

Verhaltenstherapie bei Abhängigkeiten
Heinz C. Vollmer
Juni 2026

Anregungen zur Verhaltenstherapie psychotroper Substanzstörungen und Verhaltenssüchte
im Rahmen des wunderbaren Rationalitätsmodells von Hans Westmeyer
und
in Übereinstimmung mit der philosophischen Orientierung
zum Verständnis der Welt des außergewöhnlichen Literaturessayisten Bernard Pivot.

Inhalt

0. Vorwort

Die drei wichtige therapeutische Methoden

I. Verhaltensanalyse

1. Explorationsverhalten
2. Prinzipien
3. zeitlicher Ablauf
4. meine wissenschaftstheoretische Orientierung

II. Stimuluskontrolle

III. Rollenspiel

1. Kurzfassung
2. Langfassung und Begründungen
 1. Wirksamkeit
 2. ATP
 3. PET
 4. Kombination von PET & ATP
 5. Ablehnungstraining
 6. Erfahrungen
 7. sonstiges

IV. weitere Methoden

1. Verlern-Erlern-Liste
2. Verhaltensanalyse bei Rückfall während der Behandlung
3. suchtspezifische Bezugsgruppe

Meine therapeutischen Vorgehensweisen basieren auf theoretischem Hintergrundwissen, empirischen Studien, persönlichen therapeutischen Erfahrungen, Rückmeldungen von Patient*innen und Angehörigen und Diskussionen mit Kolleg*innen, entsprechend dem Rationalitätsmodell von Westmeyer. Abstinenzquoten von durchschnittlich 50 % erfordern weiterhin ein hypothesenorientiertes Vorgehen ohne allgemein verbindliche Allsätze.

So kann ich auf Grund meiner Erfahrungen und meines theoretischen Hintergrundwissens nur Anregungen, und nicht mehr, für eine erfolgreiche Behandlung abhängiger Personen geben.

Nach meiner Einschätzung ist, neben der Anwendung indizierter Interventionen, die wichtigste Wirkvariable das Verhalten der Therapeut*innen und in Kliniken das Verhalten des gesamten Teams. Ich meine damit authentisches, liebevolles, wissenschaftlich neugieriges Verhalten, auf Augenhöhe mit den Patient*innen, um gemeinsam individuelle Lösungen zu finden für jede einzelne abhängige Person und außerdem die therapeutische Fähigkeit, (unbewusste) Machtausübung zu vermeiden, im Kommunikationsstil flexibel zu reagieren und die Selbstregulation der Patient*innen zu fördern.

Die drei wichtigsten therapeutischen Methoden
sind nach meiner Erfahrung
Verhaltensanalyse, Stimuluskontrolle, Rollenspiel

Die individuelle Anwendung von Verhaltensanalyse und Rollenspiel ist nach meinem Eindruck leider bei der Behandlung abhängiger Personen eine Ausnahme, obwohl die drei genannten Methoden in vielen Fällen für eine erfolgreiche Behandlung ausreichen würden, sowohl für Personen, mit Abhängigkeit, als auch für Personen mit schädlichem oder riskantem Gebrauch oder Verhalten.

I. Verhaltensanalyse

Die Kunst der Exploration potenzieller funktionaler Bedingungen bei Abhängigkeiten

Explorationsverhalten:

offene Fragen, konkrete Fragen, keine Bewertungen, keine kausalen Fragen (z.B. anstatt: „wie war die Situation vor dem Rückfall“ „wie war die Situation im Monat x“), Begriffe Rückfall, Relapse, Vorfall, Lapse, vermeiden, Alltagssprache verwenden, Paraphrasieren sehr zurückhaltend einsetzen, operante Konditionierung gewünschter Antworten vermeiden, sich Zeit lassen, die Exploration erstreckt sich über mehrere Sitzungen.

Prinzipien:

- Therapeut/in gibt keine inhaltlichen Erklärungen. Patient*in arbeitet an kausalen Erklärungen. Patient = Therapeut.
- Funktionale Zusammenhänge sind nur als Hypothesen einzustufen und werden daher für Patient*innen nicht an einer Flipchart demonstriert, d.h. nur für Therapeut*innen als Arbeitshypothesen geeignet
- Patient*in überlegt Schlussfolgerungen und Vorsätze für die Zukunft. Therapeut*in paraphrasiert und geht nach den Strategien des Motivierenden Interviews vor
- Therapeut*in fördert die Selbstregulations-Fertigkeiten der Patient*innen
- Verhaltensanalyse ist gleichermaßen Diagnostik, Motivierung und Therapie.

zeitlicher Ablauf:

4. Indikation klären (keine Verhaltensanalyse ohne Indikation)
5. Motivation klären (keine Verhaltensanalyse ohne Veränderungsmotivation)
6. Abstinenzphasen sammeln (wann, wie lange, wo)
7. Exploration einer Abstinenzphase vereinbaren (Kriterien für die Auswahl: Abstinenzdauer, wie lange zurückliegend, wie gut erinnerbar)
8. Tag und Ort des Vorfalls (lapse) und/oder Rückfalls (relapse) erfragen, ohne die Verwendung der Begriffe Vorfall, Rückfall, sondern an welchem Tag, wo wieder erstmalig getrunken, gespielt, Drogen genommen (einschl. Intensität und Frequenz)
9. Lebenssituation (Zeit, Ort, Beruf, soziale Situation, Wohnung, etc.) im Monat x (=während der Abstinenzphase) in Alltagssprache erfragen
10. Tag des ersten Lapse in Alltagssprache erfragen (allgemeine und soziale Situation, Verhalten, Gedanken, Gefühle), als ob man die Situation nachstellen möchte; ebenso Tag des Relapse. (z.B. „der Tag, als Sie erstmalig wieder Alkohol getrunken haben, wann sind Sie morgens aufgestanden, was, wo gemacht, wie gefühlt, was dann gemacht,“)
11. nach ersten Ideen fragen, wie lapse, relapse hätte vermieden werden können
12. nach ersten Ideen fragen, wie in Zukunft lapse vermieden werden kann
13. einen Vorsatz erfragen und vereinbaren, falls dieser sinnvoll erscheint

14. Therapeut/in erstellt für sich alleine ein hypothetisches funktionales Bedingungsmodell, als Grundlage für Ideen zu weiteren Explorationen und zu weiteren Ableitung therapeutischer Methoden.

Meine wissenschaftstheoretische Orientierung

Die Verhaltensanalyse ist gleichermaßen Diagnostik, Motivierung und Therapie. Sie ist für mich die wichtigste verhaltenstherapeutische Intervention.

Wissenschaftstheoretischer Hintergrund meines therapeutischen Verhaltens, zutreffend auf Diagnostik, Motivierung und Therapie, ist das Rationalitätsmodell von Hans Westmeyer (79, 81) und meine philosophische Orientierung zum Verständnis der Welt entspricht der des Literaturessayisten Bernard Pivot, den ich hier zitiere, da ich es nicht so treffend formulieren kann.

Vom Journalisten und Literaturkritiker François Busnel nach seiner Methode in seinen phantastischen Literatursendungen befragt antwortet Bernard Pivot:

„Ich habe sogar eine fast philosophische Vorstellung von der Welt. Man sagt: „Am Anfang war das Wort.“ Aber nein, am Anfang war die Frage. Aus der Frage sind Millionen von Antworten entstanden, und aus diesen Millionen von Antworten sind weitere Fragen entstanden. Und diese Fragen brachten wiederum Milliarden von Antworten hervor. Auf diese Weise dehnt sich das Universum aus. Die Erde wird an dem Tag stillstehen, an dem aus dem, was als letzte Antwort erscheint, keine Frage mehr entsteht“ (82).

In meinen einfachen Formulierungen: Am Anfang der Therapie stehen nicht die Erklärungen, sondern die Fragen, die zu vielen Antworten führen, woraus wieder Fragen entstehen. Erst wenn keine Frage mehr entsteht, dann ist die Therapie beendet. Das wird aber nie sein, denn ich beende die Therapie, wenn Patient*in sich selbst Fragen stellen kann, in anderen Worten, wenn er oder sie die Fähigkeit zur Selbstregulation erreicht hat.

II. Stimuluskontrolle

Stimuluskontrolle (Skinner 1953, Kanfer & Phillips 1970) bedeutet die Beseitigung von Stimuli (SD), die ein unerwünschtes Verhalten auslösen, die Einführung von Stimuli, die ein erwünschtes Verhalten fördern und schließlich die Präsentation bzw. das Aufsuchen von Stimuli (S Δ), die ein Hinweis sind, dass das unerwünschte Verhalten nicht verstärkt wird.

Stimuluskontrolle ist einer der wichtigsten Methoden zu Beginn einer Behandlung, insbesondere bei der ambulanten Behandlung. Auf Grundlage der Verhaltensanalyse wird mit Pt vereinbart, welche Risikosituationen sie/er ab sofort meiden wird.

Typische Auslöser, die zu Beginn der Therapie vermieden werden sollten, sind die meisten Situationen, in denen gewohnheitsmäßig Alkohol getrunken wurde, wie zum Beispiel:

Stammkneipe, der Supermarkt mit den kleinen Schnapsflaschen an der Kasse, der mit Alkohol gefüllte Kühlschrank, mit alkoholtrinkenden Partner*in fernsehen, Besuch von Schwiegermutter, -vater, belastende Telefonate. So wird anfangs vereinbart, nach der Arbeit nicht mehr an der Stammkneipe vorbeizugehen, den Supermarkt wechseln, Alkohol aus der Wohnung entfernen, mit Partner*in etwas Aktives unternehmen, Besuch der Schwiegermutter/vater absagen oder belastende Telefonate nicht annehmen bzw. schnell und höflich beenden.

Im günstigsten Fall schlägt Patient*in gegen Ende der verhaltensanalytischen Exploration vor, welche Stimuli sie/er meiden möchte. Th beachtet:

- dass Pt dazu in der Lage und nicht überfordert ist,
- welche Hindernisse auftreten könnten
- dass es nicht zu einem starken Verstärkerverlust kommt
- ob Unterstützung durch andere Interventionen notwendig ist (z.B. Rollenspiele)
- ob mündliche Vereinbarungen ausreichen (mündliche Vereinbarung fördern die Selbstregulation)
- dass die Stimuluskontrolle zeitlich begrenzt wird

Ist das Vermeiden bestimmter Stimuli eine starke Überwindung, so werden gleichzeitig mit der Vereinbarung der Umsetzung der Verhaltensvorsätze Rollenspiele durchgeführt, um die Kompetenz zu verbessern. Beispiele für notwendige Rollenspiele sind: ein Telefonat höflich beenden, ein zufälliges Treffen eines „Drogenfreundes“ sofort wieder beenden. Falls die Exploration leicht verfügbare S[△]s für den Drogengebrauch ergab, wird die Erhöhung dieser Stimuli vereinbart. Beispiele sind: Kontakt zu abstinent lebenden Freunden; Orte aufsuchen, an denen Drogengebrauch unwahrscheinlich ist, alkoholfreie Getränke in der Wohnung.

Die Vereinbarungen werden mündlich getroffen, das Aufstellen von Verträgen ist dazu in der Regel nicht notwendig. Die Vereinbarungen sind zeitlich begrenzt, da Pt lernen sollte, drogenfrei zu leben, wenn Alkohol im Restaurant angeboten wird, wenn Partner*in Alkohol trinkt oder wenn Schwiegermutter/vater zu Besuch kommt.

Zur Verbesserung selbstregulatorischer Fertigkeiten sind auch in der stationären Therapie individuelle mündliche Vereinbarungen zur Stimuluskontrolle einem strikten Regelkatalog (Ausgangssperre, Kontaktsperre, etc.) vorzuziehen.

Zu beachten ist, dass durch die Stimuluskontrolle nicht ein zu starker Verlust an positiven Verstärkern entsteht, zum Beispiel durch Vermeiden der Drogenfreunde keine sozialen Kontakte mehr. Stimuluskontrolle beinhaltet daher auch den Aufbau von alternativen Verhaltensweisen, die für Pt verstärkend sind (siehe prinzipielle Therapieplanung im Script Verhaltensanalyse - Therapieplanung).

III. Rollenspiel

Rollenspiele können sowohl in der Einzeltherapie als auch in Gruppen durchgeführt werden. Direkt nach einer verhaltensanalytischen Exploration sind häufig Rollenspiele während der Einzeltherapie indiziert. Rollenspiele in der Gruppe sollten sich in der Regel für jeden einzelnen Patienten oder Patientin aus den Schlussfolgerungen der Einzeltherapie ergeben. Dadurch wird eine emotionale Beteiligung erreicht, die nach meinem Eindruck für den Therapieerfolg entscheidend ist und die durch Standard-Rollenspiele nur selten erreicht wird.

Zuerst eine kurze Zusammenfassung zur Durchführung von Rollenspielen, danach ein Plädoyer für Rollenspiele und für die richtige Durchführung. Denn schlecht durchgeführte Rollenspiele können zu einem Abbruch der Behandlung seitens Patient und Patientin führen und auch zu einer Verschlechterung der Symptomatik.

1. Kurzfassung

Zusammenfassung für Einzel- oder Gruppentherapie:

1. Pt hat eine soziale Situation geschildert
2. Th hat den Eindruck, dass ein besserer Umgang mit der Situation für Pt hilfreich wäre und außerdem relevant für die zu behandelnde Symptomatik ist
3. Th fragt Pt (oder Pt-Gruppe), was eventuell anders machen in der Situation
4. Th entscheidet was realistisch umsetzbar ist und bittet Pt um Einverständnis, die Situation als Rollenspiel durchzuführen. (in der Gruppe erhält Rollenspielpartner*in genaue Anweisung für das Verhalten, um übende*n Pt nicht zu überfordern)
5. Das Rollenspiel wird durchgeführt (Einzeltherapie: Th als Übungspartner*in; Gruppentherapie: andere*r Pt als Übungspartner*in)
6. Th beendet das Rollenspiel zu einem Zeitpunkt, wo es erfolgreich ist
7. Th (oder Gruppe) gibt **sofort** positive Rückmeldung
8. Th (oder Gruppe) macht maximal zwei Verbesserungsvorschläge
9. mit Einverständnis des/der übenden Pt wird Rollenspiel sofort wiederholt (Gruppe: kurzes Lob und Anweisung an Übungspartner*in)
10. mehrmalige Wiederholung des Rollenspiels (ca. 3 mal bis maximal 6 mal, je nach Motivation von Pt)

Wichtig zu beachten: Geschwindigkeit bei der Durchführung, Vermeidung von Diskussionen, jedes Rollenspiel mit erfolgreichem Verhalten (kurz bevor Pt versagt) beenden, ebenso das letzte Rollenspiel erfolgreich beenden.

2. Langfassung und Begründungen

Zuerst werde ich die Wirksamkeit von Rollenspielen kurz begründen, anschließend schildere ich das Vorgehen, wie ich es von Ulrich & deMuyneck mit dem ATP (Ulrich & deMuyneck 1998) gelernt habe, um dann das Training von Liberman et al., wie ich es angewendet habe, vorzustellen.

1. Wirksamkeit von Rollenspielen

1.1. Rollenspiele führen zur:

1.2. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten durch Modelllernen, positive Verstärkung einschließlich shaping und chaining und Diskriminationslernen

1.3.Reduzierung von Ängsten vor schwierigen oder angstbesetzten Situationen durch Gegenkonditionierung und Modelllernen

1.4.Verbesserung des Selbstwertes durch positive Verstärkung angemessener Verhaltensweisen und positiver Selbstverbalisierungen und Löschung negativer Selbstverbalisierungen.

Somit führen Rollenspiele zu Veränderungen auf allen Ebenen: der Verhaltensebene, der physiologischen und emotionalen Ebene und der kognitiven Ebene.

2. Prinzipien des ATP

2.1.in den Rollenspiel-Sitzungen werden vorwiegend nur Rollenspiele durchgeführt, Diskussionen werden auf eine andere Sitzung verschoben

2.2.auch wenn ich im folgenden vorwiegend den Begriff „Rollenspiel“ verwende, sollte er gegenüber Pt zurückhaltend benutzt werden, besser ist der Begriff „Verhaltensprobe“

2.3.es führen die Pt zuerst ein Rollenspiel durch, für die das gewünschte Verhalten in der Situation eine leichte und keine schwere Überwindung ist. Der Grad der Überwindung kann vorweg durch Einschätzung auf einer Skala von 1 bis 6 ermittelt werden.

2.4.durch die Gestaltung der Situation wird für jede*n Pt der Schwierigkeitsgrad variiert, so dass jede*r Pt mit einem Verhalten in einer Situation beginnen kann, dass es eine leichte Überwindung ist, d.h. keine Unter- und keine Überforderung

2.5.der Begriff „Schwierigkeit“ wird gegenüber Pt vermieden zugunsten des Begriffes „Überwindung“

2.6.die Schwierigkeit der Situation kann variiert werden durch Veränderungen

2.6.1.am gewünschten Verhalten (einfache, kurze Verhaltensweise vs. komplexere, längere Verhaltensweisen)

2.6.2.an der Situation (z.B. Freund*in vs. Bekannter oder nur ein Gegenüber vs. Anwesenheit anderer Personen)

2.6.3.an der Reaktion der/des Übungspartner*in (z.B. freundliches Eingehen vs. zurückhaltendes Nachfragen)

2.7.jede*r Pt wiederholt das Rollenspiel so häufig, bis das gewünschte Verhalten erfolgreich durchgeführt wurde; bei längeren Rollenspielen maximal 3 mal, bei kürzeren maximal 6 mal

2.8.nach jedem Durchgang erfolgt unmittelbar konkrete positive Rückmeldung für die/den Übende*n. Bei einer neuen Gruppe wird dies anfangs von Th modellhaft vorgemacht, um dann bereits nach zwei Sitzungen diese Aufgabe an die Gruppe der Pt abzugeben

2.9.nach jedem Durchgang gibt es maximal zwei konkrete Verbesserungsvorschläge

2.10.eine Wiederholung des Rollenspiels erfolgt unmittelbar nach Einverständnis von Pt mit den Verbesserungsvorschlägen. Zur Wiederholung des Rollenspiels ist ein direktives Vorgehen der/des Th notwendig, um größere Diskussionen und um den (unbewussten) Wunsch der Pt nach Vermeidung von weiteren Rollenspielen zu verhindern

2.11.Rollenspielpartner*in wird zum Abschluss nur sehr kurz für seine Leistung gelobt, falls sinnvoll auch ein sehr kurzes Lob zwischen den Durchgängen einer Situation

2.12. wenn ein Rollenspiel zum Misserfolg führt, dann diese Situation sofort beenden und sofortige Wiederholung mit verbesserter Anweisung für die Situation

3. Personal Effectiveness Training (PET)

Im PET bringen die Pt individuelle interaktionelle Situationen in die Gruppe ein, häufig ohne eine klare Vorstellung, wie sie sich in der Situation verhalten möchten (z.B. „bei meiner nächsten Heimfahrt treffe ich meinen Vater, der mich häufig kritisiert; am liebsten würde ich die Heimfahrt streichen“). Nachdem in der Gruppe entschieden wurde, zu welcher Situation Lösungen erarbeitet werden sollen, wird die Situation konkret von Pt beschrieben und es werden Lösungen durch die Gruppe erarbeitet, die im Rollenspiel geübt werden. Der Ablauf der Gruppe ist wie folgt:

3.1. Sammlung von interaktionellen Situationen und Entscheidung für eine relevante Situation in der Gruppe

bei der Entscheidung für eine Situation beachtet Th, dass die Situation für mehrere Pt relevant ist, dass es sich wirklich um eine interaktionelle Situation handelt, dass die Situation nach Erfahrung von Th für Rollenspiele geeignet erscheint und dass Th sich zutraut aus der vielleicht diffusen Schilderung von Pt, eine Rollenspiel-Situation abzuleiten. Ist das nicht der Fall, dann wird das Thema auf eine andere Gruppensitzung vertagt oder auf die Einzeltherapie

3.2. Situationsschilderung

der Pt N1 schildert die Situation sehr konkret (z.B. Ort des Treffens, Art der Reaktion des Gegenübers)

3.3. Dry run (Probelauf)

a) die Situation wird im Rollenspiel dargestellt, indem ein*e Patient*in die Rolle des Gegenübers (z.B. Vater) übernimmt und Patient*in N1 zeigt, wie sie/er sich ungefähr verhalten wird oder b) Pt N1 stellt die Rolle des Gegenübers dar und andere*r Pt übernimmt die Rolle von N1, wie sie/er sich in der Situation ungefähr verhalten würde.

3.4. Lösungsvorschläge

die anderen Pt überlegen, wie man in der Situation reagieren kann, Pt N1 hört anfangs nur zu und wählt dann ein Verhalten aus, das für sie/ihn passend erscheint. Th lenkt dabei den Entscheidungsprozess von Pt N1 in der Regel sehr zurückhaltend, aber bei unrealistischen Pt N1 hingegen sehr direktiv (s. auch Punkt 2.6)

3.5. Demonstration

ein*e Pt aus der Gruppe führt das vorgeschlagene Verhalten im Rollenspiel durch

3.6. Besprechung der Modellsituation

Pt N1 schildert welche Verhaltenselemente sie/er vom Modell übernehmen möchte und ergänzt evtl. mit neuen Verhaltenselementen

3.7. Rollenspiel mit Wiederholungen und Korrekturen

Pt N1 führt das Rollenspiel durch, erhält dafür positive Rückmeldung und Korrekturvorschläge (siehe 2.7 - 2.12)

3.8. Abschlussbesprechung

Pt N1 fasst zusammen, worauf sie/er in der zukünftigen realen Situation achten möchte und wird dafür von der Gruppe positiv verstärkt

3.9. Situationsschilderung Pt N2

ein*e weitere*r Pt, für die/den diese oder eine sehr ähnliche Situation relevant ist, schildert ihre/seine konkrete Situation (z.B. Ort, Art der Kritik, Antwortstil des Gegenübers)

3.10.Dry run (Probelauf)

die Situation wird im Rollenspiel dargestellt, ein*e Pt übernimmt die Rolle des Gegenübers und Pt N2 zeigt wie sie/er sich ungefähr verhalten wird, bereits unter Einbeziehung der Schlussfolgerungen aus den Verhaltensproben von Pt N1.

3.11.Lösungsvorschläge

wie oben, falls keine neuen Lösungsvorschläge notwendig sind, dann weiter zu Punkt 3.14

3.12.Demonstration

wie oben

3.13.Besprechung der Modellsituation

wie oben

3.14.Rollenspiel mit Wiederholungen und Korrekturen

wie oben

3.15.Abschlussbesprechung

wie oben

3.16.Situationsschilderung Pt N3 oder

3.17.Auswahl einer neuen Situation (siehe ab 3.1)

4. Kombination von PET und Vorgehen des ATP

Ich bin am besten zurecht gekommen mit einer Kombination dieser beiden Trainings, wobei für mich das PET im Vordergrund stand, wenn die Pt mit diesem Vorgehen nicht überfordert waren. Der größte Vorteil des PET liegt für mich in der Realitätstreue und der Aktualität der Situationen, die geübt werden.

Waren die Pt nicht in der Lage Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten oder selbst Situationen einzubringen, dann habe ich selbst auf die Pt zutreffende Standardsituationen vorgeschlagen (z.B. aus Ergebnissen der Verhaltensanalyse). Bei von Pt eingebrachten Problemen habe ich gelegentlich selbst eine Lösung vorgeschlagen und das Einverständnis der Pt eingeholt, dass sie diesen Lösungsvorschlag üben. Auch wenn es möglich war nur nach dem PET vorzugehen, habe ich darauf geachtet, dass von den Pt Standardsituationen eingebracht werden. Zu den Standardsituationen gehören angemessene Verhaltensweisen in den sozialen Feldern Partnerschaft, Familie, Freunde, Arbeit und sonstige soziale Kontakte und für alle diese Felder die Verhaltensbereiche:

4.1.auf Kritik eingehen

4.2.Kritik äußern

4.3.Lob annehmen

4.4.Forderungen äußern

4.5.Forderungen ablehnen

4.6.Kontakte beginnen und aufrechterhalten

4.7.Kompromisse erarbeiten

5. Ablehnungstraining

Ablehnungstraining (Chaney, Leary & Marlatt 1978) sollte nicht mit Pt durchgeführt werden, die sich bezüglich Abstinenz in der prämotivationalen oder prädeziSIONalen Phase befinden.

Für Pt in der aktionalen Phase ist hingegen das Ablehnungstraining unverzichtbar. Im Ablehnungstraining lernen die Pt Drogenangebote angemessen abzulehnen und Kontakte zu „Drogenfreunden“ zu beenden. Typische Situationen sind Alkoholangebote auf einem Fest, auf einer Betriebsfeier durch den Chef, auf Familienfesten und Drogenangebote durch alte „Drogenfreunde“. Je nach Region gibt es Standardsituationen wie Oktoberfeste in Bayern, Karneval in Köln, Schützenfest in Norddeutschland oder auch Alkoholkonsumenten in der Bahn bei der Rückkehr nach einer Heimfahrt zur Klinik. Neben allgemeinen und regionalen Standardsituationen für ein Ablehnungstraining empfiehlt es sich, dass die Pt persönliche Situationen im Rollenspiel üben. Entsprechend dem Vorgehen des Personal Effectiveness Training (Lieberman et al. 1975), werden bei den Verhaltensproben unterschiedliche Strategien der Ablehnung von den Patienten erarbeitet und erprobt. Nach Beendigung des Ablehnungstrainings sollte das Verhaltensrepertoire der Pt beinhalten:

- freundliche bis unfreundliche Ablehnung,
- Vermeiden von Ausreden,
- durch Abhängigkeit begründete und unbegründete Ablehnung,
- in der Risikosituation bleiben und die Risikosituation verlassen,
- verschiedene Strategien der Ablenkung, wie Themenwechsel, Vorschlag eines alkoholfreien Getränkes, einer alternativen Aktivität,
- Diskriminationslernen, in welcher Situation welche Verhaltensweisen angemessen sind.

Das Ablehnungstraining kann in einem Gruppenraum einer Ambulanz oder Klinik in vitro durchgeführt werden. Der Mehraufwand bei Verwendung realer Drogen oder die Durchführung des Ablehnungstrainings in einer Wirtschaft oder auf der Drogenszene hat sich nach meinen Erfahrungen nicht gelohnt. Wertvoller sind die Berichte der Pt über erfolgreiche Bewältigungsstrategien kritischer Situationen.

6. weitere Erfahrungen

- 6.1. Rollenspiel-Gruppen funktionieren nicht ohne ein S^D. Das kann ein bestimmter Werktag sein, jede xte Bezugsgruppe oder auch eine wenigstens eintägige Vorankündigung, wenn es nicht der Start einer neuen Gruppe ist. Wird kein S^D gesetzt, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass es den Patienten gelingt aus der geplanten Rollenspiel-Gruppe eine Diskussionsgruppe zu machen
- 6.2. ein Blitzlicht sollte zu Beginn der Gruppe vermieden werden, denn einigen Patienten wird es so schlecht gehen oder werden so schwerwiegende Probleme haben, dass diese auf Kosten der geplanten Rollenspiele nicht übergangen werden können. In anderen Worten, die Probleme der Patienten werden negativ verstärkt.
- 6.3. Rollenspielsituation mit den bescheidenen Mitteln des Gruppenraums (Stühle, Tische, Gläser, etc.) wie auf einer Theater-Bühne erstellen
- 6.4. die Rollenspiel-Akteure nehmen auf der „Bühne“ Platz, d.h. sie sind in Bewegung und nur in Ausnahmefällen (z.B. sehr starke Angst vor einem Rollenspiel) bleibt die/der Übende für das Rollenspiel auf seinem Gruppenstuhl sitzen
- 6.5. bei Auswahl des Übungspartners beachten, dass sie/er von der Persönlichkeit her dazu in der Lage ist und dass die Aufgabe für sie/ihn nicht belastend ist

- 6.6.nach dem Rollenspiel die/den Patient*in nicht fragen, wie es ihr/ihm geht, dies sollte besonders bei depressiven und selbstunsicheren Pt beachtet werden
- 6.7.beginnt Pt nach dem Rollenspiel mit negativen Selbstbewertungen auf diese nicht eingehen (löschen), sondern Pt unterbrechen mit positiven Rückmeldungen bzw. der Aufforderung an die restliche Gruppe zu positiver Rückmeldung
- 6.8.Pt mit Neigung zu negativer Selbstbewertung, können aufgefordert werden, die positive Rückmeldung in ihren Worten zu wiederholen
- 6.9.ehrlich sein bei den Rückmeldungen unter Beachtung des Bezugssystems und der Fähigkeiten der/des Patient*in
- 6.10.unsinnige Verbesserungsvorschläge der Beobachter löschen und die sinnvollen Verbesserungsvorschläge als Anweisung für die/den übende*n Pt zusammenfassen
- 6.11.vermitteln, dass die Durchführung angemessenen selbstsicheren Verhaltens das Erfolgskriterium ist und nicht die gewünschten Folgen durch das Verhalten
- 6.12.wenn Pt ein unrealistisches Anspruchsniveau oder unrealistische Handlungs-Folge-Erwartungen haben in der Gruppensituation darauf kurz hinweisen als Thema für die Einzeltherapie
- 6.13. Th sollte sich nicht überfordern bei Durchführung des PET, sondern notfalls auf einfache Rollenspiel-Situationen ausweichen. Die drei schwierigsten Aufgaben für Th sind
 - 6.13.1.aus einer diffusen Schilderung der/des Pt durch die Exploration eine geeignete und relevante Rollenspiel-Situation abzuleiten (s. Punkt 3.1)
 - 6.13.2.die Entscheidung der/des Pt so zu steuern, dass sie/er sich für realistisches, angemessenes Verhalten entscheidet (s. Punkt Punkt 3.4)
 - 6.13.3.unrealistische und unangemessene Verbesserungsvorschläge von Pt erkennen und löschen (s. Punkt 3.7)
- 6.14.eher keine Videorückmeldungen, da sie sehr zeitaufwendig sind und selbstunsichere Pt beim Betrachten des Rollenspiels ihre Aufmerksamkeit auf ihre „Fehler“ lenken mit der Folge einer Zunahme von negativen Selbstbewertungen
- 6.15.in vivo Übungen im natürlichen Lebensraum von Pt sollten wertschätzend gegenüber der sozialen Umwelt durchgeführt werden (andere Personen nicht mit selbstsicherem Verhalten nerven)
- 6.16.in vivo Übungen als Hausaufgabe sollten im Schwierigkeitsgrad zwei Stufen unter der im Rollenspiel bewältigten Aufgabe liegen
- 6.17.wenn die in vivo Übung ein Misserfolg war, dann beharrlich nachfragen, was Pt gut gemacht hat und negative Selbstverbalisierungen löschen

7. sonstiges

Weitere interessante Anregungen enthält das Gruppentraining von Hinsch & Pfingsten (2015)

Günstig ist wenn Th selbst an einem Training sozialer Kompetenz teilgenommen hat. Denn eine erfolgreiche Durchführung des Trainings setzt voraus, dass Th selbst angemessen selbstsicher ist und Kenntnisse hat über den Unterschied zwischen aggressivem, unsicherem und angemessen selbstsicherem Verhalten und über Regeln einer angemessenen Kommunikation.

IV. weitere erfolgsversprechende Methoden

Je weniger zusätzliche therapeutische Methoden angewendet werden, desto erfolgreicher ist die Behandlung, entsprechend dem Prinzip: „weniger ist mehr“. Trotzdem kann es sinnvoll sein, eine oder zwei weitere therapeutische Methoden anzuwenden, wie zum Beispiel:

1. Verlern-Erlern-Liste

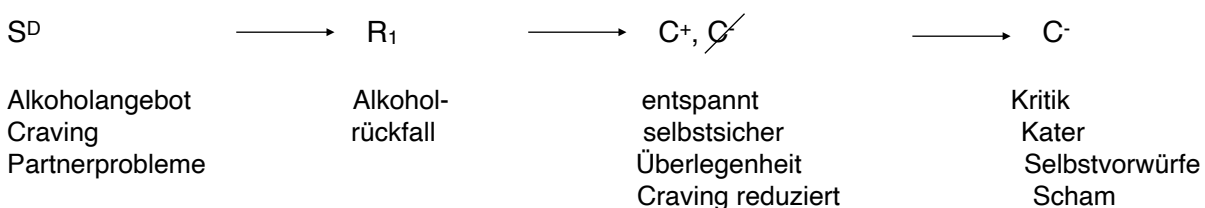
Die Erstellung einer Verlern-Erlern-Liste schriftlich gemeinsam mit Patient*in kann zu Beginn einer Behandlung sehr hilfreich sein.

Welche konkrete Verhaltensweisen, Gedanken und/oder Gefühle möchte der/die Patient*in reduzieren (bzw. verlernen) und welche erlernen. Einschätzung auf einer Skala von 1 - 6, wie stark der Änderungswunsch ist. Die Therapie wird mit dem Problem begonnen, bei dem ein starker Änderungswunsch vorliegt und gleichzeitig nach Therapeut*innen Einschätzung eine hohe kurzfristige Erfolgswahrscheinlichkeit, falls nicht bei einem anderen Problem wegen Selbst- oder Fremdgefährdung sofortiger Handlungsbedarf besteht. Die Verlern-Erlern-Liste gestattet eine Abschätzung der Motivation für Veränderungen in den einzelnen Bereichen.

2. Verhaltensanalyse bei Rückfall während der Behandlung

Die Wichtigkeit der prinzipiellen Therapieplanung soll an einem Beispiel eines Rückfalls während der Behandlung verdeutlicht werden (17, S. 45):

Fallbeispiel: Herr M hat im Ausgang auf einem Fest, wo er plötzlich ziemlich starke Lust auf Alkohol bekam, 3 Bier getrunken, wodurch das Verlangen nach Alkohol abgenommen hat und er sich auf dem Fest selbstsicherer fühlte. Nach wenigen Stunden hatte Herr M Kopfschmerzen und ein schlechtes Gewissen. Er berichtete seinem Therapeuten mit Tränen in den Augen seinen Rückfall und dass es ihm schon seit Tagen schlecht geht, da unklar ist, ob sich seine Partnerin vom ihm trennen will. Der Therapeut erstellt eine Verhaltensanalyse (siehe Verhaltenskette) zu dem Rückfall, bespricht erfolgreich wie die Partnerprobleme gelöst werden können und vermittelt erfolgreich Strategien Alkohol abzulehnen; 4 Tage später bricht Herr M die Therapie ab.



Was ist evtl. falsch gewesen am Vorgehen des Therapeuten? Oder wie würden Sie die Verhaltenskette fortführen? Auflösung auf Seite 3 in meinem Skript Verhaltensanalyse - Therapieplanung.

3. suchtspezifische Bezugsgruppe

diese Gruppe dient a) dem Erkennen von Risikosituationen und b) der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien. Es ist keine Problemlösegruppe im klassischen Sinn, sondern die Patienten erhalten lediglich durch die Diskussion über ausgewählte Themen Anregungen für ihre Therapieziele und Lösungsmöglichkeiten zur Erreichung der Ziele. Gruppensitzungen der suchtspezifischen Bezugsgruppe sind in unregelmäßigen Abständen sehr gut in den normalen Bezugsgruppen unterzubringen und sollten über den gesamten Therapiezeitraum verteilt sein. Der Therapeut moderiert die Gruppe, achtet darauf, dass möglichst alle Patienten beteiligt sind, dass die Patienten über sich reden und nicht über andere und dass niemand für seine Ideen kritisiert wird. Themen werden in der Regel von den Patienten in die Gruppe eingebracht. Der Therapeut achtet darauf, dass die unten genannten Themen diskutiert werden (die Themen 3, 4, 6, 7 entsprechen den typischen Rückfallsituationen von Cummings, Gordon & Marlatt 1980):

1. Themen der Patienten

die Frage nach Themenwünschen der Patienten soll die Selbstregulationsfertigkeiten der Patienten verbessern. Ein Blitzlicht ist dafür nicht geeignet, sondern neben der ganz allgemeinen Frage nach Wunschthemen halte ich unter anderem folgende Fragen für sinnvoll, falls die Patienten keine Wunschthemen haben: Überlegungen zur letzten Gruppensitzung, bewältigte Risikosituationen im letzten Monat, zukünftige Risikosituationen (z.B. Heimfahrt), aktueller Stand der Abstinenz, Verhaltensvorsätze für die nächste Woche bzw. den nächsten Monat.

2. Vor- und Nachteile der Abstinenz

beachten, dass jeder Patient nur von sich selbst berichtet, andere Meinungen kritisieren ist nicht erlaubt, sondern nur Formulierungen wie z.B. „das trifft auf mich nicht zu, sondern bei mir ...“

3. Frustration und Wut (z.B. Ärger am Arbeitsplatz)

Situationen sammeln, in denen die Patienten frustriert sind. Wie kann man sich in diesen Situationen entspannen, welche Vor- und Nachteile haben psychotrope Substanzen, Vorsätze für die Zukunft fassen

4. weitere unangenehme emotionale Zustände (z.B. Langeweile, Einsamkeit, depressive Verstimmungen (Patient hat nichts geplant am Wochenende, schlechtes Wetter, niemand ist telefonisch erreichbar, etc.), ebenso wie Punkt 3

5. drogenbezogene Grundkognitionen

was ist positiv, was negativ an zukünftigem Konsum, was an Abstinenz; was war positiv, negativ an damaligem Konsum; ausgewählte konkrete Situationen und Frage nach Gefühlen vor und nach dem Konsum (=verdeckte Frage nach Gedanken)

6. interpersonale Versuchungssituationen (z.B. direkter oder indirekter Druck durch andere Personen etwas zu trinken (alle bestellen nach dem Essen einen Schnaps und schauen den Patienten fragend an); Situationen sammeln und Gefühle in der Situation und Kognitionen dazu durch nicht-direktiven Stil erkunden

7. intrapersonale Versuchungssituationen (z.B. Wunsch etwas zu trinken, ohne Kenntnis externer oder interner Auslöser oder testen, ob ein Glas Bier nach erfolgreicher Therapie möglich ist)

8. Kontrolliertes Trinken und gelegentlicher Drogengebrauch (Vor- und Nachteile und Vorsätze)

9. Dauer der Abstinenz seit Therapiebeginn, Vor- und Nachteile der Abstinenz seit Therapiebeginn
10. Selbsthilfegruppen (Vor- und Nachteile, Vorsätze bzgl. Teilnahme)
11. sonstige Risikosituationen der Patienten

Rollenspiele sollten in dieser Gruppe eher nicht durchgeführt werden, sondern auf eine Rollenspiel-Gruppe verschoben werden. Denn die Anforderungen an die Leitung einer Bezugsgruppe vs. Rollenspiel-Gruppe und der Stil der beiden Gruppen sind diametral gegensätzlich: nicht-direktiv vs. direktiv.

Bei offenen Gruppen empfiehlt sich das Vorgehen nach Lindenmeyer (2011).

(nach Lindenmeyer, J. (2011) (Hrsg.), Therapie-Tools, Offene Gruppen 1, Weinheim: Beltz.; und Lindenmeyer, J. (2011) (Hrsg.), Therapie-Tools, Offene Gruppen 2, Weinheim: Beltz.;

Lindenmeyer unterscheidet zwischen drei Modellen:

Modell 1:

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) ein Schwerpunktthema
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Modell 2:

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) Themen, die für 1 bis x Teilnehmer relevant sind
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Modell 3:

je nach Therapiestand sind die Teilnehmer in mehrere Gruppen mit unterschiedlichen Aufgaben und Themen aufgeteilt. Alle Patienten beteiligen sich an den Themen aller Gruppen entsprechend dem Niveau ihres Therapiestandes. Kein Patient wird mit den Themen überfordert, alle Patienten werden unterstützt, je nach Therapiestand und nach Motivation.

- 1) Begrüßung neuer Teilnehmer
- 2) mehrere Schwerpunktthemen werden bearbeitet
- 3) Verabschiedung ausscheidender Teilnehmer

Beispiele für Schwerpunktthemen nach Modell 3:

- Gruppe 1 hat kritische Rückfallsituationen gesammelt
- Gruppe 2 hat nachgedacht über „gute und schlechte“ Freunde
- Gruppe 3 hat die Heimfahrt vorgeplant

Zum Beispiel: Von Gruppe 3 werden konkrete Planungen zur Heimfahrt erwartet, während die Anfänger-Gruppe 1 zurückhaltend Wünsche äußert für zukünftige Heimfahrten

Themen der beiden Bände von Lindenmeyer sind:

Offene Gruppen 1: Alkoholmissbrauch, Alltagsplanung, Ärger und Aggression, Bewerbungstraining, Depression, Ernährung und Gesundheit, Essstörungen, Gehirnjogging, Schmerzbewältigung, Selbstsicherheit, Weibliche Identität

Offene Gruppen 2: Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Arbeitstherapie, Genussstraining, Männliche Sexualität und Partnerschaft, Nachsorge, Partnerseminar, Pathologisches Glücksspiel, Raucherentwöhnung, Stress am Arbeitsplatz.

8.

9.

10.

11.

1. psychologisches Anti-Craving
2. Partner- und Familiengespräche

Vorbedingungen für die Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden

1.1 Interventionsebenen

1.2 Veränderungsphasen

12.

13. a

Zum besseren Verständnis meines Vorgehens

Zum Verständnis meines Vorgehens bei der Verhaltensanalyse

Vom Journalisten und Literaturkritiker François Busnel nach seiner Methode in seinen phantastischen Literatursendungen befragt antwortet Bernard Pivot:

„Ich habe sogar eine fast philosophische Vorstellung von der Welt. Man sagt: „Am Anfang war das Wort.“ Aber nein, am Anfang war die Frage. Aus der Frage sind Millionen von Antworten entstanden, und aus diesen Millionen von Antworten sind weitere Fragen entstanden. Und diese Fragen brachten wiederum Milliarden von Antworten hervor. Auf diese Weise dehnt sich das Universum aus. Die Erde wird an dem Tag stillstehen, an dem aus dem, was als letzte Antwort erscheint, keine Frage mehr entsteht“ (82).

In meinen einfachen Formulierungen: Am Anfang der Therapie stehen nicht die Erklärungen, sondern die Fragen, die zu vielen Antworten führen, woraus wieder Fragen entstehen. Erst wenn keine Frage mehr entsteht, dann ist die Therapie beendet. Das wird aber nie sein, denn ich beende die Therapie, wenn Patient*in sich selbst Fragen stellen kann, in anderen Worten, wenn er oder sie die Fähigkeit zur Selbstregulation erreicht hat.