

**Therapieprozess- und Ergebnisforschung in der  
Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA)**

**Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultäten  
der Georg-August-Universität zu Göttingen**

vorgelegt von  
Sabina Stawicki  
aus Göttingen

Göttingen 2007

D 7

Referentin: Prof. Dr. B. Kröner-Herwig

Korreferentin: Prof. Dr. Dr. H. Ehrenreich

Tag der mündlichen Prüfung: 02. Mai 2007

## **Danksagung**

Die vorliegende Arbeit wäre nie zustande gekommen ohne die vielfältige Hilfe und Ermutigung, die ich von verschiedenen Seiten erfahren habe:

Frau Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich gilt mein ganz besonderer Dank. Sie gab mir in den letzten Jahren die Möglichkeit, mich therapeutisch und wissenschaftlich zu entwickeln. Unter Ihrer Leitung konnte ich in ihrem Team motivierter Mitarbeiter lernen, schwer psychisch kranke Menschen zu behandeln. Ohne ihre hervorragende Betreuung, sowie ihre theoretische und praktische Begleitung, die von ihr eingebrachten Ideen und ihre Motivierung während der gesamten Entstehungszeit dieses umfassenden Projektes wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Frau Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig danke ich von ganzem Herzen für die sehr bereichernde Betreuung der vorliegenden Arbeit. Sie hat viel Zeit und Energie geopfert und die Arbeit mit viel konstruktiver Kritik und wichtigen Ratschlägen begleitet.

Ganz herzlichen Dank möchte ich Silja Niehaus, Jennifer Reinhold, Katja Ribbe und Dr. Thilo Wagner aussprechen für ihre kompetente, zuverlässige und unermüdliche Arbeit in unseren gemeinsamen Projekten. Ganz besonders möchte ich mich bei Dr. Henning Krampe bedanken für die gemeinsame enge Zusammenarbeit, in der beide Originalarbeiten entstanden sind. Ich bin dankbar für seine Ermutigungen und dass ich so viel von ihm lernen darf.

Auch danke ich allen ALITA-Patienten für ihre motivierte Mitarbeit, sowie allen Therapeuten des ALITA-Teams für die gute und kollegiale Zusammenarbeit. Ohne deren beiderseitige Zustimmung zu den Videoaufnahmen wäre eine solch aufwendige Therapieprozess-Studie nicht realisierbar gewesen.

Schließlich danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der Entstehungszeit dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Das Forschungsprojekt ALITA .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Fokus der vorliegenden Arbeit.....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Der Einfluss von Alkoholaversiva in der Behandlung alkoholkranker Patienten... 13</b>	
3.1	<i>Einführung in die Fragestellung .....</i>	13
3.2	<i>Originalartikel: Krampe H *, Stawicki S *, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rütther E, Poser W &amp; Ehrenreich H (2006) Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: Impact of alcohol deterrents on outcome. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 30: 86-95.....</i>	17
<b>4</b>	<b>Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten.....</b>	<b>28</b>
4.1	<i>Einführung in die Fragestellung .....</i>	28
4.2	<i>Originalartikel: Stawicki S *, Krampe H *, Niehaus S, Ribbe K, Wagner T, Bartels C, Kröner-Herwig B &amp; Ehrenreich H (2007) Multimodales Monitoring psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 9 (1): 27-47. ....</i>	31
<b>5</b>	<b>Resümee und Ausblick.....</b>	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>Übersicht laufender Forschungsprojekte und Publikationsverzeichnis .....</b>	<b>61</b>
<b>8</b>	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>64</b>

## **1 Das Forschungsprojekt ALITA**

Die beiden Originalartikel der vorliegende Dissertation befassen sich mit verschiedenen Wirkmechanismen, die in der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) untersucht wurden. In der Studie zum Einsatz der Alkoholaversiva in der Therapie alkoholkranker Patienten unter Einbezug der vollständigen ALITA-Stichprobe von N=180 wird zunächst die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit bestimmt, um beurteilen zu können, ob es sich um ein effektives Behandlungsprogramm handelt. Alkoholaversiva gelten seit langem als ergänzendes und wirksames Therapieelement in der Alkoholismustherapie. Durch detaillierte Analysen der Bedingungen der langfristigen Einnahme von Alkoholaversiva soll untersucht werden, anhand welcher Wirkmechanismen dieser Effekt festgemacht werden kann. Diese Studie macht deutlich, dass die in der Therapiesitzung überwachte Einnahme der Aversiva hauptsächlich einen psychologischen Wirkprozess auslöst. Der Artikel zum Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei einer Teilstichprobe der ALITA-Patienten (n=64) untersucht die Veränderung der Prozessvariablen im Verlauf des ersten Therapiejahres, sowie deren Einfluss auf die Vorhersage der Abstinenzwahrscheinlichkeit während eines Vier-Jahreszeitraumes. Im Verlauf der sehr aufwendigen Studie wurden die Therapiegespräche der Patienten auf Video aufgenommen, 175 Gespräche transkribiert und zur Beurteilung durch mehrere Rater vorbereitet. Zur Analyse der Therapieprozesse wurde ein umfassendes Beobachtungssystem entwickelt und eingesetzt.

Das Forschungsprojekt ALITA soll im Folgenden kurz beschrieben werden. ALITA wurde 1993 entwickelt und im Sommer 2003 als Modellprojekt mit 180 Patienten abgeschlossen (Ehrenreich et al. 1997a, Ehrenreich et al. 2000, Krampe et al. 2005). Als biopsychosoziales Therapiekonzept strebt es den sofortigen Beginn der sozialen Wiedereingliederung der Patienten unter psychotherapeutischer und medizinischer Begleitung an. ALITA erstreckt sich über insgesamt zwei Jahre und schließt sich als vierstufiges ambulantes Programm an die stationäre Entgiftung an. Eine ausführliche Darstellung der Therapieelemente, der praktischen Durchführung und der wesentlichen Ergebnisse des Behandlungsprogramms findet sich in der folgenden Publikation "Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA)" (Stawicki et al. 2007). Dieser Artikel ist ausschließlich beigefügt, um einen Überblick über ALITA zu geben und stellt keine in die Dissertation eingehende Publikation dar.

### **Überblicksartikel:**

Stawicki S, Krampe H, Ribbe K, Niehaus S, Wagner T & Ehrenreich H (2007) ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Der Neurologe und Psychiater* 3: 27-32.

Dieser Artikel ist ausschließlich beigefügt, um einen Überblick über das Therapiekonzept ALITA zu geben und stellt keine in die Dissertation eingehende Publikation dar.

Ein umfassendes Behandlungskonzept

# Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA)

Sabina Stawicki, Henning Krampe, Katja Ribbe, Silja Niehaus, Thilo Wagner & Hannelore Ehrenreich, Göttingen

Die chronische Alkoholabhängigkeit erfordert ebenso wie Arthritis, Hypertonie, Asthma oder Diabetes eine flexible, intensive und oft lebenslange Behandlung. Nachfolgend werden die Prinzipien und die klinischen Ergebnisse der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) und des Einsatzes von Alkoholaversiva beschrieben.

Mit einer 12-Monats-Prävalenz von mindestens 3 % und einer Lebenszeitprävalenz von 8–14 % zählt die Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten psychischen Störungen [22, 30, 38]. Ihre Behandlung wird besonders erschwert durch eine hohe Rate an komorbiden psychischen Störungen, vor allem Persönlichkeitsstörungen (ca. 30–60 %), Angststörungen (20–30 %) und affektive Störungen (20 %) [21, 38, 39, 42]. Der volkswirtschaftliche Schaden durch Alkoholkonsum ist in Deutschland mit jährlich ca. 21 Milliarden Euro, 42 000 Toten, 14 000 Frühberentungen, 40 000 Reha-Maßnahmen, 570 000 Krankenhausaufenthalten und 850 000 Arbeitsunfähigkeitsfällen enorm [3].

Obwohl die Ursachen und Entwicklungsprozesse in ihrer Komplexität erst ansatzweise aufgeklärt sind, lassen sich vier Faktoren identifizieren, die bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle spielen:

- › eine ausgeprägte **genetische Disposition** (Anteil auf 50–64 % geschätzt),
- › **irreversible Schädigungen im so genannten Belohnungssystem** des Gehirns (Teile des limbischen Systems, vor allem Hippocampus und Amygdala, Nucleus caudatus, Teile des Frontallappens und Nucleus accumbens),
- › eine **starke Beeinträchtigung der psychobiologischen Stresstoleranz**, die sich nur sehr langsam im Verlauf der Abstinenz regeneriert, und
- › jahrzehntelange, hochüberlernte **selbstschädigende Lernprozesse** (Überblick in [24]).

Die Daten zu Verlauf und Prognose der Alkoholabhängigkeit sind alarmierend. Langzeitstudien, die zwischen 4 und 35 Jahre überblickten, haben folgende wesentliche Verlaufsmerkmale identifiziert [9, 18, 31, 32, 42, 44]:

- › Alkoholabhängigkeit geht langfristig mit deutlich **erhöhten Sterblichkeitsraten** von 15–60 % einher. Das Mortalitätsrisiko ist für alkoholranke Menschen um das 2,5- bis Neunfache erhöht.
- › Mit ca. 5–30 % der Stichproben zu Studienbeginn ist im **Langzeitverlauf** nur ein kleiner Prozentsatz abstinent; die meisten Patienten sind langfristig rückfällig (25–60 %), gestorben (15–60 %) oder wechseln zwischen Phasen von Abstinenz, reduziertem Konsum und Rückfall (10–16 %).
- › Während Chronizität, schwere körperliche Folgekrankheiten, eine komorbide dissoziale Persön-

Die **Lebenszeitprävalenz** der Alkoholabhängigkeit beträgt 8–14 %.

Tab. 1: Die Behandlungsphasen von ALITA

- › **Stationäre Vorphase: Entgiftung (zwei bis drei Wochen)**  
Besuch der Patienten durch ALITA-Mitarbeiter in der Notaufnahme und auf Entgiftungsstationen, Einführungsgespräch, Motivationsarbeit, Selektion, Anamneseerhebung, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Ausloten der sozialen Einbindung, Beginn der täglichen kontrollierten Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 100 mg), täglich Urinkontrollen.
- › **Ambulante Phase I: Intensivphase (tägliche Kontakte über drei Monate)**  
Lückenloser Übergang von der stationären Entgiftung zur ambulanten Therapie, täglich 15 Minuten Gespräch (primär supportiv), praktische Unterstützung der sozialen Reintegration, Gespräche mit Angehörigen, Hausbesuche, täglich kontrollierte Einnahme von Disulfiram (100 mg), täglich Urinuntersuchung auf Alkohol und andere Suchtstoffe, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase (je nach Bedarf drei bis vier Monate)**  
Schrittweise Kontaktreduktion auf dreimal pro Woche, weiterhin jeweils 15 Minuten supportives Gespräch, Intensivierung der sozialen Reintegrationsbestrebungen, regelmäßige Angehörigengespräche (individuell ausgerichtet), kontrollierte Einnahme von Disulfiram (400–500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase III: Ablösungsphase (Erreichen der „1-Jahres-Marke“)**  
Kontaktreduktion auf zweimal pro Woche, jetzt jeweils 30 Minuten Gespräch, Stabilisierung der sozialen Reintegration, kontrollierte Einnahme von Disulfiram (400–500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge.
- › **Ambulante Phase IV: Nachsorgephase (Überschreiten der „1-Jahres-Marke“)**  
Einmal wöchentlich Teilnahme an der ALITA-Gruppe (therapeutenbegleitete Gruppe), initial noch wöchentlich ein Einzelgespräch (30 Minuten), kontinuierliche aggressive Nachsorge; Ziel: schrittweise Einstellung von Einzelgesprächen und Aversionsmedikation, dauerhafte, regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder der ALITA-Gruppe.

**Tab. 2: Die Therapieelemente von ALITA**

- › **Hochfrequente Kurzgesprächskontakte**  
Strukturierte, sichernde Anbindung durch supportive, wenig fordernde Kurzgespräche; initial täglich 15 Minuten, einschließlich an Wochenenden und Feiertagen; langsame Reduktion der Kontaktfrequenz mit dem Ziel einer regelmäßigen und dauerhaften wöchentlichen Gruppenteilnahme.
- › **Kriseninterventionsbereitschaft**  
Das ALITA-Team ist im Notfall für die Patienten immer erreichbar: 24 Stunden, 365 Tage.
- › **Soziale Reintegration und Hausbesuche**  
Konkrete Unterstützung beim Aufbau eines abstinentzfördernden sozialen Umfeldes; explizite Beteiligung der Angehörigen an der Therapie; Familien- und Paargespräche; aktive Hilfe bei Problemen am Arbeitsplatz und mit Behörden; Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Schuldentilgung und Klärung juristischer Angelegenheiten.
- › **Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit**  
Einnahme von Disulfiram (Antabus®) als Alkoholaversivum. Die Hemmung des Alkohol abbauenden Enzyms Acetaldehyd-Dehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds mit den Folgen einer „inneren Vergiftung“, der „Antabusreaktion“, d. h. Flush-Symptomatik, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen, gelegentlich sogar Kreislaufkollaps.
- › **Kontrolle**  
Kontrollierte Einnahme der Aversiva, regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe.
- › **„Aggressive Nachsorge“**  
Beginnende Rückfälle werden sofort beendet und drohende Rückfälle verhindert. Dies geschieht, indem Patienten, die nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, mit Telefonanrufen, mehrmaligen spontanen Hausbesuchen oder Briefkontakten zur Fortführung der Behandlung bzw. zur Wiederaufnahme der Abstinenz aufgefordert werden.
- › **Therapeutenrotation**  
Im interdisziplinären ALITA-Team sind alle Therapeuten gleichermaßen für alle Patienten verantwortlich und führen nach dem Konzept der Therapeutenrotation im lockeren, nicht festgelegten Wechsel die Gespräche. Neue Therapeuten können jederzeit leicht in das Behandlungsteam eingeführt werden.

— **Eine Kurzzeitintervention** reicht bei chronischer Alkoholabhängigkeit nicht aus!

— Ein jahrzehntelanger **selbstschädigender Lernprozess** muss inaktiviert werden.

lichkeitsstörung, häufige Trinkexzesse in der Vorgeschichte, Trennung vom Partner und Arbeitslosigkeit als **Prädiktoren** für einen ungünstigen Verlauf identifiziert worden sind, werden eine stabile Partnerschaft, Wiederbeschäftigung, die Dauer einer Behandlung und die langfristige Teilnahme an Selbsthilfegruppen häufig als Prädiktoren für eine positive Prognose genannt.

› Der **Erholungsprozess** schreitet in den ersten Jahren der Abstinenz am schnellsten voran, dauert jedoch insgesamt zehn Jahre und länger. Erst ab dem dritten abstinenten Jahr ist das Rückfallrisiko deutlich und relativ stabil verringert.

Die hohe Prävalenz und die Chronizität der Alkoholkrankheit, ihr heterogenes und schwankendes Verlaufsmuster, die erhöhte Mortalität sowie die langfristig niedrigen Abstinenzchancen der meisten alkoholabhängigen Patienten machen deutlich, dass hier großer gesundheitspolitischer Reformbedarf besteht. Man muss fragen, mit welchen Argumenten Therapeuten, Sozialversicherungsträger und Therapieforscher noch immer eine Behandlung in Form von Kurzzeittherapien rechtfertigen können. Für Patienten mit riskantem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch stellen Kurzinterventionen sicher angemessene Behandlungsalternativen dar, die mittel-

große Effektstärken erzielen können [6, 35]. Die Therapie der chronischen Alkoholabhängigkeit erfordert jedoch ein Umdenken. Alkoholabhängigkeit lässt sich in die Gruppe chronischer Krankheiten wie Arthritis, Bluthochdruck, Asthma und Diabetes einordnen und erfordert eine flexible, intensive und mitunter lebenslange Behandlung [10, 13, 25, 36].

In diesem Beitrag werden wir zunächst die allgemeinen Prinzipien der ambulanten Langzeittherapie alkoholabhängiger Patienten formulieren, dann das von uns entwickelte Therapieprogramm ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke) vorstellen, und abschließend einen kurzen Überblick über den Einsatz von Disulfiram in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit geben.

### Prinzipien der ambulanten Langzeittherapie für Alkoholranke

Aus den empirischen Befunden über Epidemiologie, Entstehung, Verlauf und Therapie lassen sich wesentliche Prinzipien eines innovativen Behandlungsansatzes für Alkoholabhängigkeit ableiten [11, 13, 14, 29]:

- › **Strikte Abstinentorientierung:** Alkoholabhängigkeit ist eine irreversible, nicht heilbare Krankheit. Nur konsequente und langfristige Abstinenz kann die Symptome zum Stillstand bringen und den Erholungsprozess fördern. Therapieprogramme zum so genannten kontrollierten Trinken sind für alkoholabhängige Menschen kontraindiziert.
- › **Supportives, nicht konfrontatives Therapeutenverhalten:** Alkoholranke Patienten zeigen in den ersten Monaten der Abstinenz eine starke Beeinträchtigung der psychobiologischen Stress-toleranz, die sich erst langsam regeneriert. Konfrontatives und emotional belastendes Therapeutenverhalten ist kontraindiziert. Bewährt hat sich ein supportives Vorgehen, das auf gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien aufbaut.
- › **Chronische Krankheit – intensive lange Behandlung:** Die chronische Alkoholkrankheit basiert auf einer genetischen Disposition, irreversiblen neurobiologischen Schädigungen und jahrzehntelangen selbstschädigenden Lernprozessen. Eine derartige chronische Störung kann nur im Rahmen einer langfristigen und umfassenden Therapie behandelt werden, die mitunter lebenslang andauert. Kurzinterventionen eignen sich allenfalls für die weniger chronischen Erscheinungen von Alkoholmissbrauch und riskantem Konsum.
- › **Ein Rückfall ist ein Notfall:** Mit einer hohen Rate an körperlichen und psychiatrischen komorbiden Störungen, sozialen Problemen, starker Chronizität sowie einem deutlich erhöhten Mor-

talitätsrisiko zeigt sich die Alkoholabhängigkeit als eine schwere Krankheit. Ein Rückfall ist deshalb wie bei anderen schweren chronischen Krankheiten als Notfall zu beurteilen und benötigt eine sofortige Krisenintervention.

### ALITA als integratives Therapieprogramm

Die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) ist ein vierstufiges Behandlungsprogramm, das sich direkt an den stationären Entzug anschließt und sich über insgesamt zwei Jahre erstreckt (Tab. 1). Das biopsychosoziale Therapiekonzept von ALITA zielt auf einen sofortigen Beginn der sozialen Wiedereingliederung der Patienten unter psychotherapeutischer und medizinischer Begleitung ab. Dazu werden wichtige Behandlungselemente der psychiatrischen Patientenversorgung, der Psychotherapie und der Suchttherapie zu einem umfassenden, intensiven und langfristigen Therapieprogramm integriert (Tab. 2).

Die Integration von intensiver Therapie und langer Behandlungsdauer berücksichtigt sowohl die in der frühen Abstinenz extrem beeinträchtigte psy-

chobiologische Stresstoleranz der Patienten als auch die Chronizität der Erkrankung (siehe [15, 43, 44]).

Ein entscheidendes Element von ALITA ist die Therapeutenrotation. Diese ist die Voraussetzung der pragmatischen Umsetzung der Patientenversorgung. Zusätzlich ist sie ein psychotherapeutischer Faktor, der sich durch die Wirkmechanismen „Verschiedenheit und Variation“ sowie „Kongruenz und Wiederholung“ positiv auf den Behandlungserfolg der Patienten auswirkt [26, 29].

Neben den wesentlichen in Tab. 2 beschriebenen Elementen kommen bei ALITA Therapiedokumente zum Einsatz, die den Patienten bei der Aufrechterhaltung der Alkoholabstinenz helfen (Abb. 1 und 2). Eine zentrale Rolle nehmen dabei der **Behandlungsvertrag**, der **grüne Ausweis für die Alkoholkrankheit** und die **Urkunden über das Erreichen des ersten und des zweiten**

**ALITA**  
Ambulante Langzeit-Intensivtherapie  
für Alkoholranke

Der Inhaber dieses Ausweises,  
....., geb. am .....,  
ist **alkoholkrank**.

**Vorsicht bei  
Alkoholkrankheit:**  
**Keinesfalls** Verschreibung  
suchterzeugender Medikamente  
(Benzodiazepine, Opiate, Barbiturate,  
alkoholhaltige Medikamente),  
**cave** Tropfen!  
Bei Rückfragen: ALITA (Tel.: .....

*Abb 1: Der grüne ALITA-Ausweis (Vorder- und Rückseite) legitimiert die Patienten, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen, und schützt sie beim Arztbesuch vor der Verschreibung suchterzeugender Medikamente.*

**ALITA**  
AMBULANTE LANGZEIT-INTENSIVTHERAPIE FÜR ALKOHOLKRANKE

**THERAPIEVERTRAG**  
Einverständniserklärung

Ich, ....., geboren am ....., bin über alle wichtigen Punkte des Therapieprogramms ALITA informiert worden.

Kurz zusammengefasst sind dies:

- Therapiedauer: 2 Jahre
- Jeder vereinbarte Termin muss eingehalten werden (auch an Wochenenden und Feiertagen)
- Bei Nichterscheinen oder Rückfall sucht das Therapeutenteam den Patienten auf oder kontaktiert Angehörige
- Kontrollierte Einnahme von Disulfiram (Antabus®)
- Kein Urlaub außerhalb der kontaktfreien Zeiten
- Zusammenarbeit mit mehreren Therapeuten
- Regelmäßige Urin- und Blutkontrollen auf Alkohol/Drogen
- Teilnahme an Fragebogen- und Interviewstudien zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung

Ich verpflichte mich, die vereinbarten Punkte einzuhalten, und bin mir darüber im Klaren, dass die Nichteinhaltung eines der Elemente des Programms zum Ausschluss aus der Ambulanz führt.

Ich habe mich nach gründlicher Aufklärung und reiflicher Überlegung zur Teilnahme an ALITA entschlossen.

Göttingen, den .....

.....  
Teilnehmer/Teilnehmerin

.....  
Therapeut/Therapeutin

**URKUNDE**

über  
die einjährige erfolgreiche Teilnahme an  
**ALITA**

verliehen an

\_\_\_\_\_

geboren am

..... Datum

..... Leiter/Leiterin der Ambulanz

**Abb. 2: Behandlungsvertrag und Abstinenzurkunde**

## Gesprächsbeispiel: Psychoedukation zu Disulfiram

Herr M., 55 Jahre, Großhandelskaufmann, ist verheiratet und hat drei Kinder. Er ist seit 30 Jahren alkoholabhängig und berichtet, dass er zuletzt täglich 2 Liter Wein und 0,75 Liter Schnaps getrunken habe. Alkohol stelle in seiner Familie ein großes Problem dar, sein Vater und sein Bruder seien auch alkoholabhängig. 1999 und 2001 erhielt er vom Arbeitgeber Abmahnungen wegen Alkoholkonsums am Arbeitsplatz.

Herr M. hat bisher vier stationäre Entzugsbehandlungen und eine stationäre Langzeittherapie absolviert, nach denen er jedoch im Verlauf einiger Wochen jedes Mal rückfällig wurde. Als Alkoholfolgeschäden weist er eine Hepatomegalie und eine Polyneuropathie auf.

Nachdem seine Partnerin ihn vorübergehend verlassen hatte, steigerte er seinen täglichen Alkoholkonsum deutlich, sodass er sich zu einer erneuten stationären Entgiftung aufnehmen ließ. Während des Aufenthaltes entschließt er sich, an ALITA teilzunehmen.

**Therapeut:** Sie sind ja jetzt schon eine Woche auf der Station. Heute haben Sie Ihren zweiten Termin, bei dem Sie zu uns in die Ambulanz kommen. Wie geht es Ihnen damit, dass die Kontaktsperre auf der Station vorbei ist?

**Herr M.:** Na ja, ich muss sagen, die Zeit, als ich die Station nicht verlassen durfte, war schon ganz wichtig. Ich konnte etwas Abstand von allem finden. Aber ich hab' gemerkt, dass ich jetzt mehr auf mich aufpassen muss. Heute morgen war ich mit meinem Zimmernachbarn kurz im Supermarkt, und da hab' ich schon gemerkt, dass ich mich nach dem Wein umgeschaut habe, den ich immer getrunken habe. Da bin ich lieber schnell wieder raus.

**Therapeut:** Oh ja, das haben Sie ganz richtig gemacht. Gerade in der Anfangsphase wird Ihnen das vielleicht noch öfter passieren. Um sich selbst zu schützen, ist es am besten, wenn Sie solche Situationen dann schnell verlassen.

**Herr M.:** Ja, das habe ich auch gemerkt. Und dann ist mir eingefallen, dass ich ja dieses Medikament nehme und ich gar nicht trinken kann.

**Therapeut:** Hm, genau, Sie nehmen Antabus, damit Sie nicht trinken können. Können Sie mir noch mal genau beschreiben, was das Medikament in Ihrem Körper macht?

**Herr M.:** Ehm, ja, mal sehen, ob ich das alles noch zusammenkriege. Das haben Sie mich ja schon ein paar Mal gefragt.

**Therapeut:** Ja, weil es uns ganz wichtig ist, dass Sie die Wirkung genau kennen. Schließlich tragen wir für Ihre Gesundheit auch eine gemeinsame Verantwortung. Wir können Ihnen Antabus nur geben, wenn wir sicher gehen können, dass Sie verstanden haben, warum Sie es einnehmen und was passieren würde, wenn Sie Alkohol trinken.

**Herr M.:** O.k., also ich glaube, wenn ich Antabus einnehme, vertrage ich keinen Alkohol mehr, und wenn ich Alkohol trinken würde, würde es mir ziemlich schlecht gehen, Übelkeit, Herzerasen, ein roter Kopf, und ich müsste vielleicht ins Krankenhaus.

**Therapeut:** Ja, genau, es können auch Schwindelgefühle, Erbrechen, Atemnot und Herzkreislauf-Versagen auftreten, und es sind sogar Menschen gestorben, die auf Antabus getrunken haben. Sie sehen, es ist wirklich ernst zu nehmen. Wissen Sie, wie das Antabus im Körper wirkt, wenn Sie Alkohol trinken würden?

**Herr M.:** Wenn man unter Antabus trinkt, dann wird der Abbau von Alkohol verhindert und es bildet sich ein Gift, das dann diese ganzen körperlichen Probleme hervorruft. Wenn ich keinen Alkohol trinke, passiert gar nichts.

**Therapeut:** Ganz richtig, und was müssten Sie tun, wenn Sie wieder Alkohol trinken wollten?

**Herr M.:** Zwei Wochen warten und kein Antabus mehr einnehmen.

**Therapeut:** Genau, Antabus wirkt zwei Wochen lang in Ihrem Körper. Toll, das wissen Sie schon alles ziemlich gut. Und wie meinen Sie, dass Ihnen das Medikament in Ihrer Abstinenz helfen kann?

**Herr M.:** Na ja, dass ich halt weiß, dass ich keinen Alkohol trinken kann, selbst wenn ich wollte, ich müsste erst mal zwei Wochen warten.

**Therapeut:** Und genau das haben Sie ja heute morgen auch ganz richtig gemerkt. Sie wussten, dass Sie keinen Wein trinken können und haben sich eine Alternative zum Alkohol gesucht: das Rausgehen aus dem Supermarkt. Auf diese Weise werden Sie im Laufe der Zeit immer mehr riskante Situationen abstinent meistern können.

**Herr M.:** Ah ja, bis ich dann irgendwann gar kein Antabus mehr brauche.

**Therapeut:** Ja, genau, das ist das Ziel.

abstinenten Jahres ein. Diese Unterlagen haben eine erlebnisaktivierende Wirkung. Während der Vertrag ein sichtbares und transparentes Dokument dafür darstellt, dass sich der Patient zu den konkreten Bestandteilen der Therapie verpflichtet, legitimiert der Ausweis die Alkoholabhängigkeit als Krankheit und erleichtert es dem Patienten somit, sich zu ihr zu bekennen. Die Urkunden würdigen die Leistung, die er vollbringt, um abstinent zu bleiben.

Die Dokumente haben aber auch praktischen Nutzen. Vor allem können iatrogene Rückfälle verhindert werden, indem der Patient seinen grünen Ausweis zu Beginn eines Arztbesuchs vorlegt, um die Verabreichung von alkoholhaltigen und suchterzeugenden Medikamenten zu vermeiden. Da der Ausweis eine Telefonnummer und eine Aufforderung an Ärzte enthält, bei Rückfragen in der ALITA-Ambulanz Rat einzuholen, wird den behandelnden Ärzten dabei geholfen, alternative nicht suchterzeugende Medikamente für den Patienten auszuwählen.

Für den Behandlungsvertrag und die Abstinenzurkunden ergeben sich ähnliche Einsatzbereiche. Viele Patienten belegen damit z. B. vor Familienmitgliedern und dem Arbeitgeber, dass sie erfolgreich an einer Therapie teilnehmen.

Kurz zusammengefasst haben die Therapiedokumente zwei Funktionen: Sie fördern einerseits die Motivation, den Selbstwert und das subjektive Krankheitsmodell der Patienten, andererseits helfen sie ihnen dabei, sich in ihrem sozialen Umfeld als alkoholkrank zu bekennen und die nötigen abstinenzfördernden Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen einzufordern.

## Therapieergebnisse von ALITA

Im Sommer 2003 wurde der aktive therapeutische Teil der ALITA-Pilotstudie in Göttingen nach zehn Jahren erfolgreich abgeschlossen. Von 1993 bis 2002 wurden insgesamt 180 schwer Alkoholranke (144 Männer, 36 Frauen) in sechs Rekrutierungsperioden konsekutiv aufgenommen und behandelt.

Die Patienten waren bei Aufnahme in das Programm  $44 \pm 8$  Jahre alt,  $18 \pm 7$  Jahre alkoholabhängig, zuletzt mit einem Konsum von  $437 \pm 162$  g reinen Alkohols pro Tag, hatten  $7 \pm 9$  stationäre Entgiftungen sowie  $1 \pm 1$  stationäre Langzeittherapie(n) hinter sich. Bei Eintritt in ALITA waren 58 % arbeitslos, 81 % litten an psychiatrischen komorbiden Störungen (vor allem Angst, Depression und Persönlichkeitsstörungen neben allen anderen Kategorien). Schwere Suizidversuche in der Vorgeschichte wiesen 30 % auf.

Die körperliche Beeinträchtigung der Patienten war gravierend: Während bei nur 11 % leichte Folgeschäden (z. B. Fettleber) diagnostiziert wurden, litten 33 % unter deutlichen (z. B. epileptische Anfälle im Entzug), 44 % unter schweren (z. B. Polyneuropathie)

und 13 % unter schwersten (z. B. Leberzirrhose) Alkoholfolgekrankheiten.

Berücksichtigt man, dass es sich bei den Patienten um schwer beeinträchtigte Alkoholranke handelt, ist die langfristige Erfolgsrate von ALITA unglaublich hoch: Mehr als 50 % blieben über einen Follow-up-Zeitraum von bis zu sieben Jahren nach Therapieende abstinent (Abb. 3, linker Teil). In der Literatur werden gewöhnlich Abstinenzraten von weniger als 30 % nach Follow-up-Zeiträumen von weniger als einem Jahr (selten über zwei Jahre) berichtet.

Basierend auf der hohen Abstinenzrate der ALITA-Patienten konnten enorme Verbesserungen in psychologischen, biologischen und sozialen Parametern erreicht werden. Die Arbeitslosenrate sank von 58 auf 22 %. Der Anteil von Patienten mit mindestens einer komorbiden Achse-I-Störung (vor allem Depression und Angststörungen) sank von knapp 60 % (Monat 1) bis zum Therapieende nach zwei Jahren (Monat 24) auf etwa 13 %.

### Prognosefaktoren

Das niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales förderte ein ALITA-Projekt zur Erforschung psychosozialer Prädiktoren des Therapieerfolges, indem eine Teilstichprobe von 112 Patienten über einen Zeitraum von vier Jahren prospektiv verfolgt wurde. Während die meisten Patientenmerkmale keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufwiesen, stellten sich die Chronizität der Alkoholabhängigkeit und das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als Rückfallprädiktoren heraus. Abb. 3 (rechter Teil) zeigt, dass die Abstinenzwahrscheinlichkeit mit ca. 50 % bei den Patienten am niedrigsten ist, die eine hohe Chronizität

(Dauer der Suchtkrankheit in Relation zum Lebensalter) und zusätzlich eine komorbide Persönlichkeitsstörung aufweisen. Hervorragende Ergebnisse von über 90 % Abstinenz erreichen weniger beeinträchtigte Patienten, die eine niedrige Chronizität und keine Persönlichkeitsstörung haben. Betrachtet man den Verlauf der Kurven genauer, fällt auf, dass die beiden Prädiktoren Chronizität und Persönlichkeitsstörung unabhängig voneinander sind. Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und/oder einer hohen Chronizität einen dringenden Bedarf an intensiver, umfassender und langfristiger Behandlung haben [28, 43, 44].

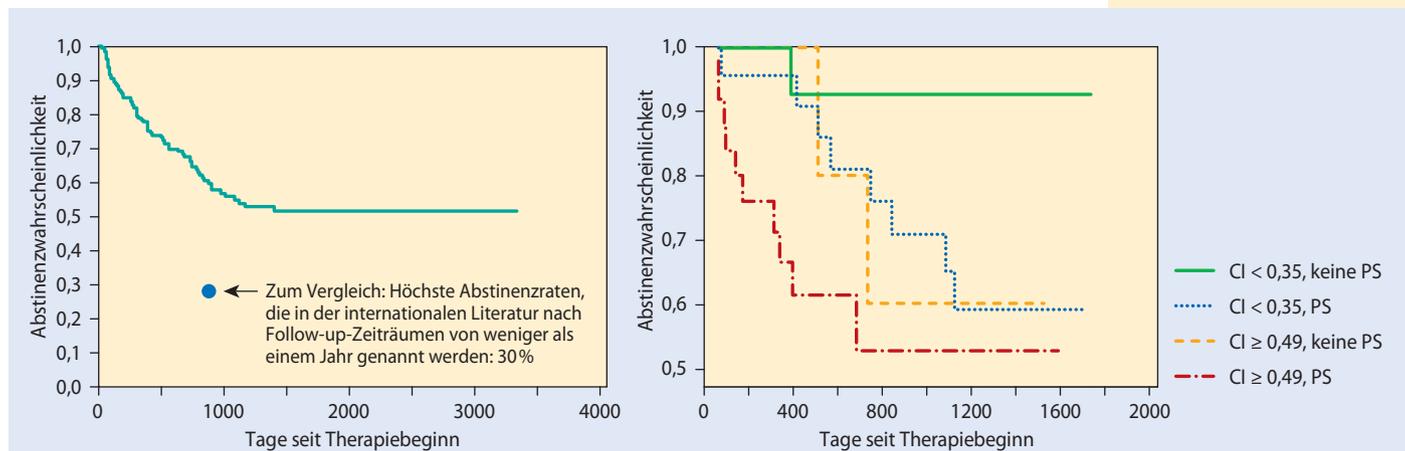
### Alkoholaversiva

Der Einsatz von Alkoholaversiva zählt zu den umstrittensten Elementen von ALITA. Während Kritiker befürchten, dass die Patienten „nur wegen einer künstlichen Stütze“ und nicht aus eigener Motivation abstinent bleiben, betonen Befürworter meist zu stark die pharmakologische Wirkung der Medikamente und vergessen dabei, dass vor allem die verhaltenstherapeutische Nutzung und die Interaktion der Alkoholaversiva mit den anderen Komponenten des Programms ihren Erfolg ausmachen.

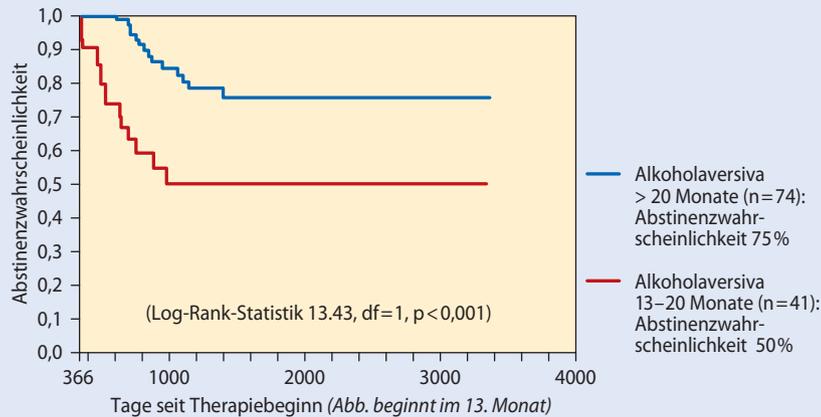
Die Alkoholaversiva Disulfiram (Antabus®) und Calciumcarbimid bzw. Cyanamid (Colme®, in Deutschland nicht im Handel) sind Medikamente, deren Einnahme eine vorübergehende Alkoholunverträglichkeit hervorruft. Ursprünglich als Vulkanisierhilfe in der Gummiindustrie (Disulfiram) bzw. als Düngemittel (Calciumcarbimid) verwendet, wurde ihre pharmakologische Wirkung, eine Hemmung der Acetaldehyd-Dehydrogenase, zufällig vor mehr als

■ **Hohe Chronizität und Persönlichkeitsstörungen** zeigen dringenden Therapiebedarf an.

■ **Alkoholaversiva** sind mehr als eine „künstliche Stütze“.



**Abb 3:** Links: Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit der ALITA-Patienten beträgt im 9-Jahres-Verlauf 52 % (n = 180). Rechts: Die Abstinenzkurven unterscheiden sich signifikant (Breslow-Statistik = 10,36, p = 0,02). Im Einzelvergleich der Abstinenzkurven sind Patienten, die beide Risikofaktoren aufweisen, deutlich stärker rückfallgefährdet (53 %, n = 25, dunkelrote Linie) als Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung (PS) und nur eine leichte Chronizität (CI < 0,35) aufweisen (93 %, n = 14, grüne Linie) (Breslow-Statistik = 5,5, p = 0,02). Die Abstinenzkurven der Patienten, die nur durch die Persönlichkeitsstörung (59 %, n = 23, blaue Linie) oder durch die starke Chronizität (60 %, n = 11, orangefarbene Linie) beeinträchtigt sind, nähern sich der Abstinenzkurve der Patienten an, die mit beiden Risikofaktoren belastet sind. Dies zeigt, dass die beiden Rückfallprädiktoren relativ unabhängig voneinander die Abstinenzwahrscheinlichkeit senken.



**Abb 4: Die langfristige Einnahme von Alkoholaversiva verbessert die Abstinenzraten der ALITA-Patienten. Beide Patientengruppen erzielen bei ALITA im Vergleich zu den Ergebnissen herkömmlicher Alkoholismustherapien sehr hohe Erfolgsraten. Der verlängerte Einsatz der Alkoholaversiva verbesserte die Abstinenzrate jedoch um weitere 25%.**

## Einsatz der Alkoholaversiva in der Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit

Verschiedene Studien zeigen, dass der Therapieerfolg von Aversionsmedikation weniger auf pharmakologischen, sondern vor allem auf psychologischen Prozessen beruht. Wenn Patienten Alkoholaversiva ohne Überwachung in Eigenverantwortung einnehmen, hat dies fast keinen positiven Therapieeffekt. Wenn das Medikament jedoch in Anwesenheit eines Therapeuten im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Suchtbehandlung eingenommen wird, zeigen sich günstige Auswirkungen hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Abstinenz [5, 19, 20].

Den bislang größten Erfolg zeigten Alkoholaversiva als Bestandteil von ALITA. Die Analyse der über neun Jahre prospektiv gesammelten Daten während des ALITA-Pilotprojekts zeigt eindrucksvoll die psychologische Wirkung der Medikamente [27]. Vor allem die Überzeugung, eine vorübergehende Alkoholunverträglichkeit erworben zu haben, und die Dauer der Medikamenteneinnahme, jedoch nicht die Dosis oder das tatsächliche Erleben einer Alkohol-Disulfiram-Reaktion waren für eine langfristige Abstinenz und das erfolgreiche Bewältigen von Alkoholausrutschern verantwortlich (Abb. 4).

Nicht zuletzt wegen der Erfolgszahlen von ALITA wird Disulfiram in den letzten Jahren wieder häufiger von Suchtmedizinern und niedergelassenen Psychiatern eingesetzt. Eine unreflektierte Verabreichung des Medikaments ist jedoch ein ärztlicher Kunstfehler. Alkoholaversiva sind nur in einem bestimmten therapeutischen Kontext sichere und wirksame Medikamente. Die überwachte und durch sorgfältige psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen begleitete Einnahme von Aversiva ist bei ALITA mit anderen wesentlichen Elementen kombiniert (Tab. 1 und 2), die den Behandlungserfolg nachhaltig unterstützen. Die Aversiva sind somit Bestandteil eines umfassenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehens: An eine häufig wiederholte psychoedukative Aufklärung über die Wirkmechanismen und die therapeutische Funktion der Medikation (siehe Gesprächsbeispiel) schließen sich die Vermittlung und das Training von Bewältigungsfertigkeiten an, bei dem die Patienten lernen, Disulfiram als wichtige Strategie der Rückfallprävention einzusetzen und in das Repertoire der wesentlichen Coping-Skills aufzunehmen [12, 27].

Literatur unter [www.derneurologe-psychother.de](http://www.derneurologe-psychother.de)

Korrespondenz:

Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich (✉)  
 Division Klinische Neurowissenschaften  
 Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin  
 Hermann-Rein-Straße 3, 37075 Göttingen  
 E-Mail: [ehrenreich@em.mpg.de](mailto:ehrenreich@em.mpg.de)

60 Jahren entdeckt; während Disulfiram seit 1948 in der Alkoholismustherapie eingesetzt wird, wurde Calciumcarbimid 1957 als alternatives Alkoholaversivum eingeführt [20, 37].

Die Alkoholaversiva haben sich in den letzten 50 Jahren als nebenwirkungsarme, klinisch sichere und preiswerte Medikamente bewährt. Sie sind nicht nur die ältesten wirksamen Pharmaka zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit [2, 4, 19, 20, 40], sondern nach einer aktuellen Literaturübersicht sogar erfolgreicher als die neueren Anticraving-Präparate Naltrexon (Nemexin®) und Acamprosat (Campral®) [5].

Durch die Einnahme von Disulfiram bzw. Calciumcarbimid wird eine Alkoholunverträglichkeit herbeigeführt, die etwa ein bis zwei Wochen anhält. Die Hemmung des Alkohol abbauenden Enzyms Acetaldehyd-Dehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds im Körper. Die Folge ist eine „innere Vergiftung“, die „Disulfiram-Alkohol-Reaktion“, d. h. knallroter Kopf, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen und gelegentlich sogar Kreislaufkollaps.

### Die unkontrollierte Verabreichung

von Disulfiram ist ein ärztlicher Kunstfehler!

### Fazit für die Praxis:

- Schwere Alkoholabhängigkeit ist eine chronische und zu Rückfällen neigende Krankheit.
- Langfristige Abstinenz und dauerhafte Rückbildung alkoholassoziierter Folgeschäden können nur dann garantiert werden, wenn die Patienten an einer Langzeitbehandlung teilnehmen, auf die lebenslange kurze Kontrolluntersuchungen und regelmäßige Besuche von Selbsthilfegruppen folgen.
- Die überwachte Einnahme von Alkoholaversiva lässt sich einfach und erfolgreich in ein umfassendes, strukturiertes ambulantes Langzeittherapieprogramm integrieren. Die Strategie der Abschreckung mit Alkoholaversiva wirkt, wenn die Therapeuten sich davon lösen, die pharmakologischen Effekte von Disulfiram zu betonen, und beginnen, die psychologischen Wirkmechanismen dieses Medikamentes vollständig zu nutzen.

## **2 Fokus der vorliegenden Arbeit**

Der Einsatz von Alkoholaversiva und eine psychotherapeutische Gestaltung der intensiven Therapiekontakte wurden bei der Entwicklung von ALITA als entscheidende Wirkfaktoren angenommen, um hohe Abstinenzquoten zu erzielen (Ehrenreich et al. 1997a, Ehrenreich et al. 2000, Ehrenreich & Krampe 2004, Krampe et al. 2004b). Im Verlauf des Projektes wurden zum einen diverse Studien zu biologischen Veränderungsprozessen über einen langen Zeitraum kontrollierter Alkoholabstinenz durchgeführt (Döring et al. 2003, Ehrenreich et al. 1997b, Hasselblatt et al. 2001, Hasselblatt et al. 2003, Hasselblatt et al. 2006, Jahn et al. 2004, Schmitt et al. 1999), wie auch Studien, die den Einfluss von psychiatrischen und suchtbefragten Patientenmerkmalen zu Therapiebeginn auf das Therapieergebnis untersuchen (Wagner et al. 2003, Krampe et al. 2006). Zudem wurde der Rückgang suchtasoziierten Variablen und komorbider psychiatrischer Achse-I-Störungen im Verlauf der prospektiven Längsschnittstudie (Wagner et al. 2001, Wagner et al. 2004) erforscht. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen belegen die Wirksamkeit von ALITA als ambulantes Therapieprogramm für schwer alkoholkrankte Patienten.

An dieser Stelle soll nun die Therapiewirksamkeitsforschung bei ALITA mit Therapieprozessforschung verbunden werden. Zur näheren Untersuchung der Wirkprozesse war es zunächst nötig, theoretische Konzepte zur Wirkung der angenommenen Therapiefaktoren zu entwickeln. Diese Konzeptvorstellungen umfassen Annahmen zur Wirkung von Alkoholaversiva (Ehrenreich & Krampe 2004), der therapeutischen Allianz mit der Umsetzung der Therapeutenrotation bei ALITA (Krampe et al. 2001, Krampe et al. 2004b), sowie der psychotherapeutischen Prozesse im Verlauf der Behandlung (Stawicki 2004, Krampe et al. 2004a).

Da nach derzeitiger Literaturübersicht Abstinenzraten von ca. 30% sechs Monate nach Therapieende in der Suchttherapie erreicht werden (Emrick 1974, Finney & Monahan 1996, Holder et al. 1991, McCrady & Langenbucher 1996, Miller et al. 2001, Miller & Wilbourne 2002), soll in der ersten Originalarbeit dieser Dissertation festgestellt werden, wie hoch die Abstinenzwahrscheinlichkeit für die vollständige Stichprobe von N=180 ausgeprägt ist. Hinsichtlich der Effekte der Alkoholaversiva in der Therapie alkoholkranker Patienten wird angenommen, dass nicht die pharmakologischen sondern eher die psychologischen Wirkprozesse entscheidend sind. Da in einer Langzeituntersuchung die Etablierung einer Kontrollgruppe ohne Behandlung nicht umsetzbar ist, können bei ALITA nur aus dem

Verlauf des Medikamenteneinnahmeverhaltens und des Alkoholkonsums bzw. der Abstinenz über einen Beobachtungszeitraum von bis zu neun Jahren Rückschlüsse auf die Wirkung des eingesetzten Alkoholaversivums gezogen werden. So werden in der Untersuchung unter anderem Patienten mit und ohne pharmakologisch wirksame Dosis verglichen, sowie Patientengruppen, die sich in ihrem Alkoholrückfallmuster unterscheiden: (1) abstinente vs. rückfällige Patienten, (2) Patienten mit bewältigten und unbewältigten *Lapses* (=Ausrutschen), und mit sofortigem *Relapse* (=Rückfall). Die unbewältigten *Lapses* sind definiert durch das Vorliegen eines oder mehrerer *Lapses* und einem anschließenden *Relapse* nach einer Abstinenzzeit von mindestens vier Wochen. Patienten mit bewältigten *Lapses* hatten einen oder mehrere *Lapses* ohne einen anschließenden *Relapse*. (3) Patienten mit einer Einnahmedauer von 13-20 Monaten und Patienten mit längerfristiger Aversivaeinnahme von mehr als 20 Monaten.

Um die psychotherapeutischen Prozesse im Verlauf der ALITA-Behandlung näher zu beleuchten, wurde eine umfassende und aufwendige Therapieprozess-Studie durchgeführt. Von einer Teilstichprobe der ALITA-Patienten (n=64) wurden während der zweijährigen Behandlung jeweils 17 Therapiesitzungen auf Video aufgenommen, von denen je drei Zeitpunkte im Rahmen der zweiten Originalstudie ausführlich untersucht wurden. Dazu war die Transkription von 175 Gesprächen, die Einteilung der Patientenaussagen in semantische Einheiten, die Entwicklung eines detaillierten Beobachtungssystems, Ratertrainings und anschließende Ratingphasen mit mehreren Beobachtern nötig. Mit dem *VAMP (Video-assistiertes Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten)* wurde ein Beobachtungsinstrument entwickelt, das das Verhalten und Erleben von alkoholkranken Patienten erfasst und analysiert. In ersten Untersuchungen konnten die Reliabilität bereits belegt und erste Hinweise auf die Validität des VAMP geliefert werden (Stawicki 2004, Krampe et al. 2004a). Die untersuchten Therapieprozesse wurden mit den folgenden acht VAMP-Modulen erfasst: *Allgemeine Psychotherapiefaktoren, Relevante Suchtprozesse, Krankheitskonzept, Arbeitsatmosphäre, Therapeutische Allianz – Patient, Therapeutische Allianz – Therapeut, Psychopathologische Symptome und Problembearbeitung.*

Die Ziele der zweiten Originalstudie sind die umfassende Analyse der Therapieprozesse zwischen drei Zeitpunkten im Verlauf des ersten Therapiejahres, sowie die Vorhersagbarkeit des langfristigen Therapieerfolgs bzw. -misserfolgs der alkoholkranken Patienten durch Parameter des Therapieprozesses. Zusätzlich wurde aus den VAMP-Variablen mit dem höchsten prädiktiven Wert der *TOPPS (Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-*

*Score*) konstruiert. Dieser Score kann das Rückfallgeschehen der ALITA-Patienten vorhersagen und könnte in späteren Studien weiter erforscht werden. Vorstellbar wäre der TOPPS als Vorhersage- und Therapieadaptierungsmodell für den künftigen Einsatz in der psychotherapeutischen Praxis.

### **3 Der Einfluss von Alkoholaversiva in der Behandlung alkoholkranker Patienten**

#### **3.1 Einführung in die Fragestellung**

In der Alkoholismustherapie werden laut Metaanalysen und Literaturübersichten Abstinenzraten von ca. 30% sechs Monate nach Therapieende erreicht (Emrick 1974, Finney & Monahan 1996, Holder et al. 1991, McCrady & Langenbucher 1996, Miller et al. 2001, Miller & Wilbourne 2002). Eine Möglichkeit, diese Abstinenzquoten zu verbessern, ist seit Jahrzehnten in der pharmakologischen Unterstützung zu sehen, die in der Suchttherapie ein wichtiges Forschungsfeld darstellt (Anton et al. 2006, Tambour & Quertemont 2007). Der Einsatz der Alkoholaversiva Disulfiram (Antabus<sup>®</sup>) und Calciumcarbimid (Colme<sup>®</sup>) bieten sich als ergänzende Intervention in der Behandlung alkoholkranker Patienten an. Sie bewirken durch ihre pharmakologische Wirkung, einer Hemmung der Acetaldehyd-Dehydrogenase, eine vorübergehende Alkoholunverträglichkeit. Seit ihrer Einführung als Alkoholaversiva haben sich beide Medikamente in den letzten 50 Jahren als nebenwirkungsarme, klinisch sichere und preiswerte Medikamente bewährt (Hughes & Cook 1997, Peachey et al. 1989). Sie stellen damit die ältesten wirksamen Pharmaka zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit dar (Anton 2001, Brewer 1993, Fuller & Gordis 2004, Hughes & Cook 1997, Swift 1999) und sind nach einem aktuellen Literaturreview sogar erfolgreicher als die neueren Anticraving-Präparate Naltrexon und Acamprosat (Brewer 2005).

Bereits zu Beginn des Therapieprogramms ALITA wurde als Bestandteil der zweijährigen Behandlung die überwachte Einnahme eines Alkoholaversivums eingesetzt. Sie wird durch sorgfältige psychoedukative und psychotherapeutische Interventionen vorbereitet und begleitet. So wird in den Therapiesitzungen die überwachte Einnahme des Alkoholaversivums als therapeutisches Ritual eingesetzt. Ein wichtiges Element ist die Psychoedukation, wobei der Therapeut den Wirkmechanismus des Aversivums erklärt und der Patient dies immer wieder wiederholt. Die Betonung der Gefährlichkeit des Trinkens auf das Aversivum wirkt wie eine Art (Auto)-Suggestion. Der Patient entscheidet sich selbstbestimmt in jeder Sitzung neu für die induzierte Alkoholunverträglichkeit und dafür, dass er aktuell abstinent leben möchte. Bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz unterstützen die Therapeuten, indem sie einen abstinentfördernden Lebensstil verstärken, was z.B. durch motivationale Gespräche, funktionale Analysen und den Aufbau alternativer Bewältigungsskills erreicht wird. Um für alle Patienten die eingesetzten Interventionen zu vereinheitlichen und eine identische Behandlung zu gewährleisten, kam bei Patienten mit einer Kontraindikation für diese

Medikamente (z.B. Leberzirrhose, Allergie) ein pharmakologisch inaktives Präparat zum Einsatz.

Die vorliegende Publikation untersucht den Langzeitverlauf des Rückfallgeschehens und beleuchtet den Einfluss der Alkoholaversiva bei den ALITA-Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven. Dabei werden alle 180 im Modellprojekt behandelten Patienten eingeschlossen. Die folgenden Fragestellungen werden in der Arbeit untersucht:

1. Wie hoch ist die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit der 180 Patienten während der zweijährigen Therapie und der Katamnesezeit von bis zu sieben Jahren? Hier wird unterschieden zwischen *a)* der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Rückfalls mit Ausscheiden aus dem Programm (*Relapse*) und *b)* der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen jeglichen Konsums von Alkohol mit Fortführung der Therapie (*Lapse*).

2. Welche Rolle spielt die überwachte Einnahme von Alkoholaversiva bei der Rückfallprävention und bei der Aufrechterhaltung von Langzeitabstinenz?

Zur Bearbeitung der zweiten Fragestellung sollen die folgenden drei Teilfragestellungen untersucht werden: *a)* Gibt es Unterschiede bei abstinenten und rückfälligen Patienten hinsichtlich Variablen wie Behandlungsintensität, abstinente Tage, Dauer der Aversivaeinnahme, Nebenwirkungen, Dosis, Gründe des Absetzens? Diese Vergleiche geben Auskunft über die allgemeinen Bedingungen der Aversivaeinnahme. *b)* Unterscheiden sich die drei Patientengruppen "Patienten mit bewältigten *Lapses*, unbewältigten *Lapses* und sofortigem *Relapse*" hinsichtlich verschiedener, mit der Einnahme von Alkoholaversiva assoziierten Variablen: abstinente Tage, Dauer der Aversivaeinnahme, abstinente Tage nach dem Absetzen der Aversiva, Dosis, Absetzgründe, Alkoholkonsum nach Aversivaeinnahme, Disulfiram-Ethanol-Reaktion? Mit diesen Analysen wird der Einfluss der Aversivaeinnahme bei der Rückfallprävention beleuchtet. *c)* Zeigen Patienten mit 13-20 Monaten Aversivaeinnahme und Patienten mit mehr als 20 Monaten Aversivaeinnahme unterschiedliche kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeiten? Die Rolle der langfristigen Einnahme der Alkoholaversiva bei der Aufrechterhaltung der Langzeitabstinenz wird durch diesen Vergleich analysiert.

Für alle 180 ALITA-Patienten ergibt sich eine kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit von 52%. Die Wahrscheinlichkeit, niemals im Verlauf der 9-Jahres-Untersuchung Alkohol konsumiert zu haben (*Lapse*), liegt bei 26%. Hier zeigt sich, dass die Hälfte der Patienten mit einem *Lapse* diesen bewältigen kann. Die im Vergleich zu anderen Studien im Suchtbereich deutlich höhere Abstinenzrate bei ALITA macht zudem deutlich, dass es sich um ein sehr effektives Behandlungsprogramm für alkoholranke Patienten handelt. Die Analysen der

allgemeinen Bedingungen der Alkoholaversivaeinnahme zeigen, dass aufgrund der sehr geringen Nebenwirkungen der niedrig dosierten Alkoholaversiva bei ALITA festgestellt werden kann, dass diese in der Langzeiteinnahme sehr gut verträglich sind. Es sind keine Unterschiede zwischen abstinenten und rückfälligen Patienten hinsichtlich Dosis des Aversivums und Verträglichkeit auszumachen. Jedoch nehmen abstinente Patienten das Aversivum länger ein, sie setzen es eher erst in der vorgesehenen Therapiephase ab und weisen mehr abstinente Tage nach dem Absetzen der Medikation auf. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass es entscheidend für den Therapieerfolg ist, die Aversiva möglichst lange einzunehmen. Zudem zeigt sich, dass Patienten, die das pharmakologisch inaktive Medikament bekamen, eine signifikant höhere kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit aufweisen als die Patienten mit der Verum-Medikation (86% vs. 49%; log-rank Statistik 4,73,  $df=1$ ,  $p=0,03$ ), was deutlich einen pharmakologischen Wirkmechanismus widerlegt. Die Analysen zum Einfluss der Aversiva bei der Rückfallprävention zeigen, dass bewältigte *Lapses* später geschehen als sofortige Rückfälle und unbewältigte *Lapses* ( $p<0,001$ ). Des Weiteren weisen Patienten mit bewältigten *Lapses* im Gegensatz zu Patienten mit sofortigen Rückfällen und unbewältigten *Lapses* mehr Tage der Aversivaeinnahme auf und nach dem Absetzen der Aversiva mehr anschließende Tage ohne Medikation ( $p<0,001$ ). Dies zeigt, dass bei einer längeren Einnahmedauer ein Rückfall verhindert oder zumindest hinausgezögert werden kann. Die Patientengruppe mit bewältigten *Lapses* unterscheidet sich nicht von den Patienten mit unbewältigten *Lapses* hinsichtlich der Dosis, Absetzgründe, Zeit zwischen Absetzen des Aversivums und Alkoholkonsum und dem Erleben einer Disulfiram-Ethanol-Reaktion. Patienten mit sofortigem Rückfall dagegen verweigern die Aversivaeinnahme eher ohne Angabe von Gründen und beenden eher ihrerseits vorzeitig die Therapie. Damit kann wiederum belegt werden, dass Alkoholaversiva nicht pharmakologisch wirken, sondern ein psychologischer Wirkprozess angenommen werden kann. Weiterhin kann gezeigt werden, dass bei Patienten, die Alkoholaversiva länger als 20 Monate einnahmen, die Abstinenzrate höher ist als bei Patienten, die die Aversiva zwischen dem 13. und dem 20. Monat absetzten (75% vs. 50%; Log-rank Statistik 13,43,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ). Dieses Ergebnis macht deutlich, dass eine längerfristige Einnahmedauer einen offensichtlichen Vorteil hinsichtlich der angestrebten Langzeitabstinenz darstellt.

Zusammenfassend lässt sich zum einen feststellen, dass sich ALITA mit einer Abstinenzrate von über 50% als effektives Therapieprogramm für alkoholranke Patienten bewährt hat und zum anderen, dass sich aus den Langzeitbeobachtungen der Studie Hinweise auf die Wirkmechanismen des Einsatzes der Alkoholaversiva ergeben. Die angenommene

psychologische Wirkung der überwachten Einnahme eines Alkoholaversivums kann aufgrund der folgenden Beobachtungen bestätigt werden: Patienten mit pharmakologisch unwirksamer Medikation weisen eine höhere kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit auf als Patienten mit wirksamer Dosis; weder die Dosis des Aversivums noch das Erleben einer Disulfiram-Ethanol-Reaktion spielen eine Rolle beim Bewältigen eines *Lapses*; je länger Patienten das Alkoholaversivum länger einnehmen, desto höher ist ihre kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit. Allerdings ist noch offen, welche psychologischen Prozesse diesem Wirkmechanismus genau zugrunde liegen. Zu vermuten wären Prozesse wie z.B. Motivation, Erwartung negativer Konsequenzen nach Alkoholkonsum und Überzeugung, sich eine Alkoholunverträglichkeit erworben zu haben. Die vorliegende Längsschnittbeobachtung zeigt, dass Alkoholaversiva ein potentes und einfach in die Behandlung zu integrierendes Hilfsmittel für alkoholranke Patienten darstellen. Die Alkoholaversiva wirken, wenn die Therapeuten sich davon lösen, die pharmakologischen Effekte zu betonen, und beginnen, die psychologischen Wirkmechanismen dieses Medikamentes vollständig zu nutzen.

### **3.2 Originalartikel:**

Krampe H \*, Stawicki S \*, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rüter E, Poser W & Ehrenreich H (2006) Follow-up of 180 alcoholic patients for up to 7 years after outpatient treatment: Impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 30: 86-95.

\* Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei

# Follow-up of 180 Alcoholic Patients for up to 7 Years After Outpatient Treatment: Impact of Alcohol Deterrents on Outcome

Henning Krampe, Sabina Stawicki, Thilo Wagner, Claudia Bartels, Carlotta Aust, Eckart R  ther, Wolfgang Poser, and Hannelore Ehrenreich

**Objective:** (1) To perform a 9-year study of abstinence, lapse, and relapse in 180 chronic alcoholic patients, participants of the *Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA)*; (2) To investigate the role of supervised alcohol deterrents (AD) in relapse prevention and as an adjunct for maintenance of long-term abstinence.

**Method:** This prospective open treatment study evaluates the long-term course of drinking outcomes and AD use of 180 chronic alcoholics consecutively admitted from 1993 to 2002. Subsamples are compared for (1) sham-AD versus verum-AD (disulfiram/calcium carbimide), (2) coped lapses versus finally detrimental lapses versus malignant relapses, and (3) AD use for 13 to 20 versus > 20 months.

**Results:** In this 9-year study, the cumulative probability of not having relapsed was 0.52, and that of not having consumed any alcohol was 0.26. Despite long-term use, disulfiram/calcium carbimide was well tolerated. Patients on sham-AD (due to contraindications to verum-AD) showed higher cumulative abstinence probability than patients on verum ( $S = 0.86$  vs.  $S = 0.49$ ,  $p = 0.03$ ). Detrimental lapses and malignant relapses occurred earlier than successfully coped lapses ( $p < 0.001$ ); patients with detrimental lapse and with malignant relapse had fewer days of AD intake and less subsequent days without AD than patients with coped lapse ( $p < 0.001$ ). The cumulative abstinence probability was  $S = 0.75$  for patients with long-term intake compared with  $S = 0.50$  for patients who stopped AD between months 13 and 20 ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** An abstinence rate of > 50% in this 9-year study strongly supports the concept of comprehensive, long-term outpatient treatment of alcoholics. Supervised, guided intake of AD, also over extended periods, can be used as a predominantly psychologically acting ingredient of successful alcoholism therapy.

**Key Words:** Calcium Carbimide, Chronic Alcohol Dependence, Alcohol Deterrents, Disulfiram, Long-Term Treatment, Outpatient Alcoholism Treatment.

**M**ETA-ANALYSES AND LITERATURE reviews have consistently shown that alcoholism treatment is successful and cost-effective for a short term (Emrick, 1974; Finney and Monahan, 1996; Holder et al., 1991; McCrady and Langenbucher, 1996; Miller et al., 1995, 2001b; Miller and Wilbourne, 2002). Good evidence exists to indicate that 12-step treatment and diverse programs of cognitive behavioral therapy (CBT) are equally effective in achieving abstinence rates of approximately 25% to 30% during the year after treatment (e.g., Moos et al., 1999;

Project MATCH Research Group, 1997). The results of studies investigating the long-term outcome of alcoholism treatment are rare and inconsistent; objective information on drinking status indicates that only 6% to 18% of patients are abstinent at 2-year follow-up (Burtscheidt et al., 2002). In contrast, studies relying on self-report data suggest that approximately 30% of patients are abstinent 2 to 3 years after treatment (Miller et al., 2001a; Project MATCH Research Group, 1998).

Alcohol deterrents (AD) can constitute an adjunct to alcoholism therapy. They have shown high clinical safety and stable psychological effects in various treatment studies; taking disulfiram at the patients' own discretion hardly yields any positive results. However, supervised oral administration of AD as one part of a comprehensive treatment program or even as a subcutaneous implant has beneficial effects, which can be mainly explained by a psychological action (see Brewer, 1993; Brewer et al., 2000; Fuller and Gordis, 2004b; Hughes and Cook, 1997; Johnsen and Morland, 1992). Long-term studies on supervised AD in a comprehensive treatment program are sparse;

*From the Department of Psychiatry and Psychotherapy, Georg-August-University, and Max-Planck-Institute of Experimental Medicine, Goettingen, Germany.*

*Received for publication April 2, 2005; accepted October 10, 2005.*

*HK and SS have contributed equally to this work.*

*Supported by a Grant from the German Ministry of Health.*

*Reprint requests: Hannelore Ehrenreich, MD, DVM, Max-Planck-Institute of Experimental Medicine Hermann-Rein-Str.3, 37075 Göttingen, Germany; Fax: +49 551 3899670; E-mail: ehrenreich@em.mpg.de*  
*Copyright    2006 by the Research Society on Alcoholism.*

**DOI: 10.1111/j.1530-0277.2006.00013.x**

whereas one study reports on a 2-year follow-up of only 9 patients (Azrin, 1976), the most methodologically sound investigation of disulfiram as a component of behavioral therapy ends at a 6-month follow-up (Azrin et al., 1982). Only two articles report on long-term use of AD (i.e. more than 1 year); although they were based on small sample sizes, 33 and 50 patients, respectively, they could confirm the beneficial effects of disulfiram (Mueser et al., 2003; Oejehagen et al., 1991).

This article reports on a 9-year study of abstinence, lapse, and relapse in 180 chronic alcoholic patients who, from 1993 to 2002, were consecutively admitted to a comprehensive integrated treatment program, the *Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA)*, extending over 2 years. Carefully prepared and supervised intake of AD is considered a major factor in the program's success. Based on preliminary results, showing that 30 OLITA patients achieved higher abstinence rates than case controls in other programs (Ehrenreich et al., 1997), the present study focuses on the following four major objectives:

1. *Extension of the pilot study to 180 patients and a 9-year observation:* The cumulative abstinence probability during 2 years of treatment and up to 7 years thereafter is calculated using objective information on drinking status (regular urine, blood, breath analyses).
2. *Analysis of general conditions of long-term AD use:* Abstinent and relapsed patients are compared regarding variables of treatment intensity, outcome, and determinants of AD intake.
3. *Exploration of the role of supervised AD intake in relapse prevention:* Three OLITA patient groups differing in outcome after violating abstinence are compared on process variables of AD intake, i.e., (1) patients who have successfully coped with lapses ("*patients with coped lapse*"); (2) patients, who, after a lapse and a period of abstinence, finally relapsed ("*patients with finally detrimental lapse*"); and (3) patients who relapsed immediately ("*patients with malignant relapse*").
4. *Investigation of AD as an agent for the maintenance of long-term abstinence:* OLITA is planned in such a way that AD is tapered off between months 13 and 20 of therapy. If patients prefer to continue, they may do so until they feel safe enough to stop. To investigate whether individual prolongations have positive therapeutic effects, cumulative abstinence probability was compared in patients who stopped AD as scheduled in the program versus patients who continued.

## SUBJECTS AND METHODS

### Setting

OLITA is a comprehensive 9-year research project on the treatment of alcoholism (1993–2002), approved by the Ethics Board of the University of Goettingen and funded by the German Ministry of Health to promote both biological and psychological research on recovery from the long-term effects of chronic alcoholism during mon-

itored abstinence. Whereas biological research predominated in the early project phases of OLITA, therapy outcome research was in focus at a progressed stage of patient enrollment. Of the total of 180 severely affected long-term alcohol-dependent OLITA patients, detailed and objective information on drinking outcomes and alcohol deterrents is available. From 1998 on, more extensive data (e.g., for the selection process, see Fig. 1) exist on the 118 patients included in a prospective study on the course of comorbid psychiatric disorders during monitored abstinence (Wagner et al., 2004).

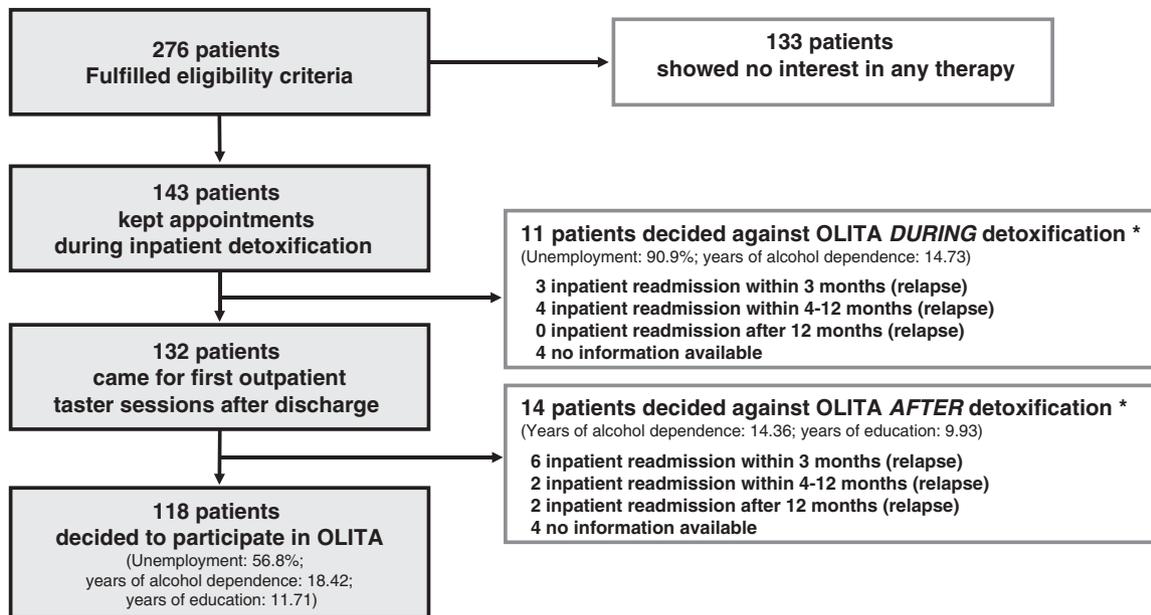
### Treatment

OLITA is a systematic four-step biopsychosocial outpatient treatment program for chronic alcoholic patients aimed at immediate social reintegration and extending over 2 years (for details, see Table 1) (Ehrenreich et al., 1997; Krampe et al., 2004). It uses AD as a central therapeutic element.

Because the use of AD (disulfiram or calcium carbimide) is one of the most misunderstood and misinterpreted interventions in alcoholism therapy, its application is described in more detail. In OLITA, AD is basically used as a psychological intervention. Repeated explanation of the action of AD by the therapist followed by repetition of the acquired information by the patient, which is a prerequisite for the deterrent effect of this drug, makes the habit of the so-called "disulfiram alcohol challenge" unnecessary and provides some kind of (auto)suggestion. The therapist dramatically outlines the danger of drinking alcohol under the influence of AD and passes responsibility onto the patient, even asking for a promise to stop taking AD before drinking. This information is followed by the supervised intake of the drug, establishing a therapeutic ritual. The patient is challenged each time to actively decide against alcohol and for sobriety in the presence of a witness. During this therapeutic ritual, the therapist praises the patient for taking AD and for maintaining abstinence, thereby providing a continuous reinforcement of a sober lifestyle. Since drinking is no longer an option for problem solving, one part of this new lifestyle is the development and training of alternative coping skills (Ehrenreich and Krampe, 2004).

Patients who are ineligible for disulfiram or calcium carbimide (severe liver disease, cardiovascular disorders, allergy) receive a sham-AD tablet. This sham-AD tablet is presented to the patient as a "special antabuse," lacking dangerous adverse effects with respect to the patient's specific medical condition. Since only those patients who are medically ineligible to receive the verum-AD take the pharmacologically inactive medication, the term "sham-AD" appears more appropriate than "placebo-AD," which suggests a randomized assignment to groups that do not differ in systematic ways from each other. For pragmatic reasons, calcium carbimide with its shorter duration of action (12–24 hours) is used in therapeutic phases with daily contacts and is later substituted by disulfiram (duration of action > 1 week). Disulfiram in turn is given at a dose of 400 mg at each contact, resulting in a gradual reduction in the weekly dose together with the reduction in contacts. In our hands, supervised intake of AD as part of a continuous therapeutic ritual appears more important than the total weekly dose.

In addition to the control factor "supervised AD," the second control element, regular urine and blood testing for alcohol and other drugs of abuse, has the following two advantages: from the perspective of treatment research, control provides a most valid continuous distinction between abstinence, lapse, and relapse. From the perspective of treatment process, it represents both a simple prevention of the tendency to conceal substance consumption and a method of regular and deliberate self-monitoring. Urine specimens were collected daily (after every therapeutic contact) during months 1 to 3, three times a week during months 4 to 6, two times a week during months 7 to 12, at least weekly during months 13 to 24, and weekly to quarterly after termination of therapy. If a patient appeared to have consumed very large amounts of alcohol, an



**Fig. 1.** Selection process of a representative OLITA subsample ( $n = 118$ ) (for details, see Wagner et al., 2004). Of the 276 patients to whom the program was presented and who fulfilled eligibility criteria, 129 (47%) were inpatients referred from different wards (psychiatry, neurology, internal medicine, surgery, dermatology), 61 (22%) had been recruited from emergency rooms, 50 (18%) outpatients had come on their own initiative, 23 (8%) had been referred by external institutions (general practitioners, addiction counselors, probation service), and 13 (5%) inpatients had come on their own initiative. Of the final 118 subjects, 47 (40%) were referred from different wards, 35 (30%) outpatients had come on their own initiative, 15 (13%) had been recruited from emergency rooms, 12 (10%) had been referred by external institutions, and 9 (7%) were inpatients who had come on their own initiative. \*Patient characteristics and follow-up data of the 25 nonparticipants were derived from patient files. OLITA patients did not differ significantly from patients who decided against OLITA in age, sex, partnership status, living conditions, number of previous inpatient detoxifications, number of previous long-term therapies, amount of daily alcohol intake, and physical sequelae. Characteristics with significant differences ( $p \leq 0.05$ ) between OLITA patients and nonparticipants are given in parentheses within the respective boxes.

additional breath specimen was analyzed. Blood samples were taken at least every 2 weeks during months 1 to 3, monthly during months 4 to 12, bimonthly until the end of therapy, and once to twice yearly after termination of OLITA. During the whole observation period, patients were encouraged to retain copies of their test results and to discuss them with the therapists.

### Subjects

Between November 1993 and June 2002, 180 patients were consecutively admitted. Follow-up was terminated for all patients on December 31, 2002 (deadline), resulting in variable observation periods depending on the individual time point of study entry. The inclusion criteria were alcohol dependence (DSM-IV), domicile nearby, and health insurance-covered treatment costs; the exclusion criteria were presence of dementia, amnesic syndrome, and acute concurrent substance dependence on substances other than alcohol, caffeine, or nicotine. After giving repeated descriptions of the study to participants, written informed consent was obtained in the form of a therapeutic contract. Figure 1 illustrates the selection process of a representative OLITA subsample ( $n = 118$ ) (Wagner et al., 2004).

Demographic and addiction severity characteristics, revealing a severely affected sample of alcoholic patients, are presented for all patients, as well as for abstinent and relapsed subgroups in Table 2. Relapsed patients tend to score higher on several measures of addiction severity. However, only differences in the number of previous inpatient detoxifications, presence of Axis II disorders, and EuropASI composite score "drug use" reached statistical significance (detailed analysis of patient characteristics versus treatment outcome in Wagner et al., 2004).

### Assessment Instruments and Main Outcome Measures

Characteristics of alcoholism and demographic data were obtained from semistructured history, validated by chart review and in-

formation from relatives. For standardized assessment of addiction severity and comorbidity, the instruments EuropASI (Gsellhofer et al., 1999; McLellan et al., 1992), MiniDIPS (Margraf, 1994), and IDCL-P (Bronisch and Mombour, 1998) were used (for more details on assessment instruments and procedure, see Wagner et al., 2004).

For AD, the following parameters were assessed: dose rate, duration of intake, contraindications, adverse effects, substitution of disulfiram/calcium carbimide by sham-AD medication, individual reasons for stopping AD intake, alcohol consumption within 14 days after last medication, experience and extent of disulfiram-ethanol reaction (mild reaction = flush, sweating; distinct reaction = flush, sweating, and at least one of the following symptoms: nausea, vomiting, hypo-/hypertension, tachycardia). To investigate long-term use of AD, patients who stopped AD as scheduled between months 13 and 20 were compared with patients who continued AD (with approximately 400 mg once weekly) after month 20.

Drinking outcomes were operationalized with the following two different main variables: (1) time until first alcohol consumption and (2) time until relapse. Alcohol consumption was defined as every intake of an alcoholic beverage, ranging from so-called "mini lapses" (one single swallow by accident) over lapses (every re-emergence of drinking exceeding 1 day but being coped with) to full-blown relapses. A relapse was interpreted as recurrence of an addictive drinking pattern with premature termination of treatment or cessation of post-treatment follow-up visits (patient breaks up contact and cannot be "reached" any more—malignant relapse). At this stage, counting the number of drinks per day is impossible due to uncontrolled excessive continuous drinking in this severely affected patient population. Blood, urine, or breath samples positive for alcohol or other drugs of abuse were counted as (re)lapse as were self-reports of substance use even if not confirmed by laboratory analysis. Spontaneous treatment dropouts nonreachable by aggressive aftercare or subsequent follow-up contacts were considered as relapses (with the day after the last therapeutic contact counted as the relapse date).

**Table 1.** Therapeutic Elements and Phases of OLITA (compare Ehrenreich et al., 1997)

<b>THE MAIN THERAPEUTIC ELEMENTS OF OLITA</b>				
<b>HIGH FREQUENCY SHORTTERM INDIVIDUAL THERAPEUTIC CONTACTS</b> Structured, guarded attachment by supportive, non-demanding shortterm contacts; initially 15 minutes daily, including weekends and holidays; slow tapering off contact frequency aiming at regular and permanent attendance of weekly group sessions.				
<b>EMERGENCY SERVICE AND CRISIS INTERVENTIONS</b> In case of emergency patients can contact OLITA round the clock on any day of the year.				
<b>SOCIAL RE-INTEGRATION AND HOME VISITS</b> Specific assistance in re-arranging a social network which supports an abstinent lifestyle; explicit cooperation with family members and friends; family and marital sessions; advice and support regarding occupation, authorities, housing problems, moving, job seeking, financial and legal problems.				
<b>INDUCTION OF ALCOHOL INTOLERANCE</b> Use of calcium carbimide (Colme®) or disulfiram (Antabuse®), so-called alcohol deterrents (inhibition of the alcohol-metabolizing enzyme acetaldehyde dehydrogenase leads in case of alcohol consumption to accumulation of toxic acetaldehyd resulting in an "inner poisoning", the so-called "disulfiram-ethanol reaction" comprising extensive flushing, hyper- or hypotension, tachycardia, nausea, vomiting, anxiety).				
<b>INTRODUCTION OF CONTROL FACTORS</b> Regular urine and blood analyses for alcohol and other drugs of abuse; if necessary, additional breath tests. Only supervised intake of alcohol deterrents at all treatment periods and exploitation of its psychological effects (Ehrenreich & Krampe, 2004).				
<b>AGGRESSIVE AFTERCARE</b> Aggressive therapeutic interventions to immediately interrupt beginning and to prevent threatening relapses: Patients who miss a therapeutic contact are called on to continue therapy or to restart abstinence; examples for aggressive aftercare are spontaneous house visits, telephone calls and mail.				
<b>THERAPIST ROTATION</b> An interdisciplinary cooperating team of 6-7 therapists is treating the patients (supervising psychiatrist, psychologist, physician, social worker, nurse and MD and PhD students). All therapists are equally responsible for all patients. The classical fixation of a single patient to a single therapist is abandoned (for details see Krampe et al., 2004).				
<b>Inpatient period: Detoxification</b>	<b>Outpatient period I: Intensive phase</b>	<b>Outpatient period II: Stabilizing phase</b>	<b>Outpatient period III: Weaning-off phase</b>	<b>Outpatient period IV: Aftercare phase</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligatory for ALL patients</li> <li>• 2-3 weeks; daily individual sessions, 15 minutes</li> <li>• Calcium carbimide, daily 50 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 months; daily individual sessions, 15 minutes</li> <li>• Calcium carbimide, daily 50 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-4 months, according to individual need; 3 times a week individual sessions, 15 minutes</li> <li>• Disulfiram, 400 mg 3 times a week</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 months; twice a week individual sessions, 30 minutes</li> <li>• Disulfiram, 400 mg twice a week</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 months; once weekly group session; initially weekly individual sessions (30 minutes) which are gradually reduced</li> <li>• Disulfiram, 400 mg once a week; tapering off between month 13 and 20, individual prolongation possible</li> </ul>

Because of the high frequency of therapeutic and follow-up contacts that always included urine, blood, or breath tests, the date of a (re)lapse could be determined exactly in most cases, allowing for compilation of three groups of patients who consumed alcohol as follows: (1) patients who coped with 1 or more lapses, but experienced no relapse ("patients with coped lapse"), and (2) patients who, after 1 or more lapses, relapsed after a period of at least 4 weeks of abstinence ("patients with finally detrimental lapse"), and (3) patients who relapsed immediately ("patients with malignant relapse").

#### Statistical Analyses

The statistical program SPSS for Windows, release 11 (SPSS Inc., Chicago, IL), was used for statistical analyses. All statistical tests are two-tailed. Since most of the variables had skewed distributions, the nonparametric Kruskal-Wallis test, Wilcoxon two-sample test, and  $\chi^2$  test were carried out to compare different patient groups; for these analyses, adjustment of *p* values was not necessary since the closure testing principle was used (Marcus et al., 1976). Survival analyses (Kleinbaum, 1996) were used to examine cumulative abstinence probability over a 9-year period (2-year treatment and up to 7 years of posttreatment follow-up). The Kaplan-Meier method was used to investigate two time-to-event measures, i.e., (1) days from the first outpatient contact to the first alcohol consumption and (2) days from the first outpatient contact to relapse. The corresponding Kaplan-Meier curves indicate the cumulative probabilities of (1) remaining without any alcohol intake and (2) remaining without

relapse. Cases were censored if they had not experienced an event by the end of follow-up or if they died (four patients).

## RESULTS

### Cumulative Abstinence Probability During the 9-Year Observation

Cumulative abstinence probability was determined for all 180 patients and was calculated from the first outpatient session of OLITA until the last therapeutic or follow-up contact. A total of 107 patients had consumed alcohol (8 mini lapses, 27 lapses, and 72 relapses). Calculation of the cumulative probability of remaining without relapse for the complete 9-year period (2 years of treatment, 7 years of posttreatment observation) resulted in a Kaplan-Meier estimate of  $S = 0.52$  (Fig. 2, upper curve). The cumulative probability of not having consumed any alcohol was  $S = 0.26$  (Fig. 2, lower curve).

### Conditions of AD Intake in All Abstinent and Relapsed Patients

The general therapeutic process data reflect the intensity of OLITA, based on highly frequent therapy sessions,

**Table 2.** Demographic and Addiction Severity Characteristics of All Patients Admitted to the OLITA Program Between November 1993 and June 2002 ( $N = 180$ ), as well as of the Abstinent ( $n = 108$ ) and Relapsed ( $n = 72$ ) Subgroups; Mean [SD], Number (Percent)

	OLITA Patients ( $N = 180$ )	Abstinent Patients ( $n = 108$ )	Relapsed Patients ( $n = 72$ )
Age at the beginning of therapy	43.64 [7.67]	43.94 [7.81]	43.19 [7.49]
Number of male patients	144 (80.0%)	84 (77.8%)	60 (83.3%)
Years of education	11.54 [3.06]	11.78 [3.19]	11.19 [2.84]
Partnership status			
Married/close relationship	83 (46.1%)	53 (49.1%)	30 (41.7%)
Divorced/separated	64 (35.6%)	35 (32.4%)	29 (40.3%)
Single	33 (18.3%)	20 (18.5%)	13 (18.1%)
Living conditions			
With more than one supportive relative	65 (36.1%)	45 (41.7%)	20 (27.8%)
With partner	28 (15.6%)	16 (14.8%)	12 (16.7%)
Alone	82 (45.6%)	44 (40.7%)	38 (52.8%)
Alone with children	5 (2.8%)	3 (2.8%)	2 (2.8%)
Employment status			
Unemployed	104 (57.8%)	57 (52.8%)	47 (65.3%)
Full-time job	36 (20.0%)	23 (21.3%)	13 (18.1%)
Full-time job, warned	27 (15.0%)	18 (16.7%)	9 (12.5%)
Temporarily employed	13 (7.2%)	10 (9.3%)	3 (4.2%)
Alcoholism history and treatment experience			
Duration of dependence (years)	18.16 [7.00]	17.81 [6.81]	18.68 [7.29]
Daily alcohol intake during month before admission (g/day)	437.06 [161.60]	421.14 [170.43]	460.92 [145.27]
Number of previous inpatient detoxifications	7.32 [8.54]	6.18 [8.13]	9.04 [8.09]**
Number of previous inpatient long-term therapies	0.84 [1.06]	0.81 [1.01]	0.89 [1.13]
Patients with physical sequelae of alcoholism			
Minor sequelae (e.g., steatosis hepatis)	19 (10.6%)	11 (10.2%)	8 (11.1%)
Serious sequelae (e.g., hepatomegalia and steatosis hepatis, delirium, epileptic seizures)	59 (32.8%)	36 (33.3%)	23 (31.9%)
Very serious sequelae (e.g., polyneuropathy, chronic pancreatitis, brain atrophy)	79 (43.9%)	49 (45.4%)	30 (41.7%)
Severe sequelae (e.g., liver cirrhosis)	23 (12.8%)	12 (11.1%)	11 (15.3%)
Psychiatric comorbidity			
Patients with at least one Axis I disorder	95 (52.8%)	60 (55.6%)	35 (48.6%)
Patients with at least one Axis II disorder	108 (60.0%)	58 (53.7%)	50 (69.4%)*
Patients with previous suicide attempts	53 (29.4%)	29 (26.9%)	24 (33.3%)
EuropASI Composite Scores ( $N = 111$ ) <sup>a</sup>			
Medical status	0.58 [0.38]	0.57 [0.37]	0.58 [0.41]
Economic status	0.56 [0.47]	0.55 [0.48]	0.59 [0.45]
Job satisfaction	0.51 [0.37]	0.54 [0.36]	0.45 [0.40]
Alcohol use	0.83 [0.11]	0.82 [0.12]	0.85 [0.10]
Drug use	0.02 [0.06]	0.01 [0.05]	0.03 [0.08]*
Legal status	0.09 [0.20]	0.07 [0.17]	0.13 [0.25]
Family relationships	0.59 [0.30]	0.59 [0.29]	0.60 [0.35]
Social relationships	0.21 [0.29]	0.19 [0.28]	0.28 [0.32]
Psychiatric status	0.46 [0.21]	0.45 [0.19]	0.50 [0.25]

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  in subgroup comparison.

<sup>a</sup>EuropASI interviews were started on a regular basis in 1998 and are available from  $N = 111$  patients ( $n = 80$  abstinent patients,  $n = 31$  relapsed patients). OLITA, Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics.

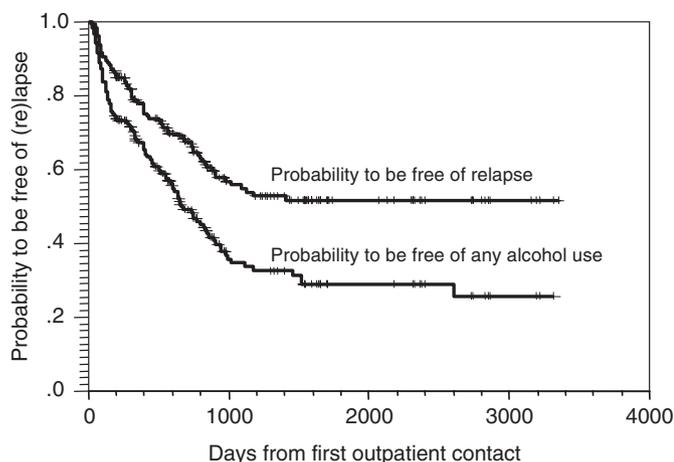
booster sessions, long-term AD intake, and follow-up. Four noticeable results could be observed on AD variables as follows (Table 3, Fig. 3A and 3B):

(1) *Eligibility of AD*: Thirteen patients did not receive AD because of the following medical *contraindications*: heart disease (4 men), rosacea (1 man), liver cirrhosis (1 man, 4 women), past stroke (2 men), or subarachnoid hemorrhage (1 woman). Both *subjective and objective adverse reactions* were rare. Seven cases of subjective adverse reactions comprised sexual dysfunction (5 men) and nausea (1 woman, 1 man). Two cases of objective adverse reactions occurred: acute hepatitis (1 man) and allergic eczema (1 woman). Al-

together, 15 patients received *sham-AD* due to disulfiram/calcium carbimide ineligibility (13) or objective adverse reactions (2). Five patients were on a *reduced dose* due to subjective adverse reactions (2 men), pre-existing psychotic symptoms (1 man, 1 woman), and epilepsy (1 man).

(2) *Reasons for cessation of AD*: Abstinent and relapsed patients did not differ in AD dose, adverse reactions, or eligibility, but did in reasons for quitting AD. Abstinent patients were more likely to stop AD as scheduled and unlikely to stop AD without giving reasons.

(3) *Time of AD intake*: Abstinent patients took AD nearly twice as long as relapsed patients and achieved a long period of abstinence without AD, whereas relapsed



**Fig. 2.** Time to relapse and time to lapse in the complete study sample ( $N = 180$ ). Kaplan-Meier estimates; cases were censored if they have not experienced an event (lapse or relapse, respectively) by the end of follow-up. The probability of being free from relapse during the 9-year follow-up was 0.52 (upper curve), with a mean survival time of 1969 days ranging from 31 to 3,347 days. The probability of being free from any alcohol use (i.e., having neither lapse nor relapse) during the 9-year follow-up was .26 (lower curve), with a mean survival time of 1,286 days ranging from 1 to 3,317 days+censored cases.

patients achieved on average less than 2 months of abstinence without AD.

- (4) *Sham-AD versus verum*: As outlined above, both sham and verum served as AD. Sham-AD patients were older ( $p = 0.03$ ), showed higher rates of severe sequelae of alcoholism ( $p = 0.002$ ), included a higher percentage of women ( $p = 0.04$ ), had less daily alcohol intake during the month before admission ( $p = 0.05$ ), and had a higher EuropASI medical status score ( $p = 0.02$ ) but did not differ from verum patients in other demo-

graphic, alcoholism, or comorbidity variables. Patients on sham-AD and patients on verum showed different outcomes on cumulative probability of remaining without relapse ( $p = 0.03$ ) but not on cumulative probability of not having consumed any alcohol (Fig. 3A and 3B).

#### *Comparison of Patients with Coped Lapse, Detrimental Lapse, and Malignant Relapse*

Of the 72 patients with relapses, 33 had experienced lapses before their final relapse; the medium time between lapse and relapse was 239 (SD 207) days, ranging from 30 to 791 days. The role of AD intake was explored by comparing this group of patients with detrimental lapse ( $n = 33$ ) with the two other groups of patients who consumed alcohol, those who coped with a lapse successfully ( $n = 35$ ), and those who relapsed immediately ( $n = 39$ ) (Table 4). Groups did not differ in demographic, alcoholism, or comorbidity variables, but displayed 3 striking differences in treatment process variables as follows:

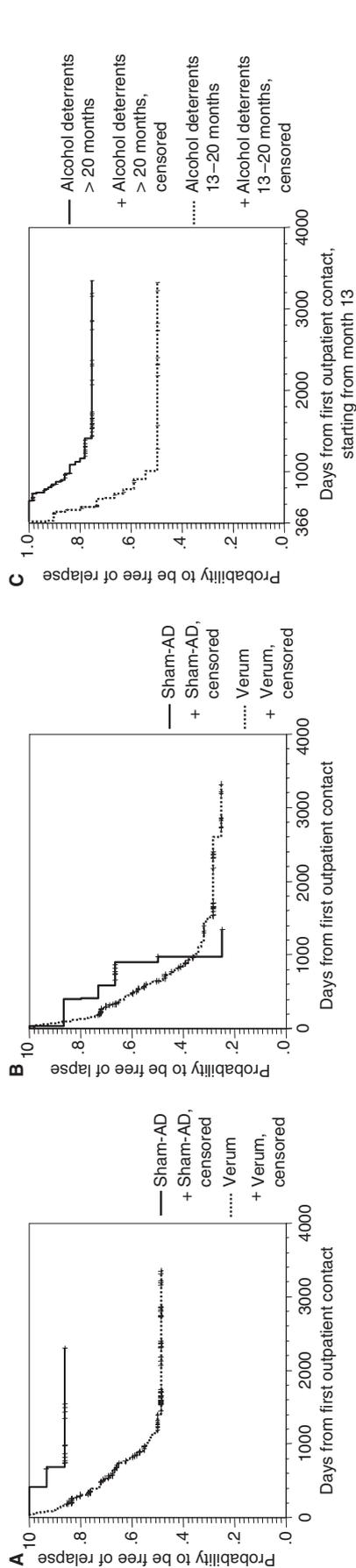
- (1) Successfully coped lapses occurred later than both detrimental lapses and malignant relapses. Patients with detrimental lapse and relapse did not differ significantly in days until lapse/relapse.
- (2) Patients with coped lapse had more days of AD intake and more subsequent days without AD than patients with detrimental lapse who in turn exceeded patients with malignant relapse. AD dose did not differ between groups.
- (3) Patients with coped and detrimental lapses did not differ in reasons for cessation of AD, detection of lapse, lapse aftercare, time between last AD intake and alco-

**Table 3.** General Therapeutic Process Data and Conditions of Alcohol Deterrent (AD) Intake of Patients Admitted to the OLITA Program between November 1993 and June 2002;  $N = 180$ ; Mean [SD], Number (Percent)

	Abstinent Patients ( $n = 108$ )	Relapsed Patients ( $n = 72$ ) <sup>a</sup>
Therapy sessions	256.17 [79.50]	192.88 [97.23]**
Booster sessions after completion of OLITA	62.01 [97.81]	12.42 [39.54]**
Days of abstinence	1254.31 [860.55]	425.44 [339.71]**
Days of AD intake	733.29 [464.19]	367.31 [289.28]**
Days without ADs	521.02 [781.12]	58.14 [128.63]**
Adverse reactions and eligibility of AD		
No intake due to contraindication	12 (11.1%)	1 (1.4%)
Objective adverse reactions	1 (0.9%)	1 (1.4%)
Subjective adverse reactions	5 (4.6%)	2 (2.8%)
No adverse reactions	90 (83.3%)	68 (94.4%)
AD dose		
Full dose	92 (85.2%)	68 (94.4%)
Reduced dose	3 (2.8%)	2 (2.8%)
Placebo-AD	13 (12.0%)	2 (2.8%)
Reasons for cessation of AD		
As scheduled in therapy plan	44 (40.7%)	14 (19.4%)**
Subjective adverse reactions	4 (3.7%)	1 (1.4%)
Without giving reasons	6 (5.6%)	24 (33.3%)
Not stopped AD	54 (50.0%)	33 (45.8%)

\*\* $p < 0.001$ .

<sup>a</sup>Data monitoring was terminated with the relapse.



**Fig. 3.** Time to relapse and time to lapse for defined subgroups. Kaplan-Meier estimates; cases were censored if they had not experienced an event (lapse or relapse, respectively) by the end of follow-up. (A) The probability of being free from relapse during the 9-year follow-up calculated separately for subgroups of patients on sham-AD ( $n = 15$ , continuous line) and on verum (disulfiram/calcium carbimide) ( $n = 165$ , dashed line). Patients on sham-AD were more likely to remain without a relapse (abstinence probability 0.86) and show delayed time to relapse compared to patients on verum (abstinence probability 0.49) (log-rank statistic 4.73,  $df = 1$ ,  $p = 0.03$ ). (B) The probability of being free from lapse during the 9-year follow-up calculated separately for subgroups of patients on sham-AD ( $n = 15$ , continuous line) and on verum (disulfiram/calcium carbimide) ( $n = 165$ , dashed line). Patients on sham-AD do not differ from patients on verum in time to lapse and probability of being free from lapse (0.25 for both groups) (log-rank statistic 1.06,  $df = 1$ ,  $p = 0.30$ ). (C) The probability of not having relapsed during the 9-year follow-up calculated separately for subgroups of patients who used alcohol deterrents (AD) for more than 20 months ( $n = 74$ , continuous line) and for patients who stopped intake between months 13 and 20 ( $n = 41$ , dashed line). Long-term users of AD were more likely to remain without relapse (abstinence probability 0.75) and show delayed time to relapse compared with patients who stopped AD intake between months 13 and 20 (abstinence probability 0.50) (log-rank statistic 13.43,  $df = 1$ ,  $p < 0.001$ ).

hol consumption, or occurrence of a disulfiram-ethanol reaction. In both lapse groups, a remarkably high percentage of patients had consumed alcohol within 14 days after AD intake; however, the occurrence of a disulfiram-ethanol reaction was rare. In contrast, patients with malignant relapse were likely to stop AD without giving reasons and spontaneously drop out of treatment. As a consequence, information is lacking for this group on interval between last AD intake and first alcohol consumption and a disulfiram-ethanol reaction.

#### Comparison of Patients with Different Durations of Long-term AD Use

A total of 115 patients completed the first year of OLITA with continuous AD. Of these patients, 41 stopped AD as scheduled between months 13 and 20, with an average duration of intake of 500 days (SD 69); 74 wished to continue AD after month 20, with an average duration of intake of 976 days (SD 416). Both groups did not differ in demographic, alcoholism, or comorbidity variables. However, significant differences could be observed in the abstinence curves of these groups ( $p < 0.001$ , Fig. 3C). This effect remained even when sham-AD patients were excluded ( $n = 38$ ,  $S = 0.50$  for the regular stop group and  $n = 63$ ,  $S = 0.72$  for the long-term AD group; log-rank statistic 9.84,  $df = 1$ ,  $p = 0.002$ ). Further exploratory analyses of the 74 long-term users of AD revealed that the abstinence probability tends to increase continuously with time of AD intake. For example, median splitting of this group produced two subsamples of 37 patients each who took AD less or longer than 825 days, resulting in abstinence probabilities of  $S = 0.67$  and 0.82, respectively (log rank statistic 3.74,  $df = 1$ ,  $p = 0.06$ ).

## DISCUSSION

The evaluation of 180 alcohol-dependent patients who have participated over the past 9 years in a most comprehensive, intensive, long-term outpatient program, OLITA, revealed an overall abstinence rate of over 50%. This extraordinary rate 1 year after termination of the 2-year treatment remained relatively stable during the subsequent 7-year observation. In contrast, the percentage of patients without any lapse during the complete 9-year period was only 26%, emphasizing the importance of aggressive aftercare, i.e., immediately dealing with lapses as an emergency intervention in alcohol-dependent patients. The data further showed that the later the first lapse occurs during long-term abstinence, the more likely it is to cope with. A central therapeutic target, therefore, should be to gain abstinent time.

This study represents the first report on *supervised long-term* administration of AD as part of a comprehensive treatment program for long-term alcohol-dependent patients.

**Table 4.** Comparison of Patients with Alcohol Consumption (Lapse or Relapse) after Admission to OLITA ( $n = 107$ )

	A. Patients with Coped Lapse ( $n = 35$ )	B. Patients with Finally Detrimental Lapse <sup>a</sup> ( $n = 33$ )	C. Patients with Malignant Relapse <sup>a</sup> ( $n = 39$ )	Overall comparison of groups A-B-C (Kruskal-Wallis Test; $\chi^2$ Test) Pairwise single comparisons <sup>b</sup> (Wilcoxon Two-Sample Test; $\chi^2$ Test)
Days of abstinence <sup>c</sup>	1476.29 [785.92]	603.00 [344.05]	275.21 [255.74]	A-B-C: $\chi^2 = 56.09$ $df = 2$ $p < 0.001$ A > B $p < 0.001$ A > C $p < 0.001$ B > C $p < 0.001$
Days until first lapse/relapse <sup>c</sup>	652.83 [562.57]	364.33 [264.44]	275.21 [255.74]	A-B-C: $\chi^2 = 10.57$ $df = 2$ $p = 0.005$ A > B $p = 0.03$ A > C $p = 0.003$ B > C NS
Days of alcohol deterrent (AD) intake <sup>c</sup>	970.97 [635.19]	527.64 [302.89]	231.64 [194.64]	A-B-C: $\chi^2 = 43.47$ $df = 2$ $p < 0.001$ A > B $p = 0.001$ A > C $p < 0.001$ B > C $p < 0.001$
Days without AD <sup>c</sup>	505.31 [654.04]	75.36 [112.88]	43.56 [140.39]	A-B-C: $\chi^2 = 27.97$ $df = 2$ $p < 0.001$ A > B $p = 0.003$ A > C $p < 0.001$ B > C $p = 0.001$
AD dose 1 = full dose, 2 = reduced dose, 3 = placebo <sup>d</sup>	1 = 29 (82.9%) 2 = 1 (2.9%) 3 = 5 (14.3%)	1 = 31 (93.9%) 2 = 1 (3.0%) 3 = 1 (3.0%)	1 = 37 (94.9%) 2 = 1 (2.6%) 3 = 1 (2.6%)	A-B-C: $\chi^2 = 5.14$ $df = 4$ NS
Reasons for cessation of AD 1 = as scheduled in therapy plan, 2 = subjective adverse reaction, 3 = without giving reasons, 4 = not stopped AD <sup>d</sup>	1 = 19 (54.3%) 2 = 1 (2.9%) 3 = 2 (5.7%) 4 = 13 (37.1%)	1 = 10 (30.3%) 2 = 1 (3.0%) 3 = 4 (12.1%) 4 = 18 (54.5%)	1 = 4 (10.3%) 2 = 0 (0.0%) 3 = 20 (51.3%) 4 = 15 (38.5%)	A-B-C: $\chi^2 = 32.91$ $df = 6$ $p < 0.001$ A-B NS A-C $p < 0.001$ B-C $p = 0.003$
Detection of lapse/relapse 1 = self report and urine, blood or breath testing, 2 = self report, 3 = urine/blood/breathalyzer testing, 4 = dropout <sup>d</sup>	1 = 23 (65.7%) 2 = 10 (28.6%) 3 = 2 (5.7%) 4 = 0 (0.0%)	1 = 20 (60.6%) 2 = 6 (18.2%) 3 = 7 (21.2%) 4 = 0 (0.0%)	1 = 10 (25.6%) 2 = 6 (15.4%) 3 = 0 (0.0%) 4 = 23 (59.0%)	A-B-C: $\chi^2 = 58.97$ $df = 6$ $p < 0.001$ A-B NS A-C $p < 0.001$ B-C $p < 0.001$
Lapse/relapse aftercare 1 = inpatient, 2 = outpatient, 3 = dropout <sup>d</sup>	1 = 14 (40.0%) 2 = 21 (60.0%) 3 = 0 (0.0%)	1 = 9 (27.3%) 2 = 24 (72.7%) 3 = 0 (0.0%)	1 = 6 (15.4%) 2 = 3 (7.7%) 3 = 30 (76.9%)	A-B-C: $\chi^2 = 75.94$ $df = 4$ $p < 0.001$ A-B NS A-C $p < 0.001$ B-C $p < 0.001$
Time between last AD intake and alcohol consumption 1 = > 14 days, 2 = 8-14 days, 3 = 1-7 days, 4 = no information <sup>d</sup>	1 = 16 (45.7%) 2 = 1 (2.9%) 3 = 17 (48.6%) 4 = 1 (2.9%)	1 = 7 (21.2%) 2 = 2 (6.1%) 3 = 24 (72.7%) 4 = 0 (0.0%)	1 = 6 (15.4%) 2 = 3 (7.7%) 3 = 12 (30.8%) 4 = 18 (46.2%)	A-B-C: $\chi^2 = 41.97$ $df = 6$ $p < 0.001$ A-B NS A-C $p < 0.001$ B-C $p < 0.001$
Disulfiram ethanol reaction (DER) 1 = no DER, 2 = mild DER, 3 = distinct DER, 4 = no information, 5 = last consumption > 14 days <sup>d</sup>	1 = 10 (28.6%) 2 = 4 (11.4%) 3 = 1 (2.9%) 4 = 4 (11.4%) 5 = 16 (45.7%)	1 = 13 (39.4%) 2 = 6 (18.2%) 3 = 1 (3.0%) 4 = 7 (21.2%) 5 = 6 (18.2%)	1 = 0 (0.0%) 2 = 2 (5.1%) 3 = 3 (7.7%) 4 = 28 (71.8%) 5 = 6 (15.4%)	A-B-C: $\chi^2 = 47.16$ $df = 8$ $p < 0.001$ A-B NS A-C $p < 0.001$ B-C $p < 0.001$

<sup>a</sup>Data monitoring was terminated with the relapse.

<sup>b</sup>If the overall comparison of a variable between all groups (A-B-C) is significant, pairwise single comparisons (A-B, A-C, B-C) are carried out; adjustment of  $p$ -values is not necessary since the closure testing principle is used (Marcus et al., 1976); Kruskal-Wallis test and Wilcoxon test for metric variables,  $\chi^2$  tests for categorical variables.

<sup>c</sup>Average number, mean [SD].

<sup>d</sup>Number (%).

OLITA, Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics.

Overall, disulfiram/calcium carbimide was well tolerated, despite long-term use (more than 2 years in many patients). Remarkably, experience of a disulfiram-ethanol reaction after alcohol consumption was rare, although more than 50% of the alcohol lapses occurred within 14 days after last AD intake. Taken together, our data imply a psychological rather than a pharmacological action of AD, showing that (1) the longer the AD intake, the more the patient is likely to remain continuously abstinent even after termination of AD; (2) the dose of AD is as irrelevant as the experience of a disulfiram ethanol reaction for AD to be effective; and (3) sham-AD is as efficient as disulfiram/calcium carbimide, provided that its use is repeatedly explained and continuously guided and encouraged.

### Characterization of the Study Sample

The OLITA program has been designed for the treatment of severely affected alcohol-dependent patients. Exploratory analyses showed that patients who kept appointments during inpatient detoxification but decided not to participate in OLITA differed only slightly from OLITA patients. During inpatient appointments, nonparticipants received at least some kind of brief intervention consisting of advice sessions. The fact that most of these "brief intervention patients" were readmitted to inpatient detoxification confirms the necessity of intensive therapy for long-term alcoholic patients. Brief interventions may be moderately effective in the treatment of hazardous

drinking but are insufficient in severe alcohol dependence (see Moyer et al., 2002). A comparison of the study sample with participants of other studies in the alcoholism field reveals that the OLITA patients show typical demographic variables, high rates of unemployment and psychiatric comorbidity, and an increased level of addiction severity and chronicity (e.g., Azrin et al., 1982; Burtscheidt et al., 2002; Chick et al., 1992; Fuller et al., 1986; Peachey et al., 1989; Project MATCH Research Group, 1997). Altogether, the sample of this study is representative of severely affected alcoholism treatment populations.

### *Role of AD in Maintenance of Long-Term Abstinence*

Despite numerous studies on short-term and medium-term use of AD, only two articles report on the efficacy of long-term administration of disulfiram. Oejehagen et al. (1991) investigated 50 socially stable patients participating in a long-term but not intensive outpatient treatment (19 sessions/2 years) including voluntary AD intake. A favorable drinking outcome was noted in 75% of long-term users and only 31% of short-term users. Mueser et al. (2003) conducted chart reviews on 33 patients with psychotic and comorbid alcohol-use disorders who were on disulfiram for 2 years. During a 3-year follow-up, 21 patients experienced a remission of their alcohol-use disorder for at least 1 year and 10 patients showed a 2-year remission. Although these studies are based on small sample sizes and can be criticized from a methodological perspective (e.g., uncertainty about the amount and frequency of AD use in the investigation of Oejehagen et al. (1991), retrospective chart review in the article of Mueser et al. (2003), no verification of drinking outcome in either study), they provide the first hints that AD is a useful adjunct in long-term alcoholism treatment. The present article essentially confirms the results of these pilot studies; due to the control elements of OLITA (constant supervision of AD intake by therapists, regular urine, blood, and breath testings), clear assessment of AD intake/compliance and alcohol consumption/drinking outcome was guaranteed, issues of critical importance for AD studies (e.g., Fuller et al., 1986; Peachey et al., 1989).

The existing literature on AD treatment is heterogeneous, including reports on different regimens, e.g., unsupervised disulfiram within a controlled-blinded multicenter trial (e.g., Fuller et al., 1986) or calcium carbimide in a placebo-controlled double-blind study (Peachey et al., 1989), supervised administration within a partially blinded study (e.g., Chick et al., 1992), or disulfiram as part of behavior therapy (e.g. Azrin et al., 1982). The effect of deterrence per se may have differed among studies due to the different way of explaining AD treatment and managing intake (Azrin et al., 1982; Chick et al., 1992; Peachey et al., 1989) and may even have disappeared when the majority of patients stopped taking AD (Fuller et al., 1986). As a consequence of this heterogeneity, AD shows only small-to medium-effect sizes in recent meta-analyses (Finney and

Monahan, 1996; Miller and Wilbourne, 2002). However, the assumed underlying psychological deterrent effect of AD has never been investigated properly (Fuller and Gordis, 2004a). Disulfiram has recently become an interesting and effective option in behavior therapy of cocaine-dependent patients (Carroll et al., 2004). Further studies might learn from the flaws of alcoholism research and explicitly focus on the subjective experience that AD intake causes in addicted patients.

### *Methodological Limitations*

An inherent problem of longitudinal observations of long-term alcohol-dependent patients is the lack of adequate control groups; i.e., (1) nontreated severely affected alcoholics would be difficult to follow over years and (2) patients with comparable severity of alcoholism on lower-frequency contacts or short-term therapies would make a strict abstinence monitoring impossible and certainly hamper long-term follow-up.

Another methodological limitation is the possible interaction of motivation and compliance factors with the assumed effects of AD. For example, the better abstinence rate of sham-AD patients might also be influenced by ineligibility for disulfiram/calcium carbimide because of severe medical conditions (this is reflected by older age, more dramatic alcoholism sequelae, and less daily alcohol intake during the month before admission), which might constitute an independent motivational factor to remain sober. Another factor potentially interacting with AD effects is compliance, which in turn indicates a higher probability of abstinence (Fuller et al., 1986). Thus, the beneficial effect of long-term use of AD in OLITA could be partly explained by compliance in taking AD. In any case, motivation and compliance as prominent psychological factors may synergize with the psychological effects of AD, deterrence, ritualization, decision making, and coping skills.

However, to definitely find out whether AD have an independent additive action on outcome, a "subtraction analysis," i.e., OLITA with and without AD, will have to be performed. In the presently starting multicenter evaluation of this program, we will have the opportunity to further clarify this issue.

### *Clinical Implications*

Compared with the low abstinence rates of short-term and medium-term therapies after extended follow-up (e.g., Burtscheidt et al., 2002; Project MATCH Research Group, 1998), the promising long-term abstinence rate of over 50% in OLITA patients supports a major clinical implication; i.e., severe alcoholism is an acute and relapsing condition. Only long-term treatment, followed by life-long attending of checkup sessions and self-help group participation, can guarantee long-term recovery. Supervised intake of AD can easily and successfully be integrated in a comprehensive and structured outpatient long-term treatment program. The strategy of deterrence works if

therapists disengage from the emphasis on the pharmacological effects of disulfiram and make full use of the psychological actions of this drug.

### ACKNOWLEDGMENTS

We thank all OLITA therapists for their great work from 1993 to 2003.

### REFERENCES

- Azrin NH (1976) Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav Res Ther* 14:339–348.
- Azrin NH, Sisson RW, Meyers R, Godley M (1982) Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 13:105–112.
- Brewer C (1993) Recent developments in disulfiram treatment. *Alcohol Alcoholism* 28:383–395.
- Brewer C, Meyers RJ, Johnsen J (2000) Does disulfiram help to prevent relapse in alcohol abuse? *CNS Drugs* 14:329–341.
- Bronisch T, Mombour W (1998) The modern assessment of personality disorders: II. Reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology* 31:293–301.
- Burtscheidt W, Woelwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W (2002) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand* 106:227–232.
- Carroll KM, Fenton LR, Ball SA, Nich C, Frankforter TL, Shi J, Rounsaville BJ (2004) Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 61:264–272.
- Chick J, Gough K, Falkowski W, Kershaw P, Hore B, Mehta B, Ritson B, Ropner R, Torley D (1992) Disulfiram treatment of alcoholism. *Br J Psychiatry* 161:84–89.
- Ehrenreich H, Krampe H (2004) Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Not to forget about disulfiram's psychological effects. *Addiction* 99:26–27.
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rütger E, Poser W (1997) OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 247:51–54.
- Emrick CD (1974) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Q J Stud Alcohol* 35:523–549.
- Finney JW, Monahan SC (1996) The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *J Stud Alcohol* 57:229–243.
- Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, Derman RM, Emrick CD, Iber FL, James KE, Lacoursiere RB, Lee KK, Lowenstam I, Maany I, Neiderhiser D, Nocks JJ, Shaw S (1986) Disulfiram treatment of alcoholism. A Veterans Administration cooperative study. *JAMA* 256:1449–1455.
- Fuller RK, Gordis E (2004a) Disulfiram in the treatment of drinking problems: a response to commentaries. *Addiction* 99:27–28.
- Fuller RK, Gordis E (2004b) Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction* 99:21–24.
- Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M, Weiler D (1999) European Addiction Severity Index—EuropASI. Schneider-Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.
- Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV (1991) The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 52:517–540.
- Hughes JC, Cook CCH (1997) The efficacy of disulfiram—a review of outcome studies. *Addiction* 92:381–395.
- Johnsen J, Morland J (1992) Depot preparations of disulfiram: experimental and clinical results. *Acta Psychiatr Scand* 86:27–30.
- Kleinbaum DG (1996) *Survival Analysis: a Self-Learning Text*. Springer, New York.
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, Timmer W, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H (2004) Therapist rotation—a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use Misuse* 39:135–178.
- Marcus R, Peritz E, Gabriel KR (1976) On closed testing procedures with special reference to ordered analysis of variance. *Biometrika* 63:655–660.
- Margraf J (1994) *MiniDIPS: Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Springer, Berlin.
- McCrary BS, Langenbucher JW (1996) Alcohol treatment and health care system reform. *Arch Gen Psychiatry* 53:737–746.
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9:199–213.
- Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS (1995) What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. in *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives* (Hester RK, Miller WR eds), pp 12–44. Allyn and Bacon, Boston.
- Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS, Grant KA (2001a) Community reinforcement and traditional approaches: findings of a controlled trial. in *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment* (Meyers RJ, Miller WR eds), pp. 79–103. Cambridge University Press, Cambridge.
- Miller WR, Walters ST, Bennett ME (2001b) How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 62:211–220.
- Miller WR, Wilbourne PL (2002) Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction* 97:265–277.
- Moos RH, Finney JW, Ouimette PC, Suchinsky RT (1999) A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. Treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 23: 529–536.
- Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97:279–292.
- Mueser KT, Noordsy DL, Fox L, Wolfe R (2003) Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. *Am J Addict* 12:242–252.
- Oejehagen A, Skjaeris A, Berglund M (1991) Long-term use of aversive drugs in outpatient alcoholism treatment. *Acta Psychiatr Scand* 84:185–190.
- Peachey JE, Annis HM, Bornstein ER, Sykora K, Maglana SM, Shamai S (1989) Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 1: a placebo-controlled, double-blind clinical trial of short-term efficacy. *Br J Addict* 84:877–887.
- Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 58:7–29.
- Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 22:1300–1311.
- Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth B, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rütger F, Ehrenreich H (2004) Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment—results of a prospective study. *J Psychiatry Res* 38:619–635.

## **4 Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten**

### **4.1 Einführung in die Fragestellung**

Therapieprozessforschung beschäftigt sich mit der Frage nach den Veränderungen bei den Interaktionspartnern Patient und Therapeut im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung. Dies bezieht sich sowohl auf die Interaktion an sich, als auch auf die Veränderungen des Erlebens und Verhaltens der beteiligten Personen und deren Bedeutung für das Therapieergebnis (Greenberg & Pinsof 1986).

Da zur Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in der Langzeitbehandlung chronisch alkoholkranker Patienten jedoch bislang noch die geeigneten diagnostischen Instrumente fehlen, wurde als Teil der Prozess-Ergebnisforschung von ALITA das *Video-assistierte Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)* entwickelt und an einer Teilstichprobe von 64 Patienten eingesetzt. Mit diesem Verhaltensbeobachtungssystem kann das Verhalten und Erleben der Patienten in einer Therapiesitzung von externen Ratern umfassend analysiert werden. Es basiert auf der Beurteilung von transkribierten Videoaufnahmen der Therapiesitzungen und umfasst acht Module: (1) *Allgemeine Psychotherapiefaktoren wie z.B. emotionale Intensität*, (2) *Relevante Suchtprozesse wie z.B. Abstinenzzuversicht*, (3) *Krankheitskonzept*, (4) *Arbeitsatmosphäre wie z.B. Konstruktivität*, (5) *Psychopathologische Symptome wie z.B. Gespanntheit*, (6) *Therapeutische Allianz – Patient wie z.B. "ist ehrlich"*, (7) *Therapeutische Allianz – Therapeut wie z.B. "wirkt vertrauensvoll"*, (8) *Problembearbeitung wie z.B. funktionale Problembearbeitung eines aktuellen Problems*. Das VAMP ermöglicht die Beurteilung der therapeutischen Prozesse aus makroanalytischer und mikroanalytischer Perspektive. In der Studie ist zudem der multimodale Ansatz der Datenerfassung umgesetzt: die therapeutische Allianz wird sowohl durch drei VAMP-Skalen (Arbeitsatmosphäre, Therapeutische Allianz – Patient, Therapeutische Allianz - Therapeut) als auch durch die Selbstbeurteilung des Patienten und des Therapeuten erfasst.

In der zweiten vorliegenden Originalarbeit werden die Veränderungen der Prozesse im Verlauf des ersten Therapiejahres zwischen den drei Therapiezeitpunkten  $t_1$  (Woche 3),  $t_2$  (Monat 6) und  $t_3$  (Monat 12) bei 64 Patienten erfasst und insgesamt 175 Videoaufnahmen eingeschlossen. Die Studie umfasst die folgenden vier Fragestellungen:

1. Zeichnet sich das Beobachtungsinstrument VAMP durch eine ausreichende *Reliabilität und Konstruktvalidität* aus? Zur Untersuchung dieser Frage werden die Beobachterübereinstimmungen zwischen drei Raterurteilen, die internen Konsistenzen sowie die Interkorrelationsmuster zwischen inhaltlich zusammengehörenden Faktoren des VAMP und Selbstbeurteilungen der therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten bestimmt.
  2. Zeigen sich *Veränderungen der Psychotherapieprozesse während des ersten Therapiejahres*? Zur Analyse dieser Frage werden die mit dem VAMP gemessenen Therapieprozesse zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten herangezogen. Als Ergänzung dienen die Allianzwerte der Selbstbeurteilung von Patienten und Therapeuten über 15 Zeitpunkte während des ersten Therapiejahres.
  3. Welche der untersuchten Prozessvariablen zeichnen sich durch eine *signifikante Vorhersagekraft hinsichtlich der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit* aus und lassen sich zu einem geeigneten *Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score (TOPPS)* zusammenfassen? Dazu werden die Prozessvariablen zu allen drei Untersuchungszeitpunkten hinsichtlich ihres prädiktiven Wertes mittels Cox-Regressions-Analysen untersucht. Als künftig einsetzbares Vorhersage- und Therapieadaptierungsmodell für die psychotherapeutische Praxis wird der TOPPS aus den patientenbezogenen Prozessvariablen mit der höchsten prädiktiven Bedeutung als Composite-Score (Mittelwert aus den z-Werten der eingehenden Variablen) konstruiert. Zudem wird die Veränderung des TOPPS zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten analysiert.
  4. Bleibt die *prädiktive Validität des TOPPS* unter dem Einfluss der Variablen, die sich in früheren Studien als relevante Prädiktoren erwiesen haben (Persönlichkeitsstörungen, Chronizität, vorherige stationäre Entgiftungen, kognitive Exekutivfunktionen) erhalten?
- Die Analyse der Beobachterübereinstimmungen, der internen Konsistenz und der Interkorrelationen der VAMP-Variablen bestätigen die hohe Reliabilität und Validität des Erhebungsinstrumentes. Die untersuchten Therapieprozesse stellen sich insgesamt als stabil dar, d.h. nur wenige Variablen, wie z.B. Selbstwirksamkeit, Analysieren/Reflektieren/Verstehen, Selbstöffnung und die negativen psychopathologischen Symptome, verändern sich im Verlauf des ersten Therapiejahres. Auch die Analyse der therapeutischen Allianz in der Fremdbeurteilung mit dem VAMP über die drei Untersuchungszeitpunkte, sowie in der Selbstbeurteilung von Patient und Therapeut über 15 Zeitpunkte im ersten Jahr zeigen keine Veränderungen. Es ergeben sich acht Prozessvariablen, die aufgrund ihrer statistisch signifikanten Vorhersagekraft hinsichtlich der Abstinenzwahrscheinlichkeit zusammen den TOPPS bilden: *Erfahrung von Ressourcen, Abstinenzzuversicht, vermuteter Suchtdruck,*

*Rückfallwachsamkeit, Rückfallgefahr, subjektives Krankheitskonzept, dysfunktionales Therapieengagement, dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme.* Die interne Konsistenz des TOPPS beträgt zu  $t_1$  0,77, zu  $t_2$  0,79 und zu  $t_3$  0,77. Rückfällige Patienten weisen von Beginn der Therapie an niedrige TOPPS-Werte auf, die im Verlauf des ersten Jahres stabil bleiben, wogegen abstinente Patienten höhere Werte haben, die zwischen  $t_2$  und  $t_3$  signifikant ansteigen ( $p=0,015$ ). Der TOPPS kann zu allen drei Zeitpunkten signifikant das Rückfallgeschehen vorhersagen ( $p<0,001$ ). Diese prädiktive Validität des Scores bleibt erhalten unter Einbezug der Chronizität, der Exekutivfunktionen, Anzahl früherer Entgiftungen und des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung. In einem gemeinsamen Regressionsmodell erweisen sich von diesen Variablen nur die Persönlichkeitsstörungen als vom TOPPS unabhängige signifikante Prädiktoren. Dieses Ergebnis stellt sich jedoch nur für die ersten beiden Untersuchungszeitpunkte dar, für  $t_3$  kann nur noch der TOPPS die Zeit bis zum Rückfall signifikant vorhersagen. Mit einer Aufteilung der Patientenstichprobe in vier Gruppen zeigt sich in der Kaplan-Meier-Berechnung die höchste Abstinenzwahrscheinlichkeit für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung und mit einem hohen TOPPS (92%). Die geringste Abstinenzwahrscheinlichkeit haben Patienten mit Persönlichkeitsstörung und einem niedrigen TOPPS (0%). Eine mittlere Abstinenzwahrscheinlichkeit weisen die Patienten auf, die entweder nur durch eine Persönlichkeitsstörung oder nur durch einen niedrigen TOPPS charakterisiert sind (41% bzw. 51%).

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Studie, dass es mit der Entwicklung des VAMP gelungen ist, ein umfassendes und reliables, jedoch auch aufwendiges Beobachtungssystem zur Erfassung des aktuellen Erlebens und Verhaltens eines Patienten während einer Therapiesitzung zu entwickeln. Auf den ausführlichen Analysen der Prozessparameter der ALITA-Patienten im Verlauf des ersten Therapiejahres basierend konnte der TOPPS konstruiert werden - ein Score, in den acht Therapieprozessvariablen einfließen und der mit einem hohen prädiktiven Wert das Rückfallgeschehen vorhersagen kann. Da es sich um potentiell veränderliche, d.h. therapeutisch beeinflussbare Prozesse handelt, bietet sich der Einsatz des TOPPS in weiteren Studien und später in der klinischen Praxis in der Form einer kurzen und schnell einzusetzenden Beurteilungsskala für Therapeuten an. Bei Patienten, die in einem oder mehreren der acht Prozesse auffällig sind, können dann unmittelbar individuell angepasste Rückfallpräventionsstrategien in der Therapie eingesetzt werden. Es ist jedoch auch von entscheidender Wichtigkeit, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung als Grundlage der Wirkung der TOPPS-Prozessfaktoren anzusehen ist und damit ebenso wie die übrigen Psychotherapiefaktoren keinesfalls ohne Beachtung bleiben sollte.

#### **4.2 Originalartikel:**

Stawicki S \*, Krampe H \*, Niehaus S, Ribbe K, Wagner T, Bartels C, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2007) Multimodales Monitoring psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 9 (1): 27-47.

\* Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei

# Multimodales Monitoring psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten

Sabina Stawicki<sup>1\*</sup>, Henning Krampe<sup>1\*</sup>, Silja Niehaus<sup>1</sup>, Katja Ribbe<sup>1</sup>, Thilo Wagner<sup>1</sup>, Claudia Bartels<sup>1</sup>, Birgit Kröner-Herwig<sup>2</sup>, Hannelore Ehrenreich<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin, Hermann-Rein-Str. 3, 37075, Göttingen

<sup>2</sup> Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologisches Institut der Georg-August-Universität, Gosslerstr. 14, 37075 Göttingen

**Korrespondenzautorin:** Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich; E-Mail: [ehrenreich@em.mpg.de](mailto:ehrenreich@em.mpg.de)

## Zusammenfassung.

**Hintergrund:** In der Suchttherapieforschung fehlen prospektive Längsschnittstudien, die das Verhalten und Erleben von alkoholkranken Patienten in den Therapiesitzungen mit Beobachtungsverfahren analysieren. Mit dem "Video-assistierte Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)" untersucht die vorliegende Studie 64 chronisch alkoholkranken Patienten zu den drei Zeitpunkten  $t_1$  (Woche 3),  $t_2$  (Monat 6) und  $t_3$  (Monat 12) während des ersten Jahres der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranken (ALITA).

**Fragestellungen:** Veränderung der Prozesse zwischen  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$ , Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit über bis zu vier Jahre, Konstruktion des TOPPS (Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score).

**Methode:** Es wurden 175 Videoaufnahmen von Therapiegesprächen mit dem VAMP analysiert. Nach jeder Videoaufnahme wurde die subjektive Beurteilung der therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten erfragt. Die Veränderung der Prozesse über die Zeit wurde mit ANOVAs für abhängige Stichproben getestet, und die Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit durch die Therapieprozesse wurde mit Cox-Regressionsanalysen bestimmt.

**Ergebnisse:** Die meisten Prozesse veränderten sich kaum zwischen  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$ . Der TOPPS sagt die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit zu allen drei Untersuchungszeitpunkten signifikant vorher ( $p < 0,001$ ), indem er die Prozessvariablen mit der stärksten prädiktiven Validität zusammenfasst: Erfahrung von Ressourcen, Abstinenzzuversicht, vermuteter Suchtdruck, Rückfallwachsamkeit, Rückfallgefahr, subjektives Krankheitskonzept, dysfunktionales Therapieengagement, dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme. Im Verlauf weisen rückfällige Patienten von  $t_1$  bis  $t_3$  stabil niedrige TOPPS-Werte auf, während Patienten, die langfristig abstinent geblieben sind, schon zu  $t_1$  hohe TOPPS-Werte haben, die zwischen  $t_2$  und  $t_3$  weiter ansteigen ( $p < 0,015$ ).

**Schlussfolgerungen:** Die acht im TOPPS enthaltenen Prozesse werden aus dem aktuellen Verhalten und Erleben eines Patienten in einer konkreten Therapiesitzung ermittelt und zeigen an, inwieweit sein allgemeines Verhalten langfristig abstinentförderlich ist oder ein Rückfallrisiko darstellt. Dadurch geben sie wesentliche Hinweise zur Entwicklung von individuellen Rückfallpräventionsstrategien.

**Schlagwörter:** Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit; HAQ; Helping Alliance Questionnaire; Therapieprozess-Forschung; Veränderungsprozesse; Verhaltensbeobachtung

## Abstract

### Multimodal monitoring of psychotherapeutic processes in the treatment of alcohol dependent patients

**Background:** Research on addiction treatment lacks prospective longitudinal studies that analyze with observational instruments behavior of alcohol dependent patients during therapy sessions. With the "Video-Assisted Monitoring of Psychotherapeutic processes in chronic psychiatric disease (VAMP)" this study investigates 64 chronic alcohol dependent patients at three time-points,  $t_1$  (week 3),  $t_2$  (month 6), and  $t_3$  (month 12) during the first year of the Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA).

**Aims:** Change of therapeutic processes between  $t_1$ ,  $t_2$ , and  $t_3$ , prediction of cumulative abstinence probability during a follow-up of up to 4 years, construction of the TOPPS (Therapy Orientation by Process Prediction Score).

**Methods:** 175 video recordings of therapy sessions were analyzed with the VAMP. After each video recording, patients and therapists rated their experience of the therapeutic alliance. Change of therapeutic processes over time were tested with repeated measures ANOVA, and prediction of cumulative abstinence probability by therapy processes was determined with Cox Regression Analysis.

**Results:** Most of the processes changed only marginally between  $t_1$ ,  $t_2$  and  $t_3$ . The TOPPS predicts cumulative abstinence probability at all of the three time-points ( $p < 0,001$ ) by integrating eight process variables with the highest predictive validity: Experience of resources, abstinence self-efficacy, implicit craving, relapse alertness, relapse risk, disease concept, dysfunctional therapeutic engagement, dysfunctional problem solving of current problems. Patients who relapsed after 12 months showed continuously low TOPPS from  $t_1$  to  $t_3$ . However, patients who maintained long-term abstinence had high TOPPS at  $t_1$ , which increased slightly between  $t_2$  and  $t_3$  ( $p < 0,015$ ).

**Conclusions:** The eight TOPPS processes are determined from the current behavior of a patient during a specific therapy session and indicate to which extent his common behavior predicts probability of longterm abstinence or relapse risk. The results suggest to employ the TOPPS in addiction therapy as a guideline of individual relapse prevention strategies.

**Keywords:** Behavior observation; HAQ; Helping Alliance Questionnaire; processes of change; psychotherapy of alcohol dependence; therapy process and outcome research

\* Diese Autoren trugen zu gleichen Teilen zu der Arbeit bei

## 1 Therapieprozessforschung

Die Suchttherapieforschung misst der Frage nach den Wirk- bzw. Veränderungsmechanismen von Alkoholismustherapie seit einigen Jahren hohe Priorität bei (Clifford et al. 2006, Harwood et al. 2006, Longabaugh et al. 2005, Morgenstern und Longabaugh 2000). Um Veränderungsmechanismen bestimmen zu können, sollten zunächst genügend Befunde zur Wirksamkeit einer Behandlung vorliegen. Ein Blick auf den Stand der Ergebnisforschung zeigt, dass viele Behandlungsansätze zur Therapie der Alkoholabhängigkeit wirksam sind. Übereinstimmend berichten Meta-Analysen und Literaturübersichten der vergangenen 30 Jahre, dass sechs Monate nach Therapieende Abstinenzraten von ca. 30% beobachtet werden können (Emrick 1974, Finney und Monahan 1996, Holder et al. 1991, McCrady und Langenbucher 1996, Miller et al. 2001, Miller und Wilbourne 2002). Die an der 12-Schritte-Philosophie der Anonymen Alkoholiker orientierten Behandlungsprogramme wie auch kognitiv-behaviorale Psychotherapieansätze haben sich dabei als gleich effektiv erwiesen. Die Frage nach den Wirkmechanismen fällt in das Gebiet der Therapieprozessforschung, die nicht nur untersucht, ob eine Behandlung wirksam ist, sondern sich vor allem damit beschäftigt, wie eine Behandlung wirkt, und welche Zusammenhänge es zwischen den verschiedenen Therapieprozessen und Behandlungsergebnissen gibt. Therapieprozessforschung richtet ihren Fokus auf das Erleben der Interaktionspartner Patient und Therapeut, und dessen Veränderung im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung. Ihr Ziel besteht darin, herauszufinden, welche Bedeutung diese Prozesse für das Therapieergebnis haben, sodass die Übertragung wirkungsvoller Prozesse in die klinische Praxis gefördert werden und Psychotherapie erfolgreicher gemacht werden kann (Greenberg und Pinsof 1986).

Während es in der allgemeinen Psychotherapie eine intensive, über 50-jährige Tradition an Prozessforschung gibt (Übersicht in Greenberg und Pinsof 1986, Lambert 2004), beschäftigte sich die Suchttherapie erst in den letzten 10 Jahren verstärkt mit Prozess-Studien (Longabaugh et al. 2005). Wesentliche Themen sind:

- Untersuchungen zur therapeutischen Allianz (Übersicht in Krampe et al. 2004, Meier et al. 2005),
- prozessanalytische Auswertungen der Project Match Studie (z.B. Bates et al. 2006, Ilgen et al. 2006, Karno und Longabaugh 2003, 2005a,b, Longabaugh et al. 2005),
- Wirkmechanismen des Motivational Interviewing (z.B. Amrhein et al. 2003, Moyers und Martin 2006, Moyers et al. 2005, Strang und McCambridge 2004) und der kognitiv-behavioralen Therapie (z.B. Chung et al. 2001, Fiorentine und Hillhouse 2003, Litt et al. 2003, McKay et al. 1996, Vielva und Iraugi 2001),
- gemeinsame Wirkmechanismen von kognitiv-behavioralen und 12-Schritte-Programmen (z.B. Finney et al. 1999, Ilgen et al. 2005, Gifford et al. 2006, Morgenstern et al. 2002) sowie die
- Anwendung allgemeiner Psychotherapiemodelle in der Suchttherapie (z.B. Harwood et al. 2006, Karno et al. 2002, Orford et al. 2006).

Beispielhafte Konstrukte, die sich in diesen Studien als wirksame Veränderungsmechanismen erwiesen haben, sind Selbstwirksamkeit, Coping-Strategien und Problemlösen, Übernahme therapiespezifischer Ziele, Therapieengagement bzw. -motivation, therapeutische Allianz, allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Faktoren aus der Alkoholismustherapie (z.B. Abstinenzzuversicht, Craving, Veränderungsbereitschaft, Krankheitskonzept).

Insgesamt zeigt der Stand der Prozessforschung von Alkoholismustherapie, dass zentrale Wirkmechanismen formuliert und zum Teil empirisch belegt worden sind. Trotzdem wird in aktuellen Studien darauf hingewiesen, dass derzeit Untersuchungen fehlen, die einen längeren Zeitraum und mehrere Erhebungszeitpunkte berücksichtigen, und nicht einzelne Veränderungsfaktoren isoliert betrachten, sondern viele der potenziell relevanten Wirkmechanismen gemeinsam untersuchen (Clifford et al. 2006, Harwood et al. 2006, Longabaugh et al. 2005). Vor allem fehlen prospektive Längsschnittuntersuchungen, die Veränderungsprozesse zwischen mehreren Therapiesitzungen mit Beobachtungsverfahren analysieren. Während sich aktuelle Beobachtungsstudien auf die Analyse von einzelnen Sitzungen beschränken (z.B. Amrhein et al. 2003, Moyers und Martin 2006, Moyers et al. 2005), basieren Längsschnittuntersuchungen ausschließlich auf Fragebogenerhebungen (z.B. Chung et al. 2001, Fiorentine und Hillhouse 2003, Litt et al. 2003, Gifford et al. 2006).

Die vorliegende Studie untersucht psychotherapeutische Prozesse von 64 chronisch alkoholkranken Patienten zu drei Untersuchungszeitpunkten während des ersten Jahres der *Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA)*. Als diagnostisches Instrument wurde das "Videoassistierte Monitoring für psychotherapeutische Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)" entwickelt. Dieses Beobachtungssystem wurde aus Modellen der allgemeinen Psychotherapie und suchtherapeutischen Veränderungsmodellen abgeleitet. Das VAMP basiert auf der Beurteilung transkribierter Videoaufnahmen der Therapiesitzungen und ermöglicht die Erfassung der patientenbezogenen therapeutischen Prozesse aus makroanalytischer und mikroanalytischer Perspektive. Es umfasst die Skalen: "Allgemeine Psychotherapiefaktoren", "Relevante Suchtprozesse", "Krankheitskonzept", "Arbeitsatmosphäre und Therapeutische Allianz", "Psychopathologische Symptome" und "Problembearbeitung". Um weitere Beobachtungsperspektiven zu berücksichtigen, wurde die subjektive Beurteilung der

therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten mit Fragebögen erfasst. Schließlich wurde explorativ untersucht, welche Zusammenhänge die Therapieprozesse mit folgenden Faktoren, die sich in früheren Untersuchungen als signifikante Rückfallprädiktoren herausgestellt haben, aufweisen: Persönlichkeitsstörungen, Chronizität der Alkoholabhängigkeit und Anzahl früherer Entgiftungen (Krampe et al. 2006a, Wagner et al. 2003, 2004) sowie kognitive Exekutivfunktionen (Übersicht in Scheurich 2005).

Die Studie richtet ihren Fokus auf vier Fragestellungen:

- 1. Reliabilität und Konstruktvalidität des VAMP:** Bestimmung der Beobachterübereinstimmungen, der internen Konsistenzen sowie der Interkorrelationsmuster zwischen inhaltlich zusammengehörenden Faktoren des VAMP und Selbstbeurteilungen der therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten.
- 2. Veränderung der Psychotherapieprozesse während des ersten Therapiejahres:** Analyse der mit dem VAMP gemessenen Therapieprozesse zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten  $t_1$  (Woche 3),  $t_2$  (Monat 6) und  $t_3$  (Monat 12). Ergänzende Analyse der mit Fragebögen gemessenen Allianzwerte über 15 Untersuchungszeitpunkte während des ersten Therapiejahres.
- 3. Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit über bis zu vier Jahre und Konstruktion des TOPPS (Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score) als ein für die psychotherapeutische Praxis künftig einsetzbares Vorhersage- und Therapieadaptierungsmodell:** Bestimmung, welche Prozess-Variablen die Zeit bis zum Rückfall vorhersagen können und Konstruktion des TOPPS, eines Composite Score aus den patientenbezogenen Prozessvariablen mit der höchsten prädiktiven Bedeutung; Analyse der Veränderungen des TOPPS zwischen  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$  sowie explorative Analyse des Einflusses von Persönlichkeitsstörungen, Chronizität (Dauer der Abhängigkeit in Relation zum Lebensalter bei Therapiebeginn), vorherigen stationären Entgiftungsbehandlungen und kognitiven Exekutivfunktionen auf diese Veränderungen.
- 4. Überprüfung der prädiktiven Validität des TOPPS:** Untersuchung, ob sich die prädiktive Validität des TOPPS bewährt, wenn zur Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit weitere relevante Prädiktoren einbezogen werden. Untersucht werden Persönlichkeitsstörungen, Chronizität (Dauer der Abhängigkeit in Relation zum Lebensalter bei Therapiebeginn) und vorherige stationäre Entgiftungsbehandlungen.

## 2 Methode

### 2.1 Setting

ALITA ist ein biopsychosoziales Therapiekonzept für schwer alkoholranke Patienten, das als zweijähriges ambulantes

Behandlungsprogramm an die stationäre Entgiftung anschließt (Tabelle 1). ALITA wurde 1993 entwickelt und im Sommer 2003 als Modellprojekt mit 180 Patienten abgeschlossen. Ausführliche Darstellungen des Therapiekonzepts und der Evaluation von ALITA finden sich bei Ehrenreich et al. (1997), Krampe et al. (2006b) und Wagner et al. (2004). Wesentliche Bestandteile sind:

1. Hochfrequente Kurzgespräche, anfangs täglich, mit langsamer Reduktion der Kontaktfrequenz bis auf eine einmal wöchentlich stattfindende ALITA-Gruppe;
2. Therapeutenrotation;
3. Unterstützung der sozialen Reintegration und aggressive Nachsorge;
4. Induktion von Alkoholunverträglichkeit durch Hemmstoffe der Acetaldehyd-Dehydrogenase;
5. Kontrolle durch überwachte Einnahme der Aversiva und regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe.

In einer 9-Jahreskatamnese liegt der Prozentsatz abstinenten Patienten bei 52% (Krampe et al. 2006b), die Arbeitslosenrate fiel (bei einer regionalen Arbeitslosenquote über 17%) von 58% auf 22% (Krampe et al. 2005), und die komorbiden

**Tabelle 1:** ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke): Die praktische Durchführung des Therapieprogramms

#### Stationäre Vorphase: Entgiftung (2-3 Wochen)

Einführungsgespräch, Motivationsarbeit, Selektion, Anamneseerhebung, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Ausloten der sozialen Einbindung, Beginn der täglichen kontrollierten Einnahme von Colme® (Calciumcarbimid, 50 mg), täglich Urinkontrollen

#### Ambulante Phase I: Intensivphase (täglich Kontakte über 3 Monate)

Täglich 15 Minuten Gespräch (primär supportiv), praktische Unterstützung der sozialen Reintegration, Gespräche mit Angehörigen, Hausbesuche, täglich kontrollierte Einnahme von Colme® (Calciumcarbimid, 50 mg), täglich Urinuntersuchung auf Alkohol und andere Suchtstoffe, aggressive Nachsorge

#### Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase (je nach individuellem Bedarf 3-4 Monate)

Schrittweise Kontaktreduktion auf drei Termine pro Woche, weiterhin jeweils 15 Minuten supportives Gespräch, Intensivierung der sozialen Reintegrationsbestrebungen, regelmäßige Angehörigengespräche (*individuell* ausgerichtet), kontrollierte Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrollen, aggressive Nachsorge

#### Ambulante Phase III: Ablösungsphase (Erreichen der "Einjahresmarke")

Kontaktreduktion auf zwei Termine pro Woche, jetzt jeweils 30 Minuten Gespräch, Stabilisierung der sozialen Reintegration, kontrollierte Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrollen, aggressive Nachsorge

#### Ambulante Phase IV: Nachsorgephase (Überschreiten der "Einjahresmarke")

Einmal wöchentlich Teilnahme an der ALITA-Gruppe (therapeutenbegleitete Gruppe), initial noch wöchentlich ein Einzelgespräch (30 Minuten), kontinuierlich aggressive Nachsorge; Ziel: schrittweise Einstellung von Einzelgesprächen und Aversionsmedikation, dauerhafte, regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder der ALITA-Gruppe

psychiatrischen Störungen Angst und Depression gingen von ca. 60% auf unter 13% zurück (Wagner et al. 2004).

Für die vorliegende Studie ist das ALITA-Element "Therapeutenrotation" von besonderer Bedeutung. Diese Form der multiplen Beziehungsgestaltung wurde entwickelt, um eine psychotherapeutische Allianzförderung zu gewährleisten, die im Rahmen der hohen Behandlungsintensität und Kontaktfrequenz des Behandlungsprogramms realisierbar ist (Krampe et al. 2004). Bei der Therapeutenrotation arbeiten die Patienten mit mehreren gleichermaßen verantwortlichen Therapeuten zusammen, die die Gespräche nach dem Prinzip der Rotation im lockeren, nicht festgelegten Wechsel führen. Die

Therapeutenrotation hat sich im Verlauf der gesamten Behandlung als zentraler Therapieprozess klinisch bewährt, wurde jedoch bislang noch nicht näher untersucht. Somit stellen die Allianzbeurteilungen der vorliegenden Studie die ersten empirischen Ergebnisse zur Therapeutenrotation dar.

## 2.2 Stichprobe

### 2.2.1 Patienten

Einschlusskriterien für ALITA waren Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV, Wohnort in der näheren Umgebung und die

**Tabelle 2:** Charakterisierung der Patientenstichprobe zu Therapiebeginn

	Untersuchungsstichprobe n = 64	ALITA I-VI (ohne Untersuchungsstichprobe) n = 116	Mann-Whitney- U-Test für 2 unabhängige Stichproben
Alter bei Therapiebeginn	43,78 ± 7,11	43,56 ± 7,99	n.s.
Dauer der Alkoholabhängigkeit (Jahre)	20,20 ± 6,23	17,03 ± 7,16	Z = -2,86 p = 0,004
Durchschnittlicher Alkoholkonsum (g/die)	432,64 ± 175,84	439,48 ± 153,93	n.s.
Anzahl stationärer Entgiftungen	7,41 ± 9,66	7,28 ± 7,90	n.s.
Anzahl Langzeittherapien	0,89 ± 1,03	0,81 ± 1,08	n.s.
Jahre in Ausbildung	12,06 ± 3,10	11,26 ± 3,01	Z = -2,08 p = 0,038
	Untersuchungsstichprobe n = 64	ALITA I-VI (ohne Untersuchungsstichprobe) n = 116	χ <sup>2</sup> -Test
Männlich	75%	83%	n.s.
Weiblich	25%	17%	n.s.
Organische Folgeschäden (1 = leicht, 2 = deutlich, 3 = schwer, 4 = schwerst)	1 = 6 (9%) 2 = 16 (25%) 3 = 32 (50%) 4 = 10 (16%)	1 = 13 (11%) 2 = 43 (37%) 3 = 47 (41%) 4 = 13 (11%)	n.s.
Psychiatrische Komorbidität (mind. eine Achse-I-Störung)	38 (59%)	57 (49%)	n.s.
Psychiatrische Komorbidität (mind. eine Achse-II-Störung)	38 (60%) <sup>1</sup>	70 (61%) <sup>2</sup>	n.s.
Suizidversuch in der Vorgeschichte	19 (30%)	34 (29%)	n.s.
Familienstand 1 = verheiratet/feste Beziehung, 2 = geschieden/getrennt, 3 = ledig	1 = 32 (50%) 2 = 27 (42%) 3 = 5 (8%)	1 = 51 (44%) 2 = 37 (32%) 3 = 28 (24%)	χ <sup>2</sup> = 7,55; df = 2 p = 0,023
Wohnsituation 1 = im Familienverbund, 2 = mit Partner, 3 = allein, 4 = alleine mit Kindern	1 = 25 (39%) 2 = 10 (16%) 3 = 26 (41%) 4 = 3 (4%)	1 = 40 (34%) 2 = 18 (16%) 3 = 56 (48%) 4 = 2 (2%)	n.s.
Berufsstatus zu Therapiebeginn 1 = arbeitslos, 2 = Vollzeit/Teilzeit beschäftigt	1 = 38 (59%) 2 = 26 (41%)	1 = 66 (57%) 2 = 50 (43%)	n.s.
<sup>1</sup> n = 63, <sup>2</sup> n = 115, da die Achse-II-Störung bei zwei bzw. einem Patienten wegen zu kurzer Therapieteilnahme (< 3 Monate) nicht diagnostiziert werden konnte n.s.: nicht signifikant			

Übernahme von Behandlungskosten durch die Krankenkasse; Ausschlusskriterien waren Demenz, Korsakoff-Syndrom und Missbrauch oder Abhängigkeit einer weiteren Substanz (mit der Ausnahme von Kaffee oder Nikotin). Von den 68 Patienten, die ihre Therapie in der Zeit von April 2000 bis Juni 2002 begonnen haben, wurden 64 in die vorliegende Studie eingeschlossen. Gründe für die Nichtteilnahme waren geringe Deutschkenntnisse (2), mangelnde Lese- und Schreibfähigkeiten (1) und Verweigerung der Teilnahme (1). Die Patienten wurden ausführlich über den Zweck der Untersuchung informiert und erklärten ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Im Vergleich mit den übrigen 116 ALITA-Patienten wiesen die Patienten, deren Videos mit dem VAMP beurteilt wurden ( $n = 64$ ), eine längere Dauer der Alkoholabhängigkeit, eine längere Ausbildungsdauer und einen kleineren Anteil an Ledigen auf (Tabelle 2). Sie unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich anderer soziodemografischer und suchtspezifischer Merkmale, die sie als chronisch alkoholkrank charakterisieren.

### 2.2.2 Therapeuten

An den 175 in die Studie eingehenden Videos waren insgesamt vier männliche und zehn weibliche Therapeuten mit einem Durchschnittsalter von 29 Jahren ( $SD = 4,3$ ; Range: 24-40 Jahre) beteiligt. Sechs Therapeuten waren als Diplompsychologen, drei als Ärzte im Praktikum, eine als Diplomsozialpädagogin, eine als Psychologie-Diplomandin und drei als Medizin-Doktoranden im Rahmen des ALITA-Programms beschäftigt. Vor ihrer Arbeit im ALITA-Team hatten sie durchschnittlich 26,75 Monate ( $SD = 39,5$ ; Range: 0-108 Monate) klinisch gearbeitet. Bei ihrer ersten Videoaufnahme waren sie im Mittel seit 9,2 Monaten therapeutisch bei ALITA tätig ( $SD = 12,6$ ; Range: 0,5-46 Monate). Im Durchschnitt gingen von jedem Therapeuten 12,5 Videos in die Studie ein ( $SD = 8,5$ ; Range: 1-28).

## 2.3 Diagnostische Instrumente

### 2.3.1 VAMP

Das "Video-assistierte Monitoring für psychotherapeutische Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)" ist ein standardisiertes und manualisiertes Beobachtungsinstrument, mit dem Therapieprozesse auf der Basis transkribierter Videoaufnahmen von Therapiesitzungen beurteilt werden (Krampe et al. 2004). Das VAMP fokussiert hauptsächlich auf das Verhalten und Erleben des Patienten, erlaubt jedoch in zwei Subskalen auch die Bewertung des Therapeuten. In Tabelle 3 sind die acht Module des Erhebungsinstruments zusammenfassend dargestellt.

Während die Module 1 bis 7 aus unterschiedlich gestuften Ratingskalen bestehen, stellt das Modul 8 eine Kodierung der Patientenaussagen hinsichtlich verschiedener Problembearbeitungsweisen dar und wird quantifiziert, indem gezählt wird, wie häufig ein Patient die verschiedenen Problembearbeitungskategorien pro Gespräch anwendet. Die Psychotherapiefaktoren (Modul 1) werden jeweils in festgelegten 5-Minuten-Abschnitten zu Beginn, Mitte und Ende des Gesprächs beurteilt. Die Module 2 bis 7 werden nach einer makroanalytischen Vorgehensweise bewertet, d.h. dass das ganze Gespräch betrachtet wird, ohne es in kleinere Abschnitte aufzugliedern. Das Modul 5 besteht aus der PANSS, einer international häufig eingesetzten psychopathologischen Ratingskala (Kay 1991). Beim Modul 8, der Problembearbeitung, werden mikroanalytisch einzelne, zuvor in semantische Einheiten (s. Abschnitt 2.4) aufgeteilte Patientenaussagen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zu zehn verschiedenen Problemlösekatogorien eingeschätzt. Die prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Problembearbeitungsweisen an allen bewerteten semantischen Einheiten eines Gesprächs gelten schließlich als Maße für die Problembearbeitung.

Alle Module des VAMP sind in einem Manual detailliert beschrieben und mit Beispielen veranschaulicht (Stawicki 2004). Exemplarisch werden hier die beiden Kategorien der funktionalen und dysfunktionalen Problembearbeitung beschrieben: Funktionale Problembearbeitung bedeutet, dass der Patient sich gesundheitsförderlich, konstruktiv und angemessen mit seinen Problemen und ihren Bedingungen auseinandersetzt. Beispiele sind Beschreiben, Analysieren, Hinterfragen, Bewerten oder Rekonstruieren; ebenso fallen darunter Aussagen der Problemlösung, d.h. Sammeln von Problemlösealternativen, Abwägen, Entscheiden, Vorbereitung, Initiierung, Durchspielen, Ausprobieren und Trainieren von Problemlösungen. Dysfunktionale Problembearbeitung bedeutet, dass der Patient sich gesundheitsschädlich, destruktiv und inadäquat mit seinen Problemen und ihren Bedingungen auseinandersetzt. Beispiele sind eine unangemessene oder sehr rudimentäre Beschreibung des Problems, starke Schwierigkeiten, das Problem konkret und umfassend zu benennen, Aussagen mit starker Konnotation von Angst, Unsicherheit, Sorgen, Depressivität, Lustlosigkeit, Antriebschwäche und Ideenlosigkeit sowie Bagatellisierungen oder ausschließliches Klagen und Beschwerden. Als aktuelle Probleme gelten alle Ereignisse während der Therapie (seit dem Erstkontakt), als vergangene Probleme alle Ereignisse vor der Therapie.

### 2.3.2 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Zur Beurteilung der therapeutischen Allianz füllten die Patienten und die Therapeuten zu 15 Untersuchungszeitpunkten im ersten Therapiejahr den HAQ aus (Alexander und Lu-

borsky 1986, Luborsky et al. 1985). Dieser Fragebogen liegt in deutscher Übersetzung sowohl als Form für den Klienten als auch für den Therapeuten vor, sodass von beiden Interaktionspartnern eine subjektive Beurteilung darüber abgegeben wird, wie die Allianz in der gerade durchgeführten Sitzung erlebt wurde (Bassler et al. 1995). Der Fragebogen basiert auf zwei zugrunde liegenden Komponenten der therapeutischen Allianz: Hilfestellung durch den Therapeuten und Zusammenarbeit mit dem Therapeuten bezüglich der Behandlungsziele. Die 11 Items werden jeweils auf einer sechsstufigen Skala (1 = "trifft gar nicht zu" bis 6 = "trifft sehr zu") direkt nach einer Therapiesitzung beantwortet. Die Auswertung erfolgt durch Mittelwertbildung aller Itemwerte.

Reliabilität und Validität der englischsprachigen Version gelten als sehr gut belegt (Hatcher und Barends 1996, Luborsky 2000). Bassler et al. (1995) geben für die deutsche Patientenversion eine hohe interne Konsistenz von  $\alpha = 0,89$  an und berichten über zufriedenstellende Ergebnisse zur Konstrukt- sowie zur faktoriellen und prädiktiven Validität. Die Untersuchungen von Geiser et al. (2002), Puschner et al. (2005) und Rumpold et al. (2005) liefern weitere Befunde zur Konstrukt- und zur prädiktiven Validität des HAQ.

In der vorliegenden Studie wiesen sowohl der HAQ-Patient (Cronbachs alpha, Median: 0,89, Range 0,82-0,92) als auch der HAQ-Therapeut (Cronbachs alpha, Median: 0,82, Ran-

**Tabelle 3:** Übersicht der VAMP-Module

<b>Video-assistiertes Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)</b>	
<p><b>Makroanalyse</b></p> <p><b>Modul 1</b></p> <p><b>Psychotherapiefaktoren - Patient</b> 5 Einzel-Items, 4-stufiges Rating (0-3) 3 Erhebungszeitpunkte (5 Minuten zu Beginn, Mitte und Ende des Therapiegesprächs)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emotionale Intensität / Erleben</li> <li>2. Selbstwirksamkeit</li> <li>3. Analysieren, Reflektieren, Verstehen</li> <li>4. Erfahrung von Ressourcen</li> <li>5. Selbstöffnung</li> </ol> <p><b>Modul 2</b></p> <p><b>Relevante Suchtprozesse - Patient</b> 10 Einzel-Items, 4-stufiges Rating (0-3) Beurteilung aller Patientenaussagen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thematisiert der Patient Rückfallgefahr?</li> <li>2. Abstinenzsicherheit</li> </ol> <p>Items 3-5: Geäußelter Suchtdruck Items 6-8: Vermuteter Suchtdruck 9. Rückfallwachsamkeit 10. Rückfallgefahr</p> <p><b>Modul 3</b></p> <p><b>Krankheitskonzept - Patient</b> Einzel-Item, 6-stufiges Rating (1-6) Subjektives Störungsbild des Patienten "Verleugnung (1)" bis "Krankheit – elaboriert (6)"</p> <p><b>Modul 4</b></p> <p><b>Arbeitsatmosphäre</b> Skala mit 27 Items, 4-stufiges Rating (0-3) Beurteilung der Gesprächssituation und Interaktion während des gesamten Therapiegesprächs Beispiel-Item: "Konstruktivität"</p> <p><b>Modul 5</b></p> <p><b>Psychopathologische Symptome - Patient</b> Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Positive Symptome (7 Items), Negative Symptome (7 Items), Allgemeine psychopathologische Symptome (16 Items), 7-stufiges Rating (1-7) Beurteilung des Patienten während des gesamten Therapiegesprächs; Beispiel-Item: "Gespanntheit"</p>	<p><b>Modul 6</b></p> <p><b>Therapeutische Allianz - Patient</b> Skala mit 30 Items, 4-stufiges Rating (0-3) Beurteilung des Patientenbeitrags zur therapeutischen Allianz während des gesamten Therapiegesprächs Beispiel-Item: "ist ehrlich"</p> <p><b>Modul 7</b></p> <p><b>Therapeutische Allianz - Therapeut</b> Skala mit 30 Items, 4-stufiges Rating (0-3) Beurteilung des Therapeutenbeitrags zur therapeutischen Allianz während des gesamten Therapiegesprächs Beispiel-Item: "wirkt vertrauensvoll"</p> <p><b>Mikroanalyse</b></p> <p><b>Modul 8</b></p> <p><b>Problembearbeitung - Patient</b> 10 einander ausschließende Kategorien, Beurteilung der einzelnen semantischen Einheiten (SE) der Patientenaussagen Aussage über Befinden: Gutes Befinden Schlechtes Befinden / Stress Therapieengagement, Organisation: Funktionales Therapieengagement Dysfunktionales Therapieengagement Funktionale Problembearbeitung: Aktuelles Problem Vergangenes Problem Dysfunktionale Problembearbeitung: Aktuelles Problem Vergangenes Problem Neutrales Erlebnis / Ressource: Aktuelles Erlebnis / Ressource Vergangenes Erlebnis / Ressource</p>

Das VAMP-Manual ist auf Anfrage bei den Autoren erhältlich.

ge: 0,74-0,89) zu allen 15 Erhebungszeitpunkten hohe interne Konsistenzen auf.

### 2.3.3 IDCL-P

Persönlichkeitsstörungen wurden mit der Internationalen Diagnosen-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P; Bronisch und Mombour 1998) durch zwei unabhängige Ratergruppen erhoben. Mit einem Kappa von 0,82 für eine ALITA-Stichprobe von  $n = 112$  (Krampe et al. 2006a) und einem Kappa von 0,72 für die in die vorliegende Untersuchung eingehende Teilstichprobe ( $n = 61$  aufgrund dreier fehlender Werte) lässt sich die Rater-Übereinstimmung der Beurteilung "Mindestens eine Persönlichkeitsstörung" als sehr gut bis gut interpretieren (Fleiss 1981). Bei widersprüchlichen Beurteilungen wurden die Entscheidungen durch Konsensdiagnosen beider Ratergruppen getroffen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wurde erst nach einer mindestens dreimonatigen Alkoholabstinenz und Beobachtung der Patienten über eine große Bandbreite verschiedener Situationen gestellt (genaue Vorgehensweise siehe Krampe et al. 2006a).

### 2.3.4 Neuropsychologische Testung

Zwei bis drei Wochen nach ihrer stationären Entgiftung wurden die Patienten mit einer standardisierten Testbatterie untersucht, die Intelligenz, Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis erfasste (detaillierte Vorgehensweise in Bartels et al. 2007). Als Maß für Exekutivfunktionen wurde ein aus z-transformierten Rohwerten bestehender Composite Score gebildet, der sich aus fünf Einzeltests zusammensetzte: die vier Subtests "Digit Span forward, Digit Span backward, Block tapping forward, Block tapping backward" des Wechsler Gedächtnistests – Revidierte Fassung (WMS-R, Wechsler 1987; deutsche Übersetzung Haerting et al. 2000) und der Subtest "Schlussfolgerndes Denken" des Leistungsprüfungssystems (LPS; Horn 1983). Höhere Werte dieses Composite Scores geben bessere Leistungen der Exekutivfunktionen an. Während die ausgewählten Tests der WMS-R Funktionen des auditiven sowie visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis erfassen, misst "Schlussfolgerndes Denken" Aspekte von fluider Intelligenz und Problemlösen.

### 2.3.5 Alkoholabstinenz

Im Rahmen der engmaschigen Therapiekontakte von ALITA wurden Abstinenz und Alkoholrückfall durch regelmäßige Urin- und Blutkontrollen erfasst. Urinkontrollen wurden während der ersten drei Therapiemonate täglich, während der Monate 4 bis 6 dreimal wöchentlich, während der Mona-

te 7 bis 12 zweimal wöchentlich und während des zweiten Therapiejahres mindestens einmal pro Woche durchgeführt. Zusätzlich wurden Blutuntersuchungen mindestens 14-tägig während der Monate 1 bis 3, einmal monatlich während der Monate 4 bis 12 und zweimonatlich bis zum Therapieende durchgeführt. Nach der Beendigung von ALITA als Modellprojekt wurden sowohl die zum Therapieprogramm gehörenden wöchentlichen bis vierteljährlichen Katamnesekontakte als auch die Kriseninterventionsbereitschaft eingestellt. Acht Monate nach Beendigung des Projekts wurde eine umfassende Katamnese bei den Patienten der Untersuchungsstichprobe durchgeführt. Die Patienten wurden zu einem persönlichen Gespräch einbestellt und gaben jeweils eine Urin- und Blutprobe ab. Als gesichert abstinent wurden nur die Patienten eingestuft, deren Urin- und Blutbefund keinerlei Anzeichen auf Alkoholkonsum aufwies (v.a. Alkohol im Urin oder Blut, erhöhte Werte von  $\gamma$ -GT, GOT, GPT, MCV, MCH oder erniedrigte Harnstoffwerte). Als Rückfalldatum galt der Tag nach dem letzten ambulanten Kontakt, für den ein objektiver Abstinenznachweis eines Patient vorlag.

## 2.4 Untersuchungsablauf

Im Verlauf des ersten Therapiejahres wurden von jedem Teilnehmer der Prozess-Studie 15 Therapiegespräche auf Video aufgenommen. Nach jeder Aufnahme füllten Patient und Therapeut den HAQ aus. In der vorliegenden Untersuchung wurden Gespräche ausgewertet, die zu Therapiebeginn ( $t_1$ ), nach sechs Monaten in Therapie ( $t_2$ ; nach ca. 130 ALITA-Kontakten) und nach 12 Monaten in Therapie ( $t_3$ ; nach ca. 180 ALITA-Kontakten) aufgenommen wurden. Die Aufnahme zu  $t_1$  sollte ein Gespräch im frühen Therapiestadium sein, bei dem sich jedoch die Patienten bereits an den allgemeinen Ablauf der Behandlung und an die Aufnahmesituation gewöhnt hatten. So wurde der Zeitraum nach ungefähr drei Wochen Therapieteilnahme festgelegt. Da die Therapeuten bereits während der Entgiftung tägliche Gespräche mit den Patienten führten, wurde das Video gewählt, das dem 21. Tag mit täglichen aufeinanderfolgenden Kontakten mit dem ALITA-Team am nächsten kam.

Von den 64 Patienten wurden insgesamt 175 Gespräche vollständig transkribiert, in 5-Minuten-Einheiten eingeteilt und zur Beurteilung vorbereitet. Die Patientenaussagen wurden dafür von zwei Beurteilern durch Konsensfindung in semantische Einheiten eingeteilt. Semantische Einheiten sind kurze inhaltliche Elemente von Aussagen unterschiedlicher Dauer, die voneinander abgrenzbare Themen darstellen. Durchschnittlich wurden pro Gesprächsminute 3,12 semantische Einheiten ( $SD = 0,53$ ; range: 1,96-4,40) kodiert, sodass ein 15-Minuten-Gespräch im Schnitt 47 semantische Einheiten enthielt, die durch farbige Markierungen im Transkript eindeutig festgelegt und nummeriert wurden.

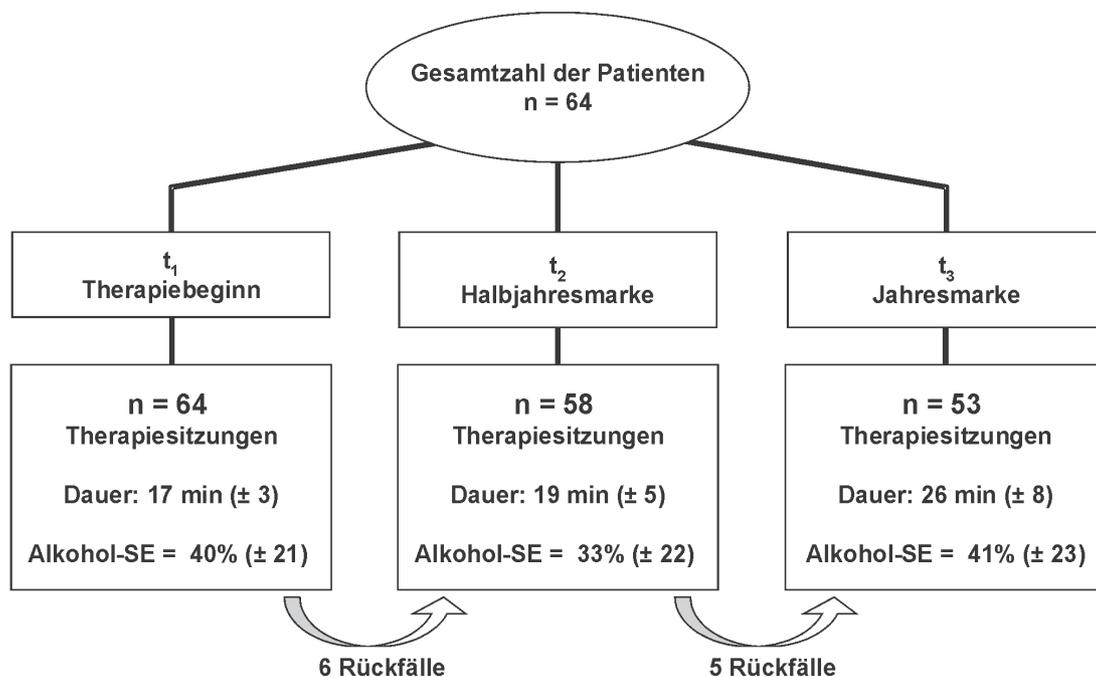
In die Untersuchung mit dem VAMP gingen die Beurteilungen von einem Raterpaar (Rater A und B1 bzw. B2, da im Verlauf der Untersuchung Rater B1 aus dem Raterteam ausschied und durch Rater B2 ersetzt wurde) und zwei Einzelratern (Rater C und D) ein, sodass für jedes Therapiegespräch drei Urteile vorlagen. Durch die gemeinsame Beurteilung und Diskussion der einzelnen Items zwischen den zwei Ratern A und B sollte erreicht werden, dass dieses Urteil möglichst valide ausfällt. Die zwei weiteren Rater beurteilten die Gespräche alleine und unabhängig voneinander (Rater C und D). Zur Erfassung der Reliabilität des VAMP wurden die drei Urteile dann hinsichtlich ihrer Beobachterübereinstimmung analysiert. In die Bearbeitung der inhaltlichen Fragestellungen gingen für jeden Patienten die gemittelten Daten der drei Raterurteile ein. Bei den Ratern handelte es sich um drei Diplom-Psychologen und zwei Psychologie-Diplomanden (vier Frauen, ein Mann) mit einem Durchschnittsalter von 28 Jahren (SD = 4; Range: 24-33 Jahre) und durchschnittlich 39 Monaten (SD = 47; Range: 3 Monate bis 10 Jahre) klinischer Erfahrung zum Zeitpunkt des ersten Rater-Trainings (s.u.). Drei Rater waren vor ihrer Arbeit im Ratingteam auch als ALITA-Therapeuten tätig und hatten mit einigen Patienten der Studie therapeutische Kontakte. Zwei Rater waren an der Entwicklung des VAMP beteiligt.

Die Therapieprozess-Studie umfasste drei Ratingphasen, die jeweils fünf (38 Videos), drei (38 Videos) und neun Monate (99 Videos) dauerten und mit einem ausführlichen Ratertraining begonnen wurden. Sowohl während der Trainings

als auch während der anschließenden Ratingphasen orientierten sich die Rater sehr eng am VAMP-Manual (Stawicki 2004). Die Ratingphasen wurden durch ständige Kontrolle der Beobachterübereinstimmungen und Eichsitzungen begleitet, um der Gefahr des "observer drifts", also einer Veränderung des Beurteilungsstandards, entgegenzuwirken (vgl. Greve und Wentura 1997).

Zusätzlich zu den Videos lag den Ratern das Gesprächs-Transkript und für jeden Patienten eine kurze Beschreibung mit den wesentlichen soziodemografischen und suchtspezifischen Eckdaten vor, die eine validere Einschätzung der Patientenaussagen gewährleisten sollten. Es wurden jedoch explizit keine Angaben über zusätzliche komorbide psychische Störungen der Patienten gemacht, um spätere Analysen bestimmter Forschungsfragen nicht durch vorweggenommene Informationen zu beeinflussen. Um zu verhindern, dass die Zeitpunkte nicht systematisch unterschiedlich beurteilt wurden (Prozess-Bias), wurde die Reihenfolge der 175 Aufnahmen per Zufallsauswahl festgelegt und es wurde nicht offen gelegt, aus welcher Therapiephase ein spezielles Video stammte.

Von 53 Patienten gingen Therapiegespräche zu allen drei Zeitpunkten in die Untersuchung ein. Im Verlauf des ersten Therapiejahres wurden 11 Patienten rückfällig, sodass von fünf Patienten nur die Gespräche zu  $t_1$  und  $t_2$  vorlagen, und von sechs Patienten nur das Gespräch zu  $t_1$  (Abb. 1). Die 64 Therapiegespräche zu  $t_1$  hatten eine durchschnittliche Dauer von 17 min ( $\pm$  3 min); die 58 Halbjahresgespräche ( $t_2$ ) dauerten 19 min ( $\pm$  5 min) und die 53 Jahresgespräche 26 min ( $\pm$  5 min) und die 53 Jahresgespräche 26 min



**Abb. 1:** Darstellung der drei untersuchten Therapiezeitpunkte; n = 175 Therapiesitzungen (Alkohol-SE: Prozentualer Anteil der Alkohol- und Sucht-Einheiten an allen semantischen Einheiten (SE) des Therapiegesprächs)

( $\pm 8$  min). Die durchschnittliche Gesprächsdauer der jeweiligen Untersuchungszeitpunkte entspricht ungefähr der durch die Therapiephase vorgegebenen Gesprächszeit:  $t_1$  erfasst Gespräche zu Beginn der Intensivphase (15 min),  $t_2$  erfasst hauptsächlich Sitzungen am Ende der Stabilisierungsphase (15 min) und  $t_3$  Gespräche am Ende der Ablösephase (30 min).

Für die Mikroanalyse lagen den Ratern in 175 Therapiegesprächen insgesamt 6525 semantische Einheiten vor. Von jedem Transkript wurden per Zufallsauswahl 20 semantische Einheiten festgelegt, die in die mikroanalytische Beurteilung eingingen. Außerdem wurden alle zusätzlichen semantischen Einheiten mit dem Thema "Alkohol, Abhängigkeit oder implizites Thematisieren von Sucht" berücksichtigt. Diese semantischen Einheiten wurden von je zwei Ratern nach festgelegten Regeln eingeteilt. Nachdem die reliable Einteilung durch eine exzellente Übereinstimmung (Rater A und B1: Kappa = 0,895 über 384 semantische Einheiten; Rater C und B2: Kappa = 0,884 über 1539 semantische Einheiten) belegt war, wurden die Alkohol- und Suchteinheiten von jeweils einem Rater bestimmt. Der prozentuale Anteil der Alkohol- und Sucht-Einheiten an allen semantischen Einheiten nahm von  $t_1$  (40%) zu  $t_2$  (33%) signifikant ab ( $p = 0,019$ ), und zu  $t_3$  (41%) wieder zu ( $p = 0,058$ ).

## 2.5 Statistische Analysen

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS für Windows, Version 14, durchgeführt. Cronbachs alpha wurde als Maß der internen Reliabilität von Skalen berechnet. Zur Berechnung der Übereinstimmungen zwischen mehreren Beobachterurteilen wurde als Reliabilitätsmaß der Intraklassenkoeffizient (ICC) eingesetzt. Als Zusammenhangsmaße wurden Pearson-Korrelationen ( $r$ ) für Zusammenhänge zwischen Variablen berechnet. Die Veränderungen der Therapieprozess-Variablen zwischen  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$  wurden mittels ANOVA bzw. ANCOVA mit Messwiederholung analysiert. Für die Veränderungen der HAQ-Werte im Verlauf der 15 Untersuchungszeitpunkte wurden lineare gemischte Modelle berechnet. Zur Bestimmung der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit und der prädiktiven Validität der Patientenmerkmale wurden Methoden der Überlebensanalyse angewendet (vgl. Kleinbaum 1996, Marubini und Valsecchi 1995): Mit Cox-Regressionsanalysen wurde der Einfluss zeitunabhängiger Prädiktoren auf den Rückfallverlauf getestet, und zur grafischen Veranschaulichung wurden Überlebenskurven nach der Kaplan-Meier-Methode berechnet und mit Breslow-Tests verglichen. Als abhängige Variable wurde "Tage vom ersten ambulanten Kontakt bis zum Rückfall" festgelegt. Fälle gelten als zensiert, wenn sie das Ereignis "Rückfall" vor dem Ende der Beobachtungszeit noch nicht erlebt haben.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Reliabilität und Konstruktvalidität des VAMP

Die Reliabilitätsanalyse der acht Module des VAMP ergab sowohl hohe Beobachterübereinstimmungen zwischen den drei Raterurteilen (Intraklassenkoeffizient, Median: 0,80; Interquartil-Range: 0,71-0,84), als auch hohe Werte der internen Konsistenz (Cronbachs alpha, Median: 0,81; Interquartil-Range: 0,59-0,95) (Tabelle 4). Die Konstruktvalidität des Erhebungsinstruments zeigt sich in ausgeprägten Interkorrelationsmustern zwischen inhaltlich zusammengehörenden Faktoren des VAMP und Selbstbeurteilungen der therapeutischen Allianz durch Patienten und Therapeuten. Beispielfhaft veranschaulichen die Abb. 2 und 3 die Korrelationen des Suchtprozesses "Rückfallwachsamkeit" mit den allgemeinen Psychotherapiefaktoren, der Problembearbeitung und den weiteren Suchtprozessen, sowie die Interkorrelationen der verschiedenen Maße der therapeutischen Allianz.

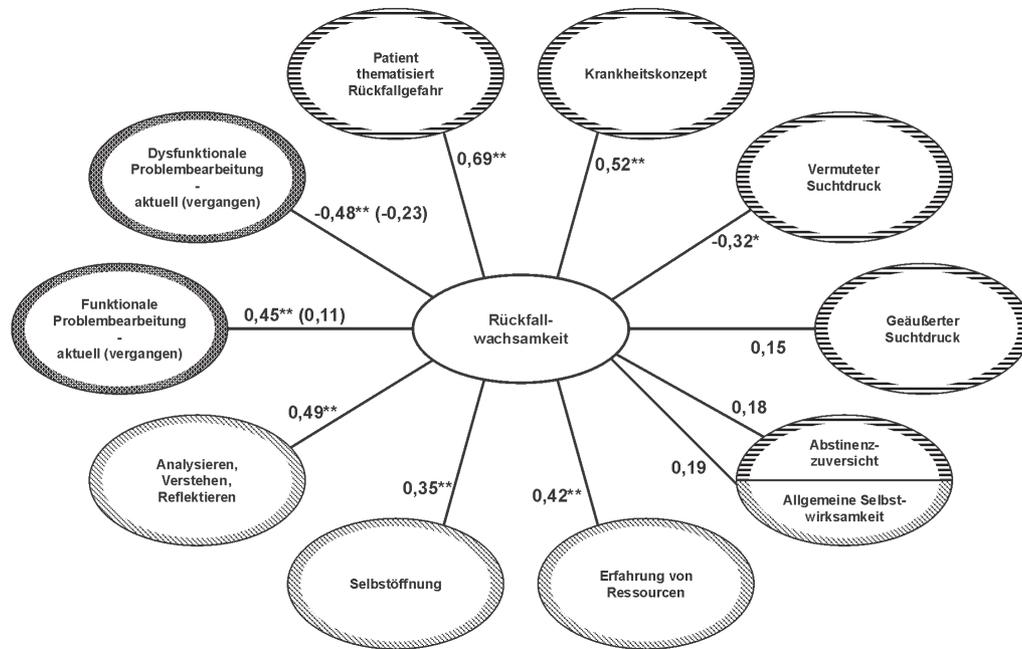
**Tabelle 4:** Beobachterübereinstimmungen und Cronbachs alpha der acht VAMP-Module

	ICC	Cronbachs alpha
Allgemeine Psychotherapiefaktoren (5 Einzel-Items)	0,67 – 0,82	
Relevante Suchtprozesse (10 Einzel-Items)	0,49 – 0,83	
Krankheitskonzept	0,80	
PANSS – Positive Symptome	0,78	0,57
PANSS – Negative Symptome	0,72	0,70
PANSS – Allgemeine psychopathologische Symptome	0,77	0,59
Arbeitsatmosphäre (27 Items)	0,87	0,94
Therapeutische Allianz – Patient (30 Items)	0,90	0,96
Therapeutische Allianz – Therapeut (30 Items)	0,84	0,93
Problembearbeitung des Patienten (10 Variablen)	0,65 – 0,95	
ICC: Intraklassenkoeffizient		

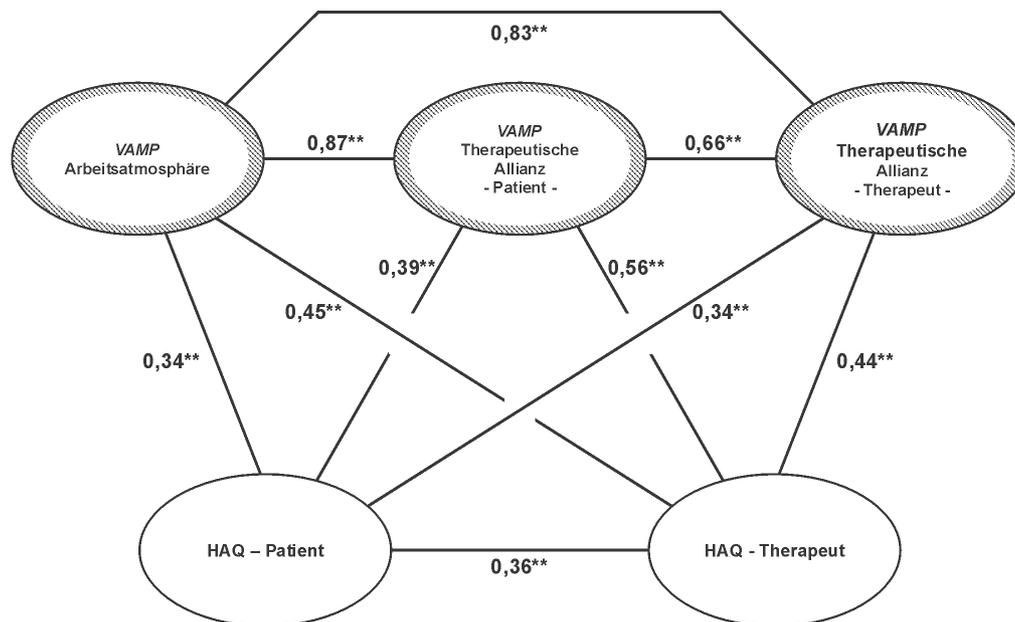
### 3.2 Veränderung der Therapieprozesse während des ersten Therapiejahres

#### 3.2.1 VAMP: Psychotherapiefaktoren, Suchtprozesse, Psychopathologie, Problembearbeitung

Abb. 4 zeigt den Verlauf der VAMP-Skalen allgemeine Psychotherapiefaktoren, Suchtprozesse und psychopathologische Symptome während des ersten Therapiejahres. Signifi-



**Abb. 2:** Konstruktvalidität: Interkorrelationsmuster der Rückfallwachsamkeit (zentrales Konstrukt) mit allgemeinen Psychotherapiefaktoren (quer gestreift), spezifischen Faktoren der Problembearbeitung (grau) und Suchtprozessen (horizontal gestreift) zu Therapiebeginn (n = 64)



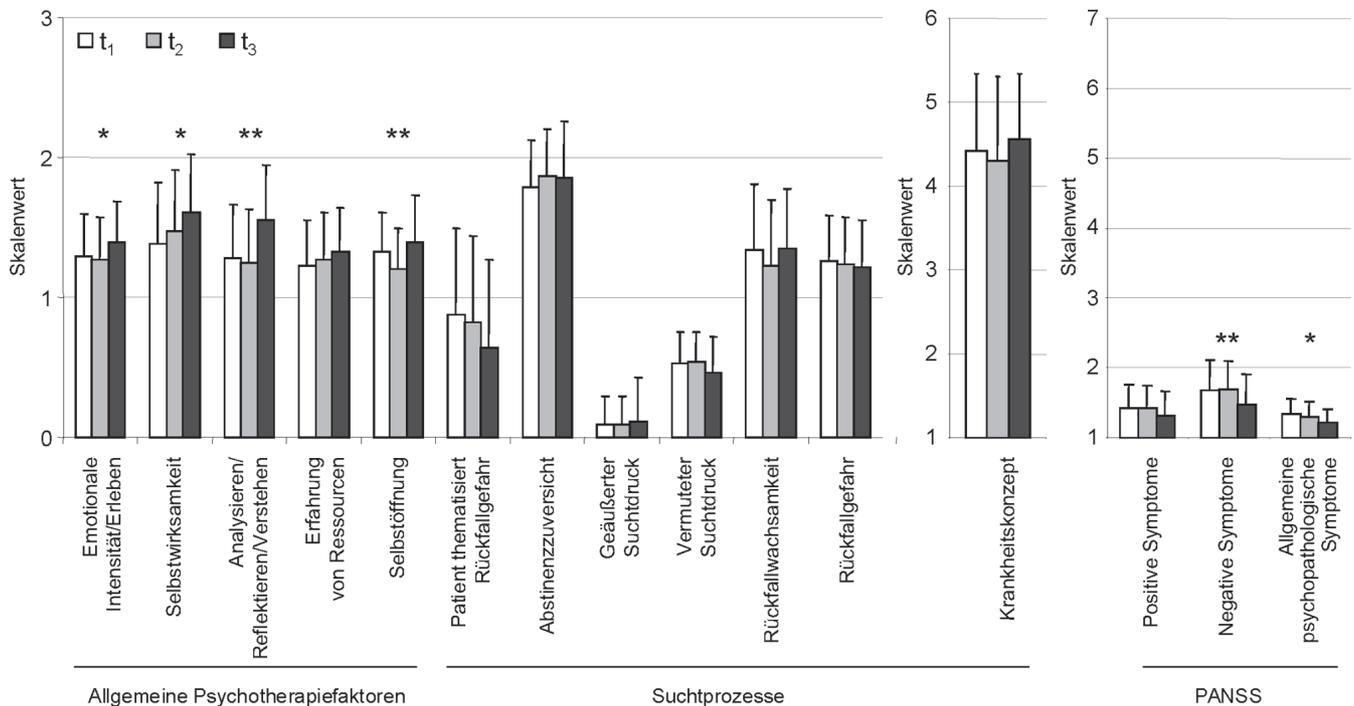
**Abb. 3:** Konstruktvalidität: Aspekte der therapeutischen Beziehung zu Therapiebeginn (n = 64), Korrelationen zwischen den Skalen des Codiersystems (quer gestreift) und dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (weiß)

kante Veränderungen zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten  $t_1$  (Woche 3),  $t_2$  (Monat 6) und  $t_3$  (Monat 12) ergeben sich für die folgenden sechs Variablen:

- Emotionale Intensität ( $F = 3,60$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,035$ ),
- Selbstwirksamkeit ( $F = 6,00$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,005$ ),
- Analysieren, Reflektieren, Verstehen ( $F = 12,15$ ,  $df = 2;51$ ,  $p < 0,001$ ),

- Selbstöffnung ( $F = 7,94$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,001$ ),
- PANSS – negative Symptome ( $F = 8,44$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,001$ ) und
- PANSS – allgemeine psychopathologische Symptome ( $F = 7,07$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,002$ ).

"Emotionale Intensität" und "Analysieren, Reflektieren, Verstehen" bleiben zwischen  $t_1$  und  $t_2$  gleich, steigen aber zwi-



**Abb. 4:** Items und Skalen von vier VAMP-Modulen im Verlauf des ersten Therapiejahres: Allgemeine Psychotherapiefaktoren, Suchtprozesse, Krankheitskonzept, PANSS (n = 53); ANOVA mit Messwiederholungen: \*p < 0,05, \*\*p < 0,001

schen  $t_2$  und  $t_3$  an, "Selbstwirksamkeit" weist einen kontinuierlichen Anstieg auf, und "Selbstöffnung" verläuft schwankend. Während die PANSS-Skala – negative Symptome erst zwischen  $t_2$  und  $t_3$  sinkt, zeigt die PANSS-Skala – allgemeine psychopathologische Symptome einen kontinuierlichen Rückgang.

In **Abb. 5** sind die Verläufe der Variablen des VAMP-Moduls "Problembearbeitung" dargestellt. Auffallend ist, dass die Mehrheit der Patientenaussagen zu allen drei Untersuchungszeitpunkten aus funktionaler Problembearbeitung aktueller Probleme besteht, gefolgt von Aussagen über neutrale aktuelle Erlebnisse, dysfunktionaler Problembearbeitung aktueller Probleme und funktionaler Problembearbeitung vergangener Probleme. In fast keiner der Skalen ergeben sich signifikante Veränderungen, d.h. die prozentuale Zusammensetzung der Gespräche aus den zehn Problembearbeitungsweisen bleibt während des gesamten Therapiejahres relativ gleich. Ausschließlich die Variable "Funktionale Problembearbeitung – vergangenes Problem" verändert sich signifikant ( $F = 8,77$ ,  $df = 2;51$ ,  $p = 0,001$ ). Hier zeigt sich ein Rückgang von  $t_1$  zu  $t_2$ , und ein erneuter Anstieg zu  $t_3$ .

### 3.2.2 VAMP: Therapeutische Allianz – Fremdbeurteilung

Von den Ratern wurde die Allianz mit den drei VAMP-Skalen Arbeitsatmosphäre, Therapeutische Allianz-Patient und Therapeutische Allianz-Therapeut eingeschätzt. Auf keiner

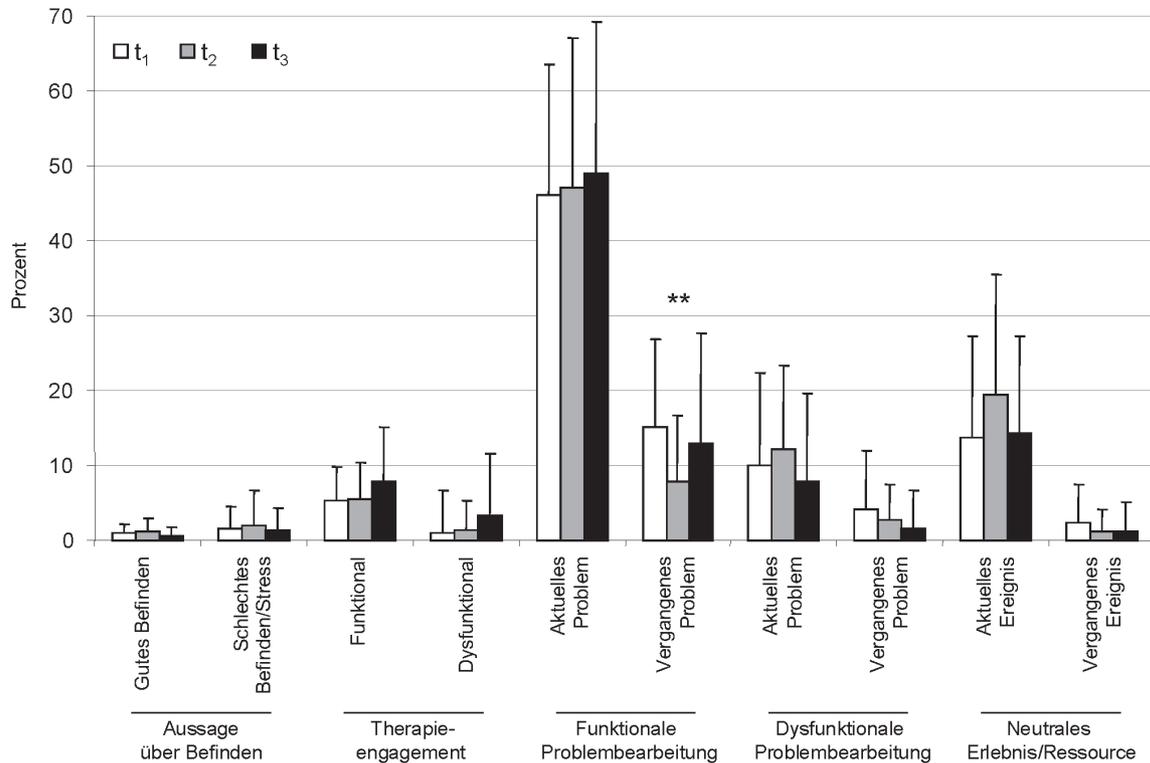
dieser Allianzskalen ist eine Veränderung zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten  $t_1$ ,  $t_2$  und  $t_3$  festzustellen (**Abb. 6**).

### 3.2.3 HAQ: Therapeutische Allianz – Selbstbeurteilung

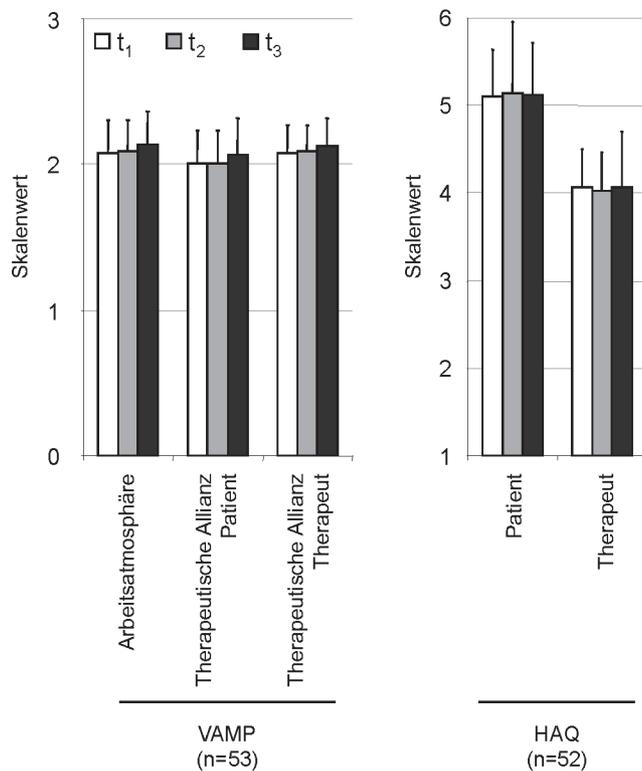
Die Patientenbeurteilungen der therapeutischen Allianz mit dem HAQ zeigen weder signifikante Veränderungen zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten, für die auch VAMP-Ratings vorliegen (**Abb. 6**), noch im Verlauf der gesamten 15 Zeitpunkte. Auch für die HAQ-Einschätzungen der Therapeuten lassen sich sowohl zwischen den drei VAMP-Untersuchungszeitpunkten (**Abb. 6**) als auch zwischen den gesamten 15 Erhebungszeitpunkten keine signifikanten Veränderungen feststellen.

### 3.3 Vorhersage des Rückfallgeschehens und Konstruktion des TOPPS

Von den 64 Patienten sind im Verlauf des ersten Therapiejahres 11 Patienten, und bis zum Katamnesezeitpunkt weitere 22 Patienten rückfällig geworden. Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit für den 4-jährigen Katamnesezeitraum beträgt nach der Kaplan-Meier-Methode 0,40, mit einer mittleren Überlebenszeit von 958 Tagen, und einer Spannweite von 31 bis 1497 Tagen. Um zu bestimmen, welche Prozess-Variablen den Rückfall vorhersagen können, wurden für jeden Prädiktor zu allen drei Untersuchungszeitpunkten



**Abb. 5:** Variablen des VAMP-Moduls "Problembearbeitung Patient" im Verlauf des ersten Therapiejahres (n = 53); ANOVA mit Messwiederholungen: \*\*p < 0,001



**Abb. 6:** Allianz-Beurteilungen im Verlauf des ersten Therapiejahres: VAMP - Arbeitsatmosphäre, Therapeutische Allianz - Patient, Therapeutische Allianz - Therapeut (n = 53); HAQ - Patient und Therapeut (n = 52); ANOVA mit Messwiederholungen

einzelne Cox-Regressionsmodelle berechnet (Tabelle 5). Aus den Variablen mit der höchsten prädiktiven Bedeutung wurde dann ein Composite Score, der "Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score (TOPPS)", gebildet (s. Abschnitt 3.3.3). Dann wurde untersucht, wie die TOPPS-Werte von abstinenten versus rückfälligen Patienten zwischen t<sub>1</sub>, t<sub>2</sub> und t<sub>3</sub> verlaufen, und ob dieser Verlauf durch die Kovariaten "Exekutivfunktionen" beeinflusst wird. Schließlich wurde getestet, ob die prädiktive Validität des TOPPS erhalten bleibt, wenn zusätzlich zum TOPPS die drei Prädiktoren "Persönlichkeitsstörungen", "Anzahl der vorherigen Entgiftungen" und "Chronizität der Alkoholabhängigkeit" in das Regressionsmodell mit aufgenommen werden.

### 3.3.1 VAMP: Allgemeine Psychotherapiefaktoren, Suchtprozesse, Problembearbeitung, PANSS

Tabelle 5 enthält die Cox-Regressionsmodelle der allgemeinen Psychotherapiefaktoren, der Suchtprozesse, der Problembearbeitung und der PANSS für die Zeitpunkte t<sub>1</sub>, t<sub>2</sub> und t<sub>3</sub>. Bei allen signifikanten Prädiktoren ist jeweils ein besserer Wert einer Therapieprozessvariable (z.B. höhere Abstinenzzuversicht oder geringeres dysfunktionales Therapieengagement) mit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit assoziiert. Auffallend ist, dass die meisten der signifikanten Rückfallprädiktoren zur Gruppe der Suchtprozesse gehören.

**Tabelle 5:** Cox-Regressionsanalysen zur Vorhersage der Zeit bis zum Rückfall durch die VAMP-Variablen und den HAQ (die in den TOPPS eingehenden Prädiktoren sind kursiv gedruckt)

Prädiktoren	B			SE (B)			Wald $\chi^2$			p-Wert		
	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>	t <sub>3</sub>
<b>VAMP: Allgemeine Psychotherapiefaktoren</b>												
Emotionale Intensität / Erleben	0,11	0,68	0,67	0,43	0,63	0,76	0,06	1,16	0,78	0,806	0,282	0,378
Selbstwirksamkeit	-0,19	-0,44	-0,86	0,41	0,43	0,54	0,22	1,04	2,54	0,638	0,307	0,111
Analysieren, Reflektieren, Verstehen	-0,05	0,15	-0,54	0,42	0,50	0,56	0,01	0,09	0,95	0,913	0,764	0,329
<i>Erfahrung von Ressourcen</i>	-0,96	-0,75	-1,91	0,51	0,55	0,93	3,49	1,86	4,24	0,062	0,173	0,040*
Selbstöffnung	0,40	0,26	-0,59	0,48	0,63	0,71	0,71	0,17	0,69	0,399	0,681	0,408
<b>VAMP: Relevante Suchtprozesse</b>												
Patient thematisiert Rückfallgefahr	-0,28	-0,11	-0,04	0,25	0,32	0,35	1,31	0,11	0,02	0,253	0,736	0,899
<i>Abstinenzzuversicht</i>	-1,72	-1,48	-2,81	0,51	0,50	0,64	11,62	8,69	19,37	0,001**	0,003**	<0,001**
Geäußertes Suchtdruck	0,97	1,26	0,28	0,63	0,77	0,62	2,40	2,65	0,20	0,121	0,103	0,654
<i>Vermuteter Suchtdruck</i>	1,97	1,75	1,61	0,57	0,74	0,69	12,06	5,62	5,39	0,001**	0,018*	0,020*
<i>Rückfallwachsamkeit</i>	-0,93	-0,65	-0,62	0,46	0,44	0,51	4,11	2,15	1,47	0,043*	0,142	0,226
<i>Rückfallgefahr</i>	3,19	1,84	2,51	0,57	0,47	0,62	31,51	15,22	16,59	<0,001**	<0,001**	<0,001**
<i>Elaboriertheit des Krankheitskonzeptes</i>	-0,31	-0,40	-0,50	0,17	0,19	0,26	3,31	4,38	3,83	0,069	0,036*	0,050*
<b>VAMP: Problembearbeitung</b>												
Gutes Befinden	0,12	-0,22	-0,03	0,14	0,14	0,18	0,67	2,56	0,03	0,413	0,110	0,866
Schlechtes Befinden / Stress	-0,13	0,04	-0,17	0,10	0,03	0,14	1,76	1,81	1,48	0,184	0,179	0,224
Funktionales Therapieengagement	-0,04	-0,10	0,00	0,04	0,06	0,03	1,10	3,12	0,00	0,294	0,078	0,981
<i>Dysfunktionales Therapieengagement</i>	0,05	0,08	0,04	0,02	0,03	0,01	5,86	5,62	6,73	0,015*	0,018*	0,009**
Funktionale Problembearbeitung - aktuelles Problem	<0,01	<0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,11	0,17	0,33	0,743	0,677	0,568
Funktionale Problembearbeitung - vergangenes Problem	<0,01	-0,02	-0,05	0,01	0,02	0,02	0,09	0,45	4,70	0,767	0,503	0,030*
<i>Dysfunktionale Problembearbeitung - aktuelles Problem</i>	0,02	-0,01	0,04	0,01	0,02	0,01	2,36	0,36	8,92	0,124	0,548	0,003**
<i>Dysfunktionale Problembearbeitung - vergangenes Problem</i>	-0,01	0,01	-0,01	0,02	0,04	0,04	0,11	0,14	0,02	0,742	0,708	0,884
Neutrales Erlebnis / Ressource - aktuell	-0,03	0,00	-0,04	0,02	0,01	0,02	2,17	0,06	2,42	0,141	0,800	0,120
Neutrales Erlebnis / Ressource - vergangen	0,03	-0,12	-0,14	0,03	0,11	0,15	1,11	1,16	0,86	0,292	0,281	0,354
<b>VAMP: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</b>												
Positive Symptome	0,53	0,88	0,95	0,46	0,64	0,46	1,31	1,88	4,23	0,253	0,170	0,040*
Negative Symptome	0,09	0,30	1,78	0,38	0,47	0,50	0,05	0,42	12,72	0,818	0,519	<0,001**
Allgemeine psychopathologische Symptome	-0,20	0,68	2,66	0,87	0,92	0,90	0,05	0,55	8,75	0,819	0,459	0,003**
<b>VAMP: Therapeutische Allianz - Fremdbeurteilung</b>												
Arbeitsatmosphäre	-0,15	-0,45	-1,12	0,79	0,85	0,98	0,04	0,28	1,29	0,846	0,595	0,255
Therapeutische Allianz - Patient	-0,61	-0,50	-1,42	0,74	0,74	0,75	0,69	0,45	3,64	0,407	0,503	0,056
Therapeutische Allianz - Therapeut	-0,69	-0,32	-0,29	1,05	1,12	1,08	0,44	0,08	0,07	0,509	0,773	0,787
<b>HAQ: Therapeutische Allianz - Selbstbeurteilung</b>												
HAQ - Patient	-0,32	-0,33	-0,16	0,32	0,21	0,32	0,95	2,52	0,25	0,329	0,112	0,620
HAQ - Therapeut	-0,85	-0,83	-0,79	0,37	0,46	0,31	5,27	3,29	6,52	0,022*	0,070	0,011*
Stichprobengrößen: VAMP-Variablen: t <sub>1</sub> : n = 64; t <sub>2</sub> : n = 58; t <sub>3</sub> : n = 53 HAQ: t <sub>1</sub> : n = 64; t <sub>2</sub> : n = 57-58; t <sub>3</sub> : n = 52-53 *p < 0,05; **p < 0,01												

### 3.3.2 Therapeutische Allianz

Im Gegensatz zu den anderen Prozessvariablen hat fast keine der Fremd- und Selbstbeurteilungen der Allianz einen signifikanten Prädiktionswert für den Rückfall. Die HAQ-Einschätzungen der Therapeuten können jedoch zu  $t_1$  und  $t_3$  signifikante, zu  $t_2$  grenzwertig signifikante Vorhersagen der Zeit bis zum Rückfall leisten (Tabelle 5).

### 3.3.3 Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score (TOPPS)

Von den patientenbezogenen Prozessvariablen wurden in den Composite Score die Prädiktoren aufgenommen, die im Cox-Regressionsmodell an mindestens einem der drei Untersuchungszeitpunkten ein  $p < 0,01$  und an einem weiteren Zeitpunkt ein  $p < 0,15$  aufwiesen: Erfahrung von Ressourcen, Abstinenzzuversicht, vermuteter Suchtdruck (umcodiert), Rückfallwachsamkeit, Rückfallgefahr (umcodiert), Krank-

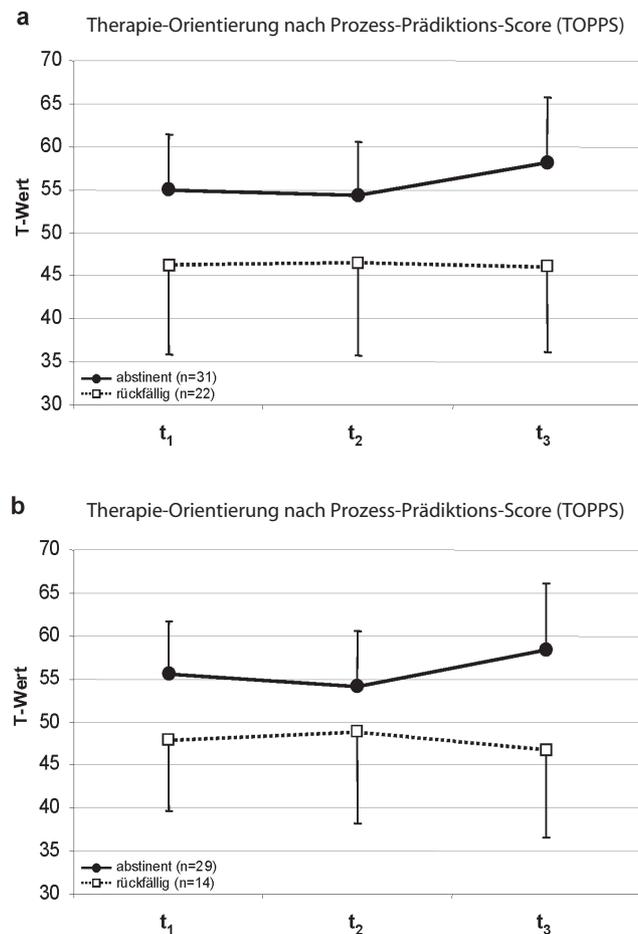
heitskonzept, dysfunktionales Therapieengagement (umcodiert) und dysfunktionale Problembearbeitung – aktuelles Problem (umcodiert). Aufgrund der unterschiedlichen Skalierungen wurden die Variablen z-transformiert und bei Bedarf invertiert, sodass ein Mittelwert aus allen acht Variablen gebildet werden konnte. Je höher dieser TOPPS-Wert ausfällt, desto funktionaler sind die psychotherapeutischen Prozesse eines Patienten. Um die Interpretation zu erleichtern, wurden die Werte des Composite Score schließlich in T-Werte transformiert (Mittelwert 50, SD 10). Die interne Konsistenz des TOPPS beträgt zu  $t_1$  0,77, zu  $t_2$  0,79 und zu  $t_3$  0,77. Während sich deutliche Korrelationen zu den verschiedenen Maßen der therapeutischen Allianz ergeben, sind die Korrelationen zu soziodemografischen und suchtasoziierten Charakteristika, sowie zu Exekutivfunktionen sehr schwach und fast durchweg nicht signifikant (Tabelle 6).

Eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholungen zeigt, dass sich Patienten, die nach dem ersten Therapiejahr rückfällig geworden sind, und langfristig abstinenten Patienten zu

**Tabelle 6:** Korrelationen des TOPPS mit soziodemografischen und suchtasoziierten Patientenmerkmalen sowie Exekutivfunktionen und therapeutischer Allianz

	TOPPS		
	$t_1$	$t_2$	$t_3$
<b>Soziodemografische und suchtasoziierte Daten, Exekutivfunktionen</b>			
Geschlecht (0 = m; 1 = w)	0,08	0,14	0,26
Alter bei Therapiebeginn	-0,02	0,06	0,13
Dauer der Abhängigkeit bei Eintritt in ALITA	-0,01	0,08	0,03
Chronizitätsindex	0,00	0,02	-0,08
Durchschnittlicher Alkoholkonsum (g/die)	-0,16	-0,11	-0,14
Anzahl stationärer Entgiftungen	-0,12	-0,10	-0,31*
Anzahl Langzeittherapien	0,07	0,17	-0,04
Psychiatrische Komorbidität (mind. eine Achse-I-Störung)	-0,19	0,00	-0,20
Psychiatrische Komorbidität (mind. eine Achse-II-Störung)	-0,18	-0,19	-0,23
Suizidversuch in der Vorgeschichte	-0,30*	-0,04	-0,18
Exekutivfunktionen $t_1$	-0,10	0,30*	0,05
Exekutivfunktionen $t_2$	-0,13	-0,11	-0,23
Exekutivfunktionen $t_3$	0,02	0,07	-0,18
<b>Therapeutische Allianz</b>			
VAMP: Arbeitsatmosphäre	0,48**	0,67**	0,61**
VAMP: Therapeutische Allianz – Patient	0,60**	0,72**	0,70**
VAMP: Therapeutische Allianz – Therapeut	0,43**	0,54**	0,31*
HAQ – Patient	0,43**	0,39**	0,32*
HAQ – Therapeut	0,57**	0,53**	0,42**
Stichprobengrößen: $t_1$ : n = 64; $t_2$ : n = 58; $t_3$ : n = 53 davon abweichend: Achse-II-Störung: $t_1$ : n = 63 Exekutivfunktionen: $t_1$ : n = 41-49; $t_2$ : n = 41-45; $t_3$ : n = 40-43 HAQ-Therapeut: $t_2$ : n=57 * $p < 0,05$ ; ** $p < 0,01$			

allen drei Untersuchungszeitpunkten signifikant voneinander in ihren TOPPS-Werten unterscheiden ( $F = 28,11$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). Es gibt jedoch weder einen signifikanten Veränderungseffekt über die Zeit, noch einen signifikanten Interaktionseffekt zwischen Zeit und Abstinenzstatus (Abb. 7a). Während rückfällige Patienten von Therapiebeginn an niedrige TOPPS-Werte aufweisen, die im Verlauf des ersten Therapiejahres konstant bleiben, haben langfristig abstinente Patienten höhere TOPPS-Werte zu  $t_1$ , die sich bis  $t_2$  nicht än-



**Abb. 7:** Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score (TOPPS): zusammengesetzt aus Erfahrung von Ressourcen, Abstinenzzuversicht, vermuteter Suchtdruck, Rückfallwachsamkeit, Rückfallgefahr, Krankheitskonzept, dysfunktionales Therapieengagement, dysfunktionale Problembearbeitung (aktuell) a) Verlauf des TOPPS im ersten Therapiejahr, abstinente vs. rückfällige Patienten ( $n = 53$ ). Langfristig abstinente Patienten ( $n=31$ ) unterscheiden sich signifikant von rückfälligen Patienten ( $n = 22$ ) ( $F = 28,11$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). Der TOPPS der abstinenten Patienten ist von Therapiebeginn an höher und steigt zwischen  $t_2$  und  $t_3$  an ( $T = -2,58$ ,  $df = 30$ ,  $p = 0,015$ ). Der TOPPS der rückfälligen Patienten ist niedriger und verändert sich nicht; ANOVA mit Messwiederholungen b) Verlauf des TOPPS im ersten Therapiejahr, abstinente vs. rückfällige Patienten ( $n = 43$ ). Neben dem signifikanten Effekt für den Abstinenzstatus ( $F = 15,46$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ) ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeit und Abstinenzstatus ( $F = 4,27$ ,  $df = 2;39$ ,  $p = 0,021$ ); ANOVA mit Messwiederholungen, Kovariate "Exekutivfunktionen"

dern, aber zwischen  $t_2$  und  $t_3$  signifikant ansteigen ( $T = -2,58$ ,  $df = 30$ ,  $p = 0,015$ ). Die ANOVA-Ergebnisse ändern sich nicht maßgeblich, wenn Persönlichkeitsstörungen, Anzahl stationärer Entgiftungen und Chronizität als Kovariaten in das Modell aufgenommen werden. Verwendet man jedoch die Exekutivfunktionen der Patienten als Kovariate, ergibt sich neben dem signifikanten Effekt für den Abstinenzstatus ( $F = 15,46$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ) ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeit und Abstinenzstatus ( $F = 4,27$ ,  $df = 2,39$ ,  $p = 0,021$ ; Abb. 7b).

Der TOPPS sagt für alle drei Untersuchungszeitpunkte signifikant den Rückfall vorher (Tabelle 7). Für die aktuelle Untersuchungsstichprobe stellen auch Persönlichkeitsstörungen ( $B = 1,42$ ;  $SE = 0,46$ ; Wald  $\chi^2 = 9,72$ ; Exp ( $B$ ) = 4,13;  $p = 0,002$ ) und frühere Entgiftungen ( $B = 0,04$ ;  $SE = 0,02$ ; Wald  $\chi^2 = 5,77$ ; Exp ( $B$ ) = 1,04;  $p = 0,016$ ) signifikante Prädiktoren dar, jedoch nicht Chronizität und Exekutivfunktionen. Die prädiktive Validität des TOPPS bleibt erhalten, wenn Chronizität, Exekutivfunktionen, Anzahl früherer Entgiftungen und das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung in die Regressionsanalyse aufgenommen werden. Während die Entgiftungen in einem gemeinsamen Regressionsmodell ihre Vorhersagekraft verlieren, erweisen sich TOPPS und Persönlichkeitsstörungen sowohl zu  $t_1$  als auch zu  $t_2$  als voneinander unabhängige signifikante Prädiktoren (Tabelle 7). Zur Jahresmarke kann jedoch nur noch der TOPPS die Zeit bis zum Rückfall signifikant vorhersagen. Abb. 8a und 8b illustrieren den prädiktiven Wert der beiden Variablen TOPPS und Persönlichkeitsstörung, und in Abb. 8c sind die Rückfallkurven der beiden Variablen in Kombination dargestellt. Die Patientenstichprobe wurde in vier Gruppen aufgeteilt. Die höchste Abstinenzwahrscheinlichkeit haben Patienten ohne Persönlichkeitsstörung und mit einem hohen TOPPS (92%). Die geringste Abstinenzwahrscheinlichkeit haben Patienten mit Persönlichkeitsstörung und einem niedrigen TOPPS (0%). Eine mittlere Abstinenzwahrscheinlichkeit weisen die Patienten auf, die entweder nur durch eine Persönlichkeitsstörung oder nur durch einen niedrigen TOPPS charakterisiert sind (41% bzw. 51%).

#### 4 Diskussion

In der vorliegenden Längsschnittstudie wurde erstmalig der Verlauf psychotherapeutischer Prozesse während des ersten Therapiejahres einer ambulanten Alkoholismustherapie mit einem videogestützten Beobachtungsinstrument untersucht, und es wurde getestet, welche Prozesse Prädiktoren für die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit während einer Katamnese von bis zu vier Jahren darstellen. Auffallend ist, dass sich die meisten Prozesse insgesamt kaum verändern. Am deutlichsten ist dies an den verschiedenen Maßen für die

**Tabelle 7:** Cox-Regressionsanalysen zur Vorhersage der Zeit bis zum Rückfall durch den TOPPS und durch das Vorhersagemodell „TOPPS und Persönlichkeitsstörung“

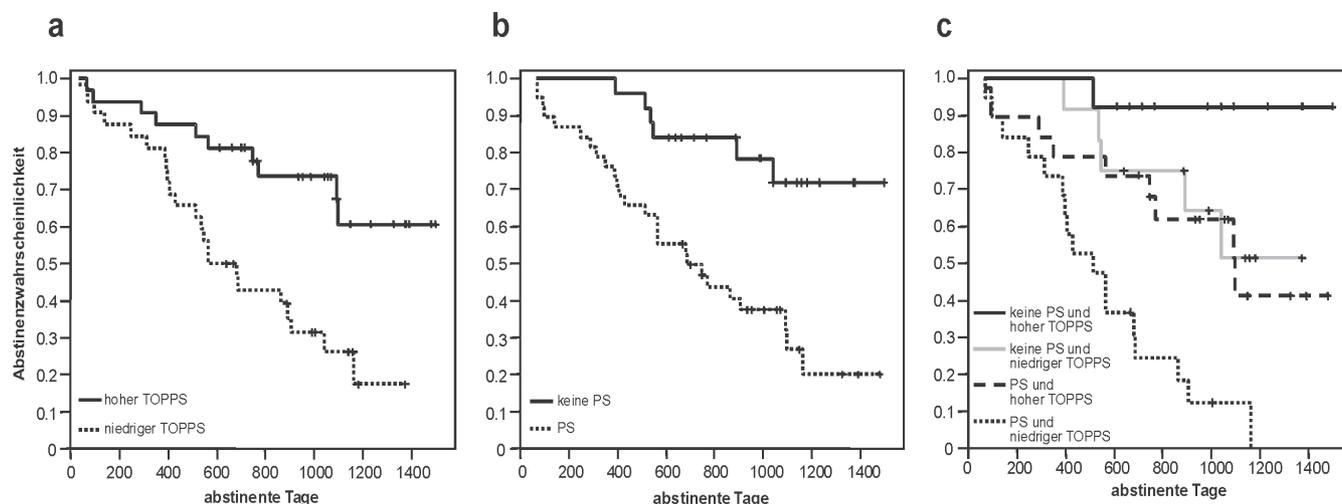
Einzelvariable		B	SE	Wald	df	Exp (B)	p
Woche 3 n = 64	TOPPS t <sub>1</sub>	-0,078	0,017	20,63	1	0,925	< 0,001
Monat 6 n = 58	TOPPS t <sub>2</sub>	-0,060	0,018	10,90	1	0,942	0,001
Monat 12 n = 53	TOPPS t <sub>3</sub>	-0,085	0,020	17,71	1	0,919	< 0,001
Vorhersagemodell		B	SE	Wald			p
Woche 3 n = 63	TOPPS t <sub>1</sub>	-0,073	0,017	18,04	1	0,930	< 0,001
	Persönlichkeitsstörung	1,369	0,461	8,81	1	3,931	0,003
Monat 6 n = 58	TOPPS t <sub>2</sub>	-0,049	0,019	6,85	1	0,953	0,009
	Persönlichkeitsstörung	1,032	0,476	4,70	1	2,806	0,030
Monat 12 n = 53	TOPPS t <sub>3</sub>	-0,081	0,021	15,34	1	0,922	< 0,001
	Persönlichkeitsstörung	0,724	0,483	2,24	1	2,062	0,134

therapeutische Allianz zu erkennen. Sowohl die Beobachter als auch die Patienten und Therapeuten schätzen die Allianz bereits zu Therapiebeginn sehr hoch ein und halten dieses Urteil für das folgende Jahr aufrecht. Obwohl die verschiedenen Prozessvariablen zum Teil sehr ausgeprägte Interkorrelationen aufweisen, unterscheiden sie sich deutlich in ihrer prädiktiven Validität, welche wiederum für jeden einzelnen Prädiktor zwischen den drei Untersuchungszeitpunkten schwankt.

Um ein robustes Prädiktionsmaß zu erhalten, wurde der "Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score" (TOPPS) konstruiert. Dieser Composite Score, der die Prozessvariablen mit der stärksten prädiktiven Validität zusammenfasst, sagt die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit zu allen drei Untersuchungszeitpunkten deutlich vorher. Betrachtet man den Verlauf des TOPPS, zeigt sich, dass rückfällige Patienten von Therapiebeginn bis zur Jahresmarke stabil niedrige Werte aufweisen, während die TOPPS-Werte von Patienten, die langfristig abstinent geblieben sind, schon zu Therapiebeginn hoch sind und zwischen der Halbjahres- und der Jahresuntersuchung leicht ansteigen.

Um den TOPPS zu interpretieren, ist es hilfreich, die Prozessvariablen näher zu betrachten, aus denen er zusammengesetzt ist. Die acht Prozesse, von denen fünf zum Bereich der Suchtprozesse gehören, sind im VAMP-Manual detailliert beschrieben (Stawicki 2004). *Erfahrung von Ressourcen* erfasst, wie gut der Patient während der Therapiesitzung seine eigenen internen Möglichkeiten, Eigenarten und Stärken, sowie externe Ressourcen erkennt, erlebt und sich über seine Situation bewusst ist. *Abstinenzzuversicht* misst, wie zuversichtlich der Patient ist, in riskanten Rückfallsituationen (unangenehme Gefühle, angenehme Gefühle, sozialer Druck,

Austesten der Trinkkontrolle) einem Alkoholkonsum widerstehen zu können. Bei der Einschätzung des *vermuteten Suchtdrucks* beurteilt der Rater, inwieweit ein Patient auffälliges Verhalten zeigt, das erfahrungsgemäß oft vor einem Rückfall auftritt, ohne bewusst vom Patienten als Alkoholverlangen erlebt zu werden, z.B. Nervosität, Anspannung, Gereiztheit, Feindseligkeit und Streitlust. Die *Rückfallwachsamsamkeit* beschreibt, inwieweit der Patient darauf achtet, sich auf riskante Rückfallsituationen vorzubereiten, hierunter fallen z.B. die Einrichtung von alkoholfreien Zonen, das Üben von Alkoholablehnungssituationen und das Analysieren und Einschätzen von Rückfallrisiken. Die Beurteilung der *Rückfallgefahr* ist ein Gesamturteil, bei dem Abstinenzzuversicht, Suchtdruck, Rückfallwachsamsamkeit und alle zusätzlichen Hinweise für drohenden Alkoholkonsum berücksichtigt werden. Die Skala zum *subjektiven Krankheitskonzept* erfasst, wie differenziert und elaboriert die persönlichen Vorstellungen des Patienten hinsichtlich seiner Alkoholabhängigkeit sind, und sie reicht von Verleugnung bis zum elaborierten Störungsmodell. *Dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme* bedeutet, dass der Patient sich gesundheitsschädlich, destruktiv und in unangemessener Weise mit seinen aktuellen Problemen und ihren Bedingungen auseinandersetzt. *Dysfunktionales Therapieengagement* beschreibt eine destruktive Beschäftigung mit dem Therapieverlauf, z.B. fehlende Behandlungsmotivation, kein Interesse an Zusammenarbeit und im Extremfall Abneigung. Das gemeinsame Merkmal aller TOPPS-Variablen ist, dass sie anzeigen, inwieweit das aktuelle Verhalten und Erleben eines Patienten in einer konkreten Therapiesitzung langfristig mit Abstinenz assoziiert ist oder ein Rückfallrisiko anzeigt. Dass es sich nicht um stabile Merkmale, sondern um spezifische Prozesse handelt, die veränderbar sind, macht den psychotherapeutischen Wert



**Abb. 8:** Rückfallkurven zur Bestimmung der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit während der bis zu 4-jährigen Beobachtungszeit  
 a) Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit ist für die Patienten mit hohem TOPPS größer (0,61,  $n = 32$ , schwarze Linie) als für die Patienten mit niedrigem TOPPS (0,18,  $n = 32$ , gepunktete Linie) (Breslow-Statistik = 8,75;  $p = 0,003$ ).  
 b) Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit ist für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung höher (0,72,  $n = 25$ , schwarze Linie) als für Patienten mit Persönlichkeitsstörung (0,20,  $n = 38$ , gepunktete Linie) (Breslow-Statistik = 10,00;  $p = 0,002$ ).  
 c) Die kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit ist für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung und einem hohem TOPPS (0,92,  $n = 13$ , schwarze Linie) größer als für Patienten ohne Persönlichkeitsstörung und einem niedrigen TOPPS (0,51,  $n = 12$ , graue Linie) und mit Persönlichkeitsstörungen und einem hohem TOPPS (0,41,  $n = 19$ , gestrichelte Linie). Die geringste Abstinenzwahrscheinlichkeit zeigt sich für Patienten mit Persönlichkeitsstörung und einem niedrigen TOPPS (0,00,  $n = 19$ , gepunktete Linie) (Breslow-Statistik = 20,48;  $p = 0,0001$ ).

des TOPPS aus. Mit geeigneten psychotherapeutischen Interventionen lassen sich die verschiedenen Prozesse gezielt für jeden Patienten individuell ausgerichtet beeinflussen, sodass der TOPPS als Orientierungshilfe bei der lang- und kurzfristigen Therapieplanung und Rückfallprophylaxe dienen kann.

Die prädiktive Validität des TOPPS bleibt erhalten, wenn in die Cox-Regressionsmodelle die Prädiktoren Persönlichkeitsstörungen, Chronizität, vorherige stationäre Entgiftungsbehandlungen und kognitive Exekutivfunktionen aufgenommen werden. Beachtenswert ist, dass lediglich das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung einen zusätzlichen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit leisten kann. Dieses Ergebnis weist erneut darauf hin, dass Persönlichkeitsstörungen für die Erklärung von Alkoholrückfällen eine hohe Bedeutung haben (Krampe et al. 2006a, Preuss et al. 2006, van den Bosch und Verheul 2007) und legt nahe, dass suchtasoziierte Faktoren wie Anzahl der früheren Entgiftungen an Einfluss auf das Therapieergebnis verlieren, wenn sie unter Berücksichtigung von Therapieprozessvariablen untersucht werden. Während die hohe prädiktive Validität des TOPPS dazu anregt, den in ihm enthaltenen Faktoren eine besondere Bedeutung bei der Therapieorientierung beizumessen, ist die Frage, wie die übrigen Prozessvariablen der vorliegenden Studie zu beurteilen sind, schwieriger zu beantworten. Die Interkorrelationsmuster weisen darauf hin, dass viele Prozesse, die nicht direkt mit der Abstinenzwahrscheinlichkeit assoziiert sind, diese trotzdem indirekt beeinflussen können, indem sie stark mit

den TOPPS-Variablen korreliert sind. Zum Beispiel bestehen deutliche Zusammenhänge zwischen der beobachter-, patienten-, und therapeutenbeurteilten Allianz und dem TOPPS-Summenwert, jedoch sagt nur der TOPPS die Abstinenzwahrscheinlichkeit robust vorher. Die Korrelationen deuten somit komplexe Interaktionsmuster zwischen den verschiedenen Prozessen an. Für die therapeutische Praxis bedeuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass es sinnvoll ist, bei der Rückfallprävention aus der Vielzahl an existierenden Prozessen pragmatisch die acht TOPPS-Variablen auszuwählen und sie explizit zur Therapiezielorientierung und zur Planung von therapeutischen Interventionen zu nutzen. Es wäre jedoch fatal, die anderen Prozesse, die wiederum die rückfallprädiktiven Verhaltensweisen beeinflussen können, außer Acht zu lassen.

Die Konstrukte, die den im TOPPS enthaltenen Prozessen zugrunde liegen, haben sich auch in früheren Studien als Abstinenz- und Rückfallprädiktoren erwiesen, z.B. Abstinenzzuversicht (Gifford et al. 2006, Ilgen et al. 2005, 2006, Litt et al. 2003, 2005, Wong et al. 2004), Coping (Chung et al. 2001, Finney et al. 1999, Gifford et al. 2006, Litt et al. 2003, 2005, McKay et al. 1996), Krankheitskonzept (Finney et al. 1999, Fiorentine und Hillhouse 2003, Morgenstern et al. 2002), emotionale und behaviorale Korrelate von Stress und Craving (Cooney et al. 1997, Flannery et al. 2001, Breese et al. 2005) sowie Therapieengagement und -motivation (Amrhein et al. 2003, Litt et al. 2003, Strang und McCambridge 2004). Die vorliegenden Ergebnisse zeigen jedoch,

dass es bei einer Längsschnitt-Analyse von Prozessen während mehrerer Therapiesitzungen nicht ausreicht, die Konstrukte isoliert zu untersuchen. Denn keiner der Prozesse kann das Rückfallgeschehen als alleiniger Prädiktor robust vorhersagen, sondern erst ihre Kombination ermöglicht eine verlässliche Vorhersage.

Ein unerwartetes Ergebnis ist, dass sich die meisten Prozesse kaum während des ersten Therapiejahres verändern und dass sich die Unterschiede zwischen Patienten, die nach dem ersten Therapiejahr rückfällig werden, und langfristig abstinenten Patienten schon zu Therapiebeginn einstellen. Frühere Längsschnittstudien über Veränderungsprozesse während einer Suchttherapie verwendeten ausschließlich Fragebögen und beschäftigten sich vor allem mit Coping und Abstinenzzuversicht. Sie fanden hinsichtlich dieser Konstrukte sowohl keine, geringe oder widersprüchliche Veränderungen (z.B. Fiorentine und Hillhouse 2003, Chung et al. 2001, Sandahl et al. 2004) als auch Verbesserungen (Litt et al. 2003, Litt et al. 2005, Wong et al. 2004). Litt et al. 2003 untersuchten 128 alkoholabhängige Teilnehmer einer 26-wöchigen ambulanten Gruppentherapie und berichteten, dass 47% der Patienten keine Verbesserungen oder sogar Verschlechterungen ihrer Coping Skills erlebten, obwohl sich insgesamt ein signifikanter Anstieg an Coping Skills abbildete. Schließlich fand eine aktuelle Studie mit einer sehr großen Stichprobe an suchtkranken Patienten (N = 2549), dass sich während der zwei Jahre *nach* dem Abschluss der Therapie signifikante Verbesserungen in den Bereichen Abstinenzzuversicht, Coping und soziale Ressourcen einstellten (Gifford et al. 2006).

Wird die Stichprobe der vorliegenden Studie aus der Perspektive der Patienten untersucht, ergeben sich sowohl bei abstinenten als auch rückfälligen Patienten positive Veränderungen mit hohen Effektstärken in Fragebögen für allgemeine Selbstwirksamkeit, funktionale und dysfunktionale Selbstaufmerksamkeit, Abstinenzzuversicht und Copingverhalten (Ribbe 2007). Aus der Sicht der Patienten entwickeln sich somit durchaus positive Prozessveränderungen; diese können aus der Beobachterperspektive aber nicht validiert werden. Die vorliegende Untersuchung ist bislang die einzige auf Videoaufnahmen von Therapiesitzungen basierende Längsschnittbeobachtung aus dem Suchttherapiebereich. Somit wird es erst in zukünftigen Studien möglich sein, diesen starken Widerspruch zwischen Fremd- und Selbstbeobachtung tiefergreifend zu analysieren. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Konstrukte, die dem TOPPS zugrunde liegen, zwar auch in früheren Studien Vorhersagen von Rückfall und Abstinenz leisten konnten, dass jedoch Untersuchungen zu Veränderungen von Coping, Selbstwirksamkeit und Abstinenzzuversicht während der Therapie zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen.

Meta-Analysen und Literaturübersichten berichten von mäßigen, aber signifikanten Korrelationen ( $r = 0,22$  bis  $0,29$ ) zwischen der Qualität der therapeutischen Allianz und dem

Therapieergebnis in der allgemeinen Psychotherapie (Horvath 2005, Horvath und Symonds 1991, Martin et al. 2000). Übersichten zur therapeutischen Allianz in der Suchttherapie bestätigen diesen Zusammenhang, wobei jedoch in den meisten Studien nicht der Abstinenzstatus, sondern die Haltequote als Ergebnisvariable verwendet wurde (Krampe et al. 2004, Meier et al. 2005). Die signifikante, aber moderate Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit durch die Allianz in der vorliegenden Studie steht somit mit den Ergebnissen in der allgemeinen Psychotherapie und in der Suchttherapie in Einklang. Dass die Therapeutenbeurteilung der Allianz deutlich stärker mit dem Abstinenzstatus zusammenhängt als die Patientenbeurteilung, wurde auch in anderen aktuellen suchttherapeutischen Studien gefunden (Ilgen et al. 2006, Connors et al. 2000, Meier et al. 2006). Im Gegensatz dazu ist in der allgemeinen Psychotherapie gewöhnlich das Patientenurteil der Allianz stärker mit dem Therapieerfolg assoziiert als das Therapeutenurteil (Horvath 2005). Erst zukünftige Untersuchungen können klären, ob sich dieser Unterschied zwischen der Psychotherapie von Suchtkrankheiten und der Behandlung anderer psychischer Störungen bestätigen wird.

Längsschnittstudien zur Allianz in der allgemeinen Psychotherapie erfassten unterschiedlich lange Zeiträume und stellten entweder leichte Verbesserungen oder gleich bleibende Allianzverläufe fest (z.B. de Roten et al. 2004, Fitzpatrick et al. 2005, Kivlighan und Shaughnessy 1995, Puschner et al. 2005). Studien aus dem Suchtbereich untersuchten eher sehr kurze Zeitabschnitte bis zu sechs Monaten und fanden sowohl ansteigende (Barber et al. 2001) als auch leicht sinkende Allianzwerte (Tunis et al. 1995). Stabil gleich bleibende, aber nicht statistisch getestete Allianzverläufe berichten Belding et al. (1997), Luborsky et al. (1996) und Najavits et al. (1998).

Im Vergleich mit anderen Anwendungen des deutschsprachigen HAQ fallen die Allianzwerte in der vorliegenden Studie sehr hoch aus (z.B. Bassler et al. 1995, Geiser et al. 2002, Puschner et al. 2005, Rumpold et al. 2005). Die über 12 Monate andauernde Stabilität dieser hohen Allianzbewertung, die sich im Patienten-, Therapeuten-, und Beobachterurteil widerspiegelt, stellt ein neues Ergebnis dar, das zu Replikationsstudien in der Suchttherapie anregt (Niehaus 2007). Zusammenfassend stellt die Allianz mit ihrem moderaten Einfluss auf das Therapieergebnis, dem deutlichen Zusammenhang mit dem TOPPS und einer stabil hohen Ausprägung einen zentralen Therapieprozess dar. Aus der klinischen Perspektive bildet sie den supportiven und vertrauensbildenden Kontext während der gesamten Therapie, in dem diejenigen Prozesse etabliert werden können, die letztendlich mit dem Therapieergebnis stärker in Verbindung stehen.

Das VAMP stellt ein reliables und valides Instrument dar, mit dem Therapieprozesse sehr detailliert und umfassend erforscht werden können. Kritisch ist anzumerken, dass der Einsatz des VAMP zeit- und personalaufwendig ist. Weitere

Kritikpunkte der vorliegenden Studie sind, dass wegen des hohen Aufwandes der VAMP-Untersuchung nur Videos von drei Zeitpunkten ausgewertet werden konnten und dass es wegen der Verringerung der Stichprobengröße nicht möglich war, auch das zweite Therapiejahr von ALITA einzubeziehen. Schließlich sind die Daten im Rahmen einer intensiven Langzeittherapie erhoben worden, die im psychotherapeutischen Setting der Therapeutenrotation durchgeführt wurde. Inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf weniger intensive Behandlungen mit einem Bezugstherapeutesystem übertragbar sind, kann somit nicht eindeutig beurteilt werden. Tiefenpsychologisch orientierte Allianzforscher beurteilen die Frage, in welchem Ausmaß Patienten bei der Arbeit mit mehreren Therapeuten "echte" therapeutische Beziehungen entwickeln, sowohl positiv (Übersicht in Langedger 1990) als auch kritisch (z.B. Martin 1989). Dass die in der vorliegenden Studie gefundene hohe Qualität und Stabilität der Allianz mit einem Fragebogen gemessen wurde, der auf einem tiefenpsychologischen und bezugstherapeutischen Allianzkonzept basiert, spricht zunächst klar dafür, dass Patienten im Setting der Therapeutenrotation tragfähige und intensive Arbeitsbeziehungen aufbauen können. Eine ähnliche Argumentation verfolgen auch Gifford et al. 2006, indem sie das Konzept der dyadischen Allianz aufgeben und statt dessen Indikatoren des Konstruktes "treatment program alliance" untersuchen, um der Beobachtung gerecht zu werden, dass Suchttherapiepatienten sehr häufig zu vielen verschiedenen professionell Helfenden Arbeitsbeziehungen unterhalten.

In der klinischen Versorgung ist die Verwendung eines aufwendigen Beobachtungsverfahrens wie des VAMP schwer realisierbar. Dennoch sollten sich die mit dem TOPPS identifizierten Faktoren relativ einfach in der Praxis erfassen lassen. So können z.B. Checklisten, die die acht TOPPS-Prozesse enthalten, sowohl in Teamsitzungen als auch vor und nach einzelnen Therapiegesprächen zur Planung, Bewertung und Orientierung von individuellen Therapieprozessen benutzt werden. Zeigen Patienten Auffälligkeiten in einem oder mehreren der acht Prozesse, sollten verstärkt individuell angepasste Rückfallpräventionsstrategien in die Behandlung integriert werden, die explizit auf eine Verbesserung der Risikoprozesse des Patienten zielen. Dazu stehen vielfältige Interventionen aus der Verhaltenstherapie, dem Motivational Interviewing oder dem ALITA-Ansatz zur Verfügung, z.B. funktionale Bedingungsanalysen, psychoedukative Informationsvermittlung, Analysen dysfunktionalen Denkens und Aufbau funktionaler Kognitionen, Problemlösen und Skillstraining, Aktivierung von Ressourcen und Selbstvertrauen sowie ganz praktische Hilfsangebote wie Vereinbaren zusätzlicher Termine und Telefonkontakte, Betonung der Möglichkeit von Kriseninterventionen, Einbezug von Angehörigen, Lösen interpersonaler Konflikte und verstärkte Sozialarbeit.

## Danksagung

Dieses Projekt wurde unterstützt durch die Max-Planck-Gesellschaft. Die Autoren danken Malte Bartels, Ahmed El Kordi, Alexandra Haase, Kristin Mahlke und Jennifer Reinhold für ihre Mitarbeit in der initialen Phase der Studie.

## 5 Literatur

- Alexander LB, Luborsky L (1986): The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg.): The therapeutic process: A research handbook. The Guilford Press, New York, S. 325-66
- Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L (2003): Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 71(5), 862-78
- Barber JP, Luborsky L, Gallop R, et al. (2001): Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *J Consult Clin Psychol* 69(1), 119-24
- Bartels C, Kunert H-J, Stawicki S, et al. (2007): Recovery of hippocampus-related functions in chronic alcoholics during monitored longterm abstinence. *Alcohol Alcohol* in press,
- Bassler M, Potratz B, Krauthauser H (1995): Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, 23-32
- Bates ME, Pawlak AP, Tonigan J, Buckman JF (2006): Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change. *Psychol Addict Behav* 20(3), 241-253
- Belding M, Iguchi M, Morral A, McLellan A (1997): Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug Alcohol Depend* 48, 51-59
- Breese GR, Chu K, Dayas CV, et al. (2005): Stress enhancement of craving during sobriety: A risk for relapse. *Alcohol Clin Exp Res* 29(2), 185-195
- Bronisch T, Mombour W (1998): The modern assessment of personality disorders: II. Reliability and validity of personality disorders. *Psychopathology* 31(6), 293-301
- Chung T, Langenbucher J, Labouvie E, Pandina RJ, Moos RH (2001): Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 69(1), 92-100
- Clifford PR, Maisto SA, Stout RL, McKay JR, Tonigan JS (2006): Long-term posttreatment functioning among those treated for alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 30(2), 311-319
- Connors GJ, DiClemente CC, Dermen KH, et al. (2000): Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *J Stud Alcohol* 61(1), 139-149
- Cooney N, Litt M, Morse P, Bauer L, Gaupp L (1997): Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *J Abnorm Psychol* 106(2), 243-250
- de Roten Y, Fischer M, Drapeau M, et al. (2004): Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clin Psychol Psychother* 11, 324-331
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, et al. (1997): OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psych Clin Neurosci* 247(1), 51-54
- Emrick CD (1974): A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Q J Stud Alcohol* 35(2), 523-549

- Finney JW, Monahan SC (1996): The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *J Stud Alcohol* 57(3), 229-243
- Finney JW, Moos RH, Humphreys K (1999): A comparative evaluation of substance abuse treatment: II. Linking proximal outcomes of 12-step and cognitive-behavioral treatment to substance use outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 23(3), 537-544
- Florentine R, Hillhouse M (2003): When low self-efficacy is efficacious: Toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behavior. *Am J Addict* 12, 346-364
- Fitzpatrick MR, Iwakabe S, Stalikas A (2005): Perspective divergence in the working alliance. *Psychother Res* 15(1-2), 69-79
- Flannery BA, Roberts AJ, Cooney N, et al. (2001): The role of craving in alcohol use, dependence, and treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 25(2), 299-308
- Fleiss JL (1981): *Statistical methods for rates and proportions*. second ed. John Wiley & Sons., New York, NY
- Geiser F, Bassler M, Bents H, et al. (2002): Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt* 73, 59-64
- Gifford E, Ritscher J, McKellar J, Moos R (2006): Acceptance and relationship context: a model of substance use disorder treatment outcome. *Addiction* 101, 1167-77
- Greenberg LS, Pinsof WM (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg.): *The psychotherapeutic process: A research handbook Guilford clinical psychology and psychotherapy series*. The Guilford Press, New York, S. 3-20
- Greenberg LS, Pinsof WM, Hrsg. (1986): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The Guilford Press, New York
- Greve W, Wentura D (1997): *Wissenschaftliche Beobachtung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Haerting C, Markowitsch HJ, Neufeld H, et al. (2000): WMS-R. Wechsler Gedächtnistest – Revidierte Fassung. Deutsche Adaptation der revidierten Fassung der Wechsler Memory Scale. Huber, Bern
- Harwood T, Beutler L, Castillo S, Karno M (2006): Common and specific effects of couples treatment for alcoholism: A test of the generic model of psychotherapy. *Psychol Psychother* 79, 365-84
- Hatcher RL, Barends AW (1996): Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *J Consult Clin Psychol* 64(6), 1326-1336
- Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV (1991): The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *J Stud Alcohol* 52(6), 517-540
- Horn W (1983): *Leistungsprüfsystem (LPS)*. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen
- Horvath AO (2005): The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychother Res* 15(1-2), 3-7
- Horvath AO, Symonds BD (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol* 38(2), 139-149
- Ilgen M, McKellar J, Tiet Q (2005): Abstinence self-efficacy and abstinence one year after substance use disorder treatment. *J Consult Clin Psychol* 73(6), 1175-1180
- Ilgen M, Tiet QY, Finney J, Moos RH (2006): Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *J Stud Alcohol* 67(3), 465-472
- Karno MP, Beutler LE, Harwood T (2002): Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report. *Addict Behav* 27(5), 779-797
- Karno MP, Longabaugh R (2005): An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactivity to predict alcohol use. *J Stud Alcohol* 66(6), 825-832
- Karno MP, Longabaugh R (2005): Less Directiveness by Therapists Improves Drinking Outcomes of Reactant Clients in Alcoholism Treatment. *J Consult Clin Psychol* 73(2), 262-267
- Karno MP, Longabaugh R (2003): Patient depressive symptoms and therapist focus on emotional material: a new look at project MATCH. *J Stud Alcohol* 64(5), 607-615
- Kay SR (1991): *Positive and negative syndromes in schizophrenia: assessment and research*. Brunner/Mazel, Inc., New York
- Kivlighan D, Shaughnessy P (1995): Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *J Couns Psychol* 42(3), 338-349
- Kleinbaum DG (1996): *Survival analysis: a self-learning text*. Springer, New York
- Krampe H, Stawicki S, Wagner T, et al. (2004): Video-based monitoring of therapeutic processes in chronic psychiatric disease: A novel approach. *Nervenarzt* 75(Suppl 2), 171-172
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, et al. (2004): Therapist rotation – A new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Subst Use Misuse* 39(1), 135-178
- Krampe H, Stawicki S, Wagner T, et al. (2005): ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Psychoneuro* 31(10), 507-512
- Krampe H, Stawicki S, Wagner T, et al. (2006a): Follow-up of 180 chronic alcoholic patients for up to seven years after outpatient treatment: Impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 30(1), 86-95
- Krampe H, Wagner T, Stawicki S, et al. (2006b): Personality Disorder and Chronicity of Addiction as Independent Outcome Predictors in Alcoholism Treatment. *Psychiatr Serv* 57(5), 708-712
- Lambert MJ, Hrsg. (2004): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5 ed. John Wiley & Sons, New York
- Langegger F (1990): Multiple Psychotherapie - Wie viele Therapeuten braucht der Mensch? *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 141, 557-566
- Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E (2003): Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 71(1), 118-128
- Litt MD, Kadden RM, Stephens RS (2005): Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the marijuana treatment project. *J Consult Clin Psychol* 73(6), 1015-1025
- Longabaugh R, Donovan DM, Karno MP, et al. (2005): Active Ingredients: How and Why Evidence-Based Alcohol Behavioral Treatment Interventions Work. *Alcohol Clin Exp Res* 29(2), 235-247
- Luborsky L (2000): An introduction to central relationship pattern measures: The Central Relationship Questionnaire. *J Psychother Pract Res* 9(4), 200
- Luborsky L, Barber J, Siqueland L, et al. (1996): The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *J Psychother Pract Res* 5, 260-271
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985): Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42(6), 602-611

- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000): Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 68(3), 438-450
- Martin H (1989): Types of institutional transference. *Bull Menninger Clin* 53(1), 58-62
- Marubini E, Valsecchi MG (1995): Analysing survival data from clinical trials and observational studies. John Wiley, Chichester
- McCrary BS, Langenbucher JW (1996): Alcohol treatment and health care system reform. *Arch Gen Psychiatry* 53(8), 737-746
- McKay JR, Maisto SA, O'Farrell TJ (1996): Alcoholics' perceptions of factors in the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30-month follow-up. *Psychol Addict Behav* 10(3), 167-180
- Meier P, Donmall M, McElduff P, Barrowclough C, Heller RF (2006): The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug Alcohol Depend* 83, 57-64
- Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC (2005): The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction* 100(3), 304-316
- Miller WR, Walters ST, Bennett ME (2001): How effective is alcoholism treatment in the United States? *J Stud Alcohol* 62(2), 211-220
- Miller WR, Wilbourne PL (2002): Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction* 97(3), 265-277
- Morgenstern J, Bux D, Labouvie E, Blanchard KA, Morgan TJ (2002): Examining mechanisms of action in 12-step treatment: The role of 12-step cognitions. *J Stud Alcohol* 63(6), 665-672
- Morgenstern J, Longabaugh R (2000): Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 95(10), 1475-1490
- Moyers TB, Martin T (2006): Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *J Subst Abuse Treat* 30(3), 245-251
- Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SM (2005): How Does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions. *J Consult Clin Psychol* 73(4), 590-598
- Najavits LM, Weiss R, Shaw S, Muenz L (1998): Seeking safety: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with post-traumatic stress disorder and substance dependence. *J Trauma Stress* 11(3), 437-455
- Niehaus S (2007): Das Prinzip der Therapeutenrotation: Auswirkungen auf die therapeutische Allianz und das Therapieergebnis in der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Göttingen
- Orford J, Hodgson R, Copello A, et al. (2006): The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction* 101(1), 60-68
- Preuss UW, Koller G, Barnow S, Eikmeier M, Soyka M (2006): Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: The role of personality disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 30(5), 866-877
- Puschner B, Bauer S, Horowitz L, Kordy H (2005): The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *J Clin Psychol* 61(4), 415-429
- Ribbe K (2007): Ausgewählte kognitiv – behaviorale Faktoren als Prozess- und Prädiktorvariablen einer zweijährigen Therapie alkoholkranker Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Göttingen
- Rumpold G, Doering S, Smrekar U, et al. (2005): Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychother Res* 15(1-2), 117-127
- Sandahl C, Gerge A, Herlitz K (2004): Does treatment focus on self-efficacy result in better coping? Paradoxical findings from psychodynamic and cognitive-behavioral group treatment of moderately alcohol dependent patients. *Psychother Res* 14(3), 388-397
- Scheurich A (2005): Neuropsychological functioning and alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry* 18, 319-323
- Stawicki S (2004): Entwicklung und Überprüfung eines Codiersystems zur Beurteilung von Prozessvariablen in therapeutischen Kontakten: erste Untersuchungen zur Reliabilität. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Göttingen
- Strang J, McCambridge J (2004): Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *J Subst Abuse Treat* 27(1), 83-88
- Tunis SL, Delucchi KL, Schwartz K, Banys P, et al. (1995): The relationship of counselor and peer alliance to drug use and HIV risk behaviors in a six-month methadone detoxification program. *Addict Behav* 20(3), 395-405
- van den Bosch L, Verheul R (2007): Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry* 20, 67-71
- Vielva I, Iraugi I (2001): Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 96(2), 297-303
- Wagner T, Krampe H, Stawicki S, et al. (2003): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitsranke - Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmed* 5(4), 221-236
- Wagner T, Krampe H, Stawicki S, et al. (2004): Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *J Psychiatr Res* 38(6), 619-635
- Wechsler D (1987): WMS-R Wechsler Memory Scale - Revised. Manual. The Psychological Corporation, San Antonio
- Wong CJ, Anthony S, Sigmon SC, et al. (2004): Examining interrelationships between abstinence and coping self-efficacy in cocaine-dependent outpatients. *Exp Clin Psychopharmacol* 12(3), 190-199

Eingegangen am: 20.02.2007  
Akzeptiert am: 27.02.2005

## 5 Resümee und Ausblick

Insgesamt konnte mit den beiden Originalartikeln der vorliegenden Dissertation gezeigt werden, dass es sich bei ALITA um ein Behandlungsprogramm handelt, das mit einer für den Suchtbereich hoch einzuschätzenden Abstinenzrate von über 50% im Neun-Jahresverlauf und vielen wichtigen Therapieelementen als sehr effektiv zu bezeichnen ist. Die Publikationen geben einen Überblick über zwei wichtige Themenbereiche des ALITA-Programms: (1) der Wirkmechanismus der überwachten Einnahme eines Alkoholaversivums als ergänzendes Element in der Alkoholismustherapie und (2) die Erfassung relevanter psychotherapeutischer Prozesse, deren Einfluss auf das Rückfallgeschehen und die Konstruktion eines relevanten Instruments zur prognostischen Erfassung rückfallgefährdeter Patienten. Die Ergebnisse beider Studien geben Auskunft über den Einsatz der untersuchten Therapieelemente und bieten die Möglichkeit einer Therapieorientierung für die künftige Behandlung alkoholkranker Patienten.

Aufgrund der Ergebnisse der ersten Studie, die erbrachte, dass Patienten mit pharmakologisch unwirksamer Medikation eine höhere kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit aufweisen, und die Dosis des Aversivums sowie das Erleben einer Disulfiram-Ethanol-Reaktion keine Rolle beim Bewältigen eines *Lapses* spielen, konnte gezeigt werden, dass die jahrzehntelange Betonung der pharmakologischen Wirkung dem Einsatz der Aversiva nicht gerecht wird und eher der psychologische Wirkmechanismus entscheidend ist. Zwar ist nicht belegt, welche psychologischen Prozesse diesem Wirkmechanismus genau zugrunde liegen, jedoch kann vermutet werden, dass sie z.B. in der Erwartung negativer Konsequenzen nach einem Alkoholkonsum und in der Überzeugung, sich eine Alkoholunverträglichkeit erworben zu haben, zu sehen sind. Dass eine längerfristige Einnahme eines Alkoholaversivums zu einer signifikant höheren kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit führt, konnte ebenso gezeigt werden. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund von Langzeitstudien, die zwischen vier und 35 Jahre überblicken (Finney & Moos 1991, Lewis et al. 1995, Liskow et al. 2000, de Soto et al. 1989; Vaillant 1995), besonders relevant: ab dem dritten abstinenten Jahr kommen frühere Rückfallmuster zum Stillstand und das Rückfallrisiko der Patienten ist relativ stabil niedrig. Zusätzlich spiegelt sich auch in diesem Resultat die psychologische Wirkung wider: es ist anzunehmen, dass Patienten, die die selbstbestimmte Entscheidung für die induzierte Alkoholunverträglichkeit auch noch nach der laut Therapieplan vorgesehenen Absetzzeit treffen, eine höhere Therapiemotivation und ein besseres Verständnis der Erkrankung

aufweisen. Sie sichern sich damit die lange und notwendige Zeit der Unterstützung beim Aufbau einer abstinenzfördernden Lebensweise.

Mit dem Aufbau weiterer ALITA-Ambulanzen in anderen Therapieeinrichtungen würden sich Möglichkeiten bieten, den psychologischen Wirkprozess weiter zu erforschen. Der Einsatz der Alkoholaversiva könnte in verschiedenen ALITA-Zentren oder in randomisiert zugeordneten Patientengruppen variiert werden. Hier wären vielfältige Vergleiche denkbar, z.B. Patienten mit unterschiedlich hohen Dosen, einer einfachen überwachten Einnahme des Medikamentes vs. überwachter Einnahme mit umfassender Psychoedukation. Zudem können zusätzliche Fragebögen Fragen zum Aversivum enthalten, in denen Patienten einschätzen, wie sie die Einnahme erleben und wie sie das Aversivum für sich nutzen, wie z.B. als Bewältigungsskill bei starkem Craving.

In der zweiten Studie wurden mit Hilfe des umfassenden Beobachtungssystems VAMP in den Therapiegesprächen alkoholkranker Patienten relevante Therapieprozesse untersucht, die das Rückfallgeschehen beeinflussen. Die acht Faktoren *Erfahrung von Ressourcen, Abstinenzzuversicht, vermuteter Suchtdruck, Rückfallwachsamkeit, Rückfallgefahr, subjektives Krankheitskonzept, dysfunktionales Therapieengagement, dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme* haben von den untersuchten VAMP-Variablen die stärkste prädiktive Validität und bilden zusammen den TOPPS, der das Rückfallgeschehen zu allen drei Untersuchungszeitpunkten vorhersagen kann. In früheren Studien erwiesen sich die Patientencharakteristika Chronizität der Erkrankung, Persönlichkeitsstörungen und Anzahl bisheriger Entgiftungen als die entscheidenden Faktoren zur Vorhersage der kumulativen Abstinenzwahrscheinlichkeit (Wagner et al. 2003, Krampe et al. 2006). Daher umfasst diese Untersuchung zusätzliche Analysen dieser Faktoren im Zusammenhang mit dem TOPPS, und es konnte belegt werden, dass das Rückfallgeschehen hauptsächlich durch die psychologisch beeinflussbaren Therapieprozesse dominiert wird, und dass die Patientencharakteristika an prognostischem Wert verlieren. Die Konstrukte, die den im TOPPS enthaltenen Prozess-Variablen zugrunde liegen, haben sich bereits als Abstinenz- und Rückfallprädiktoren erwiesen: z.B. Abstinenzzuversicht (Gifford et al. 2006, Ilgen et al. 2005, Ilgen et al. 2006, Litt et al. 2003, Litt et al. 2005, Wong et al. 2004), Coping (Chung et al. 2001, Finney et al. 1999, Gifford et al. 2006, Litt et al. 2003, Litt et al. 2005, McKay et al. 1996), Krankheitskonzept (Finney et al. 1999, Fiorentine & Hillhouse 2003, Morgenstern et al. 2002), emotionale und behaviorale Korrelate von Stress und Craving (Cooney et al. 1997, Flannery et al. 2001, Breese et al. 2005), sowie Therapieengagement und -motivation (Amrhein et al. 2003, Litt et al. 2003, Strang & McCambridge 2004). Die vorliegende Studie

zeigt nun, dass keiner der Prozesse alleine das Rückfallgeschehen robust und mit hoher prädiktiven Validität vorhersagen kann und erst die Kombination der acht Therapieprozesse eine verlässliche Vorhersage ermöglicht.

Für die Weiterführung der Therapieprozess-Studie wäre im nächsten Schritt vorstellbar, dass die sehr aufwendige Analyse der Therapiegespräche mit dem VAMP verkürzt würde. Denkbar wäre hier z.B. die Analyse weiterer Videos mit einer TOPPS-Checkliste ohne Transkript. Die Beurteilung könnte sich dann auf kürzer eingeteilte Zeitabschnitte des Videos beziehen, die leichter zu überblicken sind als das gesamte Gespräch. Als sehr aufwendig hat sich bei der Verwendung des VAMP zudem die Mikroanalyse mit der Beurteilung einzelner semantischer Einheiten gestaltet. Da nur zwei (dysfunktionales Therapieengagement und dysfunktionale Problembearbeitung) der zehn Kategorien in den TOPPS eingehen und eher den Suchtfaktoren ein hoher prädiktiver Wert zukommt, könnte darüber nachgedacht werden, das VAMP um die Mikroanalyse zu kürzen. Weitere Studien sollten zudem die Untersuchung des TOPPS in der klinischen Praxis zum Ziel haben. Vorstellbar ist die Erstellung eines kurzen und einfach einzusetzenden Therapeuten-Fragebogens, mit dem die Ausprägung der acht Prozessvariablen nach einem Therapiegespräch erfasst werden kann. Dieses Instrument könnte aufgrund seines prognostischen Wertes die weitere Therapieorientierung möglich machen: sollte ein Patient kritische Verhaltensweisen zeigen, die einen Rückfall bedingen würden, können diese mit Hilfe geeigneter therapeutischer Interventionen verändert und adaptiert werden. Auf der Grundlage einer tragfähigen therapeutischen Beziehung kann so der Aufbau individueller Rückfallpräventionsstrategien gefördert werden. In einem weiteren Schritt wären Untersuchungen anzuschließen, die analysieren, ob bei kritischen Verhaltensprozessen, die durch den TOPPS aufgedeckt wurden, der Einsatz von gezielten psychotherapeutischen Interventionen genau diese entsprechenden Verhaltensprozesse verändert. Z.B. könnten bei Erfassung von dysfunktionalem Therapieengagement Methoden des Motivational Interviewing eingesetzt werden, was in der Folge zu einer spezifischen Verbesserung des Therapieengagements führen soll. Auch die Umsetzung der Prozessbeobachtung mit dem Einsatz des VAMP in der Therapie anderer Erkrankungen, wie z.B. Angststörungen oder Depression wäre vorstellbar. Die Variablen, die direkt auf die Alkoholkrankheit ausgerichtet sind, können störungsspezifisch umgewandelt werden. Nachdem sich in der Alkoholismustherapie gerade die Suchtprozesse als entscheidende Faktoren bei der Bildung des TOPPS erwiesen haben, wäre auf die Erfassung entsprechender spezifischer Faktoren besonderes Augenmerk zu richten.

## 6 Literatur

- Amrhein, PC, Miller, WR, Yahne, CE, Palmer, M & Fulcher, L (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5): 862-878.
- Anton, RF (2001). Pharmacologic approaches to the management of alcoholism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 20): 11-17.
- Anton, RF, O'Malley, SS, Ciraulo, DA, Cisler, RA, Couper, D, Donovan, DM, Gastfriend, DR, Hosking, JD, Johnson, BA, LoCastro, JS, Longabaugh, R, Mason, BJ, Mattson, ME, Miller, WR, Pettinati, HM, Randall, CL, Swift, R, Weiss, RD, Williams, LD & Zweben, A (2006). Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence: The COMBINE Study: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 295 (17): 2003-2017.
- Breese, GR, Chu, K, Dayas, CV, Funk, D, Knapp, DJ, Koob, GF, Le, DA, O'Dell, LE, Overstreet, DH, Roberts, AJ, Sinha, R, Valdez, GR & Weiss, F (2005). Stress enhancement of craving during sobriety: A risk for relapse. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29 (2): 185-195.
- Brewer, C (1993). Recent developments in disulfiram treatment. *Alcohol & Alcoholism*, 28 (4): 383-95.
- Brewer, C (2005). Supervised disulfiram is more effective in alcoholics than naltrexone or acamprosate -or even psychotherapy: how it works and why it matters *Adicciones*, 17 (4): 285-296.
- Chung, T, Langenbucher, J, Labouvie, E, Pandina, RJ & Moos, RH (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69 (1): 92-100.
- Cooney, N, Litt, M, Morse, P, Bauer, L & Gaupp, L (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (2): 243-250.
- de Soto, CB, O'Donnell, WE & de Soto, JL (1989). Long-term recovery in alcoholics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 13 (5): 693-697.
- Döring, WK, Herzenstiel, M-N, Krampe, H, Jahn, H, Pralle, L, Sieg, S, Wegerle, E, Poser, W & Ehrenreich, H (2003). Persistent alterations of vasopressin and NT-pro-ANP plasma levels in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 27 (5): 849-861.
- Ehrenreich, H & Krampe, H (2004). Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Not to forget about disulfiram's psychological effects. *Addiction*, 99 (1): 26-7; author reply 27-8.
- Ehrenreich, H, Krampe, H, Wagner, T, Jahn, H, Jacobs, S, Maul, O, Sieg, S, Driessen, M, Schneider, U, Kunze, H, Rusteberg, W, Havemann-Reinecke, U, Rüter, E & Poser, W (2000). Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, "OLITA": re-considering severe alcoholism, disease and treatment. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 2 (4): 221-222.
- Ehrenreich, H, Mangholz, A, Schmitt, M, Lieder, P, Völkel, W, Rüter, E & Poser, W (1997a). OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 247 (1): 51-54.
- Ehrenreich, H, Schuck, J, Stender, N, Pilz, J, Gefeller, O, Schilling, L, Poser, W & Kaw, S (1997b). Endocrine and hemodynamic effects of stress versus systemic CRF in alcoholics during early and medium term abstinence. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 21 (7): 1285-93.

- Emrick, CD (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35 (2): 523-549.
- Finney, JW & Monahan, SC (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57 (3): 229-243.
- Finney, JW & Moos, RH (1991). The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (1): 44-54.
- Finney, JW, Moos, RH & Humphreys, K (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment: II. Linking proximal outcomes of 12-step and cognitive-behavioral treatment to substance use outcomes. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 23 (3): 537-544.
- Fiorentine, R & Hillhouse, M (2003). When low self-efficacy is efficacious: Toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behavior. *The American Journal on Addictions*, 12 346-364.
- Flannery, BA, Roberts, AJ, Cooney, N, Swift, RM, Anton, RF & Rohsenow, DJ (2001). The role of craving in alcohol use, dependence, and treatment. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 25 (2): 299-308.
- Fuller, RK & Gordis, E (2004). Does Disulfiram Have A Role In Alcoholism Treatment Today? *Addiction*, 99 (1): 21-24.
- Gifford, E, Ritsher, J, McKellar, J & Moos, R (2006). Acceptance and relationship context: a model of substance use disorder treatment outcome. *Addiction*, 101 1167-1177.
- Greenberg, LS & Pinsof, WM (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford clinical psychology and psychotherapy series*. New York: The Guilford Press.
- Hasselblatt, M, Krampe, H, Jacobs, S, Sindram, H, Armstrong, VW, Hecker, M & Ehrenreich, H (2006). Arginine challenge unravels persistent disturbances of urea cycle and gluconeogenesis in abstinent alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 41 (4): 372-8.
- Hasselblatt, M, Krieg-Hartig, C, Hüfner, M, Halaris, A & Ehrenreich, H (2003). Persistent disturbance of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in abstinent alcoholic men. *Alcohol and Alcoholism*, 38 (3): 239-242.
- Hasselblatt, M, Martin, F, Maul, O & Ehrenreich, H (2001). Persistent macrocytosis following abstinence from chronic alcohol use. *JAMA*, 286 (23): 2946.
- Holder, H, Longabaugh, R, Miller, WR & Rubonis, AV (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52 (6): 517-540.
- Hughes, JC & Cook, CCH (1997). The efficacy of disulfiram - a review of outcome studies. *Addiction*, 92 (4): 381-395.
- Ilgén, M, McKellar, J & Tiet, Q (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence one year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6): 1175-1180.
- Ilgén, M, Tiet, QY, Finney, J & Moos, RH (2006). Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 67 (3): 465-472.
- Jahn, H, Doering, W, Krampe, H, Sieg, S, Werner, C, Poser, W, Brunner, E & Ehrenreich, H (2004). Preserved vasopressin response to osmostimulation despite decreased basal vasopressin levels in long-term abstinent alcoholics. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 28 (12): 1925-1930.

- Krampe, H, Kuefner, H, Wagner, T & Ehrenreich, H (2001). Die Therapeutenrotation - ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. *Psychotherapeut*, 46 (4): 232-242.
- Krampe, H, Stawicki, S, Wagner, T, Ribbe, K, El Kordi, A, Niehaus, S, Timner, W & Ehrenreich, H (2005). ALITA - Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Psychoneuro*, 31 (10): 507-512.
- Krampe, H, Stawicki, S, Wagner, T, Ribbe, K, Timner, W, Kroener-Herwig, B & Ehrenreich, H (2004a). Video-based monitoring of therapeutic processes in chronic psychiatric disease: A novel approach. *Nervenarzt*, 75 (Suppl 2): 171-172.
- Krampe, H, Wagner, T, Kufner, H, Jahn, H, Stawicki, S, Reinhold, J, Timner, W, Kroner-Herwig, B & Ehrenreich, H (2004b). Therapist rotation - A new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse*, 39 (1): 135-178.
- Krampe, H, Wagner, T, Stawicki, S, Bartels, C, Aust, C, Kroener-Herwig, B, Kuefner, H & Ehrenreich, H (2006). Personality Disorder and Chronicity of Addiction as Independent OutcomePredictors in Alcoholism Treatment. *Psychiatr Serv*, 57 (5): 708-712.
- Lewis, CE, Smith, E, Kercher, C & Spitznagel, E (1995). Assessing gender interactions in the prediction of mortality in alcoholic men and women: A 20-year follow-up study. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 19 (5): 1162-1172.
- Liskow, BI, Powell, BJ, Penick, EC, Nickel, EJ, Wallace, D, Landon, JF, Campbell, J & Cantrell, PJ (2000). Mortality in male alcoholics after ten to fourteen years. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (6): 853-861.
- Litt, MD, Kadden, RM, Cooney, NL & Kabela, E (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1): 118-128.
- Litt, MD, Kadden, RM & Stephens, RS (2005). Coping and self-efficacy in marijuana treatment: Results from the marijuana treatment project. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73 (6): 1015-1025.
- McCrary, BS & Langenbucher, JW (1996). Alcohol treatment and health care system reform. *Archives of General Psychiatry*, 53 (8): 737-746.
- McKay, JR, Maisto, SA & O'Farrell, TJ (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence: Results from a 30-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10 (3): 167-180.
- Miller, WR, Walters, ST & Bennett, ME (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62 (2): 211-220.
- Miller, WR & Wilbourne, PL (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97 (3): 265-277.
- Morgenstern, J, Bux, D, Labouvie, E, Blanchard, KA & Morgan, TJ (2002). Examining mechanisms of action in 12-step treatment: The role of 12-step cognitions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (6): 665-672.
- Peachey, JE, Annis, HM, Bornstein, ER, Sykora, K, Maglana, SM & Shama, S (1989). Calcium carbimide in alcoholism treatment. Part 1: A placebo-controlled, double-blind clinical trial of short-term efficacy. *British Journal of Addiction*, 84 (8): 877-87.
- Schmitt, M, Gleiter, CH, Nichol, JL, Pralle, L, Hasselblatt, M, Poser, W & Ehrenreich, H (1999). Haematological abnormalities in early abstinent alcoholics are closely associated with alterations in thrombopoietin and erythropoietin serum profiles. *Thrombosis & Haemostasis*, 82 (5): 1422-1427.
- Stawicki, S (2004). *Entwicklung und Überprüfung eines Codiersystems zur Beurteilung von Prozessvariablen in therapeutischen Kontakten: erste Untersuchungen zur Reliabilität*. Universität Göttingen: Unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Stawicki, S, Krampe, H, Ribbe, K, Niehaus, S, Wagner, T & Ehrenreich, H (2007). ALITA - Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke - Ein umfassendes Behandlungskonzept. *Der Neurologe und Psychiater*, 3 27-32.
- Strang, J & McCambridge, J (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (1): 83-88.
- Swift, RM (1999). Drug therapy for alcohol dependence. *New England Journal of Medicine*, 340 (19): 1482-1490.
- Tambour, S & Quertemont, E (2007). Preclinical and clinical pharmacology of alcohol dependence. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 21 (1): 9-28.
- Vaillant, GE (1995). *The natural history of alcoholism - revisited*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wagner, T, Krampe, H, Jahn, H, Stawicki, S, Heutelbeck, K, Jacobs, S, Driessen, M, Kröner-Herwig, B, Rütger, E & Ehrenreich, H (2001). Psychiatrische Komorbidität (Achse-I-Störungen) bei Alkoholabhängigen im Verlauf einer ambulanten Therapie - Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 3 41-48.
- Wagner, T, Krampe, H, Stawicki, S, Reinhold, J, Galwas, C, Aust, C, Soyka, M, Kröner-Herwig, B, Kufner, H & Ehrenreich, H (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitsranke - Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 5 (4): 221-236.
- Wagner, T, Krampe, H, Stawicki, S, Reinhold, J, Jahn, H, Mahlke, K, Barth, U, Sieg, S, Maul, O, Galwas, C, Aust, C, Kroener-Herwig, B, Brunner, E, Poser, W, Henn, F, Ruether, E & Ehrenreich, H (2004). Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 38 (6): 619-635.
- Wong, CJ, Anthony, S, Sigmon, SC, Mongeon, JA, Badger, GJ & Higgins, ST (2004). Examining interrelationships between abstinence and coping self-efficacy in cocaine-dependent outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12 (3): 190-199.

## 7 Übersicht laufender Forschungsprojekte und Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der Division Klinische Neurowissenschaften ist die Autorin derzeit bei weiteren Projekten maßgeblich beteiligt. Diese finden in der vorliegenden Dissertation keine ausführliche Erwähnung, stehen jedoch eng mit den hier vorgestellten Untersuchungen in Verbindung. Im Forschungsschwerpunkt steht die Fortführung der Untersuchungen des Datensatzes der 180 Patienten des ALITA-Projektes, Erstellen eines Psychotherapie-Manuales und weiterführende Analysen der VAMP-Ergebnisse.

Zudem wird die Autorin mit der Mitarbeit in einer großangelegten Multicenter Querschnittstudie zur Untersuchung schizophrener Patienten ein weiteres Interessensgebiet aufgreifen. Ziel dieses Projektes ist es, Subformen der Schizophrenie zu identifizieren, um bessere Voraussetzungen für das Verständnis von Ätiologie und Pathogenese schizophrener Psychosen einerseits und für die Prävention und Therapie andererseits zu erlangen.

Die bereits zum Abschluss gebrachten Fragestellungen, an denen die Autorin beteiligt war, sind der folgenden Publikationsliste zu entnehmen:

### Originalartikel

- Wagner T, Krampe H, Jahn H, **Stawicki S**, Heutelbeck K, Jacobs S, Driessen M, Kröner-Herwig B, Rüter E & Ehrenreich H (2001) Psychiatrische Komorbidität (Achse-I-Störungen) bei Alkoholabhängigen im Verlauf einer ambulanten Therapie – Erste Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 3: 41-48.
- Wagner T, Krampe H, **Stawicki S**, Reinhold J, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Kufner H & Ehrenreich H (2003) Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" - Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 5: 221-236.
- Krampe H, Wagner T, Kufner H, Jahn H, **Stawicki S**, Reinhold J, Timmer W, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2004) Therapist rotation - a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse* 39 (1): 135-179.
- Wagner T, Krampe H, **Stawicki S**, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth U, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rüter E & Ehrenreich H (2004) Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment - results of a prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 38 (6): 619-635.
- Krampe H \*, **Stawicki S \***, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rüter E, Poser W & Ehrenreich H (2006) Follow-up of 180 alcoholic patients for up to seven years after outpatient treatment: Impact of alcohol deterrents on outcome. *Alcoholism Clinical & Experimental Research* 30 (1): 86-95.
- Krampe H, Wagner T, **Stawicki S**, Bartels C, Aust C, Kröner-Herwig B, Kufner H & Ehrenreich H (2006) Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. *Psychiatric Services* 57 (5): 708-712.

- Ehrenreich H, Hinze-Selch D, **Stawicki S**, Aust C, Knolle-Veentjer S, Wilms S, Heinz G, Erdag S, Jahn H, Degner D, Ritzen M, Mohr A, Wagner M, Schneider U, Bohn M, Huber M, Czernik A, Pollmächer T, Maier W, Sirén A-L, Klosterkötter J, Falkai P, Rüter E, Aldenhoff JB & Krampe H (2007) Improvement of cognitive functions in chronic schizophrenic patients by recombinant human erythropoietin. *Molecular Psychiatry* 12: 206-220.
- Bartels C, Kunert H-J, **Stawicki S**, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H & Krampe H (2007) Recovery of hippocampus-related functions in chronic alcoholics during monitored longterm abstinence. *Alcohol and Alcoholism* 42 (2): 92-102.
- Stawicki S** \*, Krampe H \*, Niehaus S, Ribbe K, Wagner T, Bartels C, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2007) Multimodales Monitoring psychotherapeutischer Prozesse in der Behandlung alkoholkranker Patienten. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 9 (1): 27-47.

---

\* Die Autoren trugen zu gleichen Anteilen zu der Arbeit bei

### Übersichtsarbeiten, Bücher und Buchkapitel

- Krampe H, Jahn H, Wagner T, Schwabe U, Sieg S, Heutelbeck K, **Stawicki S**, Maul O, Jacobs S, Poser W & Ehrenreich H (2001) *ALITA - Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke: Plädoyer für eine Reform der Suchtkrankenhilfe*. In: Wienberg G, Driessen M (Hrsg) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verlag, Bonn, pp 180-190.
- Ehrenreich H, Jahn H, Heutelbeck K, Reinhold J, **Stawicki S**, Wagner T, Wolff-Menzler C, Ahrens T, Haase A, Mahlke K, Maul O, Rusteberg W & Krampe H (2002) *ALITA – Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen*. In: Mann K (Hrsg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst, Lengerich, pp 107-118.
- Krampe H, Wagner T, Reinhold J, **Stawicki S**, Mahlke K, Galwas C, Barth U, Aust C, Haase A, Jahn H, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2003) Therapeutenrotation - erfolgreich für Alkoholranke, erleichternd für Therapeuten: Therapieprozesse bei ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke): Multiple Beziehungsgestaltung in der integrativen Therapie chronisch psychisch kranker Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 34: 75-84.
- Reinhold J, **Stawicki S**, Krampe H, Wagner T, Galwas C, Aust C & Ehrenreich H (2004) ALITA – Eine Alternative nicht nur für schwerstabhängige, prognostisch benachteiligte Alkoholranke. *Abhängigkeiten* 10 (3): 78-89.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Ribbe K, El Kordi A, Niehaus S, Timmer W & Ehrenreich H (2005) ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Psychoneuro* 31 (10): 507-512.
- Ehrenreich H, Bartels C, **Stawicki S**, Radyushkin K, Norra C & Krampe H (2006) Neuroprotektion: Eine neue Karriere für den hämatopoetischen Wachstumsfaktor Erythropoetin. *Spektrum der Nephrologie* 19 (4): 11-21.
- Stawicki S**, Krampe H, Ribbe K, Niehaus S, Wagner T & Ehrenreich H (2007) ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke. *Der Neurologe und Psychiater* 3: 27-32.

### Publizierte Abstracts und Poster

- Wagner T, Krampe H, **Stawicki S**, Heutelbeck K, Jacobs S, Driessen M, Kröner-Herwig B, Rüter E & Ehrenreich H (2001) The course of psychiatric comorbidity (axis-I-disorders) in alcoholic during an outpatient therapy - first results of a prospective study. *Pharmacopsychiatry* 34: 222.

- Krampe H, Wagner T, Jahn H, **Stawicki S**, Heutelbeck K & Ehrenreich H (2002) *ALITA: Drei Argumente gegen "Kontrolliertes Trinken" bei Alkoholabhängigkeit - Plädoyer für eine lebenslange Betreuung abstinenter suchtkranker Patienten*. In: M Krausz & P Degkwitz (Hrsg) 7. Suchttherapietage, Hamburg 21. - 24. Mai 2002, p 13.
- Krampe H, Wagner T, **Stawicki S**, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Galwas C, Barth U, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E & Ehrenreich H (2003) The impact of comorbid personality disorder on abstinence of chronic alcoholics during integrated outpatient treatment. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 24 (3): 245-246.
- Wagner T, Krampe H, **Stawicki S**, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Galwas C, Barth U, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E & Ehrenreich H (2003) The course of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics and its impact on abstinence during 4-year follow-up of integrated outpatient treatment. *Pharmacopsychiatry* 36: 271.
- Galwas C, Aust C, Kunert, HJ, Krampe H, Reinhold J, **Stawicki S** & Ehrenreich H (2004) Regeneration hippocampaler Funktionen Alkoholkranker unter Langzeitabstinenz. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 6 (2): 140-141.
- Stawicki S**, Reinhold J, Wagner T, Krampe H, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Kufner H & Ehrenreich H (2004) "Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" - Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 6 (2): 153.
- Ehrenreich H, Krampe H, Jahn H, **Stawicki S** & Wagner T (2004) Arbeitskreis ALITA. *Suchttherapie* 5 (S1): 5.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Ribbe K, Timmer W, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2004) Video-based monitoring of therapeutic processes in chronic psychiatric disease (VMTP): A novel approach. *Nervenarzt* 75 (Suppl 2): S 171-172.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rütger E, Poser W & Ehrenreich H (2005) Longterm follow-up of 180 chronic alcoholics during and after comprehensive integrated outpatient treatment: Relation of deterrent medication and outcome. *European Psychiatry* 20 (Suppl 1): S 22.
- Stawicki S**, Krampe H, Wagner T, Ribbe K, El Kordi A, Timmer W, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2005) Videogestütztes Monitoring therapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VMTP): Ein neuer Ansatz. *Suchttherapie* 7(2): 132-133.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rütger E, Poser W & Ehrenreich H (2005) Longterm follow-up of 180 chronic alcoholics during and after comprehensive integrated outpatient treatment: Relation of deterrent medication and outcome. *Pharmacopsychiatry* 38: 257.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Ribbe K, El Kordi A, Niehaus S, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2005) Therapist rotation in longterm alcoholism treatment: First evaluation by patients' experience. *Nervenarzt* 76 (Suppl 1): S 115.
- Krampe H, **Stawicki S**, Roscher D, Wagner T, Ribbe K, Niehaus S, El Kordi A, Kröner-Herwig B & Ehrenreich H (2005) Working alliance and quality of problem solving predict therapeutic outcome of comprehensive integrated outpatient alcoholism treatment. *Nervenarzt* 76 (Suppl 1): S 135.
- Krampe H, **Stawicki S**, Wagner T, Bartels C, Aust C, Rütger E, Poser W & Ehrenreich H (2005) Longterm follow-up of 180 chronic alcoholics during and after comprehensive integrated outpatient treatment: Relation of deterrent medication and outcome. *Nervenarzt* 76 (Suppl 1): S 135.
- Bartels C, Kunert HJ, Krampe H, Aust C, **Stawicki S** & Ehrenreich H (2005). Follow-up of hippocampus-related functions in chronic alcoholics. *Zeitschrift für Neuropsychologie*. 16. Jahrgang (S1).

## 8 Lebenslauf

### Persönliche Daten

---

Sabina Stawicki  
geboren am 20. März 1970 in Göttingen

### Aktuelle Position

---

Seit 4/2004 Psychologische Doktorandin,  
Forschergruppe Alkoholismus,  
Division Klinische Neurowissenschaften  
Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin, Göttingen

### Beruflicher Werdegang

---

1992 - 2000 Bürokauffrau (Woll-tex, Göttingen)  
1999 Sechswöchiges Praktikum im Niedersächsischen Landeskrankenhaus  
Göttingen, Psychotherapeutische Station  
2000 Sechswöchiges Praktikum bei ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie  
für Alkoholranke), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Georg-August Universität, Göttingen  
2000 - 2003 Therapeutische Mitarbeiterin bei ALITA, Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Georg-August Universität, Göttingen  
2000 - 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Planck-Institut  
für Experimentelle Medizin, Göttingen  
Projekt zur Diplom-Arbeit: Entwicklung und Überprüfung eines  
Codiersystems zur Beurteilung von Prozessvariablen in therapeutischen  
Kontakten - Erste Untersuchungen zur Reliabilität

### Ausbildung

---

1977 - 1981 Grundschule Steinhagen  
1981 - 1983 Orientierungsstufe Rosdorf  
1983 - 1990 Felix-Klein-Gymnasium Göttingen, Abitur (3,0)  
1990 - 1992 Ausbildung zur Bürokauffrau (Woll-tex, Göttingen)  
1992 - 1993 Zwei Semester Studium der Geographie an der  
Georg-August-Universität Göttingen  
1995 - 2004 Studium der Psychologie an der Georg-August-Universität Göttingen  
(Diplom 1,7) Schwerpunkt: Klinische Psychologie, Wahlfach: Psychosomatik  
Seit 10/2004 Teilnahme am Weiterbildenden Studiengang zum Psychologischen  
Psychotherapeuten (WSPP), Georg-August Universität, Göttingen und  
Technische Universität Carolo-Wilhelmina, Braunschweig

### **Danksagung**

**Die in dieser Arbeit zusammengefassten Projekte wurden gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Max-Planck-Gesellschaft.**