

Therapeutische Überlegungen zum Bauplan der Abstinenz III

Heinz C. Vollmer¹ & Julia Domma-Reichart²

¹salus-wQM & ²salus klinik Hürth

Zusammenfassung

Nach einer erfolgreichen Entgiftung bzw. Akutbehandlung befindet sich die Mehrzahl der Abhängigen in der prädeziationalen, einige in der präaktionalen und sehr wenige in der aktionalen Phase zur Abstinenz. Die Entwöhnungsbehandlung bzw. Postakutbehandlung sollte abgestimmt sein auf die Handlungsphase und auf den Kontrollmodus (Handlungs- oder Lageorientierung) der Patienten. Die Postakutbehandlung kann auf sieben parallelen Ebenen stattfinden, die je nach Indikation unterschiedlich intensiv angewendet werden. Die sieben Ebenen sind: Diagnostik, Therapiekompetenz, Interaktion, Pädagogik, Erprobung, Motivation, Volition. Der schwerpunktmäßige Wechsel von einer Ebene in die nächste ist eine Funktion der Verweildauer in Behandlung, der Handlungsphase und des Kontrollmodus (Lage- vs. Handlungsorientierung). Der Übergang von der prädeziationalen in die präaktionale Phase – die Überschreitung des Rubikons für Abstinenz – geschieht erstens indirekt durch erfolgreiche Interventionen auf den ersten fünf Ebenen und zweitens direkt durch motivierende Interventionen.

Eine direkte Motivierung zur Abstinenz kann erst erfolgen, wenn die ersten fünf Ebenen ausreichend bewältigt sind: wenn den Abhängigen ihre Probleme deutlich sind (Diagnostik), Anforderungen der Therapie bewältigt werden können (Therapiekompetenz), eine gute Interaktion zu den Therapeuten besteht (Interaktion), unangemessenes Verhalten minimal ist (Pädagogik) und abstinenzorientierte Handlungen erprobt wurden (Erprobung). In anderen Worten, neben den Fertigkeiten zur Teilnahme an einer ambulanten oder stationären Therapie setzt die Anwendung motivierender Interventionen Kompetenz zur Abstinenz voraus.

Motivierende Interventionen sollten nur für Patienten der prädezisionalen Phase durchgeführt werden. Wiederholte und intensive motivierende Interventionen für motivierte Patienten können nach dem Modell der Handlungsphasen zu einer Demotivierung führen.

Die Berücksichtigung der Handlungsphasen und der sieben Ebenen erlaubt es, Patienten unterschiedlicher Handlungsphasen gemeinsam in Therapiegruppen so zu behandeln, dass die Patienten gerade durch den unterschiedlichen Therapiestand voneinander profitieren. Eine empirische Prüfung unseres Modells steht noch aus.

1. Theoretische Grundlagen

Angeregt durch die theoretischen Modelle von Gollwitzer (1991), Heckhausen (1977, 1980, 1987), Hull (1943), Kuhl & Beckmann (1994), Lewin (1926, 1939, 1942), Tolman (1932) und auf Grundlage unserer therapeutischen Erfahrungen werden wir Personen-Merkmale vorschlagen, die es Abhängigen erleichtern, Abstinenz nach einer erfolgreichen Entgiftung aufrechtzuerhalten. Wir beschränken uns auf Modell III unseres Bauplans der Abstinenz (Vollmer & Domma-Reichart 2010). Aus den theoretischen Modellen und den vermuteten Personen-Merkmalen abstinenter Abhängiger werden wir therapeutische Schlussfolgerungen für die Entwöhnungsbehandlung Abhängiger von psychotropen Substanzen ableiten.

1.1 Rubikon Modell

Im Rubikonmodell (Heckhausen 1987) wird unterschieden zwischen den folgenden aufeinanderfolgenden Phasen (Abb. 1):

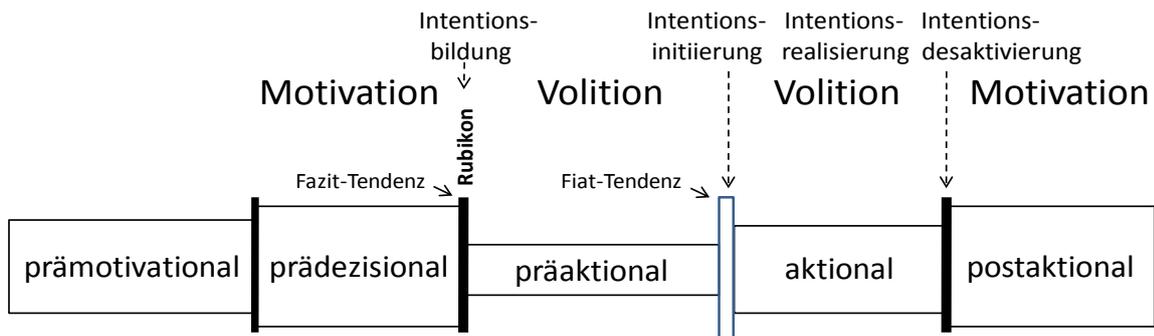


Abb. 1: Das Rubikon Modell des Handelns (nach Heckhausen 1987, ergänzt durch die prämotivationale Phase)

- prädeziSIONal:

Der Alkoholabhängige überlegt sich, ob er abstinent leben möchte und ob er dazu überhaupt in der Lage ist. Er macht sich Gedanken über die langfristigen Folgen (Ergebnis-Folge-Erwartung), die zwar manchmal unrealistisch sind, aber dadurch auch motivierende Funktion haben. In dieser Phase des Abwägens gibt es eine Fazittendenz. Je länger das Abwägen dauert und es zu keiner Entscheidung kommt, umso höher die Wahrscheinlichkeit, dass diese Phase abgebrochen wird. Der Alkoholabhängige denkt nicht mehr über Abstinenz nach, es ist ihm egal, er lässt die Therapie einfach über sich ergehen. Gelangt die Person hingegen zu der Entscheidung, dass die Handlung (Abstinenz) erwünscht ist und hält sie die Handlung für realisierbar, dann kann es dazu kommen, dass sie den Rubikon überschreitet, d.h. sie gelangt von einer motivationalen in eine volitionale Phase.

- präaktional: Diese Phase ist die erste volitionale Phase. Es hat ein qualitativer Sprung vom Wunsch zur Intention stattgefunden. Das Abwägen wurde beendet und die Person macht sich an die Realisierung der Handlungsziele. Da die Handlungen häufig nicht unmittelbar in die Tat umgesetzt werden können, werden Vorsätze gemacht, einzelne Handlungsschritte festgelegt, überlegt wie Schwierigkeiten überwunden werden können und geplant, bei welcher Gelegenheit die Vorsätze in die Tat umgesetzt werden sollen. Ein Patient nimmt sich zum Beispiel vor, wie bei einer Familienfeier Alkohol abgelehnt oder wie Einsamkeit am Wochenende bewältigt werden kann. Das Charakteristikum dieser Phase besteht im Planen: die Person hat sich zur Zielerreichung verpflichtet, verbunden mit einem Gefühl der Entschiedenheit, das Ziel anzustreben. Michotte & Prüm (1910) beschreiben diesen Zustand als ein „Gefühl des Entschlossenseins und Handlungsgewißheit“ und Lewin (1940) spricht von einem gespannten System, wo ein qualitativer Sprung vom Wunsch zur Intention stattgefunden hat (Gollwitzer 1991).
- aktional: Bietet sich eine Gelegenheit zur Umsetzung der Handlung, dann erreicht die Person die zweite volitionale Phase. Charakteristisch für diese aktionale Phase ist das zielorientierte Handeln. Ob eine Person handelt, hängt einerseits von der Volitionsstärke ab, d.h. von der Stärke der Verpflichtung die Handlung durchzuführen und andererseits von der Günstigkeit der vorliegenden Gelegenheit für die Handlung. Das Zusammenwirken von Volitionsstärke und Grad der Günstigkeit bezeichnet Heckhausen als Fiat-Tendenz. Wurden genaue Vorsätze gefasst, unter welchen Bedingungen und zu welchen Gelegenheiten welches Verhalten wie durchgeführt werden soll, dann kann es geschehen, dass der Betreffende, wie bereits Lewin 1926 festgestellt hat, die Handlung automatisch ohne Willensaufwand initiiert (Rheinberg 1997). Für die Abhängigkeitsbehandlung von Bedeutung ist, dass die Volitionsstärke mit zunehmender Zeit abnehmen kann, insbesondere dann, wenn günstige Gelegenheiten verpasst werden.
- postaktional: Diese Phase ist wieder eine motivationale Phase. Die Handlungen werden bewertet. Der Betreffende schätzt ein, inwiefern er seine Ziele erreicht hat und ob der tatsächliche Wert mit dem erwarteten übereinstimmt. Diesen Bewertungen kommen wieder neuen prädezisionalen Abwägeprozessen zugute. Die Person blickt nicht nur in die Vergangenheit, sondern auch in die Zukunft. Auf Grund ihrer

Erfahrungen nimmt die Person im positiven Fall Korrekturen vor. Falls dieses nicht geschieht, die Handlungen auf das angestrebte Ziel erfolglos bleiben und die Zielintention gleichzeitig bestehen bleibt, kommt es nach dem Modell von Heckhausen zu kognitiven Blockaden. Die Person beginnt generell zu Trödeln, sie ist nicht mehr in der Lage, Absichten zügig in die Tat umzusetzen.

- prämotivational: Diese Phase haben wir hinzugefügt! Die Patienten möchten in dieser Phase so weiterleben wie bisher. Sie wägen nicht ab, denken kaum über die Zukunft nach und haben keine Wünsche in Richtung einer Veränderung. Sehr vereinzelt gibt es in einer stationären Einrichtung solche Patienten, sie sind aber die Ausnahme. Selbst Patienten, die behaupten, sie möchten mit dem Trinken nicht aufhören, befinden sich meistens in der prädezisionalen Phase und ihre Aussagen sind Folge widerstreitender Oberpläne zwischen Patient und Therapeut.

1.2 Merkmale abstinenter Patienten

Gegen Ende einer erfolgreichen Entgiftung (=Akutbehandlung) befinden sich die meisten Abhängigen in der prädezisionalen Phase und sie stehen vor der Entscheidung, ob sie den Rubikon überschreiten sollen oder nicht.

1.2.1 Überschreiten des Rubikons

Um von der prädezisionalen in die präaktionale Phase zu gelangen, muss eine Person a) zur Abstinenz motiviert sein und b) Kompetenzen besitzen, die die Aufrechterhaltung der Abstinenz ermöglichen.

1.2.1.1 Motivation zur Abstinenz

Für die Motivation zur Abstinenz sind nach unseren therapeutischen Erfahrungen die folgenden beiden Merkmale von Bedeutung:

- eine positive Ergebnis-Folge-Erwartung (Heckhausen 1977)
bedeutet, dass die erwarteten Folgen der Abstinenz für den Betreffenden vorwiegend angenehm sind, wie zum Beispiel Zufriedenheit in der Partnerschaft und in der Arbeit, die Verwirklichung von Freizeitinteressen und die Reduzierung von Belastungen
- eine Passung der Persönlichkeitspläne bzw. „übergreifenden Willensziele“ (Lewin 1926) zur Abstinenz

bedeutet, dass die Person mit sich selbst im Einklang ist, (lebenslang) abstinent zu leben. Es entspricht zum Beispiel ihrem Selbstbild auf Geburtstagsfesten mit alkoholfreien Getränken anzustoßen.

1.2.1.2 Kompetenz für Abstinenz

Ein Wechsel in die präaktionale Phase setzt eine positive Kompetenzeinschätzung des Abhängigen voraus, die anfangs zwar unrealistisch sein kann, aber für ein erfolgreiches Handeln in der aktionalen Phase der Wirklichkeit entsprechen muss. Dazu gehören folgende Merkmale:

- eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung (Heckhausen 1977)
bedeutet, dass der Betreffende sich zutraut abstinent zu leben, zum Beispiel auf einer Geburtstagsfeier oder in einer traurigen, einsamen Stimmung keinen Alkohol zu trinken
- eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung für zielerleichternde Handlungen (Vollmer & Krauth 2001)
bedeutet, dass die Person sich zutraut Handlungen durchzuführen, die die Aufrechterhaltung des Ziels Abstinenz erleichtern bzw. weniger anstrengend machen, wie zum Beispiel auf einer Geburtstagsfeier nach alkoholfreien Getränken fragen, den trotz mehrmaliger Aufforderung angebotenen Gratis-Schnaps im Restaurant ablehnen oder Gefühl der Traurigkeit, Einsamkeit aushalten und überwinden.

1.2.2 Von der präaktionalen zur aktionalen Phase

Um von der präaktionalen in die aktionale Phase zu gelangen und in ihr zu verbleiben, sind folgende Merkmale hilfreich

- eine hohe Volitionsstärke (Ach 1935; Gollwitzer 1996) für Abstinenz
bedeutet, dass der Betreffende sich verpflichtet fühlt – fest entschlossen ist – das Ziel Abstinenz anzustreben
- eine hohe Volitionsstärke für zielerleichternde Handlungen
bedeutet, dass der Abhängige gewillt ist, Handlungen auszuführen, die die Aufrechterhaltung der Abstinenz erleichtern (z.B. Besuch einer Selbsthilfegruppe, Vermeidung von Trinkkumpanen).
- eine valide kognitive Landkarte (Tolman 1932; Vollmer 2000)
bedeutet, dass der Abhängige a) persönliche Risikosituationen kennt und b) über Situationen und Handlungen Bescheid weiß, die die Aufrechterhaltung der Abstinenz

erleichtern (z.B. a) exzessives Arbeiten, b) Freundeskreis über Abhängigkeit informieren)

- eine niedrige Gewohnheitsstärke (Hull 1943) für suchtbezogene Verhaltensweisen bedeutet, dass der Betreffende nicht dazu neigt, die problematischen Verhaltensweisen automatisiert durchzuführen. Zum Beispiel gedankenlos ein angebotenes Bier in die Hand nimmt und einen Schluck trinkt (siehe Heckhausen 1996)

1.2.3 Handlungs- und Lageorientierung

In der Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) zur ambulanten Behandlung von Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen waren die Patienten, die den Rubikon überschritten hatten nicht erfolgreicher. Mit diesem Ergebnis würde es keinen Sinn machen, dass wir uns an dem Rubikonmodell orientieren. Eine getrennte Untersuchung der Patienten nach den Merkmalen Lageorientierung und Handlungsorientierung (Kuhl & Beckmann 1994) und getrennter Prüfung, inwiefern diese Patienten auf eine klärungsorientierte (z.B. Gesprächspsychotherapie) vs. bewältigungsorientierte Therapie (z.B. Verhaltenstherapie) ansprechen, ergab hingegen sehr interessante Ergebnisse, die uns auch bei unseren Abhängigen vorstellbar sind. Lageorientiert bedeutet, eine Person setzt Handlungen nicht in die Tat um, sie ist sehr zögerlich, legt sich nicht auf ein Ziel fest und schiebt Absichten vor sich her. Diese Person befindet sich auf der linken Seite des Rubikon. Vielen mag Lageorientierung als hoffentlich nur vorübergehender Zustand bekannt sein, wenn sie ein langweiliges Fernsehprogramm anschauen, weiter vor dem Fernseher hängen bleiben und dann evtl. auch noch irgendwann einschlafen. Die handlungsorientierten Personen befinden sich auf der rechten Seite des Rubikon. Sie setzen Absichten in die Tat um und erkennen im Vergleich zu den Lageorientierten, wenn sich eine günstige Gelegenheit für die Handlung ergeben hat (Kuhl & Beckmann, 1994). Zurück zu den Ergebnissen der Berner Therapiestudie. In der Gesprächspsychotherapie korrelierte der Anstieg der Lageorientierung mit Therapieerfolg, in einer bewältigungsorientierten Therapie korrelierte die Lageorientierung mit einem Misserfolg. Es kann also ein Therapieerfolg erreicht werden, obwohl der Patient nicht in handlungsorientierten Problemlösungen unterstützt wird. Die Autoren Znoj, Grawe & Jeger schlussfolgern: „ Auf der Grundlage des Rubikonmodells von Heckhausen können wir dies am ehesten so verstehen, dass dabei in einem Prozess der motivationalen Klärung eindeutige Wünsche und Ziele herausgearbeitet werden, die den Patienten auch ohne bewältigungsorientierte Unterstützung durch den Therapeuten instandsetzen, sein Leben mehr im Sinne seiner positiven Bedürfnisse zu

gestalten mit umfassenden positiven Auswirkungen auf sein Befinden.“ (Znoj et. al. 2000, S. 58). Sollte sich dieses Ergebnis auch bei Abhängigen bestätigen, so ist die Therapie auf den Kontrollmodus des Patienten (Lage- vs. Handlungsorientierung) abzustimmen.

1.3 Kompetenz vor Motivation

Eingebettet ist unser Bauplan der Abstinenz in den feldtheoretischen Ansatz mit der Verhaltensformel $V = f(P, U)$ wie er von Lewin (1939) definiert wurde. Das Verhalten wird verstanden als eine Funktion der Person und der Umwelt. Ziel der Behandlung ist die Schaffung eines gegliederten, gut strukturierten Lebensraumes (L) für die Zeit nach der Behandlung $V = f(P, U) = f(L)$. Unterscheiden wir bei der Person die Merkmale Kompetenz (k) und Motivation (m), so wird unsere Formel lauten: $V = f(P_k * P_m, U) = f(L)$. In anderen Worten, wenn eine der beiden Variablen $P = 0$ beträgt (z.B. keine Kompetenz zur Abstinenz), dann ist $V = 0$, d.h. das Verhalten Abstinenz kann nicht beibehalten werden, selbst wenn die Umwelt (U) für die Aufrechterhaltung der Abstinenz außergewöhnlich günstig sein sollte (z.B. ausgezeichnete Arbeit, liebevolle Partnersituation, schöne Wohnung). Hinzu kommt die Formel $P_k = 0 \rightarrow P_m = 0$, d.h. dass P_m nur größer 0 sein kann, wenn P_k größer 0 ist. P_k ist eine notwendige Bedingung für P_m . Ohne die Kompetenz zur Abstinenz kann jemand keine Motivation zur Abstinenz entwickeln. Es kann höchstens der Wunsch zur Abstinenz entstehen. Die Person würde sich somit in der prädeziationalen Phase befinden, schafft aber nicht den Sprung in die präaktionale Phase, sondern sie wird in die prämotivationale Phase zurückkehren. Verdeutlicht an einem einfachen Beispiel: Man sollte eine Person, die nicht Autofahren kann, nicht motivieren mit dem Auto alleine von München nach Paris zu fahren. Sie wird nie in Paris ankommen, entweder weil sie als Realist sich nichts mehr von dem Motivierenden sagen lässt oder weil sie es doch versucht, aber Schiffbruch erleidet mit negativen Auswirkungen auf ihren Selbstwert und auf die Handlungs-Ergebnis-Erwartung. Erst wenn Kompetenz zur Abstinenz wenigstens in einem geringen Ausmaße vorhanden ist, kann Motivation aufgebaut werden. Ohne die Kompetenz zur Abstinenz handelt es sich bei der Äußerung von Abstinenzabsichten um unrealistische Wünsche.

2. Therapeutische Überlegungen

2.1 Schlussfolgerungen

Aus den theoretischen Überlegungen ergeben sich folgende Schlussfolgerungen für die Therapie:

2.1.1 Individuelle, handlungsphasenorientierte Therapieplanung

Zu Beginn der Behandlung sollte diagnostisch erfasst werden a) die Handlungskontrolle (handlungs- vs. lageorientiert) und b) die Handlungsphase (prädezisionale vs. präaktionale vs. aktionale), um die Behandlung von Beginn an mit folgenden Schwerpunkten individuell zu gestalten:

- kognitive Therapie für Lageorientierte
- übende Verfahren für Handlungsorientierte
- kompetenzfördernde und motivierende Interventionen für Patienten der prädezisionalen Phase
- Erarbeitung einer kognitiven Landkarte, Erstellen von konkreten Plänen und in-vitro Übungen in der präaktionalen Phase
- In-vivo Übungen und Wiedereingliederung in die Alltagswelt in der aktionalen Phase

2.1.2 Therapeutisch ungünstige Interventionen und Vorgehensweisen

Unter Berücksichtigung des Kontrollmodus und der Handlungsphasen sind einige standardmäßig durchgeführte Interventionen der Abhängigkeitsbehandlung für bestimmte Patientengruppen als nicht hilfreich einzustufen:

- Übende Verfahren in der prädezisionalen Phase?
Übende Verfahren (z.B. Ablehnungstraining) sind nur hilfreich für handlungsorientierte Patienten der präaktionalen oder aktionalen Phase. Die Anwendung übender Verfahren bei lageorientierten Patienten der prädezisionalen Phase führt zu Widerstand, der sich auf die gesamte Behandlung ausweiten kann und sich auch negativ auf die therapeutische Beziehung auswirkt.
- Motivierende Interventionen in der präaktionalen Phase?
Patienten der präaktionalen Phase wägen nicht mehr Vor- und Nachteile der Abstinenz ab und sie ignorieren Informationen, die zu Zweifeln an ihrem Entschluss führen könnten. Daher sollte ein Infrage stellen der Abstinenzmotivation, teils Bestandteil einiger motivierender Interventionen oder auch von Rückmelderrunden in Therapiegruppen, bei diesen Patienten vermieden werden, um sie nicht zu verunsichern und sie wieder in die prädezisionale Phase zu drängen.
- Stimuluskontrolle in der aktionalen Phase?
Stimuluskontrolle ist bei sehr vielen Patienten zu Behandlungsbeginn eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor Rückfällen besonders in der prädezisionalen

Phase. Nicht selten wird diese Intervention auch als „Sanktion“ bei Rückfällen oder bei Fehlverhaltensweisen eingesetzt (z.B. Ausgangssperre), ohne Wissen, dass es sich um Stimuluskontrolle handelt. Sanktionen als Stimuluskontrolle zu bezeichnen wäre ein nicht akzeptabler Euphemismus. Abhängige der aktionalen Phase sollten günstige Gelegenheiten haben, ihr abstinentes Verhalten in die Tat umzusetzen. Beschränkungen der Außenkontakte, Reduzierung von Heimfahrten oder von Ausgängen führen zu einer Einschränkung günstiger Gelegenheiten, kritische Situationen zu bewältigen mit der Folge, dass die Volitionsstärke für Abstinenz abnehmen kann.

- Nicht-Beachtung der Abstinenz-Leistung oder Rückfallanalysen in der postaktionalen Phase?

Abhängige der postaktionalen Phase benötigen therapeutische Unterstützung anstatt die Leistungen einer abstinenten Lebensführung als selbstverständlich zu betrachten. Sie sollten die Möglichkeit haben mit ihren Therapeuten über die erfolgreiche Bewältigung oder Nicht-Bewältigung kritischer Situationen zu reden, ohne einer Bewertung unterzogen zu werden, sei es durch Kritik des Therapeuten oder durch eine vom Therapeuten veranlasste Rückfallanalyse. Patienten der postaktionalen Phase können im nicht-direktiven Gespräch selbst überlegen, wie sich ein lapse (=sehr kurzer Rückfall) hätte vermeiden lassen oder wie Alkohol auf einer Feier noch besser hätte abgelehnt werden können. Denn der Patient befindet sich wieder in einer motivationalen Phase und das therapeutische Vorgehen sollte somit eher dem der prädeziptionalen Phase entsprechen, in der es aber nicht um Abstinenz vs. Konsum, sondern um eine Feinsteuerung der Abstinenz geht. Diese Patienten sind nicht zu verwechseln mit während der Behandlung rückfällig gewordenen Patienten der prädeziptionalen Phase, bei denen Rückfallanalysen und Stimuluskontrolle als Intervention notwendig sind.

3. Ein 7-Ebenen Modell der Entwöhnungsbehandlung

Auf der Grundlage unserer theoretischen Ausführungen schlagen wir ein 7-Ebenen Modell mit dem Prinzip „Abstinenzkompetenz vor Abstinenzmotivation“ vor. Die sieben sich überschneidenden Ebenen, die ein entgifteter Patient während einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung durchläuft, sind: Diagnostik – Therapiekompetenz – Interaktion – Pädagogik – Erprobung – Motivierung – Volition.

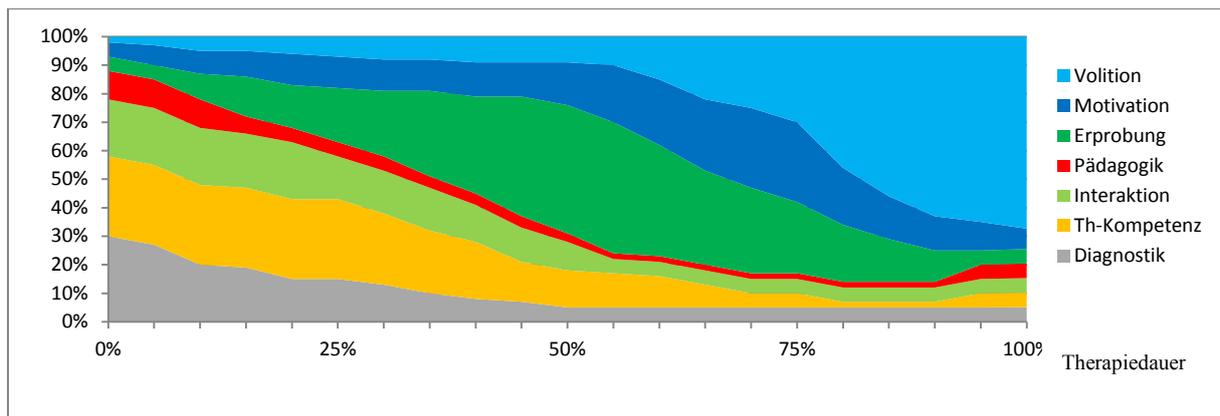


Abb. 2: Anteil der Behandlungsebenen in Abhängigkeit von der Therapiedauer

x-Achse: Verweildauer in Behandlung, z.B. 13 Wochen stationäre Regelbehandlung = 100 %; y-Achse: Anteil der zu der Phase zugehörigen Interventionen in Prozent, z.B. zu Beginn der Behandlung nehmen sowohl diagnostische Maßnahmen als auch Interventionen zur Therapiekompetenz je ca. 30 % der Behandlungszeit in Anspruch. Nach $\frac{3}{4}$ der stationären Behandlungszeit sollte der Rubikon für Abstinenz überschritten sein, so dass motivierende Interventionen reduziert werden und Interventionen der aktionalen Phase (Volition) zu über 50 % der Behandlungszeit stattfinden können. In der ambulanten Behandlung sollten präaktionale und aktionale Phase wesentlich früher erreicht werden.

3.1 Diagnostik

Die Diagnostik umfasst unter anderem: ICD-Diagnosen, manifeste Symptome (z.B. Selbstunsicherheit), Aktivitäts- und Partizipationsstörungen nach ICF (z.B. Haushaltsführung, Sauberkeit), funktionale Zusammenhänge zum Gebrauch psychotroper Substanzen (Verhaltensanalysen), psychische Belastungen (z.B. Depressivität), suchtspezifische Merkmale (z.B. HEE für Abstinenz), Kontrollmodus (Handlungs- vs. Lageorientierung), Pläne und Oberpläne, Handlungsphase.

Die Diagnostik sollte innerhalb von ein bis zwei Wochen abgeschlossen sein, mit Ausnahme einer manchmal über mehrere Wochen sich erstreckenden diagnostischen Klärung bei Persönlichkeitsstörungen oder Traumatisierungen und wiederholter Prüfung der Handlungsphase. Verhaltensanalysen erstrecken sich über die ganze Therapie, sie sind gleichzeitig eine therapeutische kognitive Maßnahme, die den Patienten zur Selbstregulation befähigt. In den ersten beiden Wochen nimmt die Diagnostik ca. 30 % der Behandlungszeit ein, im weiteren Verlauf reduziert sich der Anteil auf ca. 1 bis 3 % (Abb. 1).

3.2 Therapiekompetenz

Interventionen dieser Ebene vermitteln Fertigkeiten, die durch die Wahrnehmung des neuen Lebensraumes unter abstinenter Bedingungen erstmalig wiederkehrende Gefühle (z.B. Freude, Scham) und Belastungen einer Therapie (z.B. strukturierter Tagesablauf, therapeutische Rückmeldungen) zu bewältigen. Defizite in der Therapiekompetenz würden

dazu führen, dass sich der Patient ständig durch irgendwelche Probleme ablenken lässt, die er mit Mitpatienten oder mit der Hausordnung hat, so dass er sich nicht auf die zentralen Ziele der Behandlung konzentrieren kann: der Abstinenz und der Erwerbsfähigkeit. Spätestens zur Halbzeit der Behandlung sollten die Interventionen zur Therapiekompetenz größtenteils abgeschlossen und der Patient in der Lage sein, die meisten während einer Behandlung entstehenden Probleme und Konflikte in Selbstregulation zu lösen. Durch die Interventionen zur Verbesserung der Therapiekompetenz werden bereits kognitive, emotionale und behaviorale Fertigkeiten vermittelt, die auch für das natürliche Umfeld des Patienten nach der Behandlung hilfreich sind.

3.3 Interaktion

Die interaktionelle Ebene ist trotz ihres relativ kleinen Zeitrahmens, in der gezielt Interventionen eingesetzt werden, von großer Bedeutung. Bereits in den ersten Therapiesitzungen entscheidet sich, ob der Therapeut in der Lage ist, zu dem Patienten eine tragfähige Beziehung aufzubauen. Gelingt es dem Therapeuten zu Beginn nicht, sich komplementär zu den handlungsleitenden Oberplänen des Patienten zu verhalten, so wird auch bei ursprünglich sehr therapiemotivierten Patienten Widerstand ausgelöst, der im ungünstigsten Fall zum Abbruch der Behandlung oder einer inneren Kündigung der Therapie führt. Es hat sich als günstig erwiesen, bereits in den allerersten Sitzungen eine Plananalyse (Caspar 1989; Dziewas & Grawe 1978) durchzuführen, die der Identifikation von handlungsleitenden Oberplänen des Patienten dient, damit der Therapeut unter Kenntnis seiner eigenen Oberpläne komplementäre interaktionelle Verhaltensweisen in die Tat umsetzen und im weiteren Verlauf der Behandlung den Patienten zu Korrekturen seiner interaktionellen Pläne anregen kann. Zum Beispiel erhält ein Patient mit dem Oberplan „ich bin hilflos“ anfangs sehr viel Unterstützung von den Therapeuten und wird im Verlauf der Behandlung zu zunehmender Selbstregulation angeleitet. Der Patient mit dem Oberplan „besonders zu sein“, erhält zu Beginn von den Therapeuten besonders viel Akzeptanz, die langsam bei gleichzeitigem Aufbau alternativer Verstärkerquellen reduziert wird.

3.4 Pädagogik

Pädagogische Maßnahmen sollten unmittelbar eingesetzt werden sobald ein Anlass dazu vorliegt. Im Unterschied zu den psychotherapeutischen Interventionen zur Therapiekompetenz werden nicht die Hintergründe eines Problemverhaltens analysiert und gemeinsam mit dem Patienten Verhaltensziele abgeleitet, sondern von dem Patienten wird

erwartet, dass er das Verhalten durchführt, zum Beispiel die Hausordnung und die für ein Zusammenleben erforderlichen Anstandsregeln einhält. Voraussetzung für pädagogische Interventionen ist die Fertigkeit des Patienten, das Verhalten auch wirklich durchführen zu können. So wird ein sehr depressiver Patient psychotherapeutische Unterstützung erhalten, morgens rechtzeitig aufzustehen, während ein dissozialer, nicht depressiver Patient nur die Aufforderung erhält, morgens pünktlich zu den Veranstaltungen zu erscheinen. Ebenso sind in der ambulanten Behandlung gelegentlich pädagogische Maßnahmen notwendig bei Patienten, die Termine nicht absagen, in der Gruppe sich abwertend verhalten oder unangemessen gekleidet erscheinen. Insbesondere bei jüngeren Mehrfachabhängigen sind nicht selten liebevolle pädagogische Maßnahmen notwendig, für die auch die Therapeuten zuständig sind. Eine Tätigkeit, die viele Psychotherapeuten nicht gerade lieben, da sie um die therapeutische Beziehung fürchten. Einerseits sollen Therapeuten durch einfühlsames, verständnisvolles Vorgehen eine gute Beziehung zu Patienten aufbauen, andererseits sollten den Patienten klare Grenzen gesetzt werden, wenn Regeln nicht eingehalten werden. Die Art der Vermittlung der Grenzen, Transparenz beim Vorgehen und der vollkommene Verzicht von Sanktionen, die in keinem Zusammenhang zum Problemverhalten stehen, sind bei sogenannten Erziehungsmaßnahmen entscheidend, und erlauben gleichzeitig den Aufbau einer guten Beziehung zum Patienten. Unsere Erfahrungen zeigen, dass angemessene und verständlich formulierte pädagogische Maßnahmen gerade bei sehr problematischen Patienten einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben.

3.5 Erprobung

Auf der Ebene der Erprobung werden Verhaltensweisen ausprobiert, die für den Patienten nach der Behandlung in seinem natürlichen Lebensraum hilfreich sein können und die ihm erst ermöglichen, sich ein abstinentes Leben vorzustellen und wirklich zu wünschen. Bei der Therapiekompetenz ging es um die Vermittlung von Fertigkeiten für die Bewältigung aktueller Probleme und für die Aufrechterhaltung der Abstinenz im Lebensraum der Klinik (z.B. in Ausgängen und bei Heimfahrten) oder im ambulanten Therapie-Setting. Bedingt durch die Aktualität der Probleme und durch die Rahmenbedingungen der Behandlung war der Patient in der Regel (extrinsisch) motiviert, die Fertigkeiten in Handlung umzusetzen. Ziel der Erprobung ist hingegen die Vermittlung von Fertigkeiten für die Bewältigung zukünftiger Probleme und für die Aufrechterhaltung der Abstinenz im natürlichen Lebensraum des Patienten.

Bei Patienten mit einer hohen (realistischen) Handlungs-Ergebnis-Erwartung (HEE) bereits zu Behandlungsbeginn nimmt die Erprobung wenig Raum ein und es kann sehr früh im Behandlungsverlauf schwerpunktmäßig zur Motivierung übergegangen werden. Sind die Patienten außerdem handlungsorientiert und ist die Gewohnheitsstärke für suchtbezogene Verhaltensweisen gering ausgeprägt, so empfiehlt sich für diese Patienten eine ambulante Behandlung.

Erfahrungsgemäß hat aber die Mehrheit der Patienten entweder eine geringe oder eine unrealistische HEE, so dass trotz unzureichender Abstinenzmotivation die HEE verbessert werden sollte, um eine Grundlage für die Motivierung zu schaffen. Dieses geschieht einerseits in der Vermittlung von Kompetenzen in anderen Lebensbereichen zu denen der Patient motiviert ist (z.B. Selbstsicherheit, Schuldenregulierung) und andererseits durch die eher spielerische Vermittlung abstinenz erleichternder Handlungen (z.B. Alkohol ablehnen), so dass eine Generalisierung auf die HEE zur Abstinenz stattfinden kann. Durch das eher spielerische Vorgehen wird vermieden, die Abstinenz-Motivation des Patienten infrage zu stellen oder ihn zur Abstinenz zu drängen. Durch Erfolgserlebnisse und positive Rückmeldungen in der Gruppe nach erfolgreicher Ausführung der Handlungen verbessert sich die Handlungs-Ergebnis-Erwartung der Patienten und sie sind in der Lage, falls gewünscht, zu einem späteren Zeitpunkt die abstinenz erleichternden Handlungen erfolgreich auszuführen und die Handlungs-Ergebnis-Erwartung für Abstinenz nimmt zu.

Zwar hat die Verbesserung der Handlungs-Ergebnis-Erwartung motivierenden Effekt auf das Ziel Abstinenz, ist aber bei weitem nicht ausreichend für die Erreichung dieses Ziels. Viele Abhängige werden rückfällig bei einem Angebot von Alkohol, obwohl es für sie sehr leicht wäre und sie die Selbstsicherheit besitzen, die Handlung „Alkohol ablehnen“ auszuführen. Entscheidend für die Ausführung einer Handlung trotz hoher Handlungs-Ergebnis-Erwartung ist die Motivation und Volition des Patienten.

3.6 Motivation

Auf dieser Behandlungsebene sollen die Patienten durch motivierende Gesprächsführung und weitere motivierende Interventionen von sich aus, möglichst ohne sich vom Therapeuten gedrängt zu fühlen, den Rubikon überschreiten, um dann die auf der Ebene der Therapiekompetenz und der Erprobung vermittelten Fertigkeiten zur Aufrechterhaltung der Abstinenz unter normalen alltäglichen Bedingungen in die Tat umzusetzen. War das Vorgehen der Diagnostik, Therapiekompetenz, Interaktion, Pädagogik und Erprobung sehr erfolgreich, so kann es geschehen, dass diese fünf Ebenen die Motivation von sich aus tragen.

Der Patient hat dann bereits den Rubikon zur Abstinenz überschritten ohne direkte motivierende Interventionen. In diesem Fall ist nur eine weitere Festigung der Motivation notwendig, ohne diese in Frage zu stellen, da der Patient seinen Entschluss bereits gefasst hat und es wird vom Therapeuten zu der Volitionsphase übergegangen, damit der Patient seine Vorsätze in die Tat umsetzen kann. Für die Mehrzahl der Patienten, die trotz einer guten Handlungs-Ergebnis-Erwartung weiterhin in der prädeziSIONalen Phase sind, finden hingegen motivierende Interventionen statt, damit sie die präaktionale Phase erreichen.

3.7 Volition

Voraussetzung für die Anwendung von Interventionen auf der Volitionsebene ist, dass sich die Patienten in der präaktionalen oder aktionalen Phase befinden. Die Volitionsebene ist an den realen Lebensbedingungen der Patienten orientiert. Das beinhaltet den zukünftigen Lebensraum der Patienten, in welchem Ort werden sie wohnen, welche sozialen Kontakte werden sie haben, welche möchten sie haben, welchen Beruf werden sie ausüben, in welcher Firma oder Art von Firma, und welche Möglichkeiten zur Teilhabe an der Gemeinschaft gibt es in der Region. Auf diesem Hintergrund erstellen die Patienten mit Unterstützung der Therapeuten ganz konkrete Pläne und erarbeiten, wann welche Vorsätze wie umgesetzt werden sollen. Im Unterschied zur Erprobungsebene werden den Patienten Fertigkeiten zur Abstinenz mit dem Vorsatz vermittelt, der Intention zur Abstinenz. So werden die in vitro Übungen ernsthafter und realistischer durchgeführt als in der Erprobungsphase. Mit der Umsetzung einzelner Verhaltensweisen im natürlichen Lebensraum begeben sich die Patienten allmählich in die postaktionale Phase. In der Volitionsebene wird der Übergang in die postaktionale Phase durch Förderung der Selbstregulationsfertigkeiten vorbereitet, indem unter Verwendung gesprächspsychotherapeutischer Techniken erfolgreiche und nicht erfolgreiche Handlungen der Patienten reflektiert werden. Somit wird ein Übergang zur postaktionalen Phase für Abstinenz geschaffen, die in der Regel erst einige Monate nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung vollständig erreicht werden kann.

3.8 Flexibilität des 7-Ebenen Modells

Der Umgang mit den sieben Ebenen geschieht je nach Patient und Art der Behandlung sehr flexibel. In der therapeutischen Praxis sind die sieben Ebenen häufig nicht so einfach voneinander zu trennen, wie es in unseren Ausführungen dargestellt wurde. Entscheidend ist

die Orientierung an Handlungsphasen (Heckhausen 1987) oder an Veränderungsphasen (Prochaska & DiClemente 1983, 1992) und die Vermittlung von Abstinenzkompetenz vor oder wenigstens gleichzeitig zu der Abstinenz-Motivierung. Patienten, die die Behandlung mit einer hohen sozialen Kompetenz in abstinenzorientierten Verhaltensweisen antreten, überspringen die Erprobungsebene, so dass bereits im ersten Viertel der Behandlung der Schwerpunkt in der Motivierung liegen kann. Einige Patienten befinden sich bei Behandlungsbeginn bereits in der präaktionalen Phase. Für diese Patienten wären motivierende Interventionen demotivierend, denn sie benötigen Unterstützung in der Planung eines abstinenten Lebens und Korrekturen in der Umsetzung.

Andere Patienten haben kurz vor Ablauf einer längeren Behandlungszeit den Rubikon noch nicht überschritten. Positive Erfahrungen liegen vor, wenn diese Patienten motiviert werden, wenigstens drei oder sechs Monate abstinent zu bleiben. Aus Katamnesen ist uns bekannt, dass einige Patienten sich erst nach Abschluss der Behandlung entscheiden, abstinent zu leben und den Rubikon zu überschreiten. Auch diese Patienten haben von der Behandlung profitiert. Obwohl sie zu Behandlungsende noch in der prädezisionalen Phase sind, hat sich durch die Therapie, insbesondere durch die Interventionen der Ebenen Therapiekompetenz und Erprobung, die Handlungs-Ergebnis-Erwartung für Abstinenz und für abstinenz erleichternde Handlungen verbessert, die Gewohnheitsstärke für suchtbetogene Verhaltensweisen hat abgenommen, eine kognitive Landkarte ist entstanden und es wurde wahrgenommen wie Patienten der Volitionsphase in Übereinstimmung mit ihren Persönlichkeitsplänen konkret planen und handeln. So haben diese Patienten besonders von der Gruppentherapie profitiert, in der sich Patienten der Handlungsphasen prädezisional, präaktional und aktional befinden.

4. Breitbandtherapie

Die ersten Psychotherapien zur Behandlung Abhängiger waren rein symptomorientiert, die Behandlung der Abhängigkeit stand im Vordergrund in der Erwartung, dass sich durch Abstinenz die anderen Probleme der Patienten von alleine auflösen. Von Lazarus wurde 1966 der Begriff „Breitbandtherapie“ eingeführt. Schulte (1974) wies auf die Gefahren der Rückfälligkeit oder Symptomverschiebung bei der ausschließlichen Behandlung einer Symptomatik hin und forderte eine Analyse aller Symptome sowie der Zusammenhänge zwischen den Symptomen. Bereits in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden diese Forderungen, die heute in Deutschland selbstverständlich sind, in die Tat umgesetzt und es entstand im Vergleich zu vielen anderen Nationen ein einmaliges und sehr erfolgreiches

Behandlungssystem (siehe Egner & Grünbeck, 2004; Kufner, Metzner, Bühringer 2006; Lindenmeyer, 2006; Missel, Schneider, Bachmeier, Funke, Garbe, Herder et al., 2012; Schmidt, Gastpar, Falkai, Gaebel, 2006; Schneider, 2008).

Auch wenn sich die obigen Ausführungen vorwiegend auf die Behandlung der Abhängigkeit beschränken, ist die Therapie der Begleit- und Folgesymptome ebenso wichtig. Über eine erfolgreiche Behandlung belastender psychischer, somatischer oder alltäglicher Probleme kann die Motivation zur Abstinenz erhöht werden. Nicht nur zur Erreichung einer langfristigen Abstinenz können sich die Therapeuten an den fünf Handlungsphasen orientieren, sondern auch zu der Erreichung anderer Ziele, die sie mit den Patienten verfolgen. Dazu gehören die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Erwerbsfähigkeit, der Aufbau von Fertigkeiten, die die Wahrscheinlichkeit für (Beibehaltung der) Erwerbstätigkeit erhöhen, der Aufbau von Fertigkeiten für ein abstinentes Leben bei vorübergehender Arbeitslosigkeit und die Reduzierung komorbider psychischer und somatischer Störungen und manifester Symptome, die für den Patienten sehr belastend sind und daher nicht auf die Folgebehandlung oder -betreuung verschoben werden sollten.

Literatur

Ach, N. (1935). Über den Willensakt und die Willenshandlung. In Thomaes, H. (1966) (Hrsg.), *Die Motivation menschlichen Handelns* (S. 149-155). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.

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

Egner, U. & Grünbeck, P. (2004). Analyse der Rehaverlaufdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Sucht macht krank* (66-73). Geesthacht: Neuland.

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

Gollwitzer, P.M. (1996). Das Rubikonmodell der Handlungsphasen. In Kuhl, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung*. Enzyklopädie der Psychologie, Motivation und Emotion, Bd. 4 (S. 531-582).

Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292-376.

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.

Küfner, H. Metzner, C., Bühringer, G. (2006). Drogenmissbrauch und –abhängigkeit. In Wittchen, H-U., Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 613-636). Heidelberg: Springer.

Kuhl, J. & Beckmann, J. (Hrsg.) (1994). *Volition and Personality. Action versus state orientation*. Seattle: Hogrefe & Huber.

Lazarus, A.A. (1966). Broad spectrum behavior therapy and the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 4, 95-97.

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. (1940). Formalization and progress in psychology. *University of Iowa Studies in Child Welfare*, 16, 9-42. (dt. In: C.-F. Graumann (Hrsg.), *Feldtheorie. Werkausgabe Kurt Lewin* (S. 41-72). 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).

Lindenmeyer, J. (2006). Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In Wittchen, H-U., Hoyer, J. (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 637-660). Heidelberg: Springer.

Michotte, A. & Prüm, E. (1910). Étude expérimentale sur le choix volontaire et ses antécédents immédiats. *Archives de Psychologie*, 10, 119-299.

Missel, P., Schneider, B., Bachmeier, R., Funke, W., Garber, D. Herder, F. et al. (2012). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnes des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 19, 16-27.

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.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992): Stages of change in the modification of problem behaviors. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Hrsg.), *Progress in behavior modification*. IL, Sycamore.

Rheinberg, F. (1997). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P., Gaebel, W. (Hrsg.) (2006), *Evidenzbasierte Suchtmedizin*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Schneider, R. (2008). "Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?" oder: Was die Qualität der Suchtbehandlung im wirklichen Leben ausmacht. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Qualitäten der Suchtbehandlung* (S. 62-93). Geesthacht: Neuland

Schulte, D. (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.

Tolman, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men* New York: Appleton-Century.

Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 55-70). Stuttgart: Thieme.

Vollmer, H.C. & Domma-Reichart, J. (2010). Bauplan der Abstinenz III – Version 2. Zugriff am 13.05.2012 unter <http://www.salus-kliniken.de/huerth/wissensportal/publikationen/NetzPub>

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie bei Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (395- 438). Göttingen: Hogrefe.

Znoj, H.J., Grawe, K., Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 52-59.

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

Therapeutische Überlegungen zum Bauplan der Abstinenz III wurde erstellt am 13.05.2012
und am 30.05.2012 auf die Webseite gestellt:
<http://www.salus-kliniken.de/huerth/wissensportal/netzpub>