

Henning Krampe<sup>1</sup>, Thilo Wagner<sup>1</sup>, Jennifer Reinhold<sup>1</sup>, Sabina Stawicki<sup>1</sup>, Kristin Mahlke<sup>1</sup>, Claudia Galwas<sup>1</sup>, Ulrike Barth<sup>1</sup>, Carlotta Aust<sup>1</sup>, Alexandra Haase<sup>1</sup>, Henriette Jahn<sup>1</sup>, Birgit Kröner-Herwig<sup>2</sup> und Hannelore Ehrenreich<sup>1</sup>

## 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

Herrn Prof. Dr. Reinhard Tausch in Verehrung und Dankbarkeit gewidmet



ALITA – Ein neuer Weg in der Behandlung schwer Alkoholabhängiger

Das ALITA-Team arbeitet seit 1993 in Therapeutenrotation. Das Team betreut die Patienten gemeinsam. Jeder Therapeut ist für jeden Patienten zuständig. Um eine multiple Beziehungsgestaltung zu realisieren, wird konsequent auf das klassische Bezugstherapeutensystem verzichtet.

### Zusammenfassung

Die ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke, „ALITA“, ist ein biopsychosoziales Therapiekonzept für schwer alkoholranke Patienten, das als zweijähriges ambulantes Behandlungsprogramm der stationären Entgiftung folgt. ALITA wurde 1993 entwickelt und wird im Sommer 2003 als Modellprojekt abgeschlossen. In der aktuellen 7-Jahreskatamnese liegt der Prozentsatz abstinenten Patienten bei ca. 50%. Die Arbeitslosenrate fiel auf 22% (regionale Arbeitslosenquote >15%). Die komorbiden psychiatrischen Störungen Angst und Depression gingen von ca. 60 % auf unter 13% zurück.

Um die hohe Kontaktfrequenz der intensiven Suchttherapie bei ALITA effizient und praktisch umsetzbar zu machen, wurde die Therapeutenrotation entwickelt und systematisch durchgeführt. Diese Methode der multiplen Beziehungsgestaltung hat sich im Verlauf der gesamten Behandlung als zentraler Therapieprozess bewährt. Während die Therapeuten in den ersten beiden Behandlungsphasen vor allem klientenzentriert vorgehen, überwiegen im mittleren Therapieabschnitt verhaltenstherapeutische Elemente. Im zweiten Therapiejahr werden zu gleichen Anteilen gesprächstherapeutische und verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt.

### Das Therapieprogramm von ALITA

Die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) ist

ein Forschungsprojekt des Max-Planck-Institutes für experimentelle Medizin und der Universität Göttingen, in dem seit zehn Jahren schwer alkoholranke Menschen sehr erfolgreich behandelt werden (Ehrenreich et al. 1997a, 2000, 2002; Krampe et al. 2001a; Wagner et al. 1999). Das biopsychosoziale Therapiekonzept zielt auf einen sofortigen Beginn der sozialen Wiedereingliederung der Patienten unter psychotherapeutischer und medizinischer Begleitung ab. Als vierstufiges ambulantes Behandlungsprogramm schließt sich ALITA direkt an die stationäre Entgiftung an und erstreckt sich über insgesamt zwei Jahre (siehe Tabelle 1).

Wesentliche Therapieelemente von ALITA sind:

- **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 abstinenten sozialen Umfeldes; explizite Beteiligung der Angehörigen an der Therapie; Familien- und Paargespräche; aktive Hilfe bei Problemen am Arbeitsplatz und mit Behörden;

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Georg-August-Universität und Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin, Göttingen

<sup>2</sup> Psychologisches Institut der Georg-August-Universität, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Gofßlerstr. 14, 37073 Göttingen

Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Schuldentilgung und Klärung juristischer Angelegenheiten.

- **Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit:** Einnahme von Calciumcarbimid (Colme®) bzw. Disulfiram (Antabus®) als sogenannte Alkoholaversiva (die Hemmung des alkoholabbauenden Enzyms Acetaldehyddehydrogenase führt bei Alkoholkonsum zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds mit den Folgen einer „inneren Vergiftung“, der sogenannten „Antabusreaktion“, d.h. flush-Symptomatik, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen, gelegentlich sogar Kreislaufkollaps (vgl. Azrin et al. 1982; Fuller 1995; Fuller & Roth 1979).
- **Kontrolle:** Kontrollierte Einnahme der Aversiva, regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe.
- **„Aggressive Nachsorge“** zur sofortigen Beendigung beginnender oder Verhinderung drohender Rückfälle: Patienten, die nicht zum vereinbarten Termin erscheinen, werden mit Telefonanrufen, mehrmaligen spontanen Hausbesuchen oder Briefkontakten zur Fortführung der Behandlung bzw. zur Wiederaufnahme der Abstinenz aufgefordert. Bei diesen „aggressiven therapeutischen Einsätzen“, deren Ablauf zu Therapiebeginn mit den Patienten genau vereinbart wird, werden explizit Angehörige und nahestehende Bezugspersonen miteinbezogen. Um dieses „Miteinbeziehen“ in Notzeiten zu ermöglichen, ist der sukzessive Aufbau eines tragfähigen „Hilfsnetzes“ im sozialen Umfeld von Anfang der Therapie an erforderlich. So stellt der Notfall, wenn er wirklich eintritt, keine völlig überraschende Situation mehr dar. Um Alkoholausrutscher erfolgreich zu bewältigen, hat es sich bewährt, den Rückfall nicht zu dramatisieren und den Patienten keine Schuldvorwürfe zu machen. Statt dessen wird ihnen und ihren Angehörigen erklärt, dass ein Alkohorrückfall für einen Alkoholkranken genauso gefährlich ist, wie eine Blutzuckerentgleisung für einen Diabeti-

ker. Jeder Rückfall wird deswegen als medizinischer Notfall behandelt. Er erfordert, dass das Team unverzüglich mit dem rückfälligen Patienten Kontakt aufnimmt und therapeutische Sofort-Maßnahmen durchführt.

- **Therapeutenrotation:** systematische Zusammenarbeit der Patienten mit mehreren gleichermaßen verantwortlichen Therapeuten des ALITA-Teams (s.u.).

## Aktueller Stand der Ergebnisse

Bisher wurden 180 schwerst Alkoholranke (144 Männer; 36 Frauen) behandelt. Sie waren bei Aufnahme in das Programm  $44 \pm 8$  Jahre alt,  $18 \pm 7$  Jahre alkoholabhängig, zuletzt mit einem täglichen Konsum von  $437 \pm 162$  g reinen Alkohols, hatten  $7 \pm 9$  stationäre Entgiftungen sowie  $1 \pm 1$  stationäre Langzeittherapien hinter sich. Bei Eintritt in ALITA waren 58% der Patienten arbeitslos; 80% litten an komorbiden psychiatrischen Störungen aller Kategorien nach DSM-IV (53% Achse-I-Störungen, 61% Achse-II-Störungen); 30% wiesen schwere Suizidversuche in der Vorgeschichte auf. Auch die körperliche Beeinträchtigung der Patienten ist gravierend: während bei nur 10.6% leichte

Folgeschäden (z.B. Fettleber) diagnostiziert wurden, litten 32.8% unter deutlichen (z.B. epileptischer Anfall), 43.9% unter schweren (z.B. Polyneuropathie) und 12.8% unter schwersten (z.B. Leberzirrhose) Alkoholfolgekrankheiten.

Sieben Jahre nach Beendigung der ALITA-Therapie liegt der Prozentsatz abstinenter Patienten bei ca. 50%. Die Arbeitslosenrate fiel auf 22% (regionale Arbeitslosenquote > 15 %), die komorbiden depressiven Störungen und Angststörungen (DSM-IV, Achse I) gingen von 59% auf 13 % zurück.

Zusammenfassend erweist sich ALITA als optimale ambulante Behandlungsalternative für schwerst alkoholranke Menschen. Die Therapie deckt die zentralen Probleme der Patienten ab, indem sie intensive Suchttherapie, konkrete Hilfestellung zur sozialen Wiedereingliederung und psychotherapeutische bzw. pharmakologische Therapie von komorbiden Störungen integriert. Mit diesem umfassenden und sehr strukturierten Ansatz füllt ALITA eine seit langem klaffende Lücke in der psychiatrischen Versorgung suchtkranker Patienten (vgl. Wienberg & Driessen 2001). Die hohe Rate an Langzeitabstinenz (Ehrenreich et al. 1997, 2000) und der drastische

**Tabelle 1:** Die praktische Durchführung des Therapieprogramms

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stationäre Vorphase: Entgiftung (2-3 Wochen)</b> Einführungsgespräch, Motivationsarbeit, Selektion, Anamneseerhebung, Aufbau einer Arbeitsbeziehung, Ausloten der sozialen Einbindung, Beginn der täglichen kontrollierten Einnahme von Colme® (Calciumcarbimid, 50 mg), täglich Urinkontrollen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambulante Phase I: Intensivphase (tägliche Kontakte über 3 Monate)</b> Täglich 15 Minuten Gespräch (primär supportiv), praktische Unterstützung der sozialen Re-integration, Gespräche mit Angehörigen, Hausbesuche, täglich kontrollierte Einnahme von Colme® (Calciumcarbimid, 50 mg), täglich Urinuntersuchung auf Alkohol und andere Suchtstoffe, aggressive Nachsorge</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase (je nach individuellem Bedarf 3-4 Monate)</b> Schrittweise Kontaktreduktion auf dreimal pro Woche, weiterhin jeweils 15 Minuten supportives Gespräch, Intensivierung der sozialen Reintegrationsbestrebungen, regelmäßige Angehörigengespräche (individuell ausgerichtet), kontrollierte Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambulante Phase III: Ablösungsphase (Erreichen der „Einjahresmarke“)</b> Kontaktreduktion auf zweimal pro Woche, jetzt jeweils 30 Minuten Gespräch, Stabilisierung der sozialen Reintegration, kontrollierte Einnahme von Antabus® (Disulfiram, 400-500 mg), Urinkontrolle, aggressive Nachsorge</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ambulante Phase IV: Nachsorgephase (Überschreiten der „Einjahresmarke“)</b> 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</li> </ul>

Rückgang der komorbiden Störungen (Wagner et al. 2001) ermutigen uns, das ALITA-Setting generell zur ambulanten Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen vorzuschlagen.

## Die therapeutische Allianz in der allgemeinen Psychotherapie und in der Suchttherapie

Die Behandlungselemente von ALITA sind oberflächlich betrachtet widersprüchlich. Kontrolle, Aversionsmedikation und strenge Regeln stehen supportiven Interventionen, 24-Stunden-Krisenbereitschaft und Casemanagement gegenüber. Damit aus dieser ungewöhnlichen Kombination von Bausteinen ein in sich stimmiges Behandlungsprogramm entsteht, signalisieren die Therapeuten schon in den allerersten Informationsgesprächen mit den Patienten, dass hinter den einzelnen Behandlungselementen zwei gemeinsame Faktoren stehen, nämlich

1. ein differenziertes Verständnis der Alkoholkrankheit und
2. eine Verantwortungsbereitschaft für die Patienten.

Nur durch intensive Beziehungsarbeit kann diese Haltung glaubwürdig vermittelt und in die Tat umgesetzt werden.

Eine tragfähige therapeutische Allianz zu schaffen und zu gestalten, stellt auch noch heute, über 50 Jahre nach Rogers' (1942, 1951) bahnbrechenden Arbeiten, den wirksamsten und zugleich spannendsten Prozess erfolgreicher Psychotherapie dar. Sowohl neuere Therapiekonzepte aus der Gesprächspsychotherapie (z.B. Sachse 2002a, b) als auch aus der Verhaltenstherapie (z.B. Grawe 1998, Linehan 1993, Miller & Rollnick 1991) finden in der therapeutischen Beziehung – neben immer wieder re-formulierten Varianten des kognitiven Ansatzes von Beck et al. (1979) – ihre gemeinsame Endstrecke. Selbst aktuelle Arbeiten zur Beziehungsgestaltung lesen sich wie eine postmoderne Übersetzung der klassischen Klientenzentrierten Psychotherapie (vgl. Lambert & Barley

2001; Safran & Muran 2000). Empirisch erweist sich die therapeutische Allianz als der meistuntersuchte und am besten bestätigte allgemeine Psychotherapiefaktor (Goldfried et al. 1990; Grawe 1997; Horvath & Symonds 1991; Lambert & Barley 2001; Martin et al. 2000; Orlinsky et al. 1994; Orlinsky & Howard 1986; Patterson 1985; Tausch & Tausch 1990). Im deutschen Sprachraum haben vor allem Reinhard Tausch und seine Arbeitsgruppe die Pionierarbeit zur Erforschung und klinischen Anwendung der therapeutischen Beziehungsgestaltung geleistet (vgl. als Zusammenfassung Tausch & Tausch 1990).

Der vorliegende Artikel geht von einer praktischen Definition der therapeutischen Beziehung aus.

*Eine funktionierende therapeutische Allianz ist eine einzigartige interpersonale Arbeitsbeziehung, die der Therapeut durch Empathie, Wärme und Echtheit aufbaut. Zwischen Patient und Therapeut kann sich somit eine Beziehung entwickeln, die durch gegenseitiges Vertrauen, Wertschätzung und Akzeptanz, aber auch Verantwortung und Verpflichtung geprägt ist. Für den Patienten stellt die therapeutische Allianz die Basis dar, auf der er Therapieziele klären, spezifische Probleme lösen, eigene Stärken entdecken und erzeugen, seine Persönlichkeit entwickeln und ganz allgemein sein Wohlbefinden fördern kann.*

Bei der Arbeit mit süchtigen Patienten wird besonders zu Beginn der Therapie offensichtlich, wie wichtig die Beziehungsgestaltung ist. Patienten sehen Therapeuten oft als Angehörige eines Systems an, dem sie lange misstraut haben und das sie täuschen mussten, um zu überleben. So ist es nicht verwunderlich, dass Vertreter unterschiedlicher Ansätze von Suchttherapie der frühzeitigen Entwicklung der therapeutischen Beziehung einen großen Stellenwert einräumen (z.B. Beck et al. 1993; Luborsky et al. 1997; Miller & Rollnick 1991; Morgan 1996; Perrez 1992; Prochaska & DiClemente 1986; Rohrer et al. 1992; Simpson 2001). Im Gegensatz zur Fülle an empirischen Arbeiten aus dem Bereich der allgemeinen Psychotherapie ist die Beziehungs-

gestaltung in der Suchttherapie bislang jedoch weniger erforscht. Im deutschen Sprachraum liegen gar keine Studien über Beziehungen zwischen der therapeutischen Allianz und den Ergebnissen von Suchttherapie vor; in den letzten 20 Jahren sind aber einige aussagekräftige internationale Arbeiten erschienen (z.B. Connors et al. 1997, 2000; Fiorentine et al. 1999; Luborsky et al. 1985; Najavits et al. 1998). Sie haben zum einen gezeigt, dass die therapeutische Allianz auch in der Suchttherapie eine zentrale Rolle spielt. Zum anderen haben ihre Ergebnisse eine Reihe von neuen Fragen an die Prozess-Ergebnisforschung aufgeworfen. Vor allem zwei dieser Ergebnisse sind für die Beschäftigung mit der multiplen Beziehungsgestaltung bei ALITA interessant (vgl. Krampe et al. 2001b, c, Krampe et al. in press): (1) bei der Untersuchung von Suchttherapiekonzepten, in denen der Beziehungsgestaltung nur eine untergeordnete Rolle beigemessen wird, findet sich auch kein positiver Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Behandlungsergebnis (z.B. Belding et al. 1997; Tunis et al. 1995); (2) Konstrukte, die multiple Beziehungen zwischen Patienten und dem gesamten Behandlungsteam erfassen (z.B. die Beurteilung, wie hilfreich oder kontrollierend das Stationspersonal insgesamt empfunden wird), können den Therapieerfolg manchmal besser vorhersagen, als einzelne Therapeut-Klient-Beziehungen (Long et al. 2000). Zunächst bedeuten diese Ergebnisse, dass Therapeuten den mächtigen Wirkfaktor „Beziehung“ nur dann erfolgreich einsetzen können, wenn sie diesem eine zentrale Rolle im Therapieprozess einräumen. Wie kann die Beziehungsgestaltung jedoch in einem sehr intensiven, umfassenden und ungewöhnlich langen Behandlungsprogramm wie ALITA realisiert werden, das nur durch die Zusammenarbeit von mehreren Therapeuten funktioniert? Vor allem zwei Gründe aus der klinischen Praxis sprechen gegen die Implementierung des klassischen Bezugstherapeutensystems:

- (1) die langfristige „dyadische“ Behandlung chronisch psychisch Kranker birgt das Risiko, dass der Patient in interpersonale Abhängigkeit vom

Bezugstherapeuten gerät; bei Urlaub, Krankheit oder Ausscheiden des Bezugstherapeuten aus der Einrichtung besteht deshalb die Gefahr schwerwiegender Allianzbrüche und destruktiver Krisen des Patienten. Vor allem für Patienten, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, stellen die Abwesenheit des Bezugstherapeuten, „Vertretungs-Therapeuten“, sowie der in der heutigen Berufswelt eher häufig vorkommende Ortswechsel des Behandlers oft Katastrophen größeren Ausmaßes dar, die nicht selten mit dem Suizid des Patienten enden.

(2) bei einem Therapiekonzept, das initial tägliche Kontakte, 24-Stunden-Krisenbereitschaft und eine zweijährige Behandlungsdauer umfasst, wären auch die Therapeuten zeitlich und emotional schnell überfordert, wenn sie ganz alleine für eine bestimmte Zahl an Patienten verantwortlich wären. Als Konsequenz müssten sie ständig zwischen intensiven Arbeitsschichten und längeren Urlaubsphasen zum Freizeit-ausgleich wechseln, um einsatzfähig und gesund zu bleiben. Diese häufigen Wechsel von Bezugstherapeuten würden wiederum die therapeutische Beziehung und den gesamten Therapieprozess stark belasten.

Eine einfache Überlegung drängt sich auf. Nach dem aktuellen Stand der Prozess-Ergebnisforschung kann man davon ausgehen, dass die therapeutische Allianz einen großen Einfluss auf den Therapiefortschritt hat, und dass multiple Beziehungen zwischen Patienten und dem Behandlungsteam die Wirkung einzelner Therapeut-Patient-Beziehungen übertreffen können. Bei einer *systematischen* Behandlung durch mehrere gleichermaßen verantwortliche Therapeuten könnten die Patienten ein Höchstmaß an therapeutischer Allianz erfahren, ohne dass sie in Gefahr geraten, von einem einzelnen Behandler abhängig zu werden. Das von Alfred Adler um 1920 erprobte Konzept der „Multiplen Psychotherapie“ stellt eine historisch bedeutsame Annäherung dar, diesen Missstand der herkömmli-

chen Psychotherapie zu überwinden. Es wurde aber nie in größerem Umfang eingesetzt (vgl. Langegger 1990). Unabhängig von der multiplen Psychotherapie wurde 70 Jahre später bei ALITA die *Therapeutenrotation* entwickelt. Nur diese ermöglicht es, die hohe Kontaktfrequenz der intensiven kognitiv-verhaltenstherapeutischen Suchttherapie mit den für die Beziehungsgestaltung unerlässlichen klientenzentrierten Grundhaltungen -Empathie, Wertschätzung und Kongruenz- gezielt zu kombinieren. Die Therapeutenrotation macht ALITA somit praktisch umsetzbar. Diese Methode der multiplen Beziehungsgestaltung ist in der Behandlung von Suchtkranken vollkommen neu. Sie hat sich in den vergangenen 10 Jahren vor allem klinisch bewährt und ist erstaunlich resistent gegen die oben genannten Schwächen des Bezugstherapeutensystems. Während die Therapeutenrotation in früheren Arbeiten aus den Perspektiven der allgemeinen Psychotherapie (Krampe et al. 2001b) und der Suchttherapie (Krampe et al. 2001c) diskutiert worden ist, geht es im folgenden um die wichtigsten Aspekte der grundlegenden Therapieprozesse bei ALITA.

### Multiple Beziehungsgestaltung durch die Therapeutenrotation

Therapeutische Gespräche sind bei ALITA wegen der anfänglich täglichen Kontakte weitaus häufiger als bei jeder anderen Therapie. Um die Intensität der Behandlung praktisch umsetzen zu können, werden die Gespräche nach dem Rotationsprinzip durchgeführt: ein interdisziplinäres Team von sechs bis sieben Therapeuten betreut die Patienten gemeinsam (supervidierender Psychiater, Psychologe, Arzt, Sozialarbeiter, Pfleger, Psychologie- und Medizindoktorand).

Dass auf das klassische Bezugstherapeutensystem verzichtet wird, bedeutet aber nicht, dass gleichzeitig die Beziehungsgestaltung vernachlässigt wird. Im Gegenteil, das wichtigste Therapieziel am Anfang der Behandlung ist, vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen zwischen den Patienten und allen Therapeuten zu entwickeln. Um dies zu erleichtern,

werden die Therapeuten zum einen ausführlich in Gesprächsführung und in speziellen Interventionstechniken zur Behandlung der Suchtkrankheit, sowie der komorbiden Störungen geschult. Vor allem aber lernen sie eine neue therapeutische Grundhaltung kennen: jeder Therapeut ist für jeden Patienten verantwortlich. Dies stellt hohe Anforderungen an die Persönlichkeit und an die sozialen Fertigkeiten der einzelnen Mitarbeiter. Moderne Kompetenzen wie Offenheit, Flexibilität und Teamgeist, aber auch altmodische Eigenschaften wie Demut, Rücksichtnahme und Fleiss sind die Grundvoraussetzungen für eine multiple Beziehungsgestaltung.

Praktisch funktioniert Therapeutenrotation, indem sich das Team konsequent an einen bestimmten Behandlungsablauf hält. Die Mitarbeiter wechseln in einer zwanglosen Reihenfolge zwischen den einzelnen Therapiesitzungen. Die Patienten können nicht bestimmen, mit welchem Therapeuten sie sprechen und wissen in der Regel auch nicht, welchen Therapeuten sie bei ihrem nächsten Termin treffen. Ein Mitarbeiter führt höchstens drei bis vier aufeinanderfolgende Sitzungen mit einem Patienten durch. Gemeinsame Gespräche mehrerer Therapeuten mit einem Patienten sind möglich und helfen häufig, Beziehungsprobleme möglichst früh zu überwinden. Das Ausscheiden eines Therapeuten aus dem Team und die Aufnahme eines neuen Therapeuten werden nicht als unvermeidbares Übel gesehen, sondern gelten als Spezialfall der Rotation. Hier erlernen und trainieren die Patienten den funktionalen Umgang mit Abschied und Trennungserlebnissen und den Aufbau neuer interpersonaler Beziehungen.

Bei der Vorstellung der Therapeutenrotation in Kliniken, ambulanten Einrichtungen und auf Kongressen wird immer wieder eine Frage gestellt: wie ist es überhaupt machbar, dass verschiedene Therapeuten denselben Patienten behandeln, ohne Verwirrung im Therapieprozess zu stiften? Vor allem drei Aspekte tragen zur multiplen Beziehungsgestaltung bei.

## Transparenz

Zum einen ist es sehr wichtig, ein Höchstmaß an Transparenz aufrechtzuerhalten, um Informationsverlust zu vermeiden. Als Grundlage dazu sind intensive, ausführliche Übergaben nötig. Bei ALITA finden zwei große Teamsitzungen in der Woche statt (drei bzw. eineinhalb Stunden); bei Bedarf werden zusätzliche kurze Übergaben durchgeführt. Jeder therapeutische Kontakt mit dem Patienten wird schriftlich dokumentiert, so dass alle Therapeuten auf dem aktuellen Stand der Therapie arbeiten können. Die Dokumentationen bei ALITA sind kurz und prägnant; sie sollen über das aktuelle Befinden, Änderungen oder Stabilität im therapeutischen Prozess (z.B. Behandlungsschwerpunkt, Verlauf der Sitzung, therapeutische Beziehung) und neue Vereinbarungen (z.B. zu erledigenden Hausaufgaben, geplante Themen der nächsten Sitzung) informieren.

## Kongruenz

Bei den Mitarbeitern muss Übereinstimmung über die wesentlichen Inhalte der Therapie bestehen (z.B. kongruente Darstellung wesentlicher Konzepte wie Missbrauch, Abhängigkeit, chronische Krankheit, Rückfall oder Umgang mit alkoholhaltigen Lebensmitteln). Durch diese inhaltliche Kongruenz ermöglichen die Therapeuten, dass sich auch die Therapieprozesse kongruent entwickeln. Nicht eine einzelne Bezugsperson, sondern das gesamte Team wird zur wichtigsten therapeutischen Instanz für die Patienten. Um die Kongruenz nicht zu unterlaufen, ist es sehr wichtig, dass jeder Therapeut als Teammitglied auftritt. Somit wird verhindert, dass die therapeutischen Beziehungen der anderen Mitarbeiter zerstört werden (z. B. keine Kritik am Vorgehen der anderen Therapeuten vor den Patienten; korrekte Darstellung von Teambeschlüssen, d.h. „Wir haben beschlossen“ statt „Ich habe beschlossen“).

Ein kurzes Beispiel soll veranschaulichen, wie sowohl kongruentes als auch transparentes Vorgehen aussehen kann:

Werden Vereinbarungen mit den Patienten ausgehandelt, vertreten alle Therapeuten konsequent dieselbe Argumentation und legen diese offen dar, so dass die Patienten Einblick in die Prinzipien und Strategien von ALITA erhalten. Ein Beispiel: Ein Patient hatte einen kurzen Alkoholrückfall. Die Mitarbeiter erklären ihm in verständlichen Worten, dass nach neurobiologischen Erkenntnissen der Alkoholkonsum bei Alkoholkranken eine sehr starke Aktivierung des Suchtgedächtnisses in Gang setzen kann, und dass diese Aktivierung ein großes Risiko für einen ausgeprägten Rückfall darstellt. Dies sei der Grund, weshalb das Team nach einem kouperten Rückfall die Intensivierung der Kontaktfrequenz für die nächsten Wochen fordert. Die kongruente und transparente neurobiologische Argumentation hat zwei Funktionen. Sie soll dem Patienten zunächst ein funktionales Störungsmodell der Chronizität seiner Krankheit vermitteln, sie soll aber auch verhindern, dass die Patienten die vorübergehenden häufigeren Therapiekontakte als „Nachsitzen“ empfinden, mit dem das Team Alkoholkonsum bestraft.

## Therapieausbildung durch Therapeutenrotation

Die Patienten sind es gewohnt, mit mehreren Therapeuten gemeinsam zu arbeiten. Dadurch bietet sich das ALITA-Setting sehr gut zur Schulung neuer Mitarbeiter an.

In den ersten zwei bis drei Wochen nehmen die neuen Therapeuten an möglichst vielen Gesprächen beobachtend teil. Sie stellen sich den Patienten vor, geben Auskunft über sich selbst und beschränken sich ansonsten darauf, aufmerksam zu zuhören und zu beobachten. Nach einigen Therapiekontakten mit demselben Patienten beteiligen sie sich am Gespräch, am besten durch interessierte Fragen. Zwischen den Gesprächen und in den Teamsitzungen haben die erfahrenen Therapeuten Zeit, ihr Vorgehen zu erläutern, zu kommentieren und mit den neuen Kollegen zu diskutieren. In den folgenden Wochen übernehmen die neuen Therapeuten die

Gesprächsführung und die erfahrenen Kollegen wechseln in die Beobachterrolle, so dass das Vorgehen der jungen Mitarbeiter gemeinsam gestaltet werden kann. Dabei wird vor allem vermittelt, wie die Grundhaltungen der Klientenzentrierten Therapie durch ein Team realisiert werden können und welche besonderen Auswirkungen dies für die multiple Beziehungsgestaltung hat:

Wie in der dyadischen Therapie lernen die Therapeuten zunächst, dass sie „echt“ sein dürfen und sollen, d.h. z.B. einem interessierten Patienten mitteilen, was in ihnen vorgeht, nichts verheimlichen bzw. „vormachen“. Für das Team bedeutet Echtheit zusätzlich, dass alle Mitarbeiter transparent, einheitlich, untereinander kongruent, und nicht grob widersprüchlich vorgehen (s. o.).

Dadurch, dass die Patienten die *bedingungslose Akzeptanz* und *Wertschätzung* durch mehrere Therapeuten erfahren, potenziert sich die vertrauensbildende Wirkung dieses Therapiefaktors. Eine warmherzige, vertrauensvolle Gesamtatmosphäre ist die Basis für die Arbeit an schambehafteten Themen mit verschiedenen Therapeuten (wie z.B. das Erzählen von demütigenden Erlebnissen während früherer Trinkexzesse). Praktisch gesehen stellt *Empathie* eine Umsetzung der Akzeptanz in Taten dar. In den Gesprächen versuchen die Therapeuten, die Patienten in ihrem inneren Bezugsrahmen zu verstehen und zu signalisieren, dass sie das innere Erleben der Patienten voll und ganz akzeptieren. Die psychotherapeutische Wirkung dieser Dynamik zwischen Akzeptanz und Empathie wurde von den Pionieren der Klientenzentrierten Therapie entdeckt. Postmodern umformuliert findet sie sich aber auch im Begriff der „Validierung“ in der zeitgenössischen Therapie der Borderlinestörung wieder (vgl. Linehan 1996). Spannend ist nun, wie sich bei den Patienten die Validierung ihres Erlebens durch mehrere Therapeuten auswirkt. Die klinischen Erfahrungen bei ALITA sprechen dafür, dass die heilsame Erfahrung, von einer ganzen Gruppe verstanden und bedingungslos akzeptiert zu werden, zur Stabilisierung der emotionalen Regulation, zur Steigerung

des Selbstwertes und zur funktionalen Neuorganisation des Selbstkonzeptes, also insgesamt zu einer Reifung der Persönlichkeit der Patienten beiträgt.

### Wirkmechanismen der Therapeutenrotation

Trotz der starken Betonung kongruenter Prozesse braucht kein Therapeut bei konkreten Fragestellungen auf seine persönliche Sichtweise und eigenen Vorlieben im therapeutischen Vorgehen zu verzichten. Gerade die Unterschiede zwischen den Mitarbeitern können -bei grundsätzlicher Kongruenz- die positiven Auswirkungen der Therapeutenrotation hervorrufen. Um das Zusammenspiel von gleichartigen und unterschiedlichen Prozessen bei ALITA zu beschreiben, wurden *zwei zentrale Wirkmechanismen* der Therapeutenrotation formuliert:

- 1) **Kongruenz und Wiederholung:** Bestimmte Prozesse und Inhalte der Therapie werden grundsätzlich *übereinstimmend* durchgeführt bzw. dargestellt und oft *wiederholt*.
- 2) **Verschiedenheit und Variation:** Die Patienten werden mit *verschiedenen* Aussagen und Handlungen von *verschiedenen* Personen konfrontiert, um bei grundsätzlicher Kongruenz eine *Variation* der wichtigsten Therapieinhalte und eine Beschäftigung mit neuen Sichtweisen, Interpretationen und Handlungsmöglichkeiten zu provozieren.

Wie Therapeutenrotation funktioniert, lässt sich am besten nachvollziehen, wenn man sich damit beschäftigt, wie ihre beiden Wirkmechanismen mit den allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie interagieren. Von vielen möglichen Interaktionen (vgl. Krampe et al. 2001b) sollen hier nur zwei beispielhaft erwähnt werden.

Durch *Kongruenz und Wiederholung* können vor allem Interventionen, die dem Wirkfaktor „Aktive Hilfe bei der Problembewältigung“ (Grawe 1997) zugeordnet werden, optimiert werden.

Training, Rollenspiel, Rückmeldung und positive Verstärkung sind die besten Mittel, neue Problemlöse- und Bewältigungsfertigkeiten zu erlernen und stabil aufrechtzuerhalten (wie Alkohol abzulehnen, aktives Zuhören in Gesprächen etc.). Sie wirken aber erst, wenn sie regelmäßig wiederholt werden. Durch den Wechsel der Therapeuten, die alle bei einem bestimmten Vorgehen bleiben (z.B. nie an Lob sparen, auf die Realisierbarkeit von Lösungen achten, konsequente Rückmeldung bei der Besprechung von Hausaufgaben), wird diese Wiederholung automatisch vollzogen. Auf explizite Wiederholungsprogramme kann verzichtet werden. Dadurch wird die Wiederholung spielerisch und wenig anstrengend. Es wird vermutet, dass deshalb mehr Wiederholungen durchgeführt werden, so dass neue Fertigkeiten schneller und stabiler erlernt werden.

Der Wirkmechanismus „*Verschiedenheit und Variation*“ macht sich besonders in der Interaktion mit den klärungsorientierten Aspekten von Psychotherapie bemerkbar. Die Gespräche mit verschiedenen Therapeuten sollen das Erkennen und Ändern dysfunktionaler Kognitionen erleichtern. Tiefverwurzelte, starre Denkstrukturen zu ergünden und zu beeinflussen, kann in dyadischen Therapien meist nur durch komplizierte, oft künstlich anmutende Therapietechniken und kunstvolle Gesprächsführung herbeigeführt werden. Durch die Therapeutenrotation entwickeln sich solche Änderungsprozesse wesentlich einfacher. In den Gesprächen mit verschiedenen Therapeuten besteht die Möglichkeit, Variationen wichtiger Überzeugungen wiederholt zu thematisieren, ohne dass die Wiederholung künstlich wirkt, und ohne dass ein kontraproduktives Gegenargumentieren durch den Therapeuten entsteht. Durch empathisches Verstehen und gemeinsames Interpretieren haben Patient und Therapeut die Möglichkeit, alternative funktionale Kognitionen zu erarbeiten. Dabei fallen den verschiedenen Therapeuten unterschiedliche Aspekte auf, sie betrachten die Überzeugungen des Patienten aus verschiedenen Perspektiven und stellen unterschiedliche Fragen.

Die Gefahr der Individualtherapie -den Patienten durch treffende geschliffene Argumentationsketten überzeugen zu wollen- entfällt, weil sich die Therapeuten im Gespräch darauf beschränken, einzelne Facetten zu betrachten. Der Patient kann neue Aspekte eines Gesprächs in sein Denksystem einbauen und in der folgenden Sitzung mit einem anderen Therapeuten ausprobieren. Wichtig ist, dem Änderungsprozess genug Zeit zu lassen, da es sich um Manipulation an einem stabilen, komplexen, ich-syntonen kognitiven System handelt (Beck et al. 1990).

### Integration von klientenzentrierten und verhaltenstherapeutischen Therapieelementen im Verlauf von ALITA

#### Grundsätzliches psychotherapeutisches Vorgehen in der Intensiv- und Stabilisierungsphase

Zu Therapiebeginn, wenn die biologische Stresstoleranz der Patienten noch extrem beeinträchtigt ist (Ehrenreich et al. 1997b, Döring et al. 2003), hat sich ein supportives und wenig forderndes Vorgehen sehr gut bewährt. Die Teammitglieder orientieren sich deshalb ganz eng an den Grundhaltungen der klientenzentrierten Therapie, um eine nonkonfrontative und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Patienten zu entwickeln (Abb. 1). Primäre Ziele dieser Therapiephase sind die Lösung konkreter Alltagsprobleme, die Verhinderung belastender emotionaler Aufwühlung, die Stabilisierung der noch sehr „verletzbaren“ Abstinenz und ganz allgemein die Überwindung der anfangs hohen Demoralisierung der Patienten. Die Patienten bestimmen, worüber in den Sitzungen gesprochen wird, und die Therapeuten verzichten bewusst auf tiefergehendes Nachfragen. Als einzige Regel für die Gesprächsthemen in den ersten drei Monaten gilt, dass in jedem Gespräch einmal der Begriff „Alkohol“ erwähnt werden muss. Dies beugt einem „Verblässen des Alkoholproblems“ vor dem Hintergrund übermächtiger aktueller psychosozialer Schwierigkeiten vor und hilft den Patienten, ein stabiles

Bewusstsein für ihre Alkoholkrankheit zu entwickeln.

Unter Nutzung aller verfügbaren externen und internen Ressourcen (vgl. Grawe & Grawe-Gerber 1999; Willutzki 2000) helfen die Therapeuten bei der Entwicklung von Selbstwert und dem Erleben von Selbstwirksamkeit. Derart explizite Ressourcenorientierung ist eine therapeutische Haltung, die sich bei der ambulanten Arbeit mit schwerstabhängigen Patienten fast von alleine ergibt. Die Therapeuten erlernen sie deshalb sehr leicht, wenn sie während der Kurzkontakte täglich existentielle Entscheidungen treffen müssen. Denn im ersten halben Jahr der Therapie kommt es bei vielen Patienten oft zu riskanten Situationen und Krisen, die ein schnelles und kreatives Vorgehen nötig machen: „Ist ein Patient rückfallgefährdet oder suizidal? Wie kann die ambulante Betreuung während der Krise am besten fortgesetzt werden? Ist eine Intensivierung der ambulanten Kontakte ausreichend, oder ist eine kurze stationäre Aufnahme zur Krisenintervention nötig? Welche Brücken wird der Patient am ehesten akzeptieren? Auf welche Therapieerfolge ist er besonders stolz? Was ist ihm besonders wertvoll? Was könnte ihn faszinieren und dazu bewegen, die Behandlung fortzusetzen? usw.“. Die Patienten und das Team sind täglich damit beschäftigt, sämtliche Faktoren zu eruieren, die für das Fortsetzen der Abstinenz, für die Anerkennung des schon Erreichten und letztenendes für das Weiterleben in die Waagschale geworfen werden können. Diese Betrachtungsweise schult den Blick für die Stärken der Patienten und ihrer Umwelt.

Die Therapeutenrotation hat sich besonders in Krisensituationen während der frühen Abstinenz bewährt. Das Team kann gemeinsam die Situation analysieren, die wichtigsten Schritte planen, und sich die Arbeit teilen. Während sich z.B. zwei Therapeuten ausführlich um den Krisenpatienten kümmern, können die anderen Teammitglieder die restlichen Patienten versorgen. Diese flexible Zusammenarbeit ist natürlich nur möglich, wenn vorher dafür gesorgt

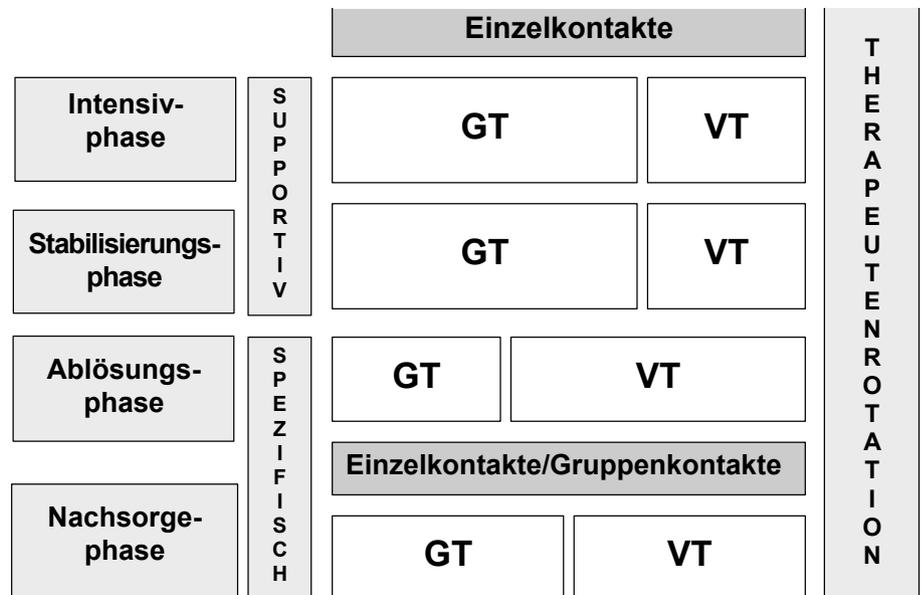
worden ist, dass die Patienten mit allen Therapeuten vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut haben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den ersten sechs Behandlungsmonaten von ALITA ein klientenzentriertes Vorgehen überwiegt. Die verhaltenstherapeutischen Elemente stellen jedoch auch schon zu Therapiebeginn den Rahmen des Programms dar, z.B. die eindeutige Abstinenzorientierung, die strengen Therapieregeln (kurze Gespräche, kein Versäumen des Termins) oder die Kontroll-Elemente (Aversionsmedikation, Urinkontrollen, aggressive Nachsorge).

**Grundsätzliches psychotherapeutisches Vorgehen in der Ablösungs- und Nachsorgephase**

Im Lauf des ersten ALITA-Jahres werden die Therapiekontakte durch Reduzierung der Kontaktfrequenz langsam ausgeschlichen und münden in eine ein-

mal wöchentlich stattfindende therapeutenbegleitete Gruppe, die den Besuch von Selbsthilfegruppen nach der Therapie vorbereitet. Parallel zur wachsenden Stresstoleranz der Patienten ergänzen die Therapeuten das supportive Vorgehen durch tiefergehende Gespräche, die je nach individueller Belastbarkeit ca. ab dem 6. Therapiemonat beginnen (Abb. 1). Die suchtherapeutischen Themen sind nun ausführliche Analysen von subjektiven Rückfallbedingungen und individuellen Suchtentstehungsfaktoren, Optimierung und Aufrechterhaltung von Rückfallpräventionsstrategien, Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen und Interaktionsmuster, sowie Integration und Stabilisierung eines funktionalen Krankheitsmodells. Weitere Therapieziele während der ALITA-Phasen III und IV liegen in der Klärung und Bewältigung von Interaktions- und Kommunikationsproblemen (vor allem Partnerschafts- und Familienproblemen), im Training sozialer Kompetenzen, sowie in der expliziten Behandlung komorbider Störungen.



Relative Gewichtung der einzelnen Therapieverfahren  
Die Darstellung des jeweiligen Anteils von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie in den einzelnen Phasen gibt die „große Linie“ wider. Abweichungen davon können individuell erfolgen.

GT: Gesprächspsychotherapie  
VT: Verhaltenstherapie

**Abbildung 1:** Psychotherapie bei ALITA

Zum Einsatz kommen bewährte kognitiv-behaviorale Interventionen der Suchttherapie (vgl. Lindenmeyer 1999) und der Therapie komorbider Störungen, z.B. Expositionstherapie bei Angststörungen oder Aktivitätsaufbau und Kognitionsänderung bei Affektiven Störungen (vgl. Hautzinger 2000). Es ist extrem wichtig, diese Interventionen in das gesamte Therapieprogramm behutsam einzubetten und für den einzelnen Patienten anzupassen. Alkoholrückfälle durch zu schnelles oder zu belastendes Vorgehen müssen unbedingt verhindert werden. Die Therapeuten vergegenwärtigen sich deshalb immer wieder, dass alkoholabhängige Patienten in erster Linie schwer suchtkrank sind und eine vermutlich chronisch gestörte Stressverarbeitung aufweisen. Ein Rückfall bedeutet für die meisten von ihnen akute Lebensgefahr. Das Rückfallrisiko steigt in emotional belastenden Situationen, z.B. nach dem Expositionstraining oder nach der Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Grundüberzeugungen oder schmerzhaften Erlebnissen der Vergangenheit. Deshalb verzichtet das Team auf stures Abarbeiten von Therapiemanualen und nutzt das ganze Spektrum der oben geschilderten Elemente von ALITA, um den Patienten während der Behandlung komorbider Störungen den nötigen Rückhalt zu geben. Besonders bewährt haben sich eine vorübergehende Erhöhung der Kontaktfrequenz, die Möglichkeit zu Telefonkontakten und Kriseninterventionen, aber auch scheinbar einfache Faktoren wie die simple Tatsache, dass durch die Kontroll-Elemente des Programms (überwachte Antabus-Einnahme, Urinkontrollen) das Trinken als Lösung vorübergehender Belastung entfällt bzw. extrem unattraktiv geworden ist. Es besteht somit ein „sanfter Zwang“, neue Lösungsmöglichkeiten zu erkunden, auszuprobieren und wiederholt einzusetzen.

Während neue Studien zeigen, dass das simple Aneinanderreihen standardisierter Verhaltenstherapie-Programme keinen Erfolg oder sogar negative Auswirkungen auf die Therapie von Suchtkranken mit komorbiden Störungen hat (vgl. Bowen et al 2000; Randall et al. 2001), konnte durch das integrative

Vorgehen bei ALITA ein dramatischer Rückgang komorbider Störungen erzielt werden (Wagner et al. 2001). Beim Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Suchttherapie ist die derzeit sehr moderne Verwendung möglichst vieler störungsspezifischer Manuale (die immer wieder das gleiche Vorgehen in unterschiedlichen Worten formulieren) unsinnig. Erfolgversprechend ist jedoch die sinnvolle Integration *verhaltenstherapeutischer Kernelemente* in ein *grundlegend klientenzentriertes Therapieprogramm*: strukturierte Selbstbeobachtung, funktionale Bedingungsanalyse, Vermittlung von Störungswissen, Entdeckung und Nutzung eigener und fremder Ressourcen, Analyse und Änderung des eigenen Denkens, gezieltes Problemlösen, Erkundung und Training funktionalen Verhaltens.

### Prozess-Ergebnis-Forschung bei ALITA

Der vorliegende Artikel stellt den integrativen Ansatz von ALITA dar. Die Umsetzung multipler Beziehungsgestaltung durch die Therapeutenrotation ermöglicht es, Suchttherapie, Sozialarbeit, medizinische Betreuung und Psychotherapie effektiv zu verbinden. Während die Erfolgszahlen der reinen Ergebnisforschung für sich sprechen (vgl. Ehrenreich et al. 1997, 2000; Wagner et al. 2001), ist die Konzeption der Therapieprozesse bei ALITA zunächst das Resultat klinischer Erfahrungen. Um die phänomenologische Beschreibung mit empirischen Daten zu überprüfen, wurde im April 2000 eine noch laufende Langzeitstudie begonnen, die die Beziehungen zwischen Prozess- und Ergebnisvariablen bei ALITA erfasst und darstellt. Umfassende Fragebogenerhebungen verfolgen den Langzeitverlauf von psychiatrischer Komorbidität, suchtasoziierten Problemen, therapeutischer Allianz und verschiedenen Aspekten der Selbstregulation. Parallel wurden über den gesamten Behandlungsverlauf von zwei Jahren Therapiegespräche, die in Therapeutenrotation durchgeführt worden sind, auf Videobänder aufgenommen. Zur Auswertung der Videoaufnahmen wurde ein neues Codiersystem zur

Beurteilung der Gespräche entwickelt, das sowohl die Arbeitsatmosphäre, als auch die therapeutische Allianz und die Problembearbeitung der Patienten erfasst. Die aktuell durchgeführte Überprüfung der Exaktheit und Reliabilität des Ratingschemas und die Entwicklung eines Ratertrainings haben erste, sehr ermutigende Ergebnisse erbracht. Nach dem Abschluss der Reliabilitätsüberprüfung ist die Auswertung einer größeren Anzahl von Therapiegesprächen im Langzeitverlauf geplant, so dass untersucht werden kann, ob die existierenden Erfolgszahlen von ALITA mit den in der klinischen Praxis entdeckten Therapieprozessen in Zusammenhang stehen.

### Literatur

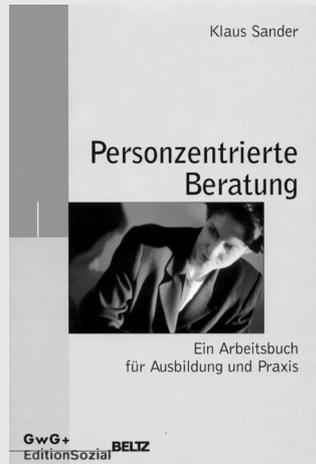
- Azrin NH, Sisson RW, Meyers R, Godley M (1982) Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 13: 105-112.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Beck AT, Freeman A, Pretzer J, Davis DD, Fleming B, Ottaviani R, Beck J, Simon KM, Padesky C, Meyer J, Trexler L (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford, New York.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1993) *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press, New York.
- Belding MA, Iguchi MY, Morral AR, McLellan AT (1997) Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 48: 51-59.
- Bowen RC, D'Arcy C, Keegan D, Senthilselvan A (2000) A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive Behaviors* 25: 593-597.
- Connors GJ, DiClemente CC, Dermen KH, Kadden R, Carroll KM, Frone MR (2000) Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 139-149.
- Connors GJ, Carroll KM, DiClemente CC, Longabaugh R, Donovan DM (1997) The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 588-598.
- 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, 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.
- Ehrenreich H, Krampe H (2002) Der suchtkranke Mensch - In unserer Mitte. In: Elsner N, Schreiber H-L (Hrsg) *Was ist der Mensch?* Wallstein, Göttingen, pp 105-125.
- 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, Rütther 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: 221-222.
- Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rütther 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 and Clinical Neuroscience* 247: 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: 1285-1293.
- Florentine R, Nakashima J, Anglin MD (1999) Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 17: 199-206.
- Fuller RK (1995) Antidipsotropic medications. In: Hester RK, Miller WR (eds) *Handbook of alcoholism treatment approaches, effective alternatives*, second edition. Allyn and Bacon, Boston, pp123-133.
- Fuller RK, Roth HP (1979) Disulfiram for the treatment of alcoholism. *Annals of Internal Medicine* 90: 901-904.
- Goldfried MR, Greenberg LS, Marmor C (1990) Individual psychotherapy: process and outcome. *Annual Review of Psychology* 41: 659-688.
- Grawe K (1997) Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7: 1-19.
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung - ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63-73.
- Hautzinger M (Hrsg) (2000) *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Beltz-PVU, Weinheim.
- Horvath AO, Symonds BD (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38: 139-149.
- Krampe H, Jahn H, Wagner T, Schwabe U, Sieg S, Heutelbeck K, Stawicki S, Maul O, Jacobs S, Poser W, Ehrenreich H (2001a) 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.
- Krampe H, Küfner H, Wagner T, Ehrenreich H (2001b) Die Therapeutenrotation - ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. *Psychotherapeut* 46: 232-242.
- Krampe H, Küfner H, Wagner T, Ehrenreich H (2001c) ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke) - die Wiege der Therapeutenrotation. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 3: 199-205.
- Krampe H, Wagner T, Küfner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, Timmer W, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H (in press) Therapist rotation - a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Substance Use & Misuse*.
- Lambert MJ, Barley DE (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 38: 357-361.
- Lindenmeyer J (1999) *Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie*, Band 6. Hogrefe, Göttingen.
- Linehan MM (1993) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, New York.
- Linehan MM (1996) *Grundlagen der dialektischen Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. In: Schmitz B, Fydrich T, Limbacher KG (Hrsg) *Persönlichkeitsstörungen. Diagnostik und Psychotherapie*. Beltz-PVU, Weinheim, pp 179-199.
- Long CG, Williams M, Midgley M, Hollin CR (2000) Within-program factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addictive Behaviors* 25: 573-578.
- Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, McLellan AT, Woody G (1997) Establishing a therapeutic alliance with substance abusers. In: Onken LS, Blaine JD, Boren JJ (eds) *Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug-dependent individual in treatment*, NIDA research monograph 165; National Institute on Drug Abuse Division of Clinical and Services Research: Rockville, pp 233-244.
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brian CP, Auerbach A (1985) Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* 42: 602-611.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 438-450.
- Miller WR, Rollnick S (eds) (1991) *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.
- Morgan TJ (1996) Behavioral treatment techniques for psychoactive substance use disorders. In: Rotgers F, Keller DS, Morgenstern J (eds) *Treating substance abuse: theory and technique*. Guilford, New York, 1996, pp 202-240.
- Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR (1998) "Seeking safety": outcome for a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress* 11: 437-456.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition. John Wiley, New York, pp 270-376.
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition. John Wiley, New York, pp 311-381.
- Patterson CH (1985) *The therapeutic relationship: foundations for an eclectic psychotherapy*. Brooks/Cole Publishing Company, Monterey, CA.
- Perrez JF (1992) *Alcoholism: causes, effects, and treatment*. Accelerated Development Inc. Publishers, Muncie IN.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1986) Towards a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (eds) *Treating addictive behaviors: processes of change*. Plenum Press, New York, pp 3-27.
- Randall CL, Thomas S, Thevos AK. (2001) Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 25: 210-220.
- Rogers CR (1942) *Counseling and psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston.
- Rogers CR (1951) *Client centered psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston.
- Rohrer GE, Thomas M, Yasenchak AB (1992) Client perceptions of the ideal addictions counselor. *International Journal of Addiction* 27: 727-733.
- Sachse R (2003a) *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Sachse R (2003b) *Histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe, Göttingen
- Safran JD, Muran JC (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford Publications, New York.
- Simpson DD (2001) Modeling treatment process and outcomes. *Addiction* 96: 207-211.
- Tausch R, Tausch A-M (1990) *Gesprächspsychotherapie*, 9. Auflage. Hogrefe, Göttingen.
- Tunis SL, Deluccchi KL, Schwartz K, Banys P, Sees KL (1995) The relationship of counselor and peer alliance to drug use and HIV risk behaviors in a six-month methadone detoxification program. *Addictive Behaviors* 20: 395-405.

- 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, Poser W, Matthies U, Döring W, Herzenstiel MN, Krieg C, Martin F, Oechsle A, Rusteberg W, Ehrenreich H (1999) ALITA: Ein neues Konzept der gemeindenahen Therapie Alkoholabhängiger. Sozialpsychiatrische Informationen 29: 31-34.
- Wienberg G, Driessen M (Hrsg) (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Willutzki U (2000) Ressourcenorientierung in der Psychotherapie - eine neue Perspektive? In: Hermer M (Hrsg) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. DGVT-Verlag, Tübingen, pp193-212.
- Woody G, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien C, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole AV (1983) Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Archives of General Psychiatry 40: 639-645.

### Anschrift der Autoren

Prof. Dr. Dr. H. Ehrenreich  
Max-Planck-Institut für experimentelle  
Medizin,  
Hermann-Rein-Str. 3, 37075 Göttingen.  
Tel: 0551 3899-628  
Fax: 0551 3899-670  
E-mail: ehrenreich@em.mpg.de



## Klaus Sander Personzentrierte Beratung

Ein Arbeitsbuch für  
Ausbildung und Praxis

Berater und Beraterinnen, die sich tagtäglich mit Menschen in belastenden Lebenssituationen beschäftigen, sollten einen wirksamen Ansatz für ihre Beratungsarbeit kennen und anwenden. Die auf Carl Rogers zurückgehende personzentrierte Beratung stellt ein Vorgehenskonzept dar, in dem besonders Haltungen wie empathisches Verstehen, Wertschätzung und Anteilnahme eine große Rolle spielen.

Ausgehend von einem Ausbildungsprojekt und vielen kasuistisch aufbereiteten Fallbeispielen erfährt der Leser und die Leserin die spezifische Bedeutung dieses Ansatzes. In zahlreichen Übungsangeboten werden produktive und unproduktive Beratungs- und Beziehungsverläufe gegenübergestellt und diskutiert. Dadurch ergeben sich für Berater und Beraterinnen in der Ausbildung und in der Praxis eine Fundgrube von Anregungen, Hinweisen und Anleitungen für eine effektive Beratungsarbeit.

„Sanders Darstellung ist gut lesbar, alltagsnah und auch erfrischend untherapeutisch. Nach der Theorie werden Protokolle von Beratungsprozessen zu den unterschiedlichen Lebensthemen vorgestellt und diskutiert. ... Gerade diese realitätsbezogene Darstellung kann die Lernenden zum Weitermachen ermutigen, auch wenn sich anfänglich Schwierigkeiten auftun.“ *Nando Belardi*

1999, 256 Seiten, broschiert, 19,90 €  
ISBN 3-926842-25-3

### Der Autor

*Klaus Sander*, Jg. 1940, Prof. Dr. phil.,  
Diplompsychologe, ist Professor für Klinische  
Psychologie und Beratungspsychologie  
am Fachbereich Sozialpädagogik der  
Fachhochschule Düsseldorf.