werden: **Die Gesprächspsychotherapie erzielt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der zusätzlich erlebten Belastung durch multiple psychiatrische Krankheitssymptome.**

### **Trinkverhalten**

Das Trinkverhalten der alkoholabhängigen Patienten wurde nach einem 4-monatigen Katamnesezeitraum mit einem Fragebogen zum Alkoholkonsum

in den vergangenen 4 Monaten (Anhang 2 für die Behandlungsgruppe, Anhang 3 für die Kontrollgruppe) erfasst. Bei der Prüfung dieser Hypothese wurden Nicht - Beantworter der Untersuchung mit einbezogen, da bei einer konservativen Bestimmung der Rückfallhäufigkeit diese Patienten wurden nicht mit einbezogen, da sie die Behandlung innerhalb der ersten Wochen abgebrochen haben und daher nicht im Sinne einer Wirksamkeitsüberprüfung der Behandlung gewertet werden können.

**Abb. 3:** Abstinenzraten

	<b>Behandlungsgruppe N=29</b>	<b>Kontrollgruppe N=30</b>
<b>abstinent</b>	N=15 (52%)	N=2 (7%)
<b>abstinent nach einzelnen Rückfällen</b>	N=6 (21%)	0
<b>trinkt weniger</b>	N=3 (10%)	N=4 (13%)
<b>trinkt wie zuvor</b>	0	N=18 (60%)
<b>keine Information</b>	N=5 (17%)	N=6 (20%)

N=24 Patienten der Behandlungsgruppe berichteten über Veränderungen im Trinkverhalten in Richtung einer Verbesserung. N=15 Patienten der Behandlungsgruppe berichteten, sie seien stabil und über die gesamten 4 Monate abstinent geblieben. N=6 Patienten der Behandlungsgruppe berichteten einen oder mehrere einzelne Rückfälle, nach denen sie nicht weiter Alkohol konsumierten, sondern ihr Abstinenzziel weiter verfolgten.

N=3 Patienten der Behandlungsgruppe gaben an, wieder regelmäßig, d.h. täglich zu trinken, jedoch beschrieben alle drei Patienten, dass sie nicht mehr wie vor der Therapie hochprozentigen Alkohol in großen Mengen zu sich nahmen, sondern reduziert Bier konsumierten. Von N=5 Patienten der Behandlungsgruppe liegen keine Aussagen vor, es wird angenommen, dass diese Gruppe nicht gebessert ist.

Bei der Kontrollgruppe berichten N=6 Patienten von einer Veränderung ihres Alkoholkonsums. N=2 gaben an abstinenter zu sein, N=4 gaben an weniger zu trinken. Von den beiden abstinenten Patienten der Kontrollgruppe gab ein Patient an, die gesamte Zeit abstinent gewesen zu sein, ein Patient hatte aufgehört zu trinken und war seit 4 Wochen abstinent. Beide wurden unter "abstinent" eingerechnet, da es bei der Kontrollgruppe keinen "künstlich" gesetzten Anfangszeitpunkt wie das Entlassdatum der Behandlungsgruppe gab. N=18 Patienten der Kontrollgruppe berichteten keine Veränderungen in Bezug auf ihr Trinkverhalten. Von N=6 Patienten liegen auch bei der Kontrollgruppe keine Aussagen vor. Insgesamt können so bei der Kontrollgruppe N=24 Patienten als nicht gebessert gelten.

Einer Besserung in Bezug auf den Alkoholkonsum bei N=24 Patienten der Behandlungsgruppe steht eine Besserung bei N=6 Patienten der Kontrollgruppe gegenüber.

Keine Besserung in Bezug auf das Trinkverhalten ist bei N=5 Patienten der Behandlungsgruppe gegenüber N=24 Patienten der Kontrollgruppe zu verzeichnen.

Die Hypothese einer über das Behandlungsende hinausgehenden längerfristigen Verringerung des Alkoholkonsums kann somit bestätigt werden.

Beachtet werden sollte, dass die Patienten, die die Beantwortung "trinkt weniger" angaben, besonders vorsichtig hinsichtlich ihrer weiteren Entwicklung zu sehen sind, da es sich beim Alkoholabhängigkeitssyndrom um eine chronische Erkrankung handelt. Insofern kann ein "trinkt weniger" nur unter einer Betrachtung im Sinne einer "harm reduction" als Besserung gewertet werden.

Beurteilt man das Ergebnis in Bezug auf die Abstinenzfähigkeit der Patienten, so ergibt sich das folgende Bild: N=15 Patienten der Behandlungsgruppe können als stabil abstinent bezeichnet werden gegenüber N=2 Patienten der Kontrollgruppe.

N=21 Patienten können als abstinent bezeichnet werden in der Patientengruppe, erlebten aber im Katamnesezeitraum einen oder einzelne Rückfälle. Je nach Ausmaß der Strenge der Betrachtung des Abstinenzkriteriums sind so N=15 oder aber N=21 Patienten der Behandlungsgruppe gegenüber N=2 Patienten der Kontrollgruppe als abstinent zu bezeichnen.

### **Katamneseergebnisse: Stabilität der therapeutischen Veränderungen**

Mit der Katamnesebefragung bei der Behandlungsgruppe 4 Monate nach Beendigung der Therapie wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Behandlungsgruppe während des Zeitraums der 4 Monate, der zwischen der Befragung zum Zeitpunkt t1 und der Befragung zum Zeitpunkt t2 lag, weiter in stationärer therapeutischer Behandlung befand. Die Effekte der gesprächspsychotherapeutisch orientierten Entwöhnungsbehandlung wurden auf ihre Stabilität nach Entlassung nach weiteren 4 Monaten überprüft.

Die Kontrollgruppe wurde nicht nochmals befragt, da sie in Bezug auf die Untersuchungsbedingungen keiner Veränderung von Zeitpunkt t2 zu einem späteren Zeitpunkt t3 unterliegt.

Der Umstand, dass die Katamneseerhebungen in Bezug auf die Ergebnisse im Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und in der Symptom

Checkliste (SCL-90-R) bei einer erneuten dritten Befragung nur bei der Behandlungsgruppe, nicht aber bei der Kontrollgruppe durchgeführt wurde, ermöglichen keinen erneuten kontrollierten Vergleich.

Es handelt sich um eine Kontrolle der Stabilität der Veränderungen bei der Behandlungsgruppe.

**Abb. 4:** Vergleich der Katamnesewerte der abhängigen Variablen in der Behandlungsgruppe (N=23) 4-6 Monate nach Behandlungsende mit den Werten am Ende der Behandlung Methode: Mittelwertvergleich, t-Test für abhängige Stichproben

Hypothesen	t 2			t3			p
	M	Min/Max	SD	M	Min/Max	SD	
<b>Hypothese H 1.1 Inkongruenzquellen</b>	0,2	-1,9 / 3,0	1,1	0,2	-1,9 / 3,0	1,4	0.9
<b>Hypothese H 1.2 Inkongruenzsymptome</b>	-0,2	-2,4 / 2,5	1,3	-0,3	-2,4 / 2,5	1,3	0.5
<b>Hypothese H 2.1 Kongruenzerfahrungen</b>	0,5	-2,9 / 3,0	1,5	0,4	-2,9 / 3,0	1,6	0.6
<b>Hypothese H 2.2 Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung</b>	0,6	-2,3 / 3,0	1,3	0,5	-2,3 / 3,0	1,5	0.9
<b>Hypothese H 3 Insuffizienzerleben</b>	0,0	-1,1 / 2,5	1,0	0,2	-1,1 / 3,0	1,1	0.3
<b>Hypothese H 4 Komorbidität I (RIAI)</b>	0,1	-1,6 / 2,9	1,2	0,2	-1,6 / 2,9	1,1	0.9
<b>Hypothese H 5 Komorbidität II (SCL)</b>	50,9	24 / 80	13,0	51,5	28 / 80	14,4	0.8

Es gab keine signifikanten Veränderungen mehr im Verlauf des Katamnesezeitraumes. Die Veränderungen sind daher als stabil anzusehen.

#### **4. Resümee**

Insgesamt konnten wesentliche gesprächspsychotherapiespezifische Ziele bei der Behandlungsgruppe erreicht werden. Dies entspricht den bisherigen Forschungsergebnissen zur gesprächspsychotherapeutischen Alkoholismustherapie (vgl. Speierer, 2000, S. 45). Weiter konnte in der vorliegenden Studie in Übereinstimmung mit früheren Ergebnissen (Ends & Page 1957; Miller, Benefield & Tonigan 1993; Speierer 2000a, 2000b, 2005a) bestätigt werden, dass Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom eine wirksame Therapie darstellt.

#### **Literatur**

Ends, E.J. & Page, C.W. (1957). A study of three types of psychotherapy with hospitalized male inebriates. In *Quarterly Journal Studying Alcohol* 8, 263-277.

Feuerlein, W., Kufner, H. Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *Münchener Alkoholismus-Test (MALT). Manual (2., ergänzte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franke, G. H. (2002). *Die SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis –Deutsche Version-. Manual (2. revidierte und erweiterte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Hiller, W., Zaudig, M. & Mubour, W. (1995). *IDCL Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM IV, Manual*. Bern: Verlag Hans Huber.

Hippen, S. (2005). Konzeption der Fachklinik Fischerhaus.  
URL <http://www.fischer-haus.de>

Miller, W. R., Benefield, R. G. & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. In *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1993 Jun Vol 61 (3) 455-461.

Jacobs, S. & Bangert, M. (2003). Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert /gesprächspsychotherapeutisch orientiert. In *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 03/2003, 150-158.

Speierer, G.-W. (1997a). Unter Mitarbeit von Helgert, N. & Roesner, S. Das Regensburger Inkongruenzanalyseinventar. Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 1. 13-21.

Speierer, G.-W. (2000a). AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In Speierer, G.-W. (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie*. (S. 31-48). Köln: GwG-Verlag.

Speierer, G.-W. (Hrsg.). (2000b). *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.

Speierer, G.-W. (2005a). Zur Bedeutung von Unterschieden der Inkongruenzdynamik in der gesprächspsychotherapeutischen Suchtkrankenbehandlung, unveröffentlichte überarbeitete und ergänzte Version eines Vortrages anlässlich des 5. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie Symposium 12.-13. November 2004.

Speierer, G.-W. (2005b). Das Differenzielle Inkongruenz Modell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der personzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung. Mit personzentriertem Gespräch, Kategorien und Checkliste zur Inkongruenzanalyse, Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und Materialien zur Qualitätskontrolle : Therapiedokumentation, Prozess und Ergebnisevaluation 2.A. auf CD-ROM, Copyright G.-W. Speierer, Regensburg. Vertrieb: Köln: GwG-Verlag.

### **Danksagung**

Seit 1999 arbeite ich in der Fachklinik Fischerhaus, Mönchkopfstr. 21, 76470 Gaggenau-Michelbach und begleite Patienten im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie. Die von mir betreuten Patienten nehmen an einer Gesprächspsychotherapie in Gruppen mit zusätzlichen Einzelsitzungen teil. Weiterhin sind sie in das allgemeine Behandlungskonzept der Klinik (Hippen,2005) integriert.

Die Idee für die vorliegende Arbeit entstand aus dem Anliegen, meine psychotherapeutische Arbeit wissenschaftlich zu überprüfen. Die Unterstützung durch die Klinikleitung der Fachklinik Fischerhaus und die Anregungen meiner Kolleginnen und Kollegen trugen mit dazu bei, dass ich

die Arbeit durchführen konnte. Die Unterstützung durch die Leitung und Mitarbeiter der Einrichtungen Immanuel-Grözingen-Haus (Böckinger Straße 5, 70437 Stuttgart), Dornahof (Postfach 1155, 88357 Altshausen) und des Hans-Sachs-Hauses, (Hauptstätter Str. 142, 70178 Stuttgart) ermöglichten den Zugang zu den Patienten der Kontrollgruppe.

So verbinde ich meinen Dank an die Patienten und deren Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit an der Studie mit dem Dank an alle, die sie mit ermöglicht und zu ihrem Gelingen beigetragen haben.

#### **Autorin**

Martina Rapp, geb. 1967, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin. Psychotherapeutische Tätigkeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie bei Suchterkrankungen, experientielle Reittherapie, Traumatherapie.

#### **Korrespondenzadresse**

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Martina Rapp

Rue Principale 4b

F- 67480 Kauffenheim

France