

Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2010). *Bauplan der Abstinenz III*. Verfügbar unter <http://www.salus-kliniken.de/huerth/wissensportal/netzpub/>

## **Bauplan der Abstinenz III**

Heinz C. Vollmer<sup>1</sup> & Julia Domma-Reichart<sup>2</sup>

<sup>1</sup>salus-wQM & <sup>2</sup>salus klinik Hürth

### 1. Einführung

Das Rückfallmodell von Marlatt & George (1984) und das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska & DiClemente (1983) zeichnen sich durch eine beachtliche „face validity“ aus, wie man es in fast jeder Rückfallpräventionsgruppe mit alkohol- oder drogenabhängigen Patienten sehr beeindruckend erleben kann. Trotzdem ist es innerhalb von 20 Jahren nicht gelungen, diese Modelle einer empirischen Validierung zu unterziehen. Die fehlende empirische Evidenz ist nach unserem Eindruck eine Folge unzureichender Forschungsaktivitäten, begründet durch mangelnde finanzielle Unterstützung und wahrscheinlich auch, nachdem die Modelle breit akzeptiert waren, durch ein nachlassendes Interesse der Modellbauer an umfangreichen empirischen Überprüfungen. Anders ausgedrückt, ist es nicht auszuschließen, dass diese Modelle trotz fehlender Evidenz wirksam sind. Unter dieser Annahme sollten die Kliniken, die nach diesen Modellen arbeiten im Rahmen ihres Qualitätsmanagements versuchen, empirische Belege zu sammeln, die für oder gegen die in der Klinik verwendeten Modelle sprechen. Katie Witkiewitz, G. Alan Marlatt und Robert West haben mangels empirischer Evidenz mit neuen Modellen zur Erklärung von Rückfällen reagiert: dem „Dynamischen Modell des Rückfalls“ (Witkiewitz & Marlatt, 2004) und dem PRIME-Modell (West 2006). Aus rein wissenschaftstheoretischer Sicht sind beide Modelle sehr ähnlich, so dass wir im folgenden nur beispielhaft auf das Modell von Witkiewitz & Marlatt eingehen werden.

Die zentrale Aussage des „Dynamischen Modells des Rückfalls“ ist, dass proximale Einflussfaktoren (Bewältigungsstrategien, kognitive Prozesse, affektiver Zustand, erster Konsum psychotroper Substanzen) sich gegenseitig beeinflussen und zusammen mit den Hoch-Risiko-Situationen in Beziehung zum Rückfall stehen (Abb. 1). Hoch-Risiko-Situationen sind Ereignisse, Orte, Personen, Emotionen, Verhaltensweisen oder Kognitionen, die bei einer Person zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen Vorfall (lapse) oder Rückfall (relapse) führen. Statische Hoch-Risiko-Situationen führen immer zum Konsum

psychotroper Substanzen, dynamische Hoch-Risiko-Situationen führen erst dann zum ersten Konsum oder Rückfall, wenn zusätzlich noch andere Faktoren wirksam sind. Hinzu kommen distale Faktoren, die direkten Einfluss auf kognitive Prozesse, physische Entzugserscheinungen, Bewältigungsstrategien, affektiven Zustand und ersten Konsum einer psychotropen Substanz haben.

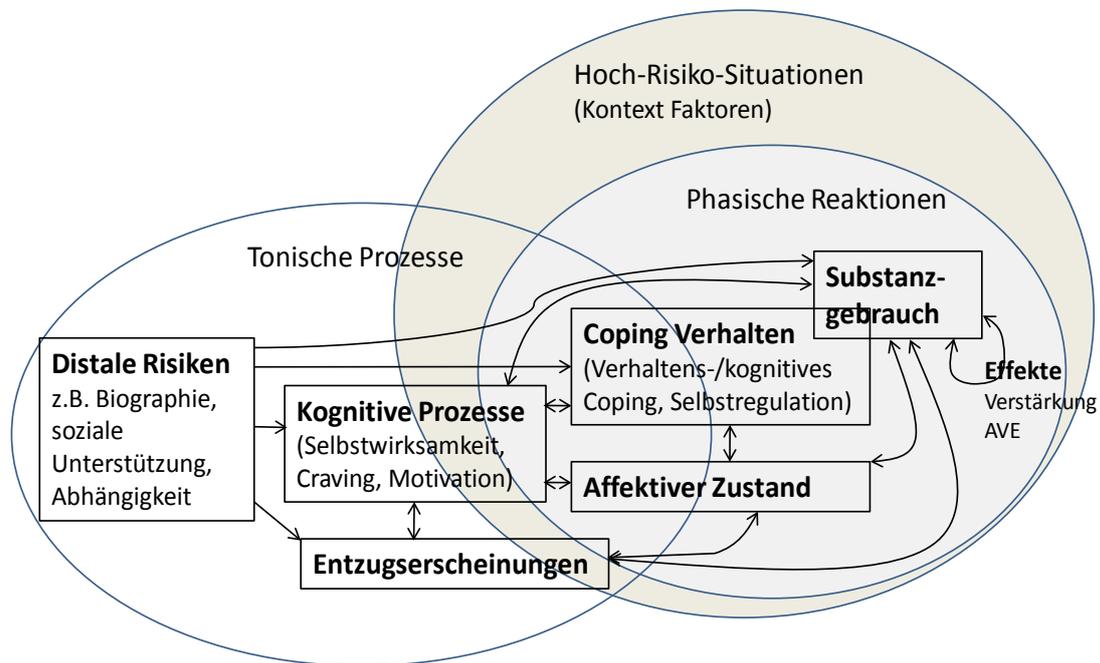


Abb. 1: Dynamisches Modell des Rückfalls (nach Witkiewitz & Marlatt, 2007; Übers. v. Verf.)

Zu den distalen Faktoren gehören Familienbiographie, soziale Unterstützung, Schweregrad der Alkoholabhängigkeit, Schweregrad komorbider Abhängigkeiten, Defizite in Problemlösefähigkeiten und komorbide psychiatrische Erkrankungen. Die distalen Faktoren sind in dem Modell, ebenso wie ausgewählte kognitive Prozesse, physische Entzugserscheinungen und affektive Zustände, den tonischen Prozessen zugeordnet. Sie sind definiert durch eine chronische Vulnerabilität. Den physischen Prozessen sind vorübergehende Faktoren zugeordnet, die einem Rückfall vorweggehen. Dazu gehören wiederum physische Entzugserscheinungen, affektive Zustände und kognitive Prozesse und außerdem Bewältigungsstrategien und erster Konsum. Je nach Person und Situation kann es unter dem

Einfluss unterschiedlichster Faktoren zum Rückfall kommen. Im Unterschied zu der Darstellung von Witkiewitz & Marlatt (2007) haben wir in Abbildung 1 auch Wirkungen des Substanzgebrauchs, des Affektiven Zustands und der Kognitiven Prozesse auf Entzugserscheinungen eingetragen. Nach Witkiewitz & Marlatt (2007) befindet sich die Forschung zu ihrem „dynamischen Modell des Rückfalls“ momentan noch in den Kinderschuhen. Da die Rückfallprozesse für Patienten nach einer Behandlung sehr unterschiedlich sind, ist eine detaillierte Analyse potenzieller distaler und proximaler Faktoren bei jedem Patienten individuell zu Beginn der Behandlung notwendig.

Lindenmeyer (2008) kritisiert an dem „Dynamischen Modell des Rückfalls“ (Witkiewitz & Marlatt, 2004) und dem PRIME-Modell (West 2006), dass sie sich in der Nähe der AMAZ-Erkenntnis befinden, „einer Einstellung vor der bereits Erstsemester der Psychologie gewarnt werden“. AMAZ-Modelle („Alles hängt mit allem zusammen“) sind wissenschaftlich wertlos, denn diese Modelle sind empirisch nicht überprüfbar, obwohl sie die Realität gut widerspiegeln (Lindenmeyer, 2008). Neben der von Lindenmeyer kritisierten mangelnden Wissenschaftlichkeit halten wir die der Chaos-Theorie nahestehenden Modelle, trotz ihrer innovativen Ideen, aus sieben Gründen therapeutisch und wissenschaftlich für problematisch:

- 1) Eine Vermittlung dieser Modelle im Rahmen der Psychoedukation würde die Patienten durcheinander bringen. Es könnte der Eindruck entstehen, dass sie chaotischen Bedingungen ausgesetzt sind, gegen die sie sich kaum wehren können.
- 2) Für Therapeuten erlauben die Modelle keine Ableitung von Interventionen, da alles möglich ist. Sie könnten also nach Lust und Laune auswählen.
- 3) Die Modelle sind für Therapeuten in deren Praxis nicht widerlegbar. Eine Akzeptanz der Modelle bedeutet Stillstand, sie fördern keine Weiterentwicklungen, keine Verbesserungen. In der verhaltenstherapeutischen Routinebehandlung der Rehabilitation geschieht die Suche nach therapeutischen Verbesserungen in der Regel nach dem TOTE-Modell (Miller, Galanter & Pribram, 1960). Die Beliebigkeit und kombinatorische Vielzahl der ableitbaren Interventionen aus den neuen modernen Abhängigkeitsmodellen gestatten hingegen kein systematisches Vorgehen nach dem TOTE-Modell.
- 4) Aus den Modellen sind keine falsifizierbaren Sätze ableitbar. Rückfälle können nicht vorhergesagt werden, sie können nur nachträglich erklärt werden.
- 5) Durch beliebige nachträgliche Erklärungsmodelle besteht die Gefahr, dass Patienten auf „falsche Fährten“ der Rückfallprävention gelenkt werden.

- 6) Chaos-Modelle mathematisch zu erfassen, um Prognosen zu erstellen, erfordert eine Unzahl valider Messungen, die mit sehr häufigen Wiederholungen durchgeführt werden müssten. Damit gelangt die Überprüfung dieser Modelle in den Science Fiction Bereich, wenn mittels implementierter Robotik alle externen und internen Stimuli eines Abhängigen einschließlich ihrer Wechselwirkungen einer Messung zugänglich sind.
- 7) Selbst eine einzige Studie mit einer prä-, post- und Katamnese-Erhebung ist durch die Vielzahl der potenziellen Einflussfaktoren seitens der Stichprobengröße kaum zu bewältigen. Witkiewitz & Marlatt nennen mehr als 10 Faktoren, die auf Rückfälle Einfluss haben können. Um bei einer Gruppe den Einfluss dieser Faktoren zu erkennen, müsste für eine Auswertung die Stichprobengröße betragen:  $N = F^n * z$  (F: Anzahl der Faktoren; n: Anzahl der Merkmalsausprägungen der Faktoren; z: Größe der Zellenbesetzung für einen Signifikanztest. Bei 10 Einflussfaktoren (z.B. psychische Belastung, Verlangen) und je 3 Merkmalsausprägungen (z.B. oberes, mittleres, unteres Drittel psychischer Belastung) und einer minimalen Zellengröße von 20 für eine statistische Testung, sind wenigstens 20.000 Patienten notwendig, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Die wirklich notwendige Stichprobengröße wird wesentlich höher liegen, wenn man berücksichtigt, dass drei Merkmalsausprägungen in der Regel nicht ausreichen ( $n > 3$ ) und dass die Anzahl potenzieller Rückfallfaktoren in dem Modell von Witkiewitz & Marlatt größer ist ( $F > 10$ ).

Wenn die Modelle von Witkiewitz & Marlatt sowie West trotz wissenschaftlicher Kritik aber der Realität entsprechen, wie Lindenmeyer (2008) feststellt und wir mit unseren therapeutischen Erfahrungen zustimmen, dann entsteht die Frage: was nun?

Rehabilitations-Fachkliniken haben neben einer „state of the art-Versorgung“ ihrer Patienten die Aufgabe, im Rahmen ihres Qualitätsmanagements die Therapien weiterzuentwickeln. Da es fast keine Psychotherapieforschung der Abhängigkeiten in Deutschland gibt (Watzl, 2007), die vielen amerikanischen Studien nur sehr begrenzt übertragbar sind, die Abstinenzquote der Behandlung Alkoholabhängiger zur Einjahreskatamnese nach DGSS 4 (alle nicht erreichten Patienten = rückfällig) nur bei ca. 42 % liegt (Missel et al., 2009, 2010), sind hier die Rehabilitations-Fachkliniken auf sich gestellt.

## 2. Wissenschaftstheoretische Grundannahmen

### 2.1 „Nichts ist so praktisch wie eine gute Theorie“

Trotz der im internationalen Vergleich nicht schlechten Ergebnisse deutscher Therapien benötigen wir für unsere Arbeit ein Modell des Rückfalls, das den Patienten wirkliche Hilfestellung gibt, den Therapeuten die Ableitung individueller Interventionen gestattet und dass bereits empirisch geprüft ist oder wenigstens eine empirische Prüfung ermöglicht. Die international hoch anerkannten Experten vermitteln uns jetzt jedoch, dass die Modelle nach denen wir glaubten erfolgreich zu arbeiten, unzureichend oder nicht valide sind. So haben wir uns auf der Grundlage unserer Erfahrungen und der empirischen sowie theoretischen Fachliteratur entschlossen, ein eigenes Modell zu erstellen. Wir versuchen dabei, die Merkmale Einfachheit, Schönheit und Prüfbarkeit anzustreben – ein Vorsatz, der bei der Komplexität der Suchterkrankung nicht einfach umzusetzen ist und wahrscheinlich mehrere Überarbeitungen erfordert.

Da wir in der salus klinik Hürth keine Forschung betreiben – erst recht keine (neuro-)biologische Grundlagenforschung –, verwenden wir in unserem Modell vorwiegend psychologische Begriffe, die im Rahmen unseres Qualitätsmanagements prüfbar und diskutierbar sind. Eine Ergänzung unseres Modells durch (neuro-)biologische Faktoren dürfte zu einem späteren Zeitpunkt sehr hilfreich sein. Vorerst möchten wir mit unserem Modell neue Akzente setzen und die Diskussion zwischen Kliniken und Forschungsinstitutionen anregen. Denn ohne ein theoretisches Modell ist es nicht möglich, eine sinnvolle und erfolgreiche Therapie anzubieten und Verbesserungen in der Ergebnisqualität zu erreichen. Folgende Aussage entspricht vollkommen unserer Auffassung: „Es gibt nichts, was so praktisch wäre wie eine gute Theorie“, eine Bemerkung eines Geschäftsmannes zu Kurt Lewin (Lewin 1943, zitiert nach Lück, 1996).

### 2.2 Theoretische Modelle

Anstatt des Begriffs „Theorie“ haben wir hier die Bezeichnung „Modell“ verwendet, denn von einer „Theorie der Abhängigkeiten“ sind wir noch sehr weit entfernt. So müssen wir uns momentan zufrieden geben mit „es gibt nichts, was so praktisch ist wie ein gutes Modell“. Bevor wir unser Modell „Bauplan der Abstinenz III“ vorstellen, möchten wir, den Begriff Modell definieren:

Modell „ist in der Malerei und Bildhauerei das gegenständliche oder lebende Vorbild des Kunstwerks, in der Bildnerei, Baukunst und Technik das aus einem Hilfsmaterial angefertigte – meist verkleinerte und vereinfachte – Muster des auszuführenden Gegenstandes. Der

Begriff der Modell-Vorstellung in der Wissenschaft schließt sich offenbar an die zweite der hier gegebenen Erläuterungen an. Sie ist demnach ein vorläufiges, vereinfachtes gedankliches Muster eines Gegenstandes der Forschung, vermittels dessen wir uns gewisse Besonderheiten des Verhaltens dieses Gegenstandes, die nicht ohne weiteres verständlich sind, einsichtig zu machen suchen. Dies geschieht dadurch, dass wir gewisse Teile, Seiten oder Eigenschaften des Gegenstandes, die der unmittelbaren Beobachtung noch nicht – vielleicht überhaupt nicht – zugänglich sind, die also an der Vorstellung des Gegenstandes nur als Leerstellen (als weiße Flecken) vorhanden sind, in das gedankliche Muster des Gegenstandes vermutungsweise eintragen, dass wir also an der Gegenstandsvorstellung gewisse Lücken ausfüllen: mit Vermutungen über die ‚eigentliche Natur‘ des Gegenstandes, aus denen wir dann prüfbare Folgerungen ableiten können.“ (Metzger, 1965).

### 2.3 Ein feldtheoretischer Ansatz

Eingebettet ist unser Modell in einen feldtheoretischen Ansatz mit der Verhaltensformel  $V=f(P,U)$  wie sie von Lewin (1939) definiert wurde. Das Verhalten als eine Funktion der Person und der Umwelt. Der Abhängige befindet sich in einer Fachklinik in einem Lebensraum, der nicht dem Lebensraum nach der Therapie entspricht, so dass sich die Elemente der Gleichung ändern. Zu Beginn der Behandlung geht es um Kompetenzen und Motivation im aktuellen Lebensraum des Patienten (der Klinik), anschließend um Kompetenzen und Motivation für den Lebensraum nach der Therapie. Während der stationären Behandlung werden die Patienten ständig in ihren Kompetenzen und in ihrer Motivation unterstützt und gefördert, so dass es die meisten Patienten schaffen, das Ziel Abstinenz aufrechtzuerhalten. So fühlen sie sich auch im Lebensraum der Klinik wesentlich wohler als in dem Lebensraum vor Aufnahme in der Klinik, operationalisiert durch die Faktoren: Vitalität und Lebensfreude, Ruhe und Muße, Konzentration und Reaktionsfähigkeit, Gepflegtheit und Frische (Domma, 2002). Nach der Behandlung kommen die Patienten in einen anderen Lebensraum, an den sie bereits während der Therapie sehr hohe Erwartungen stellen (Domma, 2002). Aber die psychische Umwelt (U) ist wesentlich unstabiler als in der Klinik mit der Folge einer weniger stabilen Person (P), als sie es noch in der Klinik war. Ziel der Behandlung ist die Schaffung eines gegliederten, gut strukturierten Lebensraumes (L) für die Zeit nach der Behandlung  $V=f(P,U)=f(L)$ .

### 3. Bauplan der Abstinenz

#### 3.1 Vier Phasen der Abstinenz

Wir unterscheiden zwischen mehreren Phasen der Abstinenz, bei denen teils die gleichen, teils unterschiedliche Faktoren Einfluss auf die Abstinenz oder den Rückfall haben (Abb. 2). Für jede Phase ist ein eigenes Modell notwendig:

- Modell I erklärt den Schritt vom Konsum der psychotropen Substanz zur Abstinenz, d.h. wie es einem Patienten gelingt den Gebrauch der psychotropen Substanz zu beenden.
- Modell II erklärt die Aufrechterhaltung der Abstinenz in der ersten bis ca. sechsten Woche nach der Beendigung des Konsums der psychotropen Substanz.
- Modell III erklärt die Aufrechterhaltung der Abstinenz im Anschluss nach einer ca. zwei- bis sechswöchigen abstinenten Anfangsphase. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Abstinenz unter natürlichen Lebensbedingungen.
- Modell IV erklärt die Rückkehr zur Abstinenz nach einem „Vorfall“ (lapse).

Während bei den Modellen I, II und IV biologische Faktoren starken Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz ausüben, stehen beim dritten Modell psychische Faktoren im Vordergrund. Die ersten beiden Erklärungsmodelle wären hilfreich für die Betreuung und Behandlung der Abhängigen in Beratungsstellen sowie während der Entgiftung. Das dritte und vierte Modell enthalten Schlussfolgerungen für die ambulante und stationäre Postakutbehandlung.

Wir beschränken uns hier auf die Entwicklung des dritten Modells, der Aufrechterhaltung der Abstinenz nach der ersten zwei- bis sechswöchigen abstinenten Phase.

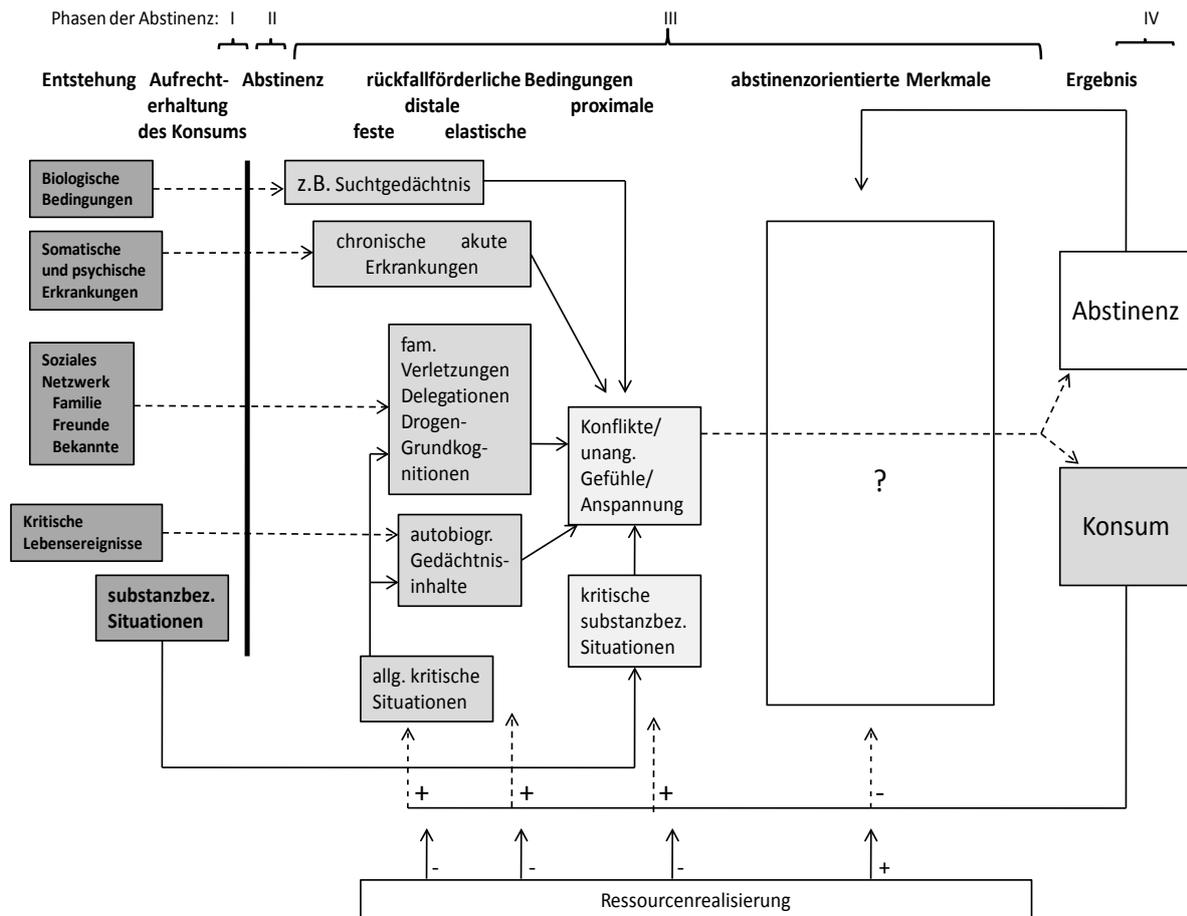


Abb. 2: Phasen der Abstinenz und potenzielle Einflussfaktoren für Rückfall und Aufrechterhaltung der Abstinenz

### 3.2 Bauplan der Abstinenz III

#### 3.2.1 Psychische und biologische Merkmale zur Prognose des Rückfalls

##### 3.2.1.1 Distale Faktoren

Auch wenn wir hier auf Entstehungsbedingungen eingehen, bieten wir damit kein Modell der Entstehung an, sondern lediglich eine Aufzählung potenzieller Einflussfaktoren auf Rückfälle in den Abstinenzphasen I - IV. Zu den Entstehungsbedingungen gehören biologische Faktoren (z.B. genetische Prädisposition), chronische somatische und psychische Erkrankungen (z.B. ADHS, Depression), soziales Netzwerk (Familie, Freunde), kritische Lebensereignisse und psychische Zustände (z.B. Selbstunsicherheit). Diese Determinanten standen bei der Entwicklung des Missbrauchs oder der Abhängigkeit miteinander in Wechselwirkung und gehen in die Rückfallbedingungen als distale Variablen ein. Sie entsprechen der O-Variablen

der Verhaltensanalyse. Die O-Variable ist definiert als überdauernde somatische oder psychologische Zustände, die die Verbindung von S und R beeinflussen (Ellgring & Alpers, 2009). Wir unterscheiden hier zwischen festen Zuständen, die langfristig nicht änderbar sind und elastischen Zuständen, die momentan nicht änderbar sind, sich aber langfristig gesehen begrenzt verändern können, sei es durch therapeutische Interventionen, Lebensereignisse oder Reifungsprozesse. Zu den festen distalen Faktoren gehören genetische Faktoren für Alkoholabhängigkeit bzw. Missbrauch, Suchtgedächtnis und chronische Erkrankungen. Zu den elastischen distalen Faktoren gehören Persönlichkeitsstörungen (dependente, emotional instabile etc.), interaktionelle Oberpläne (z.B. „es allen Recht machen“), drogenbezogene Grundkognitionen (z.B. „Alkohol zur Geselligkeit“), unverarbeitete kritische Lebensereignisse (z.B. Scheidung der Eltern) und familiäre Delegationen (z. B. nicht reden über Familiengeheimnisse). In den Jahren des übermäßigen Gebrauchs psychotroper Substanzen werden diese distalen Variablen weiter gefestigt und es kommen neue als Folge der Abhängigkeit bzw. des Missbrauchs hinzu (z.B. somatische und psychische Erkrankungen, familiäre Konflikte und Verletzungen).

### 3.2.1.2 Proximale Faktoren

Zu den proximalen Faktoren werden in der empirisch und theoretisch orientierten Fachliteratur eine Vielzahl von Merkmalen vorgeschlagen, die Einfluss auf den Rückfall haben, wie sozialer Druck, unangenehme Gefühle, angenehme Gefühle, geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Craving, etc.. Durch bestimmte Ereignisse werden die im Gedächtnis gespeicherten unangenehmen Inhalte des autobiographischen Gedächtnisses aktiviert. Es kommt bei dem Betreffenden zu kognitiven Dissonanzen und unangenehmen Affekten, wodurch sich die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht. Aktivierende Ereignisse können bestimmte Plätze, Personen, Musik oder Speisen, das Verhalten anderer Personen, körperliche Schmerzen, angenehme oder unangenehme Gefühle und weitere Situationen sein, die zu Craving führen oder auch ohne Craving den Rückfall oder Vorfall auslösen. Wie Witkiewitz & Marlatt (2007) vorschlagen, können diese Faktoren alleine oder auch miteinander in Wechselwirkung stehend die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen.

Bezüglich dieser distalen und proximalen Faktoren deckt sich unser Modell mit dem Modell von Witkiewitz & Marlatt (2007). In Unterschied zu diesem und anderen bekannten Modellen (z.B. Marlatt & George, 1984; West, 2006) haben wir den Gültigkeitsbereich unseres Modells auf die Phase nach einer erfolgreichen Entgiftung (Abstinenzphase III) eingeschränkt.

**Grundannahme I:** Zur Erklärung von Rückfällen mit dem Ziel prognostische Kriterien abzuleiten, ist eine Beschränkung auf verschiedene Abstinenzphasen notwendig. Für die verschiedenen Abstinenzphasen gibt es unterschiedliche Prognosekriterien und bei gleichen Kriterien unterschiedliche Gewichtungen.

### 3.2.1.3 Die prognostische Valenz psychischer Merkmale und sogenannter Hoch-Risiko-Situationen in Abstinenzphase III

Nach unseren therapeutischen Erfahrungen, so einleuchtend die gängigen Modelle in der Psychoedukation sind, gestatten die genannten distalen und proximalen Faktoren keine Prognose der Abstinenz nach einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung. Dieses trifft besonders auf die festen distalen Faktoren zu, da wir zum Beispiel in der Lage sind Patienten mit chronischen Erkrankungen erfolgreich zu behandeln (z.B. Gouzoulis-Mayfrank, 2007). Ebenso können wir bei Patienten mit elastischen distalen Merkmalen Abstinenz erreichen, obwohl zum Beispiel in der kurzen Therapiezeit von vier Monaten die Persönlichkeitsstörung unbehandelt bleibt. Aber selbst die proximalen Faktoren gestatten keine Prognose der Abstinenz. Das eindrucksvollste Beispiel dazu ist das Craving. Die Entwicklung der Anticraving-Medikamente führte nicht zu dem gewünschten Erfolg bei der Behandlung Alkoholabhängiger (Anton et al. 2006). Craving ist wahrscheinlich eine entscheidende Rückfallbedingung in den ersten Tagen der Abstinenz (Abstinenzphase II), aber von wesentlich geringerer Bedeutung im weiteren Verlauf (Abstinenzphase III). Wenn Craving ein Rückfallfaktor wäre, müssten mehr als 95 % der Alkohol- und Drogenabhängigen während oder nach der Postakuthandlung rückfällig werden. Wir sehen Craving als einen unangenehmen Gefühlszustand, dem wir im Vergleich mit anderen unangenehmen Affekten (Liebeskummer, Ärger), aus theoretischer Sicht keine besondere Bedeutung beimessen. Auf Grundlage unserer therapeutischen Erfahrungen glauben wir sogar, dass Liebeskummer ein wesentlich entscheidender Rückfallfaktor sein könnte als Craving, so dass ein Medikament gegen Liebeskummer eher wünschenswert wäre. Ebenso verhält es sich mit den sogenannten sozialen Hoch-Risiko-Situationen. Nach unseren Erfahrungen werden entgiftete Abhängige in beruflichen oder familiären Konfliktsituationen, bei intensiven Alkohol- oder Drogenangeboten etc. sowohl rückfällig als auch nicht rückfällig, sowohl bei schlechter als auch bei guter Stimmung.

**Grundannahme II:** Für die Vorhersage des Rückfalls nicht geeignet, sind die bekannten in vielen Studien retrospektiv ermittelten psychischen Merkmale wie unangenehme Gefühle, Craving, Einsamkeit etc. und die ebenso retrospektiv ermittelten sozialen Situationen wie Konflikte, Überredung, etc..

### 3.2.2 Kognitiv-emotionale abstinenzbezogene Merkmale zur Aufrechterhaltung der Abstinenz

Wir verändern jetzt unseren Blickwinkel und versuchen nicht mehr den Rückfall zu erklären, sondern die Aufrechterhaltung der Abstinenz und kommen damit zu unserer dritten Grundannahme.

**Grundannahme III:** Für die Aufrechterhaltung der Abstinenz sind prognostisch valide Faktoren teils in anderer Gewichtung von Bedeutung als für den Rückfall

Wir schlagen folgende Merkmale vor, die nach unseren therapeutischen Erfahrungen Einfluss auf die Abstinenz nach Abschluss der Abstinenzphase II haben:

#### 3.2.2.1 Volitionsstärke

Auch wenn eine Person in der Lage ist Konfliktsituationen und unangenehme Gefühle gut zu bewältigen, Alkohol- und Drogenangebote abzulehnen, Partnerkonflikte angemessen zu lösen, wird sie in ihrem Leben in Situationen geraten, die psychisch belastend sind. Für Abhängige treten belastende Situationen häufig bereits kurz nach einer stationären Behandlung auf, da viele Ereignisse und Situationen nach der langen Phase des Verdrängens durch psychotrope Substanzen für sie neu und sehr ungewohnt sind. In diesen unangenehmen Situationen ist die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht. Um solche Situationen zu bewältigen, muss sich der Abhängige selbst verpflichten, die Abstinenz aufrechtzuerhalten. Nach dem Rubikonmodell (Heckhausen, 1987) sollte sich die Person spätestens nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung in der aktionalen Phase befinden (Abb. 3). Zu Beginn einer Entwöhnungsbehandlung befinden sich die meisten Patienten in der prädezisionalen Phase und nur ein geringer Anteil in der präaktionalen Phase bzgl. Aufrechterhaltung der Abstinenz. Patienten der prädezisionalen Phase, die seit Jahren die Welt erstmalig wieder in einem abstinenten Zustand erleben, wägen noch die positiven und negativen Folgen einer langfristigen Abstinenz ab und prüfen die Realisierbarkeit der Abstinenz. In der präaktionalen Phase sind die Patienten damit beschäftigt, wie sie die Abstinenz langfristig umsetzen können

und wie sich Realisierungsschwierigkeiten überwinden lassen. Ob ein Abhängiger in einer Situation mit hoher Gewohnheitsstärke (siehe: 3.2.2.5) für den Konsum psychotroper Substanzen die Abstinenz aufrechterhält, ist unter anderem von der Stärke der Volition abhängig. Die Volitionsstärke drückt aus, inwiefern sich eine Person verpflichtet fühlt, einen bestimmten Zielzustand anzustreben (Gollwitzer 1991). Zur Aufrechterhaltung der Abstinenz müssen starke Gewohnheiten, emotionale Versuchungen und konkurrierende Motivationstendenzen unterdrückt werden. Konflikte, unangenehme Gefühle und Anspannung erhöhen zwar die Rückfallwahrscheinlichkeit, werden aber fast bedeutungslos, wenn der Rubikon überschritten wurde, eine sehr hohe Volitionsstärke vorliegt und wenn weitere abstinenzorientierte Merkmale vorhanden sind.

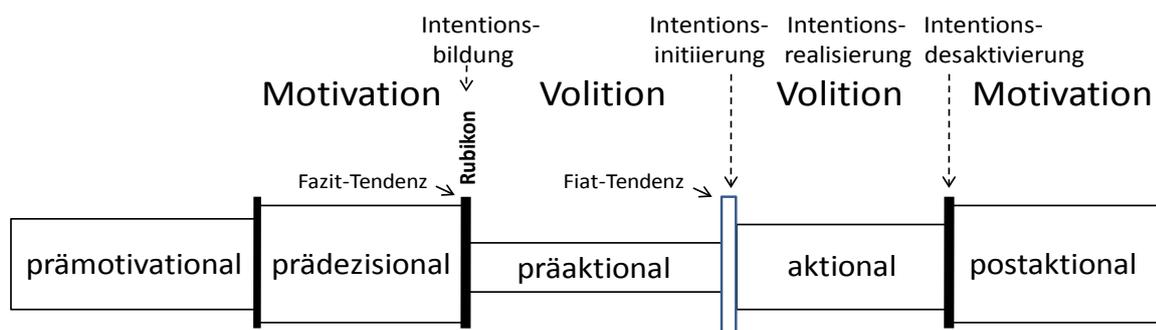


Abb. 3: Das Rubikonmodell des Handelns (nach Heckhausen, 1989; ergänzt durch die prämotivationale Phase)

### 3.2.2.2 Handlungs-Ergebnis-Erwartung (HEE)

Die Handlungs-Ergebnis-Erwartung (Heckhausen, 1977) entspricht der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977). Die HEE bezeichnet den subjektiven Wahrscheinlichkeitsgrad, durch eigenes Handeln das gewünschte Ergebnis zu erreichen. Inwiefern traut sich ein Patient zu, auch wirklich ganz abstinent zu leben. Heckhausen (1977) führte neben der HEE folgendes Konstrukt ein (Abb. 4):

Handlungs-bei-Situations-Ergebnis-Erwartung: bezeichnet den subjektiven Wahrscheinlichkeitsgrad, in einer bestimmten Situation durch eigenes Handeln das gewünschte Ergebnis zu erreichen. Inwiefern traut sich zum Beispiel ein Patient zu, bei einem

Alkoholangebot durch einen Vorgesetzten vs. durch einen Arbeitskollegen abstinent zu bleiben.

Beide Konstrukte sind abzugrenzen von der

Situations-Ergebnis-Erwartung: ohne zu Handeln führt bereits die Situation zu dem erwünschten Ergebnis, wie es sich tatsächlich viele Patienten wünschen. Der Abhängige befindet sich in einer Klinik und bereits durch diesen Umstand wird er nach dem Klinikaufenthalt abstinent leben.

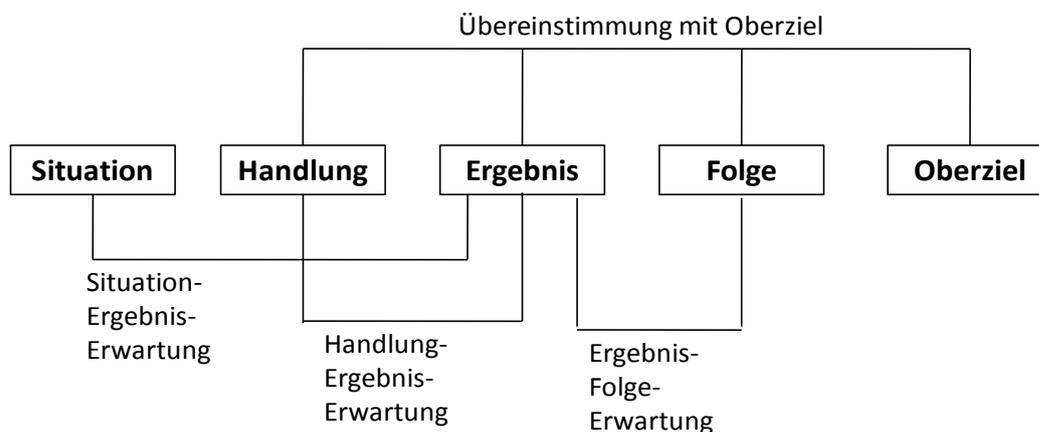


Abb. 4: Erweitertes Motivationsmodell (nach Heckhausen, 1977, 1980)

### 3.2.2.3 Ergebnis-Folge-Erwartung

Die Ergebnis-Folge-Erwartung bezeichnet den Grad, indem durch das Ergebnis bestimmte Folgen eintreten. Ein Ergebnis einer Handlung kann mehrere Folgen haben (z.B. Komplimente, berufliche Vorteile) und dasselbe Ergebnis kann bei verschiedenen Personen unterschiedliche Folgen haben (z.B. Lob des Chefs und Vorwürfe des Partners).

### 3.2.2.4 Persönlichkeitspläne

Persönlichkeitspläne dürften in etwa dem entsprechen, was Heckhausen unter Oberzielen versteht, aber von ihm nach unserer Kenntnis nicht genau definiert wurde. Eine Übereinstimmung der Ergebnisse und Folgen mit den Oberzielen bzw. Persönlichkeitsplänen der Person ist notwendig, damit eine Handlung ausgeführt wird. Das Fehlen oder die

Ungenauigkeit in den Definitionen ist auf die Schwierigkeiten der Messung dieses Konstrukts zurückzuführen. Trotz der Schwierigkeiten der Operationalisierung möchten wir auf diese Variable nicht verzichten, da sie nach unseren therapeutischen Erfahrungen Einfluss auf das Handeln hat. Am ehesten deckt sich unser Konstrukt „Persönlichkeitspläne“ mit den „übergreifenden Willenszielen“ von Lewin (1926). Übergreifende Willensziele beziehen sich auf das Selbst einer Person und stellen eine Definition der Identität einer Person dar. Persönlichkeitspläne, die unser Handeln beeinflussen, indem die Ergebnisse und Folgen einer Handlung auf Passung geprüft werden, sind zum Beispiel das Selbstbild eines korrekten Arbeiters, eines genussfreudigen Faulenzers, eines konsequenten Umweltschützers, eines aktiven sportlichen Rentners, einer guten Mutter. Persönlichkeitspläne sind nicht zu verwechseln mit den Grundkognitionen nach Ellis (1962) oder Beck (1964) und den Oberplänen nach Dziewas & Grawe (1978). Sie sind vollkommen unabhängig von Grundkognitionen und Oberplänen. Eine Person, die sich über ihren Beruf definiert, kann depressive Grundkognitionen haben oder auch nicht und sie kann den Oberplan haben „es allen recht zu machen“ oder auch einen gegenteiligen. Persönlichkeitspläne sind stärker mit der Identität der Person verbunden und genauso schwer änderbar wie Grundkognitionen und Oberpläne. Ebenso wie Grundkognitionen und Oberpläne können sie nicht durch direkte Befragung ermittelt werden.

**Grundannahme IV:** Abstinenz ist eine Funktion der Volitionsstärke (VS), der Passung der Persönlichkeitspläne (PP), der Handlungs-Ergebnis-Erwartung (HEE) und der Ergebnis-Folge-Erwartung (EFE).

#### 3.2.2.5 Gewohnheitsstärke

Gewohnheitsstärke dürfte das schwächste Element in unserem Erklärungsmodell sein und ebenso schwierig zu messen wie die Persönlichkeitspläne. Dieses Konstrukt wurde von James (1890) eingeführt und ist ein entscheidender Faktor in den Modellen von Hull (1943) und Spence (1956), die wesentlich umfassender sind, als wir hier darauf eingehen werden. Nach deren Theorien ist die Wahrscheinlichkeit, ob ein Verhalten ausgeführt wird unter anderem von der gelernten Gewohnheit abhängig. Je häufiger eine Person in einer Situation ein Verhalten ausgeführt hat und dafür positiv oder negativ verstärkt wurde, desto höher ist die Gewohnheitsstärke und desto höher die Wahrscheinlichkeit, das Verhalten in der Situation wieder auszuführen.

Heckhausen (1996) vermutet, dass es bei automatisierten Handlungsabläufen, bei denen die Person nicht mehr achtsam ist, zu konkurrierenden Handlungen kommen kann, die Gewohnheitshandlungen sind. Diese Vermutung deckt sich mit unseren Erfahrungen aus Rückfallanalysen, bei denen Patienten berichten, dass sie ohne irgendwie nachzudenken Alkohol in alten vertrauten Situationen getrunken haben. Die Stimuli, die das Verhalten auslösen, können extern oder intern sein. Je nach Lerngeschichte eines Abhängigen kann es sich bei den Stimuli, die eine starke Verbindung zum Gebrauch psychotroper Substanzen aufweisen um zum Beispiel unangenehme oder angenehme Gefühle, Belastungen oder Erfolge am Arbeitsplatz, Partnerkonflikte oder Partnerglück handeln. Somit sind für uns nicht unangenehme Gefühle oder Konflikte Hoch-Risiko-Situationen, sondern sehr individuelle Situationen, in denen der Abhängige häufig für den Gebrauch psychotroper Substanzen Verstärkung erhielt.

Die Einführung der zwar schwer messbaren Gewohnheitsstärke als kritische Rückfallsituation hat den Vorteil, dass diese Hypothese falsifizierbar ist im Unterschied zu der Beliebigkeit der üblichen Hoch-Risiko-Situationen wie angenehme oder unangenehme Gefühle, sozialer Druck oder sozialer Erfolg. Vielleicht ist eine empirische Testung dieser Hypothese gar nicht notwendig, da wir nicht den Rückfall erklären und vorhersagen möchten, sondern die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, messen wir der Gewohnheitsstärke für unsere Fragestellung nur eine geringe Bedeutung zu.

**Grundannahme V:** Der Einfluss der aus der Fachliteratur bekannten rückfallriskanten Situationen oder der Situationen mit einer hohen Gewohnheitsstärke wird durch hoch ausgeprägte kognitiv-emotionale abstinenzorientierte Merkmale (VS, PP, HEE, EFE) vollkommen aufgehoben.

#### 3.2.2.6 zielerleichternde Handlungen und kognitive Landkarten

Wir unterscheiden zwischen zielerleichternden Handlungen und der Zielhandlung (Vollmer & Krauth, 2001). Die Zielhandlung findet in der Situation statt, wo die psychotrope Substanz direkt verfügbar ist. Der Abhängige lehnt das Angebot ab, schiebt das Bierglas weg und bestellt ein alkoholfreies Getränk oder verabschiedet sich von der Person, die eine Droge anbietet. Die zielerleichternden Handlungen finden im Vorfeld der direkten Verfügbarkeit der psychotropen Substanz statt. Es sind die alternativen Handlungen zu denen, die Marlatt & George (1984) als „Rückfallstraße“ beschreiben. Dazu gehören unter anderem

zwischenmenschliche Konflikte direkt ansprechen, angemessenes Arbeits- und Freizeitverhalten, Kontakte zu Drogenhändlern ablehnen, Einladung zur Geburtstagsfeier in der Stammkneipe ablehnen oder Offenheit im Umgang mit der Abhängigkeit gegenüber anderen Personen. Die Kenntnis von Situationen, die eine starke R-C-Verbindung aufweisen, ist Voraussetzung für die Planung zielerleichternder Handlungen. Orientierungsstrukturen, welche Reaktionen zu welchem Ziel führen, werden von Tolman (1932) als kognitive Landkarten bezeichnet. In Anlehnung an Tolman kann man unter kognitiven Landkarten Hypothesen, Erwartungen und Überzeugungen über Ereignisse verstehen, die miteinander korrelieren. Die Erstellung einer persönlich validen kognitiven Landkarte kann durch Versuch-und-Irrtum-Lernen geschehen, durch Diskussionen oder entsprechend dem Rationalitätsmodell (Westmeyer, 1987) durch fiktive Diskussionen. Die fiktive Diskussion entspricht dem symbolischen Versuch-und-Irrtum-Verhalten, eine Person befindet sich an einem Entscheidungspunkt und repräsentiert kognitiv die Konsequenzen alternativer Handlungen bevor sie das Verhalten ausführt (Tolman, 1939).

Im Unterschied zu Vollmer (2000) und Vollmer & Krauth (2001) messen wir den zielerleichternden Handlungen und der kognitiven Landkarte keinen sehr großen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz bei. Eine persönliche valide kognitive Landkarte, eine hohe Volitionsstärke, eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung für zielerleichternde Handlungen kann die Aufrechterhaltung der Abstinenz erleichtern und das psychische Wohlbefinden erhöhen. Die prognostische Bedeutung schätzen wir hingegen nicht sehr hoch ein. Nach unseren Erfahrungen bleiben auch Personen abstinent, die sich nicht zutrauen, eine Einladung abzulehnen und es werden Patienten rückfällig, mit einer hohen Volitionsstärke und einer hohen Handlungs-Ergebnis-Erwartung im Ablehnen von Einladungen zu mit übermäßigem Alkoholgebrauch verbundenen Festen.

Entscheidend zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sind hingegen die Volition, die Persönlichkeitspläne, die Handlungs-Ergebnis-Erwartung und die Ergebnis-Folge-Erwartung für das Zielverhalten Abstinenz, die sich gegen die Gewohnheitsstärke des Konsums psychotroper Substanzen durchsetzen müssen. Daraus folgt unsere nächste Grundannahme für die Prognose der Aufrechterhaltung der Abstinenz.

**Grundannahme VI:** die kognitiv-emotionalen abstinenzenorientierten Merkmale für das Zielverhalten Abstinenz sind um ein vielfaches für Abstinenz bedeutender als diese Merkmale für zielerleichternde Handlungen.

### 3.2.2.7 Fallbeispiel

Ein verkürztes Fallbeispiel:

Ein wenig verstärkender Erziehungsstil, gepaart mit hohen Anforderungen (familiäre Verletzungen) und dem Wunsch des Vaters, dass der Sohn „ein ordentliches Handwerk“ lernt, (Delegation) führte bei einem Patienten neben ungünstigen Umgebungsbedingungen (z.B. Verfügbarkeit von Alkohol durch Freunde) zu der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Als der 28jährige Patient am Wochenende während einer stationären Therapie seine Eltern besuchte und stolz auf seine Abstinenz war, saßen die Eltern vor dem Fernseher – der Vater Bier trinkend, die Mutter mit Knabbergebäck. Sie begrüßten ihn kaum, schauten weiter Fernsehen und der Vater sagte nur, ob er nicht das Garagentor reparieren könnte (Aktivierung der familiären Belastungen). Der Patient erledigte diese Arbeit, fühlte sich innerlich jedoch leer (unangenehmes Gefühl, Konflikt) und verließ ohne Kommentar das Elternhaus (geringe HEE für die zielerleichternde Handlung; Konfliktgespräch und Gewohnheit für die zielerschwerende Handlung, ohne Widerspruch Anweisungen des Vaters zu folgen und anschließend ihm zu entfliehen).

Nach Marlatt & George (1984) befindet sich der Patient in einer Hoch-Risiko-Situation. Wir vertreten hingegen die Auffassung, dass der Patient sich in einer psychischen Belastungssituation befindet, die zu einem normalen Leben einfach dazugehört und nicht vermeidbar ist. Nicht diese sogenannte Hoch-Risiko-Situation hat Einfluss, ob der Patient abstinent bleibt, sondern abstinenzbezogene Merkmale des Patienten. Schauen wir was unser Patient weiter macht.

Er hat in schlechter Stimmung das Elternhaus verlassen und kommt an einer Imbissbude vorbei, wo er früher immer Alkohol getrunken hatte. Er begrüßt den Inhaber, der ihm Alkohol anbietet. Ohne nachzudenken nimmt der Patient die Flasche Bier und trinkt sie aus (hohe Gewohnheitsstärke). Der Patient erwartete keine positiven Folgen für abstinentes Verhalten, wenn er in der Klinik die familiäre Situation erzählt hätte, sondern eher Verständnis von Mitpatienten für einen Rückfall (EFE). Bei Einhaltung der Abstinenz hätte er eine therapeutische Problemanalyse erwartet, warum er nicht mit seinen Eltern geredet habe, ein für ihn belastendes therapeutisches Gespräch (EFE). Alternative Verhaltensweisen wie zum Beispiel dem Besitzer der Imbissbude zu sagen, er lebe ganz abstinent und sei stolz in einer Therapie zu sein, passten zu diesem Zeitpunkt noch nicht in seinen Persönlichkeitsplan bzw. in seine „übergreifenden Willensziele“. Der Patient hätte sich zugetraut, ein Alkoholangebot abzulehnen (HEE), aber er befand sich noch in der prädeziSIONalen Phase und hatte somit eine sehr geringe Volitionsstärke bzgl. Abstinenz. Der Rückfall hätte genauso geschehen können,

wenn der Patient das Elternhaus guter Stimmung, ohne irgendwelche Konflikte verlassen hätte. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls wäre unabhängig von der Stimmung geringer gewesen, wenn er kurz vor dem Besuch der Imbissbude mit jemandem darüber geredet hätte, welche Vorteile das Ablehnen von Alkohol hat, welche positiven Folgen sich aus der Abstinenz ergeben und wie gut es zu seiner Person passt, ganz abstinenz zu leben.

### 3.2.2.8 Abstinenz

Aus obigen Überlegungen ergibt sich folgender *Bauplan III der Abstinenz* (Abb. 5) für Patienten, die bereits entgiftet sind. Abstinenz ist umso wahrscheinlicher (Rangreihe) je

1. höher die Volitionsstärke für Abstinenz ist
2. höher die Passung der abstinenten Verhaltensweisen zu den Persönlichkeitsplänen ist
3. höher die Handlungs-Ergebnis-Erwartung für Abstinenz ist
4. attraktiver die Folgen (EFE) für Abstinenz sind
5. niedriger die Gewohnheitsstärke für den Konsum psychotroper Substanzen ist
6. besser die Ressourcenrealisierung ist
7. je besser für zielerleichternde Handlungen die Merkmale Volitionsstärke, Passung zu Persönlichkeitsplänen, attraktive Folgen und Handlungs-Ergebnis-Erwartung erfüllt sind.

Zusätzlich aufgenommen haben wir in unser Modell als einen allgemeinen Schutzfaktor auf der Grundlage empirischer Ergebnisse (Deppe-Schmitz, Deubner-Böhme, Lindenmeyer & Schulz, 2009), dem Modell von Grawe (1998) und unserer Erfahrungen das Merkmal Ressourcenrealisierung. Liegt sie im oder über dem Durchschnitt, im Vergleich zu einer nicht klinischen Stichprobe, so wirkt sie sich positiv auf die übrigen abstinenten fördernden Merkmale aus. Ebenso wie eine Orientierung an der kognitiven Landkarte zur Vermeidung von Situationen mit hoher Gewohnheitsstärke, erhöht eine gute Ressourcenrealisierung das Wohlbefinden und reduziert die Rückfallwahrscheinlichkeit, hat aber nur eine geringe prognostische Valenz für die Vorhersage der Abstinenz.

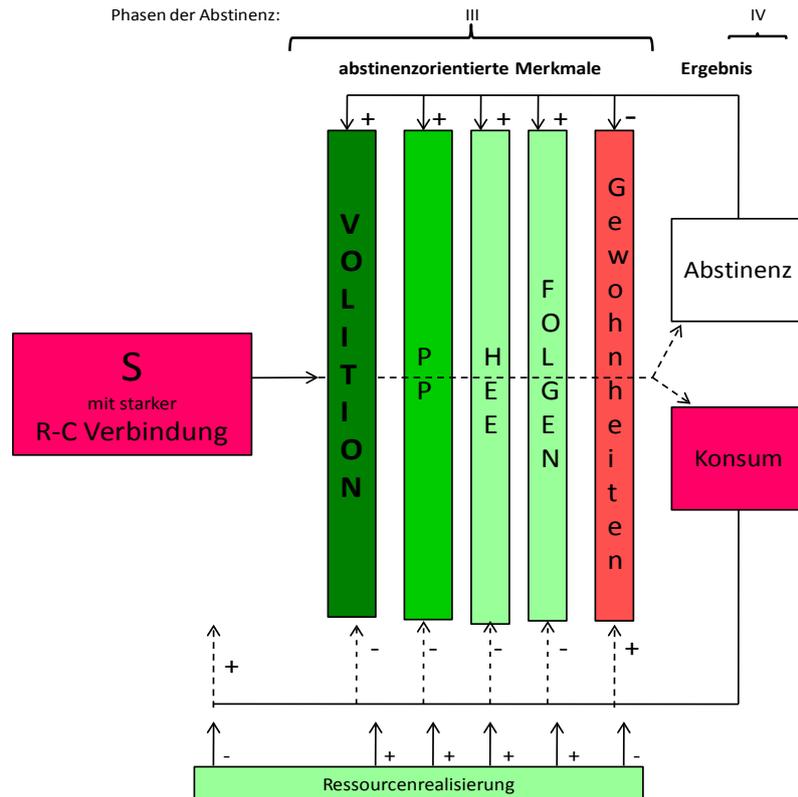


Abb. 5: Bauplan der Abstinenz III/2

Die Bewältigung von Situationen mit hoher Gewohnheitsstärke für den Konsum psychotroper Substanzen führt zu einer Zunahme der HEE, der EFE, der Passung in Persönlichkeitspläne und der Volition und zu einer Abnahme der Gewohnheitsstärke. Ein Rückfall führt zu gegenteiligen Effekten.

**Grundannahme VII:** Bezüglich ihres Einflusses auf die Abstinenz ergibt sich für die Merkmale der Zielhandlung folgende Rangreihe: 1) Volitionsstärke, 2) Persönlichkeitspläne, 3) Handlungs-Ergebnis-Erwartung, 4) Ergebnis-Folge-Erwartung und 5) Gewohnheitsstärke. Voraussetzung für eine Volitionsstärke  $>0$  ist  $HEE >0$ .

#### 4. Validierungsversuche durch wissenschaftliches Qualitätsmanagement

Unsere therapeutischen Erfahrungen und Unzufriedenheit mit den neuen Rückfallmodellen waren für uns Anlass, ein eigenes Modell zur Abstinenz zu überlegen. Unser *Bauplan der Abstinenz III* orientiert sich an den Modell-Vorstellungen von Metzger (1965), der Feldtheorie von Lewin (1939), dem erweiterten Motivationsmodell von Heckhausen (1977) und dem Rubikonmodell des Handelns von Heckhausen (1989). Trotz der eklektischen Verwendung

von Konstrukten aus mehreren Theorien, haben wir – durch die Annahme eines additiven Einflusses der kognitiv-emotionalen abstinenzbezogenen Merkmale auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz – unser Modell so formuliert, dass es empirisch prüfbar ist.

Hypothesen, die man aus unseren sieben Grundannahmen ableiten kann sind unter anderem:

1. Eine Verbesserung der Handlungs-Ergebnis-Erwartung (HEE) für Abstinenz-Handlungen ist Voraussetzung für eine Verbesserung der Volitionsstärke
2. HEE für Abstinenz-Handlungen und Volitionsstärke für Abstinenz sind zwei voneinander unabhängige Merkmale
3. Bei gering ausgeprägten kognitiv-emotional abstinenzorientierten Merkmalen werden Patienten eher rückfällig in Situationen mit hoher Gewohnheitsstärke
4. Patienten, die depressiv oder psychisch stark belastet sind, leben genauso häufig abstinent wie Patienten, die nicht depressiv sind oder nicht psychisch belastet sind
5. Depressive oder psychisch stark belastete Patienten bleiben eher abstinent, wenn eine hohe Volitionsstärke für Abstinenz vorliegt vs. niedrige Volitionsstärke.
6. Abstinenten Patienten mit einer hohen HEE in zielerleichternden Handlungen haben im Wohlbefinden bessere Werte als Patienten mit einer geringen HEE in diesen Handlungen.
7. Die HEE für zielerleichternde Abstinenzhandlungen korreliert nur geringfügig mit Abstinenz.

Unser *Bausplan der Abstinenz III* enthält viele Übereinstimmungen zu den Modellen von Beck et al. (1993), Cox & Klinger (2004), Marlatt & George (1984), West (2006) und von Witkiewitz & Marlatt, (2007) und zu dem Modell der Veränderungsphasen von Prochaska & DiClemente (1983). Während bei den Modellen des letzten Jahrhunderts noch eine empirische Validierung aussteht, gestatten die neuen Modelle, evtl. mit Ausnahme des Modells von Cox & Klinger, keine Aufstellung falsifizierbarer Hypothesen.

Kurt Lewin betont ausdrücklich, dass gegenüber Theorien, ebenso wie gegenüber demokratischen Regierungen positive Einstellungen notwendig sind, aber „In einer demokratischen Kultur sollte die Haltung des Mannes der Praxis (*Anm.:und der Frau*) gegenüber der Wissenschaft und die des Wissenschaftlers gegenüber der Theorie ähnlich der Haltung der Öffentlichkeit gegenüber der Regierung sein. Sie sollte einen guten Schuß Mißtrauen und eine immerwährende Wachsamkeit gegenüber Machtausweitung enthalten.“ (Lewin, 1943, S. 218).

Nicht nur Therapien, sondern auch theoretische Grundlagen der Therapien sollten in ihren einzelnen Modellannahmen überprüfbar sein, so dass im Rahmen des TOTE Modells (Miller, Galanter & Pribram, 1960) sowohl in den theoretischen Modellen zur Abhängigkeit als auch in den Therapien Korrekturen vorgenommen werden können. Bei den knappen Forschungsgeldern, die für psychologische Psychotherapien und deren Modelle zur Verfügung gestellt werden, wäre es günstig, wenn die theoretischen Modelle zum Rückfall oder zur Abstinenz so formuliert sind, dass eine ansatzweise Prüfung außerhalb der Forschung im Rahmen des wissenschaftlich orientierten Qualitätsmanagements der Behandlungseinrichtungen möglich ist. Wir hoffen, dass im Unterschied zu den neueren Modellen unser *Bauplan der Abstinenz III* ohne großen Aufwand der Empirie zugänglich ist. Im Rahmen des routinemäßig durchgeführten Qualitätsmanagements der Klinik werden wir unsere Grundannahmen prüfen und zwar im prä-post Vergleich und im Vergleich zwischen Therapieende und Ein-Jahres-Katamnese als quasiexperimentelle Felduntersuchungen ohne Kontrollgruppen. Sollte sich herausstellen, dass einzelne im Modell aufgenommene Faktoren keinen Einfluss auf die Abstinenz haben, so werden sie entfernt oder durch andere ersetzt mit den Zielen die Konstrukt- und die empirische Validität zu erhöhen und die Kriterien Einfachheit, Schönheit und Überprüfbarkeit besser anzustreben als es hier gelungen ist.

## Literatur

- Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M. et al. (2007). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *Jama*, 295, 2003-2017.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; Liese, B.S. (1993): *Kognitive Therapie der Sucht*. Beltz Psychologie-Verlags-Union, Weinheim.
- Cox, W.M. & Klinger, E. (2004). A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change. In W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling. Concepts, approaches, and assessment* (pp 121-140). New York: Wiley.
- Deppe-Schmitz U., Deubner-Böhme, M., Lindenmeyer, J. & Schulz, W. (2009). Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten. Bericht über eine katamnestiche Studie. *Sucht*, 55, 155-163.

Domma, J. (2002). *Lebensraum und Wohlbefinden*. Poster, 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 22.-26. September, Berlin.

Dziewas, H. & Grawe, K. (1978). Das interaktionelle Problemlöseverfahren in Gruppen. Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1, *Fortschritte in der Verhaltenstherapie* (50-62). Tübingen: DGVT.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart.

Ellgring, H. & Alpers, G.W. (2009). Operante Verfahren der Psychotherapie: Psychologische Interventionen auf der Grundlage des operanten Konditionierens. In M. Hautzinger & P. Pauli (Hrsg.), *Psychotherapeutische Methoden, Enzyklopädie der Psychologie*, Serie III, Bd. 2, 271-323. Göttingen: Hogrefe.

Gollwitzer, P.M. (1991). *Abwägen und Planen*. Göttingen: Hogrefe.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.

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

Heckhausen, H. (1977). Motivation: Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstruktes. *Psychologische Rundschau* 28, S. 175-189.

Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.

Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.

Heckhausen, H. (1996). Intentionsgeleitetes Handeln und seine Fehler. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung. Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 4 (S. 817-845). Göttingen: Hogrefe.

Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior*. New Haven: Yale University.

James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt (zit. aus Heckhausen, H. Motivation und Handeln. Berlin: Springer 1980)

Lewin, K. (1926). Vorsatz, Wille und Bedürfnis. *Psychologische Forschung*, 7, 330-385.

Lewin, K. (1939). Field theory and experiment in social psychology: concepts and methods. *American Journal of Sociology*, 44, 868-897 (dt. In: C.-F. Graumann (Hrsg.), *Feldtheorie*. Werkausgabe Kurt Lewin (S. 187-213). Stuttgart: Klett-Cotta. 1982).

Lewin, K. (1942). Field theory and learning. *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, 41, 215-242. (dt. In: C.-F. Graumann (Hrsg.), *Feldtheorie*. Werkausgabe Kurt Lewin (S. 157-185). Stuttgart: Klett-Cotta. 1982).

- Lewin, K. (1943). Psychology and the process of group living. *Journal of Social Psychology*, 17, 113-131. (dt. In: C.-F. Graumann (Hrsg.), *Feldtheorie*. Werkausgabe Kurt Lewin (S. 215-235). Stuttgart: Klett-Cotta. 1982).
- Lindenmeyer, J. (2008). AMAZ – Zur Krise des sozialkognitiven Rückfallmodells. *Sucht*, 54, 332-333.
- Lück, H.E. (1996). *Die Feldtheorie und Kurt Lewin*. Weinheim: Beltz.
- Marlatt, G.A. & George, W.H. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Metzger, W. (1965). Über Modellvorstellungen in der Psychologie. *Studium Generale*, 18, 346-352 (abgedruckt in: M. Stadler & H. Crabus (Hrsg.), Wolfgang Metzger, *Gestalt Psychologie*. Ausgewählte Werke aus den Jahren 1950 bis 1988 (S. 43-50). Frankfurt: Waldemar Kramer)
- Miller, G.A., Galanter, E. & Pribram, K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2009). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 16, 1, 5-16.
- Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 17, 9-20.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Spence, K.W. (1956). *Behavior theory and conditioning*. New Haven: Yale University.
- Tolman, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men* New York: Appleton-Century.
- Tolman, E.C. (1939). Prediction of vicarious trial and error by means of the schematic sowbug. *Psychological Review*, 46, 318-336.
- Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 55-70). Stuttgart: Thieme.
- Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie bei Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (395- 438). Göttingen: Hogrefe.
- Watzl, H. (2007). Wo bleibt die deutsche Psychotherapieforschung? *Sucht*, 53, 135-136.
- West, R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell.
- Westmeyer, H. (1987): Möglichkeiten der Begründung therapeutischer Entscheidungen. In: Caspar, F. (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie*. dgvt-Verlag, Tübingen, 20-31.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2007). High-risk situations: relapse as a dynamic process. In K. Witkiewitz & G.A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 19-33). Amsterdam: Elsevier.

**Autoren:**

Dr. Julia Domma-Reichart ist Direktorin der salus klinik Hürth

Dipl. Psych. Heinz C. Vollmer ist externer Mitarbeiter des wissenschaftlich orientierten Qualitätsmanagements der salus kliniken (salus-wQM)

Korrespondenzadresse

Dr. Julia Domma-Reichart

salus klinik Hürth

Willy-Brandt-Platz 1

50354 Hürth

[j.domma@salus-huerth.de](mailto:j.domma@salus-huerth.de)

*Bauplan der Abstinenz III* wurde erstellt am 13.01.2010 (unveröffentlichtes Manuskript) und auf die Webseite gestellt am 04.09.2010 unter:

<http://www.salus-kliniken.de/huerth/wissensportal/netzpub/>