Zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)
im Fach Psychologie

vorgelegt von

Martina Rapp

Mein Dank gilt im Besonderen Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert -W. Speierer von der Universität Regensburg, Frau Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Inge Frohburg von der Humboldt-Universität zu Berlin, Herrn Prof. Dr. phil. Dipl.Psych. Jürgen Kriz von der Universität Osnabrück und Herrn Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Josef Rogner von der Universität Osnabrück für die Begleitung der Arbeit. Sie waren für mich eine unverzichtbare Unterstützung.

für Harden und Joséphine

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Theoretischer Teil

1. Störungsspezifische und verfahrensspezifische Erfolgskriterien in der psychotherapeutischen Behandlung von alkoholabhängigen Patienten

2. Gesprächspsychotherapie bei alkoholabhängigen Patienten

2.1 Theoretischer Hintergrund

2.1.1 Das Konstrukt der Kongruenz bei Carl R. Rogers

2.1.2 Das Konstrukt der Inkongruenz bei Carl R. Rogers

2.1.3 Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) von Gert - W. Speierer

2.2 Praxisbewährung

2.2.1 Konzepte und Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis

2.2.2 Die Theorie des Differenziellen Inkongruenzmodells bei Alkoholabhängigkeitssyndrom

2.3 Empirische Erfolgskontrollen

2.3.1 Untersuchungen mit Kontrollgruppen

2.3.2 Untersuchungen ohne Kontrollgruppen

2.3.3 Zusammenfassung der empirischen Studienergebnisse

Empirischer Teil

3. Gegenstände und Hypothesen der empirischen Untersuchung

4. Stichproben und Untersuchungsmethodik

4.1 Beschreibung und Auswahl der Behandlungs- und Kontrollgruppe

4.2 Variablen und Methoden der Datengewinnung

4.3 Studiendesign

4.4 Beschreibung der Methoden zur Datengewinnung und Messung der Variablen
4.4.1 Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)
4.4.2 Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL)
4.4.3 Münchner Alkoholismus-Inventar (MALT)
4.4.4 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)
4.4.5 Rückfallfragebogen

4.5 Durchführung der Untersuchung
4.5.1 Untersuchung der Behandlungsgruppe
4.5.2 Untersuchung der Kontrollgruppe

4.6 Methoden der Datenauswertung

4.7 Grenzen des Designs und der verwendeten Methoden

5. Ergebnisse der Untersuchung

5.1 zur Äquivalenz von Behandlungs- und Kontrollgruppe
5.1.1 Vergleich demografischer Daten
5.1.2 Ausgangslage bei Therapie- bzw. Beobachtungsbeginn

5.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung
5.2.1 GT-induzierte Abnahme von Inkongruenz
5.2.2 GT-induzierte Zunahme der Kongruenz
5.2.3 GT-induzierte Abnahme des Insuffizienzerlebens
5.2.4 GT-induzierte Verringerung von Symptomen zusätzlich vorhandener psychischer Störungen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 1)
5.2.5 GT-induzierte Verringerung von zusätzlich vorhandenen psychiatrischen Krankheitssymptomen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 2)
5.2.6 GT-induzierte Abstinenz und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges
5.2.6.1 Trinkverhalten
5.2.6.2 Katamneseergebnisse: Stabilität der therapeutischen Veränderungen

6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

Zusammenfassung

Literatur

Anhang

Vorwort

Die Fachklinik Fischerhaus liegt am Rande des Dorfes Michelbach im Schwarzwald. Die Klinik hat 55 Therapieplätze zur Entwöhnungsbehandlung chronisch alkoholkranker Männer. Sie befindet sich in der Trägerschaft des gemeinnützigen Vereins Fischerhaus e.V. Sie wurde 1979 von Pfarrer Daniel Schmidt gegründet und war zunächst ein Modellprojekt des Landes Baden-Württemberg für eine spezialisierte Behandlung von Alkoholkranken mit besonders schwerem fortgeschrittenem Suchtverlauf, zusätzlichen Diagnosen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosen) und einem hohen Ausmaß an sozialer Desintegration. Das Therapiekonzept der Klinik gründet sich auf ein Menschenbild der Humanistischen Psychologie. Die Gesprächspsychotherapie hat innerhalb des Gesamtkonzeptes der Klinik einen festen Platz.

Als Gesprächspsychotherapeutin arbeite ich seit 1999 in der Fachklinik Fischerhaus 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. Eine finanzielle Förderung für dieses Vorhaben gab es nicht.

Drei weitere Institutionen haben an der Studie teilgenommen:

1. Immanuel-Grözinger-Haus, Böckinger Straße 5, 70437 Stuttgart
Das Immanuel-Grözinger-Haus ist ein Wohnheim für alleinstehende Männer, die in sozialen Schwierigkeiten sind. Diese Menschen sind mit ihren problematischen Lebensverhältnissen überfordert und finden dort ein Zuhause, beispielsweise bei akuter Wohnungslosigkeit, nach Haftentlassung oder langer Heimunterbringung, bei unzureichendem oder gefährdetem Wohnraum. Die Mitarbeitenden unterstützen die Bewohner in allen Lebensbereichen und bieten ihnen jeweils individuelle Hilfe an. Sie kümmern sich um deren gesundheitliche Probleme, helfen ihnen bei der Suche nach Wohnraum und Arbeit und haben ein offenes Ohr für alle auftauchenden Fragen. Die Bewohner sollen nach ihrem Aufenthalt in der Lage sein, ihr Leben wieder selbständig planen und gestalten zu können. Wem dies nicht mehr gelingt, der findet im Dauerwohnbereich eine langfristige Heimat und wird hier dabei

unterstützt, seinen Alltag zu gestalten. (Konzeption des Immanuel – Grötzinger - Hauses, 2004)

2. Dornahof, Postfach 1155, 88357 Altshausen

Der Dornahof nimmt Personen auf, die nicht (mehr) in der Lage sind, ihr Leben zu gestalten, weil es keinen geeigneten Wohnraum gibt, eine angemessene Tagesstrukturierung fehlt, Vereinsamung droht, keine tragfähigen sozialen Kontakte bestehen, Suchtmittelabhängigkeit und gravierende gesundheitliche Mängel und Schädigungen bestehen, Verschuldung drückt. Ziele sind: keine Rückkehr mehr auf die Straße, neuen Lebensmut schöpfen, Freude am Leben entdecken, wieder lachen lernen, Leben in der Gemeinschaft erfahren, "Zuhause-Sein" spüren, in Ruhe älter werden dürfen, Vermittlung ins Altenheim. Der Alltag beinhaltet:
in einem schönen Einzelzimmer wohnen, einen geregelten Tagesablauf leben, an Beschäftigung teilnehmen, regelmäßig an gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen oder selbst kochen, einen persönlichen Betreuer und Gesprächspartner haben, sein Leben ordnen, die Sinnfrage des Lebens entdecken und Seelsorge beanspruchen, an Freizeitangeboten teilnehmen. (Konzeption des Dornahofs, aktualisierte Version 2004)

3. Hans-Sachs-Haus, Hauptstätter Str. 142, 70178 Stuttgart

Es handelt sich hierbei um eine teilstationäre Einrichtung und Wohnheim (Betreutes Wohnen) für Personen in besonderen Lebensverhältnissen und sozialen Schwierigkeiten. Es können Personen aufgenommen werden, bei denen besondere Lebensverhältnisse (z.B. Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Isolation, Mittellosigkeit) mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, so dass die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erheblich beeinträchtigt ist, und die diese Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft überwinden können. Vorausgesetzt wird jedoch die Fähigkeit zur Selbstversorgung. Das Ziel der Hilfe im Hans-Sachs-Haus ist zunächst die Überwindung von besonderen sozialen Schwierigkeiten, um dann die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft wieder in Angriff nehmen zu können. Für Hausbewohner, bei denen dieses Ziel nicht mehr erreichbar erscheint, kann das Hilfeziel auch in der Vermittlung in eine andere Einrichtung oder in der Beheimatung im Betreuten Wohnbereich des Hans-Sachs-Hauses bzw. in trägereigenem Wohnraum liegen. Die Hilfen der Einrichtung betreffen die folgenden Bereiche: Bereich Beratung und persönliche Hilfe, Hilfen zur materiellen Existenzsicherung, Lebensberatung / Sozialpädagogische Beratung, Hilfen zur Erlangung und Sicherung eines Platzes im Arbeitsleben, Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, Schuldnerberatung, Hilfen zur Freizeitgestaltung, Sonstige persönliche Hilfen, zusätzliche Leistungen für Personen mit Suchtproblematik, psychischen und/oder somatischen Beeinträchtigungen. (Konzeption des Hans-Sachs-Hauses, Stand: 31.12.2004)

Die Unterstützung durch die Leitung und Mitarbeiter dieser Einrichtungen machten den Zugang zu den ansonsten recht schwer zugänglichen Patienten erst möglich.

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.

1. Störungsspezifische und verfahrensspezifische Erfolgskriterien in der psychotherapeutischen Behandlung von alkoholabhängigen Patienten

Beim Alkoholabhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine chronische Erkrankung mit verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen. In der Behandlung alkoholabhängiger Patienten ist die Abstinenz der Patienten nach der Therapie als wesentliches und allgemein anerkanntes Erfolgskriterium zu sehen. Es gibt kaum Studien, die verfahrensspezifische Erfolgskriterien untersuchen. Eine Ursache hierfür ist, dass, wie auch Huggenberger folgert, unter psychologischer Therapie bei Alkoholabhängigen heute "im allgemeinen die Breitbandtherapie" zu verstehen sei. Wirksamkeitswerte für spezielle Treatments seien kaum bestimmbar. Es werde eher von einer „eklektischen Therapie" ausgegangen, die als für den deutschsprachigen Raum typisch angesehen werde (Huggenberger, 2004, S.36). Gottschalk-Windelen spricht in dieser Hinsicht von einem "therapeutischen Polypragmatismus" in der Alkoholismustherapie (Gottschalk-Windelen, 1992, S.63). Einige neuere großangelegten Studien der Alkoholismusforschung (Project MATCH Research Group, 1998; UKATT Research Team, 2005) berücksichtigen verstärkt methodisch eher unspezifische Behandlungsansätze (psychoedukative und sozialarbeiterische Methoden) neben verhaltenstherapeutischen Methoden oder einer Kombination aus diesen Elementen.

Im Sinne einer Erweiterung und mit dem Ziel einer möglichst differenzierten Betrachtung der Therapie alkoholabhängiger Patienten soll in der vorliegenden Studie die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie untersucht werden, um hieraus einen Erkenntnisgewinn zu ziehen, der Aussagen über verfahrensspezifische Wirkmechanismen zulässt. Die Studie wurde aus der Praxis der Arbeit mit alkoholabhängigen Patienten entwickelt, die mit Patienten einer unbehandelten Kontrollgruppe verglichen wurden.

In der Gesprächspsychotherapie wird die Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom wie auch mit anderen Erkrankungen als Inkongruenzbehandlung verstanden. Gesprächspsychotherapeutische Erfolgskriterien wie die Inkongruenzverringerung, 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 Arbeit ist als Ergänzung dieser Studien einzuordnen, insbesondere da sie über die Möglichkeit des Vergleichs mit einer unbehandelten Kontrollgruppe störungsspezifische und für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung spezifische Erfolgskriterien in einer kontrollierten Wirksamkeitsstudie untersucht. Sie stellt daher eine Erweiterung bisheriger gesprächspsychotherapeutischer Alkoholismusforschung dar.

2. Gesprächspsychotherapie bei alkoholabhängigen Patienten

2.1 Theoretischer Hintergrund

Kongruenz und Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung sind zentrale Konstrukte in der gesprächspsychotherapeutischen Störungs- und Therapietheorie. Daher werden sie im folgenden Kapitel definiert und gegenüber gestellt. Die theoretische Substanz der Konstrukte in der gesprächspsychotherapeutischen Theorie wird näher beschrieben. Die Bedeutung von Kongruenz bzw. Inkongruenz für die Persönlichkeitsentwicklung wird dargestellt. Anschließend wird der Inkongruenzbegriff hinsichtlich seiner Operationalisierung, seiner metrischen Erfassung und schließlich in Bezug auf seine Bedeutung für die vorliegende Arbeit erörtert.

Der Inkongruenzbegriff findet sich außer in der gesprächspsychotherapeutischen Theorie nach C.R. Rogers bei den Konsistenztheorien im Rahmen der sozialpsychologischen Einstellungsforschung. Heider (1946) entwickelte mit seiner Balancetheorie die Vorläufertheorie der Kongruenztheorie von Osgood und Tannenbaum (1967). Zugrundeliegend ist die Annahme, dass Personen eine innerpsychische Balance bevorzugen, demgegenüber bei sich widersprechenden Relationen sie dies als in unangenehmer Weise spannungsgeladen empfinden.
In neuerer Zeit übernimmt insbesondere die Motivationspsychologie das Kongruenzmodell. “Das Streben nach der Befriedigung und dem Schutz der Grundbedürfnisse kann als Streben nach Kongruenz zwischen Wahrnehmungen und motivationalen Zielen aufgefasst werden” (Grawe, 1998). Im Unterschied zu Rogers wird hier die Seite des emotionalen Erlebens vernachlässigt zugunsten einer bevorzugten Betrachtung motivationaler Ziele im Sinne kognitiver Strukturen. Grawe zieht allerdings in Bezug auf die Psychotherapie ebenfalls den Schluss: “Das höchste Ziel der Psychotherapie muss ... darin liegen, die Konsistenz im psychischen Geschehen zu erhöhen. Konsistent ist das psychische Geschehen in dem Ausmaß, in dem die realen Erfahrungen mit den intentionalen Schemata kongruent und die motivationalen Schemata miteinander konkordant sind." (Grawe, 1998, S. 571).

2.1.1 Das Konstrukt der Kongruenz bei Carl R. Rogers

Kongruenz ist definiert als exakte Übereinstimmung von Erleben und Selbst. Das Erleben kann bei Vorhandensein dieser Übereinstimmung unmittelbar im Selbst symbolisiert werden, ohne Verzerrungen zu erfahren. Rogers beschreibt Kongruenz als “accurate matching of experience and awareness” (Rogers, 1961, S.339). Als Folge dieser akkuraten Übereinstimmung zwischen dem Erleben und der Bewusstheit kann man die exakte Symbolisierung des unmittelbaren Erlebens im Selbstkonzept einer Person verstehen.

Bei einem tiefergehenden Verständnis des Konstruktes Erfahrung scheint es wesentlich, darauf hinzuweisen, dass der Bedeutungsgehalt des zugrundeliegenden englischen Begriffes “experience” weiter gefasst ist als unser deutschsprachiger Begriff der Erfahrung. “Experience” beinhaltet weniger eine Ansammlung von Erkenntnissen als vielmehr ein unmittelbares psychophysisches Erleben. “Experience” wurde insbesondere von Eugene T. Gendlin (1981, 1996) in seiner Theorie des Focusing in einer besonderen Weise erfasst, die die körperliche Ebene dieser “Erfahrung” genauer spezifiziert. Das Erleben von Gefühlen erläutert Rogers wie folgt: “Es wird die Emotion und der kognitive Inhalt der Bedeutung dieser Emotion in ihrem Erfahrungsfeld erfasst. Dieser Begriff verweist somit auf die Einheit von Kognition und Emotion, wie diese unteilbar in einem bestimmten Augenblick erfahrbar wird.” (Rogers, 1991, S.23). Die Erfahrung beinhaltet über die Erfahrung von Gefühlen hinaus alles, was potentiell der Gewahrwerdung zugänglich ist, darin eingeschlossen sind Wahrnehmungen und Erinnerungen und auch Ereignisse, deren sich die Person nicht unmittelbar mit ihrem ganzen Bewusstein zuwendet, sondern die unterhalb dieser Schwelle vom Organismus mit aufgenommen werden.

Rogers entwickelte eine Theorie der Entwicklung der Persönlichkeit, innerhalb derer die Konstrukte von Kongruenz und Inkongruenz definiert werden und deren Bedeutung für die Entwicklung, später auch für die gesprächspsychotherapeutische Therapietheorie, festgelegt wird (Rogers, 1987, S. 48 ff.). Die Person wird nach dieser Theorie in einem Zustand geboren, in welchem sie zunächst grundsätzlich in der Lage ist, neue Erfahrungen unverzerrt aufzunehmen und eine Selbststruktur zu entwickeln, die mit den wahrgenommenen Erfahrungen vollkommen übereinstimmt. Durch diese Kongruenz von Selbst und Erfahrung ist eine angstfreie, unverzerrte Wahrnehmung der Realität und Symbolisierung derselben im Selbst möglich. Die Entwicklung ist gekennzeichnet durch ein flexibel und optimal an die Realität anpassungsfähiges Selbst, ohne Bewertungsbedingungen, die die Wahrnehmung, Verarbeitung und Symbolisierung des Erlebten verzerren könnten. Das Konstrukt des Selbst beschreibt eine Struktur oder “Konfiguration”. Diese beinhaltet alles, was eine Person von

sich selbst wahrnehmen kann. Es handelt sich um eine “fließende, eine wechselnde Gestalt ... einen Prozess, der zu jedem beliebigen Zeitpunkt eine spezifische Wesenheit ist” (Rogers, 1987, S.26).

In seiner Persönlichkeitstheorie beschreibt Rogers auch, dass das Individuum ein grundlegendes Bedürfnis nach positiver Beachtung bzw. Wertschätzung durch seine Bezugspersonen hat. Im Verlaufe der Entwicklung des Selbstkonzeptes entwickelt die Person dann entsprechende Bewertungsbedingungen. “Wenn die Selbsterfahrungen des Individuums von anderen danach unterschieden werden, ob sie der positiven Beachtung wert sind oder nicht, entwickelt sich die Selbstbeachtung in ähnlicher Weise selektiv” (Rogers, 1987, S.50). Werden im Verlaufe der Entwicklung von den Bezugspersonen bestimmte Aspekte selektiv beachtet, so wird das Bedürfnis nach Beachtung nicht oder nur selektiv befriedigt. Das Kind versucht, die positive Beachtung seiner Bezugspersonen zu erhalten oder zurück zu gewinnen, indem es das Erleben im Sinne der Bewertungsbedingungen umgestaltet. Die Symbolisierungen des Erlebens im Selbst sind nicht mehr kongruent mit dem unmittelbaren Erleben. Die Person befindet sich an dieser Stelle nicht mehr in einem Zustand der absoluten Kongruenz, da sie ihre Selbststruktur als nicht mehr unmittelbar vereinbar mit der Erfahrung erleben kann. Dies führt zu Einschränkungen des Erlebens und einer verzerrten Symbolisierung der Erfahrung im Selbst. Die Inkongruenz erzeugt Spannung und Angst.

Rogers geht in der Tat davon aus, dass, sofern die Person bedingungslose positive Beachtung erleben würde, sich keine erlebenseinschränkenden Bewertungsbedingungen entwickeln würden. Die organismische Bewertung wäre stattdessen geltend. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass Werte nicht festgeschrieben sind, sondern sich vollkommen flexibel gemäß der Aktualisierungstendenz des Organismus verändern. Diese organismische Bewertung ermöglicht auf diese Art und Weise eine größtmögliche Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung.

In der gesprächspsychotherapeutischen Theorie werden die gesunden Anteile einer Person besonders berücksichtigt, was ein hohes Ausmaß an Ressourcenorientierung bedingt.
Rogers postuliert eine Tendenz zur Selbstaktualisierung, welche die gesunde Entwicklung einer Person kennzeichnet. Selbstaktualisierung beinhaltet fortwährende exakte Symbolisierungen des Erlebten im Selbst einer Person. Rogers formulierte eine Theorie der voll entwickelten Persönlichkeit (fully functioning person), die gleichzeitig auch den Endpunkt einer optimal verlaufenden Therapie darstellt. Die fully functioning person hat eine Tendenz

zur ständigen Selbstaktualisierung und wurde von ihm mit folgenden Merkmalen beschrieben:

- sie ist offen gegenüber allen ihren Erfahrungen
- es erfolgen exakte Symbolisierungen des Erlebten
- die Selbststruktur ist kongruent mit der Erfahrung und verändert sich mit der Veränderung der Erfahrung ständig
- sie bewertet ihre Erfahrungen unbeeinflusst von Anderen, und sie ist in dieser Bewertung in hohem Maße flexibel
- sie beurteilt nicht, weder sich selbst noch Andere
- sie ist in hohem Maße anpassungsfähig
- ihr organismischer sich ständig verändernder Bewertungsprozess wird zu einer stabilen vertrauensvollen Grundlage ihres Selbst
- sie lebt in positiven Beziehungen zu anderen Menschen

Betont werden kann, dass die Gesprächspsychotherapie an der Stärkung dieser als gesund und funktionsfähig erachteten Anteile einer Person orientiert ist.

2.1.2 Das Konstrukt der Inkongruenz bei Carl R. Rogers

Inkongruenz beschreibt eine eingeschränkte Übereinstimmung zwischen dem Selbst einer Person und ihrer Erfahrung.

Rogers (1959) beschreibt die Entwicklung der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung wie folgt:

- Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv wahr, entsprechend den Bewertungsbedingungen, die in ihm entstanden sind.
- Erfahrungen, die in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen sind, werden wahrgenommen und korrekt im Gewahrsein symbolisiert.
- Erfahrungen, die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen oder entstellt, gerade so, als ob sie den Bewertungsbedingungen entsprechen würden oder sie werden teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert.
- Folglich tauchen einige Erfahrungen im Organismus auf, die nicht als Selbsterfahrungen erkannt werden, die nicht korrekt symbolisiert und in der Selbststruktur nicht korrekt symbolisiert eingearbeitet sind.
- Vom Zeitpunkt der ersten selektiven Wahrnehmung im Sinne dieser Bewertungsbedingungen bestehen in gewissem Grade Zustände von Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, von psychischer Fehlanpassung und Verletzlichkeit.

Rogers beschreibt die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung weiter wie folgt: “Wenn eine Person sich im Zustand der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung befindet und wir dies von einem externen Standpunkt aus betrachten, dann sehen wir sie als verletzlich an (wenn sie sich dieser Diskrepanz nicht gewahr ist), oder wir sehen sie als bedroht (wenn sie sich der Diskrepanz gewahr ist). Betrachten wir die Person von einem sozialen

Standpunkt aus, dann bedeutet diese Inkongruenz eine psychische Fehlanpassung. Betrachtet sich das Individuum jedoch selbst, dann kann es sich selbst als angepasst sehen (wenn es sich der Diskrepanz nicht gewahr ist), oder als bedroht oder desorganisiert (wenn sich die Diskrepanz dem Gewahrsein aufgezwungen hat)" (Rogers, 1987).

Das Konstrukt der Inkongruenz bezeichnet eine innerpsychische Diskrepanz zwischen dem Erleben und dem Selbst. Inkongruenzen sind nicht notwendigerweise pathologisch. Das Erleben von psychischem Leiden geht jedoch immer mit Inkongruenzen einher. Seelisches Leiden entsteht dann, wenn Inkongruenzen für das Selbst bedrohlich erlebt werden. Das Leiden entspricht dem Ausmaß dieser Selbstbedrohung.

In der nach Rogers Tod vorgelegten Theorie zur Inkongruenzentwicklung (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993, S.92) wird zwischen einer primären und einer sekundären Inkongruenz unterschieden. Erstere entsteht während der frühen Selbstentwicklung. Ein Selbstkonzept konnte sich noch nicht stabil entwickeln in dieser frühen Phase. In Folge früher Inkongruenzen entsteht ein grundsätzlicher Zweifel der Person an ihren organismischen Bewertungen. Die Entwicklung von späteren Persönlichkeitsstörungen wird mit diesen frühen Inkongruenzen in Verbindung gebracht. Die sekundäre Inkongruenz entsteht dagegen später, wenn die Person mit einem bereits entwickelten Selbstkonzept Erfahrungen macht, die sie als nicht zu ihrem Selbstkonzept passend wahrnimmt. Die Wahrnehmung der Inkongruenz ist in Verbindung zu sehen mit dem Konstrukt der Abwehr. Bei Bedrohung ist es nach der klassischen Theorie der Gesprächspsychotherapie das vorrangige Ziel des Organismus, die gegenwärtige Struktur aufrecht zu erhalten. Dies ist kein Widerspruch zu der postulierten Selbstaktualisierungstendenz, da auch dieses Konstrukt als den aktuellen Gegebenheiten angepasst verstanden werden muss. Es beinhaltet in der Tat das Bedürfnis nach Wachstum, jedoch müssen hierfür entsprechende Bedingungen vorhanden sein. Weiterhin beinhaltet die Selbstaktualisierungstendenz auch: "Bedürfnisreduzierung, Spannungsreduzierung, Triebreduzierung" (Rogers, 1987).

Befindet sich die Person nun in einem Zustand wahrgenommener Bedrohung, so ist das Konstrukt der Abwehr bei Biermann- Ratjen und Swildens Teil ihres Erklärungsmodells psychopathologischen Erlebens und Verhaltens. In Bezug auf das Inkongruenzerleben ist die Abwehr von besonderer Bedeutung, wenn sie eine vorhandene Inkongruenz über einen gegebenen Zeitraum dem Bewusstsein nicht (vollständig) zugänglich macht.

2.1.3 Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) von Gert - W. Speierer

Speierer (1994) erweitert den Inkongruenzbegriff im Kontext einer für die Gesprächspsychotherapie spezifischen allgemeinen und speziellen (störungsspezifischen) Krankheitslehre. Speierer beschreibt dies wie folgt: „Im Zentrum des DIM steht der auf Rogers (1959) zurückgehende pathogenetische Ansatz der Inkongruenz zwischen den Erfahrungen und dem Selbstkonzept. Das Selbst, die Erfahrungen und Inkongruenz werden jedoch neu expliziert und differenziert im Hinblick auf ihre ursächlichen Quellen bzw. ihre Entstehung, ihre Entwicklung, ihre Erscheinungsformen und ihre Wechselwirkungen" (Speierer, 1994, S.22).

Speierer (1994) erweitert und differenziert die Konstrukte der Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Er unterscheidet störungsspezifische Inkongruenzen, die den in der ICD-10 aufgeführten Störungsbildern zugeordnet werden. Dieses Vorgehen stellt eine Erweiterung und Differenzierung der gesprächspsychotherapeutischen Störungs- und Therapietheorie dar.

Im folgenden Abschnitt wird das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) von Gert - W. Speierer (1994, 1996, 1998a, 1998b, 2002, 2005b) dargestellt als das dieser Arbeit zugrundeliegendem Störungsmodell. Mit dieser Störungstheorie der Gesprächspsychotherapie wurde eine störungsspezifische Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigkeitssyndrom konzipiert und inzwischen in ersten empirischen Untersuchungen überprüft. Es folgt eine Beschreibung des Regensburger Inkongruenz Analyse Inventars (RIAI), das in der vorliegenden Arbeit zur Datenerhebung verwendet wurde.

Der Inkongruenzbegriff in der Gesprächspsychotherapie ist im Gegensatz zu den Theorien aus der Motivationspsychologie auch im Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) immer als Inkongruenz zwischen dem Erleben/ der Erfahrung (experience) und dem Selbst zu verstehen.

Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) beschreibt eine Inkongruenzsymptomatologie als Störungsphänomenologie und ordnet den Störungsbildern entsprechende Inkongruenzkonstellationen zu. So werden dem Alkoholabhängigkeitssyndrom Inkongruenz aus erlebten Verhaltenseinschränkungen in Bezug auf Rückzugstendenzen, aus überwältigenden und überschießenden Reaktionen sowie aus Insuffizienzerleben und aus Belastungsintoleranz zugeordnet.

Weiterhin erscheint im Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) die Gleichsetzung der erlebten Inkongruenz mit der gefühlten Bedeutung der Selbstbedrohung wesentlich.

Psychopathologische Symptome treten dann auf, "... wenn die kompensatorische Ausblendung des Inkongruenzerlebens aufgrund der als selbstbedrohlich bewerteten Erfahrungen nicht (mehr) gelingt." (Speierer, 1994, S. 87).

Speierer benennt unter Bezugnahme auf Rogers (1959) als Folgesymptome der Inkongruenz:

- Gefühle psychophysischer Anspannung
- Verletzlichkeit bzw. Verletztheit
- Gefühle von Minderwertigkeit, Mutlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, die er in Bezug zu den depressiven Erkrankungen setzt
- Angstgefühle mit der Folge von Erfahrungseinschränkungen und phobischen Erkrankungen sowie Zwangserkrankungen
- abrupte Verwirklichung von als persönlichkeitsfremd erlebtem selbstinkongruentem Verhalten
- Zerfall der eigenen Persönlichkeit, was mit Angst, Spannung und Verwirrung einhergeht
- Gefühl, nicht "Herr im eigenen Haus" zu sein

Sie bildeten die Grundlage einer Allgemeinen Inkongruenzdynamik (AID) bei Gesprächspsychotherapiepatienten mit unterschiedlichen Diagnosen bei Behandlungsbeginn. Die Allgemeine Inkongruenzdynamik (AID) beinhaltet die häufigsten Themen und Gegenstände des Inkongruenzerlebens in Form einer Rangreihe, die von Speierer mittels Transkriptanalysen herausgearbeitet wurde (Speierer 1994, S. 95):

- mangelhafte Selbst- und Verhaltenskontrolle
- subjektive Krankheitstheorie (interne vs. externe Verursachungshypothesen)
- Erlebte Inkongruenz der Erfahrung mit dem Selbstkonzept
- Negative Selbstbewertung, mangelndes Selbstvertrauen, Selbstmitleid
- Insuffizienzerleben, Leistungsversagen, Belastungsintoleranz
- Symptomerleben/ generalisiertes negatives Erleben
- erlebtes, befürchtetes Unverständnis / Kritik durch Bezugspersonen oder die Mehrheit fremder Personen
- Verhaltens - Erfahrungs - und Erlebniseinschränkungen
- Unerreichbare Seins- und Perfektionsideale
- Belastung durch fremde bzw. unorganismische Wertintrojekte

In weiteren Forschungsarbeiten zum Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) ergaben sich aus der Allgemeinen Inkongruenzdynamik für einzelne Störungsbilder bei unterschiedlicher quantitativer Ausprägung der einzelnen Inkongruenzbereiche störungsspezifische Besonderheiten der Inkongruenz (Speierer, 2000a, 2000b)(s.u.).

Nach der gesprächspsychotherapeutischen Störungstheorie werden in sieben seelischen Bereichen Funktionseinschränkungen deutlich:

1. Gefühle
2. Unmittelbares Erleben
3. Inkongruenzerleben
4. Selbstkonzept
5. Erfahrungskonstrukte
6. Beziehungen zu Problemen
7. Beziehungen zu Personen

(in Anlehnung an Speierer, 1994, S. 35 Abb.4 u. S. 88).

Ab einem bestimmten Ausmaß an erlebter Inkongruenz wird ein pathogenetischer Prozess in Gang gesetzt, der diese Bereiche betrifft.

Diese 7 Funktionsbereiche finden sich auch in der Prozessskala, die Rogers (1961) für die Beurteilung eines erfolgreichen Therapieprozesses entwickelt hat. Er beschreibt im Rahmen der 7-stufigen Prozessskala die Veränderungen in diesen seelischen Bereichen als Entwicklung der Persönlichkeit im gesprächspsychotherapeutischen Therapieprozess.

In der folgenden Abb. 1 wird diese Prozessskala in Bezug gesetzt zu den oben genannten 7 Funktionsbereichen.

Abb.1: Veränderungen in den 7 seelischen Funktionsbereichen in Bezug zu der Prozessskala von C.R. Rogers (1961), modifiziert

	Funktionsbereiche 1-4			
Prozess-stufen	**1 Gefühle**	**2 Erleben/Erfahrung**	**3 Inkongruenzerleben**	**4 Selbstkonzept**
Stufe 1	Gefühle werden nicht wahrgenommen	Distanz zu Erfahrung	Keine Kommunikation zwischen Selbst und Erfahrung	Klient neigt dazu, sich selbst als problemlos einzuschätzen und teilt nichts wirklich über sich selbst mit
Stufe 2	Gefühle als fernliegende oder nicht selbst erlebte Objekte	an die Struktur der Vergangenheit gebunden	wird manchmal ansatzweise wahrgenommen, Widersprüche werden ausgesprochen, aber kaum anerkannt	noch keine Aussagen über das Selbst
Stufe 3	Gefühle werden häufiger beschrieben, aber immer noch als etwas Fernliegendes	Das Erleben wird als etwas Fernliegendes beschrieben	Widersprüche werden anerkannt	Äußerungen über das Selbst als Objekt, evt. reflektiert in Anderen
Stufe 4	Gefühle können als unmittelbar gegenwärtig erlebt werden, es besteht aber Furcht und Misstrauen davor	Die Erfahrung ist weniger an die Struktur der Vergangenheit gebunden	Besorgnis über Widersprüche und Ungereimtheiten zwischen Erfahrung und Selbst	Das Selbst wird differenzierter wahrgenommen
Stufe 5	Gefühle werden als gegenwärtig frei zum Ausdruck gebracht, der Klient erlebt dies aber mit Überraschung oder Furcht	Die Erfahrung ist aufgelockert und nicht mehr distanziert	Klient steht Widersprüchen offener gegenüber	Freie Dialoge im Bereich des Selbst, innere Kommunikation verbessert
Stufe 6	Gefühle werden wahrgenommen und voll akzeptiert	Erfahrungen werden akzeptiert und erhalten reale Prozessqualitäten	Die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Bewusstsein wird in dem Maße lebendig erfahren, wie sie sich zu Kongruenz auflöst	Das Selbst als Objekt verschwindet, das Selbst existiert unmittelbar im Hier und Jetzt
Stufe 7	Neue Gefühle werden in ganzer Detailfülle erfahren	Das Erfahren hat seine strukturgebundenen Aspekte fast gänzlich verloren	Inkongruenz wird zu Kongruenz aufgelöst	Das Selbst wird beweglich, wird die subjektive und reflexive Bewusstheit des Erfahrens

	Funktionsbereiche 5-7		
Prozess -stufen	**5 Erfahrungskonstrukte**	**6 Beziehungen zu Problemen**	**7 Beziehungen zu Personen**
Stufe 1	Schwarz-Weiß-Erleben. extrem starr strukturgebunden	Probleme werden nicht wahrgenommen	Enge Beziehungen werden als gefährlich angesehen
Stufe 2	Persönliche Konstrukte sind starr und werden als Fakten gesehen	Probleme werden so wahrgenommen, als lägen sie außerhalb des Selbst	Geringfügige Auflockerung
Stufe 3	Persönliche Konstrukte sind immer noch starr, aber werden nicht mehr als Fakten gesehen	Persönliche Entscheidungen werden reflektiert, aber als unwirksam empfunden	Enge Beziehungen werden teilweise als unangenehm erlebt
Stufe 4	Persönliche Konstrukte können in Frage gestellt werden	teilweise Empfindungen von Selbstverantwortung gegenüber Problemen	Eine enge Beziehung erscheint noch gefährlich, dennoch “wagt sich der Klient vor”
Stufe 5	Viele Persönliche Konstrukte werden neu entdeckt, als Konstrukte erkannt und kritisch hinterfragt	Klient übernimmt zunehmend stärker Eigenverantwortung für Probleme	Beziehung kann ausgehalten und thematisiert werden
Stufe 6	Integration von Erfahrungskonstrukten	Der Klient lebt als Subjekt eine Phase seines Problems	Beziehungen können zugelassen und als positiv erlebt werden
Stufe 7	Konstrukte werden versuchsweise umformuliert und behalten einen lockeren Charakter	Der Klient betrachtet sich als verantwortlich für sein Leben und seine Probleme	Der Klient lebt offen und frei in Beziehungen zu Anderen

Ursprünglich wurden von Rogers sozialkommunikative Inkongruenzquellen als alleinige Entstehungsbedingung psychischer Störungen gesehen. Da biologische und nicht sozial begründete lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen nicht genannt wurden, galt in der gesprächspsychotherapeutischen Therapietheorie zunächst, dass alle psychischen Störungen sozialkommunikativ bedingt seien und folglich ausschließlich sozialkommunikativ behandelt werden könnten. Diese Uniformitätsannahme findet sich im Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) nicht mehr.

Speierer unterscheidet in Bezug auf die Entstehung psychischer Störungen drei Inkongruenzquellen (multiätiologische Störungslehre), die auf spezifische Art interagieren können:

1. Dispositionelle Inkongruenzquellen
2. Sozialkommunikative Inkongruenzquellen
3. Lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen

So werden auch in Bezug auf das Alkoholabhängigkeitssyndrom dispositionelle, sozialkommunikative und lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen angenommen und dadurch ein multifaktorielles Erklärungsmodell möglich, das biologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt.
Ebenso wird eine komplexe mehrdimensionale Behandlung psychischer Störungen einschließlich der durch psychotrope Substanzen möglich.

Speierer beschreibt die dispositionellen Quellen der Inkongruenz als dem “organismischen psychophysischen Inventar eines Menschen” (Speierer, 1994, S. 54) zugehörig. Er sieht die dispositionellen Inkongruenzursachen als wesentlich an bei organischen Erkrankungen, Intelligenzminderung oder anderen Behinderungen, psychophysischen Leidenszuständen und schließlich auch bei einem Teil der Schizophrenien, manchen Arten wahnhafter Störungen und einigen Arten von Depressionen. Zur dispositionellen Inkongruenz zählt er ferner Inkongruenzerleben, das von sozialkommunikativen Bedingungen unabhängig durch Störungen der Informationsverarbeitung, der Körperwahrnehmung und des Denkens, Fühlens und Handelns entsteht. Als vierte Art dispositioneller Inkongruenz benennt er eine dauerhafte Beziehungslosigkeit zwischen Erfahrung und Selbstkonzept, die er bei einem Teil der dissozialen Persönlichkeitsstörungen postuliert.
Die lebensereignisbedingte Inkongruenz entsteht durch das Auftreten kritischer Lebensereignisse, die nicht unmittelbar in Bezug zu sozialkommunikativen Inkongruenzquellen zu setzen sind, sondern wie beispielsweise Unfälle, Krankheiten oder andere Änderungen der Lebenssituation selbstbedrohlich erlebt werden.

Die sozialkommunikativen Inkongruenzquellen werden schließlich auch weiterhin als wesentliche Inkongruenzquellen betrachtet, Sie können mit den beiden anderen Inkongruenzquellen bedeutsam interagieren. Der Einfluss sozialkommunikativer Inkongruenzquellen wird über die gesamte Lebensspanne eines Menschen als wirksam angenommen.

Störungen entstehen auf der Grundlage von bewusstem Inkongruenzerleben aus den drei Inkongruenzquellen, die sich summieren und interagieren können. Sie treten leidvoll in das Bewusstsein, wenn das Inkongruenzerleben ein zu hohes Ausmaß an psychischer Belastung annimmt. Das Inkongruenzerleben kann aber auch kompensiert werden. Speierer beschreibt als Kompensationsmechanismen die Inkongruenztoleranz und Inkongruenzbewältigungs-strategien. Das Modell erweitert den früheren Ansatz, der sich auf die sozialkommunikativen Inkongruenzquellen in Form von unzureichenden Beziehungs- und insbesondere Bewertungsbedingungen bzw. die Durchsetzung inkongruenzfördernder Werte und Normen beschränkt hatte. Mit den drei Inkongruenzquellen trägt Speierer dem Sachverhalt Rechnung, dass bei fast allen Störungen inzwischen eine multifaktorielle Entstehung angenommen wird. Eine gesunde organismische Selbstentfaltungstendenz ist insbesondere nach einem chronifizierten Krankheitsverlauf nicht unbedingt unmittelbar wieder aktivierbar, wenn nicht auch die damit einhergehenden bio-neuropsychologischen Dispositionen und die soziale und materielle Lebenssituation mitbedacht und mitbehandelt werden. Sofern die Ätiologie der Störung nicht überwiegend im sozialkommunikativen Bereich liegt, postuliert Speierer eine suboptimale Wirksamkeit, wenn nicht gar Unwirksamkeit der “gesprächspsychotherapeutischen Standardmethode” als einziger Behandlungsstrategie (Speierer, 1994, S.54). Der Autor bezieht sich dabei insbesondere auf Schizophrenien und einen Teil schwerer Persönlichkeitsstörungen. Die lebensereignisbedingten Inkongruenzquellen tragen der Bedeutung kritischer Lebensereignisse und traumatischer Erfahrungen bei seelischen Störungen Rechnung.

2.2 Praxisbewährung

2.2.1 Konzepte und Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis

Feselmayer & Heinzel sprechen von “zwei selbständigen Therapien” bei Suchtkranken indem sie betonen, dass neben der Erzielung der Abstinenz die zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörungen bearbeitet werden müssen (Feselmayer & Heinzel, 1985, S.41).

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeitserkrankung ist, wie jede Behandlung in der Gesprächspsychotherapie, eine Behandlung von Inkongruenzen. Die Inkongruenzen bei Alkoholabhängigkeitssyndrom unterliegen jedoch einer besonderen Dynamik. Der Grund ist, dass Alkohol beim Suchtkranken kurzfristig zu einer “Reduktion von Angst, Unsicherheit und Spannungen führt” (Feselmayer et al., 1985, S.42). Dies sei eine positive Erfahrung, die der Suchtkranke in seine Selbststruktur einbaue. Eine Untersuchung von Köhler (1977) belegt, dass eine Diskrepanz zwischen Wunsch- und Selbstbild, mithin eine Inkongruenz im Selbst der Patienten oft als Auslöser des Trinkverhaltens erscheint.
Zur Behandlung von Alkoholabhängigen haben verschiedene Autoren innerhalb der Gesprächspsychotherapie spezifische Störungskonzepte und Therapieadaptationen vorgeschlagen und im klinischen Alltag erprobt (Feselmayer et al., 1985; Grüß, 1983; Jülisch-Tscheulin, 1988; Luderer, 1986; Swildens, 1991).
Feselmayer et al. postulieren, dass integratives Handeln in der Gesprächstherapie “nicht nur ein erlaubter sondern auch ein für unsere alkoholkranken Patienten notwendiger Ansatz im therapeutischen Vorgehen” sei (Feselmayer et al., 1985, S. 39). Die Autoren betonen die Notwendigkeit, dem Patienten gegenüber empathisch, dem Suchtmittelgebrauch gegenüber aber konfrontierend zu sein. Entsprechend werden folgende Ziele der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten hervorgehoben:

- Selbstexploration durch Empathie und Akzeptanz im therapeutischen Beziehungsangebot fördern
- Wahrnehmung bisher verleugneter Gedanken und Gefühle erleichtern
- zulassen authentischer Gefühle und Erfahrungen ermöglichen
- Auseinandersetzung mit dem inkongruenten Selbstbild
- zulassen von andeutungsweisem bis zu intensivem Erleben von Inkongruenz
- entwickeln und wahrnehmen von Erfahrungen, die mit dem Organismus kongruent sind. Als ein zentraler Punkt ist die Krankheitseinsicht in den Alkoholismus anzusehen
- erarbeiten neuer Therapieziele, die sich mit den Auslösefaktoren des Suchtmittelkonsums auseinandersetzen

(nach Feselmayer et al., 1985, S. 47)

Luderer hebt die Notwendigkeit von Informationsvermittlung in der gesprächspsychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung hervor. Er betont, dass diese am "Erleben der Patienten anknüpfen müssen" (Luderer, 1986, S. 450). Insbesondere innerhalb der gesprächspsychotherapeutischen Gruppentherapie mit alkoholabhängigen Patienten wird die Notwendigkeit einer vergleichsweise hohen Aktivität des Gruppenleiters, zumindest zu Beginn der Behandlung, betont, da die Patienten nicht in der Lage seien, sich zu Beginn gegenseitig akzeptierend zuzuhören. "Sie verhielten sich teils schweigend, teils behinderten sie den Selbsterfahrungsprozess der anderen Gruppenteilnehmer durch Informationsfragen, Bewertungen und Interpretationen" (Luderer, 1986, S. 452). Wie alle anderen Autoren betont Luderer die Akzeptanz der Abstinenz als Voraussetzung, ohne die es kein gesprächspsychotherapeutisches Beziehungsangebot geben könne.
Grüß (1983) betont zusätzlich, dass der Abbau von Verleugnen, Bagatellisieren, Rationalisieren und Projizieren ein Teilziel der Behandlung darstelle. Es könne nicht vorausgesetzt werden, dass der Patient diese störungsspezifische Abwehr schon im Erstgespräch aufgibt. Entsprechend sei eine gezielten Förderung von Klientenmerkmalen günstig, die bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom eher gering ausgeprägt seien:

- Fähigkeit des konkreten und differenzierten Ansprechens individueller Erlebnisweisen von Problemsituationen
- Fähigkeit, die innere Befindlichkeit erkennen zu lassen
- Fähigkeit, häufig und intensiv mit innerer Anteilnahme auf die Gefühle anderer eingehen zu können (für die Gruppentherapie besonders notwendig)

Unter Hinweis auf die Verwirklichung der gesprächspsychotherapeutischen Therapierationale betont Grüß die Wichtigkeit der Transparenz gegenüber den Patienten. Sie wendet sich gegen ein konfrontatives Vorgehen, welches bei alkoholkranken Patienten lange Zeit favorisiert worden ist, jedoch letztlich therapeutisch offensichtlich unsinnig war und im Gegenteil motivationshemmend (vgl. Miller, Benefield & Tonigan,1993). Für die Gruppenpsychotherapie sieht sie es jedoch als notwendig an, insbesondere zu Behandlungsbeginn als "Anwalt der therapeutischen Zielsetzungen" hervorzutreten (Grüß, 1983, S. 188).

Zusammenfassend kann das Vorgehen im stationären Rahmen einer gesprächspsychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung wie folgt in 6 verfahrensspezifischen (v) und 5 störungsspezifischen Positionen (s) skizziert werden:

Verfahrensspezifische Positionen (v):

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie, die durch unbedingte Wertschätzung, Kongruenz und Empathie gekennzeichnet ist (v)
- durch Empathie und Akzeptanz Förderung der Selbstexploration (v)
- Förderung des Experiencing (v)
- *Verringerung des Insuffizienzerlebens* (v)
- Förderung der Auseinandersetzung mit und *Verringerung der Inkongruenz von Erfahrung und Selbst* (v)
- *Entwickeln und Wahrnehmen von selbstkongruenten Erfahrungen* (v)

Störungsspezifische Positionen (s):

- transparente Vermittlung der Behandlungsrationale der stationären Entwöhnungsbehandlung: *Abstinenzforderung*, Umgang mit Regeln, Therapieplanung (s)
- *Verbesserung der Wahrnehmung und Benutzung von individuellen Ressourcen* im Umgang mit Blockaden im Therapieprozess (s)
- explizite Einbeziehung des Patienten in die Therapieplanung und die Erarbeitung von Therapiezielen, die *sich auch mit den Auslösefaktoren des Suchtmittelkonsums auseinandersetzen* (s)
- Umsetzung der individuellen Therapieziele, *Erprobung in kritischen Belastungssituationen*, deren Vor- und Nachbereitung mit entsprechender Analyse rückfallauslösender Bedingungen (s)
- *Rückfälligkeit verringern*, bei Rückfällen Erneuerung des Therapiekontraktes mit entsprechenden Modifizierungen (s)

Ein Alkoholrückfall stellt keine Notwendigkeit dar, die Therapie zu beenden, sofern sich der Patient darauf einlassen kann, sich mit seiner Rückfälligkeit auseinander zu setzen.

Die dem Alkoholabhängigkeitssyndrom innewohnende Problematik, dass die Inkongruenzwahrnehmung zu Beginn einer Therapie teilweise behindert sein und auch fehlen kann, muss nicht gegen eine Indikation für eine Gesprächspsychotherapie sprechen, da durch diese die therapeutisch notwendige Inkongruenz, wie schon Rogers betonte, zumindest am Rande der Gewahrwerdung bewusst werden und so auch eine Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung entstehen kann.

2. 2. 2 Die Theorie des Differenziellen Inkongruenzmodells bei Alkoholabhängigkeitssyndrom

Störungsentstehung, Psychopathologie und Psychotherapierbarkeit

Die Gesprächspsychotherapie der Alkoholabhängigkeit nach dem Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) orientiert sich an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (Jacobs, Luderer, Speierer & Tasseit, 1998). Es berücksichtigt dispositionelle, lebensereignisbedingte und sozialkommunikative Inkongruenzquellen. Dadurch kann beim einzelnen Patienten ein differenziertes individuelles Entstehungsmodell der Erkrankung erarbeitet werden. Das Modell bezieht die bei dieser Erkrankung häufige Komorbidität mit anderen Störungen mit ein, sodass die möglicherweise bestehenden psychischen Zusatzerkrankungen ausreichend berücksichtigt werden können, ebenso wie die psychischen und sozialen Folgeerscheinungen.

Eine störungsspezifische Charakterisierung der Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigkeitssyndrom muss zunächst das gesprächspsychotherapeutische Modell psychischer Störungen berücksichtigen, in dessen Zentrum das Inkongruenzerleben steht.
Entsprechend wird angenommen, dass das Einsetzen des Suchtmittels das Inkongruenzerleben verringert oder behindert. Das Einsetzen des Suchtmittels kann als ein Versuch gesehen werden, die leidvoll erlebte Inkongruenz abzuwehren. Insbesondere bei langjährigem Alkoholkonsum erscheint es für den Klienten schwierig, eine personnahe Störungstheorie zu entwickeln mit persönlich wahrgenommener Verantwortung für das Trinken, da der eigentliche Auslöser des Trinkens, die zugrunde liegende Inkongruenz zwischen dem Selbst und den Erfahrungen, immer schwieriger zu identifizieren ist. Weiterhin ist zu beachten, dass die Komorbidität bei Alkoholabhängigkeitssyndrom das Erleben personbezogener Inkongruenzerfahrungen weiter verringern kann.

Erste Hypothesen zur Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigkeitssyndrom wurden anhand transkribierter Selbstaussagen von PatientInnen (zum Befragungszeitpunkt abstinent im Krankenhaus) entwickelt. Dabei zeigte sich, dass unmittelbar nach der Entgiftung, obwohl das Suchtmittel, das die Inkongruenzwahrnehmung getrübt hatte, entzogen ist, bei den Patienten eine Zunahme des Inkongruenzerlebens im Allgemeinen und spezieller ein auf die Person bezogenes Inkongruenzerleben etwa in Form der o.a. Symptome der Inkongruenzdynamik oder in Form von Krankheitseinsicht nicht regelmäßig erwartet werden kann. Daher konnte bei diesen Patienten auch keine Motivation für eine Gesprächspsychotherapie festgestellt werden und eine positive Empfehlung für eine Gesprächspsychotherapie nicht gegeben werden.

Andererseits konnte kasuistisch auch gezeigt werden, dass nach der Entgiftung bei Suchtpatienten ebenso stärkeres Inkongruenzerleben und Inkongruenzsymptome auftreten können. Zusammen mit Krankheitseinsicht und der Erkenntnis psychosozialer Zusammenhänge entsteht die Motivation nach persönlicher Veränderung in einer Psychotherapie, wodurch eine positive Indikation zur Gesprächspsychotherapie gegeben ist. Die kasuistischen Befunde konnten inzwischen durch empirische Inkongruenzanalyseergebnisse einer Gruppe von 96 entgifteten chronischen Alkoholpatienten, die ohne psychotherapeutische Weiterbehandlung aus stationärer Behandlung entlassen wurden, im Vergleich zu einer Gruppe von 180 Suchtpatienten mit überwiegend chronischer Alkoholabhängigkeit, die nach der stationären Entgiftung stationär oder ambulant gesprächspsychotherapeutisch weiterbehandelt wurden, bestätigt und differenziert werden. Danach erlebten sich die Suchtpatienten, die nach der Entgiftung entlassen wurden, weniger belastet und verfügten über mehr gesunde Ressourcen als die gesprächspsychotherapeutisch Weiterbehandelten. Ihre Erlebenswerte lagen innerhalb der Norm der Nichtpatienten. Eine Indikation der Gesprächspsychotherapie war nicht gegeben. Die Ablehnung des Angebots einer psychotherapeutischen Suchtbehandlung bzw. Suchtrehabilitation durch diese Patientengruppe konnte durch die Inkongruenzanalyseergebnisse erhellt werden.

Auch die mit Gesprächspsychotherapie behandelten Suchtpatienten verfügten über gesunde Ressourcen innerhalb der Norm der Nichtpatienten. Sie waren jedoch nach der gesprächspsychotherapeutischen Störungstheorie erheblich beeinträchtigt. Sie zeigten Belastungen oberhalb oder an der oberen Grenze der Norm von Nichtpatienten in ihrer Beeinträchtigung durch Leitsymptome psychiatrischer Störungen, durch Inkongruenzquellen, sozialkommunikative Faktoren, Inkongruenzsymptome und Insuffizienzerleben. Bei ihnen war daher eine positive Indikation zur Gesprächspsychotherapie gegeben und die Motivation für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung verständlich (Speierer 2005a).

Die Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigkeitssyndrom ist nach Speierer (1994) bei den Patienten mit einer Indikation zur Gesprächspsychotherapie gekennzeichnet durch das Vorhandensein sozialkommunikativer Inkongruenzquellen, mehr noch durch lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen. Im Hinblick auf die aktuelle Erfahrung: erlebte Verhaltenseinschränkungen in Bezug auf Rückzugstendenzen, überwältigende und überschießende Reaktionen, Insuffizienzerleben und Belastungsintoleranz. Generalisierte Symptome auf körperlicher und/oder seelischer Ebene und negative Selbsteinschätzung konnten nicht erfasst werden. Das aktuelle Selbstkonzept wird eher positiv beschrieben, jedoch benennt Speierer dies anfangs als Selbst(ideal)konzept. Entsprechend postuliert Speierer, die Selbstwertschätzung wirke nicht beeinträchtigt (Speierer, 1994, S.171).

Lebenserfahrungskonstrukte nehmen einen wichtigeren Platz ein als Wertintrojekte. Inkongruenzbewältigungsstrategien sind deutlich geringer ausgeprägt als pathogene, inkongruenzvergrößernde Strategien, hier im Wesentlichen negative Generalisierungen als Inkongruenzvermehrer. Speierer kommt angesichts der negativen Psychotherapieindikation bei zahlreichen, wenn nicht der Mehrheit der entgifteten Alkoholpatienten, zu einer pessimistischen Aussage: "... Leitthema der Inkongruenz dieser Personen mit ... Alkoholabhängigkeit kann daher als Leiden an der Ungerechtigkeit und den Widrigkeiten einer 'schlechten' (Um)welt postuliert werden. Es verhindert die (An)erkennung persönlicher Verantwortung am eigenen psychophysischen Leiden und die Verleugnung bzw. das Fehlen von Krankheitseinsicht im Sinne des Leidens an der eigenen Person" (Speierer, 1994, S.173).

Bei den Alkoholpatienten bei denen nach dem o.g. eine positive Indikation gegeben ist, können verfahrensspezifische (v) und störungsspezifische therapeutische Wirkungen (s) einer Gesprächspsychotherapie erwartet werden.

Sie beinhalten:

-verfahrensspezifische Wirkungen (v):

- Abnahme der Belastung durch Inkongruenzquellen (v)
- Abnahme von Inkongruenzsymptomen (v)
- Zunahme von salutogenen persönlichen Ressourcen und selbstkongruenten Erfahrungen (v)
- angemessenere Inkongruenzbewältigungsstrategien auf der kognitiven, emotionalen und der Handlungsebene (v)
- Inkongruenztoleranz d.h. die Anerkennung von Inkongruenz und Inkongruenzsymptomen, da in jedem menschlichen Erleben unvermeidbare selbst-inkongruente Erfahrungen nicht bearbeitet und aufgelöst werden können, sondern auch ohne Selbstwertverlust toleriert werden müssen. Im besonderen Fall der Abhängigkeitserkrankungen gehört dazu das süchtige Verlangen (craving) anzuerkennen und fähig zu werden, ihm zu widerstehen (v + s).

störungsspezifische Wirkungen (s):

- Abstinenz (bzw. verringerter Alkoholkonsum), dadurch, dass das Verlangen nach psychotropen Substanzen durch selbstkongruentere Erfahrungen im nüchternen Zustand verringert wird (s)
- Abnahme der Begleitsymptome (Komorbiditätssymptome) (s)
- Krankheitswissen durch Einsicht in die Zusammenhänge zwischen den Quellen von selbst-unverträglichen Erfahrungen und seelischem Leiden sowie körperlichen Krankheitssymptomen (s)

(Speierer, 2005b)

Neben den störungsspezifischen Wirksamkeitskriterien der Abstinenz und der Komorbiditätssymptome ergibt sich aus den für die Störungs- und gleichzeitig auch die

Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie wesentlichen veränderungsrelevanten Konstrukten der Kongruenz und der Inkongruenz in ihren Operationalisierungen durch das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) die Möglichkeit, die behandlungsspezifischen innerpsychischen Veränderungen, die die Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten bewirkt, nachzuweisen. Sie stellen eine interessante Erweiterung dar, die Effektivität der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholabhängigkeitssyndrom zu messen.

2.3 Empirische Erfolgskontrollen

Bei meiner Literatursuche zu Wirksamkeitsstudien der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten stieß ich auf drei Studien mit Kontrollgruppen und drei Untersuchungen ohne Kontrollgruppen. Sie wurden mit stationär sowie auch mit ambulant behandelten Suchtpatienten durchgeführt. In einer Studien mit Kontrollgruppe und den drei ohne Kontrollgruppen wurden Methoden der Inkongruenzanalyse verwendet, die im Rahmen des Differenziellen Inkongruenzmodells (DIM) entwickelt wurden und dort beschrieben werden (Speierer 1994, 2005b).

2.3.1 Untersuchungen mit Kontrollgruppen

Ends & Page (1959) untersuchten alkoholabhängige Patienten im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. Es handelte sich um N=96 Patienten, von denen N= 63 an der Untersuchung vollständig teilnahmen. Diese hatten eine lange Krankheitsgeschichte exzessiven Trinkens. Sie wurden in 16 Gruppen mit je 6 Patienten eingeteilt. Vier unterschiedliche Therapeuten wendeten die folgenden vier Verfahren im Rahmen von Gruppenpsychotherapien (3 Sitzungen pro Woche über 5 Wochen) an:

- Lerntheoretisch orientiert nach Mowrer (1950) bzw. Ends & Page
- Gesprächspsychotherapeutisch orientiert nach Rogers (1942, 1951, 1954)
- Psychoanalytisch orientiert nach Alexander & French (1954)
- Diskussionsgruppe ohne therapeutische Interventionen als Kontrollgruppe

Die Therapeuten hatten mehrere Jahre Berufserfahrung und zuvor an einem speziellen Training teilgenommen, sodass die Verfahren adäquat angewendet werden konnten.
Als Untersuchungsinstrumente wählten die Autoren die Q-Sort-Technik (Stephenson, 1953) und den MMPI (Hathaway & McKinley, 1942).

In der Regressionsanalyse ergab sich, dass sich bei der lerntheoretisch orientierten Gruppe die Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal vergrößert hatte, was von den Autoren so interpretiert wurde, dass Selbstkritik anstieg und Selbstakzeptanz und Selbstwert sanken.
Bei der gesprächspsychotherapeutisch orientierten Gruppe zeigte sich eine angemessenere Wahrnehmung des Selbst, eine verbesserte Selbstakzeptanz (Reduktion der Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal), das Selbst bewegte sich dabei auf das anfangs formulierte Ideal zu. Außerdem wurde das Ideal in Richtung des sich verändernden Selbst hin modifiziert. Das Ideal war hierbei weniger stabil als das Selbst. Die Autoren werteten dieses Ergebnis als therapeutische Restrukturierung hin zu einer günstigeren Selbstwahrnehmung, die eine integrierte Veränderung möglich macht, ohne Widerstände und Fixierungen auf frühere Ideale.
Die analytisch orientierte Gruppe zeigte ebenfalls Verbesserungen der Selbst-Ideal-Diskrepanz, jedoch war die Veränderung so, dass sich das Selbst auf ein Ideal hin zu bewegte, dieses Ideal unverändert blieb, was als möglicherweise nicht realitätsgerechte und als unrealistische Veränderung bezeichnet wurde.
Die Kontrollgruppe veränderte ihr Ideal in ungünstiger Art und Weise, das Selbst veränderte sich auch, jedoch waren die Veränderungen unsystematisch und hin zu einer ungünstigeren Selbstwahrnehmung. Auch die Diskrepanz zwischen Selbst und Ideal stieg an.
In der Untersuchung von Ends & Page wurden Katamnesen nach 6 Monaten, 1 Jahr und 1,5 Jahren durchgeführt. Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigten die gesprächspsychotherapeutisch und die analytisch orientierte Gruppe signifikant mehr erfolgreiche Therapieergebnisse, in dem Sinne, dass mehr Patienten nicht oder nur punktuell alkoholrückfällig geworden waren. Die Veränderungen der gesprächspsychotherapeutisch behandelten Gruppe waren auf dem 1%-Niveau, die der psychoanalytisch behandelten Gruppe waren auf dem 5% Niveau signifikant. Signifikant (auf dem 2%-Niveau) weniger Patienten der Gesprächspsychotherapiegruppe mussten sich einer erneuten Behandlung in der Klinik unterziehen.

Miller et al. (1993) untersuchten Therapiestile bei Motivationsgesprächen von AlkoholpatientInnen. Bei dieser Untersuchung erhielten 42 AlkoholpatientInnen 2 Motivationsgespräche. Es handelte sich hier nicht um einen Vergleich unterschiedlicher Therapien, sondern um Methoden im Rahmen von Beratungsgesprächen. Die PatientInnen wurden 3 unterschiedlichen Gruppen zugeteilt:

- Direktiv-konfrontative Beratung
- Klientenzentrierte Beratung, orientiert an einer “accurate empathy”
  (nach Rogers, 1959, zitiert nach Miller et al., 1993)
- Warte-Kontrollgruppe

In den Behandlungsgruppen kam es zu einer signifikanten Reduktion der Trinkmenge im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zwischen den Behandlungsgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede. Dagegen konnte ein Zusammenhang zwischen Therapeutenverhalten und Patientenverhalten nachgewiesen werden: je konfrontativer und weniger klientenzentriert der Therapiestil war, desto mehr tranken die PatientInnen und entwickelten Widerstände. Von den 4 Patienten, die bei der 1- Jahres-Katamnese alkoholabstinent waren, hatten außerdem alle an der klientenzentrierten Motivationsbehandlung teilgenommen.

Jacobs & Bangert (2003) verglichen die Effekte einer Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus mit den Effekten einer qualifizierten Entgiftung mit soziotherapeutischen Maßnahmen. Beide Behandlungsformen zeigten Verbesserungen im prä-post-Vergleich in den verwendeten Messinstrumenten: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) (Speierer 1997, 2005b), Symptomcheckliste SCL-90R (Derogatis, 1994) und im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Signifikant bessere Ergebnisse zugunsten der Gesprächspsychotherapie zeigte allein der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV.

2.3.2 Untersuchungen ohne Kontrollgruppen

In einer Studie **(Speierer, 2000a)** mit N=37 tschechischen AlkoholpatientInnen, die in einem stationären setting mit Gesprächspsychotherapie weiterbehandelt worden waren, ergaben sich gemessen mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) im prä-post Vergleich mehrere signifikante Veränderungen, die im Sinne der Störungstheorie der Gesprächspsychotherapie interpretiert werden können (s.u.).

- Verbesserung des Selbstvertrauens ($p<.001$)
- Stärkung gesunder Selbstkonzeptanteile ($p<.001$)
- Gesunde selbstkongruente Erfahrungen ($p<.001$)
- Verringerung des Insuffizienzerlebens ($p<.001$)

Weitere empirische Ergebnisse **(Speierer, 2000b)** weisen darauf hin, dass das Insuffizienzerleben alkoholabhängiger Personen mit der Motivation und der Motivierbarkeit für eine psychotherapeutische Behandlung eng zusammenhängt.
In der Untersuchung des subjektiven Erlebens von 144 AlkoholpatientInnen in der 97 gesprächspsychotherapeutisch weiterbehandelte AlkoholpatientInnen mit 47 nach der Entgiftung sofort entlassenen AlkoholpatientInnen verglichen wurden, zeigte sich, dass die

PatientInnen, die sich für eine psychotherapeutische Behandlung entschieden, durch ein höheres Ausmaß an Insuffizienzerleben gekennzeichnet waren als die PatientInnen, die nicht bereit waren, eine Therapie zu absolvieren.

In einer kürzlich veröffentlichten Studie **(Speierer, 2005b)** wurden u.a. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der individuellen Inkongruenz Analyse Profile auch im Vergleich zu den an Nichtpatienten standardisierten z-Skalen des Regensburger Inkongruenz Analyse Inventars (RIAI) bei 57 abstinenten Alkoholpatienten 35 nicht abstinenten Alkoholpatienten und 4 Drogenpatienten nach ihrer Entgiftung ohne psychotherapeutische Weiterbehandlung verglichen.

Hauptergebnisse waren:

- Abstinente und nicht abstinente Alkoholpatienten ohne psychotherapeutische Weiterbehandlung unterschieden sich nicht signifikant.

- Die Gruppenmittelwerte in den 6 untersuchten Merkmalen der Inkongruenzdynamik (s. u.) lagen im mittleren Bereich (M+/- 1s) der Nichtpatienten. Eine fehlende Motivation dieser Patientengruppe zur Psychotherapie werde so verstehbar (Speierer 2005).

- Am Ende einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von 65 Alkoholpatienten mit durch Laborkontrollen überprüfter Abstinenz waren in 5 von 6 Bereichen der Inkongruenzdynamik statistisch hochsignifikante ($p < .001$) therapeutische Veränderungen mit klinisch relevanten Effektstärken ($ES > 0.30$) nachweisbar:
  1. Die gesunden selbstkongruenten Erfahrungsanteile (Ressourcen) nahmen zu.
  2. Die Belastung durch das Gesamt der Inkongruenzquellen nahm ab.
  3. Die Beeinträchtigungen durch das Gesamt der Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I (Saß, H.; Wittchen, H. U. & Zaudig, M., 1996) nahmen ab.
  4. Die Belastung durch negative sozialkommunikative Erfahrungen nahm ab.
  5. Beeinträchtigungen durch Insuffizienzerleben in der Gegenwart nahmen ab.
  6. Allein die Beeinträchtigungen durch die gegenwärtig vorhandenen Inkongruenzsymptome nahmen nicht ab.

2.3.3 Zusammenfassung der empirischen Studienergebnisse

In den zitierten Studien wurde ein differenziertes Wirkungsspektrum der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten erkennbar.
Aus den Studien mit Kontrollgruppen können als eher verfahrensspezifische, d.h. für die Gesprächspsychotherapie kennzeichnende Wirkungen, eine Verringerung der Diskrepanz zwischen Selbst und Idealbild als Teil von Inkongruenzerleben und eine Verbesserung des Selbstkonzepts sowie Erfahrungen von mehr Gelassenheit, Entspannung und Optimismus als Teile von Kongruenz erkannt werden. Hinzu kommt als störungsspezifische Wirkung eine auch katamnestisch aufrecht erhaltene Abstinenzrate und Reduktion der Trinkmenge.
Die Studien ohne Kontrollgruppen ermöglichen Hypothesen zur Motivation und zur Indikationsstellung der Gesprächspsychotherapie bei alkoholbedingten Störungen in Abhängigkeit von Merkmalen der Kongruenz, Inkongruenz und Insuffizienz im Patientenerleben sowie Hypothesen zur Beschreibung störungsspezifischer Krankheitssymptome und verfahrensspezifischer Erlebensänderungen in den Bereichen von Inkongruenz und Kongruenz bei erfolgreichem Behandlungsabschluss. Diese können mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) störungsbezogen und gesprächspsychotherapiespezifisch auf standardisierten z-Skalen erfasst werden.
Sie sind folgendermaßen zusammen zu fassen:
Bei ausgeprägtem (im Vergleich zu Nichtpatienten überdurchschnittlichem) Insuffizienzerleben ist eine Motivation zu einer Gesprächspsychotherapie zu erwarten und ein positive Indikation und Prognose derselben gegeben (wegen der vergleichsweise engen Zusammenhänge von erfahrener Insuffizienz, Selbstbeeinträchtigung und dem Erleben von Inkongruenz).
Für das Verfahren Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten als spezifisch anzusehende Wirkung ist die Zunahme von selbstkongruenten Erfahrungen mittelbar durch eine Stärkung der gesunden Ressourcen des Selbst. Eine Abnahme von selbstinkongruenten Erfahrungen ist durch die Reduktion der Belastung durch Inkongruenzquellen, eine Abnahme des Insuffizienzerlebens und eine verbesserte Inkongruenztoleranz zu verzeichnen. Die erzielten Ergebnisse erreichen den Normbereich von Nichtpatienten.
Als störungsspezifische Veränderungen durch Gesprächspsychotherapie kann eine Abnahme von Leitsymptomen psychischer Störungen m. a. W. der Komorbiditätssymptome in den Normbereich von Nichtpatienten und die Erzielung von Abstinenz bei einem Teil (ca 45%) der Patienten erwartet werden, die eine Behandlung mit einer positiven Indikation für die Gesprächspsychotherapie beginnen.

Empirischer Teil

3. Gegenstände und Hypothesen der empirischen Untersuchung

Im empirischen Teil der Arbeit werden einige der störungsspezifischen und verfahrensspezifischen Effekte der Gesprächspsychotherapie aus den o.a. Untersuchungen, die bisher nicht oder nur einmalig in Kontrollgruppenuntersuchungen abgesichert sind, erstmals in einer Wirksamkeitsstudie mit Kontrollgruppe und katamnestischer Befragung überprüft bzw. nachuntersucht.
Die Arbeit stellt also eine Verbreiterung der bisher geringen Datenbasis und Aussagekraft der kontrollierten Untersuchungen über die Effektivität der Gesprächspsychotherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Alkoholabhängigkeitssyndrom und eine notwendige Überprüfung und Ergänzung der o. a. neueren Untersuchungen dar.
Erstens werden die dort entwickelten vom Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) abgeleiteten theoretischen Überlegungen, Methoden und Ergebnisse zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Behandlungsende unter realistischen klinischen und kontrollierten Bedingungen einer stationären Entwöhnungsbehandlung großenteils zum ersten Mal überprüft.
Zweitens wird die Aufrechterhaltung der verfahrensspezifischen und eines Teils der störungsspezifischen Wirkungen einer Gesprächspsychotherapie bei Alkoholpatienten erstmals katamnestisch abgesichert.

Neu überprüft werden zu den *verfahrensspezifisch erwarteten Wirkungen* einer Gesprächspsychotherapie:

1. die Abnahme von Inkongruenz

Dazu wurde aus den Annahmen zur Inkongruenz bei Rogers und Speierer s.o. die Hypothese 1 gebildet.

Hypothese 1:

Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Belastung durch Inkongruenzquellen (H 1.1).
Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Inkongruenzsymptome (H 1.2).

2. die Zunahme von Kongruenz

Dazu wurde aus den Annahmen zur Kongruenz bei Rogers und Speierer die Hypothese 2 gebildet.

Hypothese 2:

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

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

3. die Abnahme von Insuffizienzerleben

Wegen der Bedeutung des Merkmals für die Inkongruenzdynamik, für die Indikationsstellung und die Wirkung der Gesprächspsychotherapie bei Suchtpatienten aus den neueren Untersuchungen (s o. 2.3.2) wurde die Hypothese 3 gebildet.

Hypothese 3:

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

Neu überprüft wurden zu den *störungsspezifisch erwarteten Wirkungen* einer Gesprächspsychotherapie:

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

Aus den ohne Kontrollgruppen erkennbaren Ergebnissen der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Suchtpatienten (s.o.2.3.2) wurde die Hypothese 4 gebildet.

Hypothese 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:

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

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

Die durch Laboruntersuchungen gesicherten Abstinenzraten bei Therapieende aus den neueren Untersuchungen (s. o. 2.3.2) und die Katamneseergebnisse der älteren Untersuchungen mit Kontrollgruppen (s. o. 2.3.1) führten zur Hypothese 6.

Hypothese 6:

Die Gesprächspsychotherapie führt in der Entwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten zu einer über das Behandlungsende hinausgehenden längerfristigen Abstinenz und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges.

4. Stichproben und Untersuchungsmethodik

4.1 Beschreibung und Auswahl der Behandlungs- und Kontrollgruppe

Die Untersuchung ist eine klinische Feldstudie und entstand aus meiner Arbeit als Gesprächspsychotherapeutin mit alkoholabhängigen Patienten in der Fachklinik Fischerhaus (s.o.). Es sollte die Wirksamkeit des gesprächspsychotherapeutischen Verfahrens bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom (bei chronifiziertem Suchtverlauf und Doppeldiagnosen) überprüft werden. Zur Suche nach einer der Behandlungsgruppe vergleichbaren Kontrollgruppe waren folgende Überlegungen maßgebend:

Die gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patientengruppe besteht aus mir zufällig zugeteilten Patienten, die in der Fachklinik Fischerhaus zu einer Langzeitalkoholentwöhnung aufgenommen wurden. Sie erhalten

- 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 als Psychologischer Psychotherapeutin mit Zusatzausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) entsprechend den gesprächspsychotherapeutischen Therapierationalen durchgeführt. Psychotherapeutische Interventionen erfolgen im Rahmen des Bezugstherapeutensystems durch den Einzeltherapeuten/ die Einzeltherapeutin. Die ausgewählten Patienten waren mir als Bezugstherapeutin zugeteilt.

Zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie ergeben sich im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung weitere Einflussgrößen durch:

- soziale Betreuung der Patienten
- medizinische Versorgung
- Sicherung der Wohnsituation
- Einbindung in Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmaßnahmen

Die vorgenannten Einflussgrößen sind normalerweise in einem Leben außerhalb einer Klinik nicht gegeben. Beim Alkoholabhängigkeitssyndrom führt dies im Besonderen bei den im Zentrum stehenden chronifizierten Patienten 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 unterschiedlichen Umgebungsbedingungen 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 der Zugang zu unbehandelten Alkoholpatienten gegeben, die ebenfalls Betreuungsbedingungen wie die Behandlungsgruppe erfahren:

- soziale Betreuung
- medizinische Versorgung
- Sicherung der Wohnsituation
- Einbindung in Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmaßnahmen

Die Kontrollgruppe besteht aus diesen Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom, die sich keiner Entwöhnungsbehandlung unterziehen. Sie sind in sozialarbeiterisch betreuten Wohnheimen nach § 72 BSHG (seit 01.01.05 = § 67 SGB XII) untergebracht.

Sie wurden durch die Mitarbeiter dieser Einrichtungen sowie mittels eines Kurzfragebogens, der die Kriterien für Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD-10 erfragte, als alkoholabhängig diagnostiziert (siehe Anhang 1).
Zu erwähnen ist weiter, dass in den Einrichtungen, in denen die Alkoholpatienten der Kontrollgruppe leben, die Bewohner zeitweise zu Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken gehen, um danach in die "trockenen Bereiche" dieser Einrichtungen überzuwechseln. Durch diese Auswahl war eine der Behandlungsgruppe vergleichbare Kontrollgruppe gegeben.

4.2 Variablen und Methoden der Datengewinnung

Zur Prüfung der Hypothesen wurden folgende Variablen definiert:

Die Behandlungsbedingungen der **Behandlungsgruppe:**
Unabhängige Variable:
- 2-3x pro Woche je 1.5 Std. Gesprächspsychotherapie in Gruppen von 8 bis 12 Teilnehmern.
- Zusätzlich mindestens eine gesprächspsychotherapeutische Einzelsitzung pro Woche mit einer Dauer von 50 Min.

Die Behandlungsbedingungen der **Kontrollgruppe:**
Unabhängige Variable:
- keine gesprächspsychotherapeutische Behandlung

Kontrollvariable und deren Messung in der Behandlungs- und Kontrollgruppe:
- das allgemeine Betreuungskonzept der Klinik bzw. der jeweiligen Heimbehandlung (Dieses enthält: soziale Betreuung der Patienten, medizinische Versorgung, gesicherte Wohnsituation, Einbindung in Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitmaßnahmen.)

- demographische Daten (Alter, Schulabschluss, Berufsausbildung, Arbeitsplatzsituation, Familienstand und Lebensform) (RIAI Speierer, 1997, 2005b)

Abhängige Variable und deren Messung in der Behandlungs- und Kontrollgruppe

Zur Erfassung der **störungsspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie** wurden verwendet:

während der Behandlungsphase:

- **Alkoholkonsum: Abstinenz bzw. Trinkmenge**

Bei den Patienten der Behandlungsgruppe wurden regelmäßig Alkoholkontrollen durch MitarbeiterInnen der Klinik durchgeführt. Darüberhinaus bestehen Selbstauskünfte der Patienten. Bei der Kontrollgruppe wurden die Einschätzungen der betreuenden Sozialarbeiter zusätzlich zu Selbstauskünften der Patienten zugrundegelegt.

Belastung durch Komorbiditätssymptome

1. Skala: Gesamtbelastung mit Leitsymptomen psychischer Störungen der DSM Achse I (RIAI B 8, Speierer 2005b)
2. Skala: Gesamtsymptomindex (GSI: Symptomcheckliste SCL 90-R (Derogatis, 1992))

Zur Erfassung der **verfahrensspezifischen Wirkungen der Gesprächspsychotherapie** wurden verwendet:

- **Inkongruenz**

3. Skala: Inkongruenzquellengesamtbelastung (RIAI B 4, Speierer 2005b)
4. Skala: Inkongruenzsymptome (RIAI B 5, Speierer 2005b)
5. Skala: Insuffizienzerleben (RIAI 11, Speierer 2005b)

- **Kongruenz**

6. Skala: Gesunde Selbstkonzeptanteile (RIAI B2, Speierer 2005b)
7. Skala: Gesunde Gesamterfahrungen (RIAI B1, Speierer 2005b)

Bei der **katamnestischen Erhebung 4-6 Monate nach Behandlungsende** wurden in der Behandlungs- und Kontrollgruppe untersucht:

- **Alkoholkonsum: Abstinenz bzw. Rückfälligkeit (Alkoholkonsum)**

Das Abstinenzkriterium in der Behandlungsgruppe und in der Kontrollgruppe wurden über Selbstauskünfte (siehe Rückfallfragebogen im Anhang) erfasst. Bei der Katamnesebefragung ergänzte bei den meisten Teilnehmern der Behandlungsgruppe ein persönliches Telefongespräch die Einschätzung. Bei einigen Teilnehmern konnten auch fremdkatamnestische Daten erhoben werden durch den Kontakt mit Angehörigen und/oder Betreuungspersonen nach dem angegebenen Katamnesezeitraum (vgl. Tab.7, S.70). Bei der Kontrollgruppe fand die Fragebogenerhebung mit einem persönlichen Kontakt zur Versuchsleiterin und/oder den betreuenden Sozialarbeitern statt, sodass auch hier Angaben zu Abstinenz/Alkoholkonsum als fremdvalidiert angesehen werden können, soweit dies möglich ist.

- **Komorbiditätssymptome**

1. Skala: Gesamtbelastung mit Leitsymptomen psychischer Störungen der DSM Achse I (RIAI B 8, Speierer 2005b)
2. Skala: Gesamtsymptomindex (GSI: Symptomcheckliste SCL 90-R)

- **Inkongruenz**

3. Skala: Inkongruenzquellengesamtbelastung (RIAI B 4, Speierer 2005b)
4. Skala: Inkongruenzsymptome (RIAI B 5, Speierer 2005b)
5. Skala: Insuffizienzerleben (RIAI 9, Speierer 2005b)

- **Kongruenz**

6. Skala: Gesunde Gesamterfahrungen (RIAI B2, Speierer 2005b)
7. Skala: Gesunde Selbstkonzeptanteile (RIAI B1, Speierer 2005b)

4.3 Studiendesign

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. 2 dargestellt.

Abb. 2: Studiendesign

Vergleich der Veränderungseffekte in der Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe bei Therapieende nach 4-6 Monaten Behandlungsdauer

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

4.4 Beschreibung der Methoden zur Datengewinnung und Messung der Variablen

4.4.1 Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)

In dieser Untersuchung wird zur Erhebung der verfahrensspezifischen Merkmale der Gesprächspsychotherapie das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) eingesetzt. Anhand der vorliegenden Normen für Nichtpatienten können Abweichungen interpretiert werden. Das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) (Speierer, 1997a, 2005b) ist ein die Konstrukte der gesprächspsychotherapeutischen Störungstheorie operationalisierendes Messinstrument. Es dient der differenziellen Eingangs-, Prozess- und Ergebnisdiagnostik in der Gesprächspsychotherapie. Zur Entwicklung des Tests wurden PatientInnenaussagen mit Hilfe von Transkriptanalysen in Fragebogenitems umgewandelt. Diese Fragebogenitems wurden entsprechend dem oben beschriebenen Differenziellen Inkongruenzmodell (DIM) in 15 Merkmalsskalen gruppiert. Die Merkmalsskalen wurden wiederum zu 9 Bereichsskalen zusammengefasst. In einer ersten Veröffentlichung zu diesem Messinstrument (Speierer, 1997a) wurden auf der Grundlage einer Stichprobe von 233 Personen (193 NichtpatientInnen und 40 PatientInnen) erste Ergebnisse zur Reliabilität und Validität von 15 Merkmalsskalen und 9 Bereichsskalen des Regensburger Inkongruenz Analyse Inventars (RIAI) vorgestellt.

Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) besteht aus 5-stufig beantwortbaren Aussagen von "überhaupt nicht" (0) bis "sehr stark" (4). Erfasst werden Leitsymptome psychischer Störungen der DSM-Achse I, gegenwärtige (innerhalb der letzten 7 Tage) und vergangene Erfahrungen, Zukunftserwartungen sowie Einschränkungen in Bereichen des Denkens, Fühlens, Handelns, zwischenmenschliche Beziehungen und persönlich bedeutungsvolle Lebensereignisse. In der Form RIAI-A, die in der Studie verwendet wurde, besteht der Test aus 184 Items.

Empirische Studien (Speierer et al. 1997a, 2005b) belegen die theoretische und klinische Validität des RIAI als Instrument zur differenziellen Beschreibung unterschiedlicher Störungsformen, zur Klärung von Indikation, Prognosestellung, differenzieller Therapieplanung und Evaluation therapeutischer Veränderungen in der Gesprächspsychotherapie. Skalenmittelwerte zwischen PsychotherapiepatientInnen (N=40) und NichtpatientInnen (N=193) unterschieden sich in den 24 Skalen des Tests nach Bonferroni-Korrektur mit $p<0.05$ zwischen den beiden Gruppen. Auch die Inkongruenzquellen waren bei diesen beiden Gruppen signifikant unterschiedlich (Speierer, 1997a). Die Richtung der Unterschiede stimmte in allen Studien mit den in den Testskalen

operationalisierten Annahmen des Differenziellen Inkongruenzmodells überein, sodass Kriteriums- und Konstruktvalidität hierdurch belegt werden konnten. Eine zweite Studie bestätigte im Vergleich zwischen N=162 deutschen und N=89 tschechischen StudentInnen sowie 66 deutschen PatientInnen dieses Ergebnis (Speierer, 1998b). In einer dritten Studie wurden N=90 AlkoholpatientInnen, N=65 PsychotherapiepatientInnen und N=273 NichtpatientInnen verglichen und die Ergebnisse wiederum bestätigt (Speierer, 1998a). Die vierte Studie (Speierer, 1999) verglich 4 Teilstichproben von AlkoholpatientInnen aus Tschechien und Deutschland, nach einer Entgiftung entlassene deutsche PatientInnen (N=47), gesprächspsychotherapeutisch weiterbehandelte deutsche PatientInnen (N=66), gesprächspsychotherapeutisch weiterbehandelte tschechische PatientInnen (N=40), sowie nach Entgiftung entlassene tschechische PatientInnen (N=31) und konnte auch hier die Ergebnisse bestätigen.

Die Skalenreliabilitäten des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI) wurden anhand einer Stichprobe von N=652 PatientInnen und Nicht-PatientInnen ermittelt (Speierer, 2005b). Sie sind im Folgenden für die in der Studie relevanten Bereichsskalen und die Skala Insuffizienzerleben aufgeführt:

Tab.1 Skalenreliabilitäten

Skala	Cronbach´s Alpha
RIAI B1	.8537
RIAI B2	.8872
RIAI B4	.9022
RIAI B5	.9585
RIAI B8	.8413
RIAI 11	.8696

Zur Testnormierung wurde eine nicht-klinische Normierungsstichprobe herangezogen (N=446). Da die Daten der Testskalen der Normstichprobe überwiegend nicht normalverteilt waren, wurden Umrechnungstabellen in z-Werte (Mittelwert=0, Standardabweichung=1) für die Gesamtstichprobe und für Männer und Frauen getrennt erstellt. Die z-Werte wurden aus den Prozenträngen der Skalenrohwerte transformiert (Speierer, 2005b). Die Testauswertung erfolgt über ein speziell für den Test entwickeltes Auswerteprogramm.

Das RIAI besitzt 15 Merkmalsskalen und 9 Bereichsskalen. Die für die vorliegende Studie relevanten Bereichsskalen sind im Folgenden beschrieben:

RIAI B1: Gesamtwert für die gesunden Selbstkonzeptanteile. Personen mit hohen Skalenwerten haben ein positives Selbstvertrauen. Sie verfügen über gesunde Inkongruenzbewältigungsstrategien und Inkongruenztoleranz.

RIAI B2: Die gesunden Gesamterfahrungen. Hohe Werte in dieser Skala stehen für psychische Gesundheit im Sinne des Konzepts der Fully-Functioning-Person (Rogers 1959) bzw. der Kongruenzdynamik (Speierer 1994).

RIAI B4: Die Gesamtbelastung durch Inkongruenzquellen. Personen mit hohen Werten erleben sich durch unterschiedliche Inkongruenzquellen in mehrfacher Hinsicht stark belastet.

RIAI B5: Die pathogene Gesamtbelastung in der Gegenwart**.** Die pathogene Belastung einer Person durch die gegenwärtigen intraindividuellen und sozialkommunikativen Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome und Inkongruenzäquivalente. Personen mit hohen Werten erleben gegenwärtig "in den letzen sieben Tagen" unterschiedliche Inkongruenzerfahrungen und multiple Belastungssymptome.

RIAI B8: Die leitsymptomatische Gesamtbelastung in der Gegenwart.
Personen mit hohen Werten leiden unter einer multiplen psychischen und/oder somatischen Symptomatik, die sich an den Leitsymptomen der häufigsten psychischen Störungen orientiert, die in der ICD oder dem DSM definiert sind.

RIAI 11: Insuffizienzerleben in der Gegenwart.
Personen mit hohen Werten erleben in ausgeprägter Weise Insuffizienz, Leistungsversagen und Überforderung. Sie haben eine generalisierte negative Erfahrungsbewertung.

Für die Untersuchung wurden die Bereichsskalen gewählt, die eine Zusammenfassung der Einzelskalen darstellen.

Von den Skalen wurden die nicht berücksichtigt, die sich auf das Erleben in der Vergangenheit beziehen, da sich die Effektivitätsuntersuchung und damit der Vergleich zwischen Kontroll- und Behandlungsgruppe auf das Erleben in der Gegenwart beziehen soll. Die Merkmalsskala Insuffizienzerleben (RIAI 11) wurde gesondert betrachtet, da es sich hier um eine Merkmalsskala handelt, die in besonderer Hinsicht wesentlich für Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom erschien, insofern als das Insuffizienzerleben die Fähigkeit des Patienten am Abstinenzziel festhalten zu können, in hohem Maße beeinflusst.

Abb. 3 Skalen des RIAI im Überblick

15 Merkmalsskalen:

RIAI 1 Intrapsychische Inkongruenzquellen	RIAI 2 Sozialkommunikative Inkongruenzquellen Gegenwart	RIAI 3 Sozialkommunikative Inkongruenzquellen Vergangenheit	RIAI 4 Dispositionelle Inkongruenzquellen
RIAI 5 lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen	RIAI 6 Negative Zukunftsperspektive	RIAI 7 überschießende seelische und Körperfunktionen Gegenwart	RIAI 8 überschießende seelische und Körperfunktionen Vergangenheit
RIAI 9 Einschränkungen Denken, Fühlen Handeln Gegenwart	RIAI 10 Einschränkungen Denken, Fühlen Handeln Vergangenheit	RIAI 11 Insuffizienzerleben Gegenwart	RIAI 12 Insuffizienzerleben Vergangenheit
RIAI 13 Gesundes Selbstvertrauen	RIAI 14 Inkongruenzbewältigung / Inkongruenztoleranz	RIAI 15 aktuelle Kongruenzerfahrungen	

9 Bereichsskalen:

B1 Gesunde Selbstkonzeptanteile (RIAI 13-14)	**B2 Gesunde Gesamterfahrungen (RIAI 13-15)**	**B3 Interpersonelle Inkongruenzquellen**	**B4 Gesamtbelastung durch Inkongruenzquellen (RIAI 1,2,4,5,6)**
B5 Pathogene Gesamtbelastung Gegenwart (RIAI 1,2,7,9,11)	**B6 Pathogene Gesamtbelastung Vergangenheit**	**B7 Pathogene Gesamtbelastung Gegenwart und Vergangenheit**	
B8 Leitsymptomatische Gesamtbelastung Gegenwart	**B9 Leitsymptomatische Gesamtbelastung Vergangenheit**		

untersuchungsrelevante Skalen sind gelb gekennzeichnet

4.4.2 Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL)
- Alkoholabhängigkeit und schädlicher Gebrauch-

Das Untersuchungsinstrument Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL) dient dazu, entsprechend der gültigen internationalen Richtlinien, nach festgelegten und genau beschriebenen Kriterien eine operationalisierte Diagnostik des Alkoholabhängigkeitssyndroms zu ermöglichen und wurde in der Studie als eines der Instrumente zur Diagnostik des Alkoholabhängigkeitssyndroms eingesetzt.
Mit der Internationalen Diagnosen Checkliste für ICD-10 (IDCL) für Alkoholabhängigkeit und schädlichen Gebrauch wurden die alkoholabhängigen Patienten der Behandlungsgruppe in Form eines Interviews als alkoholabhängig diagnostiziert. Die Alkoholpatienten der Kontrollgruppe beantworteten schriftlich durch Ankreuzen entsprechend abgeleitete Fragen (siehe Anhang 1: Fragebogen zu Trinkgewohnheiten). Die Auswertung schriftlicher Befunde und/oder Selbstaussagen des Patienten können explizit für die Checkliste verwendet werden (Hiller, Zaudig, & Mobour, 1995, S. 25). Der Einsatz der Checkliste gewährleistete zusätzlich zu den fremdanamnestischen Angaben der Suchtberater, die die Beantragung der Entwöhnungsbehandlungen der Patienten der Behandlungsgruppe im Vorfeld begleitet hatten und den fremdanamnestischen Angaben der Betreuer der alkoholabhängigen Patienten der Kontrollgruppe in den Wohnheimen/Wohngemeinschaften, dass auch die Diagnostik des Alkoholabhängigkeitssyndroms entsprechend der objektivierbaren Kriterien nach ICD-10 erfolgte.
In Bezug auf die Gütekriterien ergab eine Test-Retest-Studie zur Reliabilität mit ambulanten psychiatrischen Patienten (N=60) beim Alkoholabhängigkeitssyndrom einen k-Koeffizienten von .80, was als ausgezeichnet angesehen werden kann (Hiller, von Bose, Dichtl, & Agerer, 1990). Die Validität des Verfahrens wurde anhand von Gruppenvergleichen zwischen N=215 Patienten mit und ohne alkoholbezogenen Problemen ermittelt. Es ergab sich eine deutlich präzisere Diagnosestellung mit diesem Instrument als durch freie psychiatrische Explorationen.

4.4.3 Münchner Alkoholismus-Inventar (MALT)

Das Münchner Alkoholismus-Inventar MALT (Feuerlein, Küfner, Ringer & Antons-Volmerg, 1999) ist ein diagnostisches Instrument zur Identifikation Alkoholkranker. Im Rahmen der vorliegenden Studie diente das Münchner Alkoholismus-Inventar MALT in erster Linie dazu, die Diagnose des Alkoholismus durch einen Selbst- und Fremdbeurteilungsteil zu bestätigen.

Der Fragebogen konnte aus durchführungspraktischen Gründen nur bei der Behandlungsgruppe Anwendung finden. Bei der Kontrollgruppe fand eine Validierung des Alkoholabhängigkeitssyndroms in Form einer Fremdbeurteilung durch einen Einbezug der MitarbeiterInnen der Wohnheime statt, in denen die Befragungen stattfanden. Die dortigen SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen und Suchttherapeuten nahmen ihrerseits eine Auswahl der alkoholabhängigen Bewohner vor, die in einem zweiten Schritt mit dem Fragebogen, der die Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 bei den Teilnehmern direkt abfragte, ergänzt wurde (siehe Anhang 1).
Der Fremdbeurteilungsteil des Münchner Alkoholismus-Inventar MALT umfasst 7 Items, die vom Behandler des/der alkoholabhängigen Patienten/in beantwortet werden. Es handelt sich dort um rein medizinische Daten, die Alkoholfolgekrankheiten beschreiben. Der Selbstbeurteilungsteil erfasst das Trinkverhalten, alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigungen und somatische Störungen. Die Summe der mit “trifft zu” beantworteten Items aus beiden Testteilen ergeben einen Gesamtsummenwert. Ein Gesamtsummenwert ab 11 Punkten spricht mit hoher Wahrscheinlichkeit für die Diagnose Alkoholismus. Die Höhe der Punktwerte darf darüber hinaus nicht in Bezug gesetzt werden zum Ausmaß des Alkoholismus. Es handelt sich um einen Test, der die Diagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom bestätigt oder aber widerlegt, nichts jedoch über das Ausmaß der Störung aussagen kann. Die Split-Half-Reliabilität beträgt r=.94 für den Selbstbeurteilungsteil, für den Fremdbeurteilungsteil liegen keine Werte vor. Die Kriteriumsvalidität beträgt r=.85, in der Validitätsuntersuchung wurde niemand als falsch-positiv eingestuft. Die Eichstichprobe bestand aus N= 438 Männern und N=410 Frauen.

4.4.4 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R (Derogatis, 1992; dt. Version: Franke, 2002) wurde in der Studie als ein international anerkanntes methodenübergreifendes Instrument zur Erfassung der psychopathologischen Belastung in Ergänzung bzw. im Sinne eines Vergleichs mit dem auf gesprächspsychotherapeutischen Konstrukten basierenden Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) eingesetzt. Die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen. 83 der 90 Items werden zu den 9 Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseeligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus zusammengefasst. Die Items sind auf einer

5stufigen Skala zu beantworten (von 0=überhaupt nicht bis 4= sehr stark). Die ermittelten Rohwerte werden in T-Werte umgerechnet. T-Werte zwischen 60 und 70 weisen auf eine deutliche Belastung, zwischen 70 und 80 auf eine hohe bis sehr hohe Belastung hin.

Beschreibung der Skalen:

Somatisierung:	Diese Skala misst einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen. Die Skala fokussiert auf Distress, der dadurch entsteht, dass man körperliche Dysfunktionen an sich wahrnimmt.
Zwanghaftigkeit:	immer wieder auftauchende unangenehme Gedanken, Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit. Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen, Zwang, nachzukontrollieren, was man tut.
Unsicherheit im Sozialkontakt:	Gefühle der persönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit Anderen. Selbstabwertung, Unwohlsein in interpersoneller Kommunikation. Befangenheit und Schüchternheit.
Depressivität:	Energielosigkeit, Verlangsamung, Selbstvorwürfe, Einsamkeitsgefühle, Interessens- und Hoffnungslosigkeit, Verlust sexueller Interessen, Wertlosigkeitsgefühle.
Ängstlichkeit:	Nervosität und inneres Zittern, Spannung, Panikattacken, Schreckgefühle. Auf der kognitiven Ebene Besorgnis und Furcht, Gefühl, es könnte etwas Schlimmes passieren.
Aggressivität/ Feindseeligkeit:	Gefühl, leicht reizbar zu sein, Gefühlsausbrüche, gegen die der Betreffende sich machtlos fühlt, Drang, jemanden zu verletzen, ihm Schmerzen zuzufügen, Bedürfnis, laut zu schreien und mit Dingen zu werfen.
Phobische Angst:	Furcht als Reaktion auf bestimmte Personen, Situationen, Objekte. Die Skala bezieht sich auf die pathogene spaltende Manifestation phobischen Verhaltens (in Anlehnung an das phobisch-ängstliche Depersonalisationssyndrom nach Roth, 1959).
Paranoides Denken:	Vorherrschendes Gefühl, dass Andere an ihren Problemen schuld sind, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, dass Andere sie beobachten. Gedankenprojektion, Argwohn, Einengung, Angst vor Autonomieverlust, Grandiosität.
Psychotizismus:	Die Personen leiden unter der Idee, dass Jemand Macht über ihre Gedanken hat, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen, dass sie Stimmen hören, die sonst keiner hört. Sie haben Einsamkeitsgefühle, unangenehme sexuelle Vorstellungen, Bestrafungsideen. Die Skala reicht von verzerrtem, isoliertem, schizoidem Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie (Halluzinationen und Gedankenzerfall).

7 Items gehen als Zusatzinformation zur Berechung der drei Globalwerte GSI (Global Severity Index), PSDI (Positiv Symptom Distress Index) und PST (Positiv Symptom Total) ein.
GSI ist ein Indikator für die psychische Belastung, PSDI ein Indikator für die Intensität der Belastung und PST ist ein Indikator der Anzahl der Items, bei denen Belastungen angegeben wurden. Der GSI wurde als Zusammenfassung der Skalen und Indikator für psychische Belastung in der Studie zugrunde gelegt, eine Berücksichtigung der Einzelskalen fand nicht statt, da in Bezug auf die Komorbidität keine spezifischen Hypothesen aufgestellt wurden, sondern vielmehr die psychische Belastung insgesamt überprüft wurde.
Im Sinne der Kriteriumsvalidität trennt die Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R zwischen "gesunden" Personen und verschiedenen Patientengruppen als auch innerhalb von Patientengruppen. Die Retestreliabilitäten schwanken je nach Skala zwischen r= .78 und r=.90. Die zugrundeliegende Eichstichprobe besteht aus N= 428 PsychotherapiepatientInnen, N= 1006 Normalpersonen und N=800 Studierenden. Eine statistisch signifikante Veränderung wird ab einer Veränderung des GSI um 4 T-Punkte angenommen (Klann, Hahlweg, & Heinrichs, 2003).

4.4.5 Rückfallfragebogen

Die Erhebung des Alkoholkonsums nach einem Katamnesezeitraum von 4 Monaten fand mit Hilfe eines nicht standardisierten für die Untersuchung ad hoc entwickelten Fragebogens statt. Dieser Fragebogen erfasst direkt, ob der Befragte in den vergangenen 4 Monaten Alkohol konsumiert hat oder nicht. Es wird weiterhin nach der Anzahl möglicher Rückfälle und deren Auslöser gefragt, sowie nach der Trinkmenge. Der Fragebogen ist im Anhang (Anhang 2) dargestellt. Bei der Kontrollgruppe wurde der Fragebogen entsprechend modifiziert (Anhang 3).

4.5 Durchführung der Untersuchung

4.5.1 Untersuchung der Behandlungsgruppe

Die Zuteilung der Patienten der Behandlungsgruppe erfolgte nach Zufall, da der Aufnahmetag darüber entschied, welcher Patient welchem Therapeuten/ welcher Therapeutin zugeteilt wird. Die Patienten wurden über eine mögliche Teilnahme an der Studie informiert. Sie erteilten dazu explizit ihr Einverständnis. Sie stimmten auch zu, 4 -6 Monate nach der Therapie an der Katamneseerhebung teilzunehmen. Formale Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Patienten vom Kostenträger (Landesversicherungsanstalten oder Krankenkassen) eine Langzeittherapie (4-6 Monate) bewilligt bekommen hatten und von ihrem sprachlichen Verständnis her die Fragebögen ausfüllen konnten. Ausschlusskriterium war eine ausschließliche Auffang- oder Rückfallbehandlung von 8 Wochen, schwere Lese- und Schreibstörungen und geistige Behinderung. Lese- und Schreibstörungen bzw. geistige Behinderung lag bei drei meiner Patienten in diesem Aufnahmezeitraum vor. Das für die Studie notwendige Ausfüllen der Fragebögen war von diesen Patienten nicht zu leisten. Ich hatte nicht den Eindruck, dass diese Patienten durch ihre sprachlichen Beeinträchtigungen einen negativeren Therapieverlauf oder eine ungünstigere Prognose hatten, zwei dieser drei Patienten sind bis heute nachweislich abstinent geblieben und meldeten sich brieflich oder über ihren Suchtberater bei mir mehrere Monate nach der Therapie. Kognitive Einschränkungen als Folge des Alkoholkonsums und schwere Persönlichkeitsstörungen als auch (medikamentös eingestellte) Psychosen waren kein Ausschlusskriterium für die Studie. Da die Komorbidität bei Alkoholabhängigkeitssyndrom hoch ist und in der Fachklinik Fischerhaus die Arbeit mit Patienten mit Mehrfachdiagnosen ein Schwerpunkt ist, wären entsprechende Ausschlusskriterien nicht sinnvoll gewesen. Ein einzelner Patient, der neben der Alkoholerkrankung eine schwere paranoide und zusätzlich eine schizotype Persönlichkeitsstörung hat, beantwortete die Fragebögen grundsätzlich nicht mit Ankreuzen, sondern mit ausführlichen Kommentaren. Dieser Patient musste so, letztlich doch durch seine Persönlichkeitsstörungen bedingt, von der Studie ausgeschlossen werden. Drei weitere Patienten gaben die Fragebögen der Erstbefragung trotz mehrfacher Aufforderung nicht rechtzeitig ab. Ein Patient brach die Therapie vor der Abgabe der ersten Fragebögen ab. Ein weiterer Patient war noch intoxiziert mit Valium und brach ebenfalls die Therapie vor Beginn der Ersterhebung ab. Insgesamt mussten so sieben Langzeitpatienten von der Studie ausgeschlossen werden. Von Februar 2002 bis August 2003 (Aufnahmezeitpunkte) nahmen schließlich insgesamt 32 Langzeitpatienten an den Erstbefragungen der Studie teil. Von diesen 32 Patienten brachen 3 Patienten die Therapie vorzeitig in den ersten Wochen ihrer

Behandlung ab und mussten so ebenfalls aus der gesamten Datenanalyse herausgenommen werden, da sie für einen Wirksamkeitsnachweis erst nach fortgeschrittener bzw. abgeschlossener Behandlung herangezogen werden können.

In der statistischen Datenanalyse wurden die Daten der Patienten der Behandlungsgruppe verwendet, die zu allen drei Befragungszeitpunkten erreichbar waren, bei der Kontrollgruppe waren es die Patienten, die an der Erst- und Zweitbefragung teilgenommen hatten. Die Daten der Therapieabbrecher und Nicht- Beantworter der Nachbefragungen wurden aus der Datenanalyse herausgenommen. Wären sie in den Datenpool einbezogen worden, wäre ein systematischer Fehler dadurch möglich, dass durch das Fehlen der Daten der Abbrecher und Nicht-Beantworter bei späteren Zeitpunkten ein statistisch signifikanter Unterschied hätte entstehen können, der nicht auf eine tatsächliche Veränderung zurückzuführen gewesen wäre. Bei der Prüfung der Hypothese zur Abstinenz wurden die Nicht - Beantworter der Untersuchung als rückfällig einbezogen, da bei einer konservativen Bestimmung der Rückfallhäufigkeit Patienten, die bei katamnestischen Befragungen nicht antworten, als rückfällig eingestuft werden (vgl. S. 80).
In die Datenanalyse wurden N=24 Patienten der Behandlungsgruppe einbezogen.
Alle Patienten wurden durch eine Code-Nummer anonymisiert, sodass die Belange des Datenschutzes für die erhobenen Daten und Auswertungen gewahrt wurden.
Die Patienten der Behandlungsgruppe mit den Codenummern 15, 21, 24, 32, 52 und 61 wurden aus den beschriebenen Gründen aus der Datenanalyse herausgenommen. Bei dem Patienten mit der Codenummer 61 wurden ausschließlich Aussagen über die Abstinenz möglich, da ein persönliches Interview zum Trinkverhalten durchgeführt werden konnte. Das Ergebnis dieses Interviews (abstinent nach einzelnen Rückfällen) wurde bei der Hypothese zur Abstinenz wieder einbezogen. Die übrigen Nicht - Beantworter wurden als rückfällig eingestuft.

Rückfälle bei der Behandlungsgruppe während der Therapiemaßnahme kamen vor (vgl. Tabelle 7, S. 70), wurden aber in der Auswertung bei der Hypothese zur Abstinenz nicht berücksichtigt, da es dort um Rückfälle im Katamnesezeitraum geht. Rückfälle während der Therapie konnten bei den 4 Patienten mit den Codenummern 13, 26, 41 und 56 bearbeitet werden. Drei dieser Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt abstinent, der vierte mit der Codenummer 56 konsumierte zum Katamnesezeitpunkt wieder regelmäßig Alkohol. Bei einem Patienten mit der Codenummer 45 bestanden zum Ende seiner Therapie ernsthafte Hinweise für eine Rückfälligkeit in Bezug auf die Blutwerte. Der Patient stritt einen Rückfall allerdings vehement ab, sodass trotz mehrerer konfrontierender Gespräche keine Basis für ein Aufarbeiten gefunden werden konnte.

3 Patienten in der Behandlungsgruppe brachen die Therapie ab. Dies ergibt eine Abbrecherquote von 9%. Während des gesamten Zeitraums der Behandlung gab es keine disziplinarische Entlassung. Von den insgesamt 32 Patienten der Behandlungsgruppe nahmen 29 an der Behandlung teil. Die Erhebung der Katamnesen erfolgte durch das Aushändigen eines frankierten Rückumschlages mit den Fragebögen und der Bitte, diese nach 4 Monaten zurückzusenden. Nur 9 der Patienten schickten die Fragebögen zum verabredeten Zeitpunkt zurück (Codenummern 12, 16, 22, 23, 33, 44, 45, 51 und 62). 14 weitere Patienten schickten die Fragebögen zurück, nachdem sie nochmals von mir angerufen wurden. Bei diesen 14 Patienten (Codenummern 11, 13, 14, 26, 27, 31, 41, 42, 43, 46, 53, 55, 56 und 63) hatte das beschriebene Vorgehen zur Folge, dass sich der Katamnesezeitraum zum Teil bis auf 6 Monate erweiterte. Das zusätzliche Telefongespräch ermöglichte eine fremdanamnestische Validierung der Alkoholkonsumaussagen im Fragebogen. Bei den Patienten mit den Codenummern 11, 14, 26, 27, 46, 51, 53, 63 bestätigten Angehörige/Freunde oder professionelle Helfer die Abstinenz. Mit den Patienten mit den Codenummern 11, 27, 31, 42, 53, 61 und 62 fanden nach dem Katamnesezeitraum persönliche Gespräche statt. Bei dem Patienten mit der Codenummer 61 war ausschließlich ein persönliches Gespräch zur Katamnese möglich, da er sich zu diesem Zeitpunkt durch ein nochmaliges Ausfüllen der Fragebögen zu sehr belastet fühlte. Insgesamt lagen so bei 24 Patienten der Behandlungsgruppe Katamneseinformationen vor, bei 23 Patienten auch die Daten der Katamnesefragebögen (vgl. Tab.3, S. 55). Die Fragebögen der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R wurde von einem Patienten (Code-Nr. 45) mit zu vielen fehlenden Antworten abgegeben, sodass sie nicht auswertbar waren. 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 dies aus organisatorischen und ökonomischen Gründen nicht mehr möglich war. 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. Bei der Katameseuntersuchung handelt es sich um eine Kontrolle der Stabilität der Veränderungen bei der Behandlungsgruppe.

4.5.2 Untersuchung der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe umfasste N=24 Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom, die weiterhin Alkohol konsumierten und sich keiner Therapie unterzogen. Sie kamen aus den drei im Vorwort beschriebenen Einrichtungen Immanuel-Grözinger-Haus, Hans-Sachs-Haus und Dornahof. Die Mitarbeiter dieser Einrichtungen wurden über den Hintergrund und die Intention der Arbeit informiert. Im Immanuel-Grötzinger-Haus, wo der überwiegende Teil der Befragten der Kontrollgruppe rekrutiert wurde, wurden Aushänge gemacht, in denen um eine Teilnahme gebeten wurde. Das Ausfüllen der Fragebögen fand an einem Wochentag zwischen 9 und 12 Uhr in der Cafeteria des Hauses in meiner Anwesenheit statt. Die Teilnehmer erhielten als Aufwandsentschädigung 5 Euro nach dem Ausfüllen der Fragebögen. In den Einrichtungen Dornahof und Hans-Sachs- Haus fand eine Auswahl durch die Mitarbeiter statt. Auch dort ging das Ausfüllen der Fragebögen an getrennten Plätzen in den Cafeterien vonstatten. Trotz der Aufwandsentschädigung empfanden die meisten Teilnehmer das Ausfüllen der Fragebögen als sehr mühsam, manche Patienten benötigten die Gesamtdauer der vorgegebenen drei Stunden.

Zeit und Ort der Befragungen wurde so gewählt, dass die Patienten

- von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen ergänzend zur Patientenselbsteinschätzung als alkoholabhängig vordiagnostiziert waren.
- die Fragebögen ernsthaft und kontinuierlich ausgefüllt wurden.
- die Patienten sich bei Rückfragen an mich wenden konnten.

Von den N=31 Patienten der Erstbefragung der Kontrollgruppe nahmen an der Zweitbefragung nach 4 Monaten 25 Personen teil. Ein Teilnehmer war in der Zwischenzeit anhand der Auswertung des “Fragebogens zu Trinkgewohnheiten" (Anhang 1) als nicht alkoholabhängig eingestuft und daher aus der Datenanalyse herausgenommen worden. N=24 Patienten der Kontrollgruppe wurden in die Datenanalyse einbezogen. N=30 alkoholabhängige Patienten der Kontrollgruppe wurden bei der Ermittlung der Abstinenzrate zugrundegelegt (analoges Vorgehen wie bei der Behandlungsgruppe). Die Kontrollgruppe erhielt in den 4 Monaten bis zur zweiten Befragung keine Behandlung. Die Abstinenzrate der Kontrollgruppe wurde zum Vergleich mit der Therapiegruppe nach 4 Monaten erfasst. Bei den Erhebungen in den drei Männerwohnheimen wurden die Teilnehmer vor der Erstbefragung auch über die Katamnesebefragung informiert und erklärten sich bereit, an beiden Befragungen teilzunehmen. Ein Patient erfüllte die Kriterien des Alkoholabhängigkeitssyndroms nach ICD-10 in der Erstbefragung nicht und wurde aus der Untersuchung herausgenommen. Von den übrigen 30 Bewohnern der Männerwohnheime gaben 24 Patienten die Katamnesefragebögen ab. Bei den Patienten der Kontrollgruppe, die an der zweiten Befragung nicht teilnahmen, sind die Ursachen hierfür in veränderten

Lebensumständen oder einer fehlenden Motivation, erneut die Fragebögen auszufüllen, zu finden. Bei der Kontrollgruppe war es nicht sinnvoll, Abbrecher zu identifizieren, da es sich beim Aufenthalt der Patienten nicht um eine Behandlung handelte, die man abbrechen konnte. Von Fremdanamnesen wurde bei der Kontrollgruppe angesichts der geringen Abstinenzzahlen (N=1 abstinent, N=1 abstinent nach Rückfall) abgesehen.

Tabelle 2 gibt die Stichprobengrößen, Gegenstände und den Ablauf der Datenerhebung in der Behandlungs- und Kontrollgruppe zusammengefasst wieder. Die Fragebögen der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R wurde von zwei Patienten (Code-Nr. 822 und 823) mit zu vielen fehlenden Antworten abgegeben, sodass sie nicht auswertbar waren.

Tab. 2 Stichprobengrößen, Gegenstände und den Ablauf der Datenerhebung

Erhebungszeitpunkte, Gegenstände, Hypothesen	Instrumente/ Skalen **Behandlungsgruppe**	Instrumente/ Skalen **Kontrollgruppe**
Behandlungsbeginn / Beobachtungsbeginn (t 1):	**N= 32**	**N=**31/**30** (N=1 nicht alkoholabhängig)
Demographische Äquivalenz	RIAI**	RIAI**
Hypothese 1 -Inkongruenzquellen	RIAI B 4	RIAI B 4
-Inkongruenzsymptome	RIAI B 5	RIAI B 5
Hypothese 2 -Kongruente Erfahrungen	RIAI B 2	RIAI B 2
-Inkongruenzbewältigung	RIAI B 1	RIAI B 1
Hypothese 3 -Insuffizienzerleben	RIAI 11	RIAI 11
Hypothese 4 -Symptome psychischer Störungen	SCL-90-R	SCL-90-R
Hypothese 5 -Psychiatrische Symptome	RIAI B 8	RIAI B 8
Hypothese 6 -Alkoholismusdiagnose	ICD-CL MALT	ICD-CL nach schriftlichen Angaben Fremdeinschätzung durch Betreuer
Behandlungsende / nach 4-6 Monaten (t 2):	**N= 29**	**N= 24(SCL=22)**
Hypothese 1 -Inkongruenzquellen	RIAI B 4	RIAI B 4
-Inkongruenzsymptome	RIAI B 5	RIAI B 5
Hypothese 2 -Kongruente Erfahrungen	RIAI B 2	RIAI B 2
-Inkongruenzbewältigung	RIAI B 1	RIAI B 1
Hypothese 3 -Insuffizienzerleben	RIAI 11	RIAI 11
Hypothese 4 -Symptome psychischer Störungen	RIAI B8	RIAI B8
Hypothese 5 -Psychiatrische Symptome	SCL-90-R	SCL-90-R
Hypothese 6 -Alkoholismusdiagnose		Rückfallfragebogen***
Katamnese / 4-6 Monaten nach Behandlungsende (t 3):	**N= 23 (SCL=22)**	
Hypothese 1 -Inkongruenzquellen	RIAI B 4	
-Inkongruenzsymptome	RIAI B 5	
Hypothese 2 -Kongruente Erfahrungen	RIAI B 2	
-Inkongruenzbewältigung	RIAI B 1	
Hypothese 3 -Insuffizienzerleben	RIAI 11	
Hypothese 4 -Symptome psychischer Störungen	RIAI B8	
Hypothese 5 -Psychiatrische Symptome	SCL-90-R	
Hypothese 6 -Alkoholismusdiagnose	Rückfallfragebogen*	

* Skalen RIAI (vgl. auch S. 44): RIAI B1:Gesunden Selbstkonzeptanteile, RIAI B2:Gesunde Gesamterfahrungen, RIAI B4: Inkongruenzquellen, RIAI B5: Pathogene Gesamtbelastung, RIAI B8: Leitsymptomatische Gesamtbelastung, RIAI 11:Insuffizienzerleben

** Alter, Schulabschluss, Berufsausbildung , Arbeitsplatzsituation, Familienstand und Lebensform

*** Kontrolle einer Veränderung des Trinkverhaltens nach 4 Monaten entspricht bei der Kontrollgruppe t2, bei der Patientengruppe t3

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Anzahl der Patienten insgesamt und für ausgewählte Gruppen in der Behandlungs- und Kontrollgruppe, die für die Prüfung der Hypothesen zur Verfügung standen.

Tab. 3 Teilnahmedaten bei Behandlungs- und Kontrollgruppe

	Behandlungsgruppe	**Kontrollgruppe**
Teilnehmer Studie	32	31
alkoholabhängige Patienten	32	30
Therapieabbrecher	3	--
Patienten einbezogen in Abstinenzprüfung	**29**	**30**
Patienten ohne Katamnesefragebögen	6	6
Pat. mit Katamneseinformationen (auch Interview zur Abstinenz)	24	24
mit Katamnesefragebögen	**23 (SCL=22)**	**24 (SCL=22)**
Abstinenz zusätzlich fremdvalidiert durch Angehörige oder persönliches Gespräch	13	--

4.6 Methoden der Datenauswertung

Bei den Methoden der Datenauswertung ergab sich die Möglichkeit, die vorliegenden Daten individuell oder gruppenstatistisch auszuwerten.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine gruppenstatistische Auswertung gewählt: Geprüft wurde, ob Kontroll- und Behandlungsgruppe sich systematisch unterscheiden, um damit auf die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der Behandlung alkoholkranker Patienten schließen zu können. Mittelwerte als statistische Kennwerte bzw. Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen werden dargestellt, da diese die Möglichkeit bieten, die in den Hypothesen postulierten methodenspezifischen Veränderungen anschaulich abzubilden. Bortz (1989) benennt die Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen als “das eigentliche Handwerkszeug des statistisch arbeitenden Sozialwissenschaftlers“ (S.161).

Eine alternative Vorgehensweise wäre eine varianzanalytische Datenauswertung gewesen. Ein Vorteil dieser Methode wäre die Möglichkeit der Identifikation von Interaktionseffekten gewesen, die aber nicht Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind. Nach Prüfung der Varianzhomogenität und Normalverteilung der Variablen wurde der t-test als parametrisches Verfahren eingesetzt, da es sich bei parametrischen Verfahren um Verfahren mit einer hohen Teststärke handelt. Nach den Richtlinien von Havlicek & Petersen (1974) kann man in der vorliegenden Untersuchung den t-Test als robust bezeichnen.

Die Kontrollgruppe und die Patientengruppe können in Bezug auf die Fragestellung der Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei Alkoholabhängigkeitssyndrom als zwei homogene Gruppen betrachtet werden. Hinsichtlich der Ausprägungen in den abhängigen Variablen bestehen interindividuelle Unterschiede. Die Mittelwerte müssen hinsichtlich des Vorliegens einer interindividuellen Unterschiedlichkeit mit Rücksicht auf entsprechende Varianzen interpretiert werden. Diese interindividuelle Unterschiedlichkeit ist in Bezug auf das Kontrollgruppendesign in beiden Gruppen gegeben. Ein Nachteil der gruppenstatistischen Auswertung ist sicherlich, dass hierdurch keine Interpretationen individueller Veränderungen ermöglicht werden, was bei Einzelfallanalysen durchaus möglich wäre. Es besteht dagegen bei der gewählten Vorgehensweise einer gruppenstatistischen Auswertung mit einem Kontrollgruppendesign die Möglichkeit, über mehrere Patienten in der Behandlungs- als auch der Kontrollgruppe systematische Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen zu ermitteln.

Um Aussagen zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie machen zu können, wurde zunächst ein Vergleich der gewonnenen Daten zu den verschiedenen Zeitpunkten bei der Behandlungsgruppe und bei der Kontrollgruppe vorgenommen.
Entsprechend den unter 3. dargestellten Hypothesen wurden Unterschiede in den gewählten abhängigen Variablen vor und nach der Behandlung in Form von t-tests für unabhängige Stichproben (Gruppenunterschiede) bzw. abhängige Stichproben (Zeitunterschiede) auf ihre Signifikanz überprüft. Als Signifikanzniveau wurde $p<0,05$ gewählt.
Vor der Durchführung der t-tests wurden die unterschiedlichen Gruppen auf die Normalverteilungsannahme mit Hilfe des Kolmogorow – Smirnov – Anpassungstests überprüft (Zöfel, 2002, S.77).

Wurde bei der Überprüfung einer Hypothese der vorliegenden Arbeit mehr als ein t-test angewandt (dies war bei Hypothese 1- Inkongruenzen und Hypothese 2 -Kongruenzen der Fall), wurden Bonferroni-Korrekturen durchgeführt, um der Möglichkeit zufälliger Signifikanzen bei multiplen t-tests innerhalb einer Hypothese zu begegnen.
Für alle Messungen galt zunächst ein Signifikanzniveau von 5%, das heißt ab einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p<0,05$ wurde die 0-Hypothese verworfen. Da bei der Überprüfung der Hypothesen 1 und 2 mehrere t-tests durchgeführt wurden, steigt die Wahrscheinlichkeit einen signifikanten Unterschied bei einem oder mehreren der Vergleiche zu finden mit der Anzahl der Berechnungen. Bei jeder einzelnen Berechnung ist die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1.Ordnung 5%. Bei mehreren Berechnungen steigt also die Wahrscheinlichkeit, bei wenigstens einer Berechnung einen solchen Fehler gemacht zu haben, also die 0-Hypothese verworfen zu haben, obwohl sie eigentlich zutrifft. Um diese

Tatsache zu berücksichtigen, wurde bei der Bonferroni-Korrektur das Signifikanzniveau bei den Hypothesen 1 und 2 durch die Anzahl der jeweils pro Hypothese durchgeführten Tests geteilt. Das bedeutet, dass bei den Hypothesen 1 und 2 nur Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p<0,05/2$, also von $p<0,025$, als signifikant gewertet wurden. Von weiteren Bonferroni-Korrekturen wurde abgesehen, um eine weitere Vergrößerung des β-Fehlers zu vermeiden bzw. insbesondere bei der Äquivalenzprüfung von Kontroll- und Behandlungsgruppe eine ausreichende Teststärke zu gewährleisten.

Bei der gewählten Vorgehensweise ist insgesamt in Bezug auf die Ableitung eines Wirksamkeitsnachweises zu beachten, dass Unterschiede als über verschiedene Patienten gemittelte Werte betrachtet werden müssen. Insbesondere die Variationsbreite der Ausprägung in den abhängigen Variablen erscheint an dieser Stelle wesentlich.
Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt anhand von Tabellen. Die relevanten Unterschiede zwischen den Zeitpunkten werden gesondert beschrieben.
Die Analyse in Bezug auf das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) fand teilweise an der Universität Regensburg statt unter der Anleitung von Professor G.-W. Speierer, wobei die dort entwickelte SPSS-Syntax für das RIAI verwendet wurde.
Die statistischen Berechnungen wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Bühl & Zöfel, 1998) erstellt.

4.7 Grenzen der verwendeten Methoden und des Untersuchungsplans

Das gewählte Untersuchungsdesign mit einer Kontrollgruppe, einem Prä- und Posttest, sowie einer zusätzlichen Katamnesebefragung wird methodisch als notwendig angesehen, um Aussagen über die Güte einer Evaluation treffen zu können (vgl, Grawe, Donati & Bernauer ,1994). Der gruppenstatistische Vergleich mit Kontrollgruppe gibt die Möglichkeit, die Wirksamkeit der gesprächspsychotherapeutischen Methode nachzuweisen. Da es sich um einen quasi-experimentellen Versuchsplan handelt, bei dem Teilnehmer der Experimental- und Kontrollgruppe nicht randomisiert zugeteilt wurden, besteht die Möglichkeit einer Konfundierung mit Störvariablen. Die interne Validität ist hierdurch begrenzt. Es wurden die demographischen Daten von Patienten- und Kontrollgruppe verglichen, um mögliche Störvariablen zu identifizieren. Der gewählte quasi-experimentelle Versuchsplan lässt die Möglichkeit einer Untersuchung im Rahmen der Feldforschung zu und hat somit den Vorteil, die Fragestellungen unter möglichst realistischen Bedingungen zu untersuchen. Süß (1988) führt als Kriterien an, die möglichst zweifelsfrei nachweisen, dass

Treatmenteffekte ursächlich aus der experimentellen Bedingungsvariation resultieren: “experimentelle Kontrollgruppenpläne mit identischen Untersuchungsbedingungen für alle Teilnehmer und identische Treatments für alle Teilnehmer einer experimentellen Gruppe.“ (S.16). Die vorliegende Studie kann dies teilweise erfüllen durch das Kontrollgruppendesign, eine kleine, gut erreich- und beschreibbare Behandlungsgruppe, bei der eine einheitliche gesprächspsychotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde.

Die Untersuchung stützt sich vorwiegend auf die Selbstauskünfte der Patienten.

Neben der Fremdbeurteilung bei der Alkoholismusdiagnose der Kontrollgruppenteilnehmer bei Beobachtungsbeginn und den zusätzlichen telefonisch gegebenen Auskünften eines Teils der Angehörigen der Behandlungsgruppe zur Abstinenz/ Rückfälligkeit der Patienten bei der Katamnese wurden alle Merkmale durch Befragung der Patienten mit standardisierten Untersuchungsverfahren erhoben.

Bei der Bewertung der Patientenangaben zur Abstinenz/Rückfälligkeit in der Kontrollgruppe wie in der Behandlungsgruppe durch den Rückfallfragebogen muss die Möglichkeit der Verfälschungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit mit bedacht werden. Hinzu kommt die Tendenz zahlreicher Alkoholpatienten, Angaben zum Alkoholkonsum zu minimalisieren, wenn nicht zu verleugnen. Diese Tendenzen sind bei der Diskussion und Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Andererseits können das Trinkverhalten sowie die Veränderungen des Erlebens, die im Mittelpunkt der gesprächspsychotherapeutischen Störungs- und Therapietheorie als verfahrensspezifische Wirkfaktoren stehen, kaum auf andere Weise erfasst werden.

Durch die Wahl eines Untersuchungsdesigns mit vergleichbarer Behandlungs- und Kontrollgruppe, die gleichermaßen den möglichen verfälschenden Einflüssen unterliegen, wurde versucht, deren Auswirkungen auf die erwarteten Ergebnisse auszugleichen.

Auch die Verwendung von standardisierten Instrumenten mit Normwerten für Nichtpatienten sollte dazu beitragen die gesunden Ressourcen wie die störungsbedingten Abweichungen der Patienten und ihre durch die Gesprächspsychotherapie erzielbaren Veränderungen vor dem Hintergrund dieser Referenzwerte nicht zu verabsolutieren.

5. Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse der Untersuchung werden nachstehend dargestellt. Sie beinhalten im Abschnitt 5.1 die Befunde zur Äquivalenz von Behandlungs- und Kontrollgruppe, im Abschnitt 5.2 die Ergebnisse der Prüfung der Hypothesen. Die Einzelwerte der relevanten Skalen sind in der Tabelle im Anhang 4 aufgeführt.

5.1 Zur Äquivalenz von Behandlungs- und Kontrollgruppe

5.1.1 Vergleich demographischer Daten

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.
Dazu standen die Daten der 23 Patienten der Behandlungsgruppe und der 24 Patienten der Kontrollgruppe zur Verfügung. Für den Vergleich wurden Medianwerte berechnet. Die Äquivalenz wurde mit Mediantesten (MdT) überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tab. 4: Vergleich der demographischen Daten in der Behandlungsgruppe (N=23) und der Kontrollgruppe (N=24), Methode: Mediantest

- **Alter:** Das Durchschnittsalter in den beiden Gruppen ist mit einem Medianwert von 43 Jahren nicht unterschiedlich (Mediantest: nicht signifikant). Gleiches gilt für den Altersbereich von 40-50 Jahren.
- **Familienstand:** Die Mehrzahl der Patienten ist ledig.
  Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. (Mediantest: nicht signifikant)
- **Soziale Einbindung:** Die Mehrzahl der Patienten lebt allein.
  Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant, außer in Bezug auf die Haushaltsführung: es wohnen signifikant mehr Patienten der Kontrollgruppe in einem Wohnheim. Dies war aber eine vorgegebene Voraussetzung in Bezug auf die Rekrutierungsmöglichkeit)
- **Bildung:** Die Mehrzahl der Patienten hat Hauptschulabschluss.
  Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. (Mediantest: nicht signifikant)
- **Die beruflichen Qualifikationen** Die Mehrzahl sind Arbeiter.
  Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. (Mediantest: nicht signifikant)
- **Arbeitsplatzsituation** Die Mehrzahl der Patienten sind arbeitslos.
  Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. (Mediantest: nicht signifikant)

Signifikanzniveau: $p<0.05$ (vgl. S.58)

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

5.1.2 Vergleich der Ausgangslage bei Therapie- bzw. Beobachtungsbeginn

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. Die Ergebnisse des Münchner Alkoholismusinventars MALT und der Internationale Diagnosen Checkliste IDCL wurden dazu herangezogen, die Patienten beider Gruppen als alkoholabhängig zu diagnostizieren. Die dabei erfassten Einzelergebnisse können nur schwer miteinander verglichen werden, da z.B. die Trinkmengen sich auf unterschiedliche Alkoholika und unterschiedliche Trinkmuster beziehen. An dieser Stelle wären Einzelfallanalysen sicherlich interessant, für die gruppenstatistische Auswertung war es allerdings ausreichend, die Patienten als alkoholabhängig einstufen zu können. Die Angabe der Trinkmenge kann diagnostisch nicht auf eine Bewertung der Schwere der Erkrankung schließen lassen. Diese müsste im Einzelfall analysiert werden. Die Schwierigkeit einer Bewertung der Erkrankung anhand quantitativer Daten wird auch dadurch deutlich, dass beim Münchner Alkoholismusinventar MALT nach Überschreiten des kritischen Cut-Off Wertes nach Aussagen der Testautoren in Bezug auf die Bewertung der Erkrankung nicht interpretiert werden sollte, inwieweit dieser überschritten wurde. Sofern der Cut-Off-Wert nicht erreicht wurde, wurden die betreffenden Patienten aus der Studie ausgeschlossen. Dies war bei einem Patienten der Kontrollgruppe der Fall. Die Trinkmuster bei der Katamneseerhebung wurden anhand der Aussagen der Patienten in abstinent/rückfällig anhand des Rückfallfragebogens eingestuft (Anhang 3), Auch hier wurden Veränderungen intraindividuell bewertet und erfasst (trinkt mehr/trinkt weniger als zuvor).

Gegenstände des folgenden 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).

Dazu standen die Daten der 23 Patienten der Behandlungsgruppe und der 24 Patienten der Kontrollgruppe zur Verfügung. 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 5 zusammengefasst.

Die Behandlungsgruppe und die Kontrollgruppe haben in allen Skalen des Regensburger Inkongruenz Analyse Inventars (RIAI) Werte, die noch im Normbereich der Nichtpatienten von $z = -1$ bis $z = +1$ liegen. Allerdings liegen die Werte beider Kongruenzmerkmale als

Indikatoren für die gesunden Persönlichkeitsanteile in beiden Gruppen deutlich (BG:-0.5/-0.6 bzw. KG:-0.8/-0-9) unterhalb der Mittelwerte der Nichtpatienten. Die Werte beider Inkongruenzmerkmale als Indikatoren für die Belastung durch multiple Inkongruenzquellen sowie durch Inkongruenzsymptome (BG:0.8/0.6 bzw. KG:0.6/0.4) und des Insuffizienzerlebens (BG:0.8 bzw. KG:0.7) liegen in beiden Gruppen deutlich oberhalb der Mittelwerte der Nichtpatienten. Bei den beiden Merkmalen der Komorbidität ergeben sich für die Behandlungs- wie Kontrollgruppe im Gesamtschwereindex der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL90-R die höchsten Belastungen jeweils oberhalb der Normgrenze der Nichtpatienten (BG:60.1 bzw. KG:61.8). Die entsprechenden Werte der Belastung mit Störungssymptomen der DSM Achse I im Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) liegen zwar noch im Normbereich, aber ebenfalls deutlich oberhalb des Mittelwerts der Nichtpatienten (BG:0.7 bzw. KG:0.9). Betrachtet man allerdings die höchsten und niedrigsten Individualwerte sowie die Standardabweichungen ergeben sich individuell bei einzelnen Patienten deutliche, gegenüber der Norm verringerte gesunde Ressourcen und stark erhöhte Belastungen durch Inkongruenz- sowie Insuffizienzerleben einerseits und Komorbiditätssymptome andererseits.

Auf Grund des Vergleichs ihrer Ausgangswerte in den abhängigen Variablen der Untersuchung können die Patienten in der Behandlungs- und Kontrollgruppe sowohl in den ausgewählten Kongruenzindikatoren (gesunden Persönlichkeitsmerkmale und Erleben), in den Inkongruenzindikatoren (pathogenen Belastungen und Inkongruenzsymptomen) und in den Komorbiditätsmerkmalen (Gesamtschwereindex und DSM I - Leitsymptome) als vergleichbar angesehen werden.

5.2 Ergebnisse der Wirksamkeitsprüfung

In diesem Kapitel wird die Prüfung der Hypothesen 1-6 zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie (Prä-Post Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppe, innerhalb der Kontrollgruppe, Posttestvergleich der Behandlungsgruppe und Veränderungen im Alkoholkonsum) dargestellt.
Die Überprüfung der therapeutischen Veränderungen erfolgt getrennt für die einzelnen Hypothesen durch den Vergleich der unter 5.1.2 dargestellten Ausgangslage in der Behandlungsgruppe bei Therapiebeginn mit dem Zustand bei Behandlungsende. Zu Hypothese 1 (Abnahme von Inkongruenz) werden die Veränderungen in den beiden Inkongruenzskalen RIAI B4 (H1.1), RIAI B5 (H1.2) überprüft. Zu Hypothese 2 (Zunahme von

Kongruenz) werden die Änderungen in den beiden Kongruenzskalen RIAI B1 (H2.1), RIAI B2 (H2.2) verwendet. Zu Hypothese 3 (Abnahme von Insuffizienzerleben) werden die Änderungen der Insuffizienzskala (RIAI 11) herangezogen. Zu Hypothese 4 (Abnahme von Komorbidität 1: Schwere psychischer Beeinträchtigung) werden die Veränderungen des Gesamtschwereindex psychiatrischer Störungen (GSI) der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL90-R verwendet. Zu Hypothese 5 (Abnahme von Komorbidität 2: Belastung durch Leitsymptome psychischer Störungen der DSM Achse 1) wurden die Veränderungen auf der Skala "Leitsymptomatische Gesamtbelastung" (RIAI-B8) ausgewertet. Zu Hypothese 6 (GT-induzierte Abstinenz und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges) werden die Veränderungen im Kap. 5.2.6. dargestellt. (Vgl. auch Tab. 2)

Für den Vergleich wurden aufgrund der mit Standardskalen durchgeführten Datenerhebung (Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar RIAI: z-Skalen, Symptom-Checkliste von Derogatis SCL90-R: T-Skala) die Mittelwerte bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende mit t-Tests für abhängige Stichproben verglichen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tab. 5: 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 (vgl. S.57/58).

Hypothese/Gruppe/p	t 1			t2			p
	M	Min/Max	SD	M	Min/Max	SD	
Hypothese H 1.1 Inkongruenzquellen							
Behandlungsgruppe	0,8	-1,5 / 3,0	1,2	0,2	-1,9 / 3,0	1,1	**0.017* –**
Kontrollgruppe	0,6	-2,4 / 3,0	1,7	0,9	-1,9 / 3,0	1,4	0.2
p	0.65			0.053			
Hypothese H 1.2 Inkongruenzsymptome							
Behandlungsgruppe	0,6	-0,9 / 2,9	1,0	-0,2	-2,4 / 2,5	1,3	**0.007*** –
Kontrollgruppe	0,4	-2,4 / 2,9	1,4	0,7	-2,4 / 2,9	1,2	0.04
p	0.6			**0.009***			
Hypothese H 2.1 Gesunde Gesamterfahrungen							
Behandlungsgruppe	-0,5	-2,9 / 1,2	1,0	0,5	-2,9 / 3,0	1,5	**0.001** +
Kontrollgruppe	-0,8	-2,9 / 3,0	1,7	-0,3	-1,9 / 3,0	1,1	0.06
p	0.5			0.03			
Hypothese H 2.2 Gesunde Selbstkonzeptanteile							
Behandlungsgruppe	-0,6	-2,6 / 1,3	1,0	0,6	-2,3 / 3,0	1,3	**<0.001** +
Kontrollgruppe	-0,9	-2,9 / 2,3	1,6	-0,4	-2,3 / 1,9	1,1	0.06
p	0.4			**0.007***			

Hypothese H 3 **Insuffizienzerleben**							
Behandlungsgruppe	0,8	-1,1 / 3,0	1,0	0,0	-1,1 / 2,5	1,0	**<0.001**** –
Kontrollgruppe	0,7	-1,1 / 2,7	1,1	1,1	-1,1/ 2,9	1,9	0.1
p	0.9			**0.001***			
Hypothese H 4 **Komorbidität I (RIAI)**							
Behandlungsgruppe	0,7	-1,1 / 2,9	1,2	0,1	-1,6 / 2,9	1,2	**0.03*** –
Kontrollgruppe	0,9	-1,6 / 2,9	1,1	1,0	-1,6/ 2,9	1,1	
p	0.6			**0.02***			
Hypothese H 5 **Komorbidität II (SCL)**							
Behandlungsgruppe	60,1	38 / 80	12,6	50,9	24 / 80	13,0	**0.002**** –
Kontrollgruppe	61,8	38 / 80	10,2	61,2	31 / 80	12,8	0.8
p	0.6			**0.01***			

***** **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**

5.2.1 GT-induzierte Abnahme von Inkongruenz

Hypothese 1:

Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Belastung durch Inkongruenzquellen (H 1.1).
Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Verringerung der (erlebten) Inkongruenzsymptome (H 1.2).

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.

5.2.2 GT-induzierte Zunahme der Kongruenz

Hypothese 2:

Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Zunahme von kongruenten (selbstverträglichen) Erfahrungen (H 2.1).
Die Gesprächspsychotherapie bewirkt bei alkoholabhängigen Patienten eine Zunahme von Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung (H 2.2).

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. 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 Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und Fähigkeiten zur Inkongruenzbewältigung (H 2.2).

5.2.3 GT-induzierte Abnahme des Insuffizienzerlebens

Hypothese 3:

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 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.

5.2.4 GT-induzierte Verringerung von Symptomen zusätzlich vorhandener psychischer Störungen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 1)

Hypothese 4:

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 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 erlebten 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.

5.2.5 GT-induzierte Verringerung von zusätzlich vorhandenen psychiatrischen Krankheitssymptomen (Abnahme von Komorbiditätssymptomen 2)

Hypothese 5:

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

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.

5.2.6 GT-induzierte Abstinenz und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges

Hypothese 6:

Die Gesprächspsychotherapie führt in der Entwöhnungsbehandlung bei alkoholabhängigen Patienten zu einer über das Behandlungsende hinausgehenden längerfristigen Alkoholabstinenz und Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges.

5.2.6.1 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 üblicherweise als rückfällig eingestuft werden. Die Therapieabbrecher 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.

Tab.6: Abstinenzraten

	Behandlungruppe N=29	**Kontrollgruppe N=30**
abstinent	N=15 (52%)	N=2 (7%)
abstinent nach einzelnen Rückfällen	N=6 (21%)	0
trinkt weniger	N=3 (10%)	N=4 (13%)
trinkt wie zuvor	0	N=18 (60%)
keine Information	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 gesamtern 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 abstinent 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 abstinenzfähig 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 abstinenzfähig zu bezeichnen.

Die Betrachtung des Untersuchungsparameters Abstinenz bzw. Rückfälligkeit kann bei der Behandlungsgruppe, da es sich nach der Entwöhnungsbehandlung doch überwiegend um

eine recht gut erreichbare Stichprobe handelte, entsprechend noch differenzierter dargestellt werden als bei der Kontrollgruppe, diese zusätzlichen Informationen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tab.7: Angaben zu den Patienten der Behandlungsgruppe in Bezug auf Abstinenz / Rückfälligkeit:

Code	während Behandlung	nach Behandlung	Katamnese Zeitpunkt t3	Bestätigung durch Fremdkatamnese / persönlichen Kontakt
11	abstinent	ein Rückfall	abstinent	Sohn
12	abstinent	abstinent	abstinent	
13	ein Rückfall	abstinent	abstinent	Nachbar
14	abstinent	abstinent	abstinent	Betreuer
15	abstinent			
16	abstinent	rückfällig*	rückfällig*	
21	abstinent			
22	abstinent	ein Rückfall	abstinent	
23	abstinent	rückfällig*	rückfällig*	Berater
24	abstinent			
250	Abbruch			
26	ein Rückfall	abstinent	abstinent	Mitarbeiter WG
27	abstinent	abstinent	abstinent	Mitarbeiter WG
31	abstinent	abstinent	abstinent	Gespräch nach ½ Jahr
32	abstinent		rückfällig	Berater
33	abstinent	abstinent	abstinent	
41	abstinent	rückfällig	abstinent	
42	abstinent	abstinent	abstinent	Mitarbeiter WG
43	abstinent	abstinent	abstinent	Mitarbeiter WG
44	abstinent	abstinent	abstinent	
45	Hinweise auf Rückfälligkeit	abstinent	abstinent	
46	abstinent	abstinent	abstinent	Nachbar
51	abstinent	abstinent	abstinent	Mitarbeiter Nachsorge
52	abstinent			
53	abstinent	abstinent	abstinent	Mutter
540	Abbruch			
55	abstinent	abstinent	abstinent	
56	zwei Rückfälle		rückfällig*	
61	abstinent	zwei Rückfälle	abstinent	Gespräch nach ½ Jahr
62	abstinent	abstinent	abstinent	Gespräch nach ½ Jahr
63	abstinent	abstinent	abstinent	Partnerin nach 1 Jahr
640	Abbruch			

* gibt geringere Trinkmenge an

5.2.6.2 Katamneseergebnisse: Stabilität der therapeutischen Veränderungen

Tab. 8: Vergleich der Katamnesewerte der abhängigen Variablen in der Behandlungsgruppe (N=23) 4-6 Monate nach Behandlungsende mit den Werten am Ende der Behandlung Methode: Mittelwertevergleich, t-Test für abhängige Stichproben

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

Es gibt keine Veränderungen mehr hinsichtlich der GT-induzierten Verringerung der Inkongruenzen, der GT-induzierten Zunahme der Kongruenz, der GT-induzierten Abnahme des Insuffizienzerlebens, der GT-induzierte Abnahme der psychopathologischen Gesamtbelastung sowie der GT-induzierte Abnahme der leitsymptomatischen Gesamtbelastung. D.h. die bereits nachgewiesenen Veränderungen sind stabil.

6. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer theoretischen und praktischen Bedeutung diskutiert.

Die Patienten der Behandlungsgruppe sind nach der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung weniger durch Inkongruenzquellen und Inkongruenzsymptome belastet. Entsprechend der gesprächspsychotherapeutischen Theorie ist daher davon auszugehen, dass die Patienten nach der Behandlung weniger Diskrepanzen zwischen ihrem Erleben und dem Selbst verspüren. Sie erleben weniger Bedrohung für das Selbst, entsprechend auch weniger Leidensdruck. Im konkreten Beispiel bedeutet dies, dass ein alkoholkranker Patient am Ende seiner stationären Therapie sich als weniger verletzlich oder bedroht empfindet, weniger Leidensdruck verspürt, wenn er auftauchende Gefühle zulässt und sich mit seinem Erleben bewusst auseinandersetzt. Die bei einer Gesprächspsychotherapie zu erwartende Veränderung ist in dieser Hinsicht eingetreten, die Patienten konnten im Verlaufe ihrer Behandlung vorhandene Inkongruenzen zulassen und bearbeiten. Die Reduktion von Inkongruenzsymptomen am Ende der stationären Behandlung muss auch vor dem Hintergrund gesehen werden, dass es sich beim Abschluss der Therapie bei der stationären Entwöhnungsbehandlung immer auch um eine Phase der inneren Auseinandersetzung mit anstehenden Veränderungen handelt. Der Patient geht nach Hause oder in eine andere Wohnumgebung als vor der Behandlung, trotz aller Vorbereitung ist es noch unklar, was genau auf ihn zukommt. Obgleich es sich um eine Phase anstehender Veränderung handelt, erleben die Patienten weniger Inkongruenzsymptome als zu Beginn ihrer Therapie. Dies bedeutet, dass es nun möglich ist, auftauchende Problemsituationen anders zu verarbeiten als vor der Behandlung, auch Gefühle angesichts anstehender neuer Situationen und Bedingungen eher zulassen zu können, ohne sich bedroht zu fühlen.

Erfahrungskongruente Selbstkonzept-Anteile nahmen bei der Behandlungsgruppe signifikant zu. Dies konnte nicht ausschließlich auf die gesprächspsychotherapeutische Behandlung zurückgeführt werden, da eine Zunahme dieser Erfahrungen tendenziell auch bei der Kontrollgruppe zu verzeichnen war und Behandlungs- und Kontrollgruppe sich zum Zeitpunkt t2 nicht signifikant unterschieden. Dies deutet darauf hin, dass durch die sozialarbeiterische Betreuung und Integration der Patienten der Kontrollgruppe in den Wohnheimen, diese auch positive sozialkommunikative Beziehungserfahrungen machten. Die Zunahme positiver Beziehungserfahrungen ist dementsprechend hier nicht an eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung gebunden. Dagegen konnte bei den gesunden

Anteilen des Selbstkonzepts und der Inkongruenzbewältigung eine deutliche Veränderung bei der Behandlungsgruppe als Folge der Gesprächspsychotherapie nachgewiesen werden. Signifikante Unterschiede fanden sich zwischen den Erhebungszeitpunkten vor und nach der Therapie und gleichfalls zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe nach der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung. Die Stärkung der gesunden Selbstkonzeptanteile erscheint so mehr als behandlungsspezifische Veränderung im Verlauf einer Gesprächspsychotherapie als die bloße Erfahrung positiver zwischenmenschlicher Beziehungen.

Das Insuffizienzerleben als wesentliches störungsspezifisches Merkmal bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom reduzierte sich bei der Behandlungsgruppe. Dies bedeutet, dass sich die Patienten am Ende ihrer gesprächspsychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung weniger insuffizient fühlen, weniger Ängste vor möglichem Leistungsversagen haben und sich allgemein weniger überfordert fühlen. Das Insuffizienzerleben erscheint im Hinblick auf die Alkoholproblematik zentral und fiel auch bei früheren Untersuchungen auf. Es wurde in der Arbeit gesondert berücksichtigt, da es in bisherigen Untersuchungen bei PatientInnen mit Alkoholabhängigkeitssyndrom ein besonders veränderungsrelevanter Bereich war (vgl. Speierer 2000a, 2004) und bedeutsame Implikationen für die Indikation und den Erfolg der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung des Alkoholabhängigkeitssyndroms beinhaltet. Die klinische Relevanz des Insuffizienzerlebens bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom ergibt sich u.A. daraus, dass Alkoholpatienten nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung in ausreichendem Maße eigene Kompetenzen wahrnehmen sollten und sich derer bewusst sein, um den bis dahin im stationären Rahmen nicht in diesem Ausmaß gegebenen Stressoren und Anforderungen des Alltags begegnen zu können, ohne auf die alten pathologischen Verhaltensschemata zurückzugreifen und letztlich wieder alkoholrückfällig zu werden. Für die gesprächspsychotherapeutische Störungstheorie der Alkoholerkrankung impliziert dies, dass die Funktion, die dem Suchtmittel bei der Verdrängung von Inkongruenzen zukommt, in diesem Bereich besonders wirksam ist. Es manifestiert sich in diesem Bereich im Erleben der Patienten, dass sie sich angesichts ihrer innerpsychischen Befindlichkeit, nicht ihrem Alltag und letztlich auch nicht ihrer Zielsetzung, ein abstinentes Leben zu führen, gewachsen sehen. Dies sollte als Hinweis gesehen werden, in welch hohem Maße die Veränderung innerpsychischen Erlebens nach der gesprächspsychotherapeutischen Störungstheorie die Veränderungen im Verlaufe Behandlung von alkoholabhängigen Patienten kennzeichnet.

Bei den Komorbiditätssymptomen fand bei der Behandlungsgruppe eine signifikante Reduktion statt. Auch beim Ausmaß zusätzlich vorhandener psychiatrischer Symptome

konnte bei der Behandlungsgruppe eine klinisch bedeutsame Besserung erzielt werden. Der Durchschnittswert der Belastung konnte von einem auffälligen Bereich auf den Durchschnittswert der Norm gesenkt werden. Der Komorbiditätsproblematik kommt bei alkoholabhängigen Patienten ein hoher Stellenwert zu, da sie eine hohe zusätzliche Belastung darstellt und zur Chronifizierung der Erkrankung beiträgt. So könnte ein alkoholabhängiger Patient, der zusätzlich unter paranoider Symptomatik oder einer Angsterkrankung leidet, wichtige Probleme nach seiner stationären Behandlung weiter nicht lösen, wenn nicht auch die psychiatrischen Störungen und Krankheitssymptome sich durch die Behandlung verbessert hätten: anstehende Konfliktgespräche mit Partnern, Vorgesetzten oder auch das Ablehnen von Alkohol bei gesellschaftlichen Anlässen wäre dem Patienten kaum oder nur schwer möglich. Dies würde umgekehrt ein hohes Maß an Rückfallgefahr in sich bergen, gleichzeitig würde der Patient erneut Inkongruenzen erleben, wenn er nicht in der Lage wäre, wesentliche Aufgaben, die in seinem Leben anstehen, für sich zufriedenstellend zu lösen. Umso wichtiger ist eine Verbesserung in diesem Bereich, als die Patienten hier durchaus auffällige Werte bei Behandlungsbeginn gezeigt hatten, in der Folge in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt waren und zusätzlichen Leidensdruck erlebten, was ohne eine Veränderung in diesem Bereich langfristig möglicherweise wieder dazu führen würde, dass die Patienten sich über den Konsum von Alkohol kurzfristig Erleichterung verschaffen (vgl. Bensel, 2003, S.67).

Die Patienten nach einer gesprächspsychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung zeigen gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe eine deutlich höhere Abstinenzrate (52%). Nimmt man die Patienten, die während des Katamnesezeitraums nur punktuell Rückfälle erlebten und dann wieder zur Abstinenz zurückkehrten, hinzu, liegt die Abstinenzrate bei 72%. Entsprechend der in der Metaanalyse von Süß (1988) verwendeten Einteilung der Berechnung von Abstinenzraten erfolgte die Berechnung in der vorliegenden Studie nach dem Modell “F2“ (vgl. Süß, 1995, S.253) d.h. dass Patienten, die nicht antworteten, bei der Katamnesebefragung als rückfällig eingestuft wurden, insgesamt aber nur die planmäßig entlassenen Patienten mit einbezogen wurden. Für diese Gruppe berechnete Süß eine durchschnittliche Abstinenzrate von unter 60% über alle zugrundegelegten 3-Monats-Katamnesen und um 70% für das Kriterium der Besserung. In der zitierten Metaanalyse galten als “gebessert“ die Patienten, die abstinent waren oder aber einzelne Rückfälle erlitten hatten, ausgenommen waren die Patienten, die versuchten kontrolliert oder weniger zu trinken, da Süß, wie auch in der vorliegenden Studie vorgeschlagen, davon ausgeht, “dass kontrolliertes Trinken für ... Alkoholabhängige kein sinnvolles und kein erreichbares Ziel ist“ (Süß, 1995, S. 252). Die Abstinenzraten der vorliegenden Studie von 52% (Abstinenzrate) bzw. 73% Besserungsrate ohne Patienten, die angaben weniger zu trinken, entsprechen in

etwa der durchschnittlichen Abstinenzrate der Metaanalyse von Süß. Dieses Ergebnis wurde vom Autor für deutsche Studien zwar deutlich nach oben korrigiert. Es sollte dabei allerdings bedacht werden, dass „viele Einrichtungen, Patienten mit psychotischen oder schweren körperlichen Krankheiten ausschließen“ (Süß, 1988, S. 40), und dass, wie Süß angibt, von „weniger als halb so guten Ergebnissen“ bei „sozialen Problemgruppen“ (Süß, 1995, S.258) auszugehen ist. Soziale Problemgruppe definierte er mit über mindestens 15% obdachlosen Patienten und/oder mindestens 45% arbeitslosen Patienten. Dies trifft bei den Patientengruppen der vorliegenden Studie zu (vgl.Tab.4). Auch sollte dabei beachtet werden, dass die Fachklinik, aus der die Behandlungsgruppe rekrutiert wurde, die Behandlung von Alkoholkranken mit besonders schwerem fortgeschrittenem Suchtverlauf, zusätzlichen Diagnosen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosen) und einem hohen Ausmaß an sozialer Desintegration bewusst mit einschließt. Die Abstinenzrate bei der Behandlungsgruppe ist daher als vergleichsweise sehr gut einzuschätzen. Auch ist die durchschnittliche Anzahl irregulärer Behandlungsbeendigungen mit 9% zu beachten, die weit unter den von Süß berichteten 16,8%, bei Langzeittherapien sogar 21%, liegt (Süß, 1988, S. 54) . Die Gesprächspsychotherapie ist daher eine ausgesprochen wirksame Therapie für alkoholabhängige Patienten, offensichtlich insbesondere auch bei den sog. „sozialen Problemgruppen“, die bei der Behandlung mit anderen Verfahren eher geringere durchschnittliche Abstinenzraten aufweisen.

Die geringe Abbrecherrate deutet weiterhin darauf hin, dass es möglich ist, mit dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot alkoholabhängige Patienten zu motivieren, an ihrer Problematik psychotherapeutisch zu arbeiten und an ihrer Absicht, die Behandlung zu Ende zu führen, festzuhalten.

Die katamnestischen Befunde belegen die verfahrensspezifische und störungsspezifische Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei alkoholabhängigen Patienten auch über den Zeitraum der stationären Behandlung hinaus.

Eine weitere Erhebung nach einem Jahr wäre sicherlich im Sinne der Verbesserung der Aussagekraft der Ergebnisse gewesen, dies war aber leider auf Grund der finanziellen und zeitlichen Möglichkeiten nicht umsetzbar. Die fehlende randomisierte Zuteilung der Patienten zu Behandlungs- und Kontrollgruppe stellt weiter eine Einschränkung dar, wie auch die Tatsache, dass die Patientendaten überwiegend auf Selbstauskünften beruhen. Allerdings waren diese Faktoren in Bezug auf die Durchführbarkeit der Untersuchung unter den gegebenen Bedingungen bei den Erhebungen von Behandlungs- als auch Kontrollgruppe nicht veränderbar (vgl. auch Kap. 4.7). Letztlich ist die Tatsache, dass es sich um eine kontrollierte Studie mit eher kleiner Stichprobengröße und den genannten Einschränkungen handelt im Zusammenhang zu sehen damit, dass die Studie aus der Praxis des Klinikalltags heraus geplant und durchgeführt wurde und daher einerseits begrenzte Mittel und

Planungsmöglichkeiten vorhanden waren, sie andererseits aber ein hohes Maß an Realitätsnähe besitzt.

Insgesamt konnte die gesprächspsychotherapeutische Störungstheorie durch die vorliegende Studie bestätigt werden, da wie oben beschrieben, wesentliche gesprächspsychotherapiespezifische Ziele bei der Behandlungsgruppe erreicht wurden. 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 et al. 1957, Miller et al. 1993, Speierer 1999, 2000, 2005a) bestätigt werden, dass Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeitssyndrom eine wirksame Therapie darstellt.

Zusammenfassung

Die Studie beinhaltet eine Wirksamkeitsüberprüfung der Gesprächspsychotherapie in der Behandlung alkoholkranker Patienten. Ausgehend von dem „Differenziellen Inkongruenzmodell“ von G.-W. Speierer wurden sowohl *verfahrens-* als auch *störungsspezifisch* formulierte *Annahmen* überprüft: *Verfahrensspezifisch* untersucht wurde die theoretisch postulierte Abnahme von Inkongruenz von Erleben und Selbstkonzept im Sinne einer Verringerung der Belastung durch Inkongruenzquellen und -symptome sowie die Zunahme von selbstkongruenten Erfahrungen und von Selbstvertrauen, Inkongruenztoleranz und der Fähigkeit zur Inkongruenzbewältigung. *Störungsspezifisch* untersucht wurde die Abnahme von Insuffizienzerleben, Komorbiditätssymptomen und Alkoholkonsum.

Die Prüfung der Postulate erfolgte in einem prä/post-Kontrollgruppen-Design mit katamnestischer Befragung. Der *Behandlungs- bzw. Beobachtungszeitraum* betrug 4 - 6 Monate. Nach einem *Katamnesezeitraum* von 4 - 6 Monaten wurden die Behandlungseffekte überprüft. Die *Behandlungsgruppe* bestand aus N=32 Patienten, von denen bei N=23 die Therapie- und Katamnesedaten zu allen drei Zeitpunkten erhoben werden konnten. Diese Daten wurden mit denen einer *Kontrollgruppe* von N=29 Alkoholpatienten ohne Gesprächspsychotherapie verglichen, von denen N=24 über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg befragt werden konnten. Als *Untersuchungsinstrumente* wurden das „Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar“ von G.-W. Speierer (RIAI) und die „Symptom-Checkliste“ von Derogatis (SCL-90-R) sowie ein Rückfall-Fragebogen zur Überprüfung des Trinkverhaltens eingesetzt.

Die *Verrechnung der Daten* erfolgte über gruppenstatistische Vergleiche von Mittelwerten und Mittelwertsdifferenzen (t-tests für unabhängige und abhängige Stichproben) mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS. Die *Ergebnisse* der Studie belegen die Wirksamkeit der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung: Bei den Patienten der Behandlungsgruppe erfolgte – wie von der therapeutischen Zielstellung her erwartet – aus der verfahrensspezifischen Perspektive eine Abnahme der Inkongruenzsymptome, eine Zunahme von Kongruenz (erfahrungskongruente Selbstkonzept-Anteile) und eine Verringerung des Insuffizienzerlebens, aus der störungsspezifischen Perspektive eine Verringerung der psychopathologischen und leitsymptomatischen Gesamtbelastung sowie des Alkoholkonsums. Diese Veränderungen ließen sich bei den Patienten der Kontrollgruppe nicht ermitteln. Gesprächspsychotherapie-Patienten zeigten außerdem über das Behandlungsende hinaus auch längerfristig eine Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte.

Das Ergebnis der Studie bestätigt die Effektivität der Gesprächspsychotherapie auch bei der allgemein schwierig zu behandelnden Gruppe alkoholkranker Patienten.

Literatur

Alexander, F. & French, T.M. (1954) *Psychoanalytic Therapy.* New York: Ronald Press.

Bensel, W. (2003) Die klientenzentrierte Therapie der Alkoholoholabhängigkeit. In: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 2/2003*. S. 67-74. Köln: GwG-Verlag.

Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. In Eckert, J., Höger, D. & Linster, H.W. (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes.* (S. 57-142). Köln: GwG-Verlag.

Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bühl, A. & Zöfel, P. (1998). *SPSS für Windows 7.5.* Bonn, Paris: Addison Wesley.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, Administration, scoring and Procedures*. *Manual II for the revised Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series.* Townson: Clinical Psychometric research.

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

Feselmayer, S. & Heinzel, K. (1985). Die klientenzentrierte Psychotherapie mit Suchtkranken, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 8*, 39-49.

Feuerlein, W., Küfner, H. Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *Münchner 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.

Gendlin, E. T. (1981). *Focusing, Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme.* Salzburg: Otto Müller Verlag

Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented Psychotherapy. A Manual of the experiential method.* Guilford Press, NewYork, London.

Gottschalk-Windelen, P. (1992). *Erfolg und Wirkfaktoren in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung*. *eine katamnestische Studie*. Rheinfelden: Schäuble.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe

Grüß, U. (1983). Patientenzentrierte Gruppenpsychotherapie bei Alkoholikern. In: I. Frohburg (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesprächspsychotherapie.* Berlin: Gesellschaft für Psychologie der DDR.

Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Havlicek, L.L. & Peterson, N.L. (1974). Robustness of the t test: a guide for researchers on effects of violations of assumptions. *Psychological Report 34*. (pp.1095-1114).

Heider, F. (1946). Attitudes and Cognitive Organization: In *Journal of Psychology, Vol. 21,*107-112.

Hiller, W., von Bose, M., Dichtl, G. & Agerer, D. (1990). Reliability of checklist-guides diagnoses for DSMIII-R affective and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders 20,* 235-247.

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

Hippen, S. (2005). *Konzeption der Fachklinik Fischerhaus*. URLhttp://www.*fischer-haus.de*

Huggenberger, R. (2004). *Evaluation der stationären Therapie bei Alkoholabhängigen*. Dissertation Zürich Studentendruckerei

Jacobs, S., Luderer, H.-J., Speierer, G.-W. & Tasseit, S. (1998). *Weiterbildung zum Sozialtherapeuten*. Köln: GwG-Verlag.

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

Jülisch-Tscheulin, B. (1988). Klientenzentriertes Handeln bei alkoholabhängigen Unterschichtpatienten auf einer Entwöhnungsstation In *Orientierung an der Person,* 71-77. Köln: GwG-Verlag.

Klann, N.; Hahlweg, K.; Heinrichs, N. (2003). *Diagnostische Verfahren für die Beratung,* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Köhler, J. (1977). Alkoholismus bei Frauen (Selbstbild-Wunschbild). In Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit, *Schriftenreihe des Ludwig-Boltzmann-Institus für Suchtforschung*. (S. 75-101) Wien: Springer-Verlag.

Konzeption des Dornahofs, aktualisierte Version 2004. URLhttp://www.dornahof.de

Konzeption des Hans-Sachs-Hauses, Stand 31.12.2004. Evangelische Wohnheime Stuttgart e.V. (Hrsg.). URLhttp://www.hans-sachs-haus.de.

Konzeption des Immanuel-Grözinger-Hauses, aktualisierte Version 2004. URLhttp://www.eva-stuttgart.de/eva/eva_stuttgart.nsf/id/Groezinger

Luderer, H.-J. (1986).Störungsspezifische Konzepte bei der klientenzentrierten Therapie Alkoholabhängiger. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie 5 (4)* 447-456.

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.

Mowrer, O.H. (1950). *Psychotherapie: Theory and Research.* New York: Ronald Press.

Osgood, C. E. & Tannenbaum, P. H. (1967). The Principle of Congruity in the Prediction of Attitude Change. In Fishbein, M. (Hrsg.): *Readings in Attitude Theory and Measurement.* (S. 301-311). New York: Wiley.

Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to patient heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1998 Vol 22* (pp. 1300-1311)

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy.* Boston: Hougton Mifflin Company. (Deutsch: Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München, 1972).

Rogers, C. R. (1951). *Client - Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company. (Deutsch: Die klient-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler, 1973).

Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change; co-ordinated research studies in the client-centered approach.* Chicago : University of Chicago Press.

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S. (Ed.) *Psychology: a study of a science, Vol. 3 (*S. 184-256). New York: McGraw Hill.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: a Therapists View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin Company, Boston. (Deutsch: Die Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta, 1991)

Rogers, C.R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG-Verlag.

Rogers, C.R. (1991). *Die Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta

Saß, H.; Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.* Göttingen: Hogrefe.

Speierer, G.-W. (1986). Selbstentfaltung in der Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie (ZPP)*. Jahrgang 5, 2 (S. 103-104).

Speierer, G.-W. (1994). *Das differenzielle Inkongruenzmodell DIM – Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asager.

Speierer, G.-W. (1996). The differential incongruence model as a basis of specific and integrative options in counseling and psychotherapy. In Esser, U., Pabst, H. & Speierer, G.-W. *The power of the person centered approach*. (S. 23-32) Köln: GwG-Verlag.

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. (1997b). *Zur Nosologie, Diagnose und Behandlung von Patienten mit abhängiger (asthenischer) Persönlichkeitsstörung (ICD F60.7) bzw. dependenter Persönlichkeitsstörung (DSM-IV 301.6).* Vortrag anlässlich des 5. Essener Gesprächspsychotherapie-Symposions.

Speierer, G.-W. (1998a). *Zur Inkongruenzdynamik bei alkoholabhängigen Personen.* Poster präsentiert anlässlich der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie 3/1998, Münster.

Speierer, G.-W. (1998b). Psychopathology according to the differential incongruence model, In L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Litaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*, (S. 410-427). New York, London: Guilford.

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. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In Keil, W. & Stumm, G. (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. (S.163-185). Wien, New York: Springer.

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.

Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior.* Chicago: Universitity of Chicago Press.

Süß, H. M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Stuttgart: Hans Huber.

Süß, H. M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau, 46.* (S.248-266)

Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.* Köln: GwG-Verlag.

UKATT Research Team (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems. *British Medical Journal 2005* (pp. 541–544)

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV).* Weinheim: Beltz Testgesellschaft.

Zöfel, P. (2002). *Statistik verstehen Ein Begleitbuch zur computerunterstützten Anwendung.* München: Addison Wesley Verlag. Pearson Education.

Anhang:

Anhang 1: Fragebogen zu Trinkgewohnheiten Kontrollgruppe
(zur Diagnostik entsprechend ICD-10)

Anhang 2: Rückfallfragebogen Behandlungsgruppe

Anhang 3: Rückfallfragebogen Kontrollgruppe

Anhang 4: Ergebnistabellen

Anhang 1:

Fragebogen zu Trinkgewohnheiten

1)	Ich konsumiere Alkohol	**ja** □	**nein** □
2)	Ich habe in den letzten 12 Monaten regelmäßig Alkohol getrunken	**ja** □	**nein** □
3)	Ich habe mich in den letzten 12 Monaten mindestens 1x pro Monat betrunken	**ja** □	**nein** □
4)	Durchschnittliche Trinkmenge alkoholischer Getränke am Tag:		
5)	Durchschnittliche Trinkmenge alkoholischer Getränke pro Woche :		
6)	Gestern habe ich folgende alkoholischen Getränke konsumiert (Art und Menge):		
7)	Anzahl bisher durchgeführter Entgiftungen:		
8)	Anzahl bisher durchgeführter Therapien:		
9)	Ich konsumiere auch Alkohol, wenn ich dadurch Nachteile habe	**ja** □	**nein** □
10)	In den letzten 12 Monaten hatte ich mehrmals ein starkes Verlangen gespürt, Alkohol zu trinken	**ja** □	**nein** □
11)	In den letzten 12 Monaten habe ich oft mehr getrunken, als ich anfangs vor hatte	**ja** □	**nein** □
12)	wenn ich längere Zeit keinen Alkohol trinke, fühle ich mich körperlich schlecht (z.B. Zittern, Schwitzen), nach dem Alkoholkonsum geht es mir wieder besser	**ja** □	**nein** □
13)	ich trinke heute mehr als früher bevor ich eine Wirkung spüre	**ja** □	**nein** □
14)	Oft habe ich keine Lust und kein Interesse Freunde zu besuchen / etwas zu unternehmen / meinem Hobby nachzugehen und trinke stattdessen lieber Alkohol	**ja** □	**nein** □

Anhang 2:

Alkoholkonsum in den vergangenen 4 Monaten

Ich war die vergangenen 4 Monate abstinent **Ja** ☐ **Nein** ☐

Ich hatte einen oder mehrere einzelne Rückfälle **Ja** ☐ **Nein** ☐

Wenn Ja:

Trinkmenge:

Wie lange dauerte die Rückfälligkeit:

Auslöser:

Konsequenzen:

Wie konnten Sie die Rückfälligkeit beenden:

Ich trinke in demselben Ausmaß wie vor der Therapie **Ja** ☐ **Nein** ☐

Ich trinke regelmäßig, jedoch nicht in demselben Ausmaß wie vor der Therapie

Ja ☐ **Nein** ☐

Anhang 3:

Alkoholkonsum in den vergangenen 4 Monaten

Ich war die vergangenen 4 Monate abstinent **Ja** ☐ **Nein** ☐

Ich habe in den vergangenen 4 Monate aufgehört zu trinken

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich trinke in demselben Ausmaß wie vor 4 Monaten

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich trinke mehr als vor 4 Monaten

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich trinke weniger als vor 4 Monaten

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich trinke regelmäßig, jedoch nicht in demselben Ausmaß wie vor 4 Monaten

Ja ☐ **Nein** ☐

Ich habe im Prinzip aufgehört zu trinken, war aber einige Male "rückfällig":

Ja ☐ **Nein** ☐

wenn Ja:

beschreiben Sie bitte genau die Dauer der Rückfälligkeit, Trinkmenge und wie es dazu kam

Anhang 4:

Einzelergebnisse im Regensburgen Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) (z-Werte), sowie in der Symptom-Checkliste SCL-90-R (T-Werte)

Behandlungsgruppe																											
Pat	Demografische Daten						Prä-Daten							Post-Daten							Katamnesedaten						
	1	2	3	4	5	6	RIAI 11	RIAI B1	RIAI B2	RIAI B4	RIAI B5	RIAI B8	SCL	RIAI 11	RIAI B1	RIAI B2	RIAI B4	RIAI B5	RIAI B8	SCL	RIAI 11	RIAI B1	RIAI B2	RIAI B4	RIAI B5	RIAI B8	SCL
11	54	1	4	1	1	2	0,3	1,2	1,1	0,3	0,2	0,6	45	-0,5	3	3	-0,6	0	0,3	45	0,6	-0,4	0,9	0,2	0	0,5	28
12	32	1	1	1	1	2	0,3	-0,4	-0,6	0,8	0,2	0,6	66	1,1	-0,4	-0,4	0	1	1,8	68	1,1	-0,8	-0,9	-0,6	0,3	0,5	61
13	38	1	1	1	1	2	0	0,8	-0,3	0	0	-0,4	38	0,9	1,8	1,3	-1,2	-0,5	-1,1	44	0,6	3	2	-0,2	-0,2	0,8	37
14	43	4	1	1	2	2	0	-0,6	-0,6	-0,3	-0,9	-0,7	51	-1,1	2,4	2,1	-1,9	-2,4	-1,6	24	-0,5	1,8	2,1	-1,9	-1,6	-1,1	28
16	35	1	1	2	.	1	0,6	-0,8	-0,9	-0,2	0,3	-0,1	42	-0,5	-0,4	0,3	0,4	0,2	0,6	33	-1,1	-0,6	0	0,8	-0,2	0,9	52
22	46	2	1	1	1	2	1,1	-1,9	-2	1,7	1,1	1,4	64	0	-0,4	-0,3	-0,6	-0,3	0,1	39	-1,1	1,5	2	-1,9	-2,4	-1,6	41
23	50	1	1	2	1	2	2,2	-2,9	-2,6	0	0,3	1,6	68	1,4	-0,6	-0,5	0,7	0,9	1,6	63	1,6	-1,5	-1,8	1,2	1,4	1	68
26	52	1	1	1	1	2	1,4	-0,2	-0,1	1,2	0,9	0,8	51	0,3	-1	-0,8	0,4	0	0,6	45	0,6	-2,9	-2,3	0,7	-1,6	0,1	50
27	46	1	1	1	.	2	0,9	-1	-2,3	-1,5	-0,2	0,1	68	0	0	-0,8	0,3	0,2	0,3	61	0,3	-1,7	-2	0,8	0,3	0,6	62
31	35	4	1	2	.	2	2,2	-1,3	-0,9	3	2,7	2,9	80	2,5	-1,5	-0,9	3	2,5	2,5	80	2,2	-1	-0,9	3	2,5	2	80
33	64	1	2	3	.	1	-0,5	-0,8	-0,5	0,6	-0,5	0,8	52	-0,5	-0,2	0,7	-0,2	-0,2	-0,4	62	-1,1	3	3	-0,9	-0,2	-0,4	41
41	42	1	1	4	1	2	1,6	-1	-0,8	3	2,7	2,9	80	0,6	-0,2	0,3	1,7	0,7	0,6	60	0,9	-0,4	0,3	1,1	0	0,5	63
42	31	2	1	1	.	2	1,1	-0,4	-0,5	1,8	0,7	0,5	59	-0,5	0,5	0	0,9	-0,6	0,6	42	0,3	-1,3	-1,3	0,3	-0,8	0,1	51
43	39	2	1	4	.	2	2,2	0,5	0,9	0,8	1,3	2,3	80	1,8	2,5	1,9	1,2	2,4	2,9	68	3	0	0,3	1,5	2,4	2,9	80
44	52	1	3	3	2	2	0,9	-1	-1,2	-0,3	0,2	-0,1	55	0	0,5	0,3	-1,3	-1,2	-1,6	48	0	0,8	0,6	-0,3	-0,9	0,1	44
45	38	1	1	1	1	2	0,9	0,8	0	-0,3	0	-0,7	.	-1,1	2,3	1,3	0	-1,2	-0,7	.	-0,5	1,5	1,1	-1,2	-0,9	-1,6	.
46	41	1	1	4	1	2	0,3	0,8	1,3	2	0,7	1,4	68	-1,1	1,8	2,5	-0,3	-1,6	-0,7	43	-0,5	1,2	1,5	-0,2	-0,5	0,1	41
51	33	1	1	1	.	2	0,3	-0,2	0,5	0,2	0,5	0,5	56	-1,1	1,5	1,9	-0,9	-2,4	-1,6	39	-1,1	1,5	1,3	-1,9	-2,4	-1,6	28
53	43	1	3	2	1	1	0,3	0,5	-0,3	-0,9	-0,5	-0,1	53	0,6	-0,2	-0,1	0,8	0,5	0,1	53	-1,1	3	3	-0,2	-1,6	-0,4	46
55	45	1	3	4	1	2	-0,5	-1	-1,3	1,7	0,2	-1,1	53	-0,5	1,5	1,3	0,3	-0,9	-0,7	52	-0,5	1	1,7	-1,9	-1,4	-0,7	45
56	36	1	1	4	1	2	0,6	0	-0,5	1,2	0,2	-0,4	52	-0,5	-2,9	-2,3	0,3	-0,9	-0,4	53	0,9	0,2	0	2,4	1	0,6	68
62	31	1	1	1	1	1	-1,1	-1	-1,3	1,7	0,9	0,1	61	-1,1	0,8	0,6	1,6	0,7	0,5	53	-1,1	-0,8	-0,5	1,4	0,7	0,8	61
63	49	1	1	4	1	2	3	-1,7	-0,4	2,2	2,9	2,9	80	0,3	1,5	1,3	0,2	-0,9	-0,7	44	0,9	1,2	1,5	1,8	-0,9	-0,4	57

Pat	Demografische Daten						Prä-Daten							Post-Daten						
	1	2	3	4	5	6	RIAI 11	RIAI B1	RIAI B2	RIAI B4	RIAI B5	RIAI B8	SCL	RIAI 11	RIAI B1	RIAI B2	RIAI B4	RIAI B5	RIAI B8	SCL
702	48	.	1	1	.	2	0,9	-2,9	-2,6	-1,3	0,2	0,9	62	2,9	-2,3	-2	1,1	1,8	2	76
703	40	2	3	1	1	2	1,1	-0,8	-0,3	3	0,9	0,3	56	1,8	-1,9	-1,2	2,9	1,8	1,6	57
704	62	1	1	1	.	.	.	-2,9	-2,6	-0,2	-0,5	0,3	63	1,8	-0,4	-0,6	1,3	1,8	2	80
705	29	1	1	4	2	2	-1,1	1,5	2,3	0,8	-1,6	-0,1	54	0	-0,2	-0,3	1,1	-0,2	0,1	59
706	41	2	3	1	1	2	2,5	0,2	-0,1	1,3	0,9	0,9	60	1,6	0,5	-0,1	1,7	1	1,5	60
707	47	1	3	1	.	2	0,6	-2,9	-2,9	-0,2	-0,3	-0,4	65	0,6	-0,4	-0,4	0,8	1	1,4	68
708	44	4	3	1	1	2	0	1,2	0,9	1,4	0,7	0,8	71	0	0,8	0,5	0,4	0,6	1,3	57
709	67	1	1	1	1	2	.	-1,7	-2,6	-1,9	-1,2	-0,1	68	0,9	-0,8	-0,5	0,2	0,3	0,1	68
710	59	1	1	1	1	2	2,2	-2,9	-2,6	-0,2	0,6	1,5	68	1,6	-2,1	-2,3	0,9	1	1,7	73
711	57	1	3	1	.	2	1,1	0	-0,1	0,3	0,2	0,6	57	1,6	-0,4	-0,6	0,2	0,2	0,1	48
712	28	2	1	1	2	1	0,6	0,2	0,7	1,8	1,5	1,9	68	1,1	0,5	0,2	1,3	1,3	1	50
713	35	.	.	.	.	.	0	-2,5	-2,3	-0,2	0	1	67	0,9	-1,3	-1,3	-0,9	0,2	0,6	61
714	43	1	1	4	1	2	0,9	-0,6	-0,6	1,3	0,7	0,9	68	1,8	0,5	0,3	0,9	0,7	0,9	68
716	45	1	3	1	1	2	0	-2	-2	1,8	1,3	1,4	68	0,6	-1,3	-1,6	2,4	1,3	0,5	60
717	55	1	3	1	1	2	1,6	3	1,7	3	2,9	2,9	45	1,6	1	1,1	1,5	1	0,8	31
821	48	1	1	1	1	1	0	-0,2	-0,6	-2,4	-2,4	-1,6	62	-1,1	-0,8	-0,8	-1,9	-2,4	-1,6	76
822	39	2	1	1	1	2	-1,1	-2,9	-2,9	-2,4	-1,6	-0,1	.	0,9	-1	-1,5	-0,6	-1,2	-1,1	.
823	41	.	1	1	.	2	1,1	-0,8	-0,8	1,8	1,3	1,8	.	1,1	-1	-1,2	1,4	1,7	1,7	.
824	53	1	1	4	1	1	1,6	-1,5	-1,2	1,2	1,7	1,6	69	0,9	-0,6	-0,8	1,3	1,5	1,8	80
825	54	1	1	1	.	2	0,6	-2,5	-2,6	0	0,2	0,8	46	0,3	-0,8	-1,5	-0,4	-0,2	0,5	42
928	42	1	1	1	1	.	2,7	0,8	-0,3	3	2,7	2,9	80	2,7	0,2	0	3	2,9	2,9	71
929	48	1	3	1	1	.	-1,1	1,8	1,3	1,2	0	0,1	53	-0,5	1,8	1,9	0,2	0,6	0,6	50
930	37	1	1	1	1	2	1,6	-0,6	-0,8	3	2,4	2,9	71	1,4	1,2	0,9	2,7	2,2	2,9	73
931	48	1	3	1	1	2	0,3	-0,2	-0,5	-1,3	-0,9	-0,1	38	0,9	1,5	1,5	-0,4	-0,2	-0,1	53

Pat= Patienten; Prä-Daten= am Anfang der Behandlung/t1, Post-Daten=am Ende der behandlung/t2, Katamnese=4-6 Monate nach der Behandlung
Demografische Daten:
1= Alter; 2= Schulbildung, Werte: 1=Hauptschule, 2=Realschule, 3=Gymnasium, 4=sonstiges
3= Familie Werte: 1=ledig, 2=Partnerschaft, 3=getrennt, 4=verwitwet
4= Haushalt Werte: 1=allein 2=Institution
5= Beruf Werte: 1=Arbeiter, 2=Angestellter
6= Berufstätigkeit 1=Arbeitsplatz ja 2=Arbeitsplatz nein
Skalen RIAI: RIAI B1:Gesunden Selbstkonzeptanteile, RIAI B2:Gesunde Gesamterfahrungen, RIAI B4: Inkongruenzquellen, RIAI B5:Pathogene Gesamtbelastung, RIAI B8: Leitsymptomatische Gesamtbelastung, RIAI 11:Insuffizienzerleben
SCL=Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

V e r s i c h e r u n g

Ich versichere, dass ich meine Dissertation *Zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie in der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung -eine kontrollierte Studie* - selbständig ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe. Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

_____
(Ort, Datum)

_____
(Unterschrift)