

Praxis der Verhaltenstherapie in der Suchthilfe

*Ausgewählte Hausarbeiten der
Zusatzqualifikation Sozial-/Suchttherapie (LWL)
-verhaltenstherapeutisch orientiert-*

Inhalt

Vorwort des Herausgebers	4
Vorwort der Kursleitung	5
 Motivierende Gesprächsführung Ein alternatives Beratungskonzept für den Suchtbereich Matthias Alterhoff, Münster	7
 Motivationsarbeit in der Psychosozialen Begleitung Substituierter Katharina Büxe, Lüneburg	35
 Die therapeutische Beziehung Ausgewählte Aspekte am Beispiel der Verhaltenstherapie Anne Engels, Xanten	61
 Was hilft beim Ausstieg aus der Sucht? Eine Untersuchung zur Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden in der Rehabilitationsbehandlung suchtkranker Menschen mit Methoden der qualitativen Sozialforschung Ulrike Feldkötter-Muschner, Billerbeck	85
 Komorbidität von Alkoholismus und Depression Claudia Geltenpoth, Unna	107
 Die Bedeutung von Gender Mainstreaming für die Suchthilfe Imke Huntemann, Bremen	127

Internetsucht – Eine neue Suchtform?

Eine Einführung in die Thematik

Grundlagen – Diskussion – Therapeutische Interventionsaspekte

Jens Keffel, Leer 147

ANTI – SUCHT – TRAINING

Ein Kurs für das Leben

Von der Idee bis zur Vorstellung des Programms

Roswitha Kiel, Goslar 175

„Nicht den ganzen Tag an sich vorbeilaufen lassen.“

Metaphern für Abstinenz in der Alltagssprache Opiatabhängiger
und deren Bedeutung im Gespräch

Regina Kitzhöfer, Münster 217

Humor in der Verhaltenstherapie

Möglichkeiten des intentionalen Einsatzes von Humor
im verhaltenstherapeutischen Setting

Annette Nehm, Gladbeck 243

Rückfallprävention in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger

Von der Idee und ersten Erprobung eines Gruppenangebots
zum Thema „Rückfallprävention“ in der Fachklinik Loxten

Margrit Prestien, Melle 257

Vorwort des Herausgebers

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht bietet seit über 25 Jahren Fortbildungen für Fachkräfte der Suchthilfe und angrenzender Tätigkeitsfelder in Westfalen-Lippe an. In diesen 25 Jahren hat sich das Arbeitsfeld immer weiter ausdifferenziert und qualifiziert. Diese Entwicklung spiegelt sich natürlich auch auf dem Bildungssektor.

Anfang der neunziger Jahre war es den Rentenversicherungsträgern ein Anliegen, für die von ihnen finanzierte medizinische Rehabilitation Kriterien festzulegen, die die für diesen Bereich erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen erfüllen sollen. Es entstanden neue, passgenaue Curricula mit psychotherapeutischer Ausrichtung.

Seit 1994 gehört die LWL-Koordinationsstelle Sucht zu den vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - VDR –zur Anerkennung empfohlenen Weiterbildungsträgern. Neben einer analytisch orientierten Zusatzqualifikation wird seit 1998 eine verhaltenstherapeutisch orientierte Weiterbildung durchgeführt. Mehr als 150 Fachkräfte wurden in dieser Zeit ausgebildet. Mehrfach konnte ich mich persönlich bei den Abschlussprüfungen von dem hohen fachlichen Niveau der Teilnehmenden überzeugen. Bestätigt wurde diese Einschätzung auch von den externen Suchtexperten, die einen Eindruck als Mitglied der Prüfungskommission gewinnen konnten.

Im Rahmen der dreijährigen Weiterbildung ist eine Hausarbeit über ein selbst gewähltes Thema zu schreiben, das

mit der Kursleitung abgesprochen und auch von dort begleitet wird. Insbesondere die Rückmeldungen aus dem Kreis dieser Suchtexperten zur Qualität der Arbeiten hat uns jetzt veranlasst, ausgewählte Beiträge zu veröffentlichen.

Die vorliegende Publikation stellt unseres Erachtens einen aktuellen Querschnitt der Praxis der Verhaltenstherapie in der Suchthilfe dar. Das Themenspektrum ist sehr breit und reicht z.B. von der therapeutischen Beziehung, Komorbidität, Gender Mainstreaming oder Rückfallprävention über Internet-sucht bis hin zum Humor in der Verhaltenstherapie.

Ich möchte mich bei allen Autorinnen und Autoren herzlich für die Bereitschaft zur Veröffentlichung bedanken. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine interessante Lektüre und viele Anregungen für die eigene praktische Arbeit.



Hans Meyer
Landesrat

Vorwort der Kursleitung

Seit vielen Jahren begleiten wir als verantwortliches Dozententeam die verhaltenstherapeutisch orientierte Zusatzqualifikation zur/zum Sozial-/Suchttherapeutin/Suchttherapeuten der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Als „Kursleiter“ sehen wir unsere Aufgaben im Wesentlichen darin, den Wissenstransfer und die Adaption in praktisches Handeln zu leisten, aber auch die Therapeutenpersönlichkeit zu fördern und Ressourcen sowie Kompetenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu stärken. Für die Absolventen der Weiterbildung bedeutet das, sich einerseits auf einen mehrjährigen Entwicklungsprozess einzulassen, an dessen Ende andererseits aber auch eine mehrteilige schriftliche Prüfung und ein mündliches Kolloquium stehen.

Zum Bestandteil dieser Abschlussprüfung gehört auch die Anfertigung einer im Umfang begrenzten schriftlichen „Hausarbeit“, die von den Kursleitern zu lesen und zu bewerten ist. Hierbei wird das Thema nicht vorgegeben, es muss lediglich der Bezug zur Methode der Verhaltenstherapie oder ganz allgemein zur „Sucht“ enthalten sein.

So befassen sich einige Hausarbeiten durchaus mit Themen, die in der einschlägigen Literatur derzeit kaum beschrieben werden, wieder andere transferieren Erlerntes in verständliche und umsetzbare Konzeptionen, die ohne Weiteres in der therapeutischen Praxis akzeptiert werden können. So sind Arbeiten wie: „Die Bedeutung von Gender Mainstreaming für die Suchthilfe“

ebenso vertreten wie „Humor in der Verhaltenstherapie“ oder „Trauma und Sucht“.

Die „Hausarbeiten“ sind in einem vorgegebenen Zeitraum anzufertigen. Sie stellen am Ende der Weiterbildung eine gänzlich andere Herausforderung dar, als im vorherigen Verlauf der Weiterbildung verlangt wird. Gefordert wird nun in Form einer schriftlichen Ausarbeitung der Nachweis eigener Kreativität, die Fähigkeit wissenschaftlichen Arbeitens oder aber konkrete konzeptionelle Umsetzung erlernter Theorie. Geboten wird aber auch die Chance, zusätzlich zur schriftlichen Klausur und einer abgeschlossenen Falldarstellung einen selbstbestimmten Beitrag zum Erfolg der schriftlichen Prüfung zu leisten.

Nahezu alle Arbeiten haben uns bereichert und häufig auch beeindruckt. Unser Respekt gilt allen Weiterbildungsteilnehmern, die unter Prüfungsdruck neben dem Berufs- und Familienalltag bisher diese Leistungen erbrachten.

Wir freuen uns ganz besonders darüber, dass der Weiterbildungsträger unsere Anregung aufgegriffen hat und mit dieser Ausgabe einige ausgewählte Arbeiten der Fachöffentlichkeit vorstellt. Unseres Erachtens werden damit auch die vielen anderen Teilnehmer gewürdigt, die erfolgreich die Weiterbildungen absolviert haben.

Maria Baalmann
Harry Glaeske

Motivierende Gesprächsführung

Ein alternatives Beratungskonzept für den Suchtbereich

Matthias Alterhoff

Münster

Inhalt

Einleitung

1 Theoretische Vorklärungen

- 1.1 Das Transtheoretische Modell (TTM)
 - 1.1.1 Stufen / Stadien der Verhaltensänderung
 - 1.1.2 Stufenspezifische Strategien der Veränderung
 - 1.1.3 Zusammenfassung
- 1.2 Das Phänomen der Ambivalenz

2 Die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

3 Phase I: Veränderungsmotivation aufbauen

- 3.1 Eröffnungsstrategien motivierender Gesprächsführung
- 3.2 Nutzung diagnostischer Befunde
 - 3.2.1 Die Einschätzung der Motivation
- 3.3 Der Übergang zwischen Phase I und Phase II

4 Phase II: Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken

- 4.1 Strategien zur Stärkung der Selbstverpflichtung

5 Umgang mit Widerstand

- 5.1 Vier Kategorien von Widerstandsverhalten
- 5.2 Acht Strategien zum Umgang mit Widerstand

6 Kritische Reflexion

- 6.1 Positive Aspekte
- 6.2 Anfragen und kritische Anmerkungen

Literatur

Einleitung

Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung von Miller & Rollnick¹ vermittelt einen alternativen Umgang in der Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Die traditionelle Haltung im Beratungskontakt und auch in der Therapie von Menschen mit Suchtproblemen ist laut diesen beiden Autoren bis heute gekennzeichnet durch

- ein insgesamt konfrontatives Gesprächsverhalten
- das Attackieren von Abwehrmechanismen und Widerstand
- das Expertentum des Beraters bzw. der Beraterin
- die Überzeugung des Klienten bzw. der Patientin mittels Beweisführung das Ziel, Klient/innen müsse die gestellte Diagnose (z.B. Alkoholabhängigkeit) unbedingt akzeptieren.

1 Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Herausgegeben und für die deutsche Ausgabe bearbeitet von Georg Kremer und Bernhard Schroer. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hinter dieser traditionellen Position steht die grundlegende therapeutische Haltung und Maxime: Suchtkranke müssen konfrontiert werden! Gehen Klient/innen im Rahmen der Konfrontation dann in den Widerstand, ist dieser zu attackieren. Für Miller & Rollnick² stellen sich in diesem Zusammenhang zwei Fragen:

Müssen Klient/innen unbedingt (aggressiv) konfrontiert werden? Und wenn Patient/innen konfrontiert werden, in welcher Art und Weise soll dieses dann erfolgen?

Die charakteristische Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung im Beratungskontakt ist zu kennzeichnen als „ein ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen, um so den inneren Motiven der Klient/innen zu erlauben, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu bestimmen“³ und damit im Grunde genommen das Gegenteil eines autoritären, konfrontierenden Beratungs- oder Therapiestiles. Folgende Tabelle beinhaltet einen Vergleich zwischen konfrontativen Verfahren und der motivierenden Gesprächsführung.

Gegenüberstellung von konfrontativen Verfahren und motivierender Gesprächsführung⁴

Konfrontative Verfahren	Motivierende Gesprächsführung
Besondere Betonung liegt auf Problemeinsicht. Akzeptanz der Diagnose ist eine Voraussetzung von Veränderung.	Akzeptanz des Etiketts „Alkoholismus“ oder anderer Etikette ist zur Veränderung nicht nötig.
Betonung der pathologischen Persönlichkeit, was die Fähigkeiten zur individuellen Entscheidung, Urteilsbildung und Kontrolle einschränkt.	Betonung der individuellen Entscheidungsfähigkeit und Verantwortung für die Planung künftigen Verhaltens.
Der Therapeut / die Therapeutin präsentiert Beweise, um Klient/innen davon zu überzeugen, die Diagnose zu akzeptieren.	Der Therapeut / die Therapeutin bemüht sich um eine objektive Einschätzung des Problems, richtet das Hauptaugenmerk aber auf die Sorgen der Klient/innen
Widerstand wird als Verleugnung angesehen, der man mit Konfrontation begegnen muss.	Widerstand wird als interpersonelles Verhaltensmuster verstanden, das durch das Verhalten des Therapeuten beeinflusst wird.
Widerstand verlangt Beweisführung und Korrektur.	Widerstand verlangt Reflexion.
Behandlungsziele und Veränderungsstrategien werden den Klient/innen von Therapeut/innen vorgeschrieben; Klient/in wird als widerständig und entscheidungsunfähig betrachtet.	Behandlungsziele und Veränderungsstrategien werden zwischen Klient/in und Therapeut/in auf der Basis objektiver Daten und individueller Angemessenheit vereinbart.

² a.a.O.

³ a.a.O. S. 11.

⁴ a.a.O. S. 65.

Um den Gesprächskontakt zu gestalten, stehen aber dem Berater oder der Therapeutin direkte sowie nondirektive Strategien zur Verfügung. Die Vorgehensweise ist deshalb sowohl klienten- als auch zielorientiert. Die Methode wird daher auch definiert als „ein direktes, klientenzentriertes Beratungs-

konzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen“⁵ und ist in der Auseinandersetzung mit problematischem Trinkverhalten entstanden. Folgende Tabelle zeigt Unterschiede zwischen nicht-direktiven Verfahren und der motivierenden Gesprächsführung auf.

Gegenüberstellung von nicht-direktiven Verfahren und motivierender Gesprächsführung⁶

Nicht-direktive Verfahren	Motivierende Gesprächsführung
Überlässt den Klient/innen die Entscheidung über Inhalt und Richtung der Beratung.	Leitet Klient/innen systematisch in Richtung Veränderungsmotivation an.
Vermeidet Ratschläge und Rückmeldungen des Beraters.	Setzt - soweit angemessen - Ratschläge und Rückmeldungen ein.
Praktiziert durchgängig emphatische Reflexion.	Setzt emphatische Reflexion selektiv ein, um bestimmte Prozesse zu verstärken.
Exploriert die aktuellen Konflikte und Gefühle der Klient/innen.	Ist bemüht, Diskrepanzen bei Klient/innen zu entwickeln, um die Veränderungsmotivation zu fördern.

Die Grundlagen dieser Art von Gesprächsführung stammen aus der klientenzentrierten Gesprächsführung, der kognitiven Therapie sowie der Systemtheorie und beruhen auf Prinzipien der Sozial-, Kognitions- sowie Motivationspsychologie.⁷

Mit dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung wollen die Autoren

- ein tiefergehendes Verständnis der Ambivalenz von Menschen mit Suchtproblemen erreichen,
- ein suchtspezifisches Beratungskonzept zur Verfügung stellen, dass es betroffenen Menschen ermöglicht, möglichst wenig Widerstand

aufzubauen und sich deshalb intensiver mit ihrem schädlichen Suchtmittelkonsum auseinander zu setzen,

- die Veränderungsbereitschaft (Motivation) von Patient/innen aufbauen und fördern sowie konkrete Verhaltensänderungen einleiten und begleiten,
- die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der Klient/innen stärken.

In der vorliegenden Hausarbeit werden zunächst in einem Theorieteil das Transtheoretische Modell (TTM) und

5 a.a.O. S. 11.
6 a.a.O. S. 67.
7 vgl. a.a.O. S.14.

das Phänomen der Ambivalenz erläutert. Die Kapitel 2-4 dienen der Darstellung der Grundprinzipien und phasenspezifischen Strategien der motivierenden Gesprächsführung. In Kapitel 5 wird das Auftreten und der Umgang mit Widerstand beschrieben. Den Abschluss bildet eine kritische Reflexion der motivierenden Gesprächsführung. Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung kann aufgrund der Beschränkung der vorliegenden Hausarbeit nur überblicksartig dargestellt werden. Auf derartig bedingte Verkürzungen wird an den entsprechenden Textstellen hingewiesen.

1 Theoretische Vorklärungen

Um ein besseres Verständnis des Beratungskonzeptes von Miller & Rollnick zu erreichen, ist eine Erläuterung des Transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und DiClemente sowie des Phänomens der Ambivalenz notwendig. Denn die motivierende Gesprächsführung thematisiert und erläutert „Beratungsstrategien für die vom TTM beschriebenen Stadien der Veränderung“⁸ und laut Miller & Rollnick spielen Ambivalenzkonflikte eine zentrale Rolle bei Suchterkrankungen.⁹

1.1 Das Transtheoretische Modell (TTM)

Das Transtheoretische Modell (TTM) aus dem Bereich der Motivationspsychologie veranschaulicht den Prozess der Verhaltensänderung und besteht

aus zwei Kernkonstrukten. Das erste Kernkonstrukt sind die Stufen der Verhaltensänderung mit dem dazugehörigen Prozessmodell. Das zweite Kernkonstrukt sind die stufenspezifischen Strategien der Verhaltensänderung, die in kognitive und verhaltensorientierte Strategien unterteilt werden. Innerhalb des TTM versteht man unter Motivation das aktuelle Stadium bzw. die aktuelle Stufe der Veränderungsbereitschaft eines Klienten / einer Klientin. Motivation ist ein innerpsychischer Zustand, der aber von äußeren Faktoren beeinflusst werden kann. Die Forschung und praktische Erfahrung zeigt, dass eine Person die einzelnen Stufen mehrfach durchläuft, bis eine stabile Veränderung erreicht ist.¹⁰

1.1.1 Stufen / Stadien der Verhaltensänderung

Das Stufenmodell der Veränderung

Abbildung 1

Aus: Miller & Rollnick, 1999, S. 31



8 Marzinzik, K. (2002). Motivierende Beratung bei riskant konsumierenden Jugendlichen. In: Pittrich, W., Rometsch, W. & Sarrazin, D. (Hrsg.). Forschung trifft Praxis, Forum Sucht Bd. 30. Münster: LWL - Abteilung Gesundheitswesen - Koordinationsstelle Sucht. S.55.

9 vgl. Miller & Rollnick (1999). S.50.

10 vgl. Miller & Rollnick (1999). S. 30.

Die erste Stufe des Prozessmodells ist die der Absichtslosigkeit („precontemplation“). Menschen, die sich in dieser Stufe befinden, sehen keinerlei Veranlassung für eine Veränderung eines bestimmten Problemverhaltens (z.B. Trinkgewohnheiten oder Zigarettenkonsum). Es besteht sogar ein erheblicher Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern eines Problemverhaltens. Im Beratungs- und Behandlungskontext wirken diese Klient/innen überwiegend fremdmotiviert. Informationen hinsichtlich eines Risikoverhaltens (z.B. rauchen oder trinken) werden ausgeblendet und eine bewusste Auseinandersetzung mit diesem Thema wird vermieden. Auf dieser Stufe ist die Entwicklung eines Problembewusstseins mit Hilfe von Informationen und Rückmeldungen zu fördern. Bereits handlungsorientierte Interventionsansätze sind nicht genügend auf die Bedürfnisse dieses Personenkreises abgestimmt. Die Stufe der Absichtslosigkeit gilt als die stabilste aller Stufen im Rahmen des Modells.

In der Stufe der Absichtsbildung („contemplation“) erfolgt eine erste bewusste Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Risikoverhalten, d.h. es entsteht ein Problembewusstsein. Es werden beispielsweise Diskrepanzen zwischen dem Substanzkonsum und wichtigen Lebenszielen wahrgenommen. Diese Wahrnehmung von Diskrepanzen führt aber aufgrund der starken Ambivalenz (Anziehung und zugleich Abstoßung durch das Suchtmittel) noch nicht zu konkreten Verhaltensänderungen (z.B. Reduktion des Suchtmittelkonsums). Die Menschen sind in ihrer Ambivalenz

gefangen und planen oder unternehmen deshalb keine konkreten Veränderungsschritte. Auf Seiten des Beraters sind daher auf dieser Stufe Anstöße in Richtung einer Veränderung zu geben. Menschen in der Stufe der Vorbereitung („preparation“) sind hochmotiviert, mit einer Veränderung des Risikoverhaltens zu beginnen. Sie treffen eine klare Entscheidung für eine Verhaltensänderung, haben bereits konkrete Handlungspläne im Blick, Informationen gesammelt und erste kleine Schritte in Richtung der gewünschten Verhaltensänderung unternommen. Klient/innen sollte insbesondere dabei geholfen werden, eine geeignete Veränderungsstrategie auszuwählen. „Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die beiden vorangegangenen Stufen, da es sich um eine ‚Durchgangsstufe‘ handelt, die sich auf einen eng begrenzten Zeitraum bezieht“.¹¹

Die Stufe der Handlung („action“) trägt aufgrund der hohen Anforderungen sowie des hohen Aufwandes das höchste Risiko für Rückfälle auf frühere Stufen und wird in der Regel mit Beratung oder Therapie assoziiert. Klient/innen unternehmen ganz konkrete Veränderungsschritte, z.B. die Reduzierung oder Einstellung des Suchtmittelkonsums.

Veränderungen zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden (Rückfallprophylaxe) sind die Hauptaufgaben der Stufe der Aufrechterhaltung („maintenance“). Diese Stufe kann z.B. bei einer Alkoholabhängigkeit den Rest des Lebens umfassen (dauerhafter Ausstieg). Tritt ein Rückfall ein, ist es von allergrößter Bedeutung, nicht in dieser Stu-

11 Keller, S., Wayne F.V. & Prochaska, J.O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: S. Keller (Hrsg.), Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 22.

fe zu verharren, sondern erneut in den Prozess der Verhaltensänderung einzutreten. Die konstruktive Verarbeitung eines Rückfalles kann in Bezug auf das Stufenmodell zu Erkenntnisfortschritten führen und auf diese Weise die Abstinenz festigen. Der Entmutigung und Demoralisierung der betroffenen Person hat der Berater / die Beraterin entgegenzuwirken.

Der eben beschriebene Prozess der Veränderung wird zusätzlich noch von zwei weiteren Größen beeinflusst, und

zwar der Selbstwirksamkeitserwartung - dieses ist die Zuversicht einer Person, ein gewünschtes Verhalten auch im Alltag zu praktizieren - sowie der Anfälligkeit für situative Versuchungen.¹² Das dargestellte Modell ist auf unterschiedliches Risikoverhalten anwendbar, z.B. den Suchtmittelkonsum, mangelnde körperliche Aktivität, ungesundes Essverhalten oder Rücken schädigendes Verhalten. Die Aufgaben der Beraterin bzw. des Therapeuten innerhalb der jeweiligen Stufe sind zusammenfassend in folgender Tabelle dargestellt.

Stadien der Veränderung und Aufgaben der Therapeut/innen¹³

Stadium, in dem sich der Klient / die Klientin befindet	Motivierende Aufgaben des Therapeuten / der Beraterin
Absichtslosigkeit	Lassen Sie Zweifel aufkommen - erhöhen Sie bei Ihrem Klienten die Wahrnehmung von Problemen und Risiken in Bezug auf sein derzeitiges Verhalten.
Absichtsbildung	Irritieren Sie das Gleichgewicht zwischen dem Wunsch nach Veränderung und dem Wunsch, alles beim Alten zu lassen. Arbeiten Sie Veränderungsgründe und Risiken der Beibehaltung des Suchtverhaltens heraus. Stärken Sie das Selbstvertrauen im Hinblick auf eine Veränderung des derzeitigen Verhaltens.
Vorbereitung	Helfen Sie dem Klienten, sich für den besten Weg bei der Suche nach Veränderung zu entscheiden.
Handlung	Helfen Sie dem Klienten, geeignete Schritte in Richtung Veränderung zu unternehmen. Aufrechterhaltung.
Aufrechterhaltung	Helfen Sie dem Klienten, geeignete Strategien zu entwickeln und einzusetzen, um Rückfällen vorzubeugen.
Rückfall	Helfen Sie dem Klienten, den Prozess der Absichtsbildung, Vorbereitung und Handlung wieder aufzunehmen, ohne sich durch den Rückfall entmutigen oder blockieren zu lassen.

12 vgl. Marzinik (2002). S.55.
 13 Miller & Rollnick (1999). S. 34.

1.1.2 Stufenspezifische Strategien der Veränderung

Auf das zweite Kernkonstrukt - die stufenspezifischen Strategien der Veränderung - kann aufgrund der Beschränkungen der vorliegenden Arbeit nicht ausführlicher eingegangen werden. Diese stufenspezifischen Strategien werden aber zum großen Teil von dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung aufgenommen und speziell auf die Beratung und Therapie von Klient/innen mit Alkohol- und Drogenproblemen ausdifferenziert (vgl. Kapitel 3 und 4).

1.1.3 Zusammenfassung

Aufgrund der bisherigen Ausführungen ist festzuhalten, dass innerhalb einer Beratung - also auch in der Suchtberatung - sehr genau darauf zu achten ist, in welcher Stufe der Verhaltensänderung sich eine Person befindet und dementsprechend stufenspezifische Interventionen, die ein Fortschreiten der Veränderung fördern, zum Einsatz kommen sollten. Die Anwendung handlungsorientierter Strategien in der Beratung von Klient/innen, die sich in den ersten beiden Stufen befinden, wird den Klient/innen nicht gerecht und erzeugt mit hoher Wahrscheinlichkeit erheblichen Widerstand, der eine Verhaltensänderung unwahrscheinlicher macht.

1.2 Das Phänomen der Ambivalenz

Ambivalenzkonflikte spielen bei Suchterkrankungen eine zentrale Rolle und prägen besonders die Stufe der Absichtsbildung. Von Ambivalenz kann gesprochen werden bei Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen, die einander widersprechen, jedoch gleichzeitig vorhanden sind. Eine Person will rauchen oder trinken wegen der als angenehm erlebten Wirkung des Suchtmittels und will dieses aber gleichzeitig auch nicht aufgrund der negativen Konsequenzen des Konsums. Nimmt ein/e Berater/in Ambivalenz bei Klient/innen wahr, kommt es häufig zu einer Überbetonung der negativen Seiten des Suchtmittelkonsums und Klient/innen reagieren darauf oft mit der Betonung der positiven Aspekte des Suchtmittels. Im weiteren Gesprächsverlauf besteht dann die Gefahr, dass beide in die sog. „Konfrontations-Verleugnungs-Falle“ geraten: Je mehr der Berater / die Beraterin die negativen Seiten betont, desto mehr betonen Klient/innen die andere, entgegengesetzte Position. Um dieser Falle auszuweichen und Machtkämpfen vorzubeugen, empfehlen Miller & Rollnick die sog. Entscheidungswaage¹⁴, die beide Seiten gleichberechtigt berücksichtigt. Da die Entscheidungswaage in den weiteren Ausführungen der Hausarbeit noch mehrfach erwähnt wird, findet sich im folgenden ein sehr anschauliches Beispiel aus Kremer (2000).

14 vgl. Miller & Rollnick (1999). S. 53-55

Abbildung 2
Aus: Kremer, 2000, S. 20



Vorteile des Konsums	Alkohol hilft mir zu entspannen Habe angenehme Rauscherlebnisse	Nachteile des Konsums	Gefährde meine Ehe Bin schlechtes Vorbild für die Kinder Ruinere meine Gesundheit Verschwende Zeit und Geld
Nachteile einer Änderung	Weniger Entspannung Keinen Rausch mehr Was soll ich den Freunden sagen	Vorteile einer Änderung	Führe glücklichere Ehe Habe mehr Zeit für die Familie Habe weniger finanzielle Probleme

Miller & Rollnick (1999) verstehen unter Ambivalenz weder einen Abwehrmechanismus noch sehen sie Ambivalenz als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung oder einer süchtigen Persönlichkeitsstruktur. Die betreffenden Personen werden grundsätzlich als in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt, der besonders lähmend wirkt, gefangen betrachtet. Deshalb empfehlen sie der Therapeutin oder dem Berater, vorsichtig und nicht zu schnell vorzugehen und ganz besonders auf die Ambivalenz der zu beratenden Person einzugehen. „Das Verstehen der Ambivalenz ist ein zentrales Ziel motivierender Gesprächsführung. Es ist von großer Bedeutung, wie Sie als Berater auf die Ambivalenz eingehen“.¹⁵ Motivierende Gesprächsführung kann daher auch als eine bestimmte Art des Ambivalenzmanagements verstanden werden und erhebt den Anspruch, „insbesondere für die Arbeit mit Menschen geeignet zu sein, die im Hinblick auf eine Veränderung ihres Verhaltens ambivalent sind“.¹⁶ Es wird angestrebt, beraterische Fähigkeiten zu verbessern, die es Klient/innen ermöglichen und erleichtern von der Stufe der Absichtslo-

sigkeit zur Stufe der Absichtsbildung - auf dieser Stufe ist die Ambivalenz besonders stark ausgeprägt - zu gelangen und dann weiter im Veränderungsprozess fortzuschreiten. Das in den folgenden Kapiteln ausgeführte Vorgehen halten die beiden Autoren aufgrund eigener und fremder Forschungsergebnisse für wirkungsvoller - besonders bei der Beratung von Menschen mit Suchtproblemen - als eine Vorgehensweise der Überredung oder Konfrontation.

2 Die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

Innerhalb der motivierenden Gesprächsführung geht es darum, eine Atmosphäre zu erzeugen, die Veränderungen erleichtert und ermöglicht. Der Berater / die Beraterin geht flexibel vor und „kann einerseits zurückhaltend sein, andererseits geht er/sie mit großer Entschlossenheit vor, benutzt klare Strategien und Methoden, um seine/ihre Ziele zu verfolgen“.¹⁷ Die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung spiegeln diese wesentlichen Aspekte wider.¹⁸

¹⁵ Miller & Rollnick (1999). S. 58.

¹⁶ a.a.O. S. 64.

¹⁷ a.a.O. S. 64.

¹⁸ vgl. a.a.O. S. 68-73.

Prinzip 1:

Empathie ausdrücken

Empathie ist die Beraterische und therapeutische Fähigkeit, das „innere Bezugssystem eines anderen mit allen emotionalen Komponenten und Bedeutungen genau wahrzunehmen.“¹⁹ Kernpunkt ist ein Verständnis der Gefühle, Vorstellungen und Standpunkte der Klient/innen, ohne diese zu bewerten oder abzuwerten. Dabei kommt es im Sinn der motivierenden Gesprächsführung besonders darauf an, ambivalente Einstellungen zuzulassen, zu erfassen und auf diese mit spezifischen Strategien zu reagieren. Empathie beinhaltet außerdem ein respektvolles und um Verständnis bemühtes Zuhören - das sog. aktive Zuhören -, aber auch die klare Mitteilung des einführend Verstandenen durch den Beratenden (vgl. Kapitel 3.1, Strategie 2).

Empathie und der damit verbundene Respekt erleichtern und ermöglichen es Patient/innen, eigenständig über Veränderungen ihres Suchtmittelkonsums nachzudenken.

Prinzip 2:

Diskrepanzen entwickeln

Da motivierende Gesprächsführung Veränderungen fördern möchte, beinhaltet diese Art der Gesprächsführung auch, Klient/innen mit ihrer unangenehmen Realität zu „konfrontieren“, d.h. kognitive Dissonanzen zu erzeugen und ihnen Diskrepanzen zwischen aktuellen Verhaltensweisen (z.B. Suchtmittelkonsum) und grundsätzlichen Lebenszielen (z.B. ein guter Vater sein) bewusst zu machen. Dieses Vorgehen beinhaltet eine sorgfältige Analyse der Konsequenzen des jeweiligen Verhaltens. Die be-

troffene Person soll die eigene Situation klar und umfassend erkennen. Die Konfrontation innerhalb der motivierenden Gesprächsführung erfolgt sozusagen über die Erzeugung und Verstärkung von Diskrepanzen bzw. kognitiven Dissonanzen. „Motivierende Gesprächsführung konfrontiert, indem sie Problembewusstsein und damit die Notwendigkeit, etwas zu tun, verstärkt“.²⁰

Aufgabe der beratenden Person ist es, Diskrepanzen im Gespräch zu erarbeiten, diese für den jeweiligen Beratungsprozess nutzbar zu machen und soweit zu verstärken, dass das gegenwärtige problematische Verhalten der Klient/innen in Frage gestellt wird. Um dieses Ziel zu erreichen, sind die inneren Motive und wichtigen Ziele von Klient/innen anzusprechen. Diese sollten im Idealfall während des Beratungsprozesses ihre Sorgen und Veränderungsabsichten selbst äußern.

Prinzip 3:

Beweisführungen vermeiden

Im Beratungsprozess ist die folgende Situation der Beweisführung möglichst zu vermeiden: Die beratende Person beweist einem Klienten / einer Klientin nachdrücklich und ausgefeilt sein / ihr Problem sowie die Notwendigkeit einer Veränderung, und daraufhin vertritt der Klient / die Klientin genau die gegenteilige Auffassung („Konfrontations-Verleugnungs-Falle“). Widerstand sollte vom Beratenden nicht provoziert werden und falls im Beratungsprozess Widerstand auftaucht, ist die Strategie seitens des Beraters / der Beraterin zu wechseln. Besonders im Bereich der Zuweisung von Diagnosen - z.B. Alkoholabhängigkeit - kommt es immer wieder zu Be-

19 Alterhoff, G. (1994). Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer. S. 84.

20 Miller & Rollnick (1999). S.69.

weisführungen seitens beratender Personen. Die Akzeptanz der Diagnose Alkoholabhängigkeit kann für manche Menschen ein Wendepunkt sein. Miller & Rollnick heben jedoch hervor, „dass es keinen Grund gibt, seine Klienten damit zu quälen, eine Diagnose zu akzeptieren“.²¹ Die Förderung der Selbstwahrnehmung von Patient/innen kann laut den beiden Autoren über effektivere Strategien als durch eine Diskussion über Diagnosen erreicht werden.

Prinzip 4:

Den Widerstand aufnehmen

Widerstand und Ambivalenzen sind innerhalb des Beratungsprozesses nicht zu bekämpfen, sondern als normal und verständlich anzusehen. Klient/innen sollen eingeladen werden, neue Informationen zu berücksichtigen und Perspektivenwechsel vorzunehmen. Beratende oder Behandelnde schreiben Sichtweisen oder Ziele nicht vor, da Klient/innen als kompetente und einsichtsfähige Personen angesehen werden. Der Widerstand kann positiv genutzt und aktiv im Beratungsprozess aufgegriffen werden (vgl. Kapitel 5).

Häufig ist Widerstand ein Ausdruck nicht oder nur ungenügend gewürdigter Ambivalenzen - gerade in der Beratung und Therapie von Suchtmittelmissbrauchenden und -abhängigen. Wird z.B. der Vorschlag, eine mehrmonatige Entwöhnungsbehandlung in Anspruch zu nehmen, abgelehnt, dann ist es die grundlegende Aufgabe der behandelnden Person, „dies nicht von vornherein als mangelnde Motivation, sondern als Hinweis auf unberücksichtigte ambivalente Ein-

stellungen aufzufassen“.²² Sehr häufig tritt Widerstand auch dann auf, wenn eine Intervention des Beraters / der Beraterin nicht zur motivationalen Lage des Klienten / der Klientin passt, d.h. eine handlungsorientierte Intervention einem Klienten / einer Klientin in der Phase der Absichtslosigkeit oder -bildung nahegelegt wird (vgl. Kapitel 1.1.1).

Prinzip 5:

Selbstwirksamkeit fördern

„Selbstwirksamkeit meint das Vertrauen einer Person in die Fähigkeit, eine spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können“.²³ Ohne Zuversicht bzw. Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kräfte ist die Veränderungsbereitschaft sehr gering. Zum einen müssen die Patient/innen eine Veränderung - trotz Hindernisse - für möglich halten, zum anderen kann aber auch die Überzeugung der beratenden Person, dass der betreffende Klient über die notwendigen Veränderungsmöglichkeiten verfügt, großen Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft haben.

Es gilt innerhalb der Beratung der Grundsatz: Nur die betreffende Person selbst kann die notwendigen Veränderungen vornehmen. Die Botschaft des Beraters / der Beraterin lautet daher: „Wenn Sie möchten, werde ich Ihnen dabei behilflich sein, sich zu ändern“.²⁴ Eine Methodenvielfalt ist bei dieser Art von Hilfe erwünscht.

Die folgende Tabelle fasst die Grundprinzipien und die jeweiligen Kernpunkte innerhalb des Beratungsprozesses zusammen.

21 Miller & Rollnick (1999). S. 70.

22 Kremer, G. (2000). Motivational Interviewing - Motivierende Gesprächsführung - Grundlagen, Prinzipien, Strategien. In: Pittrich, W., Rometsch, W. & Sarrazin, D. (Hrsg.). Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung, Forum Sucht Bd. 27. Münster: LWL - Abteilung Gesundheitswesen - Koordinationsstelle Sucht. S. 24.

23 Miller & Rollnick (1999). S. 72.

24 a.a.O. S. 73.

Grundprinzipien	Kernpunkte
Empathie ausdrücken	Akzeptanz erleichtert Veränderung. Aktives Zuhören ist unentbehrlich.
Diskrepanzen entwickeln	Das Bewusstsein über Konsequenzen des eigenen Verhaltens ist wichtig. Erzeugung von Diskrepanzen zwischen dem derzeitigen Verhalten und wichtigen Zielen. Der Klient sollte die Argumente zur Veränderung selbst liefern.
Beweisführungen vermeiden	Beweisführungen sind kontraproduktiv. Vorwürfe erzeugen Abwehr. Widerstand ist ein Signal, um die Strategie zu verändern. Etikettierungen sind unnötig.
Widerstand aufnehmen	Widerstände und Ambivalenzen sollten nicht bekämpft werden. Wahrnehmungen können umgelenkt bzw. neu formuliert werden. Neue Sichtweisen werden vorgestellt, nicht vorgeschrieben. Klienten sind kompetente Ratgeber bei der Lösung von Problemen.
Selbstwirksamkeit fördern	Der Glaube an die Möglichkeit, sich verändern zu können, ist eine wichtige Motivationsquelle. Der Klient ist für die Entscheidung zur Veränderung und ihre Durchführung verantwortlich. Aufzeigen von alternat. Behandlungsmethoden.

Aus den eben vorgestellten fünf Grundprinzipien ergeben sich innerhalb der motivierenden Gesprächsführung spezifische Strategien - im Sinne des TTM stufenspezifische Strategien -, die in den folgenden beiden Kapiteln näher erläutert werden.

3 Phase I: Veränderungsmotivation aufbauen

„Das allgemeine Ziel in der ersten Phase der Beratung ist, Motivation zur Veränderung auf- bzw. auszubauen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass der

Klient ambivalent ist und sich im Stadium der Absichtsbildung oder gar der Absichtslosigkeit befindet“.²⁶ Eine handlungsorientierte Vorgehensweise des Beraters / der Beraterin ist in dieser Beratungsphase kontraindiziert. Stattdessen ist der beraterische Fokus auf die Umstände und Funktionalität des Konsums, die Herausarbeitung von Ambivalenzen und subjektive Veränderungsgründe zu richten.

Zuerst werden in diesem Kapitel einige Eröffnungsstrategien der motivierenden Gesprächsführung vorgestellt. Diese sollen Veränderungsmotivation bei Klient/innen aufbauen und fördern sowie

²⁵ a.a.O. S. 68-73.

²⁶ a.a.O. S. 75.

häufige Fehler im Beratungsprozess vermeiden, die die Veränderungsmotivation negativ beeinflussen. Danach wird verdeutlicht, in welcher Weise diagnostische Befunde als motivierende Rückmeldung verwendet werden können.

3.1 Eröffnungsstrategien motivierender Gesprächsführung

Miller & Rollnick führen eine Reihe von Fallen an, in die Berater/in bzw. Therapeut/in und Klient/in innerhalb eines (Erst-)Gespräches geraten können. In diesem Zusammenhang sind die „Frage-Antwort-Falle“, „Konfrontations-Verleugnungsfalle“, „Expertenfalle“, „Etikettierungsfalle“, „Vorzeitige-Eingrenzungs-falle“ und die „Schuld-Falle“ von Bedeutung. Um diese Fallen zu vermeiden, empfehlen die beiden Autoren fünf Strategien für die Anfangsphase eines Beratungsgespräches bzw. Beratungsprozesses. Die ersten vier Strategien sind aus der klientenzentrierten Gesprächsführung abgeleitet und dienen der Offenlegung von Ambivalenz und der Herausarbeitung von Gründen, die für eine Veränderung sprechen. Die fünfte Strategie ist eine Besonderheit der motivierenden Gesprächsführung, da diese direkter ist und die vier anderen Strategien ergänzt und integriert.

Strategie 1: Offene Fragen stellen

In der Anfangsphase der Beratung ist eine Atmosphäre der Akzeptanz und des Vertrauens herzustellen, damit Klient/innen sich öffnen und intensiver mit ihren Problemen auseinandersetzen

können. Der Klient / die Klientin sollte die meiste Zeit erzählen und die beratende Person aufmerksam zuhören. Bei der Gesprächseröffnung können offene Fragen helfen, die z.B. folgendermaßen formuliert sind: „Sie hatten sich einverstanden erklärt, mit mir einmal über ihren Alkoholkonsum zu sprechen. Erzählen Sie doch mal. Wie sieht denn ein normaler Tag bei Ihnen aus und welche Rolle spielt Alkohol dabei?“.²⁷

Bei Klient/innen mit sehr starken Ambivalenzen (z.B. im Frühstadium der Abwärtssichtbildung), ist es sinnvoll, Vor- und Nachteile des Konsums gleichzeitig anzusprechen und auf diese Weise beide Seiten der Ambivalenz in den Blick zu nehmen. Eine Eröffnungsfrage könnte sein: „Erzählen Sie mal von Ihrem Kokainkonsum. Was gefällt Ihnen daran? Und was macht Ihnen Sorgen?“.²⁸

Strategie 2: Aktiv Zuhören

Das aktive Zuhören stellt die größte Anforderung innerhalb der motivierenden Gesprächsführung dar. Es ist hierbei eine Einschätzung abzugeben, was die andere Person mit einer bestimmten Äußerung ausdrücken wollte. Es wird sozusagen hinter die Kulissen geschaut. „Der aktive Zuhörer schließt aus dem, was er hört, auf einen Sinngehalt und stellt diese Annahme dem Klienten wieder zur Verfügung, und zwar nicht in Form einer Frage, sondern einer Feststellung“.²⁹ Dieses ist kein passiver Prozess auf Seiten der beratenden Person, sondern diese sucht nach Neuformulierungen, generiert Hypothesen, wechselt auf die Gefühlsebene oder greift bestimmte Aspekte

27 Kremer (2000). S. 26.

28 Miller & Rollnick (1999). S. 83.

29 a.a.O. S. 85.

besonders heraus und kann auf diese Weise aktiv auf den Gesprächsverlauf Einfluss nehmen.

Durch aktives Zuhören des Beraters oder der Therapeutin soll die Veränderungsmotivation und Selbstexploration gefördert, Ambivalenzgefühlen auf den Grund gegangen und insbesondere selbstmotivierende Aussagen (vgl. Strategie 5) gespiegelt und herausgehoben werden.

Strategie 3: Bestätigen

Im Rahmen der Bestätigung geht es darum, Klient/innen ausdrücklich zu loben und ihnen Anerkennung auszusprechen. Dieses Vorgehen setzt eine gewisse Ressourcenorientierung der beratenden Person voraus, die neben den Schwächen und defizitären Symptomen ausdrücklich auch Stärken und Kompetenzen im Beratungsprozess benennt. Damit kann auch eine Würdigung der Anstrengungen und der schwierigen Situation des Patienten / der Patientin verbunden sein - wie die folgende Äußerung verdeutlicht: „Es muss für Sie schwer sein, tagtäglich ein Leben voller Stress zu bewältigen. Ich muss schon sagen, wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich das auch ganz schön schwierig finden. Und ich glaube, das ist auch der Grund, weswegen Sie hier sind - weil Sie diese Form von Stress nicht mehr länger ertragen wollen“.

Strategie 4: Zusammenfassen

Zusammenfassungen dienen der Verstärkung bestimmter Gesprächsinhalte und sollten unbedingt motivationale Aussagen der Klient/innen beinhalten. Hilfreich sind diese auch, um Ambiva-

lenzen zu verdeutlichen und damit positive und negative Seiten eines Verhaltens oder einer Veränderung gleichzeitig in das Blickfeld zu rücken .

Ausführlichere Zusammenfassungen sollten am Ende jeder Gesprächseinheit stehen. Zu Beginn des darauf folgenden Gespräches sollten diese kürzer sein. Beim Übergang von der ersten zur zweiten Phase der motivierenden Gesprächsführung ist eine ausführliche Zusammenfassung des bisherigen Beratungsprozesses von besonderer Bedeutung (vgl. Kapitel 4.3). Klient/innen haben bei jeder Zusammenfassung die Möglichkeit für Korrekturen oder Ergänzungen.

Strategie 5: Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen

Diese Strategie ist - im Unterschied zu den vier Strategien vorher - speziell darauf ausgerichtet, Ambivalenzen aufzulösen, die die Klient/innen blockieren und in Annäherungs-Vermeidungs-Konflikten gefangen halten. Im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung sollte möglichst der Klient / die Klientin selbst (Eigenmotivation) die Gründe für eine Verhaltensänderung benennen. Grundlegende Aufgabe einer Beraterin oder eines Therapeuten ist es daher, selbstmotivierende Aussagen bei der betreffenden Person vorzubereiten und hervorzurufen. Da diese selten in direkter Form ausgesprochen werden, ist eine besondere Wachsam- und Achtsamkeit des Beraters / der Beraterin unbedingt erforderlich.

Vier Kategorien selbstmotivierender Aussagen lassen sich unterscheiden³¹ und werden anhand kurzer Beispiele prägnant dargestellt:

30 a.a.O. S. 89.

31 a.a.O. S. 91-92.

- Problembewusstsein: „Ich denke, das Problem ist größer, als ich dachte.“ / „Das ist ernst!“
- Ausdruck von Besorgnis über Probleme: „Wie konnte mir das nur passieren? Ich fasse es nicht!“
- Direkte oder indirekte Veränderungsabsicht: „Ich muss in dieser Hinsicht was unternehmen.“ / „So will ich nicht sein. Was kann ich tun?“
- Zuversicht für Veränderung: „Ich glaube, ich schaffe es.“ / „Ich bin dabei, mit diesem Problem fertig zu werden.“
- Extreme benutzen: Dabei werden die Klient/innen nach ihrer größten Sorge oder den unangenehmsten Konsequenzen ihres (Problem-)Verhaltens befragt.
- Zurückschauen: Es wird die Zeit vor dem Auftreten des Problems (z.B. Alkoholmissbrauch) analysiert. Dieses Vorgehen kann sehr gut zur Verdeutlichung des Phänomens der Toleranzsteigerung dienen.
- Nach vorn blicken: Patient/innen werden gebeten, sich eine bessere Zukunft vorzustellen.
- Ziele herausfinden: Der Fokus wird auf die wichtigsten Ziele im Leben des Gesprächspartners gerichtet. Dadurch werden Diskrepanzen zwischen diesen Lebenszielen und dem gegenwärtigen Verhalten verdeutlicht (vgl. dazu Kapitel 2, Prinzip 2).
- Paradox intervenieren: Die beratende Person begibt sich z.B. absichtlich auf subtile Weise auf die „Ich-habe-kein-Problem-Seite“ des Klienten / der Klientin. Damit soll bewusst Widerspruch, der selbstmotivierende Aussagen des Klienten / der Klientin enthalten kann, provoziert werden.

Einige Klient/innen kommen bereits mit solchen Aussagen in die Beratung, andere Patient/innen sind aber noch sehr ambivalent und von selbstmotivierenden Aussagen sehr viel weiter entfernt. Ein Schlüsselement der motivierenden Gesprächsführung ist die Kunst, auch bei den stark ambivalenten Klient/innen derartige Aussagen hervorzurufen. Im Folgenden werden wichtige Strategien speziell für diese Situation aufgeführt. Diese können aufgrund der Begrenzung der vorliegenden Arbeit nur sehr kurz dargestellt werden:³²

- Auffordernde Fragen: Diese sind eine direkte Methode und beziehen sich auf alle vier Kategorien selbstmotivierender Aussagen.
- Die Entscheidungswaage mit der dazugehörigen Vier-Feld-Matrix (vgl. Kapitel 1.2).
- Ausführliche Darstellung: Wird ein motivierendes Thema (z.B. Geldsorgen) von den Klient/innen angesprochen, ist dieses intensiv zu erörtern.

Das Hervorrufen selbstmotivierender Aussagen ist eine sehr wichtige Strategie, Diskrepanzen zu entwickeln, bewusst zu machen und bei Klient/innen zu verstärken. „Je größer diese Diskrepanz ist, desto größer ist die Motivation zur Veränderung“³³ und desto wahrscheinlicher wird eine Verhaltensänderung.

³² vgl. Miller & Rollnick (1999), S. 92-99.

³³ a.a.O. S. 99.

3.2 Nutzung diagnostischer Befunde

Erhobene Untersuchungsbefunde sollten sinnvoll in die motivierende Gesprächsführung integriert werden, um Klient/innen Diskrepanzen und Ambivalenzen bewusst zu machen oder eine stärkere emotionale Beteiligung bzw. Betroffenheit auszulösen. Die Veränderungsmotivation kann - wie schon erwähnt - auf diese Weise erhöht werden. Diagnostische Befunde bieten außerdem vielfältige Möglichkeiten, selbstmotivierende Äußerungen (vgl. Kapitel 3.1, Strategie 5) hervorzurufen. Erhobene Befunde sollten in eine persönliche Rückmeldung eingebunden werden, die es Klient/innen erlaubt, eigene Schlüsse zu ziehen. Dadurch wird erneut die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung von Klient/innen betont. Die sachliche Information hat im Vordergrund zu stehen, und daher ist die Erzeugung von Angst oder Panik zu vermeiden. Therapeut/innen sollten die verbale und nonverbale Reaktion des Klienten / der Klientin auf die Untersuchungsbefunde unbedingt aufgreifen und zurückmelden.

3.2.1 Die Einschätzung der Motivation

Miller & Rollnick verweisen auf zwei Methoden zur direkten Einschätzung der (Veränderungs-) Motivation des Klienten / der Klientin. Die eine Methode ist die sog. Entscheidungswaage (vgl. Kapitel 1.2), mit der vom Klienten / von der Klientin wahrgenommene Vor- und Nachteile des Problemverhaltens gemeinsam im Gespräch erfasst werden.

„Der zugrundeliegende Gedanke dabei ist, dass Veränderungsmotivation dann eintritt, wenn die subjektiv erlebten Kosten eines Verhaltens den subjektiv erlebten Nutzen zu überwiegen beginnen“.³⁴ Auf diese Art und Weise können auch die Vor- und Nachteile der Fortsetzung und Veränderung des gegenwärtigen Trinkverhaltens gegenübergestellt werden. Mit der sog. Entscheidungswaage kann die derzeitige Motivation des Klienten / der Klientin erfasst und gleichzeitig auch beeinflusst werden. Der differenzierte Überblick über die Anzahl und das Verhältnis von negativen und positiven Aspekten des Trinkverhaltens kann selbst zu einer stärkeren Motivation in Richtung der Veränderung des Trinkverhaltens werden.

Die andere Methode fragt Klient/innen noch direkter nach ihrer Bereitschaft für eine Verhaltensänderung. In Anlehnung an das Transtheoretische Modell der Veränderungsstufen (vgl. Kapitel 2.1) ist ein Instrument entwickelt worden, das die Veränderungsstufen unter Berücksichtigung von Alkohol- oder Drogenmissbrauch erfasst. Es heißt „SOCRATES“ und steht für die Abkürzung des „Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale“.

3.3 Der Übergang zwischen Phase I und Phase II

Nach der Rückmeldung diagnostischer Befunde ist eine Zusammenfassung des gesamten bisherigen Gesprächsverlaufs anzuschließen. Diese oft sehr ausführliche Zusammenfassung des bisherigen Gesprächsverlaufs (vgl. Kapitel 4.1, Strategie 1) markiert häufig

34 a.a.O. S. 108.

den Übergang zwischen Phase I und Phase II der motivierenden Gesprächsführung. Weitere Hinweise auf einen Übergang von der Phase I zur Phase II sind nachlassender Widerstand, ein gefasster Entschluss, selbstmotivierende Äußerungen, häufige Fragen zur Veränderung, Zukunftspantasien und Ausblicke sowie Experimente der Klient/innen im Alltag.³⁵

Patient/innen, die in die Phase II gelangen, befinden sich am Ende der Stufe der Absichtsbildung (vgl. das TTM in Kapitel 1.1) und vermitteln den Eindruck, genügend motiviert zu sein für den Übergang zur Stufe der Vorbereitung und Handlung. Der Übergang von der Phase I zur Phase II der motivierenden Gesprächsführung ist also bezogen auf das Transtheoretische Modell (TTM) der Übergang von der Stufe der Absichtsbildung zur Stufe der Vorbereitung. Aufgrund der zu dieser Zeit stark wahrgenommenen Diskrepanzen ist die Bereitschaft, wirklich Veränderungen vorzubereiten und dann auch umzusetzen, zeitlich begrenzt. Werden in diesem Zeitraum ungeeignete Strategien angewandt, besteht die Gefahr, dass die wahrgenommenen Diskrepanzen, die für die betreffende Person sehr unangenehm sind, durch Abwehrstrategien (z.B. Rationalisieren, Bagatellisieren, Verleugnen, Vergessen etc.) verringert werden und Klient/innen auf eine frühere Stufe zurückfallen. Es ist daher ein besonderes Augenmerk auf diesen sensiblen Phasenübergang innerhalb der Beratung oder Therapie zu richten.

In der Phase I dienen die Strategien hauptsächlich dazu, Diskrepanzen zu

entwickeln. „Doch auch während der weiteren Behandlung spielen Entwicklung und Ausbau von Diskrepanzen eine wichtige Rolle. Ambivalenz verschwindet in der Regel nicht, sondern wird allenfalls geringer“.³⁶ Außerdem kann es in der Phase II auch immer wieder zu Rückfällen auf die Anfangsstufen des TTM kommen und dadurch ein Rückgriff auf die Strategien der Phase I notwendig sein.

4 Phase II: Selbstverpflichtung zur Veränderung stärken

„Wenn die Beratung / Behandlung von der Motivationsbildung (Phase I) zur Herstellung von Verbindlichkeit und Selbstverpflichtung (Phase II) übergeht, müssen die Strategien verändert werden“.³⁷ Die Phase II der motivierenden Gesprächsführung stellt daher Strategien in den Mittelpunkt, die die Selbstverpflichtung stärken. Im Vordergrund steht die Erarbeitung eines realistischen Veränderungsplanes und die Unterstützung der Selbstverpflichtung, diesen Handlungsplan auch auszuführen.

Miller & Rollnick vergleichen die Phase I mit einem langwierigen und harten Aufstieg auf einen Berg, während sie die Phase II als eine Abfahrt auf Skiern die andere Bergseite hinunter sehen, die aber auch einige Risiken enthält. Mögliche Risiken in der Phase II bestehen in einer Unterschätzung der oft weiterhin vorhandenen Ambivalenz der Klient/innen, der Verordnung eines für Klient/innen inakzeptablen Plans und mangelnder Lenkung durch die Beratenden.

35 vgl. a.a.O. S. 128.

36 Miller & Rollnick (1999). S. 99.

37 a.a.O. S. 126.

4.1 Strategien zur Stärkung der Selbstverpflichtung

Miller und Rollnick empfehlen folgende Strategien zur Stärkung der Selbstverpflichtung:³⁸

Strategie 1: Zusammenfassung

Diese leitet häufig den Phasenübergang ein und kann sehr ausführlich werden. Eine derartige Zusammenfassung enthält u.a. selbstmotivierende Äußerungen, Diskrepanzen und Ambivalenzen des Klienten / der Klientin (einschließlich des Rückgriffs auf die Entscheidungswaage), eine fokussierte Darstellung diagnostischer Befunde, Hinweise auf Veränderungsabsichten oder -pläne sowie die Einschätzung der derzeitigen Situation der betreffenden Person aus beraterischer oder therapeutischer Perspektive. „Der Zweck dieser Zusammenfassung besteht darin, möglichst viele Gründe für eine Veränderung zusammenzutragen, während gleichzeitig Zögern und Ambivalenz anerkannt wird“.³⁹ Anschließend wird der Klient / die Klientin aufgefordert, die Zusammenfassung zu ergänzen oder zu korrigieren.

Strategie 2: Schlüsselfragen

Die eben beschriebene Zusammenfassung leitet direkt zu den Schlüsselfragen über. Klient/innen werden angeregt, über Veränderungen nachzudenken und zu reden. Es geht wesentlich um den sog. „nächsten Schritt“, der erfolgen soll. Dabei wird erneut die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der Klient/innen gewahrt. Mögliche Schlüsselfragen sind z.B.:

- „Was glauben Sie, werden Sie tun?“
- Was bedeutet das für Ihr Trinkverhalten?
- Das alles zu sehen muss für Sie jetzt unangenehm sein. Was ist der nächste Schritt? (...)
- Welche Vorteile hätte eine Veränderung?⁴⁰

Strategie 3: Information und Ratschlag

Grundsätzlich ist mit konkreten Ratschlägen seitens der beratenden Person vorsichtig umzugehen. Informationen über Veränderungsalternativen oder ein Ratschlag sind in der Regel erst nach einer Aufforderung oder Bitte seitens des Klienten / der Klientin zu geben, da diese/r zuerst eigene Lösungen entwickeln soll. Es ist darauf zu achten, dass die Beratenden möglichst neutrale Formulierungen wählen und Klient/innen die Beurteilung überlassen, ob der Vorschlag in der spezifischen Situation für sie hilfreich ist. Außerdem ist es günstig, mehrere Handlungsalternativen zur Verfügung zu stellen und Klient/innen daraus auswählen zu lassen. Dieses individualisierte Vorgehen steigert laut den beiden Autoren die Erfolgswahrscheinlichkeit.

Strategie 4: Aushandlung eines Plans

Aus den vorangegangenen Strategien der Zusammenfassung, den Schlüsselfragen sowie Informationen und Ratschlägen kann ein konkreter Veränderungsplan entwickelt werden, und zwar in einem Prozess des Aushandelns, der im wesentlichen drei Schritte umfasst:

(1) Ziele festlegen

Der erste Schritt besteht in einer klaren Zieldefinition. Dabei kann es zu starken

38 vgl. a.a.O. S. 129-138.

39 a.a.O. S. 130.

40 Miller & Rollnick (1999). S.131.

Unterschieden zwischen Berater/in und Klient/in kommen. Beratende können z.B. eine lebenslange Alkoholabstinenz für notwendig halten, während der Klient / die Klientin seine Ehe retten möchte und den Alkoholkonsum auf ein gesundheitlich unbedenkliches Maß absenken will. Nach den Grundsätzen der motivierenden Gesprächsführung entscheiden letztendlich die Klient/innen, welchen Vorschlag sie aufgreifen und umsetzen. „Es ist wenig sinnvoll, in Phase I die Prinzipien motivierender Gesprächsführung anzuwenden, um dann in Phase II auf einen rigiden, verordneten Beratungsstil umzuschalten“.⁴¹ Besonders beim Behandlungsziel Abstinenz treten oft Meinungsverschiedenheiten auf. Klient/innen widersetzen sich häufig der Forderung nach einer schnellen Totalabstinenz. In diesem Fall sollten Ziele ausgehandelt werden, die Fortschritte in Richtung Heilung bedeuten. Dazu stehen drei Alternativen im Hinblick auf eine sofortige Abstinenz zur Verfügung:

- (1) Es kann ein bestimmter Zeitraum für einen Abstinenzversuch vereinbart werden.
- (2) Eine schrittweise Reduzierung des Konsums, der auf eine Abstinenz abzielt, ist möglich.
- (3) Der Konsum kann für einen bestimmten Zeitraum versuchsweise reduziert werden.

„Es geht darum, im Kontakt mit dem Klienten zu bleiben und akzeptable und realistische Veränderungsziele zu entwickeln“⁴², sonst besteht die Gefahr, dass der Widerstand und damit die Abbruchwahrscheinlichkeit steigt sowie die Behandlungsmotivation sinkt.

Therapeut/innen haben aber - im Sinne eines Korrektivs - die Aufgabe, bei der Zielfestlegung besonders die langfristigen Ziele der betreffenden Person im Blick zu behalten und eigene Vorschläge machen, die weitere Fortschritte einleiten können. Ambivalenzen und Bedenken auf Seiten von Klient/innen sind jedoch ernst zu nehmen und aufzugreifen und können zu einer Verlangsamung des Beratungstempos oder einer Zielmodifikation (s.o.) führen.

(2) Veränderungsalternativen abwägen
Ist ein klares Ziel definiert, geht es darum, zwischen verschiedenen Strategien / Schritten zur Zielerreichung abzuwägen. Klient/innen sollten nach dem aktuellen Stand der Forschung beraten werden, um die passende Methode / Strategie möglichst schnell zu finden. Klient/innen sind aber auch auf die Möglichkeit des Scheiterns vorzubereiten und ein Rückfall wird - in Anlehnung an das TTM - als normaler Bestandteil des Heilungsprozesses betrachtet.

Jede Strategie zur Zielerreichung wird auf ihre konkreten Konsequenzen analysiert. In diesem Zusammenhang ist auch die Möglichkeit, dass die betreffende Person nichts verändert - einschließlich der damit verbundenen Konsequenzen - ausführlich zu erörtern.

(3) Erstellung des Veränderungsplanes
Der Veränderungsplan sollte möglichst konkret formuliert sein und folgende Bestandteile berücksichtigen:

- „Die wichtigsten Gründe für eine Veränderung
- Die wesentlichen Veränderungsziele
- Die ersten Schritte

41 a.a.O. S. 133.

42 a.a.O. S. 134.

- Weitere konkrete Handlungsschritte und ihr jeweiliger Zeitpunkt
- Personen, die die Veränderungsschritte unterstützen
- Positive Erwartungen für den Alltag⁴³

Am Ende der detaillierten Planerstellung steht eine Zusammenfassung der eben beschriebenen drei Schritte durch die beratende Person.

Strategie 5:

Selbstverpflichtung herstellen

Die eben genannte Zusammenfassung leitet direkt zur Frage der Selbstverpflichtung der Klient/innen über. Selbstverpflichtung meint, dass Klient/innen dem erarbeiteten Plan ausdrücklich zustimmen und sich zur sofortigen Umsetzung der Vereinbarungen entscheiden. Ist dies geschehen, erscheint es sinnvoll, auf Seiten der Klient/innen nach immer noch vorhandenen Vorbehalten, Ambivalenzen oder Widerständen gegen den Veränderungsplan zu suchen und diese mit Hilfe geeigneter Strategien aus der Phase I (vgl. Kapitel 3) aufzulösen.

Die Selbstverpflichtung kann auch durch das Herstellen einer sog. „Öffentlichkeit“ gesteigert werden. Der vereinbarte Plan kann gegenüber unterschiedlichen Personengruppen (Familie, Freunde, Arbeitskolleg/innen etc.) publik gemacht werden. Schwierigkeiten und Vorbehalte von Klient/innen sind ggf. in einem Rollenspiel aufzugreifen.

Mit der Selbstverpflichtung der Klient/innen geht der Beratungs- oder Therapieprozess von der Stufe der Vorberei-

tung in die Stufe der Handlung (vgl. das TTM) über. Die vereinbarten Schritte sind umgehend umzusetzen, um konkrete Veränderungen (z.B. Reduzierung oder Aufgabe des Suchtmittelkonsums) zu erzielen. Beratende haben weiterhin auf Ambivalenzen zu achten und zu berücksichtigen, dass die Stufe der Handlung mit besonders hohen Anforderungen an die Klient/innen einhergeht (vgl. Kapitel 1.1.1).

5 Umgang mit Widerstand

In diesem Kapitel werden vier Kategorien von Widerstandsverhalten und acht Strategien zum Umgang mit Widerstand benannt, die vorwiegend für die erste Phase der motivierenden Gesprächsführung gelten, aber auch in der zweiten Phase zur Anwendung kommen können. Aufgrund der Beschränkung der vorliegenden Arbeit kann nur eine sehr kurze und prägnante Darstellung erfolgen.

„Im Rahmen motivierender Gesprächsführung ist es eine zentrale Aufgabe, Entwicklung und Förderung von Widerstand zu vermeiden. Je mehr Widerstand ein Klient zeigt, um so unwahrscheinlicher ist es, dass er sich verändert“.⁴⁴ Deshalb sollte man als Berater/in die Strategien verändern, sobald bei Klient/innen Widerstand deutlich wird. In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das Ausmaß des Widerstandes von dem jeweiligen Beratungsstil maßgeblich beeinflusst wird. Miller & Rollnick haben herausgefunden, „dass ein Beratungsstil im Sinne der motivierenden Ge-

⁴³ Kremer (2000). S. 40.

⁴⁴ Miller & Rollnick (1999). S. 113.

sprachsführung ein hohes Maß an selbstmotivierenden Äußerungen und relativ wenig Widerstand hervorruft, während ein konfrontativer Beratungsstil ein hohes Maß an Widerstand und wenig selbstmotivierende Äußerungen hervorruft“.⁴⁵ Widerstand im Sinne des TTM (vgl. Kapitel 1.1) zeigt an, dass Therapeut/innen Strategien einsetzen, die in Bezug auf die aktuelle Veränderungsstufe der Klient/innen unangemessen sind.

5.1 Vier Kategorien von Widerstandsverhalten

Miller & Rollnick verwenden vier Kategorien zur Kennzeichnung des Widerstandsverhaltens bei Klient/innen:⁴⁶

1. Argumentieren: Der Klient / die Klientin äußert z.B. Zweifel an den Aussagen des / der Beratenden oder reagiert mit Misstrauen und Feindseligkeit.
2. Unterbrechungen: Der Klient / die Klientin fällt z.B. dem Therapeuten / der Therapeutin ins Wort oder schneidet dem / der Beratenden das Wort ab.
3. Ablehnungen: Der Klient / die Klientin klagt andere an, widerspricht häufig der beratenden Person, entschuldigt sein / ihr Verhalten, bagatellisiert, lehnt Veränderungen ab etc.
4. Ignorieren: Der Klient / die Klientin vermittelt den Eindruck, den Therapeuten / die Therapeutin zu ignorieren, z.B. durch Unaufmerksamkeit, Verweigerung von Antworten, Ablenkungen etc.

5.2 Acht Strategien zum Umgang mit Widerstand

In der Reaktion auf das eben beschriebene Widerstandsverhalten unterscheidet sich die motivierende Gesprächsführung von anderen Konzepten. Die folgenden Strategien dienen dazu, den Beratungs- oder Therapieprozess konstruktiver zu gestalten:⁴⁷

- (1) Einfache Reflexion
- (2) Überzogene Reflexion
- (3) Reflexion der Ambivalenz
- (4) Verschiebung des Fokus
- (5) Zustimmung mit einer Wendung
- (6) Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit und Selbstkontrolle
- (7) Umformulierungen und Neuinterpretationen
- (8) Paradoxe Interventionen - hauptsächlich bei Erfolglosigkeit der Strategien 1-7

Die acht Strategien dienen auch dazu, als Therapeut/in flexibel und - aus der Sicht der Klient/innen - unerwartet auf Widerstand reagieren zu können. Es geht darum, sich in der Rolle des Beratenden nicht von den Erwartungen der Klient/innen festschreiben zu lassen oder altbekannte Interaktionsmuster aus vorangegangenen Beratungen und innerfamiliären Gesprächen zu wiederholen, sondern das „Drehbuch“ des Beratungs- oder Therapieprozesses möglichst neu zu schreiben. „Die wahre Kunst der Therapie offenbart sich im Erkennen und im Umgang mit Widerstand“.⁴⁸

45 a.a.O. S. 114.

46 vgl. a.a.O. S. 114-115.

47 vgl. a.a.O. S.116-123.

48 a.a.O. S. 125.

6 Kritische Reflexion

Die kritische Reflexion versucht eine Würdigung der motivierenden Gesprächsführung und bezieht sich im wesentlichen auf die grundlegenden Aspekte dieses Beratungskonzeptes und kaum auf einzelne spezielle Strategien. Dabei fließen Erfahrungen, Ansichten und Ideen des Verfassers mit ein.

6.1 Positive Aspekte

Die beiden Autoren Miller & Rollnick wenden Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung auf die Vermittlung und Weitergabe des eigenen Ansatzes an. Sie verordnen diesen daher nicht als einzige beraterische oder therapeutische Maxime, sondern betonen die Entscheidungs- und Wahlfreiheit der beratenden Person: „Einige Anmerkungen müssen noch gemacht werden: An erster Stelle, dass wir motivierende Gesprächsführung als ein mögliches, nicht aber das einzig sinnvolle Beratungskonzept verstehen. Obwohl wir herausfanden, dass dieses Konzept für die verschiedensten Problemstellungen geeignet ist, gibt es sicherlich auch solche, bei denen ein anderes Konzept effektiver ist (...) Genauso glauben wir, dass dieses Konzept nicht für jeden Berater von Nutzen ist (...) Bisherigen Erfahrungen zufolge haben viele Praktiker diese Herangehensweise schnell akzeptiert und gut in ihre tägliche Arbeit integriert. Andere bewerten sie als frustrierend, schleppend und ineffektiv. In der individuellen Akzeptanz dieses Vorgehens sind somit große Unter-

schiede zu erwarten“.⁴⁹ Miller & Rollnick dogmatisieren das eigene Vorgehen nicht oder verbieten jegliche Konfrontation, aber ihr alternatives Beratungskonzept führt bei einer intensiven Reflexion sehr wahrscheinlich zu Ambivalenzen bei Berater/innen oder Therapeut/innen, da diese sich u.a. folgende Fragen stellen: Verändere ich meinen persönlichen Beratungs- oder Therapiestil? Welche Strategien der motivierenden Gesprächsführung sind sinnvoll für meinen konkreten Arbeitsbereich? Wie stehe ich zu den Grundprinzipien und Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung?

Sehr aufschlussreich ist die besondere Betonung des Phänomens der Ambivalenz in Bezug auf süchtiges Verhalten. Man könnte sagen, die Autoren wenden in Bezug auf das Verständnis von Ambivalenz die Strategie „Umformulierungen und Neuinterpretationen“⁵⁰ an. Ambivalenz wird weder als Abwehrmechanismus noch als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung oder süchtigen Persönlichkeitsstruktur verstanden (vgl. Kapitel 1.2). Die Umformulierung und Neuinterpretation lautet, dass Ambivalenz im Grunde als ein Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt zu verstehen ist und es wird betont, dass Ambivalenz auch bei anderen psychischen Störungsbildern von erheblicher Bedeutung ist. Durch diese Sichtweise von Ambivalenz wird die Lähmung vieler Patient/innen oder Klient/innen hinsichtlich der Aufgabe des Suchtmittelkonsums verständlicher. Durch eine spezifische Reaktion auf Ambivalenz werden in Beratung oder Therapie typi-

49 Miller & Rollnick (1999). S. 14-15.

50 vgl. a.a.O. S. 120-122.

sche Kommunikations- und Interaktionsmuster aus Familie, Freundeskreis oder vorhergehenden Beratungen vermieden (z.B. sehr starkes Drängen in Richtung Abstinenz), die häufig bisher erfolglos waren. Die motivierende Gesprächsführung vermeidet daher ein Ungünstiges „Mehr desselben“ und versucht flexibel und andersartig auf Ambivalenz zu reagieren: „Motivierende Gesprächsführung (...) impliziert eine besondere Art der Begleitung, die sich in der Regel gründlich von dem unterscheidet, was die Klienten in der Vergangenheit erfahren haben“.⁵¹ Diese Vorgehensweise erinnert stark an einen Leitgedanken innerhalb der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach Steve de Shazer: „Und doch ist es ganz offensichtlich so, dass ein beliebiges Verhalten, wenn es nur wirklich ein anderes als das gewohnte Verhalten ist, in einer problematischen Situation ausreichen kann, um eine Lösung herbeizuführen und dem Klienten die Befriedigung zu vermitteln, die er sich von der Therapie erwartet hat“.⁵² Auf die motivierende Gesprächsführung angewandt lautet dieser Leitgedanke: Eine andere Reaktion auf Ambivalenz durch die beratende Person als sie der Klient / die Klientin bisher in den verschiedensten Kontexten erfahren hat, kann zu einer erheblichen Steigerung der Veränderungsmotivation führen.

Die motivierende Gesprächsführung, in die das Prozessmodell nach Prochaska und DiClemente einfließt, stellt einen fundierten und interessanten Hintergrund für die beraterische und therapeu-

tische Arbeit im Suchtbereich dar. Die Einteilung des Beratungs- oder Therapieprozesses in zwei Phasen mit den dazugehörigen phasenspezifischen Strategien sowie die verschiedenen Strategien im Umgang mit Widerstand können die beraterische und therapeutische Kompetenz erweitern und verbessern. Das zugrundeliegende Prozessmodell bezieht den Rückfall als Teil des Genesungsprozesses mit ein und entkatastrophisiert diesen.

Sehr bedenkenswert im Sinne der Selbstreflexion und Supervision von Berater/in oder Therapeut/innen ist ein Hinweis in der Einleitung zum Buch von Miller & Rollnick. Teilnehmer und Teilnehmerinnen an Fortbildungsseminaren räumten eine gewisse Erfolglosigkeit eines aggressiv konfrontierenden Beratungsstiles ein: „Wenn sie aber ehrlich seien, habe das häufig auch nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Es diene eigentlich eher einer Entladung eigener Anspannung als der Förderung von Veränderungsmotivation auf Seiten der PatientInnen/KlientInnen“.⁵³ Die eben genannte Anspannung bei Berater/innen oder Therapeut/innen im Suchtbereich kann vielfältige Ursachen haben. Zum einen wird deren Vertrauen häufig enttäuscht oder Beratungen bzw. Therapien von Seiten der Klient/innen abgebrochen, zum anderen sind die Rückfallquoten - gerade im Bereich der illegalen Drogen - sehr hoch oder Klient/innen mit Doppeldiagnosen stellen sehr hohe Anforderungen an die Behandelnden. Die eben genannten Faktoren können zu Frustrationen,

51 a.a.O. S. 74.

52 de Shazer, Steve (1992). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 24.

53 Miller & Rollnick (1999). S. 8.

Wut, Ärger, Enttäuschung, Ohnmacht oder Hilflosigkeit auf Seiten der Behandelnden führen, die an Patient/innen oder Klient/innen evtl. in Form eines aggressiv konfrontierenden Stiles weitergegeben werden. Die motivierende Gesprächsführung kann daher hilfreich bei der Frage der Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit und der Art und Weise einer konfrontativen Intervention sein (vgl. Einleitung) sowie bei einer kritischen Reflexion des eigenen Beraterischen oder therapeutischen Stiles und Vorgehens. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, Konfrontationen reflektierter und zielgerichteter einzusetzen.

Es ist zu vermuten, dass sich überwiegend fremdmotivierte Patient/innen oder Klient/innen (gerichtliche Auflagen, z.B. § 35 BtmG oder besonders im Maßregelvollzug) in der Stufe der Absichtslosigkeit befinden. Der Aufbau von Problembewusstsein sowie Veränderungsmotivation ist bei diesem Personenkreis häufig äußerst schwierig und langwierig. Motivierende Gesprächsführung kann bei Beratenden diese Ausgangsvoraussetzung stärker ins Bewusstsein rücken und für diese Stufe verschiedene Strategien zur Verfügung stellen. Die Erfolgsbeurteilung eines solchen Vorgehens z.B. im Vergleich zu einem stärker konfrontativ ausgerichteten Vorgehen ist allerdings nur durch entsprechende empirische Studien zu belegen.

In den letzten Jahren hat das Konzept der motivierenden Gesprächsführung große Aufmerksamkeit erfahren und es

wurden bzw. werden viele Fortbildungen dazu angeboten. In diesem Zusammenhang ist vor zu starken Simplifizierungen zu warnen. Die motivierende Gesprächsführung ist ein charakteristischer Behandlungsstil⁵⁴ und „verlangt die Integration komplexer klinischer Fertigkeiten (...) Anfänger müssen sich eine Vielzahl therapeutischer Fertigkeiten aneignen und einschätzen lernen, wann und wie sie zu benutzen sind. Erfahrene Berater und Therapeuten müssen möglicherweise ihre vertrauten Muster im Umgang mit Klienten aufgeben“.⁵⁵

6.2 Anfragen und kritische Anmerkungen

Die motivierende Gesprächsführung und ganz besonders auch das mit ihr verknüpfte TTM von Prochaska & DiClemente betonen die Bedeutung stufenspezifischer Interventionen. Um als Therapeut/in oder Berater/in jedoch stufenspezifische Interventionen anwenden zu können, muss die Stufe, auf der sich der Klient / die Klientin aktuell befindet, präzise festgestellt werden. Miller & Rollnick gehen zwar etwas ausführlicher auf das TTM ein, verweisen aber nur sehr kurz auf das SOCRATES, „das die Veränderungsstadien unter Berücksichtigung von Alkohol- oder anderem Drogenmissbrauch erfasst“.⁵⁶ An dieser Stelle fehlt eine wesentlich detailliertere Beschreibung des SOCRATES (z.B. im Anhang), um Beratenden die Zuordnung zu erleichtern. Klient/innen in einer Fachklinik sollten zwar bereits die Stufe der Vorbereitung

54 vgl. Demmel, Ralf (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. Sucht 47 (3). S. 172.

55 Miller & Rollnick (1999). S. 174.

56 a.a.O. S. 109.

oder Handlung erreicht haben. Dieses gilt es aber in der Praxis konkret am Einzelfall zu überprüfen, da die therapeutische Erfahrung relativ oft Ausnahmen von dieser Annahme bestätigt und dann andere stufenspezifischen Strategien erforderlich sind. Die Zuordnung zu einer falschen Stufe ist ein Kardinalfehler und daher eine detailliertere Beschreibung des SOCRATES notwendig.

Miller & Rollnick bleiben bei zwei wichtigen Begriffsbestimmungen (Substanzmissbrauch versus Substanzabhängigkeit) unklar. Sie führen aus, „das Konzept der motivierenden Gesprächsführung entstand in der Beschäftigung mit problematischem Trinkverhalten“⁵⁷ und erwähnen häufig Alkohol- und seltener Drogenmissbrauch in ihrem Buch oder verwenden in Beispielen Begriffe wie Problemtrinker oder Alkoholprobleme. Dieses Vorgehen stiftet insofern Verwirrung, als es weitgehend unklar bleibt, inwieweit unter einem Problemtrinker auch ein Alkoholabhängiger zu verstehen ist. Außerdem stellt sich die Frage der Übertragbarkeit von der Beratung bzw. Therapie bei Patient/innen mit einem Suchtmittelmissbrauch auf Patient/innen mit einer Suchtmittelabhängigkeit. Des Weiteren entsteht der Eindruck, dass das oben genannte Konzept hauptsächlich in der Auseinandersetzung mit Alkoholmissbrauch entstanden ist. Damit stellt sich auch hier die Frage der Übertragbarkeit dieses Konzeptes auf den gesamten Bereich der illegalen Drogen. Zusätzlich ist anzumerken, dass die Begriffe Beratung und Therapie nicht hinreichend definiert und unterschieden werden.

Eine weitere Unklarheit ergibt sich aus dem Verweis auf eine umfassende Diagnostik⁵⁸ und zugleich der Betonung der Frage der diagnostischen Etikettierung⁵⁹ (vgl. Kapitel 2, Prinzip 3 der vorliegenden Arbeit). Ergibt eine umfassende Diagnostik eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, ist es meiner Meinung nach notwendig, dieses dem Klienten / der Klientin mitzuteilen und an der Akzeptanz dieser Diagnose - unter Berücksichtigung der Strategien der motivierenden Gesprächsführung - intensiv zu arbeiten. Denn aus der Diagnose Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit ergeben sich sehr unterschiedliche Vorgehensweisen in Beratung und Therapie. Während bei Alkoholmissbrauch ein kontrollierter Konsum im Vordergrund stehen kann, hat meiner Meinung nach bei einer Alkoholabhängigkeit die Abstinenz als Therapieziel oberste Priorität. Miller & Rollnick fokussieren an diesem Punkt zu stark auf die Entscheidungsfreiheit des Klienten / der Klientin, die gestellte Diagnose anzunehmen oder auch nicht. Die letzte Entscheidungskompetenz (vgl. Kap. 4.1, Strategie 4) - gerade auch im Hinblick auf die Therapieziele - liegt in ihrem Ansatz eindeutig beim Klienten / bei der Klientin. Dieses kann zu einer problematischen Situation führen, wenn Berater/in oder Therapeut/in die Therapieziele der betreffenden Person nicht mittragen können oder wollen (z.B. in Fachkliniken mit einer klaren Vorgabe der Abstinenz als Therapieziel seitens der LVA oder BfA). Außerdem besteht die Gefahr, dass Klient/innen aufgrund ihrer ausgeprägten Entscheidungsfreiheit den Weg des ge-

57 a.a.O. S. 14.

58 vgl. a.a.O. S. 103.

59 vgl. a.a.O. S. 70.

ringsten Widerstandes wählen und an sich nur minimale Veränderungsanforderungen stellen. Zu guter Letzt müssen Patient/innen oder Klient/innen auch über Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen, mit dieser Wahlfreiheit adäquat umgehen zu können.

Die Frage der Etikettierung bzw. der Akzeptanz von Diagnosen leitet auf den viel diskutierten Begriff des kontrollierten Trinkens über. Hier ist besonders das AkT (Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken) von Prof. Körkel⁶⁰ zu nennen, der neben der Etikettierungsgefahr ebenfalls die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung von Klient/innen sehr stark betont und deshalb alkoholabhängige Personen prinzipiell nicht von seinem Programm ausschließt. Da die Auseinandersetzung mit dem kontrollierten Trinken Gegenstand einer eigenen Hausarbeit sein könnte, kann im folgenden nur auf einige wenige Aspekte eingegangen werden.

Der Aufbau und die Grundlagen des AkT sind ohne fundierte Kenntnisse des TTM und des Konzeptes der motivierenden Gesprächsführung nicht ausreichend zu erfassen. Für eine differenzierte Meinungsbildung und qualifizierte Diskussionsbeiträge ist daher eine intensive Auseinandersetzung mit den eben genannten Ansätzen erforderlich. Die Zieloffenheit, die Grundlagen und das Vorgehen des AkT sind ansonsten nicht nachvollziehbar. Das AkT kann im Hinblick auf die vorliegen-

de Hausarbeit als ein Versuch gewertet werden, besonders auch Menschen im Stadium der Absichtslosigkeit oder am Anfang der Absichtsbildung zu erreichen. Dieses Vorgehen birgt aber gleichzeitig die Gefahr, Menschen auf der Stufe der Handlung und Aufrechterhaltung zu verunsichern und deren Abstinenzvorsatz durch den Begriff des kontrollierten Trinkens zu untergraben. Eine wesentliche Legitimation für das AkT ist die Kritik, dass das herkömmliche Suchthilfesystem - im Alkoholbereich - viel zu wenig Personen erreicht. Damit wird das Dilemma angesprochen, „dass man oft auswählen muss zwischen einer Intervention mit hoher Effektivität und niedriger Teilnahmequote oder einer Intervention mit sehr hoher Teilnahmequote aber geringer Effektivität. Es ist daher wichtig, dass wir den potentiellen ‚Impact‘ einer Intervention bewerten. Der Impact entspricht dem Produkt aus Effektivitätsquote und Teilnahmequote“.⁶¹ Diese Betrachtungsweise tangiert die gesundheitspolitische Ebene, da sich ein Konfliktfeld abzeichnet, ob in Zukunft stärker Maßnahmen mit einer hohen Effektivität und niedriger Teilnahmequote (z.B. Fachkliniken mit ihren mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlungen) oder Maßnahmen mit geringerer Effektivität und höherer Teilnahmequoten (z.B. AkT) gefördert werden sollen. Ob eine sinnvolle Verknüpfung beider Maßnahmen (Fachklinik und AkT) gelingt, bleibt aufgrund starker gegenseitiger Abgrenzungstendenzen und Abwehrverhalten fraglich.

60 vgl. Körkel. AkT - Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken.
www.kontrolliertes-trinken.de

61 Velicer, W.F. & Keller, S. (1999). Prognosen für die Zukunft des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Hrsg.). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 230.

Literatur

Alterhoff, G. (1994). Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer.

Demmel, Ralf (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. Sucht 47 (3), S. 171-188.

de Shazer, Steve (1992). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Keller, S., Wayne F.V. & Prochaska, J.O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: S. Keller (Hrsg.). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 17-44.

Kremer, G. (2000). Motivational Interviewing - Motivierende Gesprächsführung - Grundlagen, Prinzipien, Strategien. In: Pittrich, W., Rometsch, W. & Sarrazin, D. (Hrsg.). Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung, Forum Sucht Bd. 27. Münster: LWL - Abteilung Gesundheitswesen - Koordinationsstelle Sucht, S. 17-44.

Marzinik, K. (2002). Motivierende Beratung bei riskant konsumierenden Jugendlichen. In: Pittrich, W., Rometsch, W. & Sarrazin, D. (Hrsg.). Forschung trifft Praxis, Forum Sucht Bd. 30. Münster: LWL - Abteilung Gesundheitswesen - Koordinationsstelle Sucht, S. 51-60.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Herausgegeben und für die deutsche Ausgabe bearbeitet von Georg Kremer und Bernhard Schroer. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Nawratil, G. & Rabaioli-Fischer, B. (1991). Sozialpsychologie leicht gemacht. München: von Kleist.

Velicer, W.F. & Keller, S. (1999). Prognosen für die Zukunft des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Hrsg.). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 229 - 244.

Motivationsarbeit in der Psychosozialen Begleitung Substituierter

Katharina Büxe

Lüneburg

„Zwei Seelen schlagen ach in meiner Brust

Die eine will sich von der anderen trennen
Die eine hält in derber Liebeslust
Sich an die Welt mit klammernden Organen
Die andre hebt gewaltsam sich vom Dust
Zu den Gefilden hoher Ahnen“

(Goethes Faust, Teil I, „Vor dem Tor“)

Inhalt

Einleitung

- 1 Zur spezifischen Bedeutung der Motivationsarbeit im Rahmen der Psychosozialen Begleitung Substituierter**
 - 1.1 Veränderungshinderliche Faktoren
 - 1.2 Veränderungsförderliche Faktoren
- 2 Theoretischer Hintergrund**
 - 2.1 Verhaltenstheoretische Aspekte der Drogenabhängigkeit
 - 2.2 Theoretische Annäherung an den Motivationsbegriff
 - 2.2.1 Theorieorientierte Modelle zur Motivation
 - 2.2.1.1 Das Rubikon-Modell nach Heckhausen
 - 2.2.1.2 Das Stadienmodell der Veränderung nach Prochaska & Di Clemente
 - 2.2.2 Konsequenzen für die Motivationsarbeit
- 3 Leitlinien für eine verhaltenstherapeutische Ausgestaltung von Motivationsarbeit in der PSB**
 - 3.1 Die therapeutische Beziehung als Fundament motivationaler Interventionen
 - 3.2 Ambivalenz – die alltägliche Begleiterin der Substitution
 - 3.3 Stadienspezifische Interventionen
 - 3.4 Weitere methodische Empfehlungen zur Motivationsarbeit aus dem Repertoire der Verhaltenstherapie
- 4 Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer verhaltenstherapeutisch orientierten Motivationsarbeit in der PSB**

Literatur

Einleitung

Problemstellung und erkenntnisleitende Fragestellung

Die Klientel der Psychosozialen Begleitung der Substitution (PSB)¹ stellt hinsichtlich der spezifischen Problemsituationen, der individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen eine äußerst heterogene Gruppe dar. Entsprechend vielfältig sind die jeweiligen Zielsetzungen und methodischen Vorgehensweisen, an der sich die Begleitung orientiert. Standardisiertes Vorgehen oder

richtungsweisende Manuale existieren in diesem Arbeitsfeld bislang nicht. Als ein gemeinsamer Nenner und mehr noch als der entscheidende Dreh- und Angelpunkt einer professionellen Begleitung stellt sich für mich, resultierend aus meiner Berufspraxis in diesem Arbeitsfeld, der Bereich Motivation dar. Insbesondere Klient/innen mit langjähriger „Karriere“, zusätzlichen psychiatrischen oder somatischen Erkrankungen und einer Vielzahl fehlgeschlagener Lösungsversuche wird vielfach auch von professioneller Seite die Tendenz zur

1 Im Folgenden abgekürzt als PSB.

Veränderungs- bzw. Therapieresistenz zugeschrieben. Zudem scheinen auch Klient/innen, die einen deutlichen Veränderungswillen verbalisieren, immer wieder hin- und hergerissen zwischen dem Verbleib in „alten Fahrwassern“ und dem Aufbruch zu „neuen Ufern“ - ganz so als schlugen „zwei Seelen in ihrer Brust“. Hier zu einer alternativen und weniger resignierten aber dennoch realistischen Sichtweise anzuregen, ist unter anderem ein Ziel dieser Arbeit.

Meine Arbeitshypothese lautet, dass Veränderungsmotivation kein Zufallstreffer ist, sondern mehr als nur ein wesentlicher Ansatzpunkt geradezu eine Herausforderung therapeutischen Wirkens sein sollte. Um zu systematischen Handlungsmaximen für eine besonders „ertragreiche“ Ausgestaltung dieses Wirkens zu kommen, werden folgende Fragen im Fokus der Bearbeitung stehen: Wie kann eine an spezifischen lern- und motivationstheoretischen Erkenntnissen orientierte Praxis aussehen? Welchen Nutzen bietet die Verhaltenstherapie für die Ausgestaltung der Motivationsarbeit mit Substituierten? Worin sind die besonderen Möglichkeiten dieser Therapierichtung zu sehen, wo stößt sie an ihre Grenzen?²

Zunächst erfolgt eine Vertiefung der spezifischen Bedeutung der Motivationsarbeit im Arbeitsfeld Substitution: Es werden sowohl motivationsfördernde Faktoren wie auch eher hemmend wirkende Faktoren vorgestellt. Anschließend wird der theoretische Hintergrund mit einer lerntheoretischen

Betrachtung des Störungsbilds Drogenabhängigkeit eingeleitet. Sodann erfolgt die Auseinandersetzung mit ausgewählten Theorieansätzen zum Thema Motivation. Auf der Basis des theoretischen Hintergrundes sollen verhaltenstherapeutische Leitlinien für die praktische Arbeit abgeleitet und ausgeformt werden. Dabei geht es sowohl um die Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung, als auch um konkrete methodische Empfehlungen und handlungsleitende Grundsätze. Abschließend sollen in einem Fazit die Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie in diesem spezifischen Arbeitsfeld aufgezeigt und diskutiert werden.

1 Zur spezifischen Bedeutung der Motivationsarbeit im Rahmen der Psychosozialen Begleitung Substituierter

In der Arbeit mit substituierten Drogenabhängigen ist das Thema Motivation in besonderer Weise relevant. Stellt die Motivation bei Suchtkranken eine völlig anders geartete Herausforderung an die therapeutische Arbeit dar als bei anderen Störungsbildern, so zeichnet sich die Zielgruppe der Abhängigen von illegalen Drogen allgemein und die der Substituierten im besonderen nochmals durch spezifische Aspekte aus, die im beratenden und therapeutischen Alltag einbezogen werden sollten. Die im Folgenden dargestellten

2 Bei der Psychosozialen Begleitung handelt es sich keineswegs um Psychotherapie in Reinform, sondern es finden darin sowohl pädagogische, als auch sozialarbeiterische, ergotherapeutische und sozialtherapeutische Elemente Anwendung. Dennoch besteht zwischen verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie und PSB vom Grundsatz her eine gemeinsame inhaltliche Ausrichtung: „dem Klienten zu einem besseren Verständnis seiner Situation zu verhelfen und Lösungswege zu erarbeiten, mit denen die Autonomie und Selbsthilfefertigkeiten (...) gestärkt werden“ (Vogel 1999: 38). Selbstverständlich bestehen jedoch Unterschiede auf der formalen und institutionellen Ebene.

Wirkfaktoren sind sowohl auf personenbezogener Seite (Klient), als auch strukturell und bezogen auf das Umfeld (gesamtgemeinschaftliche Rahmenbedingungen, Beziehungssystem des Klienten, Hilfesystem) anzusiedeln.

1.1 Veränderungshinderliche Faktoren

Zunächst stellt ein eher hinderliches Faktum zu Beginn der Substitutionsbehandlung dar, dass die Motivation zur Aufnahme der Behandlung nicht unbedingt der Wunsch nach tiefgreifenden Verhaltensänderungen ist, sondern in erster Linie die zeitnahe Reduzierung äußeren und inneren Drucks.³ Die Motivation zur Teilnahme an der PSB stellt vielfach noch mal wieder eine andere dar als die zur Substituteinnahme. Aufgrund ihres formal begründeten obligatorischen Charakters⁴ wird sie von einer Reihe von Klient/innen gleichsam eines „notwendigen Übels“ in Kauf genommen, hat jedoch nicht die von Therapeut/innen vielleicht idealtypisch gewünschte Funktion einer „langersehnten Unterstützungsinstanz auf dem Weg zur dauerhaften Abstinenz“.⁵

Ein Faktor, mit welchem sich mehr noch abstinenzorientierte Therapieansätze befassen müssen, welcher jedoch in etwas „abgemilderter Form“ auch in der opiatgestützten Behandlung vorzufinden ist, ist das „motivationale Loch“ (Raschke et al. 1999), in welchem Opiatabhängige sich nach der Entgiftung (oder Umstellung auf das weniger „kick“ erzeugende Methadon) befinden: Infolge langjähriger Opiatzufuhr kommt es zu einer Dysregulation des körpereigenen Belohnungssystems und dadurch zu gedrückter Stimmungslage nach Einstellung oder Reduktion der Opiatzufuhr (vgl. Franke & Schildberg 2004). In vielen Fällen versuchen Substituierte dem Erleben dieses „Tiefs“ durch Entwicklung meist risikoreicher polytoxikomaner Gebrauchsmuster zu entgehen. Auch die Bindungskraft der subkulturellen Lebenswelt Drogenszene stellt einen nicht zu unterschätzenden veränderungshemmenden Faktor dar. Idealerweise sollte ein drogenabhängiger Mensch, der in die Substitution eintritt, den Kontakt zu Szenebekannten aufgeben und sich ein neues „drogenfreies“ Milieu erschließen. So logisch und

3 Generell lässt sich als Erschwernis der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen feststellen, dass der Zielzustand häufig unklarer und von mehr Ambivalenz begleitet ist als bei anderen Störungsbildern. Hat ein Depressiver bei Behandlungsbeginn in der Regel das klar umrissene Ziel des „Verschwindens“ seiner Depression, so stellt bei Suchtkranken oft ein scheinbar widersprüchliches Gegenüberstehen von dem „Wunsch nach Verschwinden der negativen Begleiterscheinungen“ einerseits und dem „Festhalten an der Sucht“ andererseits die Ausgangslage dar, das heißt, es besteht zwar ein Interesse an einem verbesserten Wohlbefinden, aber nicht unbedingt der Wunsch (oder die Bereitschaft oder auch der Glaube an die Fähigkeit) den Konsum einzustellen (vgl. Vollmer & Krauth 2000). In gewisser Weise trägt die Substitution diesem Spannungsverhältnis Rechnung, indem sie zunächst eine kontrollierte Form von Sucht aufrechterhält, um auf dieser Grundlage Veränderungen anzustreben.

4 Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BUB-Richtlinien) definieren die Behandlung als nur dann gerechtfertigt, wenn der Patient Maßnahmen zur psychosozialen Begleitung in Anspruch nimmt (§ 7 Abs. 1).

5 An dieser Stelle muss betont werden, dass der „Zwangscharakter“ der PSB nicht von allen Klient/innen gleichermaßen empfunden wird, vielfach besteht bereits vor Aufnahme der ärztlichen Substitution ein langjähriger, vertrauensvoller Bezug zum Suchtberater/ zur Suchtberaterin. Dennoch steht die PSB anders als die ärztliche Methadonvergabe vor der zentralen Fragestellung des „Anreizes“ für Klient/innen.

nahe liegend das zunächst klingen mag, so praxisfern ist es meist, da zum einen die Klientel infolge langjähriger Suchterkrankung, oftmals zusätzlich belastet durch Komorbidität sowie durch soziale Desintegration gerade im Bereich der sozialen Kompetenzen als eingeschränkt zu betrachten ist und zum anderen die realen Chancen auf ein sozial integriertes, an der bürgerlichen „Normalbiographie“ ausgerichteten Lebens als vergleichsweise ungünstig einzuschätzen sind. Unabhängig davon, ob ein Klient / eine Klientin sich von der Szene distanziert oder nicht, sollte der Faktor „soziale Einbindung“ therapeutische Aufmerksamkeit erhalten, denn eine erwünschte Distanzierung bringt zumeist sozialen Rückzug und ausgeprägte Gefühle von Einsamkeit mit sich und eine nicht erfolgte Distanzierung von der Szene bedeutet die weitere Ausübung der lebensweltspezifischen, als gesellschaftlich abweichend deklarierten (und zum Teil illegalen) Verhaltensweisen.

Letztlich wird der Aufbau von Veränderungsmotivation auch durch die subjektiv empfundene, in den meisten Fällen auch real existierende Perspektivlosigkeit bzw. -armut der Klientel beeinträchtigt: Angesichts der prekären Arbeitsmarktlage gerät die Zieloption der beruflichen (Re-)Integration schnell in die Sphären der Utopie. Folglich wird der Anreiz eines drogenunabhängigen Lebens von einigen Klient/innen als gering eingestuft, da es kaum gelingt, einen für sie vorstellbaren und auch realisierbaren positiven Gegenentwurf jenseits der Droge zu entwickeln. Darüber hinaus verbinden viele mit ihrem drogenbezogenen Lebensstil die Befriedi-

gung wichtiger Bedürfnisse (z.B. soziale Einbindung, soziale Anerkennung, materielle Spielräume, „thrill“), die sie auf anderem Wege vielleicht nicht glauben erzielen zu können.

Veränderungen werden auch auf der Grundlage destruktiver Kognitionen erschwert: Fremd- und Selbstzuschreibungen wie „Einmal Junkie, immer Junkie“ machen kaum Mut, einen alternativen Lebensentwurf zu entwickeln.⁶ Hinzu kommt aufseiten vieler Klient/innen ein unangemessener Umgang mit dem Faktor Zeit: Eine jahrzehntelange Suchterkrankung soll möglichst im Rapidtempo zum Verschwinden gebracht werden („In zwei Monaten will ich „clean“ sein“). Ebenso wirkt das Vorhandensein irreversibler Gesundheitsschäden (z.B. AIDS-Erkrankung) entmutigend.

Von hoher verhaltensaufrechterhalten-der (und damit veränderungshemmender) Relevanz ist schließlich auch die subjektive Funktionalität der Droge, das heißt der persönliche Nutzen, den der abhängige Mensch durch die Substanzwirkung erfährt. Die Motivation zur Drogenkarenz hängt wesentlich davon ab, welche subjektive Bedeutung dem Konsum zugemessen wird.

Schließlich wohnt gerade der Anfangsphase der Substitution ein spezifischer Prozess inne, der auch veränderungshemmend wirken kann: Nach Einstellung auf eine adäquate Dosierung und nach Regelung erster drängendster Schwierigkeiten fallen oftmals die unmittelbar negativen Konsequenzen des Konsums zunächst weg und mit dem als langweilig erlebten Alltag kommt es vielfach zur „Verklärung“ der positiven Seiten der Droge. Da der Wunsch nach

6 Breitenbach & Requardt (2001) bezeichnen derartige Denkmuster im therapeutischen Setting anschaulich als „Zementsichtweise“ (a.a.O. S. 16).

Vermeidung der negativen Konsequenzen oftmals der ausschlaggebende Faktor zur Aufnahme einer Behandlung ist, kann es nach deren Wegfall zunächst zum Einbruch in der Motivation kommen (vgl. Gütlich et al. 1998).

Nicht nur aufseiten der Klient/innen, sondern auch in dessen sozialem Umfeld und nicht zuletzt auf Helferseite kann es motivationale „Hemmschuhe“ geben. Aus systemischer Sicht muss erwähnt werden, dass auch das soziale Bezugssystem der Klient/innen mitunter einen Nutzen an der Aufrechterhaltung des Problemverhaltens hat. Veränderungen des Individuums erfordern vielfach auch Veränderungen der es umgebenden Menschen, die dem nicht immer wohlwollend gegenüber stehen. Aufseiten des Hilfesystems kann z.B. ein zu hochschwelliger Arbeitsansatz Veränderungsprozesse erschweren, da Klient/innen häufig nicht in der Lage sind, sich an die Vorgaben (z.B. pünktliche Termineinhaltung, Verbindlichkeit) zu halten und vielfach rasch aus den (weit gestrickten) Maschen des Helfernetzes herausfallen. Auf professioneller Ebene kann Motivationsarbeit durch unzureichende theoretische und praktische Ausbildung erschwert werden, welche bspw. zu vorschneller Etikettierung der Klient/innen als „veränderungsresistent“ führen kann (vgl. Breitenbach & Requardt 2001).

Ein weiteres Erschwernis der Substitutionsbehandlung stellt die oft mangelnde Kooperation zwischen Arzt und PSB dar. Ein klassisch verhaltenstherapeutisches Arbeiten mit Wegnahme positiver Verstärker (z.B. zeitlich begrenzte Einstellung der „take-home“ - Regelung nach Beigebrauch) oder Belohnungsstrategien („take-home“ als „Belohnung“ für Beikonsumfreiheit) setzt gut funktionierende Absprachen und zuverlässige Umsetzung derselben durch

Begleitende und Arzt voraus. Besteht in den formal-juristischen Grundlagen der Substitution durchaus ein aus verhaltenstherapeutischer Sicht gut nutzbares System, so stellt sich die Praxis leider oft gänzlich anders dar.

Nachdem den spezifischen „Motivationshemmnissen“ von Substituierten ausreichend Aufmerksamkeit zuteil wurde, sollen nun eine Reihe von spezifischen veränderungsförderlichen Aspekten benannt werden, die therapeutisch genutzt werden können.

1.2 Veränderungsförderliche Faktoren

Die nicht präzisierten formalen Vorgaben lassen der Substitution gegenüber den statischer konzipierten stationären Abstinenztherapien den Vorteil der Ermöglichung langfristig angelegter Veränderungsprozesse und individuellerer Behandlungspläne mit mehr „Zwischentönen“. Es existieren bislang wenig zeitliche und inhaltliche Vorgaben vonseiten der Kostenträger und somit besteht die Möglichkeit, flexibel und einzelfallzentriert vorzugehen.

Auch auf der Ebene der Klient/innen bietet die Substitution eine Reihe veränderungsförderlicher Faktoren. Zunächst stellt der Eintritt in eine Substitutionsbehandlung für Klient/innen die Freiwerdung eines zumeist langjährig nicht mehr vorhandenen Zeitkontingents dar. Dieses kann sowohl Segen als auch Fluch bedeuten und bedarf einer sorgfältigen therapeutischen Aufmerksamkeit, da ansonsten das eingangs beschriebene „motivationale Loch“ Einzug halten kann.

Mit Beginn einer Substitution erfolgt bei Klient/innen meist eine Reflexion der eigenen Lebensführung, es wird eine Art Zwischenbilanz gezogen. Dieser individuelle Prozess der Auseinandersetzung und die Analyse von „Ist-und-Soll-

Zustand“ der Lebensgestaltung lassen sich auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in effektiv nutzen, um mögliche Veränderungsprozesse zu initiieren. Viele Klient/innen erleben durch die Substitution eine Art sukzessiver Rückgewinnung von Vertrauen in die Fähigkeit zur Selbstkontrolle durch den „kontrollierten Konsum“. Diese Kontrolle ist zwar zunächst eher eine fremdbestimmte (durch den Arzt), wird jedoch i.d.R. sukzessiv auch der Verantwortung der Klient/innen übertragen. Das Erleben der Möglichkeit der Beeinflussung von als zuvor „übermächtig“ erlebten „Gewalten“ schafft Zuversicht in das eigene Veränderungspotential. Die zunehmend autonomer gestaltete Lebensführung, sukzessive Befreiung von Zwängen wie Sucht und Fremdbestimmung durch den Arzt eröffnet Visionen, auch weitere Veränderungen umsetzen zu können.

Ebenso motivierend und zuversichtsfördernd kann sich auswirken, dass bereits Veränderungen spürbar sind, bevor der Drogenkonsum völlig aufgegeben werden muss.⁷

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Verhaltenstheoretische Aspekte der Drogenabhängigkeit

Eine lerntheoretische Betrachtung des Störungsbilds Drogenabhängigkeit definiert diese als Problemverhalten, welches nach allgemeinen Lerngesetzen

des klassischen, operanten und Modell-Lernens erworben, aufrechterhalten und auch verändert wird (vgl. Degkwitz 1999; Tretter & Müller 2001). Die zentrale Antriebsfeder der Suchtentwicklung ist die Veränderung eines physiologischen und psychischen Befindlichkeitszustandes: Entweder entsteht durch Einnahme des Suchtmittels ein besonders angenehmer Zustand oder aber ein als negativ (oder aversiv) erlebter Zustand wird gemindert. In beiden Fällen handelt es sich um eine „Positivierung des Erlebens“ (Tretter & Müller 2001: 52), welche letztlich dazu führt, dass das Konsumverhalten weiter fortgeführt wird.

Die Suchtentwicklung basiert auf folgendem Bedingungsgefüge: Situative Bedingungen (S), organismische Zustände (O), Reaktionen (R), Kontingenzen (K) und Konsequenzen (C).⁸

Bezogen auf Drogenabhängigkeit beruht die *operante Konditionierung* des Verhaltens Drogengebrauch auf der eingangs beschriebenen Zustandsänderung: Die Konsequenz (C) des Verhaltens (R – hier Drogengebrauch) ist entweder das Zustandekommen eines als positiv erlebten Zustandes (z.B. Euphorie) oder das Verschwinden oder die Abnahme eines als negativ erlebten Zustandes (z.B. Reduktion von Angst) und wirkt verstärkend auf die Aufrechterhaltung des Verhaltens. Die Droge nimmt somit sowohl die Funktion eines positiven Verstärkers ein, als auch die eines negativen (durch Hinauszögerung oder Verschwinden eines als aversiv erlebten Zustandes). Positive Verstärker-

7 Das steigert die Zuversicht in die Behandlung und der Schritt in die Abstinenz bleibt eine selbstbestimmte Entscheidung.

8 Sogenanntes SORKC-Schema. Erstmals wandte Hull 1943 die Theorie des Stimulus-Organismus-Response (SOR) auf Sucht an. Gemäß seiner „Spannungsreduktionshypothese“ dient die Droge zur Reduktion von Spannungszuständen. Die Reduktion der Spannung wirkt ihrerseits dann als Verstärkung und als Grundlage für das Erlernen des süchtigen Verhaltens.

mechanismen sind vor allem bei der Entstehung einer Suchterkrankung wirksam. Zur Aufrechterhaltung der Sucht sind sowohl positive als auch negative Verstärker wirksam (vgl. Franke & Schildberg 2004).

Eine lerntheoretische Betrachtung des Phänomens Drogenabhängigkeit konzentriert sich demzufolge stark auf die Frage, welche Funktion die Droge für die betroffene Person erfüllt bzw. durch welche Konsequenzen das Verhalten letztlich verstärkt wird. Aufrechterhaltende Bedingungen sind die unmittelbaren kurzfristig wirkenden positiven Konsequenzen des Konsums (z.B. Euphorie). Die negativen Konsequenzen sind eher längerfristig einsetzend und haben deshalb zunächst kaum Auswirkung auf das Verhalten. Mit zunehmendem Krankheitsverlauf treten negative Konsequenzen mehr und mehr in den Vordergrund und wirken letztlich verstärkend auf die Veränderungsmotivation (vgl. Gütlich et al. 1998).

Klassische Konditionierungsprozesse wirken durch die Verknüpfung ursprünglich neutraler Reize (z.B. Musik) mit dem Konsum, so dass diese letztlich zu verhaltensauslösenden Reizen werden.

Imitationslernen kann zum Beispiel im Sinne von Nachahmung des Verhaltens von Vorbildpersonen suchtverstärkend wirken, d.h. jemand greift zu Drogen, da er durch Verhaltensbeobachtung erlebt hat, dass diese positive Zustände hervorrufen. Es kann sich sowohl um bewusstes als auch um unbewusstes Modelllernen⁹ handeln.

Diese eher klassisch lerntheoretische Betrachtung der Drogenabhängigkeit

konzentriert sich stark auf die Aspekte beobachtbares Verhalten und Zusammenhänge zwischen Verhalten und externalen Faktoren. Sinnvolle Erweiterungen des Konzepts stellen kognitive Ansätze z.B. von Beck et al. (1997) dar. Es werden vier kognitive Prozesse beschrieben, die als entstehungsbegünstigend und aufrechterhaltend für eine Suchtmittelabhängigkeit gelten:

1. *Selbstwirksamkeit* als subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, mit bestimmten Risikosituationen umzugehen;
2. *Wirkungserwartungen*, d.h. die Antizipation bestimmter Wirkungen der Droge;
3. *Kausalattributionen* mittels derer die süchtige Person den eigenen Suchtmittelkonsum auf bestimmte (durch ihn kaum oder gar nicht kontrollierbare) internale oder externale Faktoren zurückführt;
4. *Entscheidungsprozesse* die letztlich handlungs- d.h. hier konsumauslösend sind (vgl. Beck et al. 1997, S. 13f.).

Auf dieser Grundlage erhalten bestimmte Grundannahmen zur eigenen Person (Wertesystem, Selbstbild) und automatische Gedanken eine besondere suchtherapeutische Relevanz, da sie als wesentliche Motoren für das Problemverhalten Drogenkonsum betrachtet werden. Zusammenfassend integrieren Beck et al. kognitionspsychologische Erkenntnisse in eine verhaltenstheoretische Betrachtung von Sucht und schlagen folgendes Erklärungsmodell vor:

9 Zum Beispiel bei Kindern aus suchtblasteten Familien, die bewusst eine eher ablehnende Einstellung gegenüber dem Suchtmittelkonsum haben, aufgrund fehlender Modelle für andere Problembewältigungsmuster jedoch auf die selben Verhaltensstrategien zurückgreifen wie ihre Eltern.

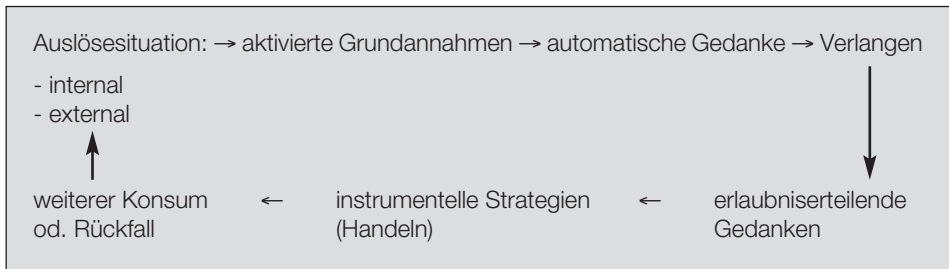


Abb. 1: Kognitives Modell der Sucht (Beck et al. 1997: 51).

Substitution ist eine Bearbeitung der körperlichen Komponente der Sucht (Organismusvariable, hier: körperliche Abhängigkeit), kann jedoch bei unsachgemäßer Durchführung selbst zum Problemverhalten werden.¹⁰

Der Erkenntniswert dieses Kapitels für die Frage nach Möglichkeiten zur Förderung motivationaler Prozesse lässt sich wie folgt zusammenfassen: Wenn Sucht erlerntes Verhalten ist, dann gibt es auch die Möglichkeit, es durch andere Lernerfahrungen zu modifizieren.

Die subjektive Bedeutung der Abhängigkeit lässt sich anhand der Entwicklung eines funktionalen Störungsmodells analysieren und vermitteln. Daraus gehen Aussagen über konsumauslösende Situationen, Ausmaß und Gestalt des Konsums sowie Folgen des Konsums hervor. - Nutzbar für die Steigerung von Veränderungsmotivation ist die Verdeutlichung negativer Konsequenzen sowie die Förderung der Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Selbstkontrolle des Suchtmittels.

Im Weiteren erfolgt ein Abriss zum Thema Motivation. Dabei liegt der Fokus weniger auf allgemeiner Motivationspsychologie¹¹ als mehr auf jenen Prozessen, die förderlich für die Veränderungsmotivation innerhalb von Psychotherapien sind.

2.2 Theoretische Annäherung an den Motivationsbegriff

In Analogie zu den „Großen Schulen“¹² der Psychologie und deren Weiterentwicklungen lassen sich verschiedene Theoriestränge zur Erforschung des Themas Motivation unterscheiden (vgl. Krech et al. 1992). Dem Begriff Motivation nähert man sich dabei über drei nicht beobachtbare Konstrukte: Bedürfnis, Trieb und Anreiz. Demzufolge lässt sich Motivation allgemein definieren als „ein theoretisches Konzept, das zur Erklärung dient, wie ein Verhalten in Gang gesetzt, mit Energie versorgt und auf ein Ziel oder einen Ansporn gerichtet wird, der sich als mehr oder weniger

¹⁰ Bspw. wenn Klient/innen auf eine unangemessen hohe Dosis eingestellt werden oder wenn das Substitut nicht sachgemäß eingenommen wird. Vielfach praktizieren Klient/innen einen hochriskanten Beigebruch zusätzlicher Substanzen, die zum Teil auch ärztlich verordnet sind. Auch dieser lässt Substitution von einer Behandlungsmethode zum Problemverhalten werden.

¹¹ Die Auswahl für diese Arbeit erfolgte vor allem über das Kriterium der Ableitungsmöglichkeiten konkreter praktischer Handlungsansätze. Einen guten allgemeinen Überblick über die wichtigsten Ansätze der Motivationspsychologie bieten Heckmann 1989; Krech et al. 1992; Weiner 1994; und Rheinberg 1995

¹² Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Humanistische Psychologie (vgl. Kriz 1994).

befriedigend erweisen kann“ (a.a.O. S. 15). Häufig findet sich die Unterscheidung in intrinsische und extrinsische Motivation: Ist jemand intrinsisch motiviert, tut er etwas aus von innen heraus bestehenden Motiven, ohne eine greifbare Belohnung dafür zu erhalten. Extrinsisch motiviert bedeutet, etwas für eine greifbare Belohnung zu tun (Bourne & Ekstrand 1997, S. 300), d.h. initiiert durch eine positive Verstärkung.¹³ In der Arbeit mit Drogenabhängigen finden diese Kategorien ihre Entsprechung in den Begrifflichkeiten Eigen- und Fremdmotivation.¹⁴

Ein weiterer fruchtbarer Ansatz für die Förderung motivationaler Prozesse ist der der kognitiven Dissonanz. Demnach setzt sich ein Mensch dann mit der Frage der Verhaltensänderung auseinander, wenn es zu einem Widerspruch zwischen der eigenen Bewertung und der der Umwelt kommt. Der Mensch ist bestrebt, die dann entstehende kognitive Dissonanz zu minimieren und wird in dem Zusammenhang u.U. auch eine Verhaltensveränderung in Betracht ziehen (vgl. John et al. 2000).

Hänsel (1987) nähert sich der Bestimmung des Motivationsbegriffs in der Arbeit mit Suchtkranken über zwei Prozesse: der Entwicklung der psychischen und somatischen Suchtmittelabhängigkeit auf der einen und dem Stand der subjektiven Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit auf der an-

deren Seite. Der Stand der Auseinandersetzung (Krankheitseinsicht) werde von suchttherapeutischen Institutionen mit dem Begriff der Motivation belegt und bewertet. Problematisch an einer solchen Bestimmung ist die mangelnde Einbeziehung der tatsächlichen Handlungsebene. Motivation wird auf die Verbalisation von Einsicht und Veränderungsabsichten reduziert.

Innerhalb der Fachdiskussion lässt sich für die letzten Jahre ein Perspektivwechsel konstatieren (vgl. Miller & Rollnick 1999): In der traditionellen Suchtkrankenhilfe wurde ein eher statischer Motivationsbegriff verwandt. Ausgehend von der „Leidensdruckthese“ wurde Motivation als spezifische Vorbedingung suchttherapeutischer Behandlung aufgefasst. Suchtkranken wurde eine pathologische Persönlichkeitsstruktur zugeschrieben, als deren wesentliches Merkmal die Verleugnung der eigenen Problematik sowie ein ausgeprägtes Ausagieren von Widerstandsphänomenen galt. Um diese Widerstände zu brechen und Motivation über die Konfrontation mit der Realität bis hin zur Gewinnung von „Krankheitseinsicht“ zu erzeugen, setzte sich ein konfrontativ-autoritärer Beratungs- und Therapiestil durch.¹⁵ Ein solches Verständnis von Motivation ist expertenzentriert, d.h. die „Definitionsmacht“ liegt bei der helfenden Person, der Klient / die Klientin selbst wird nicht einbezogen. Klient/innen gelten dann als mo-

13 Es gibt Forschungsbefunde, die eine eher korrumpierende Wirkung extrinsischer Motivation auf die intrinsische belegen. Demnach schwinde intrinsische Motivation, wenn dem aus Eigenantrieb resultiertem Handeln eine externe Belohnung zugewiesen wird (Weiner 1994, S. 202).

14 Wird im Falle der Zuschreibung von Eigenmotivation die Ursache der Behandlungsaufnahme im Klienten selbst verortet bzw. in dessen Wunsch, seine Lebenssituation zu verbessern, so gilt im Falle von Fremdmotivation eher das Interesse einer anderen Person bzw. Instanz als ausschlaggebend (z.B. Antritt einer Therapie über den § 35 BtmG oder Teilnahme an der PSB aufgrund einer Bescheinigung für den Arzt).

15 Als Beispiel seien Ansätze von Synanon genannt, als deren Zielausrichtung die „Reduzierung des Ich“ definiert wurden (vgl. Schuller & Stöver 1990).

tiviert, wenn sie mit den Zuschreibungen und Behandlungszielen des Therapeuten / der Therapeutin übereinstimmen (bzw. Übereinstimmung bekunden).¹⁶ Demgegenüber vertreten neuere Ansätze eine eher dynamische Auffassung von Motivation. Für die suchtttherapeutische Arbeit wird die Entwicklung von Motivation von einer Vorbedingung zur Aufnahme einer Behandlung zu einer Hauptaufgabe im Rahmen von Suchtbehandlung. Motivation wird verstanden als dynamischer Prozess zwischen Therapeut/innen und Klient/innen, „in dem interne und externe Faktoren prozesshaft miteinander in Interaktion stehen“ (Petry 1993, S. 64). Motivationsarbeit ist nicht mehr nur Therapievorbereitung, sondern wird zu kontinuierlicher Zielsetzung im gesamten Behandlungsprozess.

Bezogen auf den vorliegenden Kontext ist die Kategorisierung in Teilnahmemotivation, Behandlungsmotivation, Veränderungsmotivation und schließlich Ausstiegs-/ Abstinenzmotivation sinnvoll (vgl. Brenk-Schulte & Pfeiffer 1987; Schwoon 1990). Die Abgrenzung von Teilnahme- und Behandlungs-/Veränderungsmotivation im Rahmen von PSB erfolgt über das Kriterium der Intensität: Bei Klient/innen, die (zunächst) lediglich zur Teilnahme bereit sind, wird ein eher niedrigschwelliger, begleitender Ansatz verfolgt. Behandlung hingegen erfolgt mit einem höheren Maß an Verbindlichkeit, Strukturiertheit und der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den persönlichen Hintergründen der Suchterkrankung mit dem Ziel der Veränderung. Ausgehend vom verhaltenstherapeutischen Problemanalyse-

schema nach Schulte (1999) setzt sich Behandlungsmotivation aus folgenden vier Faktoren zusammen:

1. der Normabweichung, d.h. der Wahrnehmung, anders als zuvor oder als vergleichbare Andere zu sein und die Bewertung dessen als nicht normal
2. die Beeinträchtigung der normalen Lebensführung durch die Abweichung
3. Hilflosigkeit in Bezug auf Abweichung
4. Zuversicht in Therapie.

Ansatzpunkte für Motivationsarbeit wären demzufolge die Analyse von Selbst- und Fremdbewertung des Problemverhaltens, die Herausarbeitung des Ausmaßes an Beeinträchtigung, welches der Klient / die Klientin durch das Problemverhalten erleidet, die Frage nach dem Verlauf bisheriger Veränderungsversuche sowie die Förderung von Behandlungszuversicht.

Im Weiteren werden exemplarisch zwei Modelle zur Motivation umrissen, die einen komplexen Zugang zur Thematik ermöglichen und von denen sich wesentliche Schlussfolgerungen für die suchtttherapeutische Arbeit ableiten lassen.

2.2.1 Theorieorientierte Modelle zur Motivation

2.2.1.1 Das Rubikon-Modell nach HECKHAUSEN

Bei diesem kognitionspsychologischen Modell handelt es sich um ein deskriptives Schema, welches das mensch-

16 Die Aussagekraft derartiger Expertenurteile relativiert z.B. Vollmer (1989) durch seine Studie über den Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Therapiemotivation und erfolgreicher Therapieabsolvierung, nach der Patient/innen, die zuvor als willensschwach oder unmotiviert eingestuft wurden, ebenso häufig die Behandlung regulär abschlossen wie die angeblich motivierten.

liche Handeln in einer Sequenz von Motivations- und Volitionsphasen¹⁷ beschreibt (vgl. Rheinberg 1995). Es bezieht sich allgemein auf menschliche Veränderungsprozesse und nicht speziell auf therapeutisch initiierte. Heckhausen (1989, S. 203-218) unterscheidet vier Phasen des Motivationsprozesses:

1. *die prädezyssionale Motivationsphase*: Der Wunsch eines Individuums wird einer näheren Betrachtung unterzogen und auf seine Realisationskonsequenzen hin beurteilt. Diese Phase ist hochgradig realitätsorientiert und beinhaltet unterschiedliche kognitive Prozesse.¹⁸ In dieser Phase erfolgt oftmals eine Konzentration auf die negativen Aspekte des ursprünglich als verlockend erscheinenden Wunsches. Wenn dann die Folgen der Nicht-Realisierung als unannehmbar erlebt und beurteilt werden, kommt es zu dem Entschluss, den Wunsch doch in die Tat umzusetzen. Somit wird aus dem Wunsch eine Absicht und es folgt

2. *die präaktionale Volitionsphase*: Die Realitätsorientierung verschiebt sich zugunsten einer Realisationsorientierung, d.h. es wird überprüft, wie anstehende Aufgaben am besten umgesetzt werden können. Informationen, die den getroffenen Entschluss in Zweifel ziehen könnten, werden ignoriert.¹⁹ Im

Prinzip findet eine selektive Informationsverarbeitung statt, mittels derer die Handlungsdurchführung gegen störende Einflüsse abgesichert wird. Wird der Entschluss gefasst, die entwickelte Strategie zur Realisierung des Wunsches konkret in Handlung umzusetzen, folgt

3. *die aktionale Volitionsphase*: Es besteht nun eine handlungs- und zielorientierte Ausrichtung. Nach Beendigung der Handlungsphase tritt das Individuum ein in

4. *die postaktionale Motivationsphase*: Rückschauend wird beurteilt, ob das intendierte Ziel durch die Handlungsstrategie erreicht wurde und nach vorn blickend wird analysiert, welche Intentionen im Folgenden realisiert werden können. In diesem Stadium besteht die Gefahr, dass sich das Individuum kognitiv zu intensiv mit misslungenen Teilaspekten der Handlungsdurchführung befasst und dadurch im Hinblick auf zukünftige Aktivitäten blockiert wird (vgl. Heckhausen 1989; Petry 1993; Rheinberg 1995).

Der Erkenntniswert dieses Modells für den vorliegenden Kontext besteht darin, dass es Aussagen darüber erlaubt, warum Menschen neue Verhaltensweisen aufrechterhalten trotz anfänglich fehlender positiver Verstärkung. Dem-

17 Der Begriff Volition bezeichnet „die Möglichkeit, aufgrund bestimmter Binnenprozesse eine Handlungsausführung trotz innerer oder äußerer Widerstände bis zur Zielerreichung aufrecht zu erhalten“ (Rheinberg 1995, S. 159).

18 a.) Der Mensch schätzt ab, ob ein erwünschter Zustand sich ohne eigenes Zutun vielleicht von selbst einstellt (Situations-Ergebnis-Erwartung). - b.) Der Mensch prüft die Möglichkeiten des eigenen Eingreifens (Handlungs-Ergebnis-Erwartung). - c.) Der Mensch bedenkt die Möglichkeiten unterschiedlicher Folgen (Ergebnis-Folge-Erwartung). - d.) Der Mensch wägt ihre Bedeutsamkeit ab (Folgenanreiz). (Rheinberg 1995, S. 167).

19 Rheinberg spricht in diesem Zusammenhang von der „Selbstopтимierung des Systems“ (a.a.O., S. 168), d.h. die Bewusstseinslage ändert sich dahingehend, dass die Realisierung des Wunsches denkbar wird.

nach bestimmt die Stärke der Wirksamkeitserwartung darüber, wie ausdauernd eine Person ist, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Gleichzeitig lässt sich ableiten, dass eine Verhaltensänderung dann in Betracht kommt, wenn die erwarteten Folgen zu den übergeordneten Zielen eines Individuums passen. Schließlich erhöhen sich die Realisierungschancen einer Intention dann, wenn zuvor in spezifischen Vorsätzen festgelegt wurde, unter welchen genauen Bedingungen und zu welchen Zeitpunkten wie gehandelt werden soll. Ansatzpunkte für die Förderung von Motivation sind ausgehend vom Rubikon-Modell: die Förderung kognitiver Auseinandersetzung mit erwünschten Veränderungen, den eigenen Umsetzungsmöglichkeiten und -hemmnissen, den Folgen der Veränderung sowie der subjektiven Bedeutsamkeit der Konsequenzen. Des Weiteren gilt es, Wirksamkeitserwartungen des Individuums zu stärken und Intentionen mittels der Herausfilterung subjektiver „Oberpläne“ ein tragfähigeres Fundament an individueller Bedeutung und Einbettung in das Wertsystem des Handelnden zu errichten. Nach erfolgter Realisierung sollte der Prozess der Reflexion unterstützt werden und das Risiko des Verharrens in Negativzuschreibungen abgefedert werden, um auch weiterhin Handlungsfähigkeit zu bewahren und nächste Umsetzungsschritte nicht zu blockieren.

Um Aussagen über sinnvolle therapeutische Interventionen in den unterschiedlichen Motivationsstadien zu ermöglichen, wird im folgenden das im Suchtbereich bereits vielfach rezipierte Stadienmodell von Prochaska & Di Clemente umrissen.

2.2.1.2 Das Stadienmodell der Veränderung nach Prochaska & Di Clemente

Motivation wird verstanden als „das derzeitige Stadium der Veränderungsbereitschaft“ der Klient/innen (Miller & Rollnick 1999, S. 30). Diese Definition bietet den Vorteil, dass sie nicht ausschließlich auf verbalen Äußerungen des Klienten / der Klientin fußt, sondern auch dessen Einstellungs- und Handlungsebene berücksichtigt.

Prochaska & Di Clemente unterscheiden sechs Stadien der Veränderung:

1. Das Stadium der Absichtslosigkeit („precontemplation“): Es besteht kein oder nur ein geringes Problembewusstsein.
2. Das Stadium der Absichtsbildung („contemplation“): Dieses ist gekennzeichnet von einem hohen Maß an Ambivalenz. Der Betroffene schwankt zwischen dem Wunsch, sich zu verändern und der Tendenz, alles beim Bestehenden zu belassen.²⁰
3. Das Stadium der Vorbereitung („preparation“): Es werden Strategien zur Veränderung entwickelt.
4. Das Stadium der Handlung („action“): Konkrete Schritte zur Veränderung werden unternommen.
5. Das Stadium der Aufrechterhaltung („maintenance“): Erzielte Veränderungen werden gefestigt und Rückfällen wird vorgebeugt.
6. Hier gibt es zwei Varianten:
 - a) Das Stadium des Rückfalls: Der Betroffene fällt in „alte“ Verhaltensmuster zurück. Das bedeutet nicht das Scheitern der Ver-

²⁰ Entspricht der prädeziSIONalen Motivationsphase nach Heckhausen.

änderung, sondern kann zu erneutem Durchlaufen des Zyklus führen.

- b) Das Stadium der langfristigen Festigung („termination“): Veränderungen werden dauerhaft aufrechterhalten (vgl. Heidenreich & Hoyer 1998; Miller & Rollnick 1999; Körkel & Veltrup 2003).

Die beschriebene Abfolge ist keineswegs als statisch zu verstehen, betont wird der „Drehtürcharakter“ des Modells, das heißt zu jedem Zeitpunkt ist sowohl ein Übertritt in das nächste Stadium als auch ein Zurückfallen in das vorherige möglich. Den sechs Stadien entsprechend lassen sich unterschiedliche Interventionen zur Motivationsförderung i.S. von Erhöhung der Veränderungsbereitschaft differenzieren. In den ersten Stadien finden vor allem Strategien Einsatz, die der Klärung bestehender Sachverhalte sowie der Informationsvermittlung dienen. In den handlungsorientierten Stadien hingegen bietet sich die Anwendung klassischer verhaltenstherapeutischer Methoden an. Trotz kritischer Anmerkungen hinsichtlich fehlender empirischer Belegtheit des Modells (vgl. z.B. Heidenreich & Hoyer 1998; Lindenmeyer 1999) bildet das Stadienmodell von Prochaska & Di Clemente die Basis zahlreicher Konzepte zur Motivationsarbeit im Suchtbereich. Auch wenn beispielsweise die Abfolge der einzelnen Phasen sicherlich idealtypisch und in der Praxis selten derart trennscharf vorzufinden ist, so liegt der Erkenntniswert des Modells für diese Arbeit vor allem in der Betonung des dynamischen Charakters von Motivation und der „Aussöhnung“ mit scheinbaren Phänomenen von mangelnder Motivation. Bevor der Fokus auf stadienspezifische Interven-

tionen und konkrete Handlungsempfehlungen gelegt wird, werden zunächst einige Schlussfolgerungen aus den beiden beschriebenen Modellen zusammengefasst.

3.2.2 Konsequenzen für die Motivationsarbeit

Ausgehend von den soeben erfolgten Ausführungen lassen sich thesenartig folgende Aspekte für die praktische Ausgestaltung der Motivationsarbeit festhalten:

Motivation ist nicht als gegeben voraus zu setzen, sondern als durch gezielte Interaktion zwischen Therapeut und Klient zu entwickelndes, förderndes, für den Behandlungsprozess elementar kostbares Gut. Für die Erhöhung der Veränderungsbereitschaft lassen sich aus den o.g. Modellen folgende Ansatzpunkte zusammenfassen: die Förderung kognitiver Prozesse der Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten – die gemeinsame Analyse subjektiver Wertsysteme und „lohnenswerter“ Anreize einer Verhaltensänderung – die intensive Reflexion ambivalenter Einstellungs- und Verhaltensmuster – die Analyse der Kosten bzw. des Nutzens einer Veränderung gegenüber denen einer Beibehaltung des alten Verhaltens - eine genaue Planung alternativer Handlungsweisen unter akribischer Betrachtung von potentiell günstigen Rahmenbedingungen - die Verhinderung von Demoralisierung und Verharren in misslungenen Handlungsversuchen – Unterstützung und Ermunterung zu erneuten Handlungsdurchführungen und zur Verfestigung neuer Verhaltensweisen.

Die bisherigen Ausführungen münden nun in die Formulierung von Leitlinien für eine motivationsfördernde Ausgestaltung von PSB.

3 Leitlinien für eine verhaltenstherapeutische Ausgestaltung von Motivationsarbeit in der PSB

Motivationsarbeit stellt im Rahmen von PSB kein auf die Anfangsphase beschränktes Phänomen dar, sondern findet mit unterschiedlichen Akzentuierungen kontinuierlich statt. Eine wünschenswerte Grundlage stellt eine konstruktive und von regelmäßiger fallbezogener Abstimmung geprägte Kooperation zwischen substituierendem Arzt und psychosozialer Fachkraft dar, denn ein verbindlicher Absprache- und Regelrahmen bildet eine geeignete Grundlage für die Arbeit mit Verstärkern. Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt jedoch weniger auf strukturellen Vorgaben als mehr auf den therapeutischen Interventionen, die Veränderungsbereitschaft stärken können. Ziel motivationaler Interventionen ist die Erhöhung der Aktivität der betreffenden Person im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeitserkrankung.²¹

Langzeitstudien belegen, dass die Ausrichtung und mehr noch die Erreichung des Ausstiegs im Sinne von Abdosie-

rung nur für einen Teil der Klient/innen realisierbar ist (vgl. Küfner et al. 1999). Demzufolge würde eine starre Abstinenzfixierung der Realität nicht gerecht und ein großer Teil der Substituierten bliebe von der PSB unerreicht.²² Es ist sinnvoll (weil realistisch), das Oberziel Abstinenz für die Arbeit mit Substituierten aufzugliedern²³

Grundlage jeden therapeutischen Handelns bildet die Beziehung zwischen Helfer/in und Klient/in.²⁴ Aus diesem Grund sollen zunächst Aspekte einer möglichst „veränderungsförderlichen“ Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut/in und Klient/in umrissen werden.

3.1 Die therapeutische Beziehung als Fundament motivationaler Interventionen

Basis allen therapeutischen Wirkens ist eine vertrauensvolle, tragfähige und von professioneller Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz geprägten Beziehung. In der Fachliteratur findet sich ein breites Spektrum an Anregungen, wie Therapeut/innen ein solches Klima begünstigen können. Als nahezu klassisch gelten nach wie vor die drei therapeutischen Basisvariablen nach

21 Motivation in der Arbeit mit Substituierten ist nicht gleich Motivierung zu tiefgreifenden Verhaltensänderungen, sondern häufig zunächst Motivierung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten, die Verhaltensänderungen intendieren.

22 Die Ziele der Substitution lassen sich nach Körkel (1999) wie folgt hierarchisieren: Sicherung des Überlebens – Sicherung des möglichst gesunden Überlebens – Reduzierung von Einnahmehäufigkeit und –menge; Rückgriff auf weniger gefährliche Suchtmittel oder Konsumformen – Verlängerung der suchtmittelfreien Perioden – dauerhafte Abstinenz. Substitution integriert also den Ansatz des „harm reduction“ in einen ausstiegsorientierten Ansatz. Ideologischen „Grabenkämpfen“ um Akzeptanz versus Abstinenz in der professionellen Debatte der 90er Jahre zum Trotz würde eine wie auch immer geartete einseitige Ausrichtung der Realität nicht gerecht.

23 In einem ersten Schritt geht es darum, das unkontrollierte Suchtverhalten in ein (ärztlich) kontrolliertes umzuwandeln. Ein nächster Schritt ist u.U. die Einstellung hochriskanter Konsummuster (z.B. intravenöse Applikation des Substituts). Da in der Praxis ein großer Teil der Klient/innen neben dem Substitut weiter auch auf andere Substanzen zurückgreift, wäre die Reduktion und schließlich die Aufgabe des Beikonsums der darauf folgende Schritt bevor es dann über eine Phase der möglichst niedrigen stabilen Dosierung in Richtung Abdosierung gehen kann.

24 Grawe (2005) stellt in seinen Forschungen die Beziehungsperspektive gleichrangig neben die Störungsperspektive und belegte ihre Bedeutung als wesentlichen Wirkfaktor innerhalb von Psychotherapien.

Rogers: Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz.²⁵ Fachwissen steht in enger Verbindung mit der Beziehungsgestaltung, ermöglicht es doch den Therapeut/innen, spezifische suchtbedingte Verhaltensweisen als solche einzuordnen und nicht moralisierend oder gar gekränkt zu reagieren.²⁶

Dem Aspekt Beziehung kommt in der Arbeit mit Drogenabhängigen insofern eine besondere Relevanz hinzu, als dass die Biografien der Klient/innen vielfach von stetigen und entwicklungsbezogen bereits frühzeitig einsetzen- den Beziehungsabbrüchen und –verlusten geprägt sind. Zudem führt ein nicht unerheblicher Teil der Substituierten ein sozial desintegriertes Leben. Die Beziehung zur helfenden Person bietet die Chance einer lange nicht mehr erlebten Kontinuität an menschlicher Wertschätzung und Interaktion. Gleichmaßen kommt ihr wichtige Modellfunktion zu, da hier die Möglichkeit besteht, basale zwischenmenschliche Kompetenzen auszuprobieren und gezielt zu trainieren. Müller benennt als weitere wesentliche Aspekte Klarheit und Betonung von Eigenverantwortung: „Angemessen (...) ist eine klare professionell kenntnisreiche Haltung des Therapeuten, der dem Klienten nicht die Verantwortung für sein Tun abnimmt, Lösungen jedoch sichtbar macht“ (2001, S. 293). Es ist wichtig, sich in emotionale Erlebnisinhalte hineinversetzen zu können, jedoch nicht

um den Preis des Verlustes der professionellen Distanz und Handlungsfähigkeit. Der Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in kommt häufig eine Art Mittlerfunktion zwischen zwei Lebenswelten hinzu: Über das Hineinversetzen in die Lebenswelt Drogenszene und über den Austausch mit dem Klienten / der Klientin eröffnet der Therapeut / die Therapeutin schrittweise Einblicke in eine andere (evtl. bereits vorhandene, aber verschüttete) Lebenswelt (vgl. John et al. 2000; Vollmer & Krauth 2001).

Das Arbeitsfeld Substitution erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und die Bereitschaft, Planungen immer wieder zu modifizieren und gegebenenfalls auch umzuwerfen. Die Arbeit mit der Klientel der Substituierten gilt innerhalb des Hilfesystems als schwierig, da Ihnen der Ruf der Unverbindlichkeit, Unpünktlichkeit und Unzuverlässigkeit vorausseilt. Die Gründe bspw. für die Nichteinhaltung von Terminen sind vielfältig, eine pauschale Klassifizierung als „Motivationsmangel“ deshalb inadäquat. Es macht Sinn, in jedem einzelnen Fall nachzuhaken, um zum einen etwas über die Hintergründe des Wegbleibens der Klient/innen zu erfahren, zum anderen vor allem in der Anfangsphase, um Verbindlichkeit und Interesse zu demonstrieren (vgl. Miller & Rollnick 1999; Breitenbach & Requardt 2001).

Einen sensiblen Aspekt innerhalb der Substitutionsbegleitung stellt die Verknüpfung von Hilfe und Kontrolle („dop-

25 Empathie ist zu verstehen als einführendes Verstehen in das Erleben des Klient/innen. Bedingungslose Wertschätzung bedeutet, Klient/innen eine tiefe Achtung entgegenzubringen, auch wenn das Geäußerte nicht den eigenen Wert- und Normvorstellungen entspricht. Und schließlich bezeichnet Kongruenz die Echtheit des Therapeuten / der Therapeutin, d.h. dass den Klient/innen in Übereinstimmung mit der eigenen Person begegnet wird (vgl. Kriz 1994, S. 204-207).

26 „Ressourcenwahrnehmung, die Fähigkeit zu Visionen, technisches Können und theoretisches Wissen, Bereitschaft zum Engagement und die Fähigkeit tragfähige Arbeitsbündnisse zu schließen, sich auf Beziehungen einzulassen, sind die Elemente, die den therapeutischen Prozeß tragen“ (Breitenbach & Requardt 2001, S. 20).

pelles Mandat“) dar, die allgemein durch die gesetzlichen Grundlagen²⁷ vorgegeben ist und in Form von gerichtlichen Auflagen in verschärfter Form auftaucht. Die Beziehungsgestaltung zu den so genannten „Auflageklienten“ stellt eine Besonderheit dar. Es macht weder Sinn, die Aspekte Fremdmotivation und Widerstand auszublenden, noch ist es ratsam, Klient/innen konfrontativ oder „mit holder Zunge“ von der Sinnhaftigkeit seiner Behandlung überzeugen zu wollen. Vielmehr sollte die Ambivalenz offen angesprochen werden, ein ernst gemeintes Unterstützungsangebot unterbreitet werden und den Klient/innen die Entscheidungsoptionen mit den jeweiligen Konsequenzen dargestellt werden. Der Widerstand wird umso größer, je mehr den Klient/innen jeglicher Entscheidungsspielraum versagt wird. Ein transparenter Umgang mit der Kontrollfunktion ist wesentliches Merkmal einer professionellen Substitutionsbegleitung.

Eine besondere Relevanz kommt generell der Gestaltung von Erstkontakten zu, da sie in der Regel entscheidend dafür sind, ob die Klient/innen wiederkommen oder nicht. Der Fokus sollte hier auf zwei Zielen liegen: Zum einen, dass bestehende Ängste und Unsicherheiten erfragt und nach Möglichkeit reduziert werden, zum anderen, dass die Attraktivität des Wiederkommens erhöht wird (vgl. Brenkschulte et

al. 1992). In einem nächsten Schritt wäre eine vorläufige Klärung der Pole intrinsische und extrinsische Motivation sinnvoll. Auch eine rein extrinsisch motivierte Kontaktaufnahme ist legitim und lässt sich vielfach im Laufe einer längerfristigen Begleitung ausbauen in Richtung eigener Veränderungsbereitschaft des Klienten / der Klientin.

3.2 Ambivalenz – die alltägliche Begleiterin der Substitution

Die Arbeit mit ambivalenten Klient/innen ist in der Substitution eher die Regel denn die Ausnahme. Die meisten Klient/innen nehmen die Risiken und Schäden deutlich wahr, die durch den fortgesetzten Suchtmittelmissbrauch entstehen, bleiben aber dennoch dem Verhalten verhaftet. Dieser so genannte „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“³⁰ wirkt lähmend und behindert den Blick auf eine Lösung. Ein wichtiger Schritt in der Beratung besteht oft schon darin, den Konflikt offen zu thematisieren (ohne jedoch zu moralisieren). Fruchtbare methodische Anregungen für den Umgang mit Ambivalenz bietet das „Motivational interviewing“ nach Miller & Rollnick (1999).³¹ Demnach ist das Bestreben nicht die Bekämpfung von Ambivalenz, sondern eine intensive Bearbeitung und Würdigung beider „Seiten der Medaille“. Der Therapeut/die Therapeutin versucht

27 BUB-Richtlinien, Richtlinien der Bundesärztekammer; Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

28 In der Praxis bietet sich hier z.B. eine rasche und unbürokratische Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten an (z.B. Anbahnung einer Schuldenregulierung, Unterstützung bei der Antragstellung auf Sozialleistungen).

29 Das kann z.B. anhand folgender Fragen geschehen: „Was hat Sie gerade jetzt dazu bewogen, sich an uns zu wenden? – Wer außer Ihnen hat noch ein Interesse, dass Sie hier sind?“.

30 Ein Konflikt, in dem das Individuum zwischen zwei als ähnlich reizvoll oder aber ähnlich schwierig erlebten Optionen entschieden muss.

31 Die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung sind: 1. Ausdrücken von Akzeptanz und Empathie – 2. Entwickeln von Diskrepanzen – 3. Vermeidung von Konfrontationen und Beweisführungen – 4. ein spielerischer Umgang mit Widerstand – 5. Förderung der Selbstwirksamkeit (vgl. Miller & Rollnick 1999).

nicht, dem Klienten / der Klientin die „richtige“ Sichtweise aufzuoktroieren, sondern regt ihn an, weitere Informationen zu berücksichtigen und auch andere Perspektiven einzunehmen. Das bedeutet einen nicht-konfrontativen Umgang mit Phänomenen von Ambivalenz und Widerstand.³²

Eine besondere Untergruppe bilden in der Drogenhilfe die so genannten Auflagenklient/innen. Diese bringen oftmals ein hohes Maß an Skepsis und Widerstand mit. Als sinnvoll hat es sich auch hier erwiesen, offen mit Widerstand und Ambivalenz umzugehen und nicht in „gebetsmühlenartige Überzeugungsarbeit“ zu verfallen. Von zentraler Bedeutung ist es, zunächst an der Struktur der Klient/innen anzukoppeln statt mit Eindeutigkeit auf Uneindeutigkeit zu reagieren.

Ambivalenz findet sich häufig auch in Bezug auf das eigentliche Ziel- und

Wertkonzept von Klienten und dem tatsächlichen Lebensentwurf. Im Sinne des Ansatzes der kognitiven Dissonanz lässt sich über die Auseinandersetzung mit Diskrepanzen zwischen „Ist- und Sollzustand“ Veränderungsmotivation erhöhen (vgl. Vogt & Schmid 2002).

3.3 Stadienspezifische Interventionen

An dieser Stelle soll auf der Grundlage der in Kap. 3.2 umrissenen Motivationsmodelle ein speziell für die ambulante Arbeit mit Substituierten modifiziertes Schema über stadienspezifische Interventionsmöglichkeiten vorgestellt werden.³³ Um den praktischen Gehalt weiter zu vertiefen, werden beispielhaft Vorschläge für Übungen ergänzt (eine kurze Beschreibung der einzelnen Übungen erfolgt im Anhang).³⁴

32 Klassische Übung dazu ist das „Vier-Felder-Schema“, in dem Vor- und Nachteile des Konsums sowie Vor- und Nachteile des Aufhörens gegenübergestellt werden.

33 Das folgende Schema stellt eine Integration bedeutsamer Erkenntnisse aus den Modellen von Heckhausen sowie Prochaska & Di Clemente dar. Es werden beispielhaft Situationen skizziert und therapeutische Interventionen vorgeschlagen. Keinesfalls bildet das Schema den realen Verlauf einer Gesprächssequenz ab, sondern bemüht sich, typische (weil häufig wiederkehrende) Momente abzubilden und darauf aufbauende Motivierungsstrategien gegenüber zu stellen, wohlwissend um den reduktionistischen Charakter von Modellen und relativiert durch die reale Vielgestaltigkeit therapeutischer Prozesse.

34 1. Bei der „Lebenslinie des Suchtmittelkonsums“ stellt der Klient / die Klientin graphisch die eigene Suchtkarriere dar. Eine Achse bildet das Lebensalter und wichtige biographische Ereignisse ab, auf der anderen wird Beginn, Entwicklung und jeweiliges Ausmaß des Suchtmittelkonsums dargestellt.

2. Lindenmeyer (1998) macht den anschaulichen Vorschlag, den Klient/innen den Stand der eigenen Auseinandersetzung mittels vier Metaphern zu verdeutlichen. Zwar beziehen sich seine Ausführungen auf Alkoholismus, sind jedoch modifiziert auch auf Drogenabhängigkeit übertragbar: Die „Eisbergmetapher“ vergleicht die Entwicklung einer Suchterkrankung mit einem Eisberg. Nur die „oberste Spitze“ wird irgendwann öffentlich sichtbar, die Entstehung verläuft häufig unbemerkt. Bei Abhängigen von illegalen Drogen ist anders als bei der kulturell eingebetteten Droge Alkohol kein sozial akzeptierter Gebrauch zu definieren. Hier könnte man jedoch das Kriterium der Vereinbarkeit mit funktionalen Alltagsanforderungen als Maßstab für eine kritische Entwicklung heranziehen. – Das Bild von der „Expeditionsreise“ soll den Weg in die Abstinenz als Reise durch unbekannte Landschaften symbolisieren, für deren Bewältigung der Reisende eine entsprechende Vorbereitung und bestimmtes Rüstzeug benötigt. – Das „Eisenbahnmodell“ steht für die Ermutigung, „neue Gleise“ (=Alternativverhalten) erst „einfahren“ zu müssen. Einmaliges Befahren reicht nicht aus, zu lange Ungenutztheit lässt die Gleise zuwuchern und rosten. – Die Metapher vom „Konzertpianisten“ ermutigt, gerade jene Veränderungssequenzen/Rückfallsituationen immer wieder zu üben, wie ein Pianist eine besonders schwierige Stelle in einem Musikstück (a.a.O. S. 49-54).

Tab. 1: Auswahl stadionspezifischer Interventionen.

Stadien	Exemplarische Situationsbeschreibung	Ziele	Interventionen	Übungen
Absichtslosigkeit	Klient hat sich zur Reduzierung der negativen Begleitumstände des Drogengebrauchs für Substitution entschieden und "muss" auch zur PSB; Substitution häufig Methode der Wahl, da mit kleinstmöglicher Veränderung der gegenwärtigen Lebenssituation machbar ("niedrigschwellig"). Häufig überwiegt zunächst Fremdmotivation zur Teilnahme an der PSB.	Informationsvermittlung, Schaffung eines Problembewusstseins, Verstärken einer kognitiven Dissonanz	Exploration des Problemverhaltens und der aktuellen Lebenssituation; Zweifel wecken; Rückmeldung geben; Wahrnehmung von Vor- und Nachteilen des Konsums fördern; positive Anreize und subjektive Funktionalität des Problemverhaltens identifizieren; erste Rückmeldungen über Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Problems geben (vorsichtig und nicht konfrontativ Interaktionspielraum belassen); praktische Unterstützung z. B. bei der Geldtendmachung von Ansprüchen gegenüber Ämtern und Behörden, Schuldenregulierung, juristische Klärungen	Analyse eines typischen Konsumtages; Lebenslinie des Suchtmittelkonsums; "Eisbergmetapher"
Absichtsbildung	Klient lässt sich auf PSB zunächst oft ohne genaue Zielperspektive ein. Es besteht evtl. ein vager Eindruck eines potentiellen Nutzens der Teilnahme über die "Auflagerfüllung" hinaus. Klient entwickelt ein Interesse an der Auseinandersetzung mit seiner Situation. Er entwickelt Bereitschaft, sich auch mit "unliebsamen" Konsequenzen seines Verhaltens zu beschäftigen.	Erhöhung des Problembewusstseins, Verstärken einer kognitiven Dissonanz	Exploration des Ziele- und Wertesystems des Klienten; Diskrepanzen aufzeigen ("Ist- und Soll-Zustand"); "Kosten-Nutzen-Analyse"	Entscheidungswaage; "Vier-Felder-Schema"; "Lebensstilbilanz"; "Energieverteilungskuchen"
Vorbereitung und Entscheidung	Klient entwickelt über eine stabile Teilnahmemotivation erste Veränderungsabsichten und entwickelt gemeinsam mit dem Therapeuten Schritt für Schritt einen Umsetzungsplan. Er ist bestrebt, seine Situation zu verbessern, wird aber auch von Zweifeln und Unsicherheiten begleitet. Die Beziehung zum Therapeuten wird als stützend und vertrauensvoll erlebt.	Steigerung der Zuversicht der Veränderbarkeit der Problem situation; Lösung von Ambivalenzkonflikten; Entscheidungsfindung und Planung der Umsetzung	Hilfe bei Formulierung eines realistischen Ziels; Bekräftigung der Entscheidung; akribische Planung der einzelnen Umsetzungsschritte (Auslösesituation; Rahmenbedingungen; Verhaltensstrategien; "Hindernisse"; hilfreiche Selbstinstruktionen und mögliche Konsequenzen); wichtig ist die klare Definition des angestrebten Alternativverhaltens und die "haarkleine" Planung	Entwicklung einer persönlichen kognitiven Landkarte des Cleanseins; Metapher "Expeditionsreise"; Vorstellungsübungen; Konfrontationsübungen; Verhaltenskontrakt
Handlungsphase	Klient führt die geplanten Veränderungsschritte durch.	Aufbau von Alternativverhalten; Umsetzung der Veränderung	Unterstützen und Verstärken bei Veränderungsschritten; positive Verstärkung	Vorbereitung durch Rollenspiele; operante Methoden; Selbstbelohnungsübungen; Übungen zur Stimuluskontrolle
Aufrechterhaltung der Veränderung	Klient führt weitere Schritte zur Einübung der Veränderung durch. Wird durch Erfolge mehr und mehr zu "umfassenderer" Veränderung seines Suchtmittelkonsums angeregt.	Beibehaltung und Ausbau der Veränderung	Selbstinstruktionstraining; Selbstverstärkung; Rückfallprophylaxe; Verstärkung	Notfallplan; Metapher "Eisenbahn-Modell"; Expositionen zu Rückfallsituationen
Rückfall	Klient fällt in alte Verhaltensweisen bzw. Konsummuster zurück, ist verzweifelt, bricht evtl. Kontakt zum Therapeuten ab. Er droht die Zuversicht in die Veränderungsmöglichkeit und Selbstwirksamkeit zu verlieren.	Verhinderung von Demoralisierung, Unterstützung bei erneutem Durchlaufen der Stadien	Ermutigen, Reflexion des Rückfalls mit Fokus auf Bewältigung und Kompetenzerweiterung; Aufbrechen von "Alles-oder-Nichts"-Denken	Metapher "Konzertpianist"; weiterer Ausbau und ggf. Modifikation des Notfallplans
Langfristige Festigung	Klient hält Veränderung stabil aufrecht. Wird getragen von einem positiven Erleben einer abstinenter Lebensweise. Drogenbezogenes Erleben gerät mehr und mehr in den Hintergrund.	Erhalten der Abstinenz	Verstärkung von Alternativen; weitere Förderung drogenunabhängigen positiven Erlebens	Genusstraining; Aktivitätenplanung; Selbstbelohnung

3. Die „Lebensstilbilanz“ veranschaulicht, inwiefern die reale Lebensführung den eigenen Wünschen entspricht. Der Klient / die Klientin stellt graphisch dar, welche Bereiche aktuell das Leben ausmachen und welche Bereiche er / sie in einer veränderten „Version“ integrieren möchte.

4. Ähnlich macht der „Energieverteilungskuchen“ anhand eines Tortendiagramms deutlich, in welche Lebensbereiche am meisten Zeit und Energie fließen und in welcher Hinsicht Änderungen gewünscht und vorstellbar sind.

5. Die „kognitive Landkarte des Cleanseins“ (Vollmer & Krauth 2001, S. 405f.) ist eine Übung aus der kognitiven Therapie und beinhaltet die genaue Erforschung des individuellen kognitiven Gerüsts für ein abstinenteres Leben. Dieses sollte möglichst präzise und mit möglichst wenig Unbestimmtheit errichtet werden. Im Prinzip handelt es sich um eine intensivere Arbeit mit der „Expeditionsmetapher“.

3.4 Weitere methodische Empfehlungen zur Motivationsarbeit aus dem Repertoire der Verhaltenstherapie³⁵

- *Psychoedukative Gruppenangebote*

Gerade in der ersten Motivierungsphase können psychoedukativ gestaltete Gruppen ein sinnvoller und effektiver Baustein der PSB sein, da auf diese Art und Weise dynamisch und zeiteffizient die grundlegenden Kenntnisse zu Themenkomplexen wie Abhängigkeit und Sucht, Hilfesystem, Wirkungen und Nebenwirkungen der Substitutionsmittel, Infektionskrankheiten, Gesundheit und Ernährung vermittelt werden können. Klienten wird durch diese themenzentrierte jedoch nicht genuin einem therapeutischen Selbstverständnis unterliegenden Methode Angst genommen, da Äußerung und Auseinandersetzung zunächst auf sachlich-informativer und weniger auf persönlicher Basis stattfindet. Ergänzend dazu ist jedoch auf jeden Fall auch Einzelarbeit notwendig, um eine tragfähige Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in zu entwickeln. Auch die Planung und Durchführung gemeinsamer Freizeitangebote ist sinnvoll, um Anreize für eine abstinente Lebensweise zu entwickeln und auch, um soziale Kompetenzen einzuüben.

- *Soziales Kompetenztraining und Problembewältigungstraining*

Hierdurch soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Auslöser und aufrechterhaltende Bedingung für Kon-

sumverhalten häufig ein eingeschränktes Repertoire an sozialen Kompetenzen ist. Durch Soziales Kompetenztraining kann die Zuversicht der Klient/innen erhöht werden, auch als belastend empfundene soziale Situationen ohne Rückgriff auf Suchtmittel zu bewältigen.

Zudem kommt der mangelnden Problembewältigungskompetenz häufig die Funktion einer aufrechterhaltenden Bedingung für fortgesetzten Drogenkonsum hinzu. Gelungene Problemlösung kann als Verstärker für die Selbstwirksamkeitserwartung der Klient/innen wirken und ist dementsprechend motivationsfördernd.

- *Verfahren zur Steigerung der Selbstkontrolle*

Als wesentlicher Motor für Veränderungsbereitschaft wurde u.a. die Selbstwirksamkeit der Klient/innen in Bezug auf mögliche Veränderung benannt. Ein möglicher Ansatzpunkt zur Förderung von Selbstwirksamkeitserleben ist die schrittweise realistische, das heißt am Machbaren orientierte Förderung von Selbstkontrolle in Bezug auf Suchtmittel. Dazu bietet sich z.B. an, zu Beginn der Substitution am Thema „Suchtdruck“ zu arbeiten. Zunächst ist es sinnvoll, den Klient/innen die Entstehung und Aufrechterhaltung von „Suchtdruck“ lerntheoretisch zu verdeutlichen, nämlich als Produkt eines klassischen (und/oder operanten) Konditionierungsprozesses. Davon ausgehend lassen sich spezifische Auslösebedingungen heraus arbeiten, auf de-

35 An dieser Stelle erfolgt keine vertiefende Darstellung der genannten Methoden.

36 Im Zuge der Substitution werden Probleme wieder wahrnehmbarer (Klient/innen sind wacher und weniger „betäubt“ - zumindest bei adäquater Dosierung) und der subjektiv häufig unüberschaubar und noch weniger lösbare Problembereich muss kategorisiert und handhabbar gemacht werden, da andernfalls eine Destabilisierung durch Überforderung droht.

ren Grundlage sich alternative Bewältigungsstrategien entwickeln lassen.³⁷

- Kognitive Therapie

Kognitive Ansätze ermöglichen eine intensive Bearbeitung und Modifizierung suchtspezifischer Grundannahmen und verhaltensauslösender automatischer Gedanken. Darüber hinaus eignen sie sich gut für die Bearbeitung von Ambivalenzkonflikten.

4 Zu den Möglichkeiten und Grenzen einer verhaltenstherapeutisch orientierten Motivationsarbeit in der PSB

Eine zentrale These der vorliegenden Arbeit ist, dass Motivationsarbeit sich in unterschiedlicher Intensität und mit jeweils verschiedenen Schwerpunkten und Foki auf den gesamten Prozess der PSB erstreckt, also nicht als ein klar abgrenzbares Segment innerhalb des Prozesses zu betrachten ist. Auf der Grundlage dieser Sichtweise erhält die Frage nach der Sinnhaftigkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen innerhalb der Motivationsarbeit einen Fokus mit mehr Reichweite. In gewisser Weise ist die PSB eine Herausforderung für Verhaltenstherapeut/innen, da es sich um ein völlig heterogenes Feld mit kaum standardisierten Vorgehensweisen und keiner festen Struktur handelt. Dennoch oder gerade deshalb ist

die Verhaltenstherapie³⁸ m. E. eine geeignete Methode für diese Arbeit, zunächst, weil sie ein theoretisches und praktisches Repertoire bietet, um komplexe Problemlagen zu strukturieren, nach Prioritäten zu ordnen und handhabbar zu machen. Klient/innen in der Substitution kommen häufig mit einem schier unüberschaubaren Berg an Problemen. Strukturierung und Hierarchisierung von Dringlichkeitsstufen ist Gebot der ersten Stunde und trägt wesentlich zur Aktivierung von Eigeninitiative der Klient/innen bei.

Durch die Hierarchisierung von Veränderungszielen ermöglicht die verhaltenstherapeutisch orientierte PSB darüber hinaus einen sukzessiven Prozess der Ermutigung einer oftmals völlig resignierten Klientel. Bei geschickter Behandlungsplanung vergrößert sie durch kurzfristig zu erzielende Erfolge die Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungszuversicht der Klient/innen. Das kurzfristige Erfolgsmoment spielt in der PSB eine enorme Rolle, da sich Klient/innen häufig auszeichnen durch polemisch ausgedrückt „sekundliche Motivationsschwankungen“ und eine fragile Frustrationstoleranz. Ein auf Eigeninitiative und Selbstverantwortung fußender Therapieansatz ist im Umgang mit Suchtkranken unabdingbar.

Die funktionale Problemanalyse bietet den Klient/innen einen gut verständlichen Zugang zu der Frage des „Warum?“. Durch eine lerntheoretische Be-

37 Eng orientiert an den Fragen: „Was begründet und verstärkt Suchtdruck?“ – „Was hilft dagegen, was kann ich aktiv tun?“ – „Was sind meine übergeordneten Ziele?“ – „Was passiert, wenn ich nachgebe?“ – „Wie schaffe ich es, mich in dieser Anspannungssituation zu entspannen?“

38 Nach Fliegel (1995) lassen sich folgende Hauptmerkmale als charakteristisch für eine verhaltenstherapeutische Psychotherapie zusammenfassen: Menschliches Verhalten gilt als erlernt und kann dementsprechend auch wieder verlernt werden. – Menschliches Leid wird im „Hier und Jetzt“ betrachtet. – Der hilfesuchende Mensch wird als aktiv und bewusst handelnd in seinem sozialen Kontext betrachtet. – Die Fähigkeit zur Selbststeuerung wird in den Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen gestellt. – Verhaltenstherapie ist versteh- und durchschaubar (transparent).

trachtung des Problemverhaltens kann Selbstkontrolle wieder vorstellbar und schrittweise wieder erlangbar werden. Durch den Fokus auf die Gegenwart wird die Stabilität der Klient/innen nicht übermäßig gefährdet.³⁹

Auch der Grundsatz der Transparenz ist für die Arbeit mit Substituierten fruchtbar, zum einen, da er einen adäquaten Umgang mit der Verquickung von Hilfe und Kontrolle bietet, zum anderen, da die Klientel aufgrund biographischer Erlebnisse häufig hochgradig von Misstrauen und Skepsis geprägt ist. Durchschaubares und gemeinsam geplantes Vorgehen reduziert Ängste und ermöglicht das Eingehen einer Beziehung, in der „unliebsame Überraschungen“ in Form von therapeutischer Manipulation oder entmündigenden Interventionen abgelehnt werden.

Die Vorteile verhaltenstherapeutischer Ausrichtung liegen also in der Praktikabilität der Methodik (transparent, überschaubar, zielgerichtet), der Handlungsbezogenheit (aktivierende Ansätze) und der Ermöglichung kurzfristig erlebbarer Effekte von Erfolg.

Ein kritischer Einwand könnte sein, dass die Arbeit mit Substituierten in der Regel den „Wirren“ des Alltags unter-

worfen ist. Es stellt sich die Frage, ob eine Methode, die mit fester Struktur und Interventionen nach Plan arbeitet dort überhaupt anwendbar ist. Meines Erachtens steht der „Kampf mit den Strohfeuern des Alltags“ keineswegs einer strukturierten und geplanten Vorgehensweise entgegen. Es bietet sich z.B. an, Sitzungen zu teilen: in der ersten Phase wird besprochen, was drängt, danach geht es nach Plan weiter. Eine derartige Ausgestaltung erfordert vom Therapeut/innen ein hohes Maß an Strukturierungsleistung.

Verhaltenstherapeutisch fundierte PSB ist auch deshalb sinnvoll, weil ein großer Teil der Klient/innen neben der Suchterkrankung auch andere psychiatrische Störungen aufweisen⁴⁰ und die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Angsterkrankungen empirisch gut belegt ist. Keinesfalls ersetzt PSB damit Psychotherapie⁴¹, bietet jedoch Möglichkeiten, auch Klient/innen, die keinen Zugang zum Angebot einer Psychotherapie haben oder (noch) nicht in der Lage sind, sich auf ein höher strukturiertes, verbindlicheres Behandlungsangebot einzulassen wirksame Strategien gegen ihre Problematik anzubieten.⁴²

39 Das ist in der ambulanten Arbeit oft lebensnotwendig, da der Klient / die Klientin nicht wie in einer stationären Einrichtung nach der Therapiesitzung in einen geschützten Rahmen zurückkehrt, sondern in seine vielfach völlig desolate, häufig konfliktreiche oder auch einsame Alltagssituation.

40 Einer Studie von Bender, Rösinger & Gastpar (1995) zufolge ist die Häufigkeit psychiatrischer Störungen bei Drogenabhängigen allgemein schon stärker ausgeprägt als im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, noch häufiger hingegen weisen Substituierte eine psychische Störung auf (z.B. ca. 60% eine narzisstische, eine Borderline oder eine dissoziale Persönlichkeitsstörung) (zit.n. Vortrag von Dr. med. Gößling am 26.05.2005 anlässlich der Fachtagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen „Psychosoziale Begleitung“).

41 In der Praxis gestaltet sich die Vermittlung von Substituierten in eine ambulante Psychotherapie als äußerst schwierig. Zum einen ist die Erlangung eines Therapieplatzes bei einem ambulanten Psychotherapeuten generell schwierig, da mit langen Wartezeiten und relativ hohen Zugangskriterien verbunden, zum anderen wird die Klientel der Drogenabhängigen aufgrund ihres Rufes der Unzuverlässigkeit nicht unbedingt als favorisierte Zielgruppe betrachtet.

42 Die Durchführung verhaltenstherapeutischer Interventionen setzt selbstverständlich bei Therapeut/innen eine dafür erforderliche Qualifikation voraus.

An ihre Grenzen stößt eine verhaltenstherapeutisch orientierte PSB zunächst dort, wo PSB allgemein an ihre Grenzen kommt: Eine Reihe von Klient/innen betrachtet die Substitution als eine Art „bequeme Basisversorgung“ und lehnt tiefgreifendere Verhaltensveränderungen ab. Vielfach gelingt es auch im Rahmen einer langfristigen Begleitung nicht, der oft existierenden Entmutigung, Resignation und Selbstaufgabe ein Fünkchen Zuversicht einzuhauchen. An dieser Stelle gilt das Gebot des Respekts auch vor subjektiv vielleicht schwer nachvollziehbaren Entscheidungen. Der Glaube an die „therapeutische Allmacht“ hat dahinter zurückzutreten.

Häufig bleibt die PSB eine Form niedrigschwelliger Suchtbegleitung; durch zu „straightes“ Vorgehen würde man einen Behandlungsabbruch riskieren. Mitunter ist die Kontaktfrequenz⁴³ sehr lose und macht eine längerfristige, strukturierte Therapieplanung zu einem Ding der Unmöglichkeit.

Schließlich setzt auch das Faktum des Substanzeinflusses einer therapeutischen Einflussnahme Grenzen. Die Substanzwirkung beeinflusst Erleben und Wahrnehmung der Klient/innen; auch bestimmte Symptome und Auffälligkeiten (z.B. Angstsymptome) können substanzinduziert sein. Viele Klient/innen berichten rückschauend (z.B. nach erfolgreicher Absolvierung einer stationären Entwöhnungsbehandlung), dass die Zeit „auf Methadon“ eine verschenkte gewesen sei. Das Substitut vermittele ein ebenförmiges Gefühl von Gleichgültigkeit und emotionaler Unbeteiligung und verstelle damit den Blick auf Veränderung.

Speziell eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete PSB stößt dort an ihre Grenzen, wo Klient/innen den Anspruch haben, tiefgreifende Einsichten in ihre Problematik zu erhalten. Verhaltenstherapie ist stark auf einen aktuellen Bezug und auf den Aspekt Bewältigung ausgelegt. Das macht sie zu einer praktikablen Methode, gleichzeitig weisen ihre Theorien eine gewisse Einfachheit auf und bieten den Klient/innen eine dementsprechende Einsicht in die eigene Situation.

Verhaltenstherapie ist trotz aller Weiterentwicklungen eine stark rationale Methode. Nicht ganz zu Unrecht wird ihr die Vernachlässigung von Spontaneität und emotionalem Erleben vorgeworfen, welches der Komplexität interpersoneller und intrapsychischer Prozesse nicht gerecht wird.

Zu guter Letzt darf nicht unerwähnt bleiben, dass wir es in der Substitutionsbegleitung häufig mit „alten Hasen“ zu tun haben, die bereits mehrere Therapien durchlaufen haben und insofern begrifflich gut geschult sind, was „therapeutisch erwünschte“ Äußerungen anbelangt. Dahinter steht nicht unbedingt Veränderungsmotivation, sondern häufig einfach nur das Bestreben, möglichst „glatt“ durch die Sitzungen hindurch zu gleiten.

Bei allem therapeutischen Ehrgeiz darf PSB nicht die Vielgestaltigkeit der individuellen Prozesse aus dem Blick verlieren. Ein schematisches Vorgehen in diesem Arbeitsfeld wäre inadäquat, weil ein an der Realität vorbei. Substitution ist im Kern auch ein niedrigschwelliges Angebot, welches Unterstützung beim Erhalt existentieller Grundlagen

43 Die niedrige Kontaktfrequenz ist nicht unbedingt auf unzureichende Motivation der Klient/innen zurückzuführen, sondern wird zusätzlich bedingt durch die hohen Betreuungszahlen innerhalb der PSB, die eine umfassende Begleitung häufig kaum möglich sein lassen.

bietet, ohne tiefgreifende Verhaltensänderungen voraus zu setzen.⁴⁴

Die Arbeit mit Substituierten bedeutet immer auch, zu erfahren und zu respektieren, dass ein Teil der Klient/innen nicht vom Angebot profitiert oder auch die persönliche Entscheidung trifft, weiter den Weg der sukzessiven Selbsterstörung zu beschreiten, da eine lohnenswert erscheinende alternative Perspektive als nicht vorstell- oder greifbar erscheint. Dennoch möchte ich dazu einladen, sich nicht in resignativ-lähmenden Etikettierungen dieser Klientel zu verlieren, sondern Energie in die Motivierung zu einer wenn auch kleinschrittigen Verbesserung ihrer Lebenssituation zu investieren.

Literatur

Beck, A. u.a. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz.

Bourne, L. E. & Ekstrand, B. R. (Hrsg.) (1997). Einführung in die Psychologie. 2. Aufl. Frankfurt a. M. S. 262-311.

Breitenbach, G. & Requardt, H. (2001). Psychotherapie mit entmutigten Klienten. Therapeutische Herausforderungen. Heidelberg: Ansanger.

Brenk-Schulte, E. & Pfeiffer, W. (1987). Motivationsprozesse in der Kontaktphase der Therapie des Alkoholismus. Überlegungen und erste Ergebnisse zu einer empirischen Untersuchung. In: Schrappe, O. (Hrsg.). Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Stuttgart: Schattenhauer. S. 27-38.

Brenk-Schulte, E., Feuerlein, W. & Pfeiffer, W. (1992). Motivierungsarbeit in der Kontaktphase der Alkoholismustherapie. In: Tasseit, S. (Hrsg.). Ambulante Suchttherapie, Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht: Neuland. S. 27-62.

Degkwitz, P. (1999). Theorien und Modelle der Entstehung und des Verlaufs von Drogenabhängigkeit. In: Böllinger, L. & Stöver, H. (Hrsg.) (2002). Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. Aufl. Frankfurt a. M. S. 336-343.

Fecht, J., Heidenreich, T., Hoyer, J., Lauterbach, W. & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 30. Jg. (4), S. 403-420.

Fliegel, S. (1995). Stichwort Verhaltenstherapie. 2. Aufl. München: Heyne Verlag.

Franke, P. & Schildberg, F. (2004). Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Manual. Tübingen.

Gößling, H. W. (2005). Psychiatrische Doppeldiagnosen bei Suchtpatienten. Vortrag anlässlich der Sitzung des Arbeitskreises „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen am 26.05.2005 in Hannover.

Grawe, K. & Fliegel, S. (2005). „Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen

44 Äußerst kritisch ist das Bestreben vieler Beratungsstellen zu betrachten, durch immer höhere Zugangskriterien eine Reduzierung der Fallzahlen zu erzielen. Damit werden eben jene Klient/innen „ausortiert“, die am dringendsten der Unterstützung bedürfen, dieses aber vielleicht nicht „adäquat“ äußern können.

- Wahrheitsanspruch stellen kann!“, Interview. In: PID, 6. Jg., (2), S. 128-135.
- Gütlich, V., Heidenreich, T. & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 30. Jg. (4), S. 421-432.
- Hänsel, D. (1987). Zur Entwicklung der Motivation bei Alkoholikern. In: Schrappe, O. (Hrsg.). Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, S. 19-26.
- Heckhausen, H. (1989). Motivation und Handeln, 2.Aufl. Heidelberg: Springer.
- Heidenreich, T. & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 30 (4), S. 381-402.
- Heigl-Evers, A. & Vollmer, H.C. (Hrsg.) (1991). Suchttherapie. Psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- John, U. u.a. (2000). Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Körkel, J. (1999). Welche Ziele sind in der Behandlung von i.v.-Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Bellmann, G. U., Jellinek, C. & Westermann, B. (Hrsg.). Mehr als abhängig? Versuche mit Heroin und Methadon. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S. 188-207.
- Körkel, J. & Veltrup, C. (2003). Motivational interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie (4), S. 115-124.
- Krech, D., Crutchfield, R.S., Livson, N., Wilson, W.A. & Parducci, A. (1992). Grundlagen der Psychologie. Bd. 5, Weinheim: Beltz.
- Kriz, J. (1994). Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung, 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Müller, A. (2001). Interaktion mit Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 285-303.
- Müller, H.-R. (1987). Behandlungsbezogene Motivationsstrukturen junger straffälliger Drogenabhängiger im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel. In: Suchtgefahren (33), S. 346-352.
- Petry, J. (1993). Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Petry, J. (1998). Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkoholismus. In: Hautzinger, M. (Hrsg.). Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen, 2. überarb. Aufl. Weinheim: Beltz. S. 185-210
- Raschke, P., Verthein, U. & Kalke, A. (1999). Grenzen und Chancen der psychosozialen Begleitung – am Beispiel der Methadonsubstitution in Hamburg.

In: Bellmann, G. U., Jellinek, C. & Westermann, B. (Hrsg.). Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin. Weinheim: Deutscher Studienverlag. S. 146-162.

Rheinberg, F. (1995). Motivation. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Schmid, M. & Vogt, I. (2001). Case Management und Motivierende Beratung. In: Suchttherapie (2), S. 73-79.

Schuller, K. & Stöver, H. (Hrsg.) (1990). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe, 2. Aufl. Freiburg i.Br.

Schulte, D. (1999). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Reinecker, H. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT Verlag. S. 45-86.

Schwoon, D. R. (1990). Motivationsbehandlung bei Alkoholkranken. In: Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hrsg.). Suchtkranke: Das ungeliebte Kind der Psychiatrie. Stuttgart: Enke. S. 166-181.

Tasseit, S. (Hrsg.) (1992). Ambulante Suchttherapie. Geesthacht: Neuland.

Tretter, F. & Müller, A. (2001). Ursachenmodelle der Suchtforschung. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.) (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 33-72.

Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In: Reinecker, H. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT Verlag. S. 15-44.

Vogt, I. & Schmid, M. (2002). Motivierende Beratung. In: Böllinger, L. & Stöver, H. (Hrsg.) Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 5. Aufl. Frankfurt a.M. S. 336-343.

Vollmer, H.C. (1989). Motivation und Willensstärke im Urteil opiatabhängiger Patienten und deren Therapeuten. In: Suchtgefahren (35), S. 281-288.

Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In: THOMASIUS, R. (Hrsg.) Psychotherapie der Suchterkrankungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 55-70.

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In: Thomasius, R. (Hrsg.) Psychotherapie der Suchterkrankungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 102-121.

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie bei Drogenabhängigkeit. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). a.a.O. S. 395-438.

Die therapeutische Beziehung

Ausgewählte Aspekte am Beispiel der Verhaltenstherapie

Anne Engels

Xanten

Erfahrungsseelenkunde¹

Eine Schöpfungsgeschichte

Als Gott die Welt erschuf,
erschuf er am ersten Tag die Ängste.
Am Morgen schuf er die Angst vor dem Alleinsein,
und damit die Angst vor der Selbstwerdung, als Ungeborgenheit erlebt.
Zu Mittag die Angst vor der Nähe,
und damit die Angst vor der Selbsthingabe, als Ich-Verlust erlebt.
Am Nachmittag die Angst vor dem Wagnis,
und damit die Angst vor der Wandlung, als Unsicherheit erlebt.
Und am Abend die Angst vor dem Tod,
und damit die Angst vor der Endgültigkeit, als Erfüllung eines nicht zu verstehenden
Schicksals erlebt.

Am zweiten Tag schuf er die Zwänge als magische Handlungen,
um die Ängste zu besänftigen.

Am dritten Tag schuf er die psychosomatischen Beschwerden,
um dem Körper eine Sprache zu geben.

Am vierten Tag schuf er die Depressionen,
um damit der Hoffnungslosigkeit Ausdruck zu verleihen.

Am fünften Tag schuf er den Alkohol, den Tabak und die Drogen zur Erleichterung.

Am sechsten Tag schuf er die Schizophrenie, die Spaltung und die Halluzinationen
als letzten Rettungsanker.

Am siebten Tag schuf er das Vergessen, um der Verdrängung damit eine Chance
zu geben.

Das Ganze würzte er mit den Trieben, unerfüllten Bedürfnissen, zwischenmensch-
lichen Größenspielen und Aggressionen.

Als Gutschein gab er dem Menschen die Hoffnung,
und als Belohnung die Freude

Das alles bettete er in die Zeit und den Raum,
damit die Vergangenheit die Gegenwart und die Zukunft
nicht loslassen braucht.

Dem Menschen nahm er den Instinkt weg und gab ihm dafür die Vernunft.
Jetzt weiß er nicht mehr, was er tun muss,
kann aber nachdenken, was er tun soll.

Als Draufgabe schuf er die Psychologen und die Psychotherapeuten,
die glauben, fast alles über Gefühl und Vernunft zu wissen.

Diese ganze Mischung setzte er auf eine Erde.

Dann zog er sich in den Himmel zurück, um das jüngste Gericht vorzubereiten,
wo er richten wird über die Lebenden und die Toten.

¹ Anonym. Aus: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21. Jahrgang., Heft 4, 2000. S. 399.

Inhalt

Einleitung

- 1 Die zentrale Rolle der Beziehungsgestaltung**
 - 1.1 Allgemeine Überlegungen zur „sozialen Beziehung“
 - 1.2 Zur Entstehung und Definition der Psychotherapie
 - 1.3 Zusammenfassung
- 2 Die therapeutische Beziehung – Versuch einer Definition aus der Perspektive verschiedener psychotherapeutischer Ansätze**
- 3 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Verhaltenstherapie von den Anfängen bis zur modernen VT – ein kurzer Abriss**
- 4 Die Therapeut/in-Patient/in-Beziehung in der modernen Verhaltenstherapie**
 - 4.1 Allgemeine Gütekriterien
 - 4.2 Therapiephasen
 - 4.3 Störungsspezifische Beziehungsfragen
 - 4.3.1 Basiskonzepte verhaltenstherapeutischer Beziehungsgestaltung
 - 4.3.2 Die Wahrnehmung spezifischer Beziehungsmuster
 - 4.3.3 Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel der interaktionellen Verhaltenstherapie
- 5 Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung**
- 6 Zusammenfassung und Ausblick**

Literatur

Einleitung

Der therapeutischen Beziehung wird unabhängig von verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Ansätzen sowohl von den Forschern als auch von den Klinikern eine große Bedeutung beigemessen. Sie gilt als das tragende Element jeder Psychotherapie, wenngleich die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung und vor allem der sie kennzeichnenden Variablen unterschiedlich definiert, bewertet und auch eingesetzt wird.

In erster Linie leisten die Patient/innen wohl selbst den wichtigsten Beitrag dafür, dass es zu einem guten Therapieergebnis kommen kann. Ihre Offenheit für Veränderungen und ihre engagierte Mitarbeit sind die Voraussetzung dafür, dass überhaupt positive Wirkungen erreicht werden können. Offenheit und Mitarbeit setzen aber wiederum eine gute Therapiebeziehung voraus, und zu dieser können und müssen Therapeut/innen einen spezifischen Beitrag leisten. Eine gute Therapiebeziehung ist nicht einfach von selbst da

oder nicht da, sondern ihre Entstehung unterliegt, wie die vorliegende Arbeit zeigen soll, komplexen Bedingungen.

Als Angehörige eines helfenden Berufes erlebe ich die Frage, wie gute therapeutische Beziehungen zustande kommen, als elementar. Sowohl die Erfahrung positiver Beziehungen, Verläufe und Ergebnisse im beraterischen und therapeutischen Kontext, als auch die Tatsache, dass manche Patient/innen als schwierig, unbequem oder gar unsympathisch erlebt werden oder Beratung und Therapie wieder abbrechen, zwingt wiederholt zu der Notwendigkeit, sich mit den vermuteten Ursachen für das Gelingen bzw. Nichtgelingen auseinander zu setzen. In meiner Berufsgruppe ist denn auch die Hypothese, dass ein Beratungs- bzw. Therapieabbruch in erster Linie mit der mangelhaften Motivation und Veränderungsbereitschaft der Patient/innen zusammen hängt, weit verbreitet. Darüber hinaus wird häufig die Überlegung vertreten, die „Chemie“ habe einfach nicht gestimmt. Beide Erklärungen sind sowohl entlastend als auch unbefriedigend und führen zu der Frage, was denn diese „Chemie“ zwischen Patient/innen und Therapeut/innen eigentlich ausmacht. Für Grawe sind Therapieabbrüche nicht einfach ein „gottgegebenes“, sondern ein therapiegemachtes und von den Therapeut/innen zu verantwortendes Phänomen und weisen darauf hin, dass der Therapeut/die Therapeutin sich mit seinem Behandlungsangebot nicht genügend auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten/der Patientin eingestellt hat: „Ein Therapieabbruch stellt in der

Regel das Therapieangebot in Frage und nicht den Patienten“.²

Analog zu den in dieser Ausbildung gewonnenen differenzierteren Kenntnissen über die Wirkfaktoren und Verfahren psychotherapeutischer Behandlung wuchs auch mein Interesse an der Frage, was ich bei der Entwicklung von einem eher „intuitiven“ hin zu einem professionellen Beratungs- und Behandlungsstil in Bezug auf die Gestaltung therapeutischer Beziehungen verbessern könne. Auch die Frage nach den wirksamen Therapeut/innenvariablen bzw. einer wirksamen Beziehungsgestaltung soll aus diesem Grunde hier intensiv betrachtet werden.

Dem Interesse an diesem Thema folgte zunächst eine erste unsystematische Sammlung und Sichtung von Literatur unterschiedlicher Schulen und Schwerpunkte. Meine Absicht bestand ursprünglich in dem Vorsatz, einen herausragenden Aspekt der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie auf der Grundlage der gebotenen Themeneingrenzung exemplarisch darzustellen. Im Verlauf des Sich-Einlesens kristallisierte sich aber zunehmend die Erkenntnis heraus, dass die „Entwicklung“ der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie weder von der historischen Entwicklung der VT insgesamt zu trennen ist, noch von ihr isoliert zu verstehen ist.

Die Themenauswahl und die Struktur der vorliegenden Arbeit basiert auf dem Wunsch einen umfassenderen Überblick über die Thematik geben zu können. In dieser Arbeit wird ein globa-

2 Grawe, K., Donati, R. & Bernauer F. (1995). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

ler Überblick über etliche relevante Aspekte des Themas gegeben. Die ersten drei Punkte der Arbeit widmen sich dem historischen Rückblick. Unter Punkt vier wird eine differenzierte Darstellung der wichtigsten Aspekte der Therapeut/in-Patient/in-Beziehung in der modernen Verhaltenstherapie gegeben. Selbstverständlich erhebt diese Zusammenstellung weder einen Anspruch auf eine ausführliche Darstellung der einzelnen Aspekte, noch auf Vollständigkeit. So wurde aus Platz- und Zeitgründen z.B. darauf verzichtet, auf die Weiterentwicklung der systematischen Beziehungsgestaltung mit dem ausdrücklichen Schwerpunkt der „Ressourcenorientierung“ nach Grawe und Kollegen³ einzugehen. Auch die spannende Frage, ob die therapeutische Beziehung Merkmale einer Bindungsbeziehung auf der Grundlage der Bindungstheorien John Bowlbys⁴ aufweist, konnte nicht berücksichtigt werden. Stattdessen widmet sich diese Arbeit im letzten Punkt den Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung und trägt damit aus meiner Sicht der Verantwortung und Brisanz dieses Berufes und dem damit verbunden eigenen Anspruch nach Sorgfältigkeit Rechnung.

Die Auswahl entspricht schließlich der Absicht, möglichst viele anwendbare Erkenntnisse für die Praxis innerhalb von Beratung und ambulanter Rehabilitation zu sammeln und darzustellen.

1 Die zentrale Rolle der Beziehungsgestaltung

1.1 Allgemeine Überlegungen zur „sozialen Beziehung“

Der Begriff „Beziehung“ bezeichnet das grundsätzliche Phänomen, dass Mehrere, mindestens jedoch zwei Begriffe, Gegenstände oder Lebewesen in irgendeiner Weise aufeinander bezogen sind, entweder passiv, z.B. durch eine materielle Verbindung, eine Bedeutung oder ihre Stellung zueinander, oder aktiv im Verhalten⁵. Die Bedeutung von Beziehungen für die menschliche Entwicklung ist existentiell. Menschliche Entwicklung vollzieht sich vor allem in sozialen Beziehungen. Alles, was ein Mensch von Beginn seines Lebens an lernt, erlernt er vor allem durch die Begegnung mit seiner sozialen Umgebung. Die sog. Sozialisation bezeichnet die Entwicklung der Persönlichkeit aufgrund ihrer Interaktion mit ihrer sozialen Umwelt und findet primär in Familie, Schule, Alters- und Peer- Gruppen statt, in der Normen, Werte und Verhaltensweisen verinnerlicht werden. Sie wird als lebenslanger Prozess des Lernens und der Anpassung verstanden⁶. Was wir über uns wissen, ist im Wesentlichen das, was uns andere wie ein Spiegelbild vorgehalten und was wir daraufhin verinnerlicht haben. Sich selbst und andere erkennen, geschieht im Kontakt mit anderen Menschen, mit Eltern, Verwandten, Partnern, Freunden, Kollegen. Wir lernen über uns, wer

3 Grawe, K., Regli, D., Bieber, K. & Mathier, F. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21. Jahrg., Heft 4/2000. S. 399-420.

4 Strauss, B. (2000). Ist die therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung? In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21. Jahrg., Heft 4/2000, S. 381-398.

5 vgl. Reinelt, T. & Datler, W. (Hrsg.) (1989). Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

6 vgl. Wikipedia-Enzyklopädie, Internetrecherche, Stichwort „Sozialisation“.

wir sind, was wir wollen und was wir ablehnen, durch den Kontakt zu anderen Menschen. Beziehungen sind die Grundbausteine des Lebens, ohne Beziehung gäbe es keine Fortpflanzung. Alles Leben scheint unweigerlich auf Beziehung hinaus zu laufen. Deswegen kann die Beziehungsfähigkeit eines Menschen als die Basis für ein gesundes und erfülltes Leben angesehen werden. Die meisten Schwierigkeiten resultieren denn auch aus Konflikten, die in der Beziehung zu anderen Menschen entstehen. Das existentielle Bedürfnis nach sozialen Beziehungen bildet zusammen mit der Beziehungsfähigkeit einerseits die Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit und ist andererseits häufig gleichzeitig Gegenstand dieser Arbeit⁷.

1.2 Zur Entstehung und Definition der Psychotherapie

Das Bedürfnis der Menschen, Leiden und Behinderung zu behandeln, scheint so alt zu sein, wie die Menschheit selbst und jede Gesellschaft schult einige Mitglieder in der Ausübung dieser Art von Einflussnahme. Obwohl die Geschichte der "modernen" Psychotherapie erst Anfang des 20. Jahrhunderts beginnt, findet sich eine Beziehungsgestaltung mit dem Ziel der Linderung seelischer/emotionaler Leiden in allen bekannten Kulturen⁸. Die modernen Psychotherapien wurzeln einer-

seits in der religiös-magischen Tradition, deren Ursprünge in vorgeschichtlicher Zeit liegen und in den Behandlungsriten der Dämonologie Ausdruck fanden und andererseits in der naturalistisch-wissenschaftlichen Tradition der Heilkunst, die auf den griechischen Arzt Hippokrates zurückgeht. Behandelt wurde durch Gebete und religiöse Riten, durch die der Körper für die Dämonen unbewohnbar gemacht werden sollte, aber auch durch Diäten, Ruhe, Nüchternheit, sexuelle Abstinenz oder Behandlung durch z. B. Schock und/oder (Todes-) Angst⁹. Erste gezielte Behandlungsversuche als Beginn der neuzeitlichen Psychotherapie werden im ausgehenden 19. Jahrhundert Mesmer zugeschrieben, der Patient/innen als Vorform der Hypnose in Trancezustände versetzte¹⁰. Daraus entwickelte sich um 1900 die Psychoanalyse und in Abgrenzung dazu in den 50ern Behaviorismus und Verhaltenstherapie. Inzwischen existiert eine schwer überschaubare Vielfalt, Gruhlke spricht von etwa 470 publizierten Therapieverfahren¹¹.

Für die Wirksamkeit der Behandlung seelischer Leiden wurde und wird die Bedeutung der Beziehung in der Literatur überall hervorgehoben: „Zur Behandlung gehört immer eine persönliche Beziehung zwischen dem Heiler und dem Leidenden. Bestimmte Arten der Behandlung gründen hauptsächlich

7 vgl. Yalom, I. (2002). Der Panamahut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

8 vgl. Wikipedia-Enzyklopädie, Internetrecherche, Stichwort „Psychotherapie“.

9 vgl. Dr. Gruhlke, N. Grundfragen der Psychotherapie, Uni Ulm, Internetrecherche, Stichwort Definition Psychotherapie.

10 Frank, J. D. (1997). Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 24

11 Dr. Gruhlke, N. Grundfragen der Psychotherapie, Uni Ulm, Internetrecherche, Stichwort „Definition Psychotherapie“.

in der Fähigkeit des Heilers, mit psychologischen Mitteln in dem Leidenden Heilkräfte zu mobilisieren“¹².

Nach Strotzka (1975) ist Psychotherapie:

- ein bewusster und geplanter *interaktioneller Prozess* (Therapeut/in und Patient/in)
- zur *Beeinflussung* von *Verhaltensstörungen* (z. B. Substanzmissbrauch, Waschzwang) und *Leidenszuständen* (z. B. depressive Verstimmungen, Ängste, Schmerzen),
- die in einem Konsens (möglichst zwischen Patient/in, Therapeut/in und Bezugsgruppe) für *behandlungsbedürftig* gehalten werden,
- mit *psychologischen Mitteln* meist verbal (z. B. Gespräche), aber auch nonverbal (z. B. Musiktherapie),
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes *Ziel* (Symptomminderung (z. B. weniger Angst) und/oder Änderung der Persönlichkeitsstruktur (z. B. höheren Selbstwert, weniger abhängige Persönlichkeit),
- mittels *lehrbarer Techniken* (z. B. Desensibilisierung, Exposition, sokratischer Dialog, Konfrontation, Klärung, Deutung),
- auf der *Basis einer Theorie* (z. B. Lerntheorie, psychoanalytische Theorie) des normalen und pathologischen Verhaltens.¹³

Als Voraussetzungen formuliert Gruhlke¹⁴ folgende Kriterien:

- die Bereitschaft über Probleme zu sprechen,
- die Entwicklung einer tragfähigen emotionalen Bindung (Eine gute therapeutische Beziehung ist entscheidend für das Gelingen einer Psychotherapie.),
- die Entwicklung selbst-kritischer Funktionen auch in Abwesenheit des/der Therapeuten/in (Die Fähigkeit zur Veränderung zeigt sich in der Zeit zwischen den therapeutischen Sitzungen: Symptombeobachtung, Nachdenken, Ausprobieren etc.).

1.3 Zusammenfassung

Wie die bisherige Betrachtung zeigt, spielen soziale Beziehungen im Leben jedes Menschen eine zentrale Rolle. Folglich kommt der Beziehung zwischen Patient/innen und Psychotherapeut/innen bei der psychotherapeutischen Behandlung eine herausgehobene Rolle zu. Nach Streeck¹⁵ erfüllt sie sogar verschiedene Funktionen gleichzeitig. Zum einen betrachtet er sie als das Milieu, als den ständig gegenwärtigen Hintergrund, vor dem sich die Interaktion abspielt: „Die Interaktion...ereignet sich nicht nur im Rahmen der therapeutischen Beziehung, sondern konstituiert im gleichen Zug diese Beziehung – immer aufs Neue“.¹⁶ Er sieht in der therapeutischen Beziehung aber

12 Frank, J.D. (1997). S. 20.

13 vgl. Strotzka H. (Hrsg.) (1978). Psychotherapie. München: Urban Schwarzenberg.

14 Dr. Gruhlke, N. Grundfragen der Psychotherapie, Uni Ulm, Internetrecherche, Stichwort „Definition Psychotherapie“.

15 Streeck, U. (2004). Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 21.

16 a.a.O.

auch das Mittel, sozusagen das Werkzeug therapeutischer Einflussnahme, welches Einfluss nimmt auf die Frage, ob ein/e Patient/in die Beziehung als hilfreich oder nicht hilfreich erlebt und sie dementsprechend wirksam ist oder nicht. Und schließlich definiert er sie als Medium der Kommunikation: „...manchmal ist die wichtigere Mitteilung nicht das, was der Patient sagt, sondern wie er sich dabei...verhält“.¹⁷

Neben der Auswahl angemessener Methoden wird die Wirkung der Psychotherapie somit anscheinend von der Qualität der therapeutischen Beziehung (mit-)bestimmt. Diese Qualität hat über alle Psychotherapieschulen hinweg sehr ähnliche Kriterien, wie positive Wertschätzung, Einfühlung, Authentizität, soziale Kompetenz, Ehrlichkeit, Offenheit, Direktheit des/r Therapeuten/in.¹⁸ Bevor auf einzelne Aspekte der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie näher eingegangen wird, erfolgt im nächsten Abschnitt ein allgemeiner Überblick über die „therapeutische Beziehung“ aus der Perspektive verschiedener psychotherapeutischer Schulen.

2 Die therapeutische Beziehung - Versuch einer Definition aus der Perspektive verschiedener psychotherapeutischer Ansätze

Die therapeutische Beziehung stellt einen Sonderfall von Beziehung dar, insofern, als sie im Rahmen des Inan-

spruchnehmens der Dienstleistung „Therapie“ von den Beteiligten bewusst hergestellt wird, um früher oder später wieder aufgelöst zu werden. Ein herausragendes Kennzeichen ist die zeitliche Begrenztheit und das Ziel besteht im weitesten Sinne darin, die Beziehungen eines Menschen zu sich selbst und den wichtigen Personen seiner Umwelt verändern zu helfen.¹⁹

Obwohl in den einzelnen Theorien die herausragenden Komponenten der therapeutischen Beziehung verschieden gesehen werden, besteht kein Zweifel darüber, dass eine positive therapeutische Beziehung eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Komponente jeder Form effektiver Therapie darstellt und ihre generelle Qualität das Endergebnis der Therapie beeinflusst. Dennoch setzten und setzen verschiedene Schulen verschiedene Akzente.

Die Psychoanalyse hat die therapeutische Beziehung als das wirksame Mittel entdeckt und entwickelt: „Die psychoanalytische therapeutische Arbeit findet in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut in dem Dreieck von Übertragung, Arbeitsbündnis und realer Beziehung statt“.²⁰ In ihr soll die Entfaltung eines interaktionellen Prozesses zwischen Patient/in und Therapeut/in ermöglicht werden, um bislang unzureichend gelöste neurotische Konflikte grundlegend verstanden, psychisch integriert und neu lösen zu können.²¹

17 a.a.O. S. 25

18 vgl. Wikipedia-Enzyklopädie, Internetrecherche, Stichwort „Psychotherapie und Wirkfaktoren“.

19 vgl. Reinelt, T. & Datler, W. (Hrsg.) (1989).

20 Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Fantasie und Realität, Therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004. S.348.

21 a.a.O.

Die psychodynamische Auffassung der therapeutischen Beziehung dominierte bis zu dem Zeitpunkt, als von Carl Rogers (1951) eine völlig neue Perspektive eingeführt wurde. Er sah in der therapeutischen Beziehung den zentralen Wirkfaktor für einen heilenden Prozess und identifizierte Qualitäten des/der Therapeuten/in, die eine solch heilende Beziehung ermöglichen sollten. Insbesondere die sog. Standardvariablen der Gesprächspsychotherapie wie Empathie, Echtheit und unbedingte positive Wertschätzung stellten aus seiner Sicht notwendige und hinreichende Bedingungen dar, um die angeborenen Heilungs- und Wachstumskräfte jedes Menschen zu aktivieren. Seine Empfehlungen wurden als unfehlbare „Therapieweisheiten“ weitergegeben und beeinflussten die Beziehungsgestaltung der Psychotherapie bis heute schulenübergreifend²².

Das Bild der therapeutischen Beziehung in der systemischen Therapie hat sich im Laufe der Jahre und unter dem Einfluss verschiedener Ansätze erheblich gewandelt. Nach Auffassung von Schlippe und Loth²³ besteht ein wesentliches Leitmotiv der therapeutischen Beziehung in der gleichberechtigten und konstruktiven Kooperation zwischen Patient/in und Therapeut/in. In der praktischen Ausgestaltung zeigt sich dies vor allem in den Aspekten der „positiven affektiven Rahmung“, die ei-

ner übergreifenden Metastabilität dienen soll und einer „kontraktorientierten Haltung“, die der notwendigen Instabilität für signifikante Veränderungen Raum geben soll. Als Metastabilität wird hier der sichere Rahmen verstanden, der genügend Sicherheit vermittelt, um sich auf die oft schmerzliche Instabilität, auf die Auseinandersetzung mit belastenden Themen und Gefühlen einlassen zu können. Systemische Therapeut/innen verstehen sich als gleichberechtigte Gesprächspartner eines zirkulären Interaktionsmusters, die Raum für konstruktive Gespräche schaffen und dafür sorgen, dass sie dialogisch bleiben²⁴.

Die frühen klassischen Behavioristen bezweifelten die Vorstellung, dass die interpersonellen Aspekte von Therapie bei einer Verhaltensänderung eine wesentliche Rolle spielen. Skinner verstand erfolgreiche Therapie als einen Lernprozess, bei dem eher die Qualität der Interventionen (Techniken) des/der Therapeuten/in der signifikante Faktor war, als die Beziehung zwischen den Beteiligten²⁵ und Bandura argumentierte gegen Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse: „Es ist extrem unwahrscheinlich, dass die Verhaltensprobleme der Klient/innen ausschließlich in der Bearbeitung der Beziehung zum Therapeuten gelöst werden können“.²⁶ Die hohe Bewertung der „Tech-

22 vgl. Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Hrsg.) (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

23 vgl. Schlippe, A. & Loth, W. (2004). Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004.

24 Schlippe, A. & Loth, W. (2004).

25 vgl. Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Hrsg.) (2001).

26 Zimmer, D. (1983). Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung. Weinheim: Edition Psychologie. S.82.

niken führte dazu, dass sich Verhaltenstherapie zunächst als die Anwendung der modernen Lerntheorie verstand, worunter anfangs vor allem klassisches und operantes Konditionieren verstanden wurde (Eysenck, 1959; Wolpe, 1958)²⁷. Mit der „kognitiven Wende“ kam es auch in der VT und ihren Weiterentwicklungen zu einem starken Anstieg des Interesses am Therapieprozess und an der therapeutischen Beziehung. Die Akzentverlagerung wurde ausgelöst durch Erfahrungen mit der Umsetzung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen in der Praxis und der Erkenntnis, Therapieerfolge nicht ausschließlich durch Technik- oder Störungsvariablen erklären zu können. So machten praktizierende Verhaltenstherapeut/innen in der Regel die Erfahrung, dass die Güte der Beziehung, die zwischen ihnen und ihren Patient/innen besteht, einen wichtigen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Wesentliche Impulse durch vergleichende Beobachtungsstudien gingen in den 70er Jahren von Kanfer aus, der in einem differenzierten Modell der Therapiephasen Voraussetzungen für eine wirksame therapeutische Beziehung untersuchte. Wichtige Arbeiten zu diesem Thema wurden später beispielsweise von der Berner Gruppe zur komplementären Beziehungsgestaltung (Grawe, 1992) erstellt und von Lazarus, der weniger durch Forschung als durch faszinierende Beispiele aus der Praxis bekannt wurde.²⁸

3 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Verhaltenstherapie von den Anfängen bis zur modernen VT – ein kurzer Abriss

Verhaltenstherapie hatte lange Zeit das Image einer mechanistischen und unpersönlichen Therapie und war mit „automatischer Desensibilisierung“ und „Elektroschocks“ identifiziert, was beispielsweise 1962 in dem provokativen Titel Krasners²⁹ „Der Therapeut als soziale Verstärkungsmaschine“ zum Ausdruck kam. Zimmer bemerkt dazu, dass die damalige starke Fokussierung auf den sog. technischen Aspekt der VT eher den theoretisch orientierten „Gründern“ zuzuordnen war, wohingegen der „Atmosphäre“ zwischen Patient/innen und Therapeut/innen von den mehr praktisch ausgerichteten Verhaltenstherapeut/innen sehr wohl große Bedeutung zugemessen wurde (z.B. Meyer, 1957; Lazarus, 1958; Wolpe, 1958). Er spricht in diesem Zusammenhang von einem Auseinanderklaffen zwischen Theorie und Praxis, wobei er diese Spaltung nicht unbedingt verschiedenen Personen zuordnet, sondern sie durchaus auch innerhalb der gleichen Person feststellt. Als Beispiele verweist er auf Wolpe (1958) und Krasner (1962). Die Ursachen dafür sieht er zum einen in dem störungsspezifischen Zuschnitt der verschiedenen, differenzierten Therapieverfahren, „...es kann vermutet werden, dass die Entwicklung spezifischer Vor-

27 vgl. a.a.O.

28 vgl. Zimmer, D. (2004). Wie arbeiten Verhaltenstherapeuten mit der therapeutischen Beziehung? In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004.

29 vgl. Zimmer, D. (1983).

gehensweisen die Aufmerksamkeit auf den technischen Aspekt der Therapie lenkte.“³⁰ Zum anderen hält er die Positions- und Abgrenzungskämpfe der 50er und 60er Jahre gegenüber anderen Formen der Psychotherapie für eine weitere wichtige Ursache im Hinblick auf die Vernachlässigung von Fragen der Beziehungsgestaltung: „...eine wichtige Ursache...war vor allem das Bestreben, sich von einem hermeneutischen Therapie-modell abzugrenzen...“.³¹

Ein Überdenken dieser Haltung setzte nach Wendisch nicht zuletzt mit den Ergebnissen einer umfangreichen Literaturstudie von Orlinsky und Howard (1986) ein, in der exemplarisch zahlreiche Untersuchungen zum Zusammenhang der Therapiebeziehung mit dem Therapieergebnis dargestellt wurden, indem positive Zusammenhänge zwischen Prozessmerkmalen und dem Erfolg der Therapie ausgezählt und verglichen wurden. Bemerkenswert sei hier, dass im Überblick weniger die Interventionen entscheidend für den Therapieerfolg waren, als zunächst die Offenheit und Aufnahmebereitschaft auf Seiten der Patient/innen, zum zweiten die Güte der therapeutischen Beziehung im Erleben der Person und drittens die Partizipation der Patient/innen an problembezogenen Interventionen.³²

Mit dieser Perspektivverlagerung rücken spezifische Fragestellungen an die Anforderung einer differenzierten Beziehungsgestaltung in den Vordergrund. In den Studien der 80er und 90er Jahre bezieht sich der Gegen-

stand der Untersuchungen schließlich u.a. auf störungsspezifische und therapiphasen-orientierte Fragen.

4 Die Therapeut/in-Patient/in-Beziehung in der modernen Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie als komplexes interaktionelles Geschehen lässt sich somit als eine Gesamttherapiestrategie bestimmen, bei der die einzelnen Interventionen und das zwischenmenschliche Klima, d.h. die Therapeut/in-Patient/in-Beziehung eine unzertrennbare Einheit bilden. Als eher allgemeine Voraussetzungen fasst Zimmer³³ folgende Gütekriterien zusammen, die aus seiner Sicht für die meisten verhaltenstherapeutischen Behandlungen ihre Gültigkeit haben:

4.1 Allgemeine Gütekriterien

Empathie / Verständnis:

Ob sich Patient/innen von Therapeut/innen verstanden fühlen, hat entscheidenden Einfluss auf ihre Bereitschaft, sich emotional zu engagieren, d.h. über emotional relevante Themen offen zu sprechen.

Therapeutische Allianz:

Die Entwicklung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, das auf Freiwilligkeit und Vertrauen aufbaut und zur Formulierung gemeinsamer Anliegen, bzw. Therapieziele notwendig ist, gilt als wichtige Voraussetzung für einen positiven Therapieverlauf.

30 a.a.O. S. 3.

31 a.a.O. S. 4.

32 vgl. Wendisch, M. (2000). Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Therapeutische Beziehung, Heft 4/2000.

33 vgl. Zimmer, D. (2004).

Wertschätzung:

Wertschätzendes Verhalten wird als eine Art kognitiver Dissonanzreduktion angesehen, d.h. Patient/innen, die sich selbst ablehnen, werden durch die Wertschätzung der Therapeut/innen zur Erhöhung der Selbstakzeptanz motiviert.

Kongruenz und Echtheit:

Klinische Erfahrungen zeigen, dass der gezielte Einsatz von Selbsteinbringungen der Therapeut/innen Patient/innen dazu bewegt, sich konstruktiv mit den Erfahrungen der Therapeut/innen auseinander zu setzen und zur Reflexion neuer Perspektiven und einer Blickwinkelweiterung anregen kann.

Rückmeldung:

Patient/innen benötigen eine Bestätigung, dass ihr Denken und Fühlen nachvollziehbar und verständlich ist, sodass biografisch frühe Missachtungen und Kränkungen korrigiert werden können, in denen ihr Denken und Fühlen infrage gestellt wurde. Verstärkung sollte nicht erst beim Erreichen eines Ziels eingesetzt werden, sondern bereits beim Bemühen und Ringen um Veränderung positiv gewürdigt werden. Weiterhin ist es für die Entwicklung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen wichtig, dass Patient/innen aufgrund von entsprechenden Rückmeldungen zwischen Kompetenz und realem Erfolg unterscheiden lernen. So wird die Erfahrung ermöglicht, dass sie sich kompetent verhalten haben, auch wenn kompetentes Verhalten nicht immer zum gewünschten Erfolg führt. In subtilen Verstärkungsprozessen übernehmen Patient/innen zahlreiche Einstellungen und Vorlieben von Therapeut/innen, ohne dass dies explizit Gegenstand der Therapie gewesen wäre. Angehende Therapeut/innen müssen

deshalb in der Selbsterfahrung eigene Einstellungen und präferierte Problemlösungsstrategien kennen lernen, damit diese nicht unreflektiert auf Patient/innen übertragen werden.

Angstreduktion:

Psychotherapie kann als besonderer Raum gelten, in dem straffrei über schambesetzte oder tabuisierte Themen gesprochen werden kann, die andernorts starke Ängste auslösen würden.

Bedeutung von Konzept und Sprache:

Durch Exploration und Interesse an Details und dem Sortieren von Ebenen, sowie der Verwendung neuer Begriffe lernen Patient/innen, ihre Probleme mit einer neuen Sprache zu fassen. So werden aus nebulösen Klagen konkrete Probleme, für die sich leichter neue Perspektiven entwickeln lassen.

Neben diesen allgemeinen Gütekriterien, die die Voraussetzung einer guten therapeutischen Beziehung darstellen, stellen Therapiephasen und störungsspezifische Aspekte besondere Anforderungen an die Beziehungsgestaltung.

4.2 Therapiephasen

Im Rahmen zunehmender Differenzierung wurde - wie bereits angedeutet - die Anforderung an die therapeutische Beziehung in Zusammenhang mit spezifischen Variablen untersucht. Daraus ergab sich beispielsweise, dass für die verschiedenen Therapiephasen unterschiedliche Anforderungen erhoben wurden. Bereits in den 70er Jahren belegten empirische Befunde, dass z.B. sozial-ängstliche Patient/innen zu verschiedenen Therapiephasen ganz unterschiedliches Therapeut/innenverhal-

ten schätzen. Phasenmodelle sind in der Psychotherapieforschung bereits früh postuliert worden (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993). Die Grundannahme dieser Modelle ist, dass spezifische Veränderungen in bestimmten Therapiephasen vorkommen und dass zuerst die Bedingungen einer Phase erfüllt sein müssen, bevor die Aufgaben der Nächsten angegangen werden können³⁴.

Schindler (1991) belegt beispielsweise, dass in der Anfangsphase der Therapie ein aktiv strukturierendes und explorierendes Verhalten der Therapeut/innen von den Patient/innen als hilfreich erlebt wird und im weiteren Therapieverlauf eher ein unterstützendes und konfrontierendes Verhalten als sinnvoll erlebt wird. Ebenso wird z.B. von Regli, Bieber, Mathier & Grawe (2000) belegt, dass die Einschätzung der therapeutischen Beziehung im Erstgespräch bereits deutlich mit dem späteren Therapieerfolg korreliert.³⁵

Zimmer beschreibt Anforderungen für die Anfangsphase, die Therapiedurchführung und die Therapiebeendigung wie folgt:

Der erste Eindruck, den Patient/innen von Therapeut/innen bzw. einer therapeutischen Einrichtung haben, bestimmt wesentlich die weiteren Erwartungen, die Motivation sowie die Bereitschaft, sich auf die Behandlung einzulassen. Hier wird der Grundstein für eine gute Therapeut/in-Patient/in-Beziehung gelegt, sodass es den Therapeut/innen von Beginn an gelingen sollte, kompetent und glaubwürdig zu er-

scheinen und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Zu Beginn sollten Therapeut/innen stärker auf die Bedürfnisse der Patient/innen nach Zuwendung und Bestätigung eingehen und erst später auf der Bearbeitung wichtiger Themen bestehen. So ist es zu Beginn unumgänglich, auch neurotisches Beziehungsverhalten der Patient/innen zu verstärken. Kanfer brachte diese Notwendigkeit im 1. Kanferschen Gesetz mit folgenden Worten auf den Punkt: „If the patient does not come back, you are not going to change his behavior!“³⁶

Für die Phase der Therapiedurchführung gilt vor allem, dass Therapie nicht immer wie geplant verläuft, sondern als adaptiver Prozess und als empirische Kooperation zu verstehen ist, in dem Therapeut/innen und Patient/innen immer wieder um den jeweils nächsten günstigen Schritt ringen, sowohl bezüglich des Vorgehens als auch der Zusammenarbeit. Probleme der Kooperation, Irritationen in der Zusammenarbeit sollten nicht übergangen, sondern gemeinsam geklärt werden. Vermeidung und Widerstand sind eher der Normalfall als die Ausnahme, weil Lernen Angst macht. Therapeut/innen sollten daher nicht gekränkt oder sanktionierend reagieren, sondern die Vorgänge zu einem vertieften gemeinsamen Verständnis nutzen.

Therapiebeendigung: Gegen Ende der Therapie erleben manche Patient/innen deutlich den Verlust. Verluste aktivieren nicht nur bei depressiven Patient/innen Schemata und Erinnerungen, die auf

34 vgl. Grawe, K., Regli, D., Bieber, K. & Mathier, F. (2000).

35 vgl. a.a.O.

36 a.a.O. S. 339.

frühere, teilweise schwere Verluste zurückgehen. In manchen Therapien ist es deshalb wichtig, die zeitliche Grenze kontinuierlich im Bewusstsein zu behalten, damit Trennung und Verlust besser bearbeitet werden können. Zwischenbilanzen helfen, um Anfangs- und derzeitiges Symptombild bzw. die Annäherung an Ziele einzuschätzen. Nicht nur Patient/innen, auch manche Therapeut/innen ziehen das Ende hinaus, weil Lernen nie zu Ende ist und perfekte Ergebnisse gesucht werden, oder weil manche/r Therapeut/in auf die Dankbarkeit des Patienten/der Patientin angewiesen sind. Lazarus schreibt: „Entweder meine Patienten sind am Ende besonders dankbar, oder ich habe ihnen geholfen!“³⁷

4.3 Störungsspezifische Beziehungsfragen

Das Beziehungsverhalten der Patient/innen in der Therapie ist meist repräsentativ für das Verhalten in anderen aktuellen oder vergangenen Beziehungen, also eine wichtige Datenquelle für Beziehungsmuster und handlungsrelevante Motivationen. Bei der interaktionalen Antwort auf Patient/innen sollte die Frage reflektiert werden, welche Erfahrung in der Interaktion mit dem Therapeuten / der Therapeutin neu, hilfreich oder weiterführend ist. Dies ist von Patient/in zu Patient/in verschieden, von der jeweiligen Therapiephase abhängig und verlangt ein sehr flexibles Beziehungsverhalten. Diese Flexibilität, verbunden mit der Reflexion intuitiver Angebote ist in der Verhaltenstherapie an störungsspezifische Beziehungsfragen gebunden, die den Behandelnden

Orientierung bieten können. Für die meisten Störungsbilder lassen sich Therapieverfahren und auch häufige Probleme der Beziehungsgestaltung benennen. So ist beispielsweise das Gespräch mit einem/r suizidalen Patienten/in anders zu führen, als mit einem Sexualstraftäter. Die Behandlung von Ängsten, Zwängen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen stellen unterschiedliche oder sogar gegensätzliche Anforderungen an das Beziehungsverhalten von Therapeut/innen.

Störungsspezifische Kriterien führten denn auch vermehrt zu differenzierten Anforderungen an eine adäquate Beziehungsgestaltung. So schlägt beispielsweise Hautzinger (1992) für eine gute therapeutische Beziehung mit depressiven Patient/innen vor, strukturiert und transparent vorzugehen, aktiv Fertigkeiten und Strategien in der Therapie zu vermitteln und Selbstattributionen der Patient/innen aktiv zu fördern. Für Angstpatient/innen fordern Markgraf und Schneider (1992) eine präzise Vorbereitung auf die Konfrontationsübungen, die Anleitung der Patient/innen zum Selbstentdecken des Angstteufelskreises, das wiederholte Aufgreifen von Fehlinterpretationen körperlicher Prozesse verbunden mit der Aufforderung an die Patient/innen diese immer wieder selbst zu korrigieren. Ein weiterer interessanter Befund besteht darin, dass Patient/innen mit einem hohen Autonomiebedürfnis ein grundsätzlich weniger direktives Vorgehen benötigen als Patient/innen mit einem niedrigen Autonomiebedürfnis (Beutler, Machado & Altstedter 1994).³⁸

³⁷ vgl. Zimmer, D. (2000).

³⁸ vgl. Wendisch, M. (2000).

Dennoch erscheint zusammengefasst ein solches Verständnis der therapeutischen Beziehung insgesamt noch unspezifisch. Aus der klinischen Praxis lässt sich ableiten, dass für manche Patient/innen ein primär störungsspezifisches Vorgehen die beste Beziehungsgestaltung darstellt, für andere Patient/innen die unspezifische „gute“ Anteilnahme im Vordergrund steht und für wieder andere die Anteilnahme nicht ausreicht, sondern um eine spezifische unterstützende Komponente oder durch ein konflikt spezifisches Vorgehen ergänzt werden muss. Möglicherweise sind bei bestimmten Patient/innen aber auch alle diese Komponenten im gesamten Therapieverlauf von unterschiedlicher Bedeutung. Daraus ergibt sich, dass Verhaltenstherapeut/innen sich keinesfalls auf störungsspezifische Kernkompetenzen zurückziehen können, sondern eine spezifische Beziehungsgestaltung auf verschiedenen Ebenen notwendig ist. Im Folgenden werden Basiskonzepte einer solchen Differenzierung vorgestellt.

4.3.1 Basiskonzepte verhaltenstherapeutischer Beziehungsgestaltung

Laireiter³⁹ definierte vier verschiedene Konzepte, die je nach Setting und therapeutischem Stil auch nebeneinander verwendet werden. Unterscheiden lassen sich eine lerntheoretische Phase, eine kognitive Phase, eine interaktionelle Phase und eine interpersonale Phase:

Lerntheoretische Phase:

Auf einem lerntheoretischen Hintergrund erscheinen Therapeut/innen vor-

wiegend als angstreduzierender Stimulus, als Verstärker oder als Modell. Therapeut/innen haben primär die Aufgabe, ein angstfreies Klima zu schaffen, d.h. Angstreduktion erfolgt als Stimuluskontrolle im Sinne eines klassischen Konditionierens. Zum zweiten soll die Therapie verstärkend auf die Fortschritte im Lernprozess der Patient/innen wirken. Exemplarisch hierfür stehen z.B. die direkte Bearbeitung des interaktionellen Verhaltens in Rollenspielen oder Desensibilisierungsmethoden.

Kognitive Phase:

Aus der Perspektive des kognitiven Paradigmas verstehen Therapeut/innen sich in erster Linie als Moderator/innen eines Veränderungsprozesses und leisten Hilfe zur Selbsthilfe. Gegenstand der Therapie sind immer noch Lernprozesse, aber primär kognitive Lernprozesse, in denen Patient/innen durch die Fragen der Therapeut/innen gelenkt werden und lernen, ihre Aufmerksamkeit lösungsorientiert auszurichten und dysfunktionale Wahrnehmungen oder Bewertungen zu erkennen und in Verhaltensexperimenten zu prüfen. Exemplarisch hierfür stehen im Sinne einer angeleiteten Selbstveränderung die kognitive Therapie nach Beck oder der Selbstmanagement-Ansatz nach Kanfer, in denen der lerntheoretische Ansatz und der problemlösende Ansatz verbunden werden.

Interaktionelle Phase:

Hier besteht die Anforderung vor allem darin, dass Therapeut/innen sich auf die wichtigsten übergeordneten individuellen Beziehungsbedürfnisse und Ziele der Patient/innen einstellen, was

39 Laireiter, A.-R. (1995). Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. In: Psychotherapie Forum 3, S. 128-146.

über die bloße Anwendung verhaltenstherapeutischer Methoden hinaus geht und einer auf Anteilnahme und Empathie basierenden Gesprächspsychotherapie überlegen ist. Zur Erschließung solcher übergeordneter Bedürfnisse stehen die Analyse des non-verbalen Interaktionsverhaltens und die Plananalyse nach Caspar (1996), bzw. die schemaorientierte Analyse nach Grawe (1996) zur Verfügung⁴⁰, auf die hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann. Da sich unter diesem Blickwinkel die gesamte Therapieplanung an den individuellen Plänen der Patient/innen orientiert, ist dieser Prozess nur beschränkt planbar und heuristisch. Es wird ein primär verstehender und bestätigender Stil empfohlen, dem unmittelbar anleitende oder führend-kontrollierende Verhaltensweisen erst in zweiter oder dritter Linie folgen. Die therapeutische Beziehung wird auch hier noch instrumentell gesehen, indem Therapeut/innen die Beziehung aktiv gestalten und die Probleme der Patient/innen außerhalb der therapeutischen Beziehung sehen, d.h. externalisieren.

Interpersonale Phase:

Die oben erwähnte Externalisierung der Patient/innenprobleme lässt sich allerdings dann nicht aufrecht erhalten, wenn das Therapiegeschehen stark konflikthaft ist und die Patient/innen sehr gegensätzliche Bedürfnisse an die Therapeut/innen richten. Therapeutische Prozesse verlaufen nach komplizierten Mustern und beinhalten die potentielle Gefahr, dass Therapeut/innen in die Beziehungsdynamik der

Patient/innen involviert oder gar verstrickt werden. Therapeut/innen benötigen gerade in solch stark konflikthaften Verläufen Möglichkeiten, mit ihren eigenen emotionalen Reaktionen umzugehen bzw. sie zu nutzen. Hier erscheint es sinnvoll, den verhaltenstherapeutischen Denkansatz um ein empirisches Konzept zu erweitern, durch das Therapeut/innen zur Bewältigung therapeutischer Beziehungskrisen systematisch angeleitet werden. Nach dem Konzept der „Beziehungstests“ nach Weiß (1986) neigen manche Patient/innen in einer früheren Therapiephase dazu, stark frustrierte Bedürfnisse auf die Therapeut/innen zu übertragen (Übertragungstest) oder in späteren Therapiephasen Verhaltensmuster zu zeigen, unter denen sie früher selbst extrem gelitten haben, um die reale Macht dieser Verhaltensmuster zu überprüfen (Täter-Opfer-Test). Nach Ambühl⁴¹ sind solche Beziehungstests der interpersonelle Teil eines zentralen Konflikts, innerhalb dessen ein Mensch verletzte Bedürfnisse zwar befriedigen, aber zugleich – und in der Regel noch intensiver – vermeiden will. In diesen Fällen werden Therapeut/innen für Patient/innen zum Partner für eine korrigierende emotionale Erfahrung und müssen bereit sein, sich innerhalb des Konfliktmusters des Patienten/der Patientin zu begreifen. Die Therapie wird für diese Patient/innen zur primär interpersonellen Erfahrung, in der Standardmethoden eine nachrangige Bedeutung haben.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass in komplexen Therapien alle vier Basiskonzepte nebeneinander eine

40 vgl. Wendisch, M. (2000).

41 vgl. Ambühl, H. (1992). Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: Markgraf, M. & Brengelmann, J. Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Gerhard Röttger Verlag.

Rolle spielen, wobei der Schwerpunkt sich je nach Diagnose, Setting (ambulant-stationär), Patient/innenzielgruppe (z.B. Kinder, Jugendliche, Paare etc.) und Therapiedauer unterscheidet.⁴² Hinsichtlich der Frage nach der Wahrnehmung und dem Umgang mit spezifischen Beziehungsmustern verweist Wendisch auf die Ergebnisse der Kommunikationsforschung von Schulz von Thun (1989), in der typische interaktionale Teufelskreise zwischen Menschen prototypisch beschrieben sind, die auch im klinischen Kontext zwischen Patient/innen und Therapeut/innen wieder zu erkennen sind. Der folgende Abschnitt fasst diese Betrachtungen zusammen.

4.3.2 Die Wahrnehmung spezifischer Beziehungsmuster

Zu den wichtigsten Prinzipien der Verhaltenstherapie gehört demnach sowohl die Analyse der funktionalen Zusammenhänge, in denen die Probleme von Patient/innen bestehen, als auch die Erfassung von Beziehungsmustern bzw. des interaktionellen Geschehens. Neben der bereits erwähnten Plananalyse nach Caspar (1996), bzw. der schemaorientierten Analyse nach Grawe (1996) stellt die Einbeziehung der eigenen emotionalen Reaktionen der Therapeut/innen auf die Patient/innen einen wichtigen Baustein in der Analyse interaktioneller Teufelskreise dar. In seinem Teufelskreismodell beschreibt Schulz von Thun⁴³ anhand so genannter Prototypen, wie sich Verhaltensweisen und Annahmen zweier Interaktionspartner wechselseitig verstärken

können. Exemplarisch soll hier kurz der „bedürftig-abhängige-Stil“ beschrieben werden:

Eine Patientin appelliert an die Hilfe einer Therapeutin und vermittelt, „ich schaffe es nicht allein“. Die Therapeutin fühlt sich möglicherweise überlegen und in ihrer Kompetenz und Stärke besonders angesprochen und verhält sich dementsprechend fürsorglich und zupackend. Die Patientin fühlt sich daraufhin in ihrer Schwäche bestätigt und verstärkt dementsprechend ihr hilfesuachendes Verhalten. Auf diese Weise lässt sich rekonstruieren, wie Therapeut/innen in Teufelskreise verstrickt sind und ob sich hier Beziehungsmuster wieder ereignen, die der Patient / die Patientin auch mit signifikanten Bezugspersonen erlebt. Ziel ist, das Beziehungsgeschehen transparenter zu machen, um gemeinsam mit der betroffenen Person solche Beziehungsmuster zu rekonstruieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse transparent für die Veränderung nutzbar zu machen.

Wendisch schlägt vor, ebenso wie die Mikroanalyse einer psychischen Störung auf vorhandene Störungsmodelle zurückgreift, für die Analyse des individuellen Beziehungsgeschehens diese Prototypen therapeutischer Beziehungen zu berücksichtigen. Die folgende Tabelle nach Schultz von Thun fasst die Prototypen therapeutischer Beziehungen zusammen und liefert wichtige Hinweise für die Wahrnehmung spezifischer Beziehungsmuster auf einen Blick:

42 vgl. Wendisch, M. (2000).

43 Schultz v. Thun, F. (1989). Miteinander reden. Band 2: Differentielle Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Tabelle 1: Prototypen therapeutischer Beziehungen

Beziehungsstil	Kommunikationsstil	Exemplarisch kognitive Annahmen	Appell an Therapeuten / provozierte Reaktion
<i>Dependent:</i> Eigene Bedürfnisse werden schlecht/nicht wahrgenommen; Suchen nach Schutz	bedürftig-abhängig	Ich bin nicht lebensfähig; alleine bin ich ausgeliefert	Lass mich nicht allein; führe mich. Therapeut fühlt sich gebraucht/ ausgesaugt
<i>Anankastisch:</i> Normerfüllung und Kontrolle wird zum obersten Anliegen	bestimmend-kontrollierend	Nur wenn ich mich an strenge Regeln halte, bin ich vor meinen Wünschen geschützt	Gib mir recht. Therapeut fühlt sich belehrt, bevormundet
<i>Passiv-aggressiv</i> Es dürfen keine Forderungen gestellt werden. Angst vor Bestrafung wird durch Aggressivität abgebaut	aggressiv-abwertend	Wenn ich Forderungen nicht entsprechen kann, werde ich verachtet	Lass mich in Ruhe, halte Dich mit Erwartungen zurück und fühle Dich schuldig. Therapeut fühlt sich angeklagt
<i>Narzistisch:</i> Ständig Anerkennung erreichen müssen, sonst erhebliche Kränkung	sich-beweisend	Nur wenn ich gut bin, bin ich liebenswert	Bewundere mich. Lass mich wie ich bin. Therapeut bewundert oder rivalisiert um Status
<i>Schizoid:</i> Gefühle und soziale Bedürfnisse werden nicht wahrgenommen	distanzierend	Wenn ich mich öffne und jemanden an mich heranlasse, falle ich in Abhängigkeit, verliere mich	Komme mir nicht zu nahe, lasse Gefühle aus dem Spiel. Therapeut fühlt sich zurückgewiesen oder weist zurück
<i>Depressiv:</i> Ständig Abhängigkeiten aufbauen, um von sich selbst abzulenken	helfend	Ich selbst spiele keine Rolle, nur im Einsatz für andere bin ich wichtig	Mir geht es im Vergleich zu anderen gut, erkenne das an. Therapeut unterschätzt Bedürftigkeit, überfordert den Patienten
<i>Historisch:</i> Durch übertriebene Äußerungen im Mittelpunkt stehen; Zuwendung provozieren, die dann als gefährlich erlebt und abgewiesen wird.	dramatisierend	Eigentlich bin ich uninteressant und werde nicht ernstgenommen; nur wenn ich mich mit starken Mitteln in den Vordergrund spiele, werde ich beachtet	Wende Dich mir zu und bestätige meine Selbstdarstellung. Therapeut fühlt sich nicht ernst genommen, nimmt Patienten nicht ernst
<i>Selbstunsicher-vermeidend</i> Eigene Bedürfnisse führen zur Angst vor Durchsetzung	selbstlos	Ich bin inakzeptabel; wenn ich von anderen wahrgenommen werde, werde ich bloßgestellt	Sag, wie Du mich haben willst, liesse Therapeuten Erwartungen „von den Lippen ab“. Therapeut übersieht (Bedürfnisse) des Patienten

4.3.3 Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel der interaktionellen Verhaltenstherapie

Eine weitere differenzierte Möglichkeit, sich flexibel auf das Beziehungsge-
schehen innerhalb der Therapie einzu-
stellen, besteht in dem von Grawe⁴⁴ be-
schriebenen Ansatz der komple-
mentären Beziehungsgestaltung. Gra-
we verknüpfte das Konzept der
„Plananalyse“ zur Erfassung der wich-
tigsten „interaktionellen Pläne“ der Pati-
ent/innen mit der so genannten „Kom-
plementären Beziehungsgestaltung“.
Nach dem Konzept der Plananalyse
sind Therapeut/innen gehalten, sich
gezielt möglichst komplementär zu den
wichtigsten interaktionellen Plänen der
Patient/innen in Beziehung zu setzen,
als optimale Grundlage für einen frucht-
baren Veränderungsprozess. Darunter
versteht Grawe, dass Therapeut/innen
sich komplementär, d.h. erfüllend, be-
stätigend zu den wichtigsten erschlos-
senen Zielen der Patient/innen verhal-
ten. Eine gute Therapiebeziehung ist
nach diesem Konzept vor allem da-
durch gekennzeichnet, dass Thera-
peut/innen den Patient/innen möglichst
oft Wahrnehmungen im Sinne ihrer
wichtigsten Beziehungsziele ermögli-
chen. Er nimmt an, dass sich dadurch
Patient/innen in ihrem Selbstwert be-
stätigt und entsprechend weniger in
Frage gestellt fühlen als durch Wahr-
nehmungen, die nicht in ihre Pläne oder
Schemata passen und folgert daraus,
dass diese sich deshalb weniger defen-
siv gegenüber therapeutischen Inter-
ventionen verhalten, die ihr Bezie-

ungsverhalten schließlich ändern sol-
len: „...neben der Erhöhung des
Selbstwertgefühls des Patienten...ent-
steht...eine hohe Aufnahmebereit-
schaft für veränderungsinduzierende
Interventionen“.⁴⁵ Die Auswirkungen
der komplementären Beziehungsge-
staltung auf die Qualität der Therapie-
beziehung untersuchte und überprüfte
er innerhalb einer umfassenden klini-
schen Vergleichsstudie (Grawe, Cas-
par & Almbühl, 1990). Darin wurden
Verhaltenstherapeut/innen, die zusätz-
lich zu ihrer Ausbildung mit dem Kon-
zept der Plananalyse und komple-
mentären Beziehungsgestaltung trainiert
wurden mit erfahrenen Verhal-
tenstherapeut/innen ohne zusätzliches
Training verglichen. Die Studie belegt
sowohl aus der Sicht der Therapeut/in-
nen, als auch der Patient/innen über-
zeugend, dass Therapeut/innen, die
gelernt haben, sich flexibel auf die inter-
aktionellen Besonderheiten ihrer Pati-
ent/innen einzustellen und die das
tatsächlich auch tun, im Durchschnitt
die besseren Therapiebeziehungen
herstellen können und damit einen
wichtigen Beitrag zu einem besseren
Therapieerfolg leisten. Grawe leitet da-
raus den Schluss ab, dass es völlig ver-
fehlt wäre, von der Therapiebeziehung
als von einem unspezifischen Wirkfak-
tor zu sprechen. Therapeut/innen kön-
nen ihr eigenes Beziehungsverhalten
somit ganz gezielt auf der Basis eines
individuellen Fallverständnisses zum
Einsatz bringen, um die Wirksamkeit ih-
rer Therapien zu steigern: „Dieser Ein-
flussfaktor ist nicht weniger spezifisch
als irgendeine sonstige therapeutische

44 vgl. Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Markgraf, M.; Brengelmann, J.; Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Gerhard Röttger Verlag. S. 216-241.

45 a.a.O. S. 223.

Intervention wie etwa Reizkonfrontation, kognitive Umstrukturierung usw.⁴⁶ Die Herstellung einer guten Therapiebeziehung kann also ebenso sehr als das Ergebnis spezifischer Interventionen betrachtet werden, wie das Therapieergebnis insgesamt von dem professionellen Einsatz spezifischer Interventionen abhängt.

Aus den bisherigen Ausführungen wird die herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung und deren professionelle Gestaltungsmöglichkeiten für den Verlauf und Erfolg der Therapie deutlich. Gleichzeitig lässt sich daraus aber auch die Verantwortung ableiten, die Psychotherapeut/innen übernehmen. Eine kurze Erörterung der Grenzen und Gefahren, die mit der Gestaltung des Therapieprozesses und der Beziehung zwischen Patient/innen und Therapeut/innen einhergehen können, werden deshalb im folgenden dargestellt.

5. Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung

Grenzen und Gefahren in der therapeutischen Beziehung können sowohl von Patient/innen eingebracht und verursacht werden und Therapeut/innen damit selbst an ihre Grenzen führen, als auch durch problematisches Therapeut/innenverhalten und damit die therapeutische Beziehung und die Patient/innen erheblich beeinträchtigen oder sogar schädigen. Hier soll ausschließlich das Therapeut/innenverhalten kurz beleuchtet werden. Die Tätigkeit der Therapeut/innen steht wie die jedes anderen Helfers in einem Spannungsbogen, der sich an folgenden

moralisch-ethischen Grundsätzen zu orientieren hat (Beauchamp & Childress, 1983):

- Respekt für die Autonomie des Menschen
- Das Gebot der Schadensvermeidung
- Die Verpflichtung zur Hilfe
- Das Prinzip zur Gerechtigkeit

Psychotherapeut/innen sind durch die permanente Konfrontation mit psychisch gestörten Menschen selbst starken seelischen Belastungen ausgesetzt, die bei mangelnder Stabilität zu eigenen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen führen können. Somatische Symptome können sich z.B. ausdrücken in Anspannungen/Verspannungen, Erschöpfung, Müdigkeit, Schlafstörungen etc. Psychische Folgen können sich beispielsweise in aggressiven Affekten Patient/innen gegenüber oder als hilflos-depressiv-resignative Stimmungen manifestieren, die die Qualität der Beziehung und der therapeutischen Arbeit insgesamt mindern können. Angesichts der Störungsvielfalt ihrer Klientel sollten Therapeut/innen psychisch einigermaßen gesunde Menschen sein, damit ihnen die Balance zwischen Empathie und Nähe einerseits, und Distanz und Grenzen andererseits anhaltend gelingt. Wenn dieses nicht mehr gelingt, kann es zu ethisch bedenklichen Interaktionen und im weitesten Sinne zu Therapie-schäden kommen.

Am gravierendsten erscheint in der psychotherapeutischen Behandlung der Missbrauch von Macht und Abhängigkeit, der sich im Wesentlichen in den drei folgenden Bereichen niederschlagen kann:

46 a.a.O. S. 241.

- der sexuelle Missbrauch
- der narzisstische Missbrauch
- der ökonomische Missbrauch

Der *sexuelle Missbrauch* und die Folgen für Patient/innen sind hinreichend untersucht und bekannt. Empirische Untersuchungen belegen z.B., dass bis zu 10% aller befragten Therapeut/innen einen solchen Missbrauch zugegeben haben, hauptsächlich handelte es sich um männliche Therapeuten. Bei diesen Studien zeigte sich außerdem, dass dieser Missbrauch kein spezifisches Problem von Anfängern ist, sondern offensichtlich eher eines der Erfahrenen mit längerer abgeschlossener Weiterbildung.

Häufiger als der sexuelle Missbrauch scheint der „leisere“, unmerklichere *narzisstische Missbrauch* zu sein, der zu ähnlichen oder gleichen Schäden führen kann. Darunter werden alle Interaktionen und Beziehungskonstellationen verstanden, die primär dem Wunsch der Therapeut/innen nach narzisstischer Gratifikation dienen und die die Entfaltung der Patient/innen verhindern oder zumindest erschweren. Als narzisstisch missbrauchende Kriterien werden z.B. grenzenlose Empathie, also unabgegrenztes Verstehen, die Aufrechterhaltung von Ruhe und Frieden bzw. die Vermeidung von Angriffen und Wut innerhalb der Therapie genannt, aber auch endlos andauernde Therapien, bei denen das Ende immer wieder hinaus geschoben oder verhindert wird.⁴⁷

Ökonomisch missbraucht werden können Patient/innen selbst, ihre Versiche-

rungen oder beide zugleich. Die Gefahren dürfen aber nicht auf die Fragen der Behandlungsfinanzierung reduziert werden. So kann z.B. eine psychotherapeutische Behandlung, die in einem sehr langen und intensiven Prozess die psychische Energie eines Menschen bindet auch verhindern, dass diese Energie zur eigenständigen Meisterung des Lebens zur Verfügung steht. Als Ursachen werden sowohl unbewusste Übertragungsprozesse, als auch bestimmte Einstellungen zum Geld, die durch Entschädigungsdenken Patient/innen gegenüber charakterisiert sind, beschrieben.

Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis werden in verschiedenen Bereichen gefordert. Zum einen sollte den dargestellten Risiken durch eine differenzierte Ausbildung begegnet werden, in der einerseits dem Fach Ethik mehr Bedeutung beigemessen wird, und in der andererseits künftige Therapeut/innen mittels Selbsterfahrung und Supervision die Chance erhalten, ihre wesentlichen Lebensprobleme einer eingehenden Bearbeitung zugänglich zu machen. Der Bedeutung der eigenen *Lebenszufriedenheit* wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Für grenzüberschreitende Therapeut/innen werden zwei Quellen von Lebensunzufriedenheit genannt, nämlich eine frühe biografische und/oder eine akzentuelle, lebenssituationsbezogene. Betroffene Therapeut/innen befanden sich laut Studien häufig in Lebenssituationen, in denen Unzufriedenheit durch fehlende oder gerade getrennte Partnerschaften dominierte, also in einem

47 Reimer, C. (2004). Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004. S. 381-386.

Stadium erhöhter Verletzbarkeit und mangelnder realer Befriedigungsmöglichkeiten. In einem solchen Kontext kann der Kontakt zu den Patient/innen als unbewusster Versuch dienen, das bedrohte eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass auch Therapeut/innen akute oder chronische Lebenskrisen haben können, die sich in einem Mangel an sozialen Kontakten, in Vereinsamung und Zuständen erhöhter Verletzbarkeit manifestieren. Von den Fachgesellschaften wäre zu fordern, dass sie belasteten Therapeut/Innen Anlaufstellen anbieten sollten und zur Enttabuisierung der „Therapie für Therapeut/innen“ beitragen sollten. So schließt Reimer seine Betrachtungen zu diesem Aspekt mit folgenden Bemerkungen: „Wer wie Psychotherapeuten professionell ständig in einem Beziehungsgeflecht komplizierter Subjektivität arbeitet, hat sich selbst und seinen Patienten gegenüber auch eine gewisse ethische Verpflichtung, für ein eigenes befriedigendes Privatleben Sorge zu tragen. Ein guter Therapeut kann auf Dauer nur der sein, der einen guten privaten Ausgleich hat und deshalb zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse nicht Patienten heranziehen muss.“⁴⁸

6 Zusammenfassung und Ausblick

Interessant ist die Beschäftigung mit den geschichtlichen Wurzeln der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie und dem Vergleich mit anderen therapeutischen Ansätzen, bzw. deren Einfluss auf die weitere Entwicklung. Die weitere Differenzierung der

Thematik gestaltet sich spannend und erkenntnisreich, denn das jeweils in der Literatur gelesene lässt sich häufig nahtlos mit den Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag vergleichen und verknüpfen. Einige Situationen und Aspekte können sich für die Lesenden sicherlich auf den Arbeitsalltag übertragen lassen, entweder durch störungsspezifische Besonderheiten, für die der Blick plötzlich geschärft wird oder durch ein bestimmtes Beziehungsverhalten, welches plötzlich sensibler wahrgenommen wird. Die Ausführungen der Prototypen therapeutischer Beziehung nach Schultz von Thun sensibilisieren hier die Wahrnehmung, weil sie das Verständnis für die individuellen Besonderheiten der Patient/innen vergrößern und helfen können, seltener in den bestens bekannten Teufelskreis schwierig werdender therapeutischer Beziehungen zu geraten. Plausibel und hilfreich erscheinen auch die Hypothesen der Beziehungstests nach Weiß, da sie ebenfalls zu einem veränderten Verständnis für so manche Patient/innen beitragen. *Die Nähe zu psychodynamischen Theorien ist überraschend, weil in diesen Hypothesen Übertragungsphänomene ins Zentrum der Überlegung gerückt wurden, die ich mit Verhaltenstherapie vorher eher nicht in Verbindung gebracht hätte.* Die Darstellung einiger Aspekte zum Thema ‚Grenzen und Gefahren‘ der therapeutischen Beziehung soll den Lesenden das Bewusstsein um die Verantwortung unseren Patient/innen gegenüber verstärken und besonders für die Gefahren des narzisstischen Missbrauchs und der Tücke des Helfersyndroms sensibilisieren. Trotz einiger dazu gewonnener Erkenntnisse besteht auch

48 a.a.O. S. 386.

für die Zukunft der therapeutischen Arbeit immer wieder die Schwierigkeit, das legitime und verständliche Bedürfnis der Patient/innen nach Empathie und Einfühlung, mit der Notwendigkeit gesunder Abgrenzung, in einem ausgewogenen und für die Entwicklung der Patient/innen förderlichen Verhältnis in Einklang zu bringen.

Insgesamt soll dem Lesenden mehr Verständnis für die zentralen Merkmale einer guten therapeutischen Beziehung eröffnet worden sein. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass die gewonnenen Erkenntnisse langfristig zu einem flexibleren Repertoire von Beziehungshaltungen führen werden.

Auf dem Weg von einem oberflächlichen Symptomverständnis und einem eher intuitivem und wenig systematischen Vorgehen zum selbständigem therapeutischen Denken und Handeln ist aus meiner Sicht ein weiterer Schritt getan.

Literatur

Ambühl, H. (1992). Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: Markgraf, M. & Brengelmann, J. Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Gerhard Röttger Verlag.

Battegay, R. & Trenkel, A. (1989). Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen. Stuttgart, Wien: Huber.

Bruch, M. (2000). Fallformulierung in der Verhaltenstherapie. Wien: Springer Verlag.

Frank, J. D. (1997). Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Grawe, K., Regli, D., Bieber, K. & Mathier, F. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21. Jahrg., Heft 4/2000.

Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Markgraf, M.; Brengelmann, J. Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Gerhard Röttger Verlag. S. 216-241.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer F. (1995). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Gruhlke, N. Dr. Grundfragen der Psychotherapie, Uni Ulm, Internetrecherche.

Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Fantasie und Realität, Therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004.

Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Hrsg.) (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Laireiter, A.-R. (1995) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. In: Psychotherapie Forum 3. S. 128-146.

Markgraf, M. & Brengelmann, J. (1992). Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. München: Gerhard Röttger Verlag.

Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie u. Verhaltenstherapie, 12/2004.

Reimer, C., Eckert, J. & Hautzinger, M.; Wilke, E. (2000). Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Reimer, C. (2004). Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004. S. 381-386.

Reinelt, T. & Datler, W. (Hrsg.) (1989). Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Schlippe, A. & Loth, W. (2004). Die therapeutische Beziehung aus systemischer Sicht. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004.

Schultz v. Thun, F. (1989). Miteinander reden. Differentielle Psychologie der Kommunikation. Bd. 2, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Strauss, B. (2000). Ist die therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung? In: Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 21. Jahrg., Heft 4/2000, S. 381-398.

Streeck, U. (2004). Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. Stuttgart: Klett-Cotta.

Strotzka H. (Hrsg.) (1978). Psychotherapie. München: Urban Schwarzenberg.

Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Therapeutische Beziehung, Heft 4/2000.

Wendisch, M. (2000). Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Therapeutische Beziehung, Heft 4/2000.

Wikipedia-Enzyklopädie: Internetrecherche.

Yalom, I. (2002). Der Panamahut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Wilhelm Goldmann Verlag.

Zimmer, D. (2004). Wie arbeiten Verhaltenstherapeuten mit der therapeutischen Beziehung? In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 12/2004.

Zimmer, D. (1983). Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung. Weinheim: Edition Psychologie.

Was hilft beim Ausstieg aus der Sucht?

Eine Untersuchung zur Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden in der Rehabilitationsbehandlung suchtkranker Menschen mit Methoden der qualitativen Sozialforschung

Ulrike Feldkötter-Muschner

Billerbeck

Inhalt

Einleitung

1 Methodisches Vorgehen bei der Befragung suchtmittelabhängiger Menschen

- 1.1 Die Verlaufsplanung und der Verlauf der Befragung
 - 1.1.1 Die Verlaufsplanung
 - 1.1.2 Die Definition der Fragestellung
 - 1.1.3 Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern
 - 1.1.4 Die Durchführung der Interviews
- 1.2 Das Interview als Erhebungsmethode
 - 1.2.1 Die Interviewmethode
 - 1.2.2 Der Leitfragebogen
- 1.3 Die Materialaufbereitung mit dem zusammenfassenden Protokoll nach Mayring
- 1.4 Das Kategoriensystem

2 Auswertung der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen

- 2.1 Warum suchtmittelabhängige Menschen eine therapeutische Behandlung aufnehmen
- 2.2 Die Erwartung suchtmittelabhängiger Menschen an eine therapeutische Behandlung
- 2.3 Die Erwartung an Therapeut/innen und die Bewertung von Therapeut/innenverhalten
- 2.4 Voraussetzungen der Betroffenen für eine erfolgreich durchgeführte Therapie
- 2.5 Die Bewertung von Therapieinhalten und die erwarteten Themen in der Behandlung
- 2.6 Bewertung der gewährten Hilfeleistungen

3 Zusammenfassung

Literatur

Einleitung

In der sozialpädagogischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen¹ stellte sich mir seit längerer Zeit die Frage, was dazu beiträgt, dass suchtmittelabhängigen Menschen der Schritt zu

einem suchtmittelfreien Leben gelingt. Das Interesse an der Fragestellung vertiefte sich noch in der Zeit der Weiterbildung zur Suchttherapeutin und mit wachsenden Aufgaben im Bereich der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen. Aus

1 In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „suchtmittelabhängige Menschen“ eingesetzt. Die Begriffe Klient und / oder Patient werden bewusst vermieden, weil im Rahmen der wissenschaftlichen Herangehensweise an die Thematik keine Therapeut – Klientenbeziehung / Patientenbeziehung vorliegt.

der übergeordneten Frage „Was hilft suchtmittelabhängigen Menschen beim Ausstieg aus der Sucht?“ ergaben sich wiederum drei Teilfragen: „Welche verhaltenstherapeutischen Methoden erleben suchtmittelabhängige Menschen beim Ausstieg aus der Sucht?“ „Welche Methoden bewerten die Betroffenen in Ihrer speziellen Situation als hilfreich?“ und „Welche Maßnahmen vermissen suchtmittelabhängige Menschen beim Ausstieg aus der Sucht?“ Im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchung soll diesen Fragen nun mit den Methoden der qualitativen Sozialforschung nachgegangen werden. Als Untersuchungsmethoden wurden gewählt: das offene Interview als *Erhebungsmethode* und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als *Auswertungsmethode*. Es wurden drei ehemals suchtmittelabhängige Menschen² befragt, die eine ambulante oder stationäre therapeutische Behandlung³ absolviert hatten.

Das Ziel der Untersuchung soll es sein, hilfreiche Methoden in der therapeutischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen aus der Sicht von Betroffenen („Experten“) zu erfassen. Besondere Aufmerksamkeit soll der Bewertung der Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden in der Drogenentwöhnungsbehandlung aus der Erfahrung der Betroffenen sein. Die Ergebnisse der Untersuchung können schließlich in der zukünftigen therapeutischen Arbeit Berücksichtigung finden und eingesetzt werden.

1 Methodisches Vorgehen bei der Befragung suchtmittelabhängiger Menschen

In der therapeutischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen ist es oft nicht nachvollziehbar, warum der eine „clean“ bleibt, ein anderer aber trotz scheinbar bester Bedingungen rückfällig wird. Die langfristige Wirksamkeit von therapeutischen Methoden ist zudem schwer nachzuvollziehen, weil ein langfristiger Kontakt zu den behandelten Personen erfahrungsgemäß oft nicht gegeben ist. Aber nur die betroffenen Personen sind in der Lage, die Wirksamkeit von Methoden in der Therapie bewerten zu können. Diese betroffenen Menschen können beschreiben, welche Hilfen wirksam und gut waren, um eine längerfristige Suchtmittelfreiheit zu erlangen. Aus diesem Ansatz ergibt sich die Wahl einer qualitativen Untersuchungsmethode.

Durch die Anwendung von Methoden der qualitativen Sozialforschung können die Kenntnisse und Erfahrungen von Personen, die eine „spezielle soziale Realität“ kennen, in ihrer Gesamtheit und unter weitgehend unverfälschten Bedingungen erfasst werden. Ein Grundgedanke qualitativer Sozialforschung ist, dass nur die Personen eine soziale Situation und das tatsächliche Geschehen, die soziale Realität, kennen und beschreiben können, die diese Situation erlebt haben oder noch erleben.⁴ Mit den Methoden der qualitativen Sozialforschung können somit die

2 Zwei Interviewpartner berichteten von einer Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln, vorzugsweise Heroin und Kokain. Der dritte Befragte hatte ursprünglich ebenfalls eine Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln, in den letzten Jahren seines Konsum bevorzugte er allerdings Alkohol.

3 Bei den therapeutischen Behandlungen handelte es sich bei allen Befragten um Drogenentwöhnungsbehandlungen.

4 vgl. Hopf, Christa & Weingarten, Elmar (1993). Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta. S.15ff.

subjektiven Sichtweisen von Menschen zu speziellen sozialen Situationen unter Berücksichtigung ihrer jeweils speziellen Lebenssituation erfasst werden. Zur Erfassung der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden in der Behandlung suchtmittelabhängiger Personen wurde deshalb die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als Methode eingesetzt. Es wurden Interviews mit betroffenen Personen durchgeführt und die Interviews regelgeleitet und ohne theoretisches Vorwissen oder interpretative Anteile ausgewertet. Die Ergebnisse basieren ausschließlich auf der Auswertung des Interviewmaterials.⁵

1.1 Die Verlaufsplanung und der Verlauf der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen

1.1.1 Die Verlaufsplanung

Die Verlaufsplanung der Befragung suchtmittelabhängiger Menschen ergibt sich aus der übergeordneten Fragestellung und aus der Zielsetzung der Untersuchung.⁶

Die Befragung der suchtmittelabhängigen Personen wurde wie folgt geplant:

- Ab ca. Februar 2005 wurde Kontakt zu betroffenen Personen aufgenommen. Die Kontaktaufnahme erfolgte z.T. mit Hilfe behandelnder Therapeuten. Die Bearbeiterin nahm ab Mai 2005 verstärkt Kontakt zu möglichen Interviewpartnern auf, um Interviewtermine abzusprechen. Die Durchführung der Interviews sollten

möglichst im direkten persönlichen Kontakt im Umfeld der suchtmittelabhängigen Menschen erfolgen.

- Ein Leitfragebogen zur Durchführung der Interviews wurde entwickelt. Der Leitfragebogen basierte auf Vorüberlegungen, welche Aspekte von betroffenen Personen zum Einsatz und zur Wirkung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen geäußert werden könnten. Die im Leitfragebogen einbezogenen Aspekte waren gleichzeitig die Grundlage für ein vorläufiges Kategoriensystem, ein Ordnungssystem, in dem alle denkbaren Inhalte der Interviews zur Fragestellung eingeordnet werden konnten.
- Nach der Durchführung der Interviews wurde das gewonnene Material regelgeleitet aufbereitet und ausgewertet. Den Interviewpartnern wurde „ihr“ Interview jeweils zur Einsicht zugesandt.
- Die Planung, der Ablauf und die Durchführung der Untersuchung sind im folgenden Text dokumentiert. Die Interviews wurden zur Wahrung der Anonymität der Interviewpartner nicht veröffentlicht.⁷

Die Planung, die Durchführung und die Auswertung werden im folgenden detailliert dargestellt.

1.1.2 Die Definition der Fragestellung

Die übergeordnete Fragestellung bei der Befragung der suchtmittelabhängigen Personen war, ob und inwieweit

5 vgl. Ohlemacher, Thomas, Rüger, Arne, Schacht, Gabi & Feldkötter, Ulrike (2003). Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte 1985-2000. Baden-Baden: Nomos-Verlag. S.155.

6 Das Forschungsdesign ist der Erhebung übergeordnet und regelt die Bedingungen und Abläufe der Erhebung.

7 vgl. Mayring, Philipp (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 27. vgl. a.a.O.

verhaltenstherapeutische Methoden von Betroffenen beim Ausstieg aus der Sucht wahrgenommen wurden und wie sie diese Maßnahmen bewerten. Durch die Untersuchung soll nun ein Bild von Betroffenen und ihrer speziellen Situation erreicht werden, wobei ein besonderes Augenmerk auf die verhaltenstherapeutischen Methoden beim Ausstieg aus der Sucht gelegt wird.

Zu Beginn der Erhebungsphase wurde die übergeordnete Fragestellung in drei Teilfragen differenziert, um einen Zugang zur speziellen Situation der Betroffenen zu bekommen.

1. *Haben suchtmittelabhängige Menschen verhaltenstherapeutische Methoden beim Ausstieg aus der Sucht erlebt?*
2. *Welche Methoden haben betroffene Personen in Ihrer speziellen Situation als hilfreich erlebt?*
3. *Welche Maßnahmen haben suchtmittelabhängige Menschen beim Ausstieg aus der Sucht vermisst bzw. welche Maßnahmen würden sie sich wünschen?*

Diese drei Teilfragen dienten als Grobstruktur bei der Erstellung des Leitfragebogens zur Interviewdurchführung. Mit der Frage 1 soll erfasst werden, ob Betroffene in therapeutischer Behandlung überhaupt verhaltenstherapeutische Methoden kennengelernt haben. Mit der Frage 2 soll erfasst werden, was suchtmittelabhängige Menschen in Therapien als hilfreich erlebt haben. Die Frage 3 zielt auf fehlende Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen ab.

1.1.3 Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartnern erfolgte ab Februar 2005. Sie erfolgte zum einen durch behandelnde Therapeuten⁸ und durch die Bearbeiterin direkt.

Bis August 2005 konnte die Bearbeiterin mit vier potentiellen Interviewpartnern Kontakt aufnehmen. Mit drei betroffenen Personen⁹, zwei Männern und einer Frau, wurden schließlich bis September 2005 Interviews durchgeführt. Alle drei Interviewpartner haben Erfahrungen in ambulanter und stationärer Suchttherapie. Zwei Interviewpartner haben jeweils eine stationäre und eine ambulante Drogenentwöhnungsbehandlung, ein Interviewpartner hat eine stationäre Drogenentwöhnungsbehandlung absolviert. Ein Interviewpartner befindet sich aktuell noch in ambulanter Behandlung. Der vierte Interviewpartner erschien aus unbekanntem Grund nicht zum verabredeten Interviewtermin.

1.1.4 Die Durchführung der Interviews

An die Kontaktpfase schlossen sich die Interview- und die Auswertungsphase an. In der Interviewphase wurden die Interviewpartner in offenen Interviews mit freiwilliger Teilnahme befragt. Das aus den Interviews gewonnene Material wurde dann mit der Methode des zusammenfassenden

8 Behandelnde Therapeut/innen stellten zwischen Patienten und der Bearbeiterin einen Kontakt her, wenn die Patienten zu einem Interview bereit waren.

9 Zur Wahrung der Anonymität der Interviewpartner werden keine weiteren Details zu ihren Personen benannt. Ebenso wird in dieser Bearbeitung ausschließlich die maskuline Form „Interviewpartner“ verwandt, um die Anonymität der Befragten zu bewahren.

Protokolls nach Mayring¹⁰ aufbereitet und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring¹¹ ausgewertet.¹² Im Zeitraum von Juni 2005 bis September 2005 wurden drei Interviews mit insgesamt drei Interviewpartnern durchgeführt. Bei der telefonischen Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme am Interview festgestellt und die Aufzeichnung der Interviews auf Tonband zur Transkription abgesprochen.¹³ Die Interviews fanden bei zwei Interviewpartnern zu Hause statt, mit einem Interviewpartner wurde das Interview in einem Cafe mit Separee durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen einer dreiviertel Stunde und eineinhalb Stunden. Bei allen Interviewpartnern konnte im Interview festgestellt werden, dass bereits eine Auseinandersetzung mit der Frage stattgefunden hat, was Ihnen beim Ausstieg aus der Sucht geholfen hat. Die Interviewpartner waren demzufolge gesprächsbereit und informationsbereit. Die Orientierung am Leitfragebogen erfolgt in den Interviews aufgrund der Auskunftsbereitschaft der Interviewpartner nur bedingt, eine offene Erzählatmosphäre konnte in allen drei Interviews hergestellt werden. Bei allen drei Interviews bestand zunächst der Verdacht, dass die Interviewpartner zurückhaltend oder wenig offen sein würden, da Interviewpartner und Bearbeiterin sich aus Betreuungszusammenhängen kennen. Da aber keiner der Interviewpartner mehr in einem „Abhängigkeitsverhältnis“¹⁴ stand, war für die Interviewpartner

die „Bekanntheit“ kein Hinderungsgrund für die Teilnahme an den Interviews und eine offene Erzählweise. Die Zusicherung der Anonymität und die Zusage, den Interviewpartnern die transkribierten Interviews zuzusenden, machte eine offene Atmosphäre als Grundlage einer gelungenen Gesprächsführung möglich.¹⁵

1.2 Das Interview als Erhebungsmethode

Nach der Beschreibung des Verlaufs der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen sollen nun die Erhebungsmethoden beschrieben werden.

1.2.1 Die Interviewmethode

Für die Durchführung der Interviews wird ein Leitfaden erstellt, der die Fragen umfasst, die die interviewten Personen zu subjektiven Aussagen veranlassen sollen.¹⁶ Die Fragen im Interview sind teilweise standardisiert und strukturiert, teilweise offen zu stellen. Während des Interviews wird der Leitfragebogen als „roter Faden“ genutzt. Inhalte, die sich in der Interviewsituation ergeben und nicht durch den Leitfragebogen erfasst sind, werden durch Nachfragen einbezogen. Die Fragen im Leitfragebogen sollen weiterhin so konstruiert sein, dass sie Antworten für die Fragestellung ermöglichen. Der Leitfaden, der anhand von Hypothesen aus der Analyse der Ausgangssituation entwickelt wird, enthält eine Anzahl von Fragen, die sozusagen als „Standard“

10 Mayring (1996). S. 73f.

11 a.a.O. S. 91f.

12 vgl. Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 158.

13 a.a.O.

14 Denkbar wären z.B. Ängste vor Entlassung, Verlust von Zuwendung etc.

15 vgl. Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 158f.

16 vgl. Hopf & Weingarten (1993). S. 171f.; Mayring (1996). S. 50f.

bei jedem Interview gestellt werden. Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, die Aussagen aus verschiedenen Interviews zu vergleichen.¹⁷

Die Strukturierung des Leitfragebogens ergibt sich aus der Anordnung der Fragethemen. Die Fragen sind auf die zu untersuchende Situation ausgerichtet. Es sollen nur Fragen gestellt werden, die einen direkten Bezug zur Thematik haben. Die Anordnung der Fragen während des Interviews kann dabei variieren und sich dem Interviewverlauf anpassen.¹⁸

Die Offenheit der Fragestellung beinhaltet, dass die Fragen vom Interviewten frei zu beantworten sein müssen. Es gibt im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Die Offenheit der Fragestellung soll es ermöglichen, die subjektiven Deutungen und Ansichten des Interviewten offen zu legen. Weiterhin können während des Interviews sowohl Inhalte als auch die "Interviewer-Interviewten-Beziehung" thematisiert werden. Offenheit bezieht sich somit darauf, alle Aspekte einzubeziehen und zuzulassen, die für die Erschließung der Fragestellung notwendig und hilfreich sind.^{19, 20}

Die wenig standardisierte und nur durch die Themengebundenheit strukturierte Form des Interviews gleicht der Interviewform, die Friedrichs²¹ als Intensivinterview bezeichnet. Nach Lazarsfeld²² eignet sich das wenig standardisierte Interview u.a. dazu:

- wichtige einzelne Aspekte der Meinung eines Befragten zu ermitteln,
- Einflüsse auf die Meinung und Meinungsbildung einer Person herauszufinden,
- komplexe Einstellungsmuster zu analysieren,
- Bedeutungen von Antworten zu klären sowie
- Effekte und Prozesse zu analysieren, die aus subjektiver Erfahrung als Reaktionen auf Situationen entstehen.²³

Diese Methode ermöglicht es somit, ein breites Spektrum an individuellen Erfahrungen, Deutungen und Meinungen im Interview zu erfragen. Hierdurch erklärt sich auch die Wahl dieser Methode zur Erfassung der individuellen und speziellen Erfahrungen der suchtmittelabhängigen Menschen aus ihrer subjektiven Sichtweise.

17 Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 159.

18 a.a.O.

19 Anmerkung: Wenn das Interview in der beschriebenen Form angewandt wird, ist dabei zu beachten, dass:

a) Vorkenntnisse über die Situation Voraussetzung sind

b) es in den Gesprächen zu "tiefergehenden" Gesprächsinhalten kommen kann. Es sollte deshalb eine Einwilligung des Interviewten zur Befragung vorliegen und eine Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Interviewtem geschaffen werden.

vgl. Friedrichs, Jürgen. (1980). Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH. S. 226.; Hopf & Weingarten (1993). S. 78.

20 Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 159.

21 Friedrichs (1980). S. 224.

22 Lazarsfeld, P. (1944). The controversy over detailed interviews- An offer for negotiation.

In: Friedrichs Jürgen (1980). Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 226.

23 Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 160.

1.2.2 Der Leitfragebogen

Für die Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen wurde folgender Leitfragebogen entwickelt:

Teil A: Vorstellung und Einführung in das Interview

1. Begrüßung und Einführung in das Thema mit gegenseitiger Vorstellung von Interviewpartner und Interviewerin.
2. Klärung von grundsätzlichen Fragen zum Interviewverlauf, Interviewverwertung und Abstimmung des Interviewinhaltes/der Interviewinhalte. Die Klärung von grundlegenden Fragen soll gleichzeitig dem Einstieg in die Thematik/das Interview dienen.

Teil B: Ermittlung der Wahrnehmung und der Bewertung von (verhaltenstherapeutischen) Maßnahmen in der therapeutischen Behandlung

3. Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie an der Therapie teilgenommen haben/derzeit teilnehmen und welche Ziele Sie verfolgten/derzeit verfolgen?

Mit der Frage 3 sollten die Interviewpartner dazu angeregt werden, sich in die therapeutische Situation zurückzusetzen, bzw. sich in die aktuelle Therapiesituation zu versetzen. Ziel der Frage 3 ist es, die Erfahrungen suchtmittelabhängige Menschen von Beginn an und vollständig zu erfassen.

- 4 Bitte beschreiben Sie, welche Maßnahmen Sie in Ihrer Therapie erlebt haben / erleben und welche Erfahrungen Sie in der Therapie gemacht haben / machen.

5. Haben Sie in der Therapie Erfahrungen mit Rollenspielen, Angstbewältigungstraining, Entspannungstraining, Training sozialer Kompetenzen, Verstärkungen (operanten Methoden) etc. gemacht? Wie bewerten Sie diese Methoden?

6. Bitte beschreiben Sie, welche Maßnahmen und Erfahrungen in der Therapie für das Erreichen Ihrer Ziele aus Ihrer Sicht nicht hilfreich waren / sind?

Die Frage 4 wurde sehr offen formuliert, um von den Betroffenen zu erfahren, welche Maßnahmen ihnen in Erinnerung geblieben sind, bzw. welche Erfahrungen sie mit der Therapie in Verbindung bringen. Hierdurch soll abgeklärt werden, ob und welche verhaltenstherapeutischen Methoden die Betroffenen kennengelernt haben / kennenlernen bzw. was für sie in Erinnerung an die Therapie von Bedeutung ist. Durch die Frage 5 sollen die Aussagen aus Frage 4 hinterfragt und konkretisiert werden. Mit Frage 6 geht es um die Erfassung der Bewertungen von hilfreichen und nicht hilfreichen Maßnahmen durch die Betroffenen. Die Frage 6 schließt sich der Frage 5 an. Fehlende Hilfen oder Aussagen, die „verdeckt“ sind, sollten erfasst und benannt werden. Durch die Fragen 4 bis 6 sollten neben den inhaltlichen Aspekten auch Erwartungen der Betroffenen erfasst werden und mit den Erfahrungen verglichen werden.

7. Haben Sie in der Therapie (bestimmte) Maßnahmen vermisst? Wenn ja, bitte beschreiben Sie welche Maßnahmen das waren und warum Sie die Maßnahmen vermisst haben?

Die Frage 7 zielt auf die Einstellungen und Erwartungen der Betroffenen an eine Therapie ab. Wertvorstellungen und Einstellungen, die Einfluss auf die Bewertung der suchtmittelabhängigen Menschen auf die Therapie haben, sollen durch Frage 7 erfasst und zum Verständnis der Bewertung der Therapiemaßnahmen durch die Betroffenen beitragen.

Teil C: Rückblick auf das Interview und Ausblick

8. Wenn Sie anderen Menschen, die auch eine Therapie/Drogenentwöhnungsbehandlung absolvieren möchten, Ratschläge geben sollten, was hilfreich ist und was nicht, was würden Sie diesen Menschen raten?

Die Frage 8 soll die suchtmittelabhängigen Menschen in die Position der Experten rücken, die aufgrund ihrer Erfahrungen Stabilisierungen, Veränderungen oder Verbesserungen von therapeutischen Interventionen für Betroffene benennen können.

9. Haben Sie den Eindruck, dass im Interview alle Aspekte zum Thema berücksichtigt wurden?

Die Frage 9 dient der Überprüfung, ob alle für die Interviewpartner wichtigen Aspekte im Interview berücksichtigt wurden.

Vielen Dank für das Interview!

Nach der Durchführung der Interviews folgte die Aufbereitung des Interviewmaterials wie im folgenden Kapitel beschrieben wird.

1.3 Die Materialaufbereitung mit dem zusammenfassenden Protokoll nach Mayring

Die Interviewaussagen wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und im Anschluss an das Interview transkribiert. Um die Interviewdaten in eine ver-

wertbare Form zu bringen, wurden sie mittels des zusammenfassenden Protokolls nach Mayring aufbereitet. Die Aufbereitung des Interviewmaterials mit dem zusammenfassenden Protokoll eignet sich dann, wenn eine inhaltliche Analyse der Interviews vorgenommen werden soll. So kann das Interviewmaterial systematisch aufbereitet und auf die wesentlichen Aspekte reduziert werden. Die Vorgehensweise ist dabei folgende:²⁴

a. Zu Beginn der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird die genaue Fragestellung bestimmt.

b. Alle Aussagen, die Informationen zur Fragestellung beinhalten werden heraus gesucht, alle nicht bedeutungstragenden Aussagen werden gestrichen.

Alle Aussagen, die sich nicht auf die Fragestellung beziehen oder für deren Beantwortung nicht relevant sind, werden für die weitere Bearbeitung nicht genutzt.

c. Bildung von Paraphrasen

Die bedeutungstragenden Aussagen werden zu sinngleichen Einheiten verkürzt.

d. Generalisierung

Die gebildeten Paraphrasen werden auf das vorab bestimmte Abstraktionsniveau hin generalisiert, d.h. Aussagen, die durch eine übergeordnete, sich auf die Fragestellung beziehende Einheit beschrieben werden können, werden durch diese Generalisierungen ersetzt.

e. Erste Reduktion

Bedeutungsgleiche Generalisierungen werden gestrichen.

f. Zweite Reduktion

- Konstruktion: Die Generalisierungen werden durch ihnen übergeordnete Einheiten ersetzt, die die Aussage wiedergeben.
- Alle Aussagen, die inhaltlich durch eine bereits gebildete ersetzt werden können, fallen weg bzw. sind in dieser übergeordneten Einheit enthalten.
- Bündelung: Alle inhaltlich zusammenhängenden, im Text auseinander liegenden Einheiten werden zusammengefasst.²⁵

²⁴ Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003) S. 162.

²⁵ a.a.O. S. 162f.

Die Einheiten / Aussagen, die sich nach der zweiten Reduktion ergeben, beinhalten nun alle bedeutungstragenden Aspekte des Interviews in zusammengefasster, abstrahierter Form. Die Einheiten beziehen sich dabei nahezu ausschließlich auf die inhaltlichen Aspekte des Interviewmaterials: "Der konkrete Sprechkontext, die Interview- oder Diskussionssituation gehen verloren".^{26, 27} Die nach der zweiten Reduktion gebildeten Aussageeinheiten sind das Datenmaterial für die Auswertung der Interviews. Sie dienen als Grundlage für die Erstellung des endgültigen Kategoriensystems.

1.4 Das Kategoriensystem

Das Kategoriensystem ist ein Ordnungssystem, in dem die Aussageeinheiten aus der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach bestimmten Kriterien geordnet werden. Diese Kriterien ergeben sich durch:

- a) die Festlegung eines Selektionskriteriums für die Kategorienbildung anhand der Fragestellung und des Ziels der Analyse mit Berücksichtigung theoretischer Überlegungen zur Kategoriendefinition (deduktive Kategorienbildung);
- b) die Ableitung von Auswertungssichtspunkten aus dem Interviewmaterial (induktive Kategorienbildung).

Anhand der Fragestellung wird vor der Materialsammlung ein vorläufiges Kategoriensystem erstellt. Dieses Kategoriensystem beinhaltet Aspekte, die nach Erfassung der Ausgangssituation mögliche Aussagen bei der Materialsammlung erfasst werden können. Das vorläufige Kategoriensystem wird als Grundlage für die Einordnung der Aussagen aus dem Interviewmaterial genutzt. Da jede Aussage einer Kategorie zugeordnet werden muss, ist das Kategoriensystem bei der Einordnung der Aussagen zu überarbeiten und zu vervollständigen.^{28, 29}

26 „Bei der Aufbereitung der Interviews wurden die Paraphrasierungen nicht strikt Satz für Satz vorgenommen, sondern immer auch der inhaltliche Kontext beachtet. Äußerte sich beispielsweise ein Interviewpartner zunächst recht ungenau zu einer Frage und gab am Schluss der Beantwortung einen deutlich zusammenfassenden Kommentar ab, so sind beide Teile der Beantwortung zu einer Aussage/Paraphrase zusammengefasst worden. Diese Form der Paraphrasenbildung weicht von der methodisch vorgegebenen Methode ab, nur einheitliche Zählseinheiten, einzelne Wörter, Sätze, Abschnitte etc. zu wählen (vgl. Friedrichs (1980). S. 324). Dennoch erschien es für die Bearbeitung sinnvoll, eine derartige Variation bei der Paraphrasenbildung vorzunehmen, um besonders ungenaue und unkonkrete Aussagen zu Beginn der Interviews einordnen zu können. Diese angewandte Form der Paraphrasenbildung enthält somit einen interpretativen Aspekt, indem Inhalte bzw. zusammenhängende Sinnstrukturen vom Untersucher der Interviewdaten gedeutet werden. Um diesen Interpretationsanteil möglichst gering zu halten, sind die Aussagen der Interviewpartner bei der Paraphrasenbildung nach dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1991, S.13.) auf ihren Aussageinhalt, nämlich Selbstoffenbarung, Sachinhalt, Appell oder Beziehungsaussage, geprüft worden. Aus der Aussage an sich und aus dem Kontext heraus ist dann entschieden worden, welcher der vier Aussageebenen vorrangig in der Aussage enthalten ist. Dieser Aspekt wurde dann in Form einer Paraphrase dargestellt. So sind je nach Inhalt und Kontext einer Aussage Gewichtungen der Hauptaspekte der Aussagen vorgenommen worden.“ (vgl. Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 163.)

27 Mayring (1996). S. 74.

28 vgl. a.a.O. S. 92f.

29 Ohlemacher, Rüger, Schacht & Feldkötter (2003). S. 164.

Das vorläufige Kategoriensystem für die Auswertung der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen zur Bewertung von (verhaltenstherapeutischen) Methoden in der therapeutischen Behandlung

Für die Auswertung wurde vor der Aufbereitung der Interviews folgendes vorläufige Kategoriensystem entwickelt:

Kategorie 1	Aussagen zu Gründen für die Therapieaufnahme und zu Therapiezielen
Kategorie 2	Aussagen zu Erwartungen der Befragten an eine therapeutische Behandlung (gewünschte Maßnahmen)
Kategorie 3	Aussagen und Bewertung der suchtmittelabhängigen Menschen zu (verhaltenstherapeutischen) Maßnahmen, die ihnen im Rahmen einer therapeutischen Behandlung gewährt wurden (gewährte Hilfen/Fürsorge)
Kategorie 4	Aussagen und Bewertung der Befragten zu Maßnahmen, die sie sich gewünscht hätten, die aber nicht gewährt wurden (fehlende Hilfen/Fürsorge)
Kategorie 5	Aussagen zu Veränderungsmöglichkeiten beim Einsatz therapeutischer Maßnahmen

Nach der Aufbereitung des Interviewmaterials und nach Überarbeitung des vorläufigen Kategoriensystems entstand das endgültige Kategoriensystem.

Endgültiges Kategoriensystem für die Auswertung der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen zur Bewertung von (verhaltenstherapeutischen) Methoden in der therapeutischen Behandlung

Kategorie 1	Warum suchtmittelabhängige Menschen eine therapeutische Behandlung aufnehmen a) der Moment, in dem eine Bedrohung des eigenen Lebens durch den Konsum von den suchtmittelabhängigen Menschen wahrgenommen wird b) der Anstoß zu therapeutischer Behandlung durch Dritte c) Motivation zum Ausstieg aus der Sucht durch veränderte Lebensumstände
Kategorie 2	Die Erwartungen suchtmittelabhängiger Menschen an eine therapeutische Behandlung
Kategorie 3	Die Erwartungen an Therapeuten und die Bewertung von Therapeutenverhalten a) die Haltung des Therapeuten/der Therapeutin gegenüber dem Klienten/der Klientin b) die Bewertung von Verhaltensweisen der Therapeut/innen im Umgang mit Klient/innen
Kategorie 4	Voraussetzungen für eine erfolgreich durchgeführte Therapie a) Freiwilligkeit der Therapieaufnahme und Veränderungswünsche b) Hinderungsgründe für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung
Kategorie 5	Die Bewertung von Therapieinhalten und die erwarteten Themen in einer therapeutischen Behandlung
Kategorie 6	Bewertung der gewährten Hilfeleistungen a) Bewertung von therapeutischen Maßnahmen gegenüber Hilfen außerhalb des therapeutischen Settings b) positiv bewertete Therapiemaßnahmen c) negativ bewertete Therapiemaßnahmen

Beschreibung der Kategorien des endgültigen Kategoriensystems für die Auswertung der Befragung suchtmittelabhängiger Menschen zur Wirksamkeit von (verhaltenstherapeutischen) Methoden

Die suchtmittelabhängigen Menschen beschrieben in den Interviews verschiedene Aspekte, die aus ihrer Sicht Einfluss auf die Wirksamkeit und die Bewertung von therapeutischen Maßnahmen haben. Insgesamt ließen sich sechs Kategorien von Aussagen erfassen, die im folgenden beschrieben werden.

In der Kategorie (1) „Warum suchtmittelabhängige Menschen eine therapeutische Behandlung aufnehmen“ sind Aussagen der Interviewpartner zusammengefasst, die Einblick geben, warum suchtmittelabhängige Menschen überhaupt eine therapeutische Behandlung aufnehmen. Die Aussagen der Kategorie (1) geben somit Auskunft über die Motivation der Interviewpartner und dienen der Festlegung des Bedarfs und der Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung aus Sicht der Betroffenen. Die Kategorie gliedert sich in drei Unterkategorien, die unterschiedliche Aussagen zur Motivation beinhalten: „Bedrohung des eigenen Lebens durch den Konsum“, „Der Anstoß zu therapeutischer Behandlung durch Dritte“ und „Eigene Motivation zum Ausstieg aus der Sucht durch veränderte Lebensumstände“.

Die Kategorie (2) beinhaltet Aussagen der Interviewpartner zu ihren Erwartungen an eine therapeutische Behandlung. Sie umfasst Aussagen zu grundlegenden Erwartungen an Therapien sowie an grundlegende Zielsetzung in therapeutischen Behandlungen. Durch die Aussagen der Kategorie (2) werden

diejenigen Erwartungen suchtmittelabhängiger Menschen deutlich, die als Grundlage für die Bewertung der Hilfeleistungen durch die Interviewpartner maßgeblich sind.

In der Kategorie (3) sind die Aussagen der Befragten zu Erwartungen an die Helfenden/ Therapeut/innen zusammengefasst. Die Aussagen in dieser Kategorie befassen sich mit: der Haltung des Therapeuten/der Therapeutin gegenüber dem Klienten/der Klientin und der Bewertung des Verhaltens von Therapeut/innen im Umgang mit Klient/innen.

Die in der Kategorie (4) zusammengefassten Aussagen der Interviewpartner zum Thema „Voraussetzungen für eine erfolgreich durchgeführte Therapie“ umfassen die Aussagen der Interviewpartner zu den Bedingungen, die erfüllt sein sollten, um das Gelingen einer Therapie zu steigern. Anders als in den vorangegangenen Kapiteln basieren die Aussagen in diesen Kapiteln nicht auf Wünschen der Befragten an „Anderer oder Anderes“, sondern auf ihren Erfahrungen und beschreiben die „Anteile“ der Betroffenen am Gelingen einer therapeutischen Behandlung. Diese Kategorie ist in zwei Unterkategorien eingeteilt: „Freiwilligkeit der Therapiebeteiligung und Veränderungswünsche“ und „Hinderungsgründe für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung“.

Die folgende Kategorie (5) „Bewertungen von Inhalten der therapeutischen Behandlung“ enthält Aussagen der Befragten zu thematischen Inhalten in der therapeutischen Arbeit sowie die entsprechenden Bewertungen der Inhalte durch die Interviewpartner.

In der letzten Kategorie sind schließlich die Aussagen der Interviewpartner zu den in der therapeutischen Arbeit gewährten Hilfen (Maßnahmen) zusammengefasst.

mengefasst. Die Kategorie umfasst Bewertungen von therapeutischen Maßnahmen im Vergleich zu Hilfen außerhalb des therapeutischen Settings sowie die positiv und negativ bewerteten Therapiemethoden / Maßnahmen in der Therapie.

Durch die Kategorien ergibt sich ein Überblick darüber, welche Themen und Aspekte die Befragten zu der Frage: „Was hilft beim Ausstieg aus der Sucht unter besonderer Berücksichtigung verhaltenstherapeutischer Interventionen“ für wichtig befinden. Die ausführliche Darstellung der Aussagen zu den fünf Kategorien erfolgt in den nächsten Kapiteln.

2 Auswertung der Befragung der suchtmittelabhängigen Menschen

In der folgenden Auswertung sind die Aussagen aus den Interviews nach Kategorien geordnet dargestellt.

2.1 Warum suchtmittelabhängige Menschen eine therapeutische Behandlung aufnehmen

Alle befragten Personen berichteten in den Interviews darüber, was dazu geführt hat, dass sie eine therapeutische Behandlung als Hilfestellung zur Bewältigung ihrer Suchtmittelabhängigkeit in Anspruch genommen haben. Grundsätzlich lässt sich dazu festhalten, dass alle Interviewpartner das Ziel verfolgten, suchtmittelfrei leben zu wollen. Zur Aufnahme einer therapeutischen Behandlung als Hilfe zum Erreichen dieses Ziels benannten die Interviewpartner drei wesentliche Motivationsfaktoren. Nach Aussagen der Interviewpartner waren für die Aufnahme einer Therapie körperliche, psychi-

sche oder soziale Faktoren entscheidend, die sie als bedrohlich für das eigene Leben wahrgenommen haben. Weitere motivierende Faktoren sind nach Aussagen der Befragten die Einwirkung von nahe stehenden Personen, wie Familienangehörigen oder auch von Vertrauenspersonen wie Drogenberatern, die eine Therapie nahe legten. Schließlich können aus Sicht der Interviewpartner veränderte Lebensumstände, die Betroffene als positiv bewerten und die für sie reizvoll erscheinen, dazu beitragen, dass eine therapeutische Behandlung angestrebt wird.

Der Moment, in dem eine Bedrohung des eigenen Lebens durch den Konsum von den suchtmittelabhängigen Menschen wahrgenommen wird

Über eine Bedrohung des eigenen Lebens berichteten alle Interviewpartner. Die Erkenntnis, „körperlich und psychisch ganz unten“ zu sein, kann die Entscheidung, den Suchtmittelkonsum mithilfe einer therapeutischen Behandlung beenden zu wollen, positiv beeinflussen. Wenn z.B. eine bedrohliche Situation durch Wohnungslosigkeit, Armut oder lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen infolge des Suchtmittelkonsums ins Bewusstsein dringen, fördert dies nach Aussagen der Befragten massiv den Wunsch, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, um suchtmittelfrei zu leben.

Der Anstoß zu therapeutischer Behandlung durch Dritte

Zwei von drei Interviewpartnern berichteten, dass für sie der Anstoß zum Ausstieg aus der Sucht aus dem familiären Umfeld kam. Androhungen von Kon-

taktabbrüchen durch geliebte Personen aus dem familiären Umfeld oder das Anraten einer therapeutischen Behandlung durch vertrauenswürdige Personen, benannten zwei von drei Befragten als wichtige Motivationsfaktoren zur Aufnahme einer therapeutischen Behandlung mit dem Ziel der Suchtmittelfreiheit.

Motivation zum Ausstieg aus der Sucht durch veränderte Lebensumstände

Gravierende Veränderungen in den Lebensumständen, wie insbesondere partnerschaftliche Beziehungen oder Liebesbeziehungen, die als angenehm erlebt werden und deren Fortsetzung gewünscht wird, sahen alle drei Interviewpartner als wichtige Motivationsfaktoren für die Aufnahme einer therapeutischen Behandlung an. Insbesondere, wenn die Partner- oder Liebesbeziehung aus Sicht der Befragten durch den Suchtmittelkonsum gefährdet sein könnte, bewerteten sie dies als sehr motivierend, den Suchtmittelkonsum durch Aufnahme und Durchführung einer therapeutischen Behandlung beenden zu wollen.

2.2 Die Erwartungen suchtmittelabhängiger Menschen an eine therapeutische Behandlung

Alle drei Interviewpartner berichteten von Erwartungen, die sie an eine therapeutische Behandlung haben. Therapie sollte im Ergebnis für die Betroffenen eine Verbesserung der von ihnen als problematisch oder ungünstig bewerteten Lebensumstände bewirken und Leidensdruck mindern. Therapeutische Interventionen sollten deshalb immer zum Ziel haben, den Betroffenen einen neuen praktikablen und entlastenden

Weg in ihrer speziellen Lebenssituation aufzuzeigen. Bei Beginn der therapeutischen Behandlung kann dies z.B. aus Sicht der Befragten eine Vermittlung in eine Entgiftungsbehandlung sein oder Anraten eines Wohnortwechsels zur Erhöhung der Chance eines Neuanfangs beispielsweise nach Beendigung einer stationären Drogenentwöhnungsbehandlung.

Alle Befragten nannten als wichtige Erwartung, dass therapeutische Behandlung in jedem Fall durch Maßnahmen, strukturelle Gestaltung und durch kompetente Therapeut/innen die betroffenen Menschen zur „Hilfe zur Selbsthilfe“ befähigen sollte. Therapie sollte aus Sicht der Befragten eine Zwischenlösung zwischen „Problem“ und selbstbestimmtem Leben sein. Eine Therapie sollte deshalb immer nur solange dauern, wie sie wirklich den Zweck der Hilfe erfüllt, bemerkte ein Interviewpartner hierzu explizit.

Nahezu alle Interviewpartner berichteten davon, dass Vertrauen als Rahmen für eine therapeutische Behandlung aus ihrer Sicht enorm bedeutsam und hilfreich für die erfolgreiche und effektive Durchführung einer Therapie ist. Alle Befragten berichteten deshalb davon, dass sie Vertrauen in der therapeutischen Behandlung erwarteten. Vertrauen bezogen die Befragten allerdings nicht nur auf einen vertrauensvollen Umgang im Therapieprozess mit Therapeut/innen, sondern sie berichteten davon, dass sie sich Kontinuität (=Vertrauen im Sinne von Vertrautheit, Bekanntheit) im Therapieverlauf wünschten. Immer gleiche Räumlichkeiten, gleiche Therapeut/innen, kein Therapeut/innenwechsel oder nicht ständig neue Therapeut/innen oder Praktikanten, auch feste Teilnehmende in den Gruppen (bei Gruppentherapien) wurden als wichtig angegeben.

2.3 Die Erwartungen an Therapeut/innen und die Bewertung von Therapeut/innenverhalten

Alle Interviewpartner berichteten von Erwartungen, die sie an Therapeut/innen im Rahmen einer Behandlung haben. Die Befragten äußerten sich sehr ausführlich und nachdrücklich zu diesem Aspekt, so dass den Erwartungen an das Verhalten von Therapeut/innen im Behandlungsprozess eine eigene Kategorie zufällt. Bei den Aussagen zu den Erwartungen an die Therapeut/innen spielen dabei weder inhaltliche Themen noch Rahmenbedingungen eine Rolle. Vielmehr zielen die Erwartungen der Befragten auf die Verhaltensweisen der Therapeut/innen und deren Persönlichkeit ab. Somit ließen sich die Aussagen der Interviewpartner in dieser Kategorie in zwei Unterkategorien aufteilen, nämlich die Aussagen zur Haltung/Einstellung der Therapeut/innen gegenüber Klient/innen und die Bewertung des Therapeut/innenverhaltens durch Betroffene.

Die Haltung der Therapeut/innen gegenüber Klient/innen

Alle Befragten berichteten, dass sie von Therapeut/innen eine wertschätzende Haltung gegenüber den Klient/innen erwarten. Klient/innen sollten ihrer Meinung nach als mündige Menschen behandelt werden. Ein wertschätzender Umgang und die Behandlung von Klient/innen als mündige Menschen wird nach Aussagen der Betroffenen deutlich durch: Offenheit, Aufklärung im Therapieprozess, Akzeptanz von Klient/innenentscheidungen (insbesondere, wenn diese nicht mit der Ansicht des Therapeuten/der Therapeutin übereinstimmen), Reden mit statt Reden über Klient/innen (keine Werturteile

über die Betroffenen) und durch die Förderung von selbstbestimmtem und selbstverantwortlichem Handeln. Therapeut/innen sollten nach Aussage der Interviewpartner deshalb „Berater/innen“ und „Ideeengeber“ sein, die Entscheidungsfindung sollten sie aber immer bei den Klient/innen lassen. Ganz besonders wichtig bewerteten alle Interviewpartner, dass Betroffene von Therapeut/innen würdevoll und würdebewahrend behandelt würden. Die Befragten, die andere Erfahrungen als die gewünschten gemacht hatten, bewerteten dies als sehr negativ und als verletzend und hinderlich für das Gelingen einer therapeutischen Behandlung.

Die Bewertung von Verhaltensweisen der Therapeut/innen im Umgang mit Klient/innen

Die Interviewten berichten, dass neben der Haltung, die der Therapeut/die Therapeutin den Betroffenen entgegenbringt auch die Verhaltensweisen des Therapeuten/der Therapeutin im Umgang mit den Klient/innen sehr wichtig für ein gutes Gelingen der Behandlung ist. Als gut und hilfreich bewerteten alle Befragten folgende Verhaltensweisen von Therapeut/innen: Klarheit im Denken und Handeln, differenziertes Denken und Reden über Therapieinhalte und Probleme, Übereinstimmung von Reden und Tun, Authentizität, Einhaltung von Grenzen, „echtes“ Interesse am Gegenüber (sichtbar durch hartnäckiges und gezieltes Nachfragen und informiert sein), Zuhören, motivierendes Verhalten im Sinne der Klient/innenpläne, Ansprechen von Problemen und Veränderungsmöglichkeiten, Diskutieren von Möglichkeiten und Haltungen, Ausstrahlung von Ruhe durch Einhaltung des Klient/innentempos. Therapeut/innen, die sich im genannten Sinne

verhalten, werden von den Befragten als „hilfreiche Helfer“ und als Vorbilder erlebt.

2.4 Voraussetzungen der Betroffenen für eine erfolgreich durchgeführte Therapie

Neben den Erwartungen an Therapie, Einrichtung und Therapeut/innen, die in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben wurden, berichteten die Interviewpartner auch von Bedingungen, die sie als Betroffene sozusagen erfüllen müssen, damit eine Behandlung erfolgreich verlaufen kann. Die Wirksamkeit von eingesetzten therapeutischen Methoden hängt nach ihren Aussagen somit auch von den Voraussetzungen der Betroffenen ab.

Freiwilligkeit der Therapieteilnahme und Veränderungswünsche

Nach Aussage aller Interviewpartner ist die freiwillige Teilnahme an einer therapeutischen Behandlung maßgeblich für den Erfolg der Therapie. Erfolgreich ist eine Therapie nach Aussagen der Befragten dann, wenn das jeweils gewünschte/formulierte Ziel der Betroffenen erreicht ist. Veränderungswünsche von Betroffenen, die zur Aufnahme einer Therapie führen sind deshalb ebenfalls förderlich für die erfolgreiche Durchführung einer Therapie.

Nach Aussagen der Interviewpartner ist es vor Beginn einer therapeutischen Behandlung sinnvoll, dass Betroffene die Entscheidung zur Therapieaufnahme aus freiem Willen treffen. Dabei muss es nicht immer so sein, bemerkten zwei Befragte, dass den Betroffenen die Tragweite ihrer Entscheidung umfassend bewusst ist, sie sollten zu ihrer Entscheidung aber das Gefühl haben „zu wollen“.

Hinderungsgründe für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung

Rahmenbedingungen bei Therapien, die sich mit dem Alltagsleben nicht vereinbaren lassen, werden von zwei Befragten als eher hinderliche Rahmenbedingungen für die Durchführung und den Erfolg einer Therapie angesehen. Oder auch wöchentliche Einzel- und Gruppensitzung an einem Tag beispielsweise, wenn dies von der therapierenden Stelle aus nur so möglich ist, werden als negative Rahmenbedingungen für Therapien von zwei Interviewpartner angeführt. Zwei Befragte berichteten noch, dass der zeitliche Aufwand für das Erreichen der Therapiestätte hinderlich für die Aufnahme und Durchführung einer Therapie sein könne.

2.5 Die Bewertung von Therapieinhalten und die erwarteten Themen in einer therapeutischen Behandlung

Die Interviewpartner äußerten sich alle zu Inhalten von Therapien. Alle drei Befragten bemerkten, dass sie es als positiv bewerten, wenn die Themen in der Therapie drei Bereiche abdecken, nämlich die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft. Zum Thema Vergangenheit wünschten sich zwei von drei Interviewpartnern, dass persönliche und belastende Erfahrungen aufgedeckt und aufgearbeitet werden sollten. Alle drei Interviewpartner hatten belastende Ereignisse und Erfahrungen aus ihrer Biographie in der Therapie bearbeitet und dies als positiv aber auch schwer erlebt. Zu gegenwärtigen Situation wünschten sich alle Interviewpartner, dass eine therapeutische Behandlung sie in aktuellen Lebenssituationen begleitet. Ansprechpartner/innen zu haben und in der Therapie über aktuel-

le Erfahrungen sprechen zu können, bewerteten zwei von drei Befragten nach ihren Erfahrungen als hilfreich. Hilfreich hatten es zwei von drei Interviewpartnern auch erlebt, wenn in der Therapie ihre „Schwächen/Defizite“ anhand aktueller Situationen und Erfahrungen aufgedeckt und bearbeitet wurden. Solche Defizite könnten nach Aussage der Betroffenen beispielsweise ein geringes Selbstvertrauen oder partnerschaftliche/familiäre Konflikte sein, zu deren Lösung sie sich aufgrund eigener „Schwächen“ nicht alleine im Stande fühlten.

Im Hinblick auf die Zukunft wünschten sich alle drei Befragten, dass die Lebensplanung, die persönlichen Zielsetzungen und Veränderungsmöglichkeiten mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensumstände in der Therapie thematisiert werden sollte.

Keiner der Befragten gab von sich aus an, dass die Drogenproblematik Thema in der Therapie sein sollte. Alle drei Interviewpartner äußerten sich bezüglich der Therapieinhalte nahezu ausschließlich über „Schwächen“, die sie hätten und die Thema in der Therapie sein sollten. Ressourcen wurden nicht benannt und schienen für die Interviewpartner kein Thema in ihren bisherigen therapeutischen Behandlungen gewesen zu sein.

2.6 Bewertung der gewährten Hilfeleistungen

Alle Interviewpartner bewerteten vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen gewährte Hilfeleistungen. Sie berichteten davon, dass sie therapeutische Methoden/Maßnahmen z.T. als hilfreich und gut und z.T. als eher negativ und hinderlich erlebt haben. Alle Interviewpartner schätzten allerdings Hilfen außerhalb der therapeutischen Behandlung für die Festigung und Sicher-

ung ihrer Suchtmittelfreiheit und auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten Leben als wichtiger, entscheidender und hilfreicher ein als die therapeutischen Hilfen.

Bewertung von therapeutischen Maßnahmen gegenüber Hilfen außerhalb des therapeutischen Settings

Alle Interviewpartner berichteten, dass ihren Erfahrungen nach enge, positive familiäre Bindungen und insbesondere Partnerschaften eher stabilisierend wirken und eher zur Suchtmittelfreiheit beitragen als eine therapeutische Behandlung. Alle drei Interviewpartner berichteten, dass sie zwar durch die therapeutischen Behandlung Hilfe erfahren haben und viel über sich und ihre Sucht gelernt haben, die „wirkliche“ Stabilisierung und Entscheidung zur Suchtmittelfreiheit aber erst mit einer positiven partnerschaftlichen Beziehung/Liebesbeziehung eingetreten ist. Besonders gut und als sehr hilfreich bewerteten alle Befragten die Hilfe durch die Partnerschaften/Liebesbeziehungen, wenn diese mit Drogenkonsum nicht zu vereinbaren waren und sie eine Entscheidung für die Partnerschaft und gegen den Konsum getroffen hatten.

Als hilfreicher als eine Therapie bewerteten alle Befragten auch ein stabiles soziales Umfeld mit tragfähigen sozialen Kontakten (die Offenheit in Bezug auf die frühere Drogenabhängigkeit zu lassen!), einen geregelten und strukturierten Alltag sowie eine feste Arbeit.

Positiv bewertete Therapiemaßnahmen

Alle Interviewpartner bewerten die im folgenden dargestellten Methoden und Maßnahmen, die sie in therapeutischer Behandlung erlebt hatten, als gut und positiv:

was	wie	warum
Tagesstrukturierung	Tages-, Wochenpläne oder durch die Strukturierung des Tagesablaufes in einer stationären therapeutischen Einrichtung Arbeitstherapie	Zur Zeit der Drogenabhängigkeit hatten alle Interviewpartner keine Struktur im Tagesablauf, so dass sie „am Leben vorbei gelebt haben“, berichteten sie. Zwei Befragte berichteten, dass die Arbeitstherapie ihnen geholfen hat, ihre Fähigkeiten nach der Zeit der Suchtmittelabhängigkeit neu ein zu schätzen und kennen zu lernen. Außerdem konnten sie durch die Arbeitstherapie Interessen entdecken oder entwickeln.
Therapie als Kontrollinstanz	Von den Interviewpartnern genannte Beispiele: - Kontrolle/Überprüfung zur Erreichung der Ziele - Kontrolle der Suchtmittelfreiheit	Alle Interviewpartner bewerteten die Kontrolle durch die Therapeut/innen als wichtige und gute Methode, um die in der Sucht gelernten Verheimlichungstendenzen von suchtmittelabhängigen Menschen und dem Selbstbetrug durch Selbstbelügen bei Suchtmittelkonsum entgegenzuwirken.
Einzelgespräche	Gespräche Therapeut/in - Klient/in in regelmäßigen Abständen zu aktuellen Themen sowie zur Problematik, die zur Aufnahme der Therapie geführt hat.	Einzelgespräche bewerteten alle Befragten als sehr gut, um - in einem vertrauensvollen Kontakt belastende persönliche Probleme besprechen zu können, - um aktuelle Belastungen und Unsicherheiten besprechen zu können, - um Probleme im Gespräch aufdecken und Veränderungsmöglichkeiten erkennen zu können, - Übungen wie z.B. Konfrontationstrainings vor und nach zu besprechen.
Gruppengespräche	Regelmäßige Gruppensitzungen, in denen Themen oder aktuelle Probleme der Gruppenteilnehmer/innen besprochen werden	Gruppengespräche bewerteten alle Befragten als sehr gut, um - von anderen zu lernen, - zur Reflexion angeregt zu werden durch die Gedanken anderer.
Diskussionen	Diskussionen über Themen zur Entscheidungsfindung	Alle Interviewpartner bewerten Diskussionen zu Themen oder zu Verhaltensweisen als sehr positiv und hilfreich, um zu Entscheidungen zu kommen. Die Diskussion als Methode in Gesprächen bewerteten sie deshalb als sehr positiv.
Reflexion	Von Interviewpartnern genannte Beispiele: - Selbstreflexion in Gesprächen - Rückmeldungen durch Gruppenteilnehmer/innen und Mitklient/innen - Rückmeldung durch Therapeut/innen	Alle Befragten bewerteten Reflexionen und Rückmeldungen als gute und hilfreiche Methoden zur Überprüfung des eigenen „Standortes“ und der eigenen Entwicklungsrichtung sowie zur Bewusstmachung von eigenen Handlungsmustern und Verhaltensweisen etc.
Konfrontationsübungen ³⁰ und Selbstkontrollverfahren	Von Interviewpartnern genannte Beispiele: - bei Ängsten Konfrontation in Vivo, - bei mangelndem Selbstwertgefühl z.B. Bewerbungstraining, um in einem Bewerbungsgespräch sicher auftreten zu können in Form von Rollenspielen oder in Vivo - bei Angst vor Versagen z.B. Entwickeln von Zielformulierungen mit klaren Handlungsanweisungen und Arbeitsaufträgen	Konfrontation mit angstbesetzten, belastenden, unangenehm oder auch anstrengenden Situationen bewerteten die Befragten als sehr gute und wichtige Methode, um Erfolge und damit Belohnung zu erreichen, die zu weiteren Handlungen motivieren. In jeder Therapie sollte deshalb nach Aussagen der Interviewpartner Konfrontationsübungen eingesetzt werden (zur Vermeidung von Vermeidung).
Hausaufgaben	Von Interviewpartnern genannte Beispiele: - in Gesprächen vorbesprochene Konfrontationsübungen durchführen	Alle Befragten bewerteten Hausaufgaben als Übungen im Sinne eines Selbstsicherheitstrainings als sehr gut und wichtig für die Zielsetzung ein um ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben führen zu können.

30 Hier sind nicht nur die üblichen Konfrontationsübungen z.B. bei Ängsten gemeint, sondern auch die „Vermeidung“ von bisher vermiedenen Situationen, Erfahrungen etc.

Negativ bewertete Therapiemaßnahmen

Alle Interviewpartner äußerten sich zu Therapiemethoden oder Maßnahmen in der Therapie, die sie als negativ erlebten. Die Aussagen der Interviewpartner zu dieser Kategorie sind sehr deutlich. Sie bewerten alle die Therapiemaßnahmen als negativ und nicht hilfreich, die sie am Erreichen ihres Zieles der Suchtmittelfreiheit und dem Aufbau eines selbstbestimmten Lebens hindern. Genannt wurden hierzu von den Befragten z.B. explizit Ersatzdrogen (Methadon, Nemexin etc.), die eine Verschiebung des Problems bewirken könnten aber keine Lösung für das Problem/die Problemstellungen bieten. Viele Aussagen der Interviewpartner bewerteten das Therapeut/innenverhalten, wie z.B. kein vertrauenswürdiger Umgang mit persönlichen Informationen, ein nicht Ernstnehmen von Klient/innen, wechselnde Therapeut/innen, wechselnde Therapiemaßnahmen. Auch die mangelnde Klarheit und Offenheit von Helfenden, die ihnen Versprechungen gemacht haben, die sie nicht einhalten konnten bzw. die nicht der Realität entsprachen (z.B. Aussagen von Helfenden wie: „Ein cleanes Leben ist toll, da geht es Dir dann richtig gut.“) wurden benannt.

3 Zusammenfassung

Von Juni bis September 2005 wurden drei suchtmittelabhängige Menschen dazu befragt, was ihnen beim Ausstieg aus der Sucht geholfen hat. Die Bedeutung verhaltenstherapeutischer Methoden beim Ausstieg aus der Sucht sollte dabei besonders berücksichtigt werden. Die Auswertung der Interviews mit den suchtmittelabhängigen Menschen

erfolgte mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. Zusammenfassend lassen sich folgende Aussagen zur Wirksamkeit von (verhaltenstherapeutischen) Methoden beim Ausstieg aus der Sucht festhalten.

1. *Beginn des Ausstiegs aus der Sucht und Beginn einer therapeutischen Behandlung*

Die Befragten berichteten, dass sie Therapien als Mittel zum Ausstieg aus der Sucht gewählt hatten, weil es in ihrem Leben negative Veränderungen gab, die für sie negativer waren als der weitere Konsum. Genannt wurden von den Befragten lebensbedrohliche körperliche Zustände, Obdachlosigkeit oder drohende Obdachlosigkeit, Kontaktabbruch durch wichtige nahestehende Personen und Veränderungen im Lebensumfeld, die reizvoller waren als der weitere Konsum (insbesondere Kennenlernen von Partnern etc.). Die Interviewpartner berichteten also, dass sie immer dann einen Grund zur Aufnahme einer Therapie sahen, wenn sie einen weiteren Suchtmittelkonsum als negativer bewerteten als die Beendigung des Konsums. Der Reiz zum Aufhören muss nach Aussage der Interviewpartner höher sein, als der Reiz zum weiteren Konsum. Therapeutische Hilfen bewerteten sie allerdings als zusätzliche Hilfe. Die eigentliche Hilfe erfuhren sie durch positive Veränderungen im privaten Umfeld, insbesondere durch (suchtfreie) Partnerschaften und Liebesbeziehungen.

2. *Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapiedurchführung*

Die Interviewpartner berichteten, dass die Wirksamkeit von Therapien davon abhängt, unter welchen Voraussetzungen die Therapien stattfinden, welche Rolle die Therapeut/innen übernehmen

und ob die Inhalte der Therapien den Bedürfnissen der Befragten angemessen sind. Nur wenn angemessene Voraussetzungen gegeben sind, können nach Meinung der Interviewpartner therapeutische Behandlungen Wirkung erzeugen.

- Therapien sollten auf freiwilliger Basis stattfinden. Die Befragten berichteten, dass insbesondere der Wunsch nach positiver Veränderung der Lebensumstände eine Therapie positiv beeinflussen kann.
- Therapien sollten erreichbar sein und Betroffene nicht zusätzlich hindern/fordern (z.B. im Alltagsleben). Nach Aussagen der Befragten ist eine therapeutische Maßnahme nur dann solange sinnvoll, wie sie dem Klienten/der Klientin einen Nutzen bringt und diese/n nicht am (gesunden) Leben hindert.
- Therapeut/innen sollten für die Betroffenen Vorbilder sein. Sie sollten Wertschätzung, Kompetenz und Humanität gegenüber den Klient/innen zeigen und glaubhaft vertreten. Den Habitus des Therapeuten/der Therapeutin und den Umgang mit den Betroffenen bewerteten die Befragten als besonders wichtig, weil er/sie durch seine/ihre Haltung und Verhalten ein Vorbild sei.
- Inhaltlich sollten Therapien eine deutlich spürbare Verbesserung der Lebensumstände für die Betroffenen und eine spürbare Linderung des Leidensdruckes bewirken. Eine Therapie sollte Anleitung zur Selbsthilfe bieten, die Möglichkeit auf ein selbstbestimmtes Leben bringen und Betroffene persönlichen Zielen und Wünschen näher bringen. Die Befragten berichteten im Zusammenhang mit Erwartungen an eine therapeutische Behandlung, dass vordergründig nicht der Konsum an

sich aus ihrer Sicht zu behandeln ist, sondern die Ursachen, die zum Konsum geführt haben und Verhaltensweisen, die den Konsum aufrechterhalten (z.B. Mussturbation etc.). Eine therapeutische Behandlung sollte deshalb immer Themen der Vergangenheit (Ursprung der Sucht), der Gegenwart (aktuelles hinderliches Verhalten) und der Zukunft (Wünsche/Lebensperspektive und Übungsfeld) enthalten.

3. *Bewertung verhaltenstherapeutischer Methoden*

Die Interviewpartner berichteten, dass sie in ihrer speziellen Situation als suchtmittelabhängige Menschen alle die Methoden als gut und positiv bewerten, die ihnen eine Hilfe beim Ausstieg aus der Abhängigkeit sind. Grundsätzlich bewerteten die Befragten –wie schon erwähnt- positive Erfahrungen im direkten sozialen Umfeld (Partnerschaften) und insgesamt ein sicheres soziales Umfeld und sichere Lebensbedingungen als hilfreicher als therapeutische Maßnahmen. Die Befragten beschrieben insgesamt drei „Phasen“ in der therapeutischen Behandlung in denen verschiedene Methoden aus ihrer Sicht sinnvoll eingesetzt werden.

- Anfangs sollte nach Ansicht der Interviewpartner ein Durchbrechen des Konsums z.B. durch eine Entgiftungsbehandlung im Vordergrund stehen. Aufklärung und gute ausführliche Beratung über Sucht und Konsummuster bewerteten die Befragten in diesem Zusammenhang als gute Methoden.
- Bei der Durchführung der Therapie bewerteten die Befragten die Bearbeitung von Ursachen für die Suchtmittelabhängigkeit und Methoden zur Aufdeckung aufrechterhaltender

Verhaltensweisen als gut und positiv. Beispielsweise: Gespräche (Einzelgespräche und Gruppengespräche) zum Aufdecken von (erworbenen/erlernten) Denkmustern und Verhaltensmustern und zum Kennenlernen des eigenen ungünstigen Verhaltensmusters, Methoden der kognitiven Umstrukturierung, z.B. bei Mussturbationen, Vermeidung von Vermeidungsverhalten (Konfrontation), Kontrolle von Suchtmittelkonsum.

- Umsetzung des Erlernten mit dem Ziel ein selbstbestimmtes Leben aufzubauen durch den Aufbau alternativer Verhaltensweisen durch Übungen („Konfrontationen“, Hausaufgaben).

Zu den Bewertungen der verhaltenstherapeutischen Maßnahmen lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Interviewpartner alle die verhaltenstherapeutischen Methoden als positiv bewerteten, die ihnen beim Aufbau eines selbstbestimmten Lebens hilfreich waren und ihnen ein Maß an Unabhängigkeit sicherten. Der Erwerb von Wissen darüber, wie ein unabhängiges Leben funktionieren kann, was sie abhängig gemacht hat und wie sie Methoden erlernen können, um selbstbestimmt leben zu können, bewerteten die Befragten höher als die „bloße“ Suchtmittelfreiheit.³¹

Literatur

Friedrichs, Jürgen. (1980). Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Hopf, Christa & Weingarten, Elmar (1993). Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

Lazarsfeld, P. (1944). The controversy over detailed interviews- An offer for negotiation. In: Friedrichs, Jürgen (1980). Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Mayring, Philipp (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz-Verlag.

Ohlemacher, Thomas, Rüger, Arne, Schacht, Gabi & Feldkötter, Ulrike (2003). Gewalt gegen Polizeibeamtinnen und -beamte 1985-2000. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

31 Beispielsweise „Was sind Konfrontationsübungen“, Warum setzt man Konfrontationsübungen ein“, „Welche Hintergründe und Wirkungen können sie erzielen“ etc.

Komorbidität von Alkoholismus und Depression

Claudia Geltenpoth

Unna

„Was machst du da?“ fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf. „Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene. „Warum trinkst Du?“ fragte ihn der kleine Prinz. „Um zu vergessen“, antwortete der Säufer. „Um was zu vergessen?“ erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. „Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf. „Weshalb schämst du dich?“ fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. „Weil ich saufe!“ endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen.

Antoine de Saint-Exupéry : Der kleine Prinz

Inhalt

Einleitung

Depressive Alkoholabhängige oder alkoholabhängige Depressive - ein immer häufigeres Krankheitsbild?

1 Darstellung der Störungen

1.1 „Der Abhängige“ - Die Krankheit Alkoholismus

1.2 „Der Depressive“ - Die Krankheit Depression

2 Komorbidität

2.1 Begriffsbestimmung

2.2 Erklärungsmodelle der Komorbidität

2.3 Unterscheidung von primärer und sekundärer Erkrankung

2.4 Was war zuerst da? Das Huhn oder das Ei? Wissenschaftliche Beiträge zur Komorbiditätsforschung

3 Behandlungsmöglichkeiten

3.1 Bittere Pillen?

Medikamentöse Behandlungsansätze

3.2 Skinner, Pawlow und Co.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsansätze

4 Ausblick

Doppeldiagnose = Doppelbehandlung?

Literatur

Einleitung

Depressive Alkoholabhängige oder alkoholabhängige Depressive - ein immer häufigeres Krankheitsbild?

Depressiv sein und als Reaktion darauf zur Flasche greifen - alkoholkrank und in der Folge auch noch depressiv werden: Dieser Teufelskreis betrifft wahrscheinlich Hunderttausende Menschen. Die Anzahl der diagnostizierten Komorbidität in den Kliniken steigt stetig an – man wird sich der Verbreitung der Kombination von Alkoholismus und Depression zunehmend bewusster.

Die Behandlung von Patient/innen mit

Doppeldiagnosen stellt die standardisierten Behandlungsangebote auf eine harte Probe, da psychiatrische Stationen oder Suchtbehandlungen zumeist nicht ausreichend auf komorbide Patient/innen zugeschnitten sind und so die Patient/innen wegen der jeweils anderen Störung eine Verdrängung aus beiden Bereichen erfährt. So wird der Patient / die Patientin zumeist in zeitlich aufeinander folgenden Behandlungen aufgenommen. Drake schreibt: „Sie passen nicht so richtig in bestehende Behandlungsangebote, weder im psychiatrischen Versorgungssystem noch im Suchtbereich“.¹ Ziel sollte daher die

1 Drake, R. E., McLaughlin, P., Pepper, B. & Minkoff, K. (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch: Ein Überblick. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, Th. (Hrsg.). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzept für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 212.

Spezialisierung auf komorbide Patient/innen sein oder eine engere Verknüpfung beider Behandlungssysteme.

1 Darstellung der Störungen

1.1 „Der Abhängige“ - Die Krankheit Alkoholismus

Im Jahre 1778 bezeichnete Trotter erstmalig Trunksucht als Krankheit und erst 1968 definierte das Bundessozialgericht der BRD Alkoholismus als Krankheit mit Kontrollverlust und des Nichtaufhörenkönnens.²

Manchmal ist die Diagnosestellung einer Alkoholabhängigkeit problematisch, da die Übergänge zwischen unproblematischem Gebrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit fließend sind.

Da in Deutschland zumeist der ICD-10 in der Praxis zur Anwendung kommt, beschränke ich mich hier auf seine klinisch-diagnostischen Leitlinien und gehe nicht weiter auf das Diagnosesystem des DSM IV, das zumeist in Amerika oder in der Forschung Verwendung findet, ein.

Diagnostische Kriterien einer Abhängigkeit nach ICD-10:

Alkoholismus ist eine Abhängigkeitserkrankung, die eine an ein Mittel -hier: Alkohol- gebundene Erkrankung darstellt. Im Verlauf führt diese zu erheblichen und spezifischen Schäden der körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen. Bis heute ist Alkohol die am meisten verbreitete Droge.³ Über Jahrtausende war Alkohol als Genussmittel mit anregender sowie entspannender Wirkung, jedoch auch als suchtmachendes Gift bekannt.⁴ Für die Alkoholabhängigkeit ergibt sich ein Geschlechterverhältnis zwischen Frauen und Männern von etwa 1:10.⁵ Vermutungen gehen von 2-5 % Alkoholabhängiger in der Gesamtbevölkerung aus; das wären ca. 2,5 Millionen Alkoholabhängige in Deutschland.⁶ Zu beachten ist sicherlich der aus der Erkrankung resultierende wirtschaftliche Schaden. Die Behandlung des Alkoholismus und seiner Folgeschäden fallen in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen (größtenteils Entzugsbehandlungen, Krankenhausaufenthalte) oder Rentenversicherungen (insbesondere Entwöhnungsbehandlungen).

2 vgl. Schmidt, L. (2002). Begriffsbestimmungen (Kapitel 1). In: Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.): Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 7.

3 vgl. Rahn, E. & Mahnkopf, A. (1999). Lehrbuch der Psychiatrie – für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 387.

4 vgl. Fichtner, M. (1997). Epidemiologie von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. Heidelberg: Springer Verlag. S. 1.

5 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 488.

6 vgl. Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.) (2002). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.; vgl. Trenckmann, U. & Heinz, Th. W. (1997). Alkohol und Depression. Wie Sie die Doppelerkrankung besiegen. Neue Möglichkeiten der kombinierten Behandlung. Stuttgart. S. 16, S. 20 & S. 59; vgl. Rahn u.a. (1999). S. 397; Fichtner, M. (1997). Epidemiologie von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. Heidelberg: Springer Verlag. S. 2; vgl. Bühringer, G. (1996). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Kapitel 12). In: Margraf, J. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin: Springer. S. 218, mit Verweis auf Hüllinghorst (1994).

Die diagnostischen Kriterien für das Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2) nach ICD-10 werden an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt. Mindestens drei der Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose der Abhängigkeit stellen zu können:

Abhängigkeit F10.2
1. Starker Wunsch/Zwang nach Substanzkonsum
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom und Substanzkonsum mit dem Ziel der Entzugssymptomreduzierung
4. Toleranzentwicklung
5. Vernachlässigung von Vergnügen oder Interessen
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen
7. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit psychotropen Substanzen

Der Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung ist nach E. M. Jellinek in vier Phasen unterteilt, die an dieser Stelle nur in verkürzter Form dargestellt werden:⁷

Vorlaufphase

Diese Phase ist durch gelegentliches Erleichterungstrinken, Toleranzerhöhung und dauernder Suche nach Erleichterung geprägt.

Anfangsphase

Prägende Elemente sind heimliches Trinken, dauerndes Denken an das Suchtmittel, gieriges Trinken, Schuldgefühle aufgrund des Konsums und zunehmende Häufigkeit von Gedächtnislücken.

Kritische Phase

Kontrollverlust, Erklärungsversuche für das Verhalten, soziale Belastung, Aggressivität, übertriebene Selbstsicherheit nach Außen, dauernde Schuldgefühle, verändertes Trinkverhalten, Anlegen von Alkoholvorräten, Familienkonflikte, Perioden völliger Abstinenz, Arbeitsplatzverlust, Interessenverlust, Selbstmitleid, Fluchtgedanken, Verminderung des Sexualtriebs, Vernachlässigung der Ernährung, erste organische Beschwerden, erste alkoholbedingte Krankenhauseinweisungen.

Chronische Phase

Verlängerte Rausche, zwanghafter Konsum, Verlust sozialer Bindungen, ethischer Abbau, Alkoholintoleranz, Beeinträchtigung des Denkens, Entzugssymptome, Versagen des Erklärungssystems, Zusammenbrüche, Alkoholdelir oder alkoholbedingte Krampfanfälle, Trinken mit Personen unter dem eigenen Niveau, undefinierbare Ängste, unbestimmte religiöse Wünsche, Suizidversuche.

Nicht alle Kennzeichen der jeweiligen Phasen müssen zum Zwecke einer genauen Zuordnung erfüllt sein.

Zudem prägte E. M. Jellinek die fünf charakteristischen Formen der Alkoholabhängigkeit, die anhand der Buchstaben des griechischen Alphabets mit der Bezeichnung „Alpha-“, „Beta-“, „Gamma-“, „Delta-“ und „Epsilon-Typ“ be-

7 vgl. Trenkmann u.a. (1997). S. 20 ff.; Schneider, R. (1998). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Hohengehren: Schneider Verlag. S. 108 ff. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Phasen ist bei Schneider (1998) zu finden.

nannt sind. Die Trinkertypen werden ebenfalls nur in verkürzter Form dargestellt.⁸

Alpha-Typ: Konflikt-, Problemtrinker, die eine psychische Abhängigkeit entwickeln, jedoch jederzeit ihren Konsum beenden können. Ansonsten ist der Konsum unauffällig.

Beta-Typ: Gelegenheitstrinker, die sich zwar körperlich schädigen können, aber keine psychische oder physische Abhängigkeit entwickeln. Der Typus Gelegenheitstrinker ist durch phasenhaften exzessiven Alkoholkonsum, häufig an Wochenenden, geprägt.

Gamma-Typ: Der „abhängige Trinker“ weist eine psychische und physische Abhängigkeit mit Kontrollverlusten, Entzugssymptomen und Folgeschäden psychischer, physischer oder sozialer Art auf.

Delta-Typ: Der Spiegeltrinker zeichnet sich, wie bereits sein Name sagt, durch einen bestimmten Alkoholspiegel, den es zu halten gilt, aus. Das Trinkverhalten ist zumeist kontrollierbar und Abstinenzphasen können eingehalten werden. Charakteristisch ist jedoch die Gewöhnung an eine bestimmte Menge Alkohol, deutliche Entzugserscheinungen und das Nichtaufhörenkönnen.

Epsilon-Typ: Quartalstrinker. In Ab-

grenzung zum Beta-Typus ist hier ein exzessiv-unkontrollierter Alkoholkonsum in bestimmten Phasen gegeben.

„Die Abhängigkeit verändert auf Dauer den ganzen Menschen und raubt ihm seine Würde. Die Auswirkungen auf die Seele, den Körper und die soziale Existenz sind derart vielfältig, dass sie im Detail kaum auszuführen sind“.⁹ Zudem ist die Frühsterblichkeit bei Abhängigen hoch (z.B. durch körperliche Folgeschäden wie Leberzirrhose) und das Suizidrisiko ist bei Alkoholikern 60-120mal höher als für Personen ohne eine psychische Erkrankung.¹⁰ Dem Suchtkranken wird jedoch häufig die Schuld für sein Schicksal selbst zugeschrieben, für dessen Folgen er auch verantwortlich sei.

1.3 „Der Depressive“ - Die Krankheit Depression

„Depressionen sind die Krankheit der leeren seelischen Batterie“.¹¹ Statistisch gesehen leiden etwa 17 % der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens (Lebenszeitprävalenz) an einer Depression.¹² Die Lebenszeitprävalenz liegt bei etwa 25 % bei Frauen und bei etwa 12 % bei Männern.¹³ Diesbezüglich korrespondierend geben sich fast doppelt so viele Frauen wie Männer wegen einer Depression in Behandlung.¹⁴ In diesem Abschnitt wird auf eine detaillierte Diagnostik verschiedener de-

8 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 36 ff.; Schmidt (2002). S. 6. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Typen ist bei Trenckmann u.a. (1997) zu finden.

9 Rahn u.a. (1999). S. 413.

10 vgl. Feuerlein, W. (2002). Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholkonsums (Kapitel 3). In: Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 36; Singer u.a. (2002). S. 36; Fichtner (1997). S. 9, mit Verweis auf Murphy & Wetzel (1990).

11 Trenckmann u.a. (1997). S. 77.

12 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 41; Hautzinger, M. (1996). Depression (Kapitel 7). In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin: Springer. S. 121.

13 vgl. Hoffmann, N. & Hoffmann, B. (2001). Verhaltenstherapie bei Depressionen. Lengerich. S. 7.

14 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 41; Rahn u.a. (1999). S. 311.

pressiv geprägter affektiver Störungen (bipolare und unipolare affektive Störungen, depressive Störungen mit oder ohne psychotische Symptome) verzichtet. Von Interesse ist lediglich die depressive Symptomatik.

Diagnostische Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10:

Da die Grenze zwischen depressiv und gesund und somit der Übergang zwischen Wohlbefinden und Depression fließend ist, erschwert dies die Aufgabe der Diagnosestellung einer Depression. In erster Linie ist eine Depression eine Erkrankung der Affekte und wird auch im ICD-10 unter den Affektiven Störungen klassifiziert.

Eine depressive Episode (F32) muss folgenden Forschungskriterien des ICD-10 entsprechen:

Symptomgruppe der depressiven Störung (F32)	
Hauptsymptome	Andere häufige Symptome
Depressive Stimmung	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
Verlust an Interesse oder Freude	Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
Verminderter Antrieb oder schnelle Ermüdbarkeit	Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
	Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
	Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
	Schlafstörungen
	Verminderter Appetit

Die diagnostischen Leitlinien geben als Mindestdauer zwei Wochen für die gesamte Episode an. Für die Diagnose einer leichten depressiven Episode (F32.0) ist das Vorhandensein von zwei Hauptsymptomen und zwei Zusatzsymptomen erforderlich, für die mittlere depressive Episode (F32.1) müssen 2-3 Haupt- und 3-4 Zusatzsymptome sowie für die schwere depressive Episode (F32.2) drei Haupt- und mindestens vier Zusatzsymptome vorliegen.

Kodiert werden so unterschiedliche Schwere und Ausprägungsgrade; zusätzlich sollte überprüft werden, ob zu den affektiven Symptomen Wahnsymptome vorhanden sind.

Neben der Fremdbeurteilung auf Grundlage des ICD-10 stellt das BDI (Becks-Depressions-Inventar) ein in der Praxis weit verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads einer depressiven Symptomatik dar.

Für alle depressiven Episoden muss eine unterschiedlich schwere Einschränkung bezüglich der Fortsetzung sozialer, häuslicher und/oder beruflicher Aktivität vorliegen. Zudem sollte für einen psychotherapeutischen Zugang zur Depression eine erweiterte Beschreibung der Depression um die Ebenen der motivationalen, kognitiven und interpersonellen Beschwerden stattfinden¹⁵:

Somatische Beschwerden	Schlafstörungen, Appetitverlust, Magen-Darm-Beschwerden u.a.
Motorische Beschwerden	Agiertheit, Verlangsamung, Hemmung, Inaktivität

15 vgl. Rahn u.a. (1999) S. 321, mit Verweis auf Hautzinger u.a. (1988).

Emotionale Beschwerden	Angst, niedergeschlagene Stimmung, Verzweiflung, Leere
Motivationale Beschwerden	Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit
Kognitive Beschwerden	Gedächtnisschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten, Grübeln, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Sorgen um die eigene Gesundheit, Zukunft und Fähigkeiten
Interpersonelle Beschwerden	Sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung der kommunikativen und sozialen Fähigkeiten

Zu beachten ist, dass nicht alle Menschen gleich leiden. Die Gestaltung des depressiven Leidens ist von Geschlecht, Alter, kultureller Prägung, Persönlichkeit und Milieu abhängig.¹⁶ Zudem ist die Depression gegenüber Trauer und pathologischen Trauerreaktionen abzugrenzen.

Von Depression betroffene Personen leiden nicht ausschließlich unter einem „Bedrücktsein“, sondern auch unter dem Verlust zukünftiger Perspektiven sowie der mangelnden Vorstellung von Entwicklung und Veränderung. Auffällig sei, so Rahn u.a., dass depressive Patient/innen im Vorfeld der Erkrankung über belastende Ereignisse berichten und in der Entwicklungsgeschichte

überzufällig häufig belastende und traumatische Ereignisse gefunden werden. Für die Entwicklung einer Depression spielen nicht nur das Ereignis an sich eine Rolle, sondern die Bewertung und Bewältigung der Belastung sowie die soziale Reaktion und die Unterstützung durch die Bezugspersonen. Als bedeutsam scheinen die Kognitionen des Erkrankten, also die Art der eigenen Urteile, der Werte und Sinngebungen, die insgesamt die kognitiv-affektive Binnenstruktur bilden.¹⁷

Eine Depression kann als ein Symptomkomplex beschrieben werden, der biologische, soziale und psychologische Aspekte aufweist. Hell fragt darüber hinaus nach der Botschaft einer Depression, dem „wozu“. Eine Depression wird bei Hell als eine menschliche Möglichkeit gesehen, um auf eine innere oder äußere Problematik bzw. auf eine Notsituation zu reagieren.¹⁸ Demzufolge kann eine Alkoholabhängigkeit als eine sog. Notsituation angesehen werden, auf die -vor dem Hintergrund mangelnder Bewältigungs- und Lösungsstrategien- mit einer Depression reagiert wird.

Die Suizidrate bei an einer Depression erkrankten Menschen beträgt etwa 15 %.¹⁹ Wird die Depression jedoch erfolgreich behandelt, so können die meisten Betroffenen zu ihrer normalen Verfassung und Leistungsfähigkeit zurückkehren.²⁰

16 vgl. Hell, D. (1992). Welchen Sinn macht Depression? Das depressive Geschehen als Schutz und Botschaft. Ein integrativer und evolutionärer Ansatz. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag. S. 37.

17 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 312, 326, 330.

18 vgl. Hell (1992). S. 15 ff.

19 vgl. Hoffmann u.a. (2001). S. 8, mit Verweis auf Hautzinger und Bronisch (2000); Wyeth Pharma GmbH (2004). Die Seele leidet, der Körper spricht. Depression verstehen - bei der Bewältigung helfen. Münster. S. 53.

20 vgl. Schramm, E. (1998). Interpersonelle Psychotherapie. 2. durchges. und aktualisierte Auflage. Stuttgart. S. 307.

2 Komorbidität

2.1 Begriffsbestimmung

Im Klinikalltag bedeutet der Begriff „Komorbidität“, dass ein Patient / eine Patientin mehr als eine Krankheit oder Störung aufweist; demzufolge ein zeitlich gemeinsames Auftreten von zwei oder mehreren Krankheiten vorliegt. Im Alltag wird häufig auch der Begriff „Mehrfacherkrankung“, „Duale Diagnose“, „Doppeldiagnose“ bzw. „Doppelstörung“ verwandt.

In Bezug auf den Suchtbereich bedeutet dieses, dass neben der Abhängigkeitserkrankung mindestens eine weitere psychische Diagnose gestellt werden kann. Zumeist sind es Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Störungen durch andere psychotrope Substanzen, psychoseähnliche Phänomene und hirngorganische Psychosyndrome.²¹ „Der grundsätzliche Vorteil des Komorbiditätskonzeptes besteht in der Möglichkeit, mehrere auf gleichem methodischem Niveau erfasste psychiatrische Störungen (Diagnosen) auf ihre Beziehung zueinander zu untersuchen“.²²

Fehr fand heraus, dass alkoholabhängige Menschen ein deutlich erhöhtes Ri-

siko in Bezug auf das Auftreten einer Depression haben.²³ Im Gegenzug hierzu haben Patient/innen mit einer Depression ein um ca. 1,7-fach erhöhtes Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln.²⁴ Trenckmann u.a. fanden in ihrer Studie heraus, dass fast ein Drittel der behandelten Alkoholkranken zudem an einer Depression litten. Ein Drittel wies eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen auf und bei einem Drittel war keinerlei Komorbidität festzustellen.²⁵ Fichtner berichtet von einer Komorbiditätsrate von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und einer anderen psychischen Erkrankung von 53 %.²⁶

Im Gegenzug hierzu treten jedoch auch depressive Syndrome in Verbindung mit vielfältigen anderen psychischen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Zwänge, Essstörungen, Schizophrenien etc., nebst vielfältiger Süchte, auf.²⁷ Folglich weisen Depressionen eine hohe Rate (75-90 %) an Komorbidität auf.²⁸

Leidet ein Mensch nun an zwei Erkrankungen, folglich an einer Alkoholabhängigkeit und an einer Depression, so ist es für die betroffene Person zumeist umso schwieriger, die Doppelerkrankung zu überwinden.

21 vgl. Jung, M. (2001). Komorbide psychische Störungen bei alkoholabhängigen Frauen und Männern in stationärer Behandlung. Tübingen. S. 10; Rahn u.a. (1997). S. 411.

22 Driessen, M. (1999). Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Darmstadt: Steinkopf Verlag. S. 1.

23 vgl. Fehr, M. (2001). Depressive Störungen bei stationär behandelten AlkoholikerInnen und deren Einteilung in „primäre“ und „sekundäre“ Depression. Eine Untersuchung an einer klinischen Stichprobe. Zürich. S. 20.

24 vgl. Soyka, M. (2002). Alkohol und Psychiatrie (Kapitel 27). In: Singer, M.V. & Teyssen, S. (Hrsg.). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. S. 422.

25 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S.55 ff.

26 vgl. Fichtner (1997). S. 10, mit Verweis auf Regier et al. (1990).

27 vgl. Hautzinger (1996). S. 122; Hoffmann u.a. (2001). S. 9.

28 vgl. Hoffmann u.a. (2001). S. 9.

2.2 Erklärungsmodelle der Komorbidität

Im Hinblick auf die Ätiologie für die hohe Komorbidität von Alkoholismus und Depression zeigen Fehr, Jung und Schuckit drei Modelle der Wirksamkeitsmechanismen bzw. Zusammenhänge auf.²⁹

1. Die eine Störung ist Folge der anderen Störung:

a) Alkoholismus als fehlgeleiteter Selbstheilungsversuch bzw. Alkoholismus als konditionierte Reaktion auf Depression: durch die stimmungsaufhellende Wirkung des Alkohols kommt es bei negativen Emotionen zu einer Konditionierung, so dass mit der Zeit negative Gefühle Lust auf Alkohol auslösen können. „Den Gefühlen mit Alkohol einen kleinen Schubs geben“, so schreibt das NEON-Magazin in seiner neuesten Ausgabe.³⁰ Trenckmann u.a. und Bühringer weisen drauf hin, dass Depressive zur Beendigung negativer emotionaler und sozialer Situationen und zum Erreichen des stimmungsaufhellenden Effektes immer größere Trinkmengen benötigen, um die schlechte Befindlichkeit zu bekämpfen.³¹ Folglich kann aufgrund einer als negativ empfundenen affektiven Episode ein (exzessiver) Alkoholkonsum folgen. So stelle diese Selbstmedikationshypothese den bekanntesten Ansatz zur Er-

klärung der Verzahnung von Depression und Alkoholismus auf der psychologischen Ebene dar und stehe in Verbindung mit den Begriffen wie Trinkmotivation, Wirkungstrinken, Spannungs-Reduktions-Trinken oder Problemtrinken.³² Musil schrieb: „Es hat keinen Sinn, Sorgen in Alkohol ertrinken zu wollen, denn Sorgen sind gute Schwimmer“. ³³ Dieses Problemtrinken kann bei manchen Menschen den Weg in die Abhängigkeit bahnen.³⁴

b) Depression als Folge der psychosozialen Probleme, beispielsweise Arbeitsplatzverlust, Führerscheinverlust, Partner/innenverlust etc. durch den Alkoholismus.

c) Depression als Folge von Alkoholintoxikation oder -entzug.

2. Beide Störungen treten unabhängig voneinander auf:

Alkoholismus und affektive Störungen können unabhängig, rein zufällig, voneinander auftreten, wobei die beiden unabhängigen Störungen die gleiche Ursache bzw. den gleichen Auslöser haben könnten und deshalb gehäuft gemeinsam auftreten können. Beispielsweise könnten die gleichen negativen Lebensereignisse sowohl zur Alkoholabhängigkeit als auch zur Depression führen oder die Prädisposition für beide Erkrankungen wird gemein-

29 vgl. Fehr (2001). S. 17, mit Verweis auf Schuckit (1986), Fehr (2001). S. 20; Jung (2001) S. 10 ff. u. S. 28.

30 Neon- Magazin. (2005). Wollt Ihr was trinken? Zwölf Regeln für den richtigen Umgang mit Alkohol – und was geschieht, wenn man sie bricht. Dezember 2005, (Seite 57-69). S.60.

31 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 21; Bühringer (1996). S. 240.

32 vgl. Driessen, M., Dierse, B. & Dilling, H. (1994). Depressive Störungen bei Alkoholismus. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, Th. (Hrsg.). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzept für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 42.

33 NEON-Magazin (2005). S. 66.

34 vgl. Soyka, M., Hollweg, M. & Naber, D. (1996). Alkoholabhängigkeit und Depression. In: Nervenarzt, Ausgabe 67. S. 902.

sam vererbt.³⁵ Die Alkoholabhängigkeit und die Depression, bei denen u.a. anlagebedingte oder organische Faktoren zu finden seien, zeigten sehr häufig parallele Verläufe.³⁶ So weist auch Soyka u.a. auf Hinweise bzgl. phänomenologischer, genetischer und neurobiologischer Querverbindungen hin.³⁷ Folglich scheint es trotz schon bestehender Erklärungsmodelle insbesondere noch Klärungsbedarf bzgl. der genetischen und biologischen Modelle zu den Wirkungsmechanismen beider Erkrankungen zu geben.

Dass die beiden Erkrankungen ohne eine kausale Beziehung nebeneinander bestehen, wird von Fehr aufgrund der hohen Komorbidität als unwahrscheinlich erachtet.³⁸ Die Häufigkeitsraten des gemeinsamen Auftretens von Alkoholismus und affektiven Störungen würden nach Maier u.a. und Kapfhammer die zufälligen Erwartungsraten übersteigen.³⁹

Ein Zusammentreffen beider Störungen allein nach Zufallswahrscheinlichkeit betrage ca. 2 %, jedoch spreche die real beobachtete Prävalenz einer Koexistenz für ein 2- bis 3-fach erhöhtes Risiko.⁴⁰ Dass es im Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung zumindest kurzfristig zum Auftreten depressiver Symptome kommt, sei fast obligat.⁴¹

2.3 Unterscheidung von primärer und sekundärer Erkrankung

Ob eine psychische Störung nun als primär oder sekundär klassifiziert werden kann, ist entweder abhängig von

- a) dem Zeitpunkt des Beginns (chronologische Kriterien) oder von
- b) der Schwere der Ausprägung (Zustandsbild).

In der Literatur erfolgt die Einteilung in eine primäre und sekundäre Form des Alkoholismus bzw. vice versa Depression. Beispielsweise verweisen die Autoren Trenckmann u.a. und Jung auf die primäre/sekundäre Alkoholabhängigkeit, wohingegen Soyka u.a. und Fehr von primärer/sekundärer Depression sprechen. Als primäre oder sekundäre Erkrankung wird vor dem Hintergrund der hier verwendeten Literatur die Störung an sich bezeichnet, auf der das Hauptaugenmerk der Behandelnden bzw. der Autoren liegen. Inhaltlich werden jedoch chronologische Kriterien zur Einteilung in primär oder sekundär zu Grunde gelegt.

Welche Störung nun als primär oder sekundär zu kennzeichnen sei, lasse sich durch Beginn, Dauer und Behandlungsperioden in Verbindung mit größeren Life-Events und Lebensschwierigkeiten determinieren.⁴² Trotzdem könnten falsche zeitliche Zuordnungen seitens

35 vgl. Fehr (2001). S. 20 ff.; Maier, W., Linz, M. & Freyberger, H. J. (1997). Komorbidität von Substanzabhängigkeit und anderen psychischen Störungen. In: Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung. Heidelberg: Springer Verlag. S. 80 ff.; Schneider (1998). S. 63; Driessen u.a. (1994). S.46; Soyka u.a. (1996). S. 900. Weitere Informationen zur Thematik der Vererbung sind bei den eben genannten Autoren zu finden.

36 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 61.

37 vgl. Soyka u.a. (1996). S. 901.

38 vgl. Fehr (2001) S. 21.

39 vgl. Maier u.a. (1997). S. 78; Kapfhammer, H.-P. (2004). Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004, 5 (3). S. 30.

40 vgl. a.a.O. S. 30.

41 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 320.

42 vgl. Maier u.a. (1997). S. 82.

der Patient/innen zu falschen Ergebnissen führen, so dass eine Bestimmung des zuerst aufgetretenen Syndroms schwierig sein könnte.

Zu beachten ist jedoch: Depressive Zustände während der Intoxikation oder des Entzuges sollten nicht als unabhängige Störung betrachtet werden, sondern als substanzinduzierte Störung. Allgemein bedeutet dies, dass im Falle einer Störung durch psychotrope Substanzen dies zur Entwicklung einer anderen Störung führt; somit wird das zweite Syndrom als substanzinduzierte Störung klassifiziert.⁴³ Die substanzinduzierten Störungen tendieren dazu, dem Verlauf der zugrundeliegenden Substanzabhängigkeit zu folgen und remittieren bei Abstinenz oder bei erfolgreicher Behandlung der Abhängigkeitserkrankung.⁴⁴ So könne beispielsweise eine Reduktion der depressiven Symptome während einer 4- bis 5-wöchigen Alkoholabstinenz beobachtet werden.⁴⁵ Daher sollte hier gegenüber einer vorschnellen Stellung einer Komorbidität bzw. einer Doppeldiagnose Vorsicht geboten sein.

Langfristig ist jedoch die Manifestation einer Depression aufgrund von beispielsweise sozialen Folgeschäden wie Scheidung und Arbeitslosigkeit möglich. Unter solchen Umständen kann eine duale Diagnose gestellt werden, bei der die Depression als sekundäre Diagnose festgehalten werden sollte. Eine erfolgreiche Behandlung der sekundären Depression könne auch die Symptome der Substanzabhängigkeitsstörung vermindern, so Maier u.a.⁴⁶

Im psychiatrischen Alltag werden depressiv Alkoholabhängige oder alkoho-

labhängige Depressive zumeist erst alkoholbedingt behandelt, da eine Abhängigkeitserkrankung zumeist offensichtlicher ist. Da eine Entzugsbehandlung in den meisten Fällen keine langfristige Abstinenz bewirkt, kann ein sogenannter nasser Zustand erhebliche negative Auswirkungen auf eine offen-stationäre, teilstationäre oder ambulante Depressionsbehandlung haben. Obwohl in der gängigen Literatur zumeist eine chronologische Zuordnung favorisiert wird, wird die Entscheidung in der Praxis nach dem Schweregrad des jeweiligen Zustandes und der möglichen krankheitsbedingten Beeinflussung auf eine bevorstehende Behandlung getroffen. Sollte beispielsweise die Alkoholabhängigkeit so stark ausgeprägt sein, dass dies eine Behandlung auf einer Depressionsstation stark negativ beeinflussen würde, so wird der Patient / die Patientin zuerst eine Entwöhnungsbehandlung erfolgreich absolvieren müssen, um dann die depressive Symptomatik – falls diese nicht ausreichend mitbehandelt werden konnte – anzugehen. Um eine Aufnahme in der Entwöhnungsbehandlung zu garantieren, muss als primäre Erkrankung eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert sein, da ansonsten keine Kostenzusage seitens der Leistungsträger erfolgt. Ob die Abhängigkeitserkrankung dann nun wirklich als primäre Erkrankung im chronologischen Sinne im Vordergrund steht, sei dahingestellt.

Die Unterteilung in primäre oder sekundäre Erkrankung unter chronologischen Gesichtspunkten kann für Patient/innen in Bezug auf ihr Krankheitsverständnis und die Zusammenhänge sicherlich hilfreich sein.

43 vgl. Maier u.a. (1997). S. 76.

44 vgl. a.a.O. S. 82, mit Verweis auf Schuckit (1994), Woody et al. (1995).

45 vgl. Kapfhammer (2004). S. 31.

46 vgl. Maier u.a. (1997). S. 86.

2.4 Was war zuerst da? Das Huhn oder das Ei? Wissenschaftliche Beiträge zur Komorbiditätsforschung

Zum Verständnis der komorbiden Erkrankung stellt sich – wie die existentielle Suche nach der Gewissheit der Erstexistenz von Huhn oder Ei – die Frage: „Was war denn nun zuerst da? Und wie sind die Zusammenhänge?“. Eine Antwort auf diese Fragen können dem Patienten möglicherweise ein höheres Verständnis für seine Doppeldiagnose sowie auch eine höhere Krankheitsakzeptanz und somit eine höhere Therapiemotivation geben.

An dieser Stelle werden einige wissenschaftliche Beiträge zum chronologischen Zusammenhang und genderbezogenen Auffälligkeiten dargestellt.

Die Mehrzahl der Autor/innen vertritt die Ansicht, nach der die Depression als Folgeerkrankung einer Alkoholabhängigkeit anzusehen sei. Die Häufigkeit von primär depressiven Syndromen sei wesentlich geringer als die sekundär depressiven Syndrome und nur bei 10% der Patient/innen ist der Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch als Folge der Depression festzustellen.⁴⁷ Driessen fand in seiner Untersuchung heraus, dass primäre Depressionen bei 2% bis 43% der untersuchten Alkoholabhängigen und sekundäre bei 12% bis 51% gefunden wurden.⁴⁸ Obwohl die Zahlen sehr ungenau sind, lässt sich tendenziell die Depression als eher sekundär beurteilen. Dies verifiziert eine

retrospektiven Befragung von Probanden; bei der Frage, welche der Störungen zuerst da war, wurde in der Mehrzahl (zwischen 60% und 80%) die Antwort genannt, dass die Depression den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgte.⁴⁹

Driessen und Kapfhammer vertreten beide die Ansicht von der vergleichbaren Häufigkeit, bei der der Alkoholismus sowohl einer depressiven Störung vorausgehen als auch dieser zeitlich nachfolgen kann.⁵⁰

Interessant scheinen genderbezogene Unterschiede. So fand Driessen später heraus, dass Frauen häufiger primär unter einer depressiven Störung leiden, wohingegen der überwiegende Anteil männlicher Alkoholabhängiger den Alkoholismus primär und die Depression sekundär entwickeln.⁵¹ Dies konnte auch Fehr nachweisen, indem in ihrer Untersuchung etwa ein Drittel der alkoholabhängigen depressiven Frauen unter einer primären (im chronologischen Sinne) Depression leiden, während dies nur bei ca. einem Drittel der depressiv alkoholabhängigen Männern der Fall ist.⁵²

Somit ist bei Frauen der Alkoholismus häufiger als bei Männern Ausdruck einer depressiven Erkrankung und lässt bei Frauen auf die Selbstmedikationshypothese schließen. Bei Männern scheint hingegen die Hypothese der Depression als Folge des Alkoholismus und der damit häufig in Verbindung stehenden psychosozialen Probleme plausibel zu sein.

47 vgl. Sokya u.a. (1996). S. 896; Sokya (2004). S. 39.

48 vgl. Driessen (1999). S. 17.

49 vgl. Hoffmann u.a. (2001). S. 9, mit Verweis auf Hautzinger und Bronisch (2000).

50 vgl. Driessen (1994). S. 46; Kapfhammer (2004). S. 30.

51 vgl. a.a.O. S. 17, mit Verweis auf Roy (1996).

52 Fehr (2001). S. 35.

3 Behandlungsmöglichkeiten

Das Erkennen und Klassifizieren von zwei nebeneinander stehenden oder sich gegenseitig bedingenden Störungen, wie Alkoholismus und Depression, ist bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten und Therapiemethoden von großer Relevanz. Hierbei ist die Differenzierung in primäre und sekundäre Störung von Bedeutung. Ausschließlich eine Behandlungsmethode an sich wird den individuellen Bedürfnissen eines Patienten / einer Patientin zumeist nicht gerecht. Eine „Patentbehandlung“ oder eine „Behandlung à la carte“, die die Vorgehensweise der Behandlung bei komorbiden Störungen vorgibt, scheint es in der Literatur nicht zu geben.

Störungs- und patientenspezifische Variablen, Persönlichkeit und Ressourcen der Patient/en, frühere Behandlungsmethoden und Bevorzugung einer bestimmten Behandlungsmethode sollten bei der Auswahl des therapeutischen Vorgehens beachtet werden.

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem medikamentösen und verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsansatz im Hinblick auf die Doppel-diagnose Alkoholismus und Depression. Für beide Störungsbilder gibt es noch eine Vielzahl an anderen Behandlungsansätzen; diese jedoch dezidiert darzustellen wäre jedoch ein zu weites Feld.

3.1 Bittere Pillen?

Medikamentöse Behandlungsansätze

Bei der medikamentösen Behandlung der Depression haben zumeist so ge-

nannte Antidepressiva eine große Bedeutung, die jedoch zumeist nur bei mittleren bis schweren Depressionen, die sich bereits über einen längeren Zeitraum manifestiert haben, eingesetzt werden. Insbesondere bei Suizidgedanken ist eine Pharmakotherapie dringend erforderlich. Bei eher leichten Depressionen kann ein pflanzliches Johanniskrautpräparat verordnet werden. Die Wirkungsweise von Antidepressiva ist ein Ausgleich des gestörten Gleichgewichts von Neurotransmittern, hauptsächlich Noradrenalin und Serotonin, im Gehirn.⁵³ Je nach dem depressiven Zustandsbild können passende Antidepressiva ausgewählt werden.

Durch eine Behandlung mit Antidepressiva kann bei drei Viertel der Behandelten nach einer drei- bis vierwöchigen Einnahme eine deutliche Besserung erzielt werden.⁵⁴ Etwa 20-30% der Patient/innen sprechen auf die Pharmakotherapie gar nicht an.⁵⁵ Es sollte bei der medikamentösen Behandlung auf solche Medikamente verzichtet werden, die wiederum eine Abhängigkeitserkrankung induzieren (z.B. Benzodiazepine) oder eine Wechselwirkung mit Alkohol erwarten lassen.

Vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung sollte eine sorgfältige fachärztliche Untersuchung ausschließen, dass der Depression keine anderen behandelbaren organischen Ursachen zugrunde liegen und es keine Kontraindikation wie schwere körperliche Erkrankungen, unerwünschte Nebenwirkungen, mangelnde Compliance und Ablehnung des Patienten, gibt.⁵⁶

53 vgl. Trenckmann u.a. (1997). S. 76.

54 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 336 ff.; Trenckmann (1997). S. 75.

55 vgl. Schramm (1998). S. 51.

56 vgl. Schramm (1998). S. 50.

Antidepressiva können eine gemeinsame und gegenseitige Ergänzung zur psychotherapeutischen (Entwöhnungs) Behandlung darstellen. Bei einer schweren Depression wird den Patient/innen erst durch die Einnahme eines Antidepressivums die Basis gegeben, auf welcher sie ihre krankheitsbedingten Probleme erfolversprechend bearbeiten können. Auf die Rückbildung der Symptome als auch auf die Rückfallgefährdung bzgl. der Depression hat die kombinierte Behandlung mit psychotherapeutischen Anteilen einen positiven Effekt.⁵⁷

Für sinnvoll halten Rahn u.a. und Schramm Antidepressiva als Erhaltungstherapie bzw. als Rezidivprophylaxe. Dies bedeutet, dass auch nach dem Abklingen der depressiven Symptomatik die weitere Einnahme des Medikamentes sinnvoll ist, da so das erneute Auftreten der Symptomatik signifikant verbessert werden kann.⁵⁸ In diesem Zusammenhang kann eine Depression als eine Krankheit beschrieben werden, die „auskuriert“ werden muss – vergleichbar mit einem grippalen Infekt. Vor dem Hintergrund des kausalen Zusammenhangs zwischen einer Suchtmittelabhängigkeit und einer Depression hat meines Erachtens die so genannte Erhaltungstherapie auch einen positiven Effekt auf die Rückfallgefährdung durch Suchtmittel.

Rahn u.a. sehen die Psychotherapie zur Modifikation depressiver Syndrome als effektiver an als die Behandlung mit

antidepressiven Medikamenten.⁵⁹ So konnte auch Hautzinger nachweisen, dass die kognitive Therapie als eine Form der Psychotherapie einen Vorteil in der Katamnese depressiv behandelter Menschen nach einem Jahr gehabt habe.⁶⁰

3.2 Skinner, Pawlow und Co. Verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsansätze

Im folgenden Abschnitt werden in Anlehnung an die oben beschriebenen Hypothesen zur Komorbidität von Alkoholismus und Depression mögliche und in der Praxis häufig angewendete verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze kurz vorgestellt. Aus Darstellungsgründen werden an dieser Stelle verhaltenstherapeutische Methoden zumeist abgegrenzt voneinander betrachtet. In der Praxis findet zumeist eine Kombination oder Vermischung verschiedener Methoden statt.

Alkoholismus als fehlgeleiteter Selbstheilungsversuch

Eine adäquate Behandlung der Depression als primäre Störung kann das Bedürfnis nach Selbstmedikation durch Suchtmittel, das bei einigen Patient/innen vorhanden ist, reduzieren.⁶¹ Demzufolge ist eine eher auf die Depression ausgelegte Behandlung erforderlich.

Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz kann hier Anwendung finden. Nach einer erfolgreich abgeschlossenen Ent-

57 vgl. Hoffmann u.a. (2001). S. 12; Rahn u.a. (1999). S. 350.

58 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 339; Schramm (1998). S. 51f.

59 vgl. Rahn u.a. (1999). S. 350.

60 vgl. Hautzinger (1996). S. 131.

61 vgl. Maier u.a. (1997). S. 81.

zugsbehandlung, in der zumindest die körperliche Abhängigkeit –die zur Aufrechterhaltung des weiteren Alkoholkonsums führen kann – behandelt wurde, kann die Depression vor dem Hintergrund lerntheoretischer Ansätze (Skinner, Pawlow, soziale Lerntheorien) angewandt werden. Entspannungstechniken zur Selbstkontrolle von innerer Anspannung und der systemische Aufbau angenehmer sozialer und interaktioneller Aktivitäten zum Aufbau positiver Verstärker können den stimmungsaufhellenden Effekt, der ursprünglich durch Alkohol erzielt wurde, hervorrufen und möglicherweise ersetzen. Darüber hinaus können im Rahmen eines Sozialen Kompetenztrainings soziale Fertigkeiten, Kommunikationsmuster und Interaktionsstile eingeübt werden, um „in [...] relevanten sozialen Alltagssituationen ein langfristig günstiges Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen zu erzielen“.⁶²

Aber auch eine kognitive Therapie nach Beck kann bei einer Depression hinderliche Einstellungen wie das Gefühl der Sinnlosigkeit, der Hoffnungslosigkeit, Entmutigung und Pessimismus im Hinblick auf ein durch ein stärker an der Realität orientiertes Verständnis ersetzen bzw. entzerren. Nach Beck leidet der depressive Mensch an einer negativen Sichtweise der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft, der sog. „Kognitiven Triade“.⁶³ Somit legt die kognitive Therapie einen größeren Wert auf innere Prozesse als die klassische Verhaltenstherapie.

Depression als Folge der psychosozialen Probleme

In einer stationären Behandlung ist beispielsweise das Finden eines Arbeitsplatzes, die Zurückerlangung des Führerscheines oder der Aufbau einer Beziehung nur sehr begrenzt realisierbar. Demzufolge sollten Menschen mit Alkoholproblemen, die soziale Folgeschäden (abgesehen von den physischen und psychischen Folgeschäden) aufweisen, für die Bewältigung solcher oder ähnlicher Probleme gestärkt werden. Zumeist überwiegende aversive Erfahrungen aus der Vergangenheit sollten idealerweise zukünftig durch positive Erfahrungen ersetzt werden. Durch verhaltenstherapeutische Verfahren wie dem Aufbau angenehmer Aktivitäten, sozialer Fertigkeiten, Selbstkontrolle, Erlernen von Problem- und Konfliktlösefertigkeiten, Entspannungstechniken sollen Patient/innen neuen Mut und neue Wege für sich erkennen können.

Im Hinblick auf die Rückfallprävention sind zum einen die Störungen zu beachten, die direkte diskriminative Stimuli für einen Rückfall darstellen, wie depressive Verstimmungen oder Störungen, die zu einer allgemeinen Lebensunzufriedenheit wie beispielsweise Arbeits- und/oder Partnersituation führen.⁶⁴ Rückfälle haben zumeist eine lange Vorgeschichte von gedanklichen, emotionalen und motorischen Ereignissen. Aufgabe des Rückfallpräventionstrainings ist die Identifizierung kritischer Rückfallsituationen, evtl. Vermeidung dieser Situationen, Modifizierung

62 Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), 4. völlig neu überarbeitete Auflage. Weinheim: PVU Verlag. S. 7.

63 vgl. Wilken, B. (2003). Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 25.

64 vgl. Bühringer (1996). S. 233 ff.

der Auslöserqualität durch Entspannungsverfahren oder Gedankenstop, Aufbau inkompatibler und/oder alternativer Verhaltensweisen und „Schadensbegrenzung“ bei einem Rückfall.⁶⁵

Zudem können Becks kognitionsbezogene Verfahren mit einbezogen werden. Nach Beck nehmen Menschen im Laufe ihres Lebens durch Situationen bestimmte selektive Reize wahr, kombinieren diese zu einem Muster und bilden ein Konzept heraus. Der Begriff „Schema“ bezeichnet diese stabilen kognitiven Verarbeitungsmuster.⁶⁶ Hierbei können sog. Denkfehler entstehen wie willkürliche Schlussfolgerungen, selektive Verallgemeinerungen, Übergeneralisierung, Maximierung / Minimierung, Personalisierung und verabsolutiertes, dichotomes Denken.⁶⁷ Es geht nunmehr um das Wissen und Analysieren dysfunktionaler Gedanken in Form eines „Sokratischen Dialoges“⁶⁸ und das Erkennen des Zusammenhangs von Kognitionen, Gefühlen und Verhalten. Die Analyse sollte mit der Überprüfung und Korrektur logischer bzw. ungünstiger Fehler zur realistischen Sichtweise des Selbst- und Weltbildes einhergehen. So können alternative Verhaltensmuster aufgebaut werden. Schramm berichtet über die Bewährtheit der kognitiven Therapie bei reaktiven depressiven Störungen.⁶⁹

Depression als Folge von Alkoholintoxikation oder –entzug

Sollte im Gegenzug hierzu die Depression als substanzinduzierte, folglich als sekundäre Erkrankung, diagnostiziert werden, so kann eine explizite Behandlung der Depression -sollte diese keine zu schweren Dimensionen annehmen- weitestgehend unberücksichtigt bleiben, da eine allmähliche Remission innerhalb von 4 - 5 Wochen zu erwarten ist.⁷⁰ Auffallend ist nämlich die zumeist höhere Prävalenzrate für depressive Syndrome nach starkem Alkoholkonsum oder während Entzugsbehandlungen als nach einer längeren Abstinenzzeit oder während einer Entwöhnungsbehandlung.⁷¹

Somit kann direkt bei der Alkoholabhängigkeit mit verhaltenstherapeutischen Standardmethoden angesetzt werden. Bei der Vermittlung von Selbstmanagement und Selbstkontrolltechniken ist der Patient / die Patientin selbst Initiator/in von Verhaltenssteuerung und Verhaltensveränderung. Es werden der betreffenden Person Fertigkeiten und Strategien vermittelt, um Problemsituationen bewältigen zu können. Ist Abstinenz das Therapieziel, so werden Selbstkontrolltechniken angewandt, um Versuchungssituationen besser bewältigen und den Rückfall selbst vermeiden zu können. Der The-

65 vgl. a.a.O. S. 231f.

66 Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). Kognitive Therapie der Depression. 5. Auflage. München: Urban und Schwarzenberg. S. 43.

67 vgl. Beck u.a. (1996). S. 44; Wilken (2003). S. 26 f.; Hoffmann u.a. (2001). S. 30 f.

68 „Sokratischer Dialog“: Typische gedankliche Verzerrungen, die u.a. durch die Depression oder Alkoholabhängigkeit entstanden sind, sollen den Patient/innen selber einsichtig gemacht werden. Das Ziel ist die Korrektur und eine damit verbundene Gefühls- und Handlungsveränderung. Zuletzt sollte der Patient / die Patientin selbständig in der Lage sein, Kognitionen zu überprüfen und neue Einsichten und Kenntnisse daraus zu gewinnen (vgl. Wilken (2003). S. 89 f.; Hoffmann (2001). S. 139 ff.).

69 vgl. Schramm (1998). S. 62.

70 vgl. Maier u.a. (1997). S. 82; Kapfhammer (2004) S. 31.

71 vgl. Soyka u.a. (1996). S. 898.

rapeut / die Therapeutin ist nur Motivationsfaktor für das Selbstkontrollpotential der Patient/innen. Dies kann in Form eines Rückfallpräventionstrainings in Verbindung mit der Vermittlung eines Entspannungsverfahrens erfolgen.

Hinsch u.a. schreiben, dass es Zusammenhänge zwischen defizitären sozialen Kompetenzen und Alkoholismus gibt. Soziale Situationen bilden so Stressoren und geben Anlass zum Substanzkonsum. Wenn ein Alkoholiker durch ein Training Sozialer Kompetenzen selbstsicherer im Hinblick auf „Recht durchsetzen“, „Beziehungen“ und „um Sympathie werben“ wird, werde die Rückfallgefahr unwahrscheinlicher.⁷²

Unter dem Gesichtspunkt der kognitiven Therapie nach Beck bilden der Patient/innen meist dysfunktionale Überzeugungen zum Alkohol aus, die zu meist verbunden mit Angst bzgl. Schmerzen und Unbehaglichkeit antizipiert werden. Da die dysfunktionalen Gedanken für die abhängige Person auf der Überzeugung basieren, dass negative Zustände unerträglich und nicht auszuhalten seien, setzt sie den Alkohol zur positiven Beeinflussung dieser ein. Diese Denkmuster müssen in der Therapie gemeinsam mit den hohen Erwartungen an die Wirkung des Alkohols herausgearbeitet und hinterfragt werden. Primär müssen sie durch die Entwicklung angemessener Kognitionen überwunden werden.

Die klassische kognitive Behandlung nach Beck sollte nicht bei Patient/innen mit geringem Bildungsgrad, einem niedrigen sozialen Status oder kogniti-

ven Beeinträchtigungen angewandt werden, da diese Patient/innen sich durch das doch recht komplexe Niveau bzgl. der Analyse kognitiver Inhalte überfordert fühlen könnten. In diesen Fällen ist eine eher lösungsfokussiert orientierte Behandlung im Rahmen einer eher klassischen Verhaltenstherapie wie beispielsweise Rückfallpräventionstraining oder Soziales Kompetenztraining mit einzelnen Inhalten der kognitiven Therapie angezeigt.

Beide Störungen treten unabhängig voneinander auf

Obwohl theoretisch das gemeinsame unabhängige Auftreten von Alkoholismus und affektiven Störungen möglich ist, wird dies aufgrund der hohen Komorbidität durch Fehr, Maier u.a., Kapfhammer und Rahn angezweifelt. Wird von dem gemeinsamen Auslöser bzw. einer gemeinsamen Ursache ausgegangen (Vererbung ausgenommen), so können verhaltens- und kognitionsbezogene Ansätze wie bereits oben beschrieben hier ihre Anwendung finden.

4 Ausblick

Doppeldiagnose = Doppelbehandlung?

Die Bereitschaft zu einer Veränderung entwickelt sich häufig erst nach langer Zeit, wenn die negativen Konsequenzen und somit der innere Leidensdruck wachsen.

Alkoholabhängige Patient/innen mit einer depressiven Störung kommen häufiger in die Behandlung als nicht depressive Patient/innen.⁷³ Und zwar ist die Wahrscheinlichkeit einer Innanspruchnahme einer Behandlung etwa

72 vgl. Hinsch (2002). S. 77 ff.

73 vgl. Driessen u.a. (1994). S. 37.

um den Faktor 4 erhöht.⁷⁴ Demzufolge stellen komorbid erkrankte Patient/innen ein immer häufigeres Krankheitsbild im psychiatrischen Alltag dar.

Bei Doppeldiagnosen wie Alkoholismus und Depression bedarf es zumeist einer Doppelbehandlung. Eine längere Abstinenz führt nicht automatisch zum Verschwinden von depressiven Symptomen. Drängend ist die Frage nach geeigneten und empirisch überprüften Therapien für komorbide Patient/innen.

Aus Erfahrung sollte die Störung im Vordergrund der Behandlung stehen, die ein psychotherapeutisches Vorgehen behindert. Dies ist zumeist die depressive Erkrankung, wenn diese mittelgradig oder schwer ausgeprägt ist. Eine frühzeitige Remission der depressiven Symptome kann die therapeutische Beziehung erleichtern, indem der Patient / die Patientin sich durch die medikamentöse Behandlung im Hinblick auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Antrieb etc. stabilisiert hat und sich so konzentrierter auf die therapeutischen Gespräche einlassen kann. Eine Kombination von psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung, wie es viele Autoren/innen⁷⁵ befürworten und die häufig in Kliniken angewandt wird, scheint den Patient/innen mit einer mittleren oder schweren depressiven Episode Rechnung zu tragen. „Aus diesem Grund erhoffen sich viele Kliniker durch die Kombination von Medikamenten und Psychotherapie eine ergänzende beziehungsweise additive und außerdem eine schneller

eintretende und länger anhaltende Wirkung“.⁷⁶ Bei einer Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung im Sinne eines Gesamtbehandlungsplanes ist die Kooperation zwischen den Therapeut/innen, den Ärzt/innen und den Patient/innen für die Nutzung von Synergieeffekten dringend notwendig.⁷⁷

Durch die Aufklärung des Patienten / der Patientin über eine additive Behandlung mit Medikamenten wird der passiven Veränderungsbereitschaft der betroffenen Person vorgebeugt, indem diese seine / ihre Symptomreduzierung nicht ausschließlich auf Medikamente attribuiert, sondern dieses auch der Psychotherapie zuschreibt.

Bei Patient/innen mit leichter ausgeprägten depressiven Anteilen, die das therapeutische Vorgehen nicht in hohem Maße negativ beeinflussen, sollte aufgrund der Nebenwirkungen auf eine zusätzliche medikamentöse Behandlung möglichst verzichtet werden. Ein psychotherapeutisches Vorgehen sollte in der Regel eine leichte depressive Episode auffangen können. Ein Johanniskrautpräparat könnte hier zusätzliche Unterstützung bieten, wenn Patient/innen dieses wünschen.

Eine Kombinationsbehandlung von Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie setzt sich immer weiter in der Praxis durch – nicht zuletzt aufgrund der raschen Symptomreduzierung durch die Pharmakotherapie und der Langzeitreduktion der Symptomatik bei der Verhaltenstherapie.⁷⁸ So wä-

74 vgl. Fehr (2001). S. 19, mit Verweis auf Galbaud du fort, Neuman und Bland (1993).

75 vgl. Beck u.a. (1996). S. 25; Schramm (1998). S. 71 ff.; Hoffmann u.a. (2001). S. 12 ff.; Trenckmann u.a. (1997). S. 71 ff.; Rahn (1999). S. 350; Kapfhammer (2004). S. 32; Wyeth Pharma GmbH (2004). S. 56 ff.

76 Schramm (1998). S. 71.

77 vgl. Hohagen (2003). S. 233 ff.

78 Vgl. a.a.O. S. 239 ff.

re es kausal schlüssig, wenn depressiv geprägte Rückfälle bei einer Komorbidität mit einer Abhängigkeitserkrankung die suchtbezogenen Rückfälle ebenfalls verringern würden. Durch die psychotherapeutische Behandlung sollte der Patient / die Patientin in der Lage sein, erneut auftretenden Depressionen vorzubeugen oder diese besser bewältigen zu können.

Wann nun im einzelnen eine Kombinationsbehandlung ihre Anwendung findet, hängt von der Schwere, der Chronizität und dem Einfluss der Erkrankung auf die Behandlung ab. Ein „Patentrezept“ scheint es hierfür nicht zu geben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass derzeit eine kombinierte Behandlung von Antidepressiva und verhaltenstherapeutischen Ansätzen eine gute Möglichkeit zur Durchbrechung des Teufelkreises der Doppelerkrankung von Alkoholismus und Depression ist.

Literatur

Beck, A. T., Rush, A. J. & Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). Kognitive Therapie der Depression. 5. Auflage. München: Urban und Schwarzenberg.

Bühringer, G. (1996). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Kapitel 12). In: Margraf, J. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin: Springer.

Drake, R. E., McLaughlin, P., Pepper, B. & Minkoff, K. (1994). Doppeldiagnose von psychischen Störungen und Substanzmissbrauch: Ein Überblick. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, Th. (Hrsg.). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht.

Konzept für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Driessen, M. (1999). Psychiatrische Komorbidität bei Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Darmstadt: Steinkopf Verlag.

Driessen, M., Dierse, B. & Dilling, H. (1994). Depressive Störungen bei Alkoholismus. In: Krausz, M. & Müller-Thomsen, Th. (Hrsg.). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzept für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Fehr, M. (2001). Depressive Störungen bei stationär behandelten AlkoholikerInnen und deren Einteilung in „primäre“ und „sekundäre“ Depression. Eine Untersuchung an einer klinischen Stichprobe. Zürich.

Feuerlein, W. (2002). Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholkonsums (Kapitel 3). In: Singer, M. V. & Teyssen, S. (Hrsg.). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Fichtner, M. (1997). Epidemiologie von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.). Alkoholismus als psychische Störung. Heidelberg: Springer Verlag.

Hautzinger, M. (1996). Depression (Kapitel 7). In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin: Springer.

Hell, D. (1992). Welchen Sinn macht Depression? Das depressive Geschehen als Schutz und Botschaft. Ein integrativer und evolutionärer Ansatz. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), 4. völlig neu überarbeitete Auflage. Weinheim: PVU Verlag.

Hoffmann, N. & Hoffmann, B. (2001). Verhaltenstherapie bei Depressionen. 2., überarbeitete Auflage. Lengerich.

Hohagen, F. (2003). Verhaltenstherapie und Psychopharmaka (Kapitel 14). In: Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin: Springer.

Jung, M. (2001). Komorbide psychische Störungen bei alkoholabhängigen Frauen und Männern in stationärer Behandlung. Tübingen.

Kapfhammer, H.-P. (2004). Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004, 5 (3).

Maier, W., Linz, M. & Freyberger, H. J. (1997). Komorbidität von Substanzabhängigkeit und anderen psychischen Störungen. In: Soyka, M. & Möller, H. J. (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung. Heidelberg: Springer Verlag.

Neon- Magazin. (2005). Wollt Ihr was trinken? Zwölf Regeln für den richtigen Umgang mit Alkohol – und was geschieht, wenn man sie bricht. Dezember 2005, Seite 57-69.

Rahn, E. & Mahnkopf, A. (1999). Lehrbuch der Psychiatrie – für Studium und Beruf. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Schmidt, L. (2002). Begriffsbestimmungen (Kapitel 1). In: Singer, M. V. & Teysen, S. (Hrsg.): Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Schneider, R. (1998). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 12. überarbeitete Auflage. Hohengehren: Schneider Verlag.

Schramm, E. (1998). Interpersonelle Psychotherapie. 2. durchges. und aktualisierte Auflage. Stuttgart.

Singer, M. V. & Teysen, S. (Hrsg.) (2002). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Soyka, M. (2002). Alkohol und Psychiatrie (Kapitel 27). In: Singer, M.V. & Teysen, S. (Hrsg.). Kompendium Alkohol. Folgekrankheiten. Klinik-Diagnostik-Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Soyka, M., Hollweg, M. & Naber, D. (1996). Alkoholabhängigkeit und Depression. In: Nervenarzt, Ausgabe 67.

Soyka, M. & Lieb, M. Depression und Alkoholabhängigkeit - Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. In: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004, Nr. 5 (3), Seite 37-46.

Trenckmann, U. & Heinz, Th. W. (1997). Alkohol und Depression. Wie Sie die Doppelerkrankung besiegen. Neue Möglichkeiten der kombinierten Behandlung. Stuttgart.

Wilken, B. (2003). Methoden der Kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfa-den für die psychotherapeutische Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Wyeth Pharma GmbH (2004). Die Seele leidet, der Körper spricht. Depression verstehen - bei der Bewältigung helfen. Münster.

Die Bedeutung von Gender Mainstreaming für die Suchthilfe

Imke Huntemann

Bremen

Inhalt

Einleitung

1 Gender Mainstreaming - Begriff und Konzept

- 1.1 Ziele von Gender Mainstreaming
- 1.2 Gender Mainstreaming und Frauenpolitik
- 1.3 Historische Entwicklung des Gender Mainstreaming
- 1.4 Wichtige Aspekte bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming
- 1.5 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

2 Alkoholkonsum und –abhängigkeit im Vergleich der Geschlechter

- 2.1 Epidemiologische Standortbestimmung: Frauen, Männer und Sucht
- 2.2 Rollenunterschiede
- 2.3 Unterschiede des weiblichen zum männlichen Konsum
- 2.4 Besonderheiten der Sucht bei Frauen
- 2.5 Besonderheiten der Sucht bei Männern

3 Gender Mainstreaming in der Suchthilfe

4 Fazit

Literatur

Anhang

Einleitung

Im Alltagsleben wie in der Erwerbsarbeit finden sich auch nach Jahren der Frauen- und Gleichstellungspolitik noch sichtbare Unterschiede in der sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Position von Männern und Frauen. Sicherlich hat sich in den letzten fünfzehn Jahren einiges zum Positiven verändert. Betrachte ich aber meine persönliche berufliche Situation, dann muss ich feststellen, dass der Bereich von Leitungsverantwortung immer noch von Männern dominiert wird.

Dabei machen Frauen keine schlechteren Schulabschlüsse als Männer. Woran liegt es dann, dass Frauen immer noch hinter den Männern zurückstehen? Diese Frage hat mich dazu bewogen, mich Ende der 1990er Jahre mit dem immer öfter zu lesenden Begriff

des „Gender Mainstreaming“ zu beschäftigen. Hierbei konnte ich an einigen Veranstaltungen von Frau Dr. Barbara Stiegler, die sich über ihre Arbeit mit Gender Mainstreaming einen Namen gemacht hat, teilnehmen. Die Inhalte des Gender Mainstreaming weckten mein Interesse, weil es dabei um die Berücksichtigung der Perspektive beider Geschlechter geht. Ich war neugierig, ob sich Gender Mainstreaming auch langfristig durchsetzen kann, denn bei der Beschäftigung mit diesem Thema wurde mir auch deutlich, dass die Aufmerksamkeit für dieses Thema und seiner Implementierung in die Gesellschaft größtenteils von engagierten Frauen kam.

„Frauenförderung“, „Frauenpolitik“ und auch „Gleichberechtigung“ sind Begriffe, die implizieren, dass Frauen nicht so sind wie Männer und aufgrund dieser

Verschiedenheit besonders gefördert und unterstützt werden müssen. In diesem Zusammenhang drängte sich mir die Frage auf, was Gender Mainstreaming für diese bisherige Form der Frauenpolitik mit ihren Aspekten Frauenförderung, Frauenbeauftragte etc. bedeuten würde.

Die Veranstaltung des FDR im Mai 2005 zum Thema „Die Bedeutung von Gender Mainstreaming für die Suchthilfe“ ließ mich hellhörig werden. Hatte sich doch in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren in der Suchthilfe die Erkenntnis durchgesetzt, dass geschlechtsspezifische Angebote insbesondere für Frauen notwendig sind. Vor diesem Hintergrund entstanden Frauenkliniken, und in den sich immer stärker entwickelnden ambulanten Suchtberatungsstellen wurden die „Frauenspezifischen Angebote“ entwickelt. „Männerspezifische Angebote“ hingegen lassen sich nur als besondere Ausnahme finden. Es gibt selbstverständlich Kliniken nur für Männer, aber „männerspezifisch“ daran ist dort oft einzig die Tatsache, dass ausschließlich Männer Aufnahme in der Klinik finden.

Was bedeutet nun Gender Mainstreaming für die Suchthilfe und ihre Klient/innen? Worin liegt möglicherweise die Chance von Gender Mainstreaming für die Suchthilfe? Diesen Fragen wird in der vorliegenden Arbeit nachgegangen. Aus pragmatischen Gründen wird sich hierbei an der Alkoholabhängigkeit orientiert und andere Suchtformen wer-

den außer Acht gelassen oder nur am Rande erwähnt.

1 Gender Mainstreaming - Begriff und Konzept

Im Deutschen gibt es, im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum, keine Trennung zwischen dem biologischen (sex) und dem sozialen Geschlecht (gender). Im gesundheitswissenschaftlichen Kontext sind beide Bedeutungen wichtig. ‚Sex‘ bezieht sich auf die biologischen Eigenschaften (Anatomie, Physiologie), die Frauen und Männer unterscheiden. ‚Gender‘ beinhaltet die soziale Bedeutung, die den Unterschieden zwischen Frauen und Männern beigemessen wird. Dabei bezieht sich dieser Begriff auf geschlechtsspezifisches¹ Rollenverhalten, entsprechende diesbezügliche Erwartungen der Gesellschaft sowie generell auf die Beziehungen zwischen den Geschlechtern.

Das biologische Geschlecht verändert sich in der Regel nicht, während sich die Geschlechterrollen im Lauf der Zeit ändern können und zwischen verschiedenen Kulturen² unterschiedlich sind.³

Der Begriff „mainstream“ (eng. für „Hauptstrom“) bedeutet, dass eine bestimmte Vorgabe, die bisher nicht das Handeln bestimmt hat, zum zentralen Bestandteil bei allen anstehenden Entscheidungen und Veränderungspro-

1 Die Diskussion über die Verwendung der Begriffe „geschlechtsbezogen“ oder „geschlechtsspezifisch“ wird hier nicht geführt. In den neueren Veröffentlichungen (Expertise FDR 2005, Grundsatzpapier DHS 2004) wird noch immer mehrheitlich der Begriff „geschlechtsspezifisch“ verwendet. Dem wird sich in dieser Arbeit angeschlossen.

2 Kulturelle Unterschiede werden in dieser Arbeit nicht angesprochen.

3 Stiegler, Barbara (2000). Wie Gender in den Mainstream kommt – Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming. Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

zessen gemacht wird. Diese Vorgabe wirkt sich auf die Reorganisation, Verbesserung, Entwicklung und Evaluation von Entscheidungsprozessen in allen Politik- und Arbeitsbereichen einer Organisation aus.⁴

Es gilt beim Gender Mainstreaming⁵ die internen Strukturen so zu verändern, dass in alle Entscheidungsprozesse die Perspektive des Geschlechterverhältnisses einbezogen wird und so alle Entscheidungsprozesse für die Gleichstellung der Geschlechter nutzbar gemacht werden, d.h. gegen geschlechtliche Diskriminierung wirken.⁶ GM bedeutet, soziale Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern in allen gesellschaftlichen Bereichen bei allen Planungs- und Entscheidungsschritten immer bewusst wahrzunehmen und zu berücksichtigen. Alle politischen und gesellschaftlichen Vorhaben müssen deshalb auf ihre möglichen geschlechtsspezifischen Auswirkungen überprüft und so gestaltet werden, dass sie einen Beitrag zur Förderung der Gleichstellung von Frauen und Männern leisten. Somit ist Gender Mainstreaming eine Strategie zur systematischen Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen von Frauen und Männern in allen Politikbereichen und gesellschaftlichen Prozessen, angefangen bei der Planung über die Umsetzung bis hin zur Bewertung von Programmen und Maßnahmen.⁷

1.1 Ziele von Gender Mainstreaming

Das Ziel von Gender Mainstreaming ist die Gleichstellung und die Chancengleichheit von Männern und Frauen. Hierbei geht es nicht darum, dass sich Frauen an männlich geprägte Strukturen anpassen, sondern dass sich ihnen durch eine Veränderung der Strukturen und Rahmenbedingungen Chancen eröffnen.⁸

Es geht auch nicht darum, dass bei jeder Beschäftigung mit der Situation von Frauen parallel dazu Männer zwingend zu berücksichtigen sind, sondern vielmehr darum, die unterschiedlichen Situationen, Probleme und Bedürfnisse von Frauen und Männern wahrzunehmen. Ebenso gilt es zu hinterfragen, was die Ursachen für diese Unterschiede sind, welche gesellschaftlichen Strukturen ihnen zugrunde liegen, durch welche Mechanismen sie fortgeschrieben werden und welche Konsequenzen sie schließlich für Frauen und Männer haben. GM stellt die Geschlechterrollen in Frage und zielt auf eine Veränderung der Strukturen ab, die diese Ungleichheiten hervorbringen. Strategisch heißt das, das Mögliche und Wünschenswerte gleichermaßen zu bedenken und in langfristiger Perspektive zu handeln. Somit ist GM keine kurzfristige, kurzlebige Intervention, sondern ein auf Nachhaltigkeit angelegter Prozess.⁹

4 Roth, Silke (2004). Gender Mainstreaming- eine neue Phase der Frauenbewegung. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.): Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

5 Im Folgenden: GM.

6 Baer, Susanne (2004). Geschlecht und Recht - zur rechtspolitischen Steuerung der Geschlechterverhältnisse. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

7 Stiegler (2000).

8 a.a.O.

9 Frey (2004); Schwambach, Gabriele & von Barga, Henning (2004). Gender Mainstreaming als Organisationsveränderungsprozess - Instrumente zur Umsetzung von Gender Mainstreaming. In: Meuser, M. & Neusüß, C. (Hrsg.): Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

1.2 Gender Mainstreaming und Frauenpolitik

Gender Mainstreaming ist keine Gleichstellungs- oder Frauenpolitik. GM ist das Ergebnis eines jahrelangen emanzipatorischen Prozesses, der in der Frauenbewegung seinen Anfang fand und in Frauenpolitik und Frauenförderung mündete. Frauen- und Gleichstellungspolitik wird u.a. von Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten betrieben. Ansatzpunkte hierfür sind konkrete Situationen, in denen die Benachteiligung von Frauen unmittelbar zum Vorschein kommt. Die zu treffenden Maßnahmen können gezielt und rasch umgesetzt werden, greifen aber nur für den jeweiligen konkreten Fall. Bei GM handelt es sich hingegen um einen ganzheitlichen Ansatz, der bei allen politischen Entscheidungen und schon davor ansetzt. Die Umsetzung dauert länger, erzielt jedoch nachhaltige Veränderungen bei allen Akteur/innen und Prozessen, da die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern beachtet werden. Die Beachtung der Geschlechterperspektive ist das entscheidende Kriterium für die Geeignetheit einer Maßnahme. Dies kann natürlich zu Maßnahmen führen, die beide Geschlechter betreffen und von der auch beide Geschlechter profitieren, wie z.B. unterschiedliche Präventionsmaßnahmen im Gesundheitsbereich für Frauen und Männer.¹⁰

Eines der wesentlichen Kriterien des GM ist, dass hierbei der Blick auch auf

Männer gerichtet wird. Es geht nicht wie in der bekannten Frauen- und Gleichstellungspolitik ausschließlich um die Lebenszusammenhänge von Frauen und die von ihnen erlebten Benachteiligungen und Diskriminierungen, sondern es geht beim GM um beide Geschlechter. GM löst zudem Frauen aus der ihnen gegebenen Rolle der Benachteiligten, die eine besondere Förderung benötigen, heraus, und stellt stattdessen die sozialen Entwicklungsprozesse von Geschlecht und Geschlechterverhältnissen sowie ihre Beziehungen untereinander in den Vordergrund.¹¹ Unter Berücksichtigung von GM heißt es dann nicht: *„...Frauen sind überempfindlich, wenn sie Kritik an den herrschenden Werten und Normen haben...“*, sondern *„...die herrschenden Werte und Normen werden auf den Prüfstand gestellt und unter geschlechterspezifischen Aspekten verändert.“*¹²

Die Verantwortung für die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern herzustellen liegt somit nicht mehr ausschließlich bei der Frauenpolitik (Stiegler, 2000). Anders als diese setzt GM zudem bei allen politischen Entscheidungen an, auch bei denen, die auf den ersten Blick keinen geschlechtsspezifischen Problemgehalt haben.¹³

GM und Frauenförderpolitik sind somit unterschiedliche Strategien, die sich jedoch hervorragend ergänzen. Beide Ansätze haben zum Ziel, Geschlechterungerechtigkeiten in Gesellschaft und Gesundheit abzubauen. Sie bieten ver-

10 Jahn, Ingeborg (2004). Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung. (Hrsg.) Bremen.

11 Stiegler (2000).

12 a.a.O. S. 10.

13 Jahn (2004).

schiedene Optionen, die parallel und unabhängig voneinander, aber auch als kombinierte Strategie eingesetzt werden können.¹⁴

GM versteht politische und gesellschaftliche Bemühungen um Gleichstellung nicht als „Frauenfrage“, sondern als grundlegende Aufgabe der Gesellschaft, d.h. als eine Aufgabe, die von Frauen und Männern gleichermaßen geleistet werden muss.

1.3 Historische Entwicklung des Gender Mainstreaming

Die Wurzeln von Gender Mainstreaming liegen in der weltweiten Frauenbewegung. Der Grundstein für GM wurde auf der dritten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Nairobi 1985 gelegt. 1987 forderte die Kommission der Vereinten Nationen alle Organe derselbigen auf, ein umfassendes Konzept für die Gleichstellung von Frauen und Männern zu entwickeln und dieses in alle Ziele, Programme und Dokumente zu übernehmen. Auf der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking im Jahr 1995 wurde dieses neue Konzept der Gleichstellungsförderung als Querschnittsthema bekräftigt und zwei Jahre später im Amsterdamer Vertrag als verbindliche Aufgabe für alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union festgeschrieben. GM wurde in der Folge ein wichtiger Ansatz der europäischen Gleichstellungspolitik.¹⁵ Die rechtlichen Grundlagen für GM sind im Anhang beigefügt.

1.4 Wichtige Aspekte bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming

GM ist als ein Prinzip zur Veränderung von Entscheidungsprozessen ein konzeptionelles Instrument. Es ist eine systematisierende Verfahrensweise, die innerhalb der Entscheidungsprozesse von Organisationen von oben nach unten (Top down) implementiert wird.¹⁶ Das bedeutet, dass als erstes auf Leitungsebene eine entsprechende Entscheidung für GM getroffen und die für die Umsetzung notwendigen Schritte eingeleitet werden müssen. Dazu gehört u.a., dass die einzelnen Arbeitsschritte und Verantwortlichkeiten festgelegt und finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus muss das GM als fester Bestandteil in Satzungen, Geschäftsordnungen oder Leitbilder aufgenommen werden.¹⁷ Bei Top-down-Prozessen kann jedoch das Problem entstehen, dass ohne Überzeugung aller Mitarbeiter/innen die notwendigen Veränderungen auf dem Weg „nach unten“ stecken bleiben. Dieses Problem gilt es nicht nur im Blick zu haben, sondern es muss von der Leitung bereits in der Planung und während der Umsetzung berücksichtigt werden. Hierbei kann es sinnvoll sein eine Stabsstelle einzurichten, die mit einem Gender-Team (Frau und Mann gleichberechtigt nebeneinander) besetzt ist, da es unter den Frauen und Männern Berührungspunkte und Unsicherheiten bezüglich ihres

14 a.a.O.; Roth (2004).

15 Frey (2004).

16 Stiegler, Barbara (2002). Gender macht Politik. 10 Fragen und Antworten zum Konzept Gender Mainstreaming. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

17 a.a.O.

Engagements für GM gibt. Glauben die Frauen ihrerseits oftmals den Männern nicht, dass diese ein gender-politisches Interesse haben, so befürchten auf der anderen Seite die Männer einen feministischen Geschlechterkampf. Diese Stabsstelle kann dazu beitragen sensibel gegen diese Vorurteile zu wirken und so die Umsetzung von GM zu erleichtern. Der so ins Rollen gebrachte Gender-Dialog trägt dazu bei, dass Perspektiven gewechselt und neue Sichtweisen eingenommen werden können.¹⁸ Es gäbe somit für alle Beteiligten Ansprechpartner/innen und die Sicherheit, dass diese einen Überblick über die geplanten Maßnahmen haben und somit gezielt auf Widerstände oder sonstige Probleme reagieren können.

Zentrales Element von GM ist die Genderanalyse. Diese ist notwendig, da sich in vielen Organisationen männliches Denken und Handeln auf unterschiedlichste Weise in den Strukturen und der Kultur gefestigt hat. Dies führt u.a. zu einer Reproduktion traditioneller Geschlechterverhältnisse. So wird z.B. bei Karrieremustern von Beschäftigten ausgegangen, die vollbeschäftigt und „...in der Regel männlich, weiß und heterosexuell sind“.¹⁹ In Genderanalysen geht es um die Frage nach den spezifischen Verstärkungen von geschlechtlich konnotierten Lebens- und Arbeits-

weisen. Eine Genderanalyse fragt also sowohl nach der Differenz zwischen einer Gruppe von Männern und Frauen als auch nach der Entstehung dieser Differenz. Weiterhin wird der Anteil der bestehenden Strukturen und Mechanismen an der Aufrechterhaltung der Differenz untersucht.²⁰

1.5 Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich

Es ist bekannt, dass Frauen und Männer sich in ihrem Gesundheitszustand, in ihrer Lebenserwartung und Mortalität sowie in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten unterscheiden.²¹ So liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in Deutschland um sechs Jahre unter jener von Frauen. Dass dies ausschließlich auf dem biologischen Unterschied der Geschlechter beruht, ist zweifelhaft. Vielmehr ist der Fokus auf die sozialen Bedingungsfaktoren in Bezug auf Gesundheit zu legen. Es ist erkannt worden, dass geschlechtsneutrale Modelle den gestiegenen Anforderungen in der Gesundheitsversorgung nicht mehr gerecht werden.²²

Ausgehend davon, dass es bei GM um die Gleichstellung und die angemessene Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen und Männern geht, erscheint gerade das Gesundheitswesen

18 Schambach & von Barga (2004).

19 Schambach & von Barga (2004). S. 276.

20 a.a.O.; Stiegler, Barbara (2003). Gender Mainstreaming - Postmoderner Schmusekurs oder geschlechterpolitische Chance? Argumente zur Diskussion. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

21 BMFSFJ (Hrsg.) (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart.

22 Kuhlmann, Ellen & Kolip, Petra (2004). Gender Mainstreaming im Gesundheitssystem. In: Meuser, M. & Neusüß, C. (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

als Anwendungsfeld für das Konzept des GM prädestiniert, besteht doch gerade dort ein dringender Veränderungsbedarf. Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitsbereich zielt somit auf eine möglichst hochwertige, insbesondere aber für Frauen und Männer gleichwertige gesundheitliche Versorgungsqualität, so dass beide Geschlechter ihre Gesundheitspotentiale entfalten können und somit die immensen Kosten des Gesundheitssystems langfristig gesenkt werden.²³

„Gender Mainstreaming [...] ist einer doppelten Zielperspektive verpflichtet: Es dient einerseits dazu, sozial bedingte Ungleichheiten in der gesundheitlichen Lage zu reduzieren und will andererseits dazu beitragen, die Qualität der Versorgungsangebote dadurch zu verbessern, dass sie zielgruppenspezifisch entwickelt werden.“²⁴

Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist zunächst eine geschlechtersensible Analyse, die Auskunft über den geschlechtsspezifischen Versorgungsbedarf gibt und entsprechende Angebote begründet.

2 Alkoholkonsum und -abhängigkeit im Vergleich der Geschlechter

Vor der Analyse der Bedeutung von GM für die Suchthilfe werden zunächst die Rahmenbedingungen von Frauen und Männern in der Suchthilfe erläutert.

2.1 Epidemiologische Standortbestimmung: Frauen, Männer und Sucht

Mehr Männer als Frauen werden suchtmittelabhängig²⁵ und begeben sich öfter in stationäre oder ambulante Behandlung. Suchtkranke Frauen und Männer sind demzufolge unterschiedlich stark im Behandlungssystem repräsentiert. Dies drückt sich in Zahlen wie folgt aus:

Im Jahr 2002 haben 2.754 Frauen (27,9%) und 7.126 (72,1%) Männer eine ambulante Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen. Demgegenüber schlossen 7.972 Frauen (19%) und 33.933 (81%) Männer eine stationäre Behandlung ab.²⁶ Das bedeutet, dass Frauen sich häufiger für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung entscheiden als Männer. Dies erklärt sich zum einen durch die Schwierigkeit der Versorgung der Kinder während eines stationären Aufenthaltes. Zum anderen sind deutlich mehr Männer als Frauen obdachlos und ein häufiger Aufnahmegrund bei Männern sind die §§ 35ff. BtmG und andere strafrechtliche Grundlagen. Von Komorbidität (mit psychiatrischer Zusatz Erkrankung) sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Ca. 40% der drogenabhängigen Frauen erfüllen die Kriterien für die Diagnostik weiterer psychischer Störungen. Hierbei handelt es sich meist um affektive Störungen und Angststörungen. Bei den Männern tauchen eher

²³ Jahn (2004).

²⁴ Kuhlmann & Kolip (2004), S. 221.

²⁵ Der gesamte Bereich der Essstörungen und der Medikamentenabhängigkeit sowie aller anderen Suchtformen wird bewusst außer Acht gelassen, da diese sowohl in ihren Erscheinungsformen wie auch in den unterschiedlichen Behandlungsansätzen sehr heterogen sind.

²⁶ DHS (Hrsg.) (2004). Grundsatzpapier: Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. Chancen und Notwendigkeiten.

antisoziale Persönlichkeitsstörungen auf.²⁷

2.2 Rollenunterschiede

Die Erwartungen der Gesellschaft, wie ein Mädchen oder ein Junge zu sein hat, wirken sich auf den jeweiligen Menschen aus und manifestieren sich in der elterlichen Erziehung. Mädchen haben meist sauber und adrett auszusehen und werden häufig zum Spiel mit Puppen animiert, Jungen hingegen dürfen wild und verwegen sein und spielen eher mit Autos. Das umsorgende Spiel mit Puppen, das konzentrierte Zeichnen am Tisch und andere, eher ruhigere Formen der Beschäftigung, werden bei Mädchen gefördert, wobei Jungen zur körperbetonten Beschäftigung angehalten werden. Jungen lernen dabei die Fähigkeiten ihres Körpers kennen und ihn z.B. für das Ausdrücken von Gefühlen einzusetzen, wohingegen Mädchen in diesen Bereichen deutliche Defizite verzeichnen. Inzwischen weiß man, dass Mädchen auf Belastungen, Anspannungen und negative Gefühle mit psychosomatischen Beschwerden reagieren, wohingegen Jungen innere Unruhe, Anspannung und andere negative Gefühle eher mit Körperaktivitäten und Aggressionen verarbeiten.²⁸

Die gesellschaftliche Rollenerwartung an Frauen, ihre Erfüllung im familiären Bereich in der Reproduktion zu finden, schlägt sich auf ihre Sozialisationserfahrungen nieder. Frauen werden stärker dazu angehalten, den Erwartungen

anderer zu entsprechen und soziale Kompetenzen zu entwickeln. Autonomiebestrebungen werden in der Regel bei ihnen mehr unterbunden als bei Jungen. Ihre Selbstständigkeit wird eher in Bezug auf Fähigkeiten der Versorgung (von sich selbst oder der Geschwister) gefördert. Die Förderung in Bezug auf die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und deren Befriedigung wird vernachlässigt. Dies führt u.a. dazu, dass sie passivere und emotionale Konfliktlösestrategien entwickeln.²⁹

Starker Alkoholkonsum bei Frauen steht im Widerspruch zu Rollenerwartungen an Frauen in Familie und Gesellschaft und wurde in der Vergangenheit nicht nur als abnorm und krankhaft gesehen, sondern galt auch als Indiz für die Bereitschaft, sich auch in anderen Lebensbereichen von der geltenden Norm zu entfernen. Zum Beispiel wurde trinkenden Frauen oftmals Promiskuität sowie die Bereitschaft zur Prostitution unterstellt. Die trinkende Mutter hat in der Öffentlichkeit noch heute einen schlechteren Ruf als der trinkende Vater. Die Folgen für die Frauen und ihre Familien (insbesondere für die Vielzahl der alleinerziehenden Frauen) sind immens. Frauen erleben, anders als Männer, extreme Schuld- und Schamgefühle ihren Familien gegenüber.³⁰

Eine weitere geschlechtsspezifische Differenz zeigt sich in der größeren Empfänglichkeit von Frauen für die Ansprache von Angehörigen, Freunden und sonstigen Beratungsdiensten. Dies führt u.a. auch dazu, dass Männer oftmals schon

27 Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.) (2004). Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. Essen.

28 Singerhoff, Lorelies (2002). Frauen und Sucht. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

29 Zenker, Christel (2003). Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. In: Sucht aktuell, Nr.2, September 2003. Seite 15-20.

30 Winkler, Klaudia (1997). Zur Behandlung alkoholabhängiger Frauen in Fachkliniken. Regensburg: S. Roderer.

mit allen sozialen und gesundheitlichen Folgen stark chronifiziert erkrankt sind, wenn sie das erste Mal Hilfe suchen. Der Behandlungsaufwand ist demzufolge häufig höher als bei Frauen.³¹

Wurden trinkende Männer und Frauen miteinander verglichen, so entstammte der angelegte Maßstab immer dem der Männer. Männliches Trinkverhalten und die damit verbundenen Probleme galten als die Norm und Orientierung im Sinne des Androzentrismus³². Somit wurde das Trinkverhalten von Frauen lange Zeit nur als eine „problematische Variante“ männlicher Abhängiger bezeichnet (Winkler, 1997). Erst Ende der achtziger Jahre des Zwanzigsten Jahrhunderts wurde den speziellen Lebensbedingungen und Lebenswelten von suchtmittelabhängigen Frauen Beachtung geschenkt.

2.3 Unterschiede des weiblichen zum männlichen Konsum

Die Suchterkrankung per se ist geschlechtsneutral, der suchtkranke Mensch selbst ist es nicht. Dies führt zu der immer wiederkehrenden Beschäftigung mit den Unterschieden zwischen weiblichem und männlichem Konsumverhalten. Männer konsumieren mehr Alkohol als Frauen und sie bevorzugen die bittereren und härteren Getränke. Hier zeigt sich u.a. auch,

dass sich Konsummuster und Konsumware (Alkoholika) gut für die Darstellung der Geschlechtlichkeit eignet, weil sich damit die Symbole des „typisch Männlichen“ und „typisch Weiblichen“ verbinden lassen. Bier, Wodka und Whiskey gelten als männlich, und Wein, Liköre und Sekt werden mit Weiblichkeit assoziiert. Neuere Studien zeigen, dass immer noch mehr Mädchen als Jungen die letztgenannten Getränke favorisieren³³ und dass über das Konsumverhalten Männlichkeit von Weiblichkeit abgegrenzt wird.

Mädchen und Jungen unterscheiden sich auch im Hinblick auf ihren Probierkonsum. Jungen konsumieren mehr Alkohol, sie schaffen sich häufiger Trinkanlässe und sie konsumieren häufiger so große Mengen Alkohol, dass sie betrunken sind. Allerdings ist hier ein Trend der Anpassung der Mädchen an den Konsumstil der Jungen zu verzeichnen.³⁴ In den letzten Jahren hat insbesondere das „Binge drinking“ die Gesellschaft und die Fachleute aufhorchen lassen. „Binge drinking“ bezeichnet den exzessiven Alkoholkonsum, insbesondere bei Jugendlichen. Hierbei geht es ausschließlich darum, in kurzer Zeit große Mengen Alkohol zu konsumieren um sich zu berauschen.³⁵ Das Rauschtrinken ist ein Indikator für aktiven Alkoholmissbrauch und für Alkoholprobleme und kann zu der Aus-

31 Schwarting, Frauke (2004). Lebensbalancen und Suchtmittelkonsum – frauenbezogene Aspekte von Sucht und Möglichkeiten der Unterstützung. In: Tagesdokumentation Frauen und Sucht. Eine „Rand“-Gruppe im Fokus. Warendorf/Freckenhorst.

32 Androzentrismus liegt dann vor, wenn von einem männlichen Normmodell ausgegangen wird und Frauen in der Forschung kaum oder gar nicht berücksichtigt werden. So ist mehr über Herzinfarkte bei Männern als bei Frauen bekannt und der Herzinfarkt wird immer noch (unzutreffend) als eine typische „Männerkrankheit“ gesehen.

33 Kraus, Ludwig, Heppekausen, Kathrin, Barrera, Andrea & Orth, Boris (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). Institut für Therapieforschung (Hrsg.). München.

34 Vogt, Irmgard (2005). Zahlen und Fakten zu Frauen, Männern und Sucht. In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9. Mai 2005. Berlin.

35 Expertise FDR (2005).

prägung einer Abhängigkeitserkrankung führen.³⁶

Jungen und Männer zeigen häufiger als Mädchen und Frauen alkoholassoziiertes Risikoverhalten. Dies zeigt sich insbesondere beim Autofahren unter Alkoholeinfluss und bei Körperverletzungsdelikten. Wobei gerade diese beiden Bereiche mit dem Mythos des besonders Männlichen besetzt sind. Männer schätzen ihre Fähigkeiten unter Alkoholeinfluss, z.B. noch gut Auto fahren zu können, öfter als Frauen falsch ein. Auch kommt es bei Männern sehr viel häufiger zu körperlichen Auseinandersetzungen.³⁷

Konsummuster können für die Betroffenen (gerade in der Pubertät) identitätsstabilisierend sein. Für Präventionsangebote sind diese nur dann empfänglich, wenn eben dieser identitätsstabilisierende Faktor herausgearbeitet und berücksichtigt wird.

Männer konsumieren öffentlicher als Frauen. Der klassische „Frauenkonsum“³⁸ spielt sich in der Regel nicht-öffentlich im häuslichen Bereich ab. Regelmäßiger und auffälliger Konsum steht bei Männern oft in Verbindung mit Erfahrungen des Versagens, des Scheiterns und mit hohen Anforderungen im Beruf. Bei Frauen hingegen

zeigt sich, dass sie insbesondere trinken, wenn sie Probleme in ihren Partnerschaften haben.³⁹

2.4 Besonderheiten der Sucht bei Frauen

Ausgehend davon, dass der Mensch aus den unterschiedlichsten Gründen süchtig wird und es eine Schnittmenge der psychischen Grundmechanismen, die eine Suchtmittelabhängigkeit charakterisieren und auch bedingen, gibt, sind dennoch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen der Entstehung einer Sucht bei einer Frau oder einem Mann festzustellen.⁴⁰

Hierbei spielen insbesondere die Zusammenhänge zwischen sexualisierter Gewalt und Suchterkrankung bei Frauen eine Rolle.

Die Definition des Begriffs „Gewalt“ ist gesellschaftspolitischen Einstellungen und Einflüssen unterworfen.⁴¹ Das bedeutet, dass ein Opfer oftmals nicht erkennen kann, dass das, was es erlebt, Gewalt ist, wenn das jeweilige gesellschaftliche Umfeld diese Handlungen als „Ausrutscher“, „Kavaliersdelikt“, „normal bei Familienstreitigkeiten“ etc... bewertet. Ebenso viele Männer wie Frauen beschreiben körperliche Gewalt Erfahrungen, aber Frauen erleiden

36 50% aller Mädchen und Jungen machen bis zum Alter von 14 Jahren erste Rauscherfahrungen. Bis ins Alter von 16 Jahren steigt der Anteil der Jungen mit Rauscherfahrung auf 83%, der von Mädchen auf 77% an. ESPAD- Studie (2004).

37 Expertise FDR (2005).

38 Innerhalb der Gruppe „Frauen“ könnte unterschieden werden zwischen berufstätigen Frauen, Hausfrauen, sog. „Karrierefrauen“, Akademikerinnen etc. Diese Unterscheidung wird bewusst nicht vorgenommen, da es hier insbesondere um die Systematik des Konsums in Abgrenzung zu Männern geht und deshalb die geschlechtsverbindenden Aspekte in den Vordergrund gestellt werden.

39 Singerhoff (2002).

40 Winkler (1997); Zenker, Christel (2005). Süchtige Frauen und Männer im Gender Mainstreaming. In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9.Mai 2005. Berlin.

41 Stalking z.B. kann erst seit kurzer Zeit strafrechtlich verfolgt werden, da das Strafrecht erst entsprechend geändert werden musste. Hintergrund dieser Strafrechtsänderung sind die veränderten Interpretationen und Einstellungen dessen, was einer Frau (Männer sind seltener Stalking-Opfer) zugezogen werden kann und was nicht.

deutlich häufiger sexualisierte Gewalt.⁴² Täter sind in der Regel Männer, die häufig auch unter Alkoholeinfluss stehen.⁴³ Suchtmittelabhängige Frauen leben oft in problematischen Partnerschaften, die von Abhängigkeiten und Fremdbestimmungen gekennzeichnet sind. Deutlich mehr abhängige Frauen als Männer leben mit einem Partner mit aktueller oder früherer Drogenproblematik zusammen. Dies führt dazu, dass die Frauen hinsichtlich ihres Ausstiegswunsches aus der Sucht kaum Unterstützung bekommen.⁴⁴

Frauen sind nicht nur Partnerinnen, sondern auch Mütter und Töchter. Sie sind für die Versorgung der Familie zuständig und den unterschiedlichsten Ansprüchen und Erwartungen ausgesetzt. Um diesen Ansprüchen zu genügen und um zu funktionieren setzen sie Alkohol ein, um so ihren Alltag bewältigen zu können.⁴⁵ Mangelnde Selbstbehauptungstendenzen und defizitäre Selbstbildnisse von Frauen in Verbindung mit dem klaren Durchsetzungsbestreben der Männer reinitieren oder schreiben bestehende Abhängigkeits- / Dominanzverhältnisse fort. Aufgrund ihrer Lerngeschichte⁴⁶ entwickeln Frauen das Gefühl der Wertschätzung der eigenen Person in der Regel durch andere Menschen, oftmals nur über Männer. Der Al-

kohol erleichtert ihnen die Anpassung, viel seltener hat er die Funktion sie in die Lage zu versetzen, sich gegen einen dominanten Partner zu wehren. Mithilfe des Alkohols entziehen sie sich diesem, indem sie soviel Alkohol trinken, dass es ihnen nicht möglich ist für diesen zu sorgen oder mit ihm Geschlechtsverkehr zu haben. Sie versuchen ihre Konflikte zu personalisieren und unauffälliger, individuell und in einer sozial akzeptierten Form zu lösen. Sie verinnerlichen Konflikte mehr und wenden ihre Aggressionen häufig gegen ihre eigene Person.⁴⁷ Frauen, die Opfer von Gewalt, insbesondere von sexueller Gewalt, wurden, suchen in der Regel die Verantwortung dafür bei sich. Gleichzeitig sind sie ihren Schuld- und Schamgefühlen hilflos ausgeliefert. Oftmals ist der Alkohol- und/oder der Drogenkonsum eine Coping – Strategie von Frauen, die es ihnen ermöglicht, ihren Alltag auszuhalten und zu überleben.⁴⁸

Frauen haben eine besondere Suchtmittelerwartung.⁴⁹ Sie möchten primär vergessen und vorhandene negative Gefühle nicht mehr spüren.⁵⁰

Auch die Motive, aus der Sucht heraus zu wollen, unterscheiden sich. Während Männer eher durch drohenden Arbeitsplatzverlust, gerichtliche Auflagen oder den Wiedererwerb der Fahrerlaubnis

42 Sexuelle Gewalterfahrungen vor dem sechzehnten Lebensjahr werden dreimal häufiger von süchtigen Frauen (ca.45%) als von Männern (ca.15%) angegeben. Expertise FDR (2005) Täter sind zu- meist Männer.

43 Vogt (2005); Bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung stehen 98% der tatverdächtigen Männer unter Alkoholeinfluss.

44 Expertise FDR (2005).

45 Winkler (1997).

46 Obgleich dies zwischen den betroffenen Frauen differiert, lässt es sich doch für die Mehrheit der betroffenen Frauen feststellen.

47 Singerhoff (2002).

48 Zenker (2003); Singerhoff (2003).

49 Bewusst wird auf die Unterscheidung zwischen alkoholabhängigen und polysüchtigen Frauen im Bereich der durch das Suchtverhalten ausgelösten Gefühle verzichtet. Das o.g. Gefühl trifft auf beide Gruppen zu. Zenker (2003).

50 Zenker (2003).

motiviert werden sich in Behandlung zu begeben, bekommen Frauen hingegen oftmals den Anstoß für eine Behandlung aufgrund von familiären Problemen (Angst vor Verlust der Partnerschaft, drohende Sorgerechtsentziehung, Scheidung etc.) (Singerhoff, 2002).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass als Ursachen für die Ausprägung einer Suchterkrankung bei Frauen v.a. interdependente familiäre Risikofaktoren in der Kindheit wie Gewalterfahrungen, die Abhängigkeitserkrankung einer Bezugsperson sowie andere soziale Belastungen zu nennen sind (Zenker, 2003).

Das unterschiedliche Einstiegsalter in die Abhängigkeit⁵¹ und die verschiedenen Suchtgruppen eignen sich zur Aufdeckung unterschiedlicher biografischer Erfahrungen und somit auch zur Typologiebildung. Diese kann für eine entsprechende therapeutische Bearbeitung Orientierungshilfe sein. Die Differenzierung nach Suchtgruppen ist sicherlich am praktikabelsten, da sie am ehesten den Strukturen der Suchthilfe entspricht.⁵²

Weitere Aspekte wie Schwangerschaft und Drogen- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

2.5 Besonderheiten der Sucht bei Männern

Einige Unterschiede wie die härteren Konsummuster der Männer, ihr jüngeres Einstiegsalter und ihre Neigung zu

deviantem Verhalten unter Alkoholkonsum sind bereits beschrieben worden. Gleiches gilt auch für Faktoren der männerspezifischen Sozialisation, die für die Entstehung einer Sucht mitverantwortlich sind. Mit der Bezeichnung der „geschlechtsspezifischen Therapie“ oder dem „geschlechtsspezifischen Ansatz in der Therapie“ ist in der Regel die Arbeit mit Frauen gemeint.⁵³ Wie bereits unter Punkt 2.2 in dieser Arbeit ausgeführt liegt dies daran, dass die Behandlung von Männern, die immerhin 2/3 der Alkoholabhängigen darstellen, eher die Norm ist. Ausgehend von dieser Aussage könnte man zu der Auffassung kommen, dass die frauenspezifischen Ansätze notwendig sind, weil die bisherigen Therapien auf Männer und ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind. Dies ist ein Trugschluss. Vielmehr wird sich so selbstverständlich an dem männlichen Dasein orientiert, dass eine notwendige Analyse männlicher Lebensaspekte gar nicht erst vorgenommen wird.⁵⁴ Unter der Prämisse von GM muss dies nicht nur überdacht, sondern auch entsprechend korrigiert werden.

Ausgehend vom geschlechtsspezifischen Konsumverhalten lässt sich feststellen, dass das Trinken bei Männern in einem sehr engen Bezug, wenn nicht sogar in einer Korrelation zu Merkmalen einer tradierten Männerrolle steht, da Männer, die ein traditionell geprägtes Verständnis von Männlichkeit haben, oftmals vermehrten Alkoholkonsum betreiben oder vermehrt Alkoholprobleme

51 Insbesondere zwischen drogenabhängigen Frauen und den Frauen, die alkohol- oder medikamentenabhängig sind, gibt es sowohl Unterschiede im Einstiegsalter als auch Unterschiede durch die Illegalität der Substanzen, größere Gesundheitsrisiken und die Schwierigkeit der Beschaffung (Prostitution). Landesfachstelle Frauen & Sucht (2004).

52 Zenker (2003).

53 Es gibt zwar männerspezifische Angebote, aber diese sind heute immer noch ausgesprochen selten.

54 Schwanitz, Dieter (2001). Männer. Eine Spezies wird besichtigt. Frankfurt: Eichborn Verlag.

haben.⁵⁵ Wesentlicher Bestandteil dieses „Männerbildes“ ist dabei u.a. das konsequente Abgrenzen zu allem Weiblichen. Dies ist verbunden mit einer unbedingten Erfolgs- und Funktionsorientierung. Durch die Art ihres Konsums grenzen sich diese Männer von allem Weiblichen und damit, ihrer Auffassung nach, von allem Schwachen ab.⁵⁶ Der trinkende Mann demonstriert mit seinem Konsum seine Männlichkeit und verbindet damit Gefühle wie Unantastbarkeit, Unverletzlichkeit, Omnipotenz und Unabhängigkeit.⁵⁷ Eine hegemoniale Männlichkeit wird angestrebt. Junge Männer, denen es nicht gelingt, ihren eigenen Ansprüchen an Männlichkeit zu entsprechen, entwickeln oftmals ein negativ geprägtes Selbstbild mit Selbstzweifeln und Insuffizienzgefühlen. Ausgeprägtes Rauscherleben bei Männern steht demzufolge häufig in direktem Zusammenhang mit dem Wunsch nach der Ausübung von Kontrolle und Macht über Frauen oder über Geschlechtsgenossen. Dies zeigt sich dann u.a. in einer erhöhten Risikobereitschaft unter Inkaufnahme von Regelverletzungen und möglichen Sanktionen.⁵⁸ Hier zeigt sich die besondere Destruktivität des männlichen Konsums. Männer leben unter Alkoholeinfluss ihre Aggression oftmals ungehemmt aus und werden körperlich gewalttätig. Im Anschluss an solche Taten verweisen sie auf ihren Rauschzustand und versuchen sich damit zu ex-

kulpieren, d.h. sie attribuieren die Verantwortung für ihr Handeln nach außen. Nicht selten geben sie den Opfern, meistens Frauen, die Schuld an ihrem Tun.⁵⁹ Zu dem oben beschriebenen übersteigerten Bild von Männlichkeit gehört auch, dass Männer das Sprechen über Gefühle häufig als unmännlich interpretieren. Physisch oder psychisch erlebte Gewalt (insbesondere sexualisierte) wird somit tabuisiert. Dass Männer Opfer von Gewalt, auch sexualisierter Gewalt, werden, ist zwar hinlänglich bekannt⁶⁰, aber diese Tatsache wird sowohl von den Betroffenen als auch von der Gesellschaft noch immer tabuisiert. Anders als Frauen „...wechseln Männer bei einer Re-Inszenierung sehr oft die Rolle: sie werden zu Tätern. Dazu passt das hypermaskuline Verhalten, das man bei vielen substanzabhängigen Männern beobachten kann.“⁶¹ Dieses Verhalten führt in der Konsequenz dazu, dass Männer als Coping - Strategie gelernt haben, unangenehme Gefühle wie Hilflosigkeit, Demütigung und Scham nach außen zu externalisieren. In der Umkehrung ihrer eigentlichen Aussage werden sie nach außen aggressiv ausgelebt.⁶² Männer haben andere, aber ebenso schädliche, Coping - Strategien als Frauen erlernt. Es fehlt ihnen u.a. an einer emotionalen Auseinandersetzung mit ihrem Verhalten. Exzessiver Alkoholkonsum ist in vielen Männergemeinschaften, wie z.B. beim

55 Vosshagen, Arnulf (2005). Brauchen wir eine männerspezifische Suchtarbeit? In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9.Mai 2005. Berlin.

56 Schwanitz (2001).

57 Vosshagen (2005).

58 a.a.O.

59 Expertise FDR (2005).

60 Ca. 10% der Männer sagen, dass sie in den letzten 5 Jahren körperliche Gewalt erfahren haben. Sexuelle Gewalt kommt vor, wird aber ungern thematisiert. Gewalt von Männern gegen Männer wird nicht mit Alkohol- oder Drogenkonsum assoziiert. Vogt (2005).

61 Expertise FDR (2005). S. 46.

62 a.a.O.

Fußball, ein Muss. Dabei sind sich alle Beteiligten einig, dass alle mittrinken und natürlich auch alle mit Alkohol umgehen bzw. ihren Konsum kontrollieren können. Auch hier gilt das Gebot alles unter Kontrolle zu haben, weil, angelehnt an ein übersteigertes männliches Ideal, Männer alles unter Kontrolle haben müssen und aufgrund dessen das Zugeben des Kontrollverlustes für sie nicht in Frage kommt.⁶³ Männer, die aus der Entgiftung kommen, versuchen oft zunächst mit geringen Trinkmengen das Gefühl der Kontrolle zurück zu gewinnen. Dies führt in der Regel zu einer Verschlimmerung ihrer Situation. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es bei der Behandlung von süchtigen Männer u.a. um die Bearbeitung des überzeichneten männlichen Selbstkonzeptes geht. Es gilt ein vertrauensvolles Klima zu schaffen, in denen es Männern möglich ist, ohne Konkurrenzen und Rivalitäten über frühere Gewalterfahrungen, Gewalttäterschaft und negative Gefühle zu sprechen. Es gilt für Therapeut/innen diese Themen mit dem Ziel einer emotionalen Autonomieentwicklung auf der Basis der Suchtmittelabstinenz zu enttabuisieren.

3 Gender Mainstreaming in der Suchthilfe

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, was Gender Mainstreaming bedeutet, welches die wesentlichen Unterschiede zwischen süchtigen Frauen und süchtigen Männern sind und wo es Gemeinsamkeiten gibt. Themen wie z.B. Gewalterfahrungen, Rollenverständnis, Emotionalität, der Um-

gang mit belastenden Situationen sind keine geschlechtsspezifischen Themen. Das Geschlechtsspezifische liegt darin, wie diese Themen erfahren und bearbeitet wurden. Es ist deutlich geworden, dass zwar einerseits frauenspezifische Angebote vorhanden sind, um die besonderen Lebensumstände von Frauen angemessen zu berücksichtigen, andererseits jedoch in Analogie dazu männerspezifische Angebote fehlen.⁶⁴

Was bedeutet Gender Mainstreaming in diesem Zusammenhang konkret für die Suchthilfe? Was bedeutet es für die süchtigen Frauen und Männer? Wie wirkt es sich auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchthilfe aus? Anschließend an die vorangegangenen Ausführungen könnte man zu der Auffassung kommen, dass nur noch männerspezifische Angebote als fester Bestandteil in die Behandlung aufgenommen werden müssten, dass dies die notwendige und sinnvolle Ergänzung zu den frauenspezifischen Ansätzen wäre und somit dem Prinzip des Gender Mainstreaming entsprechen würde. Diese Auffassung vernachlässigt aber die für das GM wesentliche Auseinandersetzung mit dem sozialen Geschlecht und den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen. Diese Auseinandersetzung trägt zu einer Differenzierung des Menschenbildes und davon abgeleiteten Konzepten, Methoden und Praktiken bei. Eine frauen- und männerspezifische Ausrichtung der Angebote bietet beiden Geschlechtern die Chance, angemessene und effektive Angebote vorzufinden. Im Effekt heißt dies eine Erhöhung der Behandlungsqualität und somit auch eine Reduzie-

63 Vossnagel (2005).

64 Vossnagel (2005).

rung der Kosten.⁶⁵ Eine geschlechtergerechte Suchtarbeit würde dazu führen, dass die Mitarbeiter/innen der Suchthilfe sich nicht mehr um finanzielle Ressourcen für „ihre“ Frauen oder für „ihre“ Männer streiten müssen, da beide Geschlechter gleichberechtigt nebeneinander stehen.⁶⁶

Konkret müssen geschlechtsspezifische Beratungs-, Behandlungs-, und Integrationskonzepte in die Suchthilfe implementiert werden. Hierfür muss systematisch unter der Fragestellung, wie sich Maßnahmen und Hilfsangebote der Suchthilfe jeweils auf Frauen und Männer auswirken und in wie weit dies zur Gleichstellung der Geschlechter beiträgt, vorgegangen werden.⁶⁷ Es gilt dabei Standards für eine frauen- und männerspezifische Suchtarbeit zu setzen. Dazu gehört u.a. auch, dass die Mitarbeitenden der Suchthilfe Genderkompetenz erlangen. Das bedeutet, dass sie über Kenntnisse der Gender-Besonderheiten und um deren Folgen verfügen müssen.⁶⁸

Einer weitere Notwendigkeit ist die Ergänzung der heute noch dürftigen Datenlage zu vielen Fragen der Abhängigkeit bei Frauen und Männern, um die Behandlungsangebote für die jeweilige Zielgruppe passgenau zu planen und umzusetzen.⁶⁹ Für die konsequente Weiterentwicklung der Hilfsangebote für Frauen und Männer unter Berücksichtigung steigender Qualitätsanforderungen ist Gender Mainstreaming ein unverzichtbarer Bestandteil geworden.

Sicherlich bringt die Umsetzung von GM auch viele Probleme, nicht nur struktureller, sondern auch finanzieller Art, mit sich. Dementsprechend werden für die Umsetzung des GM konkrete politische und/oder institutionelle Vorgaben benötigt. Tradierte gendertypische Verhaltensweisen müssen in Frage gestellt und neue Normen entwickelt werden.⁷⁰ Dies ist ein (langer) Prozess, der Zeit, Geld und die Bereitschaft aller Beteiligten zur Mitarbeit erfordert und nicht „nebenbei“ zu erledigen ist.⁷¹

4 Fazit

Im Vorhergehenden wurde zunächst darauf aufmerksam gemacht, dass in der Suchtforschung in Bezug auf die Behandlung von Frauen und Männern die Akzente neu zu setzen sind. Hierbei stellt Gender Mainstreaming aus meiner Sicht ein gutes Instrument für eine geschlechtergerechte Suchthilfe dar. Aber es ist kein Allheilmittel und erfordert ein hohes Maß an Engagement aller Beteiligten.

Die Umsetzung geschlechtergerechter Gestaltung von Behandlungsbedingungen in ambulanten Beratungsstellen und Fachkliniken fußt immer noch auf dem Interesse und dem Engagement der Mitarbeiter/innen sowie der Bereitschaft der Einrichtungsleitung, dieses Engagement zu unterstützen. Auffällig, aber nicht verwunderlich, ist dabei,

65 Kuhlmann & Kolip (2004); Jahn (2004).

66 Zenker (2005).

67 Grundsatzpapier DHS (2004).

68 Zenker (2005).

69 DHS Grundsatzpapier (2004).

70 Zenker (2005).

71 Jahn (2004).

dass es immer noch eher die Frauen sind, die auf die Umsetzung von GM drängen und sich dafür einsetzen. Hier ist eine Änderung dringend nötig.

GM erfordert ein „top down“ zu seiner erfolgreichen Realisierung, d.h., es muss von Leitung und Management gewollt sein. Sonst hat GM wenig Chancen, umgesetzt zu werden. Das „bottom up“ der Basis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Teams von Einrichtungen in der Suchthilfe ist zwar gut und richtig, aber es motiviert keinesfalls, wenn sich die Teams Gedanken machen und Konzepte entwickeln, die dann möglicherweise von den Leitungen und/oder Geschäftsführenden abgelehnt oder gar ignoriert werden. Geschlechtsbezogene Arbeit im Sinne des Prinzips von GM hat aus meiner Sicht nur dann eine Chance auf Nachhaltigkeit, wenn diese Arbeit über die individuelle Bereitschaft der Durchführenden hinaus auf eine strukturelle Ebene gehoben und in der entsprechenden Struktur oder dem Leitbild der Einrichtung verankert wird.

Die Implementierung von GM in der Suchthilfe hätte zur Folge, dass die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive nicht länger nur vom Interesse und gutem Willen der Mitarbeiterschaft und der Leitungsgremien der Einrichtungen abhängig sein würde, sondern dass geschlechtsspezifische Arbeit konzeptionell verankert ihren gesicherten Stellenwert bekäme und dass dies unter der Bereitstellung der dafür notwendigen Ressourcen gesichert würde. Es wäre aus meiner Sicht hilfreich, wenn die Kostenträger GM als Prinzip der Gestaltung von Behandlungsbedingungen einfordern oder zumindest honorieren würden. In Zeiten von Qualitätsmanagement und Zertifizierungen als dafür sichtbaren Beweis könnte dies ein wichtiger Schritt sein.

Fokus des GM ist die sozial konstituierte Definition des Geschlechterverhältnisses. Erst durch die Herausarbeitung der in dem Geschlechterverhältnis begründeten Benachteiligungen können Entscheidungssituationen ausreichend analysiert, die Defizite benannt, Lösungsstrategien entwickelt und die Behandlungsangebote entsprechend gestaltet werden. Sicherlich würden sich daraus sinnvolle Aspekte für die Suchtprävention ergeben. Dies könnte dazu führen, dass Mädchen und Jungen frühzeitig in Bezug auf mögliche Gefährdungen erreicht werden. Es ist bekannt, dass durch die gesundheitliche Prävention die Kosten im Gesundheitsbereich gesenkt werden. Je effektiver die Suchtprävention gelingt, desto geringer sind die Aufwendungen für die Folgen einer Suchterkrankung.

GM thematisiert den Bezug, den die beiden Geschlechter zueinander haben, und entwirft ein alle gesellschaftlichen Bereiche umfassendes politisches Konzept.

Literatur

Baer, Susanne (2004). Geschlecht und Recht - zur rechtspolitischen Steuerung der Geschlechterverhältnisse. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2004). Grundsatzpapier: Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit. Chancen und Notwendigkeiten.

Frey, Regina (2004). Entwicklungslinien: Zur Entstehung von Gender Mainstreaming in internationalen Zusammenhängen. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. S. 24-39

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) (Hrsg.) (2005). Gender Mainstreaming in der Suchthilfe. Eine Expertise. Hannover.

Jahn, Ingeborg (2004). Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung. (Hrsg.) Bremen.

Kraus, Ludwig, Heppekausen, Kathrin, Barrera, Andrea & Orth, Boris (2004). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse. In Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Institut für Therapieforschung (Hrsg.). München.

Kuhlmann, Ellen & Kolip, Petra (2004). Gender Mainstreaming im Gesundheitssystem. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna (Hrsg.) (2004). Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen. Essen.

Roth, Silke (2004). Gender Mainstreaming - eine neue Phase der Frauenbewegung. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Schwambach, Gabriele & von Barga, Henning (2004). Gender Mainstreaming als Organisationsveränderungsprozess - Instrumente zur Umsetzung von Gender Mainstreaming. In: Meuser, Michael & Neusüß, Claudia (Hrsg.). Gender Mainstreaming. Konzepte, Handlungsfelder, Instrumente. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Schwanitz, Dieter (2001). Männer. Eine Spezies wird besichtigt. Frankfurt: Eichborn Verlag.

Schwarting, Frauke (2004). Lebensbalancen und Suchtmittelkonsum – frauenbezogene Aspekte von Sucht und Möglichkeiten der Unterstützung. In: Tagesdokumentation Frauen und Sucht. Eine „Rand“-Gruppe im Fokus. Warendorf/Freckenhorst.

Singerhoff, Lorelies (2002). Frauen und Sucht. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Stiegler, Barbara (2000). Wie Gender in den Mainstream kommt – Konzepte, Argumente und Praxisbeispiele zur EU-Strategie des Gender Mainstreaming. Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

Stiegler, Barbara (2002). Gender macht Politik. 10 Fragen und Antworten zum Konzept Gender Mainstreaming. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

Stiegler, Barbara (2003). Gender Mainstreaming - Postmoderner Schmusekurs oder geschlechterpolitische Chance? Argumente zur Diskussion. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik (Hrsg.). Bonn.

Vogt, Irmgard (2005). Zahlen und Fakten zu Frauen, Männern und Sucht. In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9. Mai 2005. Berlin.

Vosshagen, Arnulf (2005). Brauchen wir eine männerspezifische Suchtarbeit? In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9. Mai 2005. Berlin.

Winkler, Klaudia (1997). Zur Behandlung alkoholabhängiger Frauen in Fachkliniken. Regensburg: S. Roderer.

Zenker, Christel (2003). Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. In: Sucht aktuell, Nr. 2, September 2003. Seite 15-20.

Zenker, Christel (2005). Süchtige Frauen und Männer im Gender Mainstreaming. In: Beitrag zur Fachtagung Gender Mainstreaming in Berlin am 9. Mai 2005. Berlin.

Anhang

1. Rechtliche und politische Vorgaben des GM

Rechtliche Grundlagen für die Einführung des Prinzips des GM gibt es sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene. Artikel 3, Abs. 2 des Grundgesetzes enthält die Staatszielbestimmungen mit zwei Aufgabenbereichen: Der Staat muss sich aktiv um die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung und um die Beseitigung bestehender Nachteile bemühen. Dieses Ziel gilt für die Gesetzgebung, die Verwaltung und die Rechtsprechung. Es richtet sich an alle staatlichen Ebenen, also an Bund, Länder und Kommunen. Mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages am 1. Mai 1999 sind die Mitgliedsstaaten verpflichtet, nach Artikel 2 und Artikel 3, Abs. 2 des EG-Vertrages, eine aktive und integrierte Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender Mainstreaming zu betreiben.

In der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Artikel 23, verpflichten sich die Staaten zur Anwendung des Gender Mainstreaming - Prinzips. In der Bundesrepublik Deutschland ist Gender Mainstreaming in einzelnen Gesetzen bereits als Leitprinzip verankert, so im Job-AQTIV-Gesetz, im Entwurf des Antidiskriminierungsgesetzes zur Integration von Menschen mit Behinderungen sowie faktisch im Kinder- und Jugendhilfegesetz. Politische Beschlüsse von Bundes- und Länderkabinetten zum Grundsatz und zur Implementierung von Gender Mainstreaming gibt es seit 1998 in Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt. Der Beschluss des Bundeskabinetts, die Gleichstellung von Frauen und Männern als durchgängiges Leitprinzip anzuerkennen, ist am 23. Juni 1999 gefallen. Diesem Be-

schluss folgte die Novellierung der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien durch Kabinettsbeschluss vom 26. Juli 2000. §2 GGO verpflichtet alle Ressorts der Bundesregierung, den Gender Mainstreaming - Ansatz bei allen politischen normgebenden und verwaltenden Maßnahmen der Bundesregierung zu berücksichtigen. Damit sind wichtige Voraussetzungen für die Implementierung des Ansatzes auf Bundesebene geschaffen. Völkerrechtlich besonders relevant für GM ist die Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW, kurz: Frauenrechtskonvention), die auch von der BRD ratifiziert wurde und somit den Rang eines Ge-

setzes hat. Die CEDAW umfasst das Gleichstellungsgebot und macht Vorgaben zur Gleichstellung in zahlreichen Lebensbereichen. (Frey 2004, Baer 2004).

2. Instrumente von GM

Der Ablauf von Gender Mainstreaming-Prozessen ist letztlich dem Ablauf anderer Prozesse der Ergänzung oder Umorientierung von Arbeitsschwerpunkten oder Organisationsstrukturen vergleichbar, wie z.B. Organisationsentwicklungs-Prozessen. Dies wird zum Beispiel auch an dem in Deutschland häufig zitierten 6-Schritt-Modell von Tondorf (2001) deutlich:

Schritte	Voraussetzung
1. Definition gleichstellungspolitischer Ziele: Welcher Soll-Zustand wird durch das zu entscheidende Vorhaben angestrebt?	– Kenntnisse über den Ist-Zustand – Zugrundelegen einschlägiger Rechtsnormen und Programme – Koordinierung mit allen betroffenen Bereichen
2. Analyse der Probleme und der Betroffenen: Welches sind die konkreten Hemmnisse auf dem Weg zu mehr Chancengleichheit – Geschlechterdemokratie?	– Wissen über genderspezifische Zugänge – Zuarbeitung und Unterstützung z.B. durch Gutachten und Schulungen
3. Entwicklung von Optionen (Lösungsmöglichkeiten): Welche Alternativen bestehen hinsichtlich der Realisierung?	– s.o.
4. Analyse der Optionen in Hinblick auf die voraussichtlichen Auswirkungen auf die Gleichstellung: Welche Option lässt den höchsten Zielerreichungsgrad erwarten?	– Analyse- und Bewertungskriterien
5. Umsetzung der getroffenen Entscheidungen	
6. Erfolgskontrolle und Evaluation: Wurden die Ziele erreicht? Welches sind die Ursachen für die Nichterreichung bzw. Teilerreichung? Welche weiteren Maßnahmen sind notwendig?	– Daten über Zielerreichung – Berichtswesen – Verpflichtende Ursachenanalyse

(Vgl. Schwambach & von Bargaen (2004), S. 283f.)

Internetsucht – Eine neue Suchtform?

**Eine Einführung in die Thematik
Grundlagen – Diskussion – Therapeutische
Interventionsaspekte**

Jens Keffel

Leer

Inhalt

Einleitung

1 Grundlagen zum Thema

- 1.1 Das Internet
- 1.2 Suchtbegriff
- 1.3 Internetsucht
 - 1.3.1 Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung
 - 1.3.2 Begrifflichkeit
 - 1.3.3 Diagnosekriterien
 - 1.3.4 Formen

2 Die Studien

- 2.1 Zimmer et. al. Studie
- 2.2 Hahn / Jerusalem Studie
- 2.3 Seemann-Studie
- 2.4 Weitere Diskussionsbeiträge

3 Therapeutischer Interventionsbedarf

- 3.1 Diagnostik
- 3.2 Verhaltenstherapeutische Aspekte
- 3.3 Andere psychotherapeutische Behandlungskonzepte
- 3.4 Onlineberatung
- 3.5 Selbsthilfe
- 3.6 Ratgeber

4 Zusammenfassung

Literatur

Anhang

Einleitung

Die Nutzung des Internets im beruflichen und privaten Bereich nimmt stetig zu. Im Jahre 2002 verfügten nach Informationen des statistischen Bundesamtes ca. 43% der bundesdeutschen Privathaushalte (ca. 16 Millionen) über einen Internetzugang (USA 51%, Niederlande 66%).¹ Die meisten Arbeitsplätze und öffentlichen Institutionen wie Hochschulen und Bibliotheken besitzen Zu-

gang zum Internet. Der ehemalige Bundespräsident Roman Herzog sagte zur Eröffnung der Cebit 1999:

„Der geübte Umgang mit den neuen Medien wird zu einer elementaren Kulturtechnik wie Lesen, Schreiben und Rechnen. Das ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Lebensgestaltung.“²

Diesem geübten Umgang stehen Nutzerverhaltensweisen gegenüber, die zuerst in den USA -vorsichtig formu-

1 Statistisches Bundesamt Deutschland (2003)

2 Deutsches Forschungsnetz (1999). Ohne Titel. Online über: <http://www.shuttle.de>

liert- als bedenklich angesehen wurden. So führt bei einem Teil der Nutzer/innen und deren Angehörigen die exzessive Nutzung des Internets zu konkreten Problemen im beruflichen, sozialen und finanziellen Bereich. Betroffene Personen bekennen sich in der Öffentlichkeit u.a. durch Veröffentlichungen³ zu ihren Problemen oder suchen Hilfe. Da ähnliche Probleme aus anderen Süchten bekannt sind, drängte sich die Frage auf, ob es Internetsucht gibt. Entsprechende Berichte in den Zeitungen (z.B. The Guardian vom 24.11.1997) fachten die Diskussion an und ließen die Begriffe Sucht und Abhängigkeit in Verbindung zum Internet treten. Mittlerweile hat die Diskussion auch den deutschen Sprachraum erreicht. Auch in unserer Beratungsstelle hat es in den letzten Jahren verschiedene Anfragen, besonders von besorgten Eltern gegeben.

Diese Arbeit beschäftigt sich nicht mit der Definition des Suchtbegriffes. Im Rahmen der bereits geführten Debatte um die Einordnung der Ess-Störungen und des pathologischen Glücksspiels wurde der Suchtbegriff umfassend thematisiert.

Anders als bei der bereits anerkannten nicht-stofflichen Sucht „Pathologisches Glücksspiel“ existieren im Hinblick auf die exzessive Internetnutzung noch keine erschöpfenden wissenschaftlichen Untersuchungen. Das öffentliche und wissenschaftliche Interesse im Hinblick

auf die Fragestellung ist jedoch vorhanden und schlägt sich in ersten veröffentlichten Studien nieder.⁴

1 Grundlagen zum Thema

Um sich dem Phänomen der Internetsucht anzunähern, wird das Internet⁵, der Suchtbegriff und die Verbindung von Internet und Sucht vorgestellt. Der PC in nicht vernetzter Form oder im lokalen Netzwerk, die Technikleidenschaft und Faszination, die vom Computer ausgeht, ist nicht Gegenstand der Betrachtung.

1.1 Das Internet

Technisch gesehen ist das Internet eine weltweite Zusammenführung von Computernetzwerken, die zur Kommunikation verwendet werden (Microsoft Press, 2001). Die Entstehung des Internets basiert auf dem Netzwerk ARPANET, das ab 1969 vom amerikanischen Verteidigungsministerium eingesetzt wurde. Im Laufe der Jahre wurden weitere Netzwerke an das ARPANET angeschlossen, zunächst von Universitäten und Forschungseinrichtungen. 1986 erfolgte die Trennung in ein rein militärisches (MILNET) und dem zivilen, forschungsorientierten ARPANET. Das zivile Netz bekam den Namen INTERNET (interconnected set of networks). 1993 wurde durch die Einführung von einfach zu bedienenden Browsern das Internet für die breite Masse zugänglich.

3 vgl. Farke, G. (1999). Hexenkuss.de. Langenfeld: Deller Verlag.

4 Für diese Arbeit wurden ausschließlich deutschsprachige Texte und Websites verwendet, bei der Wiedergabe anderssprachiger Quellen handelt es sich also immer um Übersetzungen.

5 Soweit es nicht für diese Arbeit erforderlich ist, verzichte ich auf die Erklärung technischer und spezifischer Begriffe zum Internet, bzw. richte mich nach den Ausführungen in Kreisel, U. und Tabbert, P. A. (1996). Net Jargon. Englisch fürs Internet. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Heute, zehn Jahre später, werden Onlinedienste zu unterschiedlichsten Zwecken genutzt. Das Internet dient der Informationsbeschaffung und dem Informationsaustausch, dem elektronischen Einkauf (e-commerce) und der Abwicklung von Bankgeschäften, der Kommunikation (E-Mail, Chats, Newsgroups) und zum Spielen (Online-Spiele).

1.2 Suchtbegriff

Wenn das Vorhandensein einer Internetsucht als gegeben betrachtet wird, so ist sie am ehesten als eine nicht-stoffgebundene Sucht bzw. nicht-substanzgebundene Abhängigkeit zu verstehen.⁶

Die durch die WHO weltweit anerkannte Definition von Sucht und Abhängigkeit hat im Rahmen nicht-stofflicher Süchte ihren Niederschlag bisher ausschließlich in Bezug auf das pathologische (Glücks-)Spielen in den Klassifikationen DSM IV und ICD-10 gefunden. Nach DSM IV handelt es sich beim „*Pathologischen Spielen*“ um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Verhalten, das sich in einer chronischen und fortschreitenden Unfähigkeit äußert, dem Impuls zum Glücksspiel zu widerstehen. Es wird dann diagnostiziert, wenn mindestens fünf von zehn suchttypischen Merkmalen zutreffen (DSM IV Kriterien siehe Anhang). Voraussetzung für die Diagnose ist, wie bei stoffgebundenen Süchten auch, dass der dabei erreichte Rauschzustand bewusst oder unbewusst her-

beigeführt wird. Weitere Voraussetzungen, um von Sucht bzw. süchtigem Verhalten sprechen zu können, sind das starke Eingenommensein vom Glücksspiel, Kontrollverlust und die damit verbundene Unfähigkeit zur Abstinenz, Toleranzentwicklung, das Eintreten psychischer und unter Umständen auch physischer Entzugssymptome und negative soziale Konsequenzen.⁷

Im Rahmen dieser Arbeit beziehe ich mich auf diese Definition des Suchtbegriffes und der genannten Diagnosekriterien.

1.3 Internetsucht

Der Zusammenhang zwischen Sucht, Abhängigkeit und Internet lässt sich bei Diskussionen von Nutzer/innen im Internet finden. Sie beschreiben eigene problematische Verhaltensweisen mit dem Medium (Kontrollverlust, Entzugssymptome, soziale, psychische und physische Folgeprobleme).

In der Suchtkrankenhilfe in Deutschland wird dem Thema dagegen wenig Beachtung geschenkt. Nur auf der Website der Hessischen Landesstelle gegen Suchtgefahren⁸ findet eine Auseinandersetzung statt. Bei anderen Landesstellen wird dieser Themenbereich ausgespart.

Als neues Forschungsgebiet setzen sich zur Zeit relativ wenige Fachleute mit dieser Thematik auseinander. Im deutschsprachigen Raum existieren zum Problemkomplex bisher drei veröffentlichte Studien.

6 Fliegel, S. Dr. (2000). Ich kann fast nur noch Online sein – Internet-Abhängigkeit. Skript zur WDR2-Radiosendung „Vorname genügt“ vom 05.04.2000. Online über: <http://www.wdr.de>.

7 Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

8 <http://www.hls-ksh.de>

1.3.1 Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung

1995 veröffentlichte der New Yorker Psychiater Ivan Goldberg einen Artikel in der New York Times. In ihm verwendete er erstmals den Begriff der Internetsucht⁹ und brachte einzelne Diagnosekriterien der Spielsucht in Verbindung zur Internetnutzung. Die von ihm als scherzhaft verstandene Glosse wurde zum Selbstläufer. Aufgrund der starken öffentlichen Reaktion folgten weitere Artikel über die Gefahr der Internetsucht in der New York Times.

Während Goldberg noch bemüht war deutlich zu machen, dass er nicht das Medium Internet als suchtauslösend annahm, sondern vom Vorliegen psychischer Erkrankung ausging¹⁰, begannen an anderen Stellen erste Forschungen.

Bereits 1995 veröffentlichte Dr. Kimberly S. Young, Professorin an der University of Pittsburgh, die ersten Arbeiten zum Thema. Dabei setzte sie Goldbergs ungewollte Anregung konsequent um, indem sie auf der Grundlage des DSM IV die Kriterien von Alkohol-, Drogenabhängigkeit und Spielsucht auf

die Internetsucht übertrug. Sie entwickelte einen Test, mit dessen Hilfe eine Selbsteinschätzung der eigenen Abhängigkeit vom Internet möglich sein sollte¹¹. Im Ergebnis ging sie zunächst von einer Quote von 20% an Abhängigen unter den Internetnutzer/innen aus. Mittlerweile nennt Young in neueren Veröffentlichungen eine Quote von 7%¹², spricht aber angesichts des explosiven Anwachsens von Internetanschlüssen und Cyberspace-Angeboten sogar von der Jahrtausendsucht.¹³

1997 wurde von Dr. N. Döring eine erste ausführlichere Studie im deutschen Sprachraum erarbeitet.¹⁴ Zentrales Thema ist das Kommunikationsverhalten von Internetnutzern.

Im Jahr 1998 folgte in Österreich eine deutschsprachige Studie von Zimmerl et. al.¹⁵ Diese Studie ist ausschließlich auf das Nutzerverhalten von Chaträumen ausgerichtet (siehe Kapitel 2.1).

Hahn und Jerusalem begannen 1999 eine breitangelegte Studie unter deutschen Internetnutzern, die 2001 abgeschlossen wurde.¹⁶ Das Thema der Studie lautete „Jugendliche gefangen im Netz“ (siehe Kapitel 2.2).

9 Genauer: die amerikanische Bezeichnung Internet-Addiction Disorder (IAD), siehe auch Kapitel 1.2.1.

10 Er geht davon aus, dass die Nutzer/innen Depressionen, Angstzustände oder Dysphorie bei sich in einer Art Selbstmedikation mit der Internetnutzung bekämpfen (nach: www.m-ww.de).

11 Veröffentlicht sowohl im Internet über <http://www.netaddiction.com>, als auch in Young (1999).

12 Wiedergegeben nach Zimmerl, H. D. Panosch, B. & Masser, J. (1998). Internetsucht Eine neuromodische Krankheit ? Online über: <http://gin.uibk.ac.at>.

13 Young, K. S. (1999). Caught in the Net – Suchtgefahr Internet. München: Kösel Verlag.

14 Veröffentlicht in Döring, Dr. N. (1999). Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Göttingen: Hogrefe.

15 Veröffentlicht u.a. über: Gesundheitsinformationsnetz in Wien und Universität Innsbruck, online über <http://gin.uibk.ac.at>

16 Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel, J., (Hrsg.) (2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen: Leske und Budrich.

2000 führte Seemann eine wissenschaftliche Studie zur Qualität und Plausibilität internetbasierten Umfragen und zur Internetabhängigkeit durch¹⁷ (siehe Kapitel 2.3).

1.3.2 Begrifflichkeit

Der Begriff Internetsucht dient als Oberbegriff, ähnlich dem Begriff Spielsucht. Das Wort ist eingängig und hat Schlagwortcharakter, ist jedoch nicht klar definiert. Im Sinne des Geschäftsführers der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS) Wolfgang Schmidt [<http://www.hls-ksh.de>] sollte bis zu einer endgültigen Erforschung des Phänomens

".... das Attribut 'süchtig' in Zusammenhang mit dem Internet vorsichtig gebraucht werden".

Zimmerl et. al. sprechen von einer Art inflationärem Gebrauch des Begriffes.

In der Fachliteratur finden eine Vielzahl von Begriffen Verwendung:

- PIU Pathological Internet Use
- PIG Pathologischer Internet Gebrauch
- IAD Internet Addiction Disorder
- IAS Internetabhängigkeitssyndrom
- PCUD Pathological Computer Use Disorder
- Cyberdisorder
- OAD Online Addiction Disorder
- Computer addictive Behavior.

Die Begriffsdefinitionen variieren hinsichtlich ihrer Differenziertheit.¹⁸

*Internet Addiction (Disorder)*¹⁹

.... eine psychologische Abhängigkeit vom Internet und ist charakterisiert durch (a) zunehmende Investitionen in Hilfsmittel für internetbezogene Aktivitäten, (b) unangenehme Gefühle (z.B. Ängstlichkeit, Depressivität, innere Leere) wenn offline, (c) eine zunehmende Toleranz gegenüber Auswirkungen des Onlineseins und (d) Verleugnung problematischen Verhaltens.

*Cyberdisorder*²⁰

Symptome die folgende Merkmale enthalten: Ständige Beschäftigung mit dem Internet, zunehmende Ängste beim Offlinesein, Verbergen oder Lügen bezüglich der tatsächlichen Häufigkeit des Onlineseins, Beeinträchtigung aller Funktionen in der realen Welt.

*Computer addictive Behavior*²¹

... ist charakterisiert durch exzessiven und unangemessenen Gebrauch des Computers, was Auswirkungen auf die Verpflichtungen und Beziehungen des eigenen realen Lebens hat.

Der Begriff „Pathological Internet Use“ wird verwendet, um die Nähe zum pathologischen Glückspiel inklusive deren Definitionen und Diagnosekriterien zu verdeutlichen.

1.3.3 Diagnosekriterien

Eine sogenannte Internetsucht wurde bisher nicht in die international gebräuchlichen Klassifikationen aufgenommen und damit nicht als eigenstän-

17 Veröffentlicht in Seemann, O., Köpf, G.; Kratzer, S. & Wöller, A. (2001). Die Internet-Süchtigen Oberhausen.

18 Demmel, R. (2002). Internet Addiction: Ein Literaturüberblick. In: Sucht, 48. Jahrgang, Heft 1, Februar 2002, Hamburg. Alle Definitionen wurden vom Autor übersetzt.

19 a.a.O. definiert nach Kandell (1998).

20 a.a.O. definiert nach Young et. al. (1999).

21 a.a.O. definiert nach Orzack & Orzack (1999).

diges Krankheitsbild anerkannt. Anders als bei den stofflichen Abhängigkeiten und bei der pathologischen Spielsucht gibt es somit auch keine anerkannten Diagnosekriterien.

Um das Ausmaß der exzessiven Internetnutzung einstufen zu können, wurden für die durchgeführten Studien verschiedene Kriterien, angelehnt an das pathologische Glücksspiel, definiert. Die Studie von Hahn und Jerusalem nennt 5 Kriterien, in der Studie von Zimmerl et. al. werden 7 Kriterien beschrieben. In den USA durchgeführte Studien führten dazu, dass innerhalb der American Psychiatric Association (APA) über die Aufnahme von 10 Kriterien in die neue Auflage des DSM (DSM V) diskutiert wird.²² Die Studien erbringen den Nachweis, dass Internetnutzer/innen diese Kriterien erfüllen. Somit wird die Existenz einer eigenständigen Diagnose Internetsucht seitens der betreffenden Fachleute postuliert.

Die Diagnosekriterien von Hahn und Jerusalem sind in nahezu allen deutschsprachigen Arbeiten zum Thema anzutreffen. Im Rahmen der Forschungstätigkeit wurden sie allgemein akzeptiert.

1.3.4 Formen

In der Literatur, wie auch im Internet selber, werden verschiedene Formen (auch Typologien, Kategorien oder genutzte Internetinhalte) der Internetsucht

beschrieben. Die Bezeichnung „Internetsucht“ kann als Oberbegriff verwendet werden, durch die nachfolgend beschriebenen Formen wird sie jeweils spezifiziert. Dies ist ähnlich wie bei der Drogenabhängigkeit, bei der zwischen der jeweils konsumierten Droge und ihren spezifischen Wirkungen unterschieden wird.

- *Online Sex (auch Cybersex oder Cybersex addiction)*

Besuch von Websites mit sexuellem oder pornographischem Inhalt (legal, illegal, kostenlos und kostenpflichtig). Besuch von Online-Kontaktbörsen zur Aufnahme sexueller Beziehungen oder zur Stimulation.

- *Online Gambling (Online-Glücksspiel oder Numbling) und Online Betting (Online-Wetten)*

Online Gambling steht dem pathologischen Glücksspiel im Vergleich mit allen anderen Formen am nächsten. Online-Casinos bieten nahezu die gleichen Möglichkeiten an Glücksspielen (Roulett, Black Jack, Poker etc.) teilzunehmen, wie in Spielcasinos (z.B. unter www.spielbank-hamburg.de²³ oder www.hollandcasino.nl²⁴). Sie unterscheiden sich in einfacher Erreichbarkeit, Rund-um-die-Uhr-Öffnungszeiten oder Teilnahmemöglichkeiten unabhängig vom Alter. Neben den Glücksspielen bietet das Internet auch die Möglichkeit online Wetten (Sportwetten etc.) abzuschließen (z. B. über <http://www.sport.de> oder <http://betandwin.de>).

22 Ott, R. & Eichenberg, C. (1999). Internetsucht: Medienereignis oder neuartiges Störungsbild? Vortragsmanuskript über: Regionaler Arbeitskreis Süddeutschland des Fachverbandes Glücksspielsucht. Jeweilige Kriterien in deutscher Übersetzung im Anhang.

23 Erste deutsche Spielbank mit staatlich konzessioniertem Online-Roulett.

24 Der Spielzugang ist derzeit (Stand 07/2003) nur über die niederländische Homepage möglich, auf der deutschsprachigen Website www.hollandcasino.de finden sich lediglich Erklärungen und Werbung.

– *Online Relationship (Cyber-relationship addiction)*²⁵

Über Chatforen, Newsgroups, Usenet und E-Mail können Beziehungen zu anderen Internetnutzer/innen aufgebaut und gepflegt werden. Dabei bietet das Medium die Gelegenheit mit mehreren Nutzer/innen gleichzeitig zu kommunizieren oder einen Dialog zu führen. Aufgrund der technischen Entwicklung sind dabei mittlerweile Bild- und Tonübertragungen möglich. Das Medium verschafft die Möglichkeit aus der Anonymität (Nickname) heraus die eigene Identität beliebig darzustellen oder zu wechseln.

– *Webcruising und E-Mail-Checking (Information Overload)*

Die enormen Möglichkeiten sich im Internet mit Informationen über nahezu alle denkbaren Themen zu versorgen, lässt viele Nutzer/innen immer wieder (ein bis mehrmals die Woche) ziel- bzw. sinnlos surfen (nach ARD/ZDF-Online Studie 2000). Dazu gerechnet wird auch das häufige Abfragen der elektronischen Post.

– *Net Compulsion*

Unter diesem Begriff versteht man die Teilnahme an Auktionen im Internet durch eigenes Mitbieten oder Verkaufen (z.B. über www.ebay.de), Teilnahme am Wertpapierhandel (Online-Börsenhandel genannt Onlinetrading oder Daytrading) und elektronisches Einkaufen (e-commerce) gegen Rechnung.

– *Multi User Dungeons = MUD (Online Rollenspiele)*

Durchführung von Rollenspielen in virtuellen Räumen mit Gleichgesinnten. Mittlerweile sind auch eine Reihe von

anderen Onlinespielen sehr beliebt, wie z.B. rundenbasierende oder Echtzeit-Strategiespiele.²⁶

– *Musik- und Video Download*

Speichern von Musikdateien aus dem Internet auf den eigenen Computer, sowie herunterladen und speichern von Kinofilmen (Video-Livestreaming). Es ist oftmals illegal, da Verstöße gegen das Urheberrecht vorliegen.

Bei einem Teil der oben beschriebenen Formen lassen sich recht leicht Ähnlichkeiten zu bereits anerkannten Abhängigkeiten erkennen. Besonders deutlich und eng ist dies in der Verbindung zwischen Online Gambling und pathologischem Glücksspiel, zumal hier die anerkannten Diagnosekriterien für das pathologische Glücksspiel in nahezu vollem inhaltlichen Umfang auf das Online Gambling übertragbar sind. Ähnlich lassen sich Verbindungen zwischen Online Sex und Sexsucht oder dem Net Compulsion und der Kaufsucht herstellen. Aber es existieren auch spezifische Formen, die nicht offensichtlich einer bekannten Abhängigkeit Nahe stehen. Speziell Online Relationship bietet im Bereich der Kommunikation neue, bisher nicht gekannte Möglichkeiten. Dies gilt besonders für die Chats oder Chatträume. Letztere Formen haben sich alleine auf dem Hintergrund der technischen Möglichkeiten und Verfügbarkeit des neuen Mediums Internet entwickelt. Ob sich in Zukunft weitere eigenständige Formen entwickeln ist u.a. auch von der technischen Weiterentwicklung der Hard- und Software abhängig (Stichwort: virtuelle Welten).

25 Döring (1999) faßt diese und die folgende Form unter dem Begriff Computervermittelte Kommunikation (Computer Mediated Communication = CMC) zusammen.

26 Einen Überblick bietet u. a. die Seite <http://www.onlinespiele.org>

2 Die Studien

In der Diskussion um den Suchtbegriff sind häufig stark interessensgeprägte Argumente anzutreffen. Dieses konnte zuletzt beim Streit um die Einordnung des pathologischen Glücksspiels beobachtet werden. Ergebnis der langen Auseinandersetzung ist in Deutschland die Übernahme der Behandlungskosten im Rahmen der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch die Rentenversicherungsträger. Wichtige Voraussetzung um eine Diskussion um „Internetsucht“ nicht polemisch-ideologisch zu führen sind wissenschaftliche Studien, die über die Erfahrungsberichte Betroffener hinausgehen. Nur so fundierte Aussagen können einen Beitrag zur weiteren Beurteilung dieses Problemfeldes aus fachlicher Sicht leisten und unter Umständen zukünftig Betroffenen so versicherungsrechtliche Leistungen für eine Behandlung zukommen lassen.

Die Durchführung von Studien und ihrer daraus abgeleiteten Ergebnisse muß sich an wissenschaftlichen Standards messen. Bei allen in Kapitel 1.3.1 aufgeführten Studien sind kritische Hinterfragungen angebracht. Dazu zählen:

- Anzahl der befragten Personen ist sehr gering (z.B. Seemann);
- Probleme Kontrollgruppen zu bestimmen (z.B. Hahn/Jerusalem);
- Hypothesen in allen Studien: Nichtstoffgebundene Suchtformen existieren (die gegensätzliche Annahme dazu ist, daß es sich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und

nicht um eine Abhängigkeits- krankung handelt);

- Repräsentativer Querschnitt der heterogenen Gruppe der Internetnutzer über die Fragebögen erreicht? (Wo werden die „Fragebögen“ angeboten bzw. öffentlich gemacht – z.B. nur im Internet?);
- Validität: Fehlende Vergleichbarkeit der Studien untereinander²⁷ (durch unterschiedliche Befragungskriterien und unterschiedliche Befragungssituationen) und meistens nur Einmalbefragungen.

2.1 Zimmerl et al. Studie

Im Jahr 1998 verfaßte Dr. med. H. Zimmerl (Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Experte für Diagnostik und Therapie des Alkoholismus) in Österreich die erste deutschsprachige Studie unter dem Titel „„Internetsucht“ – Eine neumodische Krankheit?“. Zimmerl wurde angeregt durch die bereits seit 1995 in Nordamerika geführte Diskussion über IAD. Er sammelte...

„... zunächst eigene Eindrücke in der Anwendung des Internet unter dem Aspekt, aus eigener Beobachtung zu prüfen, ob - und wenn ja, in welchem Bereich des Internet - allfällige suchtin- duzierende Potentiale aufzufinden wären.“²⁸

Die Studie erarbeitete er zusammen mit seinen Co-Autoren B. Panosch und J. Masser. Sie ist motiviert durch die Hypothese, dass am ehesten im Bereich der Applikation Chatroom (Online Relationship, von den Autoren unter dem Begriff „Computerunterstützte Com-

²⁷ Hahn et al. (2001)

²⁸ Alle Zitate in diesem Kapitel aus: Zimmerl et al. (1998).

munication – CUC“ beschrieben) nähere Untersuchungen angebracht seien. Aus der Warte der Suchttherapeut/innen / Suchtforscher/innen konnte Zimmerl in anderen Bereichen des Internets keinerlei Hinweise auf suchtiinduzierte Potentiale erkennen. Die „....vorliegende Arbeit widmet sich daher diesem Teilbereich des Internet unter gleichzeitiger Prüfung allfälliger Ähnlichkeiten zur Spielsucht“.

Der für die Studie erstellte Fragebogen war als Online-Umfrage im Zeitraum vom 17.02.1998 bis 27.04.1998 im Chatzentrum „Metropolis“ aufrufbar. Die erhobenen Parameter bezogen sich auf demographische Daten (Alter, Beruf, Geschlecht etc.), Fragen zu Chatgewohnheiten (Dauer und Zeit) und Fragen zu Einstellungen und Erfahrungen (Zwang, Schuldgefühle, soziale Kontakte, Arbeitsleistung, Kontrollverlust). Letztere dienten als Kernfragen für die von den Autoren erarbeiteten sieben diagnostischen Kriterien und die drei Stadien (Gefährdungsstadium, Kritisches Stadium und Chronisches Stadium) der PIIG (Pathologischer Internet Gebrauch)²⁹. Sie werden in Anlehnung an die diagnostischen Kriterien des pathologischen Glückspiels formuliert (Vergleichsbildung). Dies scheint „ein sinnvoller Zugang zu sein, da einerseits in der einschlägigen Literatur von - ansonst verschiedene Standpunkte vertretenden - "Experten" einhellig die Nähe zur "Spielsucht" betont wird. Andererseits führte ja auch die eigene Einschätzung dazu, der Anwendung Chatroom als Attraktivitätsfaktor die Mischung aus Befriedigung des Spieltrie-

bes einerseits und des Bedürfnisses nach Kommunikation andererseits zuzuordnen“.

Insgesamt wurden 473 Fragebögen ausgewertet³⁰. Dabei wurde festgestellt, dass das Alter der meisten Chatter zwischen 18 und 29 Jahren liegt und die Gesamtgeschlechtsverteilung ca. 57% männlich zu ca. 43% weiblich beträgt. Etwa 44,9% aller Teilnehmer/innen sind Single. Die drei größten Berufsgruppen Angestellte (34%), Schüler/innen (25%) und Student/innen (23%) machen über 4/5 der Teilnehmenden aus. Hierbei ist auffällig, daß 33,8% hauptberuflich mit EDV zu tun haben. 57,1% der Teilnehmenden waren mehr als 7 Stunden pro Woche im Chat. Die Hauptnutzungszeiten lagen zwischen 22 und 02 Uhr (30%) bzw. zwischen 17 und 22 Uhr (29%).

12,7% jener Chatter, deren Bögen auswertbar waren, beantworteten mindestens vier der sieben Kernfragen mit „richtig“ und erfüllten damit das definierte Kriterium der Abhängigkeit vom Chatten. Immerhin 24,5% hielten sich selbst für „chatsüchtig“. Nach Auffassung der Autoren lässt sich damit behaupten, dass die genannten 12,7% ein „suchtartiges Verhalten“ aufweisen. Interessant ist, dass aus dieser Gruppe ein knappes Drittel der Befragten (30,8%) davon berichten beim intensiven Chatten einen „rauschähnlichen Zustand“ zu erleben. Bei ihnen werden Veränderungen im Bereich der Neurotransmitter und/oder des Endorphinsystems angenommen und entsprechende klinische Untersuchungen an-

29 Im Anhang aufgeführt.

30 Die Ergebnisse der einzelnen Fragen aus der Studie können als Tabellen im Internet auf der Seite <http://gin.uibk.ac.at> eingesehen werden.

geregelt.³¹ Auch wird Komorbidität vermutet (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, hypomanische Attacken). Die Nutzung der Chaträume könnte ggf. wie „antidepressive Selbstmedikation“ eingesetzt werden.

Zimmerl et. al. bewerten die Studie und die Ergebnisse sehr zurückhaltend. Selbstkritisch merken sie das Fehlen klinischer Fallstudien an. Ihrer Aussage zu Folge konnte die Studie Indizien dafür bieten, dass suchtartiges Verhalten im Teilbereich Chatroom anzutreffen ist. Alleine für diese Indizien des suchtartigen Verhaltens würden die Autoren den Begriff „Pathologischer Internet Gebrauch - PIG“ nutzen. Die Autoren haben die Eingangsfrage nach dem Bestehen einer Internetsucht im Ergebnis nicht beantwortet. Sie sehen den Sinn der Studie daher darin:

„...die Ärzteschaft auf diese neue Spielart nicht-stoffgebundenen suchtartigen Verhaltens aufmerksam gemacht, und praktikable diagnostische Inventarien vorgeschlagen zu haben, sowie andererseits die Suchtforschung zu weiterer Befassung animiert zu haben“.

2.2 Hahn / Jerusalem Studie

An der Humboldt-Universität Berlin haben A. Hahn (Dipl. Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter) und Prof. Dr. M. Jerusalem (Dipl. Psychologe, Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie) eine erste deutsche Pilotstudie unter dem Titel „Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz“ durchgeführt.³²

Angeregt durch Fallbeispiele in den Medien und psychotherapeutischen Praxen geht die Studie der Frage nach ob...

*„Internetsucht eine Erfindung der Medien ist oder ein reales psychologisches Phänomen, dessen sich Psychologen, Pädagogen und Suchttherapeuten annehmen sollten“.*³³

Im Gegensatz zur Studie von Zimmerl et. al. beschränkten Hahn und Jerusalem sich nicht auf einen bestimmten Nutzerkreis (auch wenn der Titel dies vermuten lässt) bzw. auf die Nutzer bestimmter Formen. Sie versuchten per Aufruf in Tageszeitungen, Magazinen, Radio- und TV-Interviews möglichst eine breit gestreute Gruppe von Teilnehmern zu finden.

Die Online-Befragung fand im Untersuchungszeitraum Juli bis September 1999 statt. Hahn und Jerusalem entwickelten 5 jeweils 4 Items enthaltende Skalen mit den Merkmalen der Internetsucht, bestehend aus:

- a) Kontrollverlust (Beispielitem: „Ich habe schon häufiger vergeblich versucht meine Zeit im Internet zu reduzieren.“),
- b) Entzugserscheinungen (Beispielitem: „Wenn ich längere Zeit nicht im Internet bin, werde ich unruhig und nervös.“),
- c) Toleranzentwicklung (Beispielitem: „Mein Verlangen danach, mehr Zeit im Internet zu verbringen, hat sich im Vergleich zu früher erhöht.“),

31 Auf der Fachtagung des Arbeitskreises Spielsucht in Unna am 04.04.2002 berichtete Dr. Gerhard Meyer vom Fachbereich Psychologie der Universität Bremen, dass bei süchtigen/pathologischen Glücksspielern nach neuesten Forschungsergebnissen aus Kanada der Nachweis über deutlich erhöhte Aktivitäten in suchtspezifischen Hirnregionen erbracht werden konnte. Eine ausführlichere Darstellung des neurobiologischen/lerntheoretischen Modells zur Internetsucht liefert Seemann in Seemann et. al. (2001), auf dessen Wiedergabe in dieser Arbeit verzichtet wird.

32 Als Zusammenfassung mit einem Teil der Tabellen veröffentlicht in Raithel (2001).

33 Alle Zitate in diesem Kapitel aus: Hahn et al. (2001).

- d) negative Konsequenzen im Bereich soziale Beziehung (Beispielitem: „Seitdem ich das Internet nutze, haben sich einige Freunde von mir zurückgezogen.“) und
- e) negative Konsequenzen im Bereich Arbeit und Leistung (Beispielitem: „Meine Leistungen in der Schule/im Beruf leiden unter meiner Internet-Nutzung.“).

Beantwortet werden konnten die gestellten Fragen mit Hilfe einer vierstufigen Skala („Trifft nicht zu“, „Trifft eher nicht zu“, „Trifft eher zu“ und „Trifft zu“). Für das Vorliegen einer Internetsucht wurde als normatives Kriterium festgelegt, dass ein Skalenwert von über 59 erreicht werden musste, was mindestens der durchschnittlichen Nennung von „Trifft eher zu“ entspricht. Eine Gefährdung wird im Skalenbereich von 50 bis 59 angenommen.

Insgesamt nahmen mit verwertbaren Angaben 8266 Personen, davon 7091 aus der BRD teil. Alle hier genannten Auswertungen basieren auf der Gruppe der deutschen Teilnehmenden. Ca. 2/3 dieser Teilnehmenden gehören der Altersgruppe der bis 29jährigen an, der Rest ist älter, etwa 1/4 waren weiblich.

Das Ergebnis zeigt, dass 3,2% der Teilnehmenden das normative Kriterium der Internetsucht erfüllten, immerhin 6,6% müssen danach als gefährdet angesehen werden. Diese Gruppen verbringen im Wochendurchschnitt nach eigenen Angaben 34,6 bzw. 28,6 Stunden im Internet. Dabei konnten erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht festgestellt werden, was andere Studien insbesondere aus den USA bestätigen. Danach ist die Internetsucht vornehmlich als Jugendproblematik zu verstehen, wobei die

Rate der Internetsüchtigen von 10,3% bei den unter 15jährigen auf 2,2% in der Gruppe der 21-29jährigen fällt. Bei Frauen zeigt sich dagegen eine umgekehrte Entwicklung. Mit zunehmendem Alter sind proportional zur Gesamtzahl der Internetsüchtigen in der jeweiligen Altersgruppe vermehrt Frauen anzutreffen. Internetsüchtige finden sich unter den Teilnehmenden ohne Partner fast doppelt so häufig wie unter den Teilnehmenden, die in einer Partnerschaft leben.

Bei Aufschlüsselung der genutzten Internetinhalte ist auffällig, dass die als gefährdet oder süchtig eingestuften Teilnehmenden vier Formen bevorzugen. Es handelt sich um Chats/Foren (z.B. Newsgroups), Musik Download, Spiele ohne Geldeinsatz (nicht nach MUD's und anderen Onlinespielen unterteilt) und Erotik (ohne Erotik-Chats). Dabei bestätigt die Studie die u.a. von Zimmerl et. al. getroffene Annahme der besonderen Suchtgefahr beim Chaten. 35,1% der als süchtig eingestuften Teilnehmenden (26,6% bei den gefährdeten Teilnehmenden) fallen vornehmlich in diesen Bereich, wobei Frauen deutlich überrepräsentiert sind. Dagegen stellen die männlichen Teilnehmer bei den Spielen ohne Geldeinsatz die Mehrheit dar.

Hahn und Jerusalem haben in ihrer Studie noch eine weitere Frage zu beantworten versucht. Ausgehend von der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura wurde die Bedeutung von Konsequenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen bzgl. des Phänomens der Internetsucht überprüft.

Kurzgefaßt nimmt Bandura an, dass die Auswahl und die Persistenz eines Verhaltens von den Erwartungen des Eintritts der an dieses Verhalten ge-

knüpften Konsequenzen (Handlungs-Ergebnis-Erwartungen) und dem wahrgenommenen Vermögen der Person, das fragliche Verhalten auch ausführen zu können (Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartungen), abhängt. Internetsucht sollte also vermehrt bei Personen zu beobachten sein, die hohe positive Erwartungen an die Nutzung des Internet knüpfen und gleichzeitig ein geringes Maß an internetbezogener Verhaltensregulationskompetenz wahrnehmen.

Hahn und Jerusalem haben daher Items in ihre Skalen eingebaut, mit deren Hilfe sie die positiven Konsequenzen der Internetnutzung u.a. in den Bereichen Aufbau sozialer Beziehungen und Arbeit und Leistung abfragten. Im Ergebnis konnten sie feststellen, dass einerseits höhere Internetsuchtwerte bei Befragungsteilnehmer/innen mit hohen positiven Erwartungen an die Nutzung des Internets vorlagen. Andererseits waren deutlich höhere Abhängigkeitswerte bei Teilnehmenden mit geringer internetbezogener Verhaltensregulationskompetenz gegeben, als bei Personen, die der Überzeugung sind bei Präferenz anderer Aufgaben ihre Internetaktivitäten zurückstellen zu können. Hahn und Jerusalem werten diese Ergebnisse als Zeichen, die potentiellen Bedingungen der Internetabhängigkeit weiter differenzieren zu müssen. Entsprechend schließen die Autoren:

„...dass dem Internet in der Phase des Übergangs vom Jugend- zum Erwachsenenalter eine funktionale Relevanz für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zukommen kann. So ist etwa denkbar, dass Jugendliche im Internet ein Instrument entdeckt haben, das sie bei ihrer Persönlichkeitsentwicklung unterstützt (differenzielle Konsequenserwartungen). Das Internet könnte Orientierung in der für Jugendliche schwieri-

gen Entwicklungsphase mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklungen geben, (virtuelle) Anerkennung durch Gleichaltrige bieten und auch Möglichkeiten eröffnen, neue Rollen und Identitäten gefahrlos zu testen. Nicht zuletzt könnte das Internet auch als Mittel zur Abgrenzung von der Erwachsenenwelt dienen.“

Daraus leiten die Autoren/Autorinnen die Notwendigkeit ab im Rahmen der (Internetsucht) -prävention zukünftig ein realistisches Bild von der Funktionalität des Internets vermitteln und zugleich im kompetenten und angemessenen Umgang mit dem Internet schulen zu müssen.

Hahn und Jerusalem weisen in ihrer Schlussbemerkung auf den Streit zwischen der Phänomenologie und der Ätiologie hin. Die der Online-Studie zugrunde liegenden Kriterien sind normativ-deskriptive Merkmale. Das heißt, sie beschreiben das Verhalten von Internetnutzer/innen, thematisieren aber nicht die Ursache dieses Verhaltens. Ob ein exzessiver Internetgebrauch Ausdruck beispielsweise einer Depression ist oder ob der exzessive Internetgebrauch die Primärerkrankung darstellt und somit die Ursache der Symptome ist, wird als unwesentlich für die Existenz einer eigenständigen Internetsucht erklärt. Sie weisen darauf hin, dass selbst bei der Diagnostizierung einer Alkoholabhängigkeit nur normativ-deskriptive Merkmale herangezogen werden, ohne gleichzeitig eventuelle psychiatrische, psychosoziale oder neurologische Ursachen auszuschließen. Da die Ursache und die Folge diagnostisch nicht eindeutig getrennt werden können, möchten Hahn und Jerusalem auf die Einordnung der Internetsucht in die

„...ätiologiegebundenen Kategorien der Klassifikationssysteme (ICD-10/DSM

IV) als „Störungen der Impulskontrolle“ oder Zwangsstörungen oder gar psychosomatische Erkrankung“ verzichteten. Sie verstehen Internetsucht als eine „moderne Verhaltensstörung“ und sehen sie als stoffgebundene Abhängigkeit, da das exzessive Verhalten auf ein Medium ausgerichtet ist.

„Klassifikatorisch könnte Internetsucht dann – wie von Griffiths 1995 vorgeschlagen – als spezifische Form technologischer Süchte“ eingeordnet werden.“

Dazu könnten auch „Fernsehsucht“ oder „Computerabhängigkeit“ gezählt werden.

2.3 Seemann-Studie

Dr. med. O. Seemann (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) veröffentlichte 2001 eine Studie mit dem Titel „Die Internetsüchtigen“.

Der Grund für die Studie und für die 1998 erfolgte Gründung des „Münchener Therapiezentrum für Internet-Abhängige“ an der Psychiatrischen Universitätsklinik München lag in der...

„...Skepsis an den US-amerikanischen Berichten von Internet-Addiction“³⁴.

und dem Interesse an dem...

„...Phänomen Internetnutzung“.

Die Studie sollte die Fragen beantworten, wie viele Teilnehmenden als internetsüchtig gelten können und wie sie sich charakterisieren lassen. Die Studie umfasste eine Online-Umfrage und eine klinische Studie. Der Fragebogen beinhaltete 49 Fragen, der auf der Homepage www.psychiater.org bereitstand. Ihm lagen 6 Kriterien zugrunde, die in Anlehnung an den ICD-10 definiert

wurden (siehe Anhang). Die klinische Studie bestand aus im Therapiezentrum durchgeführten Fallstudien.

2341 Personen nahmen an der Online-Umfrage teil, wobei nur 45,6% in die Auswertung einfließen (wissenschaftliche Datenqualität). Als internetabhängig einzustufen sind nach Definition Personen, die mindestens 5 der 6 Kriterien (siehe Anhang) über wenigstens einen Monat Dauer oder wiederholt innerhalb von 12 Monaten vorliegend erfüllten. Dies sind nach Auswertung der Studie 4,6% der Teilnehmer. Die konkreten Zahlen und Einzelergebnisse zu jeder Fragestellung der Studie wurden online veröffentlicht, leider ist ein Zugriff auf die Website mittlerweile nicht mehr möglich (Stand: 08/2003).

Die Daten aus der klinischen Studie sind wegen der geringen Zahl an Testpersonen (8 Probanden) als vorläufig anzusehen. Die verschiedenen Formen der Internetsucht wurden über den Fragenkatalog nicht differenziert aufgearbeitet.

Bei den als internetabhängig diagnostizierten Personen finden sich zahlreiche Aspekte, die auch bei Suchterkrankungen im stofflichen und nicht-stofflichen Bereich vorliegen. Hierzu zählen erfolglose Versuche sich dem Internet zu entziehen, rauschähnliche Gefühle während des Onlineseins oder das Gefühl der Vermeidung von Ängsten und Unsicherheiten. Die abhängigen Personen scheinen besondere Probleme im mitmenschlichen Bereich zu haben. Sie ziehen virtuelle Beziehungen direkten menschlichen Kontakten vor. Auch die Auswertung der Fallstudien weist auf

34 Alle Zitate in diesem Kapitel aus Seemann et al. (2001).

ein Vorliegen psychiatrischer Störungen hin.

Im Ergebnis schließt Seemann, dass es sich bei der...

„...sogenannten Internetabhängigkeit um kein selbstständiges Krankheitsbild, sondern um ein Symptom im Rahmen anderer bekannter psychiatrischer Erkrankungen handelt“.

2.4 Weitere Diskussionsbeiträge

Begleitend zu den Studien und Untersuchungen in den USA und im deutschsprachigen Raum, scheint sich die wissenschaftliche Diskussion darauf zu konzentrieren, ob Internetsucht eine eigenständige (im Sinne von genuine, ätiologische) psychiatrische Erkrankung ist oder ob sie nur als ein Epiphänomen, d.h. eine Begleiterscheinung oder Ausdruck einer anderen psychiatrischen Störung betrachtet werden kann. Dies hätte zur Konsequenz, dass sie nicht als eigenständiges Krankheitsbild in die Klassifikationen (z. B. ICD-10) aufgenommen werden müsste.

Da es für alle online durchgeführten Studien Schwierigkeiten in der Beurteilung und den statistischen Messmethoden gab und weiterhin gibt, wurden in den USA zusätzliche klinische Studien durchgeführt. Es wurde für unabdingbar erachtet, dass der klinische Eindruck des Psychiaters notwendig sei, um eine Störung beurteilen zu können. So beschreibt Kraut et. al. eine signifikante Korrelation zwischen Depression und exzessiver Internetnutzung, Shapira betont eine bipolare Störung bei den untersuchten Probanden und Black et

al. untersuchten Probanden mit auffallend häufig vorhandenen Grunderkrankungen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen und Substanzmissbrauch.³⁵ Aber auch die Ergebnisse der klinischen Studien wurden von verschiedenen Seiten, insbesondere auch von den Durchführenden selber, kritisch bewertet. So war die Anzahl der Probanden meist sehr gering, es gab keine Kontrollgruppen und keine Doppelblind-Studien und bestimmte psychiatrische Erkrankungen konnten zuvor falsch diagnostiziert worden sein.

Anders fiel die Einschätzung aus Sicht vieler Psychologen aus. Young vertritt die These, dass IAD eine genuine psychiatrische Erkrankung ist, vergleichbar mit dem Alkoholismus. Sie schlägt eine entsprechende Klassifizierung vor. Auch Greenfield vertritt nach einer von ihm durchgeführten umfassenden Studie unter mehr als 17.000 Internetnutzer/innen die Auffassung, das Internetsucht als eigenständiges Krankheitsbild zu bewerten ist.

Für Demmel sind die bisherigen Ergebnisse nicht aussagekräftig. Er hält überhaupt einen großen Teil der vorliegenden Arbeiten für „schlichtweg spekulativ“ und bemängelt den deutlichen Gegensatz der geringen Anzahl empirischer Untersuchungen zu der erstaunlich großen Zahl an Publikationen.

Die Diskussion ist in Deutschland noch lange nicht abgeschlossen. In den USA hat die APA 1997 IAD als genuine psychiatrische Erkrankung anerkannt und diskutiert über ihre Aufnahme in die Neuauflage des DSM (DSM V).

35 Alle Ergebnisse wiedergegeben nach Seemann et al. (2001).

Neben der Diskussion um die Eigenständigkeit einer Internetsucht als Krankheitsbild bedarf es auch der Diskussion über die Interpretation des Zahlenmaterials. Besonderes Augenmerk wird in den Erhebungskriterien auf den Aspekt des psychischen Befindens und der sozialen Folgen (Kommunikationsverhalten, Arbeitsleistung, finanzielle Auswirkungen etc.) gerichtet. Dabei kommen alle Studien zu dem Ergebnis, dass bei den von ihnen als internetsüchtig eingestuftten Personen deutliche negative Auswirkungen bestehen. Nicht berücksichtigt wird bei dieser Interpretation der Aspekt, dass das neue Medium sich gesellschaftlich neu einordnen muss und neues bzw. noch nicht bekanntes Verhalten im Hinblick auf das Internet eine neue Einordnung in das Werte- und Normensystem erfordert. Zum Beispiel stellt sich die Frage, ab wann der Internetgebrauch als exzessiv eingestuft werden kann (8 Stunden täglich oder 8 Stunden wöchentlich). Döring warnt vor schnellen Etikettierungen:

„Wer vorschnell von „Internet-Sucht“ spricht, tappt bei problematischer Netznutzung in die Falle einer oberflächigen Scheinerklärung und läuft ansonsten Gefahr unseren kulturellen Vorurteilen über neue Medien aufzusitzen: Wenn die 14jährige Tochter sich zur leidenschaftlichen Leserin entwickelt und ganze Tage und Nächte hinter Büchern verbringt, zeigen sich die meisten Eltern erfreut über ein so anspruchsvolles Hobby. Stürzt sich die Tochter dagegen mit vergleichbarer Begeisterung ins Netz, ist man plötzlich sehr besorgt: Flüchtet sie aus der Wirklichkeit? Droht

*Vereinsamung? Handelt es sich um Sucht?“*³⁶

Das der Umgang mit dem Medium Veränderungen unterliegt, wird besonders deutlich in den gegensätzlichen Beurteilungen von Kraut. In seiner ersten Studie (s.o.) werden ausschließlich negative soziale Auswirkungen erkannt. Im Ergebnis einer zwei Jahre später durchgeführten zweiten Studie mit der gleichen Probandengruppe hat die Internetnutzung dagegen ausschließlich positive soziale Auswirkungen. Der Grund dafür wird von Kraut in der zwischenzeitlich erfolgten individuellen und gesellschaftlichen Anpassung an das Internet gesehen.

Auch Döring ist davon überzeugt, dass gerade die Kommunikationselemente des Chattens positiv zu bewerten sind. Nach ihrer Auffassung handelt es sich nicht um süchtiges Verhalten, sondern um ein anderes, verändertes Kommunikationsverhalten auf dem Hintergrund der neuen technischen Möglichkeiten.³⁷ Dabei nehmen die betreffenden Personen oftmals bewusst und gezielt in Kauf, dass wesentliche Elemente der Kommunikation, wie das Beobachten der nonverbalen Signale, nicht in den Kommunikationsprozess einfließen. Döring sieht in der mit dem Chatprozess verbundenen Anonymität gerade für Jugendliche in der Pubertät die Chance sich in einem viel größeren Maße zu erproben, Persönlichkeitsmerkmale zu entwickeln und gefahrlos die eigenen Identitäten zu wechseln. Letztlich schließt aber auch Döring nicht aus, dass es im Zusammenhang mit dem Chatten in Einzelfällen zur Abhängigkeit kommen kann.³⁸

36 Döring, Dr. N. (ohne Datum). Eine Frage noch.... Online über <http://www.nicola-doering.de>

37 Döring (1999).

38 a.a.O.

3 Therapeutischer Interventionsbedarf

Bei aller Kritik an den durchgeführten Studien kann Greenfield³⁹ zugestimmt werden, der schreibt:

“Obwohl es bisher noch keine offizielle psychiatrische Definition der Internetsucht gibt, weist das vorhandene klinische und wissenschaftliche Material doch bereits darauf hin, dass bei bestimmten Menschen Suchtsymptome auftreten, wenn sie das Internet benutzen.“

Auch wenn derzeit nicht geklärt ist, ob exzessiver Internetgebrauch als Epiphänomen oder eigenständige Krankheit vorliegt, kann ein Behandlungsbedarf, wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen, angenommen werden. Wenn eine Alkoholabhängigkeit diagnostisch als sekundäre Krankheit (z.B. als Folgestörung der psychiatrischen Erkrankung) eingeordnet wird, ist u.U. eine ergänzende suchtherapeutische Behandlung angezeigt. Ebenso kann ggf. ein Behandlungsbedarf bei suchtartigem Internetgebrauch aufgrund der entwickelten Verhaltensmuster angezeigt sein.

Bei der Frage, ab wann Internetsucht (ob in primärer oder sekundärer Form) behandlungsbedürftig ist, erscheint es relevant, neben dem subjektiv beschriebenen Leidensdruck die Diagnosekriterien differenziert zu betrachten und zu gewichten. Verheimlichung und Bagatellisierung geschieht eher in einem Umfeld, das den Internetgebrauch generell ablehnt oder ihm skeptisch gegenübersteht, Schuldgefühle ent-

wickeln sich eher durch vorwurfsvolle Haltungen von außen. Daher müssen diese diagnostischen Kriterien, unter dem Blickwinkel des Werte- und Normensystems in Bezug auf das neue Medium Berücksichtigung finden. Dagegen ist das unüberwindliche Verlangen sich einzuloggen, das Nachlassen der Arbeitsfähigkeit und die Irritabilität bei Hinderung am Internetgebrauch unabhängig von gesellschaftlichen Werthaltungen. Diese intrapsychischen Veränderungen sollten bei der Bewertung einer Behandlungsbedürftigkeit mehr Gewicht haben.

3.1 Diagnostik

Voraussetzung für eine Therapie ist eine möglichst genaue Kenntnis der Erkrankung (Diagnose). Daher ist die Diagnostik eine Voraussetzung für jedes ärztliche und therapeutische Handeln. Sollte eine erste Exploration auf das Vorliegen einer Internetsucht deuten, so ist eine medizinische Erstuntersuchung angezeigt. Eine solche suchtmmedizinische Untersuchung speziell im Bezug auf „neue Süchte“ umfasst nach Tretter⁴⁰:

- die aktuelle Situation der Störung,
- die Suchtanamnese,
- die medizinische Beurteilung,
- die psychiatrische Beurteilung,
- die aktuelle soziale Situation,
- die allgemeine Biografie,
- die Familienanamnese.

Auch Zimmerl et al. bieten mit ihren „Implikationen für den Nervenarzt“ ein entsprechendes diagnostisches Inventar an.⁴¹

39 Greenfield, D. N. (2000). Suchtfall Internet: Hilfe für Cyberfreaks, Netheads und ihre Partner. Düsseldorf.

40 Tretter, F. (2000). Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer.

41 vgl. Zimmerl et al. (1998).

3.2 Verhaltenstherapeutische Aspekte

Die Verhaltenstherapie ist eine anerkannte Psychotherapie⁴², welche erfolgreich zur Behandlung psychischer Störungen, insbesondere auch Abhängigkeitserkrankungen eingesetzt wird. Das diagnostische Verfahren in der Verhaltenstherapie weist Besonderheiten zur herkömmlichen psychologischen Diagnostik auf.

*„Die verhaltenstherapeutisch orientierte Diagnostik wird vor allem danach beurteilt, ob sie brauchbare Informationen liefert, die für die Auswahl und Durchführung geeigneter verhaltenstherapeutischer Verfahren notwendig sind.“*⁴³

Nicht die Persönlichkeitseigenschaften und Charakteristika der betroffenen Personen stehen im Mittelpunkt, sondern deren beobachtbares Verhalten. Das problematische Verhalten wird durch Bedingungen verursacht und aufrecht erhalten, die im diagnostischen Verfahren zu ermitteln sind. Durch die Veränderung der erkannten Bedingungen wird auf das Problemverhalten Einfluss genommen.

Da die das problematische Verhalten verursachenden und aufrechterhaltenden Bedingungen von zentraler diagnostischer Bedeutung für die Bestimmung der Therapieziele und die Wahl der Therapiemethoden sind, werden im Hinblick auf die Internetsucht im weiteren die funktionalen Zusammenhänge beispielhaft skizziert. Hierbei wird die

erweiterte Bedingungsanalyse nach Schulte⁴⁴ zugrunde gelegt. Nach Analyse der funktionalen Bedingungen wird im Therapieplan eine geeignete Therapiemethode ausgewählt und durchgeführt. Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass

*„...ein Problem, das sich auf solche Bedingungen zurückführen läßt, damit ein prinzipiell lösbares Problem ist.“*⁴⁵

Die Bedingungsanalyse berücksichtigt neben dem direkt beobachtbaren Verhalten (klassische funktionale Bedingungsanalyse/Verhaltensanalyse) die Analyse der Rahmenbedingungen, Kognitionen, Motivationen und Beziehungen.

Verursachende und aufrechterhaltende Bedingungen für die Internetnutzung können aus vielen dokumentierten Äußerungen von Internetnutzer/innen in der Literatur und dem Internet gefunden werden.

- Die Verhaltensanalyse bezieht sich auf das direkt beobachtbare Verhalten. Dieses wird in Abhängigkeit zu den vorhergehenden Stimuli und den nachfolgenden Konsequenzen (positiven oder negativen) betrachtet. Diese funktionalen Zusammenhänge werden in Verhaltensketten dargestellt (SORC-Schema).
- Bei der Analyse der Rahmenbedingung werden körperliche (Krankheiten) und äußere Umstände (belas-

42 Seit 1980 im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung zugelassen. Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In: Reinecker, H. (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Tübingen: DGVT-Verlag.

43 Fliegel, S. und Heyden, T. (1994). Verhaltenstherapeutische Diagnostik I. Tübingen: DGVT-Verlag.

44 Schulte, D. (1999). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: Reinecker, H. (1999): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.

45 Fliegel et al. (1994).

tende Umgebungsbedingungen) ermittelt, die als Stressoren Einfluss auf die Häufigkeit, Dauer und Intensität des problematischen Verhaltens haben. Hierbei geht es um die überdauernden Faktoren.

- Im Rahmen der Kognitionsanalyse werden die aufrechterhaltenen, spontanen Gedanken, Vorstellungen oder Selbstverbalisationen ermittelt. Erwartungen während der Verhaltensepisoden werden erfragt und Defizite bei möglichen Bewältigungskognitionen sowie Informationsmängeln werden erfasst. Ziel ist es überdauernde Erwartungen, Werte, Ziele und Überzeugungen zu analysieren.
- Bei der Motivationsanalyse wird untersucht inwieweit das Problemverhalten erforderlich ist Konfliktlösungen zu erreichen, das aktuelle Selbstbild zu stützen und sich vor anderen Belastungen zu schützen. Das Augenmerk liegt dabei auf einer unrealistischen Selbstwahrnehmung, unrealistischen Ansprüchen an das eigene Verhalten und evtl. Zielkonflikte.
- Die Beziehungsanalyse sucht nach aufrechterhaltenden Faktoren für das Problemverhalten, bedingt durch die Zugehörigkeit zu Gruppen. Hierzu zählen gruppeninterne Konflikte, Gruppennormen und -werte.

Im Nachfolgenden sollen verschiedene Beispiele die bedingungsanalytischen Vorgehensweise verdeutlichen. Diese Äußerungen stammen alle aus dem Internet. Sie wurden nicht überarbeitet und erscheinen so, wie die Verfasser sie online veröffentlicht haben.

Beispiel 1:

„...heute ist es schon soweit, daß ich, wenn ich aus der Schule komme, den Rechner sofort einschalte und den ganzen Tag im Internet surfe. Dabei gehen auch wichtigere Dinge völlig an mir vorbei wie z. B. die Hausaufgaben. Auch vergesse ich das Essen und habe schon abgenommen.“ (*beobachtbares Problemverhalten - Verhaltensanalyse*)

Beispiel 2:

„Vor drei Jahren bin ich in eine andere Stadt gezogen und den einzigen Menschen, den ich dort kannte war meine Schwester. Das ist bis heute auch so geblieben. ...auch ich bezeichne mich als onlinesüchtig.“ (*aufrechterhaltende Bedingung sind die Rahmenbedingungen*)

Beispiel 3:

„Ich mag mir gar nicht ausmalen wenn mein Rechner einmal kaputt ist. Wenn der mal völlig hinüber wäre, würde ich mir sofort Kohle leihen, um wieder ins Netz zu können.“ (*aufrechterhaltende Bedingung sind fehlende Bewältigungskognitionen*)

Beispiel 4:

„... bin internetsüchtig, schreibe viel zu viele SMS. Oft bin ich tief traurig, ich gebe mein Bestes und schaffe nur das Mindeste.“ (*aufrechterhaltende Bedingung sind dysfunktionale Kognitionen*)

Beispiel 5:

„Auch ich habe meine Familie verleugnet im Chat. Dort im Chat war ich interessant, nicht nur die Putz-, Koch- und und und –frau.“ (*aufrechterhaltende Bedingung sind motivationale Zielkonflikte*)

Beispiel 6:

„...habe mich in eine Welt geflüchtet, die es real nicht gibt. Ich bin dort hin,

weil ich mit unserem Zusammenleben nicht mehr klarkomme. Habe nur noch das Gefühl funktionieren zu müssen....“ (*aufrechterhaltende Bedingung auf der Beziehungsebene*).

Im Therapieverlauf wird der Erfolg der eingesetzten Methode kontrolliert, die Eingangsdiagnosen werden eventuell überarbeitet und erweitert, der Therapieplan wird dem jeweils aktuellen Problemstand angepasst.

*„...daß der gesamte diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie als fortlaufender Rückmeldeprozeß angesehen werden kann, in dem die Problemauswahl, die gebildete Hypothese über die Problembedingungen, die ermittelten Veränderungsziele und die aus all dem abgeleiteten Interventionsmethoden einer ständigen Überprüfung und Kontrolle unterliegen.“*⁴⁶

3.3 Andere psychotherapeutische Behandlungskonzepte

Nur kurz soll hier aufgezeigt werden, dass es auch andere Behandlungskonzepte gibt. Beispielhaft sei das in der Münchener Internet-Ambulanz (MIA) angewandte kombinierte tiefenpsychologisch-medizinische Verfahren erwähnt. Begleitet wird die psychotherapeutische Behandlung durch Einsatz von Medikamenten, dabei wird viel Hoffnung auf die neuen sogenannten SSRI's (Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer) gesetzt.⁴⁷

Neben dem verhaltenstherapeutischen und dem kombinierten tiefenpsychologisch-medizinischen Ansatz bieten im

Bereich der Behandlung Suchtkranker (z.B. Internetsüchtiger) auch andere Verfahren, wie Gesprächspsychotherapie, Gestaltpsychotherapie, systemische Familientherapie, Psychoanalyse oder körpertherapeutische Verfahren, Hilfe.

3.4 Onlineberatung

Der permanente Umgang mit dem Medium legt es nahe, dass sich hilfeschuchende Betroffene zunächst im Internet nach Unterstützung bzw. Rat umsehen. Gegen eine erste Kontaktaufnahme auf diesem Wege ist nichts einzuwenden. Die spezifischen Vorteile des Mediums können so genutzt werden, wie beispielsweise eine niedrige Hemmschwelle durch anonyme Kontaktaufnahme. Mittlerweile existieren auch verschiedene seriöse Anbieter von Onlineberatung wie beispielsweise <http://www.suchtberatung.net>. Allerdings birgt Online-Beratung auch verschiedene Nachteile. So muss immer berücksichtigt werden, dass im Rahmen einer Onlineberatung oder gar Therapie wesentliche Elemente nicht vorhanden sind. Dies betrifft z.B. die psychiatrische Diagnostik, welche online nicht mit dem notwendigen qualitativen Anspruch durchgeführt werden kann.⁴⁸ Sehr problematisch ist die Online-Beratung gerade auch im Zusammenhang mit der Internetsucht zu sehen. Dort wird es spätestens mit Beginn eines therapeutischen Settings kaum noch möglich sein online zu arbeiten. Dies schließt auch die Zielsetzung der auf das absolut notwendige reduzierten Internetnutzung aus.

46 Fliegel et al. (1994)

47 Siehe zu allen Angaben in diesem Kapitel Seemann (2001).

48 Seemann et al. (2001).

Auch Betroffene aus dem Selbsthilfebereich lehnen Onlineberatung deutlich ab. Zwar ist nichts gegen die erste Kontaktaufnahme via Homepage oder E-mail einzuwenden, alle weiteren Treffen sollten jedoch persönlich und offline erfolgen [<http://www.hso.de>].

3.5 Selbsthilfe

Wie auch im Bereich anderer Suchterkrankungen ist die Möglichkeit der Selbsthilfe bei der Internetsucht eine gute Methode der Hilfe für Betroffene. Insbesondere dann, wenn zuvor eine psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hat, kann Selbsthilfe im weiteren Prozess der Stabilisierung wertvolle Unterstützung bieten. Zur Zeit ist das Selbsthilfeangebot für Internetsüchtige jedoch beschränkt, zumindest dann, wenn es um Kontakte zu spezifischen Gruppen geht. Der Teil der Betroffenen, die unter dem Online-Gambling leiden, werden sicherlich in Selbsthilfegruppen für Spielsüchtige kompetente Ansprechpartner/innen finden und sich dort mit ihren spezifischen Problemen angenommen und verstanden fühlen. Andere Personen, wie z.B. die vom Online Relationship Betroffenen, werden schwer eine geeignete Gruppe finden. Derzeit gibt es nur relativ wenige Selbsthilfegruppen speziell für Internetsüchtige. Einige bestehende Gruppen haben sich in der Selbsthilfegruppe HSO e.V. (Hilfe zur Selbsthilfe für Onlinesüchtige) auf Bundesebene zusammengeschlossen bzw. sind von dort initiiert worden. Mittlerweile hat jedoch der Bundesverein

seine Arbeit aufgrund fehlender finanzieller Mittel wieder eingestellt. Eine Vermittlung an Selbsthilfegruppen in verschiedenen Orten Deutschlands, der Schweiz, Österreichs und Dänemarks erfolgt nur über die Kontaktaufnahme mit der derzeitigen Betreiberin der Homepage.

3.6 Ratgeber

Die alleinige Nutzung von Ratgebern oder Selbsthilfebüchern, wie beispielsweise von Young⁴⁹ oder Greenfield⁵⁰, ist mit Skepsis zu betrachten. Es ist für Betroffene wenig erfolgversprechend Verhalten mit suchtfähnlichem oder süchtigen Charakter nur durch Eigen disziplin bewältigen zu wollen (fehlende Prozessbegleitung und Kontrolle). Zwar mögen die Ratgebenden wertvolle Anregungen bieten, dies aber eher für den Personenkreis derjenigen, die ihre Behandlung abgeschlossen haben und nun im Umgang mit dem Medium Internet andere Verhaltensweisen einsetzen möchten. Dies betrifft besonders den Personenkreis, der z.B. aus beruflichen Gründen nicht komplett internetabstinent sein kann. Auch im Bezug auf die Verhaltenstherapie lassen sich in diesen Ratgebern Anregungen finden. So können bereits kurz nach Therapiebeginn erste technisch-organisatorische Veränderungen im Umgang mit dem Computer und dem Internet vorgenommen werden. Das ist beispielsweise das Aufstellen des Computers an einem unangenehmen (Durchgangsbereich) und/oder öffentlichen Ort (statt im Arbeits- im Wohnzimmer).⁵¹

49 vgl. Young (1999).

50 vgl. Greenfield (2000).

51 Diese und andere mögliche kurzfristige Veränderungsschritte finden sich u.a. auf der Homepage der HSO (Hilfe zur Selbsthilfe für Onlinesüchtige) e.V. unter <http://www.onlinesucht.de>, siehe auch „Tipps der HSO“ im Anhang.

4 Zusammenfassung

Unabhängig von der Diskussion über Begrifflichkeiten, Zuordnungen und Formen, pflichte ich Dr. Kingma bei, dass Hilfe braucht, wer unter seinem eigenen Verhalten leidet und es nicht abstellen kann.⁵² Der Begriff „Internetsucht“ mag dabei problematisch sein, als Schlagwort hat er jedoch seine Berechtigung, da die Betroffenen sich hiermit identifizieren und ihre Probleme hieran deutlich werden. Im Bezug auf die Internetsucht ist die Suche nach Hilfestellungen durch die Betroffenen der Wunsch nach Unterstützung in immer wieder ähnlichen Themenkomplexen.

Bis heute gibt es für Betroffene nur wenig Hilfsangebote und Unterstützung. Zur Zeit steht in diesem Themenbereich keine Institution als kompetente und etablierte Ansprechperson zur Verfügung. Für die Sozialversicherung ist die Internetsucht kein Krankheitsbild. Das heißt, die Suche nach Unterstützung scheitert oft an fehlenden Ansprechpartner/innen und der ungeklärten Frage der Übernahme von Behandlungskosten.

Aufgrund der nicht geringen Anzahl von Betroffenen, die sich als internetsüchtig wahrnehmen, wird der Ausbau eines Hilfesystems zukünftig zur gesellschaftlichen Aufgabe. Treten Probleme im Zusammenhang mit der Nutzung des Internets auf, so sind weder anerkannte gesellschaftliche noch individuell akzeptierte Lösungsstrategien direkt verfügbar, da dies ein neues Medium mit neuen Funktionalitäten ist. Menschen, die nicht eigenständig Problemlösungen entwickeln können, bedürfen the-

rapeutischer Behandlung, um so die fehlenden Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Wie im Eingangszitat von Altbundespräsident Herzog festgestellt, gehört die Nutzung des Internets zu einer „Kulturtechnik“, die einen geübten Umgang erfordert. Um diesen kompetenten Umgang einzuüben, scheint es sinnvoll (Internetsucht-)Prävention über die Möglichkeiten, die die Schulen bieten, zu beginnen, zumal die Gruppe der Jugendlichen laut aller Studien am ehesten zu problematischem Verhalten neigt.

Literatur

Demmel, R. (2002). Internet Addiction: Ein Literaturüberblick. In: Sucht, 48. Jahrgang, Heft 1, Februar 2002, Hamburg.

Deutsches Forschungsnetz (1999). Ohne Titel. Online über: <http://www.shuttle.de>

Döring, Dr. N. (ohne Datum). Eine Frage noch.... Online über <http://www.nicoladoering.de>

Döring, Dr. N. (1994). Einsam am Computer? (Vortragsskript). Online über: <http://www.nicoladoering.net>

Döring, Dr. N. (1999). Sozialpsychologie des Internet: Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen. Göttingen: Hogrefe.

Farke, G. (1999). Hexenkuss.de. Langenfeld: Deller Verlag.

52 Kingma, Dr. R. (2002). Suchtpotenzial im Internet? In: Report Psychologie, Heft 3/2002, Bonn.

- Feuerlein, W. (1989). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Fliegel, Dr. S. (1997). Die Sucht hat viele Gesichter – Allgemeiner Teil. Skript zur WDR2-Radiosendung „Vorname genügt“ vom 06.01.1997. Online über: <http://www.wdr.de>.
- Fliegel, Dr. S. (2000). Ich kann fast nur noch Online sein – Internet-Abhängigkeit. Skript zur WDR2-Radiosendung „Vorname genügt“ vom 05.04.2000. Online über: <http://www.wdr.de>.
- Fliegel, S. & Heyden, T. (1994). Verhaltenstherapeutische Diagnostik I. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Greenfield, D. N. (2000). Suchtfälle Internet: Hilfe für Cyberfreaks, Netheads und ihre Partner. Düsseldorf.
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2000). Streß und Sucht im Internet (Ergebnisse der ersten Pilotstudie in Deutschland). Online über <http://www.Internetsucht.de>.
- Hahn, A. & Jerusalem, M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel, J., Hrsg. (2001). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Op-laden: Leske und Budrich.
- Kingma, Dr. R. (2002). Suchtpotenzial im Internet? In: Report Psychologie, Heft 3/2002, Bonn.
- Kreisel, U. & Tabbert, P. A. (1996). Net Jargon. Englisch fürs Internet. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Microsoft Press (2001). Computerlexikon - Fachwörterbuch, Unterschleißheim.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (1999). Internetsucht: Medienereignis oder neuartiges Störungsbild? Vortragsmanuskript über: Regionaler Arbeitskreis Süddeutschland des Fachverbandes Glücksspielsucht.
- Rampl, G. (ohne Datum): *Internetsucht* Online über: <http://www.spiegel.de/netzwelt>.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*, übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1999). *Verhaltenstherapeutische Diagnostik*. In: Reinecker, H. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Seemann, O., Köpf, G., Kratzer, S. & Wöller, A. (2001). *Die Internet-Süchtigen* Oberhausen.
- Singer, B. (2002). Medien – von der Faszination zur Sucht. Wien.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2003). Informationstechnologie. In: Unternehmen und Haushalte, Jahr 2002. Online über: <http://www.destatis.de>
- Tretter, F. (2000). Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer.
- Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In: Reinecker, H. (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Tübingen: DGVT-Verlag.

Young, K. S. (1999). Caught in the Net – Suchtgefahr Internet. München: Kösel Verlag.

Zimmerl, H. D. (ohne Datum). Internet-sucht – Die Fakten Online über: <http://gin.uibk.ac.at>.

Zimmerl, H. D., Panosch, B. & Masser, J. (1998). „Internetsucht“ Eine neuromodische Krankheit? Online über: <http://gin.uibk.ac.at>.

Anhang

Aufzählung verschiedener Verhaltensweisen, Gefühle und Konsequenzen um Internetabhängigkeit näher zu beschreiben (nach Fliegel, 2000)

- Auch „Offline“ geistert das Internet durch die Gedanken.
- In der Zeit ohne Internet oder Internet-bezogene Aktivitäten steigern sich Nervosität, Unruhe, Reizbarkeit und Unzufriedenheit. Es machen sich fast so etwas wie psychische Entzugserscheinungen bemerkbar.
- Die Stunden im Netz werden immer mehr ausgedehnt, obwohl es dafür keine realistische Begründung gibt.
- Der Verhaltensspielraum ist eingengt, nahezu die gesamte Tageszeit wird mit Internet-bezogenen Aktivitäten verbracht. Hierzu zählen auch viele Tätigkeiten, die „offline“ durchgeführt werden könnten: z.B. Lesen von entsprechenden Fachzeitschriften.
- Insbesondere in den Bereichen „Arbeit“, „soziale Beziehungen“, „Schule“ treten Probleme auf. Es gibt Ärger in der Schule, Ärger in der Familie, Stress mit dem Arbeitgeber, mit der Freundin usw.

- Wenn die Umwelt, Partner, Kinder oder Kollegen das häufige Surfen im Internet kritisieren, werden viele Gründe gesucht und gefunden, das Verhalten zu rechtfertigen.
- Obwohl man unbewußt sehr wohl spürt, daß man abhängig ist, wehrt man sich dagegen, wenn man von dem Partner / der Partnerin darauf aufmerksam gemacht wird. Reizbarkeit und Aggressionen nehmen zu, vor allem, wenn andere Menschen erklären wollen, was sie beobachten.
- Es werden kaum mehr Einladungen von Nachbarn oder Freunden angenommen.
- Kindern werden irgendwelche Beschäftigungen verschafft, z.B. vor den Fernseher setzen, zu Freunden schicken, um ungestörtes Surfen zu ermöglichen.
- Schlafen, Nahrungsaufnahme werden unwichtig.
- Die Arbeit, die Schule, das Studium werden vernachlässigt, zu erledigende Aufgaben bleiben liegen.
- Die schulischen oder beruflichen Leistungen verschlechtern sich.
- Finanzielle Probleme nehmen zu, da die Telefonrechnung oder die Rechnung des Server/Providers steigt.
- „Surfen“ und „Chatten“ werden zur einzigen Freizeit-Beschäftigung, soziale Beziehungen und andere Aktivitäten werden vernachlässigt.
- Der Tagesablauf dient dazu, den Abend „frei zu schaufeln“, damit ungestörtes Einloggen ins Netz möglich ist.
- Der Tag mit all seinen Verpflichtungen wird zum Frust, das „Einloggen“ baut den Frust ab und fördert die Lust.

- Beim Einloggen wechselt die gedrückte Stimmung in Hochstimmung, die Stimmungssteigerung wird unkontrollierbar, das Geräusch des hochfahrenden Computers oder das Wählen des Modems verursachen angenehme Gefühle.
- Mehrfach wird am Tag der E-mail-Eingang kontrolliert.
- Insbesondere beim „Chatten“ werden keine Grenzen mehr beachtet. Die Zeit vergeht, ohne daß man es merkt.
- Man ist länger als beabsichtigt „online“, der Verlust der Kontrolle erzeugt Schuldgefühle.
- Das Ausmaß der „Online“-Zeit wird anderen gegenüber verheimlicht und sich selbst gegenüber verleugnet.
- Der Grad der Befriedigung bei der Nutzung des Netzes baut sich immer schneller ab.
- Die Versuche die Internetaktivitäten einzuschränken, scheitern trotz festen Willens.

Definition von Internetabhängigkeit nach Hahn et al. (2000)

Von Internetabhängigkeit oder Internet-sucht sprechen Hahn und Jerusalem, wenn die folgenden fünf Kriterien erfüllt sind:

- *Einengung des Verhaltensraums:* Über längere Zeitspannen wird der größte Teil des Tageszeitbudgets zur Internetnutzung verausgabt (hierzu zählen auch verhaltensverwandte Aktivitäten, wie beispielsweise Optimierungsarbeiten am Computer).
- *Kontrollverlust:* Die Person hat die Kontrolle bezüglich des Beginns und der Beendigung ihrer Internetnutzung weitgehend verloren, Versuche das Nutzungsausmaß zu re-

duzieren oder die Nutzung zu unterbrechen bleiben erfolglos oder werden erst gar nicht unternommen (obwohl das Bewußtsein für dadurch verursachte persönliche oder soziale Probleme vorhanden ist).

- *Toleranzentwicklung:* Im Verlauf wird zunehmend mehr Zeit für internetbezogene Aktivitäten verausgabt, d.h. die „Dosis“ wird im Sinne von Kriterium 1 gesteigert (dynamisches Verlaufsmerkmal).
- *Entzugserscheinungen:* Bei zeitweiliger, längerer Unterbrechung der Internetnutzung treten psychische Beeinträchtigungen auf (Nervosität, Gereiztheit, Aggressivität) und ein psychisches Verlangen zur Wiederaufnahme der Internetaktivitäten.
- *Negative soziale und personale Konsequenzen:* Wegen der Internetaktivitäten stellen sich insbesondere in den Bereichen „soziale Beziehungen“ (z.B. Ärger mit Freunden) sowie „Arbeit und Leistung“ negative Konsequenzen ein.

Diagnostische Kriterien nach Zimmerl et al. (1998)

- Häufiges und unüberwindliches Verlangen ins Internet einzuloggen
- Kontrollverluste (d.h. längeres Verweilen „online“ als intendiert), verbunden mit diesbezüglichen Schuldgefühlen
- Sozial störende Auffälligkeit im engsten Kreis der Bezugspersonen
- P(roblematischer)I(nternet) G(ebrauch)-bedingtes Nachlassen der Arbeitsfähigkeit
- Verheimlichung/Bagatellisierung der Gebrauchsgewohnheiten
- Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch
- Mehrfach fehlgeschlagene Versuche der Einschränkung.

Stadien des Problematischen Internet Gebrauchs nach Zimmerl et al. (1998)

Gefährungsstadium

Vorliegen von bis zu 3 der o.g. diagnostischen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten.

Kritisches Stadium

Vorliegen von mindestens 4 der o.g. diagnostischen Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten.

Chronisches Stadium

Vorliegen von mindestens 4 oder mehr der o.g. diagnostischen Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten plus damit einhergehendem Vorliegen irreversibler, psychosozialer Schäden wie Jobverlust, Trennung von Partner/Familie, soziale Selbstisolation, inadäquate Verschuldung durch exorbitante Telefonkosten, sowie möglich somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates.

Kriterien für Internet-Abhängigkeit nach Seemann (2001)

1. Verlust der Kontrolle über die Zeit online
2. Starkes Verlangen bzw. eine Art Zwang
3. Deutliche Entzugerscheinungen (z.B. starke Nervosität und Unruhe)
4. Deutliche soziale Probleme durch den Internetgebrauch (Partner, Arbeit, Schule)
5. Deutlicher sozialer Rückzug
6. Fortführung des schädlichen Verhaltens trotz Bewusstseins der negativen Folgen.

Eine Internet-Abhängigkeit liegt vor, wenn mindestens fünf der sechs Kriterien erfüllt sind.

Warnzeichen für das Vorliegen einer Internetsucht (nach Selbsthilfegruppe HSO)

- In der Partnerschaft beginnt es zu kriseln, weil es ständig Krach wegen des Computers gibt.
- Freunde beschweren sich, weil ständig die Telefonleitung besetzt ist.
- Die Telefon- und Providerrechnungen erreichen schwindelnde Höhen.
- Die Schulden wachsen – Mahnbefehle flattern ins Haus.
- Das Interesse an Offline-Geselligkeiten lässt merklich nach.
- Besuch ist eher lästig geworden, weil Sie doch viel lieber am Computer sitzen würden.
- Falls Sie (noch) berufstätig sind, lässt Ihr Elan und Engagement im Betrieb merklich nach.
- Ihnen macht der mangelnde Schlaf zu schaffen und Sie sind erschöpft.
- Sie gehen statt real zu shoppen viel lieber online einkaufen.
- Ihre Kondition lässt merklich nach, da die Bewegung an der frischen Luft fehlt.
- Sie fühlen sich nicht mehr in die Familie integriert, sondern eher als Außenseiter.
- Das Gefühl von Freunden, Kollegen und der Familie nicht mehr verstanden zu werden bestätigt sich täglich.
- Sie kapseln sich mehr und mehr von Ihrem „alten Leben“ ab.
- **Tipps der Selbsthilfegruppe HSO**
- Stellen Sie Ihren Computer in einen anderen Raum, entfernen sie ihn unter allen Umständen aus ihrem

unmittelbaren Sichtfeld und Wohnbereich.

- Gewöhnen Sie sich an, den Computer nach jeder Sitzung vollständig herunterzufahren und auszuschalten.
- Erstellen Sie schriftlich einen Plan, wann Sie online sein möchten, wie oft und wann Sie täglich Ihre E-mails abholen möchten.
- Stellen Sie einen Wecker neben Ihre Tastatur und aktivieren Sie den Alarm für die von Ihnen schriftlich fixierte Beendigung Ihrer täglichen Onlinezeit.
- Sprechen Sie mit Ihren Familienangehörigen, Freunden und anderen Betroffenen über Ihr Verhalten im Internet.
- Nehmen Sie sich nicht vor, völlige Abstinenz zum Internet zu üben, denn Sie haben sich an den Fortschritt gewöhnt wie an ein Telefon.
- Finden Sie ein neues Hobby oder frischen Sie ein altes wieder auf.
- Werden Sie Mitglied in einem OFFLINE-Selbsthilfverein für Online-süchtige und bringen Sie Ihre eigenen Erfahrungen dort real und „face to face“ ein. Sie helfen damit auch anderen Betroffenen und haben eine neue Aufgabe, einen starken Halt.
- Schreiben Sie Ihre Erlebnisse nieder, Sie verarbeiten durch das geschriebene Wort unter Umständen eine ganze Menge, erkennen dadurch erst bewußt Ihr Fehlverhalten.
- Verabreden Sie sich mit Ihren Online-Bekanntschaften nicht online, sondern offline.
- Wenn Sie deutlich bemerken, daß eine längere Onlinebeziehung eher

die Distanz als ein reales Treffen mit Ihnen möchte, beenden Sie diesen Kontakt direkt und ohne wenn und aber (wenn ihm/ihr wirklich etwas an Ihnen liegt, wird er/sie in ein Treffen einwilligen oder Sie anrufen bzw. einen Brief schreiben).

Zeitmanagementstrategien im Umgang mit Onlinesucht (nach Follmann)

1. Eine Alternativaktivität pflegen: z. B. neues Hobby anfangen oder Kontakte zu alten Freunden aufnehmen und mit ihnen gemeinsam etwas unternehmen. Je mehr vergnügliche Dinge man im Leben tut, desto eher wird man das Internet vergessen und die Sehnsucht danach wird verschwinden.
2. Sich das Benutzerverhalten bewußt machen und das Gegenteil tun: Also, wann gehe ich ins Internet und was tue ich dort? Bin ich hauptsächlich in den Abendstunden im Internet, sollte ich dies auf den Morgen verlegen (oder umgekehrt). Lese ich im Büro gerne die Onlinezeitung, sollte ich statt dessen abends die gedruckte Version zu Hause lesen etc..
3. Äußere Begrenzung suchen: Man sollte sich von konkreten Dingen, die man tun muß und Orten, an die man sich begeben muß, ans Ausloggen erinnern lassen und seine Onlinezeiten kurz vorher einplanen. Muß man z. B. um 7.30 Uhr zur Arbeit, kann man um 6.30 ins Internet. Kommt um 17.00 Uhr der Partner nach Hause, geht man um 16.00 Uhr ins Netz und loggt sich bei seiner Rückkehr aus. Um diese Begrenzungen nicht zu übertreten, kann man sich eine Eieruhr oder besser einen Wecker einstellen,

welche möglichst in einiger Entfernung zum Computer aufgestellt werden, damit man zum Ausschalten aufstehen muß.

4. In den Wochenplan Zeit fürs Internet einplanen: Man sollte sich ein vernünftiges Stundenziel setzen, wie z. B. 20 Stunden, statt 40 Stunden online pro Woche zu sein. Diese 20 Stunden verteilt man auf bestimmte Zeiten und trägt sie in seinen Kalender oder Wochenplaner ein. Man sollte gerade anfangs möglichst kurze, häufigere Sitzungen abhalten, um Entzugserscheinungen zu vermeiden. Die Internetnutzung sollte jeden Tag laut Tagesplan auf kurze und konkrete Zeitspannen beschränkt sein.

DSM-IV Kriterien für Pathologisches Spielen (Saß et al. 1998)

Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepaßtes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

Der/die Betroffene

- (1) ist stark eingenommen vom Glücksspiel (z.B. starkes Beschäftigen mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen);

- (2) muß mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Erregung zu erreichen;
- (3) hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben;
- (4) ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben;
- (5) spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (z.B. Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern;
- (6) kehrt, nachdem er/sie beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust „hinterher jagen“);
- (7) belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spielen zu vertuschen;
- (8) hat illegale Handlungen, wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren;
- (9) hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren;
- (10) verläßt sich darauf, daß andere Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Anti-Sucht-Training

Ein Kurs für das Leben Von der Idee bis zum Programm

Roswitha Kiel

Goslar

Inhalt

1 Vorwort

- 1.1 Zur Idee – Entwicklung des ANTI – SUCHT – TRAININGS
- 1.2 Zur Planung der Vorstellung dieses Programms

2 Zur Suchtentwicklung und sich daraus ableitende Erkenntnisse für das ANTI – SUCHT – TRAINING

- 2.1 Bedingungsgefüge der Sucht
- 2.2 „Teufelskreise“ der Sucht
 - 2.2.1 Zum „psychischen Teufelskreis“
 - 2.2.2 Zum „somatischen Teufelskreis“
 - 2.2.3 Zum „sozialen Teufelskreis“
- 2.3 Erkenntnisse für das Konzept des ANTI – SUCHT – TRAININGS

3 Ziel, Zielgruppe, Inhalte und Methoden des ANTI – SUCHT – TRAININGS

- 3.1 Ziel / Zielgruppe
- 3.2 Inhalte
- 3.3 Methoden
 - 3.3.1 Anschauliche Informationsvermittlung
 - 3.3.2 Modelllernen
 - 3.3.3 Entspannungstraining
 - 3.3.4 Rollenspiel

4 Ablaufplan des ANTI – SUCHT - TRAININGS

- 4.1 Einführungsveranstaltung
- 4.2 Ablauf der Sitzungen

5 Zur Wirksamkeit des ANTI – SUCHT – TRAININGS

6 Ausblick / Vision

Literatur

Übersicht zum Anhang

Anhang

1 Vorwort

Zunächst einmal möchte ich erläutern, wie sich meine Idee entwickelt hat, ein sogenanntes ANTI – SUCHT – TRAINING zu konzipieren und was ich mir unter diesem Training vorstelle. Anschließend wird die Planung beschrieben, dieses ANTI – SUCHT – TRAINING als „präventives Projekt der Suchthilfe“ in der Öffentlichkeit vorzustellen.

Im zweiten Kapitel werden die möglichen Bedingungen einer Suchtentwicklung dargestellt um daraus Erkenntnisse zu ziehen, was alles bedacht und trainiert werden muss, um einer Suchtentwicklung wirksam entgegensteuern zu können.

Im darauf folgenden Kapitel werden die Ziele und die Inhalte zusammengestellt, die für die Zielerreichung sinnvoll er-

scheinen, bevor sich der Blick auf die Methoden richten wird, die bei diesem Training sinnvollerweise angewandt werden sollen.

Die Ausführungen enden mit einem erfahrungsoffenen Ablaufplan des ANTI – SUCHT - TRAININGS, der im Rahmen einer Einführungsveranstaltung den potentiellen Teilnehmer/innen und Multiplikator/innen vorgestellt wird.

Die Wirksamkeit des ANTI – SUCHT – TRAININGS wird beleuchtet, bevor sich mein abschließender Blick auf die mögliche Zukunft dieses Projektes richten wird.

1.1 Zur Idee – Entwicklung des ANTI – SUCHT – TRAININGS

Meine Idee des ANTI – SUCHT – TRAININGS hat sich im Laufe meiner nunmehr 14-jährigen Berufserfahrung im Bereich der Suchtkrankenhilfe entwickelt. In meiner Arbeit als Therapeutin im stationären und im ambulanten Bereich der Suchtkrankenhilfe und in meiner Tätigkeit als Leiterin einer Fachambulanz der Suchtkrankenhilfe habe ich die Biographien und Suchtanamnesen von drei- bis viertausend abhängigen Menschen kennenlernen dürfen. Ein Großteil dieser Personen hat im Verlauf des Lebens eine Abhängigkeit vom Suchtmittel entwickelt, ohne zu wissen, dass ihnen so etwas überhaupt passieren kann. Ganz häufig haben die Menschen, die suchtkrank geworden sind, sich im Vorfeld keinerlei Gedanken über mögliche Folgen ihres Suchtmittelkonsums gemacht.

Oftmals haben sich meine Klient/innen im Verlauf ihrer Therapie die Frage gestellt, warum ihnen Niemand im Vorfeld der Suchtentwicklung gesagt hat, wo ihr Suchtmittel – Gebrauch bzw. –

Missbrauch sie hinführen kann. Häufig hörte ich im Rahmen der Sucht – Informationsgruppenstunden die Enttäuschung darüber, dass es nun für eine solche Informationsvermittlung zu spät sei. Nun könnten sie mit dem Suchtmittel gar nicht mehr umgehen, aber wenn sie gewusst hätten, dass sie sich „ihren Alkohol hätten einteilen und vorsichtig einsetzen sollen“, dann hätten sie eventuell eine Entwicklung der Abhängigkeit verhindern können. Etwas neidvoll habe ich so manches mal vernommen, dass sie dann „ebenso wie ihre Partner/innen“ oder „ebenso wie ihre Therapeutin“ zu gelegentlichen Anlässen Alkohol trinken würden.

Diese Aussagen der Menschen, die bereits eine Abhängigkeit von einem Suchtmittel entwickelt hatten, stießen bei mir auf fruchtbaren Boden und haben mehr und mehr dazu geführt, dass ich mich mit suchtppräventiven Konzepten auseinandersetzte.

In der fortwährenden Diskussion darüber mit Fachkolleg/innen, sowie auch mit früheren und mit aktuellen Patient/innen wurde mir zunehmend deutlich, dass viele Präventionsprogramme zwar für bestimmte Zielgruppen äußerst sinnvoll sein mögen, dass meine potentiellen Klient/innen davon aber in der Regel wieder nicht profitieren werden, da sie längst aus der Zielgruppe dieser Präventionsmodelle, der Kinder und Jugendlichen, herausgewachsen sind.

Meiner Ansicht nach fehlt es an einem gutem Programm für Jedermann / Jedefrau! Ein Programm „gegen die Sucht / für die Gesundheit“, das in der breiten Öffentlichkeit mindestens ebensoviel Aufsehen erregt, wie das „Anti – Gewalt – Training“, das derzeit über Politik und Medien in vieler Munde zu sein scheint.

Von hier an war es nur noch ein kleiner Schritt zur Idee – Entwicklung, meine „Hausarbeit“ dahingehend zu nutzen, dass ich ein ANTI – SUCHT – TRAINING entwickeln möchte. Es soll ein „Programm für das Leben“ sein. Die Chance ein suchtfreies Leben zu führen soll sich durch dieses Training erhöhen. Zudem soll der Prozess zur Gesundheitsorientierung begleitet und stabilisiert werden.

1.2 Zur Planung der Vorstellung dieses Programms

Nachdem nun die Idee entwickelt ist, geht es an die Planung, wie sich solch ein Trainingsprogramm sinnvoll in das Angebot unserer Suchthilfe einfügen lässt bzw. wie es vor Ort „gewinnbringend“ vorgestellt werden kann.

Zunächst einmal bereicherte ich meine bisherigen Ideen mit einem Ziel aus der Suchtpolitik. Dort heißt es, dass die Chancen auf ein suchtfreies Leben für die Menschen in diesem Land deutlich zu erhöhen sind.¹ Auf dieser landespolitischen Ebene wird zudem betont, dass die Suchtprävention integraler Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung ist und dass sie auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenzerweiterung abzielt.

Meine zielgruppenbezogenen Vorüberlegungen zum geplanten ANTI – SUCHT – TRAINING deckten sich auch mit den weiteren Ausführungen dieses Landesprogrammes, nämlich dass Suchtprävention insbesondere dort gefordert ist, wo aufgrund unzureichender

Ressourcen oder Alltagsstrukturen Personen zu kurz kommen und professioneller Hilfe bedürfen.²

Die Menschen, die im Arbeitsfeld der Suchthilfe oftmals zu kurz kommen sind aufgrund unseres „Gebotes der Refinanzierbarkeit der Hilfsangebote“ all diejenigen, für die sich keine Kostenträger finden. Ich denke dabei an die Personengruppe der Angehörigen von alkoholkranken Menschen, da diese Personengruppe sich in ihrem Leid häufig an uns wendet. Gern würde ich für diese Angehörigen ein Angebot vorhalten, das darauf abzielt, dass sie endlich einmal etwas für sich tun, dass sie sich, ihren Körper, ihren Geist und ihre Seele in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellen und dabei viel über Sucht und Suchtentwicklung und ihre eigene Betroffenheit von der Abhängigkeit erfahren. All diesen Menschen soll mit Hilfe des ANTI – SUCHT – TRAININGS ihr Weg in die UN-ABHÄNGIGKEIT aufgezeigt werden.

Nachdem nun Klarheit über Ziel und Zielgruppe bestand, bezog sich mein nächster Planungsschritt auf den Rahmen, in dem ich dieses Programm der Öffentlichkeit vorstellen werde.

In meiner Funktion als Sprecherin des Arbeitskreises Sucht des Sozialpsychiatrischen Verbundes hier im Landkreis sprach ich mich für eine diesjährige Aktionswoche für Angehörige aus. Unter dem Motto „UNABHÄNGIG“ organisiere ich nun mit verschiedenen Kooperationspartnern diese Aktionswoche für den Herbst 2003.

Eine Aktion im Rahmen dieser Woche wird meine Einführungsveranstaltung zum ANTI – SUCHT – TRAINING sein.

1 Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1. S. 8.

2 a.a.O. S. 15.

Im Rahmen der Vorbereitung für diese Aktionswoche wird auch der von mir entworfene Flyer zu diesem Kurs in Umlauf gebracht werden (vgl. hierzu Flyer im Anhang).

2 Zur Suchtentwicklung und sich daraus ableitende Erkenntnisse für das ANTI – SUCHT – TRAINING

Zur Konzipierung eines Angebotes gegen die Ausprägung eines bestimmten Verhaltens muss zunächst verständlich erklärt werden, wie sich das zu vermeidende Verhalten überhaupt entwickelt. Bei diesem Projekt soll es um die Vermeidung einer Suchtentwicklung gehen.

Dank meiner langjährigen Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe ist mir bewusst, dass die Entwicklung einer Sucht für viele Menschen aus dem Grunde so schwer nachzuvollziehen ist, da die Grenzen zwischen dem, was wir als „Genuss“ definieren und dem, was wir als „Sucht“ bezeichnen fließend sind.

Ein weiterer Faktor, weshalb eine Suchtentwicklung sich nicht so einfach erklären lässt ist, dass es zum heutigen Stand der Wissenschaft kein einheitliches Modell zur Suchtentwicklung gibt.³

Fakt ist lediglich, dass es ein sogenanntes „Bedingungsgefüge“ gibt, aus dessen unterschiedlichem Zusammenspiel sich eine Sucht entwickeln kann. Zu diesem Gefüge zählt die Droge als solches, das jeweilige Umfeld und das Individuum selbst.⁴

2.1 Bedingungsgefüge der Sucht

Hat man noch vor wenigen Jahren das Bedingungsgefüge der Sucht als Dreieck dargestellt, so visualisiert man es heute in Form von drei ineinandergreifenden Kreisen (vgl. hierzu Abb. 1 im Anhang). Bei diesem Bedingungsgefüge geht es um das Zusammenwirken von:

- DROGE
- INDIVIDUUM
- UMFELD

Die weiteren Ausführungen zur „Droge“ werden sich insbesondere auf den Alkohol beziehen, da die erste Zielgruppe die Angehörigen von alkoholkranken Menschen sein wird.

Auf eine bei Bedarf mögliche Ausdehnung der Zielgruppe werde ich dieses Programm zu gegebener Zeit anpassen.

2.2 „Teufelskreise“ der Sucht

Bezogen auf die Alkoholabhängigkeit lässt sich dieses Bedingungsgefüge in Form von drei individuell zusammenhängenden Teufelskreisen darstellen (vgl. hierzu Abb. 2 im Anhang).

2.2.1 Zum „psychischen Teufelskreis“

Von einem sog. „psychischen Teufelskreis“ (vgl. Abb. 2a im Anhang) kommt es bei übermäßigem Einsatz von Alkohol dadurch, dass die zunächst positive Wirkung des Alkohols unserer Psyche gut gefällt. Alkohol kann stimulierend und enthemmend wirken, was uns Menschen bei verunsichernden Situationen dahingehend zugute kommt,

3 Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe. S. 22.

4 Feuerlein, W. (1984). Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 10.

dass wir uns mit Hilfe dieser Wirkung mutiger, stärker und sicherer fühlen. Alkohol wirkt aber in anderen Situationen auch beruhigend und entspannend. So hilft oftmals das bekannte „Feierabendbier“ oder auch der „Schlummertrunk“ vom beruflichen Stress, von Nervosität, Ärger, Schlaflosigkeit oder Langeweile hervorragend abzulenken.

Aufrecht erhalten wird der psychische Teufelskreis dadurch, dass aufgrund dieser positiven Erfahrungen ein Lerneffekt eintritt. Haben wir beispielsweise die Erfahrung gemacht, in Verbindung mit Alkoholkonsum auf Feierlichkeiten lustige Stories oder Witze gut erzählen zu können, so werden wir infolge der positiven Konsequenz in Zukunft immer dann, wenn wir wieder zum Entertainment einer Party beitragen sollen, erstmal „Einen nehmen“: Aus Sicht der Lerntheorie liegen die verstärkenden Faktoren des Suchtverhaltens im Suchtmittel selbst verankert.⁵

In den psychischen Teufelskreis spielt zudem hinein, dass wir Menschen in unausgewogenen Lebenssituationen nach „Entschädigung dieser Ungerechtigkeit“ suchen. Alkohol dient hier oftmals als „Lückenbüsser“.

Erschwerend kommt hinzu, dass wir uns in konflikthaften und zunächst ausweglos scheinenden Situationen nur allzu gern „vorgaukeln“ lassen, dass die schnelle Lösung erstmal hilft. Erstmal sollen alle unangenehmen Gedanken, Gefühle und körperlichen Befindlichkeiten „in Alkohol aufgelöst werden“ Alkohol wird somit missbräuchlich eingesetzt, was ein Schritt in die Abhängig-

keit sein kann (vgl. Abb. 3a im Anhang.). *Zur intensiveren Auseinandersetzung mit dem „psychischen Teufelskreis“ dient die Abb. 3b im Anhang.⁶ Das Modell nach Beck verdeutlicht die Schritte von Missbrauch in die Gewöhnung und in die Sucht, bzw. auch die Gefahr der Rückfälligkeit.*

2.2.2 Zum „somatischen Teufelskreis“

Der sog. „somatische Teufelskreis“ (vgl. Abb. 2b im Anhang) bedingt sich dadurch, dass bei einem regelmäßigen Alkoholkonsum eine Toleranzentwicklung einsetzt. Damit ist gemeint, dass unser Körper immer mehr Alkohol benötigt, um die gleiche Wirkung zu verspüren. Zwei Faktoren spielen für diese Toleranzsteigerung eine Rolle:

- Bei häufigen Promillewerten von über 0,5 (etwa 0,5 l Bier oder 0,2 l Wein) wird in der Leber ein Enzym gebildet, durch das der Leber Sauerstoff zugeführt wird. Somit gewinnt die Leber an Reservekapazitäten für größere Alkoholmengen. (Diese einmal gelernte Fähigkeit „merkt“ sich die Leber auch über längere Abstinenzphasen.)
- EEG – Untersuchungen haben gezeigt, dass Alkohol zunächst die erwünschte Hauptwirkung erbringt, im Anschluss daran aber immer auch eine unangenehme Nebenwirkung einsetzt. Wiederholter Alkoholkonsum lässt diese unangenehmen Nebenwirkungen sich allmählich aufürmen, was sich bis hin zu den bekannten Entzugserscheinungen wie Zittern, Schwitzen und Erbre-

5 vgl. Petry, J. (1985). Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.

6 Beck, J.S. (1999). Praxis der Kognitiven Therapie. Weinheim: Beltz PVU.

chen aufbauen kann. Um bei diesen unangenehmen Nebenwirkungen überhaupt noch eine angenehme Hauptwirkung zu verspüren, benötigen betroffene Menschen erheblich größere Mengen an Alkohol (vgl. hierzu Abb. 4 im Anhang).

Eine Reihe von biochemischen Erklärungsansätzen gehen übereinstimmend davon aus, dass die Alkoholabhängigkeit einen körpereigenen Endorphinmangel nach sich zieht, was mit Unwohlgefühl gekoppelt ist. Das Belohnungssystem im Gehirn ist weniger aktiv, was wiederum Suchtmittelverlangen, Reizbarkeit, Depression, Ärger etc. bewirkt.⁷

2.2.3 Zum „sozialen Teufelskreis“

Für die Entstehung des sog. „sozialen Teufelskreises“ (vgl. Abb. 2c im Anhang) ist mitverantwortlich, dass das Trinken von Alkohol in dieser unserer Gesellschaft einfach dazugehört. Über Werbung und auch z.B. über Fernsehserien wird nach wie vor vermittelt, dass Alkohol „das einzig Wahre“ oder „eine Perle der Natur“ ist oder dass eine Party ohne Alkohol eher langweilig verläuft (vgl. Abb. 5 im Anhang).

Begünstigt wird die Entwicklung einer Sucht in unserer Gesellschaft mit einem sehr hohen Alkoholkonsum dadurch, dass die Suchtmittelabhängigkeit sich schleichend entwickelt. Das sogenannte „Eisberg – Phänomen“ veranschaulicht diese Entwicklung (vgl. Abb. 6 im Anhang).⁸

Der soziale Teufelskreis wird zudem dadurch bedingt, dass sich für die Person, die eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt innerhalb dieses Prozesses auch im Umfeld vieles verändert. Beispiele hierfür sind:

- Die trinkende Person wird nach außen abgeschottet,
- Rollenaufteilungen werden verändert,
- Konflikte werden innerfamiliär zu vermeiden versucht,
- Arbeitskolleg/innen „decken“ die Ausfälle,
- Führerscheinentzug,
- Trennungen,
- Arbeitsplatzverlust,
- etc.

Die zunächst häufig als Co – abhängig bezeichneten Verhaltensweisen der Angehörigen und Kolleg/innen sowie die späteren gravierenden sozialen Folgen der Sucht werden von den Betroffenen in ihrer Ursache und Wirkung häufig verwechselt. Sie glauben, ihre sozialen Probleme seien Auslöser für erneutes Trinken, obgleich ihre soziale Situation zumindest in erheblichem Ausmaß durch ihr Trinkverhalten ausgelöst wurde.⁹

Systemische Erklärungsansätze gehen bei der Betrachtung dieses Teufelskreises davon aus, dass die Sucht ein Symptom dafür ist, dass in dem jeweiligen (Familien-) System etwas nicht stimmig ist.¹⁰

7 vgl. Lindenmeyer (1999). S. 29ff.

8 vgl. a.a.O. S.49f.

9 vgl. a.a.O. S. 33f.

10 vgl. Tröscher-Hüfner, U. (1992). Symptombewertung in der Arbeit mit Suchtkranken und ihre Bedeutung für die beteiligten Systeme. In: Osterhold, G. & Molter, H. (Hrsg.). Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg: Asanger Verlag. S. 133ff.

2.3 Erkenntnisse für das Konzept des ANTI – SUCHT – TRAININGS

Nachdem in Kapitel 2.2 dargestellt wurde, wie man in einen Teufelskreis der Sucht hineingeraten kann, werde ich die Erkenntnisse daraus für einzelne Module des ANTI – SUCHT – TRAININGS beschreiben.

Bezogen auf die im „*psychischen Teufelskreis*“ dargestellte Wirkung des Alkohols ist für das ANTI – SUCHT – TRAINING von Bedeutung, dass mit Hilfe eines Testverfahrens, dem sog. „ausbalancierten Placebodesigns“ nachgewiesen werden konnte, dass die tatsächliche Wirkung des Alkohols nicht nur Folge der chemischen Reaktion ist, sondern immer auch eine Folge des erlernten Wirkungserwartens des alkoholtrinkenden Menschen. D. h. die Testpersonen im Rahmen dieses „ausbalancierten Placebodesigns“ wussten nicht, ob ihre Getränke mit oder ohne Alkohol waren.

Testpersonen, die irrtümlicher Weise annahmen, keinen Alkohol zu trinken, verspürten bei einer mittleren Blutalkoholkonzentration eine deutlich geringere Alkoholwirkung. Dagegen verspürten Personen, die irrtümlicher Weise annahmen, alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, auch eine tatsächliche Alkoholwirkung, obwohl sie lediglich alkoholfreie Getränke konsumiert hatten.¹¹

Dieses Ergebnis zeigt beispielhaft, dass wir Menschen in der Lage sind, über unsere Kognitionen (gedankliche Abläufe) uns in „erwartete“ Stimmungen zu bringen. Ein bedeutsames Element des ANTI – SUCHT – TRAININGS wird

somit sein, sich auch ohne die Wirkung von Alkohol aber mit Hilfe des Trainings in veränderte, erwünschte Stimmungen zu bringen (kognitives Training).

Im Vordergrund werden die Vermittlung folgender Möglichkeiten zur selbstverantwortlichen Gesunderhaltung stehen:

- Steigerung des Wohlbefindens
- Umgang mit Bedürfnissen / Erwartungen / Wünschen
- Umgang mit Sucht im sozialen Umfeld

Aus den Erkenntnissen des „*somatischen Teufelskreises*“ der Sucht lässt sich für das Konzept des ANTI – SUCHT – TRAININGS festhalten, dass insbesondere die Informationen über die Mechanismen der Toleranzsteigerung sowie auch weiterer körperlicher Folgeschäden des Alkoholkonsums vermittelt werden sollten (vgl. hierzu Abb.7 im Anhang).

Auch die Auseinandersetzung mit den Grenzwerten für risikoarmen Alkoholkonsum wird hierbei anstehen (vgl. hierzu Abb. 8 im Anhang).

Der „*soziale Teufelskreis*“ wird die Grundlage bilden für eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Sucht / ANTI – SUCHT“ auf der Ebene von Politik und Gesellschaft. Eine Überprüfung der eigenen Bewertungsschemata und verinnerlichten (Vor-) Urteile wird an dieser Stelle erfolgen.

Die soziale Komponente bietet einen zusätzlichen Anreiz, dieses Programm zukünftig möglichst breitgefächert anzubieten. Je mehr Menschen ihre Chance auf ein suchtfreies Leben für sich nutzen, d. h. sich in Verhaltensweisen üben, die einer Suchtentwicklung

¹¹ vgl. Lindenmeyer (1999). S. 24f.

entgegensteuern und diese Hilfe zur Selbsthilfe verinnerlichen, desto eher wird sich eine Stabilisierung unseres Gesundheitssystems einstellen können.

3 Ziel, Zielgruppe, Inhalte und Methoden des ANTI – SUCHT – TRAININGS

In diesem Kapitel geht es darum, entsprechend dem gesetzten Ziel, für die ausgewählte Zielgruppe die Trainingsinhalte sinnvoll zusammenzustellen und die dazu ausgewählten Methoden darzustellen.

3.1 Ziel / Zielgruppe

Das ANTI – SUCHT – TRAINING hat als „Programm für das Leben“ folgendes Ziel:

- Deutliche Erhöhung der Chance auf ein suchtfreies Leben.
Erste Zielgruppe für dieses Training wird die Personengruppe der Angehörigen von alkoholkranken Menschen sein (vgl. hierzu Kapitel 1.2).

3.2 Inhalte

Zur Zielerreichung bedarf es aus den in Kapitel 2.3 beschriebenen Erkenntnissen folgender Inhalte:

- Auseinandersetzung mit dem Thema Suchtentwicklung
- Kennenlernen von Möglichkeiten einer Suchtentwicklung entgegenzusteuern und somit zur selbstverantwortlichen Gesunderhaltung zu finden
- Erweiterung des Verhaltensrepertoires
 - zur Steigerung des Wohlbefindens

- im Umgang mit Bedürfnissen / Erwartungen / Wünschen
- im Umgang mit Sucht im sozialen Umfeld
- Hilfe zur Selbsthilfe

3.3 Methoden

Bei der Auswahl der Methoden ist immer darauf zu achten, dass die Inhalte, die es zu vermitteln gilt, so wirksam wie möglich verinnerlicht werden können, damit eine Zielerreichung stattfinden kann.

Vorrangig werden beim ANTI – SUCHT – TRAINING folgende Methoden zur Anwendung kommen:

- Anschauliche Informationsvermittlung
 - Impulsreferat der Trainer/innen
 - Inputs zu bestimmten Themen
 - Vorbereitete Arbeitsblätter
 - Broschüren zum Thema
- Modelllernen
 - Beobachtung
 - Imitation
 - Reflexion
 - Gruppen- und Einzelübungen
- Entspannungstraining
 - Verkürzte und modifizierte Form der Progressiven Muskelentspannung nach E. Jacobson
- Rollenspiel
 - Einführung in das Rollenspiel
 - Rollenspiele zum Thema „Recht durchsetzen“, „Beziehungen gestalten“ und „Sympathie erwerben“ mit Instruktion und Reflexion

Zudem werden *Selbsterfahrungsübungen, Hausaufgaben und Rückmeldungen* angeboten, die das Trainingsprogramm bereichern.

3.3.1 Anschauliche Informationsvermittlung

Mit anschaulicher Informationsvermittlung ist gemeint, dass mit Hilfe von visueller Unterstützung die Erklärungen zur Suchtentwicklung verinnerlicht werden sollen. Impulsreferat und verschiedene Inputs zu bestimmten Themen werden von den Trainer/innen neben dem gesprochenen Wort mit Hilfe von z.B. Folien visualisiert. Ebenso fallen hierunter auch die eingesetzten Informationsbroschüren zum Thema Sucht und Co-Abhängigkeit.

Die von mir ausgearbeiteten Arbeitsblätter, Arbeitspapiere und Kopien, die im Verlauf der Sitzungen verteilt, bearbeitet und besprochen werden tragen auch dazu bei, dass die Vermittlung von Informationen anschaulich wird (vgl. hierzu den ANHANG).

3.3.2 Modelllernen

Das auf die Arbeiten von Bandura (1976) zurückgehende Modelllernen ist ein Prozess, der in vielen Alltagssituationen zu beobachten ist. Wir Menschen erwerben neue Verhaltensmuster dadurch, dass wir andere Personen als Modell beobachten und nachahmen. Wird diese Imitation vom Modell direkt verstärkt oder es erfolgen verstärkende aktuelle Konsequenzen auf das imitierende Verhalten, so wird sich das neue Verhalten verfestigen. Bezogen auf das ANTI – SUCHT – TRAINING lernen die Teilnehmer/innen am Modell der Trainer/innen und auch infolge der Beobachtung der anderen Gruppenteilnehmenden.

Forschungsarbeiten zur Theorie der sozialen Vergleichsprozesse haben bestätigt, dass wir Menschen das Bedürfnis haben, uns mit anderen Menschen zu vergleichen. Wir gewinnen daraus Informationen über uns selbst, d. h. wir bewerten auf diese Art beispielsweise unsere Meinungen und messen unsere Leistungen. Soll eine Verhaltensveränderung durch das Modelllernen erreicht werden, so muss die Motivation dazu mit Hilfe des Modellverhaltens und auch der Modellperson geschaffen werden.¹²

Ein bedeutsamer Aspekt des ANTI – SUCHT – TRAININGS ist es vor diesem Hintergrund, dass die Trainer/innen kongruent und emphatisch sind. Auch sollten sie eine wertschätzende Grundeinstellung haben, damit das gezeigte Modellverhalten erstrebenswert und erreichbar gestaltet werden kann.

Die Modelldarbietungen werden im Verlauf des ANTI – SUCHT – TRAININGS insbesondere über schriftliche und mündliche Instruktionen, über Rollenspiele und über gemeinsame Reflexionen der Videoaufzeichnungen der Rollenspiele erfolgen. In Kombination mit der Verstärkung durch die Trainer/innen sollte sich vermehrt das „gesunde“ Verhalten stabilisieren, zumindest sollten sich gewünschte Verhaltensweisen etablieren, sofern sie im bisherigen Repertoire der Teilnehmer/innen nicht vorhanden waren.

3.3.3 Entspannungstraining

Bei dem Entspannungstraining handelt es sich um wirksame Handlungsanweisungen zur Erzeugung eines als ange-

¹² vgl. Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Weinheim: Beltz PVU. S. 97.

nehm erlebten psychophysiologischen Zustandes, der im Gegensatz zu anderen angenehm empfundenen Gefühlen nicht mit erhöhter Erregung einhergeht, sondern mit der Verringerung des körpereigenen Energieumsatzes.

Der Hauptvorteil dieser Methode liegt in der leichten Verfügbarkeit und der von Apparaten oder Situationen unabhängigen Anwendbarkeit durch die Klient/innen.¹³

Das Erlernen einer Technik, mit der man sich in den verschiedensten Situationen ganz ohne Suchtmittel aktiv entspannen kann, ist ein bedeutsamer Baustein des ANTI – SUCHT – TRAININGS. Anwendung findet hierbei die progressive Muskelentspannung nach Jacobson¹⁴, allerdings in einer verkürzten und modifizierten Form, die auch in der Gruppe problemlos anwendbar ist. Im weiteren Verlauf wird sich auf die Erfahrungen des Gruppentrainings Sozialer Kompetenzen von Hinsch / Pflingsten (2002) bezogen. Das Entspannungstraining wird als Trainingselement auf der emotionalen Ebene in fortlaufend verkürzter Form in vier aufeinanderfolgenden Sitzungen durchgeführt. Hierbei liegt das Hauptaugenmerk auf der Eigenaktivität der Patient/innen. Es wird der betreffenden Person eine Strategie zur Verfügung gestellt, mit der sie Gefühle wie Aufregung und Angst selbst unter Kontrolle bringen kann und somit auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gesteigert wird.¹⁵

Zur Erleichterung des Transfers dieser erlernten Fertigkeit auf reale Situationen dient die Verknüpfung der Entspannungstechnik mit einem Ruhebild und einem Entspannungswort in der dritten und vierten Sitzung. Das verinnerlichte individuelle Ruhebild und Entspannungswort kann von den Teilnehmenden jederzeit als aktive Bewältigungsvariante zum Einsatz kommen.

Die progressive Muskelentspannung nach Jacobson wird neben ihrer symptomunspezifischen Anwendung mit positiven Effekten auch eingesetzt bei: Bluthochdruck, Schlaflosigkeit, Angstneurose, Herzneurose, Zwangsneurose, Ticks, Depression sowie bei Psychosen, Stottern, etc.¹⁶

3.3.4 Rollenspiel

Die Rollenspiele im Rahmen des ANTI – SUCHT – TRAININGS haben folgende zwei Funktionen: Sie stellen zum einen eine Reizkonfrontation mit zumeist als unangenehm erlebten Situationen dar, die es im Setting der Gruppe zu „durchleben“ gilt. Zum anderen geht es um das gezielte Einüben von Verhaltensweisen im geschützten Rahmen und in spielerischer Form¹⁷, die in Abhängigkeit vom Thema und der Gruppe auch viel Spaß machen kann.

Inhaltlich dreht es sich dabei um den aktiven Erwerb von sozialen Fähigkeiten im Bereich „Rechte durchsetzen“, „Beziehungen gestalten“ und „Sympathien erwerben“. Durch das Üben im

13 vgl. Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim: Beltz PVU. S. 127ff.

14 Die Methode der progressiven Muskelentspannung geht auf den amerikanischen Physiologen Edmund Jacobson (1885 – 1976) zurück.

15 vgl. Hinsch & Pflingsten (2002). S. 108.

16 vgl. Fliegel u.a. (1998). S. 135.

17 vgl. Hinsch & Pflingsten (2002). S. 102.

Rollenspiel sollen konkrete Vorsätze sozialer Verhaltensweisen effektiver und befriedigender gestaltet werden können. Es soll erreicht werden, dass die Teilnehmer/innen vermehrt positive Konsequenzen erfahren, wodurch sich Gefühle wie Stärke, Wohlbefinden und Zugehörigkeit erleben lassen. Soziale und partnerschaftliche Interaktionen sollen insgesamt befriedigender gestaltet werden können. Es soll erlebbar werden, dass die unterschiedlichsten Situationen „ganz klar“ gemeistert werden können.

Gute Erfahrungen wurden gemacht, indem diese Methode zunächst gut beschrieben vorgestellt wird, die „Spielregeln“ fest gelegt werden und willkürlich zusammengestellte Kleingruppen à 5 – 6 Personen mit unterschiedlichen Rollenspielsituationen und dazugehörigen Instruktionen zum Üben geschickt werden. Anfangen sollten jeweils diejenigen, die sich diese Situation zutrauen, die anderen dürfen „abgucken“ und später ebenfalls üben. Die Gruppen einigen sich auf ihr gemeinsames Ergebnis, das sie den anderen vorstellen wollen. Die Trainerin unterstützt den jeweiligen Prozess. Im Plenum wird weniger der Prozess abgefragt, mehr wird auf das Gefühl beim Darstellen des Endergebnisses eingegangen.

4 Ablaufplan des ANTI – SUCHT – TRAININGS

Im Folgenden werden die Planungen zur Einführungsveranstaltung und zu den 7 Sitzungen des Kurses dargestellt. Beispielhaft wird dazu die Einführungsveranstaltung zur Verdeutlichung beschrieben, die einzelnen Sitzungen werden nur anhand der jeweiligen Tagesordnung „erfahrungsorientiert“ skizziert.

4.1 Einführungsveranstaltung

TAGESORDNUNG : (visualisieren)

- Begrüßung
- Vorstellung der TrainerInnen
- Zur Idee – Entwicklung des ANTI – SUCHT – TRAININGS
- *„Endlich geht's hier mal um mich!“*
- Suchtentwicklung und Erkenntnisse daraus für diesen Kurs
- Ziel / Inhalte / Methoden
- Erfolge / Wirksamkeit
- „Geschichte“
- Organisatorisches

Die Einführungsveranstaltung für das erste Angebot dieses Kurses wird im Rahmen einer Aktionswoche für Angehörige von Suchtkranken stattfinden, die unter dem Motto: „UN – ABHÄNGIG“ stehen wird.

In der einstündigen Veranstaltung werden meine Kollegin und ich uns den Teilnehmer/innen zunächst vorstellen und auch kurz erläutern, wie die Idee zu diesem Trainingsangebot entstanden ist (vgl. Kap. 1).

Den Teilnehmer/innen soll deutlich werden, dass es in diesem Kurs „endlich mal um Sie geht“ und nicht immer nur der suchtkranke Angehörige im Mittelpunkt steht. Auch soll deutlich werden, dass es sich um einen „Kurs für das Leben“ handelt, mit dessen Hilfe sie ihre eigene Chance auf ein suchtfreies Leben deutlich erhöhen können, bzw. sie ihren Weg in die UN – ABHÄNGIGKEIT finden können.

Zunächst wird dazu zu erläutern sein, wie sich eine Abhängigkeit entwickelt. Anhand der per Overhead vergrößerten Folien von Abb. 1 + 2 (vgl. diese im Anhang) wird eine gedankliche Auseinandersetzung mit der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung angeregt. Ansch-

ließend wird mittels der geplanten Trainingsinhalte (vgl. hierzu Innenfolie des Flyers im Anhang) über die eingesetzten Methoden gesprochen (vgl. Kap. 3.3).

Auch weisen die Trainerinnen darauf hin, dass Elemente aus dem Sozialen Kompetenztraining eingesetzt werden. An dieser Stelle kann mit Hilfe der „Selbstsicherheitspyramide“ (vgl. Abb. 9 im Anhang) gut erklärt werden, dass das immer wieder gezeigte selbstsichere Verhalten mit der Zeit zu einer selbstsicheren Verhaltensgewohnheit werden kann, was weiterhin dazu führen kann, dass sich eine selbstsichere Persönlichkeit herausbildet und stabilisiert.

Beispielhaft werden die Trainerinnen für erreichbare Erfolge ähnlicher Trainings auf die Untersuchungsergebnisse des Merkmals „Fordern können“ aus dem Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK) verweisen¹⁸ (vgl. Abb. 13 im Anhang).

Den Teilnehmer/innen soll in der Einführungsveranstaltung bewusst werden, dass sie sehr wohl mit Hilfe dieses Trainings erlernen können, selbst für ihre positive Befindlichkeit sorgen zu können. Es soll aber auch betont werden, dass dieses Training nur ein Anschlag sein kann für eine beginnende Selbsthilfe, damit die Erwartungen nicht unrealistisch werden.

Als Beispiel dafür, dass wir Menschen in der Lage sind uns mit unseren Gedanken und Verbalisationen in veränderte Stimmungen zu bringen wird „Die Geschichte mit dem Hammer“ von Paul Watzlawick vorgelesen (vgl. Anhang).

Im Anschluss daran werden die neugierig gewordenen Teilnehmer/innen von

den Trainerinnen herzlich eingeladen, sich mit dem ausliegenden Formular verbindlich für den Kurs ab Februar 2004 anzumelden (Wochentag, Uhrzeit, Unkostenbeitrag etc. stehen bis dahin genau fest und werden an dieser Stelle benannt).

4.2 Ablauf der Sitzungen

Im Folgenden wird der Ablauf der sieben Sitzungen des ANTI – SUCHT – TRAININGS in Kurzfassung und „erfahrungsorientiert“ dargestellt:

1. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Warming – up (Kennlern – Übung)
- Input – Referat zu Suchtentwicklung (Folien der Abb. 1 – 8) mit der Möglichkeit von Zwischenfragen
- Entspannungstraining (40 Min.)
- Hausaufgaben (anhand der Kopien zum Input – Referat soll jeder Teilnehmer / jede Teilnehmerin in der kommenden Woche einer Person die Möglichkeit zur Suchtentwicklung erklären. Entspannung nach Kassette üben)
- Rückmeldebogen zur aktuellen Sitzung (siehe Anhang)

2. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Erfahrungen beim Erklären des Suchtmodells, Entspannung)
- Gemeinsames Erarbeiten der Möglichkeiten, einer Suchtentwicklung entgegenzusteuern
- Auseinandersetzung mit eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln

¹⁸ vgl. Hinsch & Pfingsten (2002). S. 136f.

- Entspannungstraining (18 Min.)
- Hausaufgaben (Entspannung, Informationen einholen über ortsnahe Angebote zum Thema „Gesunderhaltung“, verteilte Informationsbrochure der DHS: „Die Sucht und ihre Stoffe (Alkohol)“ lesen
- Rückmeldebogen

3. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Entspannung, eingeholte Angebote, Informationsreihe)
- Suchtstoff Alkohol (ergänzende Erläuterungen zur Informationsbrochure)
- Steigerung des Wohlbefindens
- Nutzung äußerer Gegebenheiten (Angebotspalette, Info – Tisch)
- Nutzung innerer Möglichkeiten
 - Selbstsicherheitspyramide (vgl. Abb. 9 im Anhang)
 - Einführung des Erklärungsmodells zur Selbstverbalisation (vgl. Abb. 10 im Anhang) mit Beispielen anhand gemeinsamer Erlebnisse aus der Gruppe
 - Auseinandersetzung mit Sozialer Kompetenz (vgl. Abb. 12 im Anhang)
- Die Geschichte mit dem Hammer (siehe Anhang)
- Entspannungstraining (9 Min. mit Ruhebild) (vgl. Abb. 11 im Anhang)
- Hausaufgaben (Entspannung weiter üben, Wochenarbeitsblatt I „Günstige Selbstverbalisation“, vgl. Arbeitsblatt I im Anhang)
- Rückmeldebogen
- Sichten der Angebotspalette auf dem Info – Tisch

4. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Entspannung, Arbeitsblatt I)
- Weitere Verdeutlichung innerer

Möglichkeiten zur Gesunderhaltung

- Auseinandersetzung mit günstigen und ungünstigen Selbstverbalisationen

- Selbstlobübung (Paare, dann Großgruppe)
- Einführung in das Rollenspiel
- Je eine festgelegte Rollenspielsituation mit Instruktion in Kleingruppen nach Anweisung einüben und Darstellung des gemeinsamen Ergebnisses im Plenum
- Entspannungstraining (7 Min. mit Ruhebild und Entspannungswort)
- Hausaufgaben (Entspannung weiter üben, Fortführung des Arbeitsblattes I, Arbeitsblatt „Rollenspielsituationen“ lesen und individuellen Schwierigkeitsgrad einschätzen. Konkretisierung individueller Nutzung der örtlichen Angebote zur Gesunderhaltung)
- Rückmeldebogen

5. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Entspannung, Arbeitsblatt I, konkrete Vorhaben bezügl. der Nutzung der Angebotspalette)
- Umgang mit Erwartungen / Bedürfnissen / Wünschen
- Gemeinsames Erarbeiten positiver Instruktionen (vgl. Arbeitsblatt II im Anhang)
- Rollenspiele zu „Recht durchsetzen“, „Beziehungen gestalten“ und „Sympathien erwerben“ in Kleingruppen einüben und gemeinsames Ergebnis im Plenum /ggf. mit Videofeedback (Arbeitspapier „Rollenspielsituationen“)
- Hausaufgaben (Entspannung, Arbeitsblatt II individuell gestalten, Arbeitspapier III bearbeiten, vgl. Anhang)
- Rückmeldebogen

6. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Entspannung, Arbeitspapier II und III)
- Reflexion der bisherigen individuellen Veränderung
 - Welche Erfahrungen habe ich mit der selbstverantwortlichen Gesunderhaltung in meinem Umfeld gesammelt?
 - Günstige und ungünstige äußere Einflüsse / Bedingungen
- Auseinandersetzung mit co-abhängigem Verhalten (Rollen in der Suchtfamilie)
- Rollenspiele dazu in Kleingruppen einüben, im Plenum mit Beschreibung von „Situation und Instruktion“ vorstellen
- Hausaufgabe (Info – Broschüre für Angehörige lesen)
- Rückmeldebogen

7. Sitzung

- Begrüßung und Tagesordnung
- Hausaufgaben besprechen (Hinweis auf Angehörigengruppe bei Bedarf)
- Offene Fragen, Reste,...(Wünsche der TeilnehmerInnen)
- Entspannungsübung mit Rückbesinnung auf die vergangenen zwei Monate
- Abschlussübung (z.B. „Erfolgsleiter“, „Notfallkoffer“ etc.)
- Rückmeldebogen zum gesamten Training (siehe Anhang)
- Abschied in der Gruppe

5 Zur Wirksamkeit des ANTI – SUCHT – TRAININGS

Die Wirksamkeit des ANTI – SUCHT – TRAININGS ist wie jedes andere Training auch am Grad der Zielerreichung zu messen.

Bezogen auf die als erstes ausgewählte Zielgruppe, die Angehörigen von alkoholkranken Menschen, kann zum jetzigen Zeitpunkt Folgendes festgehalten werden:

- *Der Informationsteil* „Suchtentwicklung – am Beispiel der Alkoholabhängigkeitsentwicklung“ soll zum Einen dazu beitragen, dass die Teilnehmer/innen ihren eigenen Umgang mit dem Alkohol reflektieren und einen auf die Alkoholmenge bezogenen risikoarmen Konsum anstreben. Zum Anderen soll dieser Teil auch dazu beitragen, dass den Angehörigen von alkoholkranken Menschen deutlich wird, dass auch ihr/e Angehörige/r einen Weg aus diesen „Teufelskreisen der Sucht“ herausfinden kann, sofern er/sie dazu genügend Leidensdruck verspürt.

Über diese Erkenntnis soll den Teilnehmer/innen mit Hilfe weiterer Informationen zur „Co – Abhängigkeit“ ihr eigener Weg aus dieser „Beziehungssucht“ erleichtert werden.

- *Die Hausaufgaben* sollen bewirken, dass Vieles zwischen den Sitzungen stattfindet. Die Teilnehmer/innen sollen das, was sie in den Sitzungen erfahren in der Zeit bis zur nächsten Sitzung einüben, nachlesen und/oder nachbereiten. Die Hausaufgaben dienen auch zur Vorbereitung auf die nächste Sitzung und zur umfassenden Auseinandersetzung mit inneren und auch äußeren Möglichkeiten zur angestrebten Veränderung.
- *Die Elemente aus dem Gruppentraining Sozialer Kompetenzen (GSK)* sind auf die Zielgruppe der Angehörigen modifiziert und bei von mir durchgeführten Wochenendseminaren für diese Zielgruppe mit Erfolg angewandt worden. (entsprechend eingesetzte Rückmeldebö-

gen haben meinen Eindruck unterstrichen).

Aus dem GSK liegen positive Ergebnisse vor. Ein Beispiel dafür sind die deutlich ansteigenden Werte einer Trainingsgruppe im Vergleich zu einer Wartegruppe bezüglich des Merkmals „Fordern können“ (vgl. Abb. 13 im Anhang). Eine Fülle von klinischen Studien weisen Zusammenhänge zwischen sozialen Defiziten und der Entwicklung von Störungen und Problemen auf. Eine Entwicklung einer Sucht (und auch einer Co – Abhängigkeit) kann eine solche Störung / ein solches Problem sein. Im Umkehrschluss kann das heißen, dass einer Suchtentwicklung durch das Trainieren sozialer Kompetenzen entgegengewirkt werden kann.¹⁹

- Die Rückmeldebögen zur aktuellen Sitzung und zum gesamten Training sollen der fortlaufenden Verbesserung des Trainings dienen.
- Die Hilfe zur Selbsthilfe ist letztendlich das Ziel hinter dem Ziel eines jeden zunächst angeleiteten Trainings. Die Trainer/innen sind hierbei in ihrer Kreativität gefragt, das Angebot so zu gestalten, dass es sich auch in den Alltag der Teilnehmer/innen zukünftig integrieren lässt. Die Teilnehmer/innen sind hierbei jedoch auch in ihrer Selbstverantwortlichkeit gefragt.

Ebenso wie eine vom Arzt verschriebene fünfmalige Krankengymnastik nur dann Sinn macht, wenn diese zu Hause fortgeführt wird, kann auch das ANTI – SUCHT – TRAINING nur dann auf Dauer Sinn machen, wenn es für die Teilnehmer/innen ein „Programm für ihr Leben“ wird. Irgendwann sollte es dann auch nicht mehr nur „das Programm“ sondern vielmehr „das Leben“ sein!

6 Ausblick / Vision

Das nun vorliegende, zusammengestellte ANTI – SUCHT – TRAINING ist speziell auf die als erstes ausgewählte Zielgruppe, den Angehörigen von alkoholkranken Menschen, zugeschnitten. Ich freue mich auf die Arbeit mit dieser Personengruppe und gehe davon aus, dass der erste Kurs schnell mit Teilnehmer/innen gefüllt sein wird.

Bereits beim Planen der Inhalte und Methoden ist mir bewusst geworden, dass ich diese Zusammenstellung als Grundgerüst verstehe, dass ich zukünftig gern auf die Bedarfe anderer Zielgruppen modifizieren werde. Beispielsweise lässt sich der Informationsteil zum Thema „Alkoholabhängigkeitsentwicklung“ gegen andere Suchtentwicklungen austauschen. Das Gebiet „Co – Abhängigkeit“ lässt sich ebenfalls leicht austauschen, z.B. gegen eine intensivere Auseinandersetzung mit dem eigenen Umgang mit Suchtmitteln.

In meiner Vorstellung könnte sich dieses Training allein durch „Mund zu Mund – Propaganda“ zu einem spektakulärem Angebot entwickeln, das von unterschiedlichsten Zielgruppen angefragt wird. Den ersten Kurs im Frühjahr 2004 werde ich jedenfalls auch nutzen, um dieses Angebot der Öffentlichkeit darzustellen. Ich verbinde damit die Hoffnung, verdeutlichen zu können, dass dieses präventive Projekt der Suchthilfe mit zur Stabilisierung unseres Gesundheitssystems beiträgt. An diese Hoffnung knüpft sich meine Vision, dass sich dieses Training über entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen refinanzieren lässt.

Bleibt noch zu klären, ob diese Vision sich realisieren lässt oder sich als unrealistisch erweist. ICH BIN GESPANNT!

¹⁹ Vgl. Hinsch & Pfingsten (2002). S. 68.

Literatur

Literaturangaben und -empfehlungen:

Beck, J.S. (1999). Praxis der Kognitiven Therapie. Weinheim: Beltz PVU.

Beck, A.T.; Wright F.D.; Newman, C.F.; Liese, B. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz PVU.

Berg, I. K. & Miller, S.D. (1993). Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10 Kapitel V (F). Bern: Hans Huber Verlag.

Ellis, A. (1997). Grundlagen und Methoden der Rational Emotiven Verhaltenstherapie, Leben lernen 26. München.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Weinheim: Beltz PVU.

Feuerlein, W. (1984). Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme Verlag.

Fliegel, St. (1994). Stichwort Verhaltenstherapie. München: Wilhelm Heyne Verlag.

Fliegel, S.; Groeger, W.M.; Künzel, R.; Schulte, D.; Sorgatz, H. (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim: Beltz PVU.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1.

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2000). Verhaltenstherapiemanual. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag.

Lindenmeyer, J. (1998). Lieber schlau als blau. Psychologie Verlags Union.

Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.

Petry, J. (1985). Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie. München: Urban & Schwarzenberg.

Reinecker, H. (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.

Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999). Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: DGVT-Verlag.

Schiffer, E. (1996). Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Weinheim: Beltz.

Schneider, R. (1998). Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 12. überarbeitete Aufl. Hohengehren: Schneider Verlag.

Tröscher-Hüfner, U. (1992). Symptombewertung in der Arbeit mit Suchtkranken und ihre Bedeutung für die beteiligten Systeme. In: Osterhold, G. & Molter, H. (Hrsg.). Systemische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg: Asanger Verlag.

Ullrich, R. & de Muynck, R. (1998). ATP 3: Einübung von Selbstvertrauen und kommunikative Problemlösung - Anwendung in Freundeskreis, Arbeit und Familie, Leben lernen 122/3. München.

Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance. Wildberg: Bögner-Kaufmann Verlag.

Informationsmaterial zum Thema „Alkohol“ und „Co – Abhängigkeit“ von:

- der NLS (Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren),
- der DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen),
- der BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und
- der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V.

Übersicht zum Anhang

- Abb. 1: Bedingungsgefüge der Sucht
- Abb.2: „Teufelskreise“
- Abb. 2a: „psychischer Teufelskreis“
- Abb. 2b: „somatischer Teufelskreis“
- Abb. 2c: „sozialer Teufelskreis“
- Abb. 3a: Schritte in die Abhängigkeit
- Abb. 3b: Komplettes (kognitives) Modell der Sucht (Beck)
- Abb. 4: Toleranzsteigerung bei Alkohol
- Abb. 5: Alkoholwerbung
- Abb. 6: Das Eisberg – Phänomen
- Abb. 7: Körperliche Folgeschäden des Alkoholkonsums
- Abb. 8: Neue Grenzwerte des Alkoholkonsums
- Abb.9: Selbstsicherheitspyramide
- Abb. 10: Selbstverbalisation
- Abb. 11: Ruhebild / Entspannungswort
- Abb. 12: Soziale Kompetenz
- Abb. 13: Wirksamkeit (GSK – Ergebnisse)

Arbeitsblatt I „Günstige Selbstverbalisation“

Arbeitsblatt II „Erwartungen / Bedürfnisse / Wünsche“

Arbeitsblatt III „Situationsbeschreibung und Reflexion“

Arbeitspapier „Rollenspielsituationen“

Rückmeldebogen zur aktuellen Sitzung
Rückmeldebogen zum gesamten Training

Die Geschichte mit dem Hammer

Flyer, beidseitige Kopie

Abb. 1: Bedingungsgefüge der Sucht

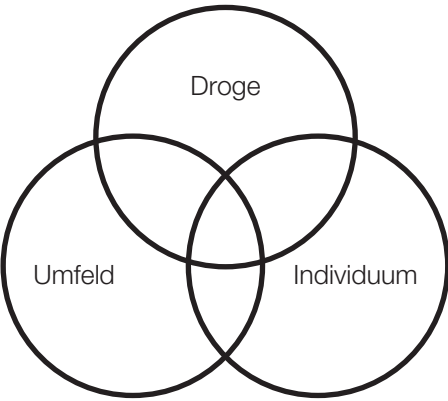


Abb. 2a: „psychischer Teufelskreis“

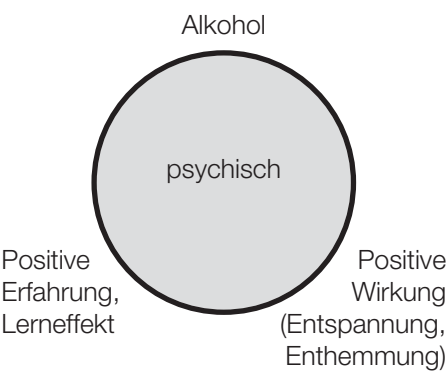


Abb.2: „Teufelskreise“ der Sucht

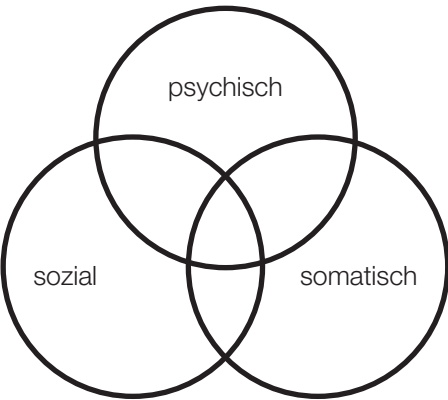


Abb. 2b: „somatischer Teufelskreis“

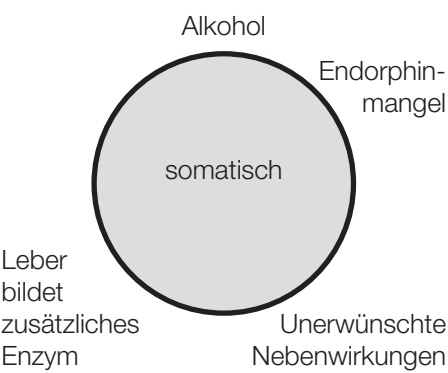


Abb. 2c: „sozialer Teufelskreis“

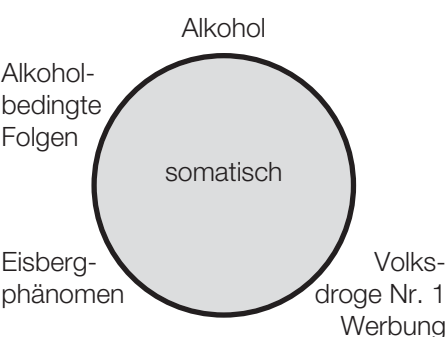


Abb. 3a: Schritte in die Abhängigkeit

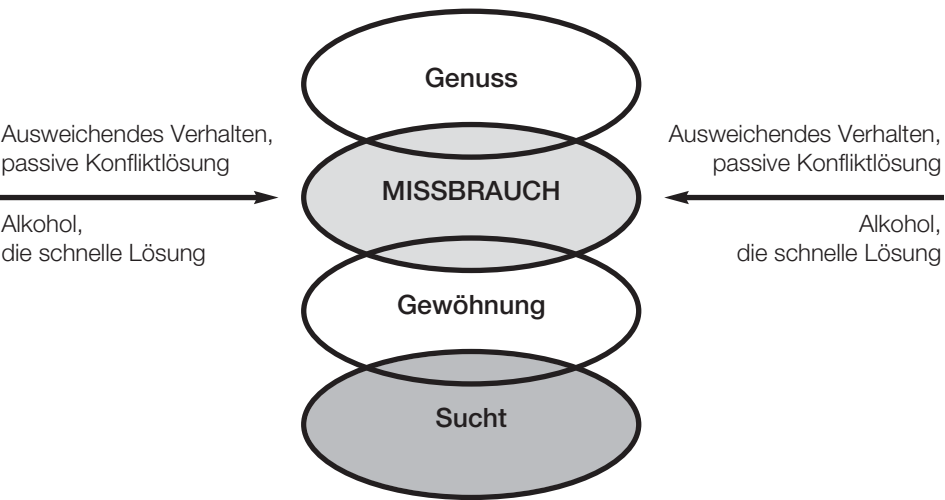
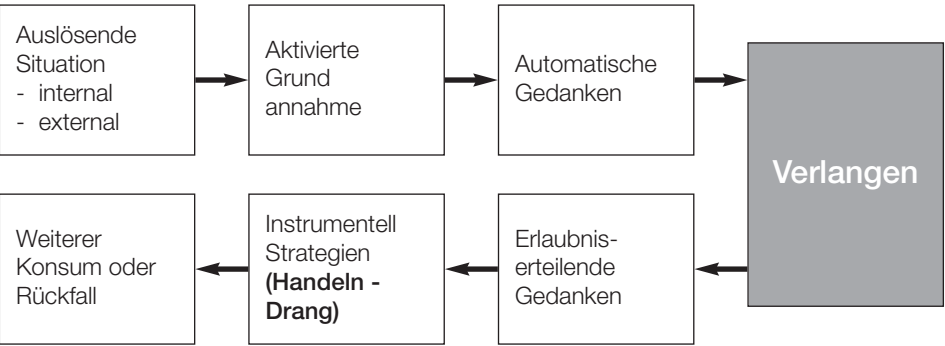


Abb. 3b: Komplettes (kognitives) Modell der Sucht (Beck)



Beispiel:

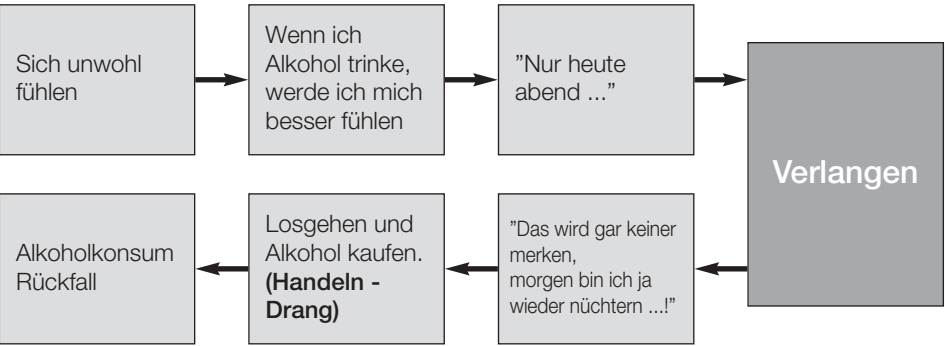
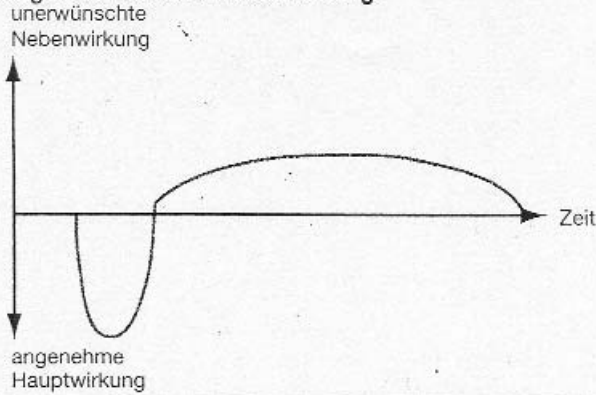


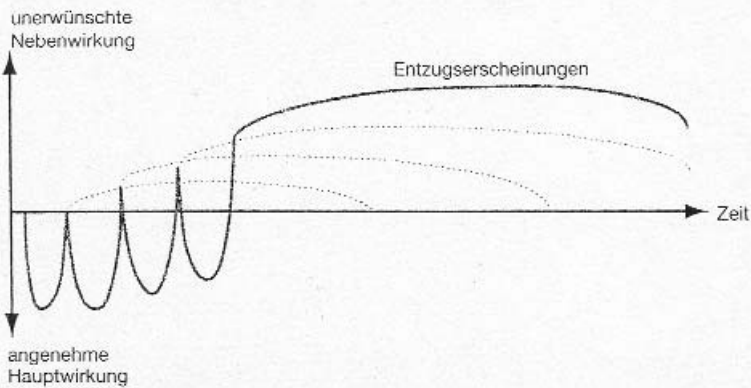
Abb. 4: Toleranzsteigerung bei Alkohol

Die Zweiphasenwirkung von Alkohol: Der kurzfristig angenehmen **Hauptwirkung** folgt eine langfristige unerwünschte **Nebenwirkung**.



Ein Stoff ist dann ein Suchtmittel, wenn er nach einer angenehmen Hauptwirkung eine unangenehme Nebenwirkung erzeugt, die durch erneute Einnahme der Substanz gestoppt werden kann.

Die Entstehung von Entzugerscheinungen durch allmähliches Aufhören der unangenehmen Nebenwirkungen bei ständigem Alkoholkonsum:



Toleranzsteigerung (Veränderung der benötigten Alkoholmenge):

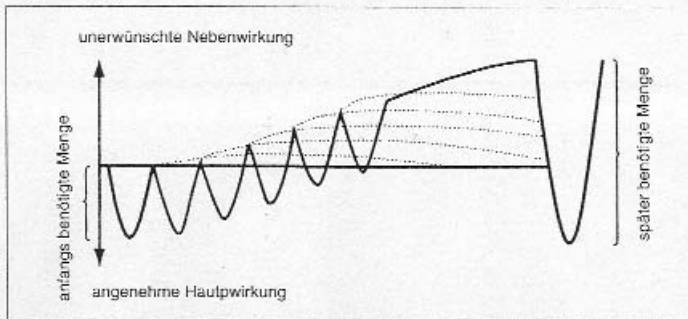


Abb. 5: Alkoholwerbung

Krombacher

EINE
PERLE
DER
NATUR.

MIT FELSQUELLWASSER GEBRAUT.

Gedruckt mit Genehmigung der Landesanstalt für Verbraucherschutz, Bonn. Die Abbildung ist als Werbung für ein alkoholisches Getränk zu verstehen. Die Abbildung ist als Werbung für ein alkoholisches Getränk zu verstehen.

Abb. 6:
Das Eisberg – Phänomen

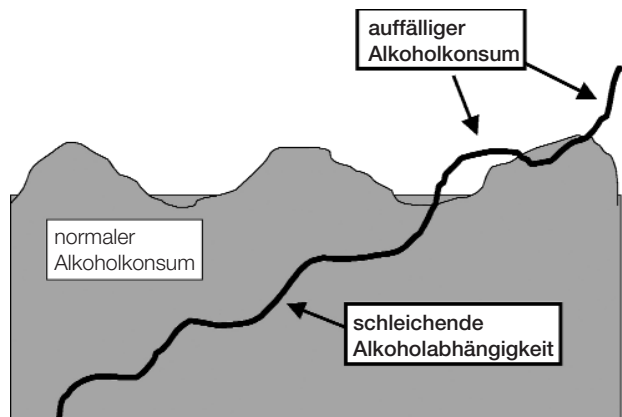
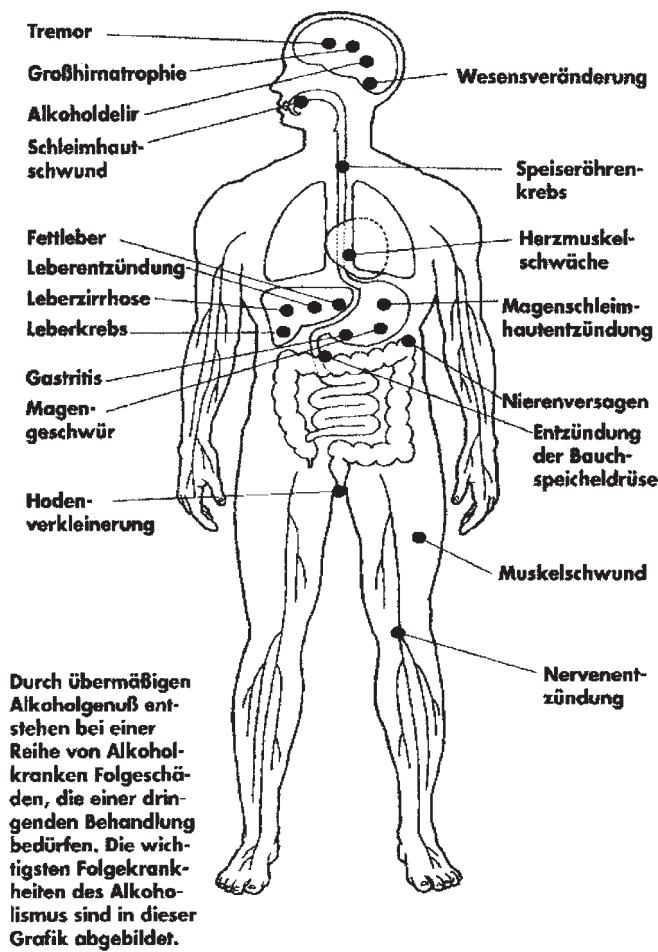


Abb. 7:
Körperliche Folgeschäden
des Alkoholkonsums



Ein Bier schon ein Problem

Laut Experten sollen bereits geringe Mengen zu gesundheitlichen Schäden führen

MÜNCHEN. Alkohol kann – anders als bisher angenommen – schon in geringeren Mengen zu Schäden führen. Das haben jüngste Forschungen ergeben.

Nicht nur Alkoholabhängige, sondern eine weitaus größere Gruppe von Konsumenten erleide durch langjährigen Konsum dauerhafte körperliche, psychische und auch soziale Schäden, warnte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) gestern in München. Bisher habe bei Frauen ein Genuss von et-

wa 20 Gramm reinem Alkohol täglich als risikoarm gegolten, mittlerweile sei von 10 bis 12 Gramm auszugehen, erläuterte der Leiter des Münchner Instituts für Therapieforschung IFT, Gerhard Bühringer. Das seien etwa ein Achtelliter Wein oder ein Viertelliter Bier.

Bei Männern galten bisher bis zu 40 Gramm Alkohol pro Tag als risikoarm, mittlerweile nehme man 20 bis 24 Gramm an. „Chronische Leberschäden bis hin zu Krebserkrankungen sind das Resultat langjährigen Überkonsums“, betonte Bühringer. Bereits die früheren Grenzwerte

seien von 20 Prozent der Bevölkerung überschritten worden.

Nicht jeder Alkoholkranke benötige einen monatelangen Aufenthalt in einer Suchtklinik. Das neue Modell einer so genannten qualifizierten Entzugsbehandlung habe Abstinenzraten von bis zu 40 Prozent gebracht, berichtete der Sprecher des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS, Karl Mann. Allerdings gebe es Schwierigkeiten mit den Krankenkassen, die sich weigerten, die Behandlungsdauer von mindestens drei Wochen in einem Krankenhaus zu finanzieren. dpa

Neue Grenzwerte des Alkoholkonsums

RISIKOARMER Konsum nach aktuellem Erkenntnisstand:

Männer 20 – 24 g reinen Alkohol	Frauen 10 – 12 g reinen Alkohol
~ 0,5 l Bier	~ 0,25 l Bier
~ 0,2 l Wein oder Sekt	~ 0,1 l Wein oder Sekt
~ 0,08 l Spirituosen (40%ig)	~ 0,04 l Spirituosen (40%ig)

Abb.9: Selbstsicherheitspyramide

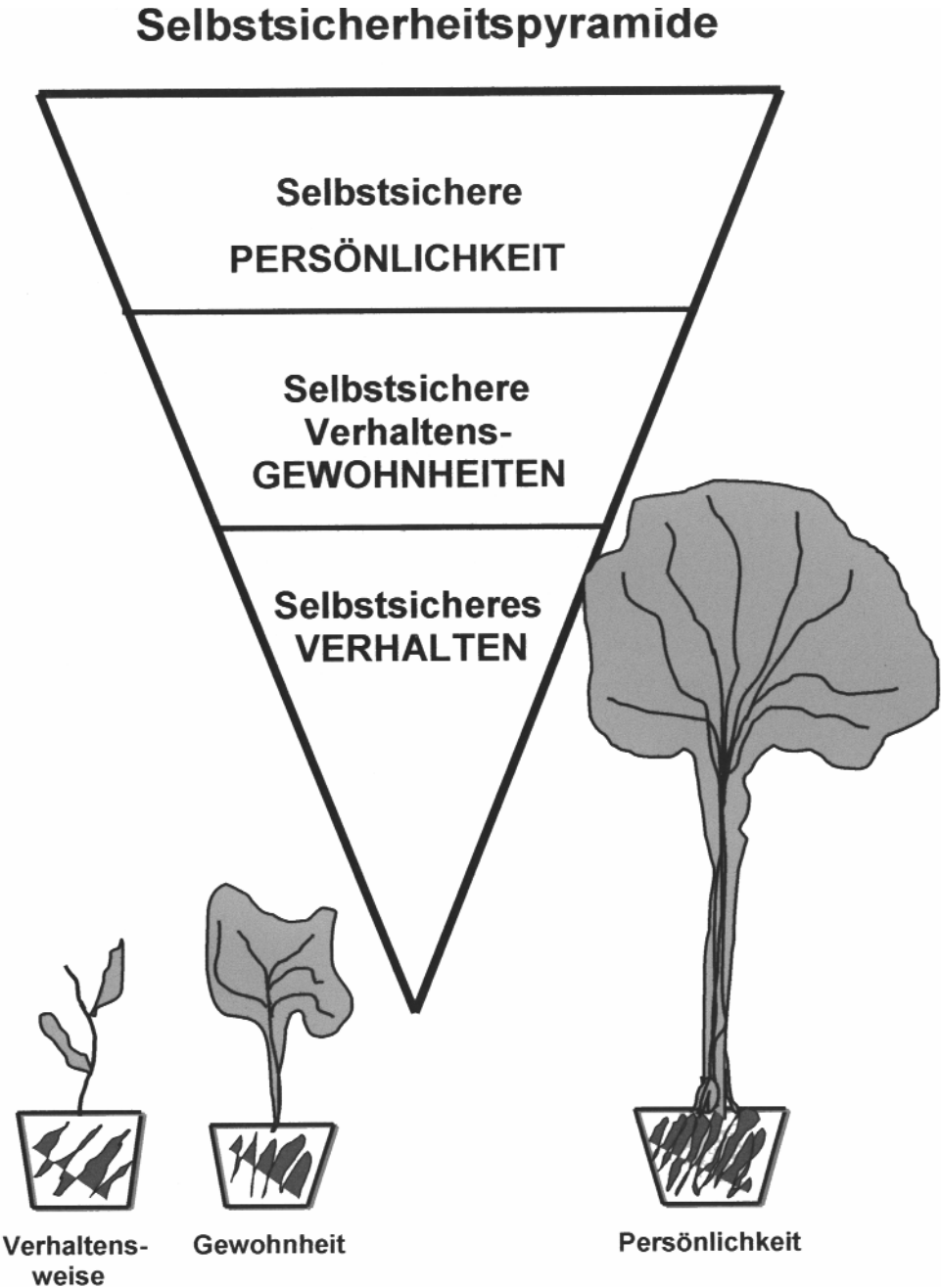


Abb. 10: Selbstverbalisation

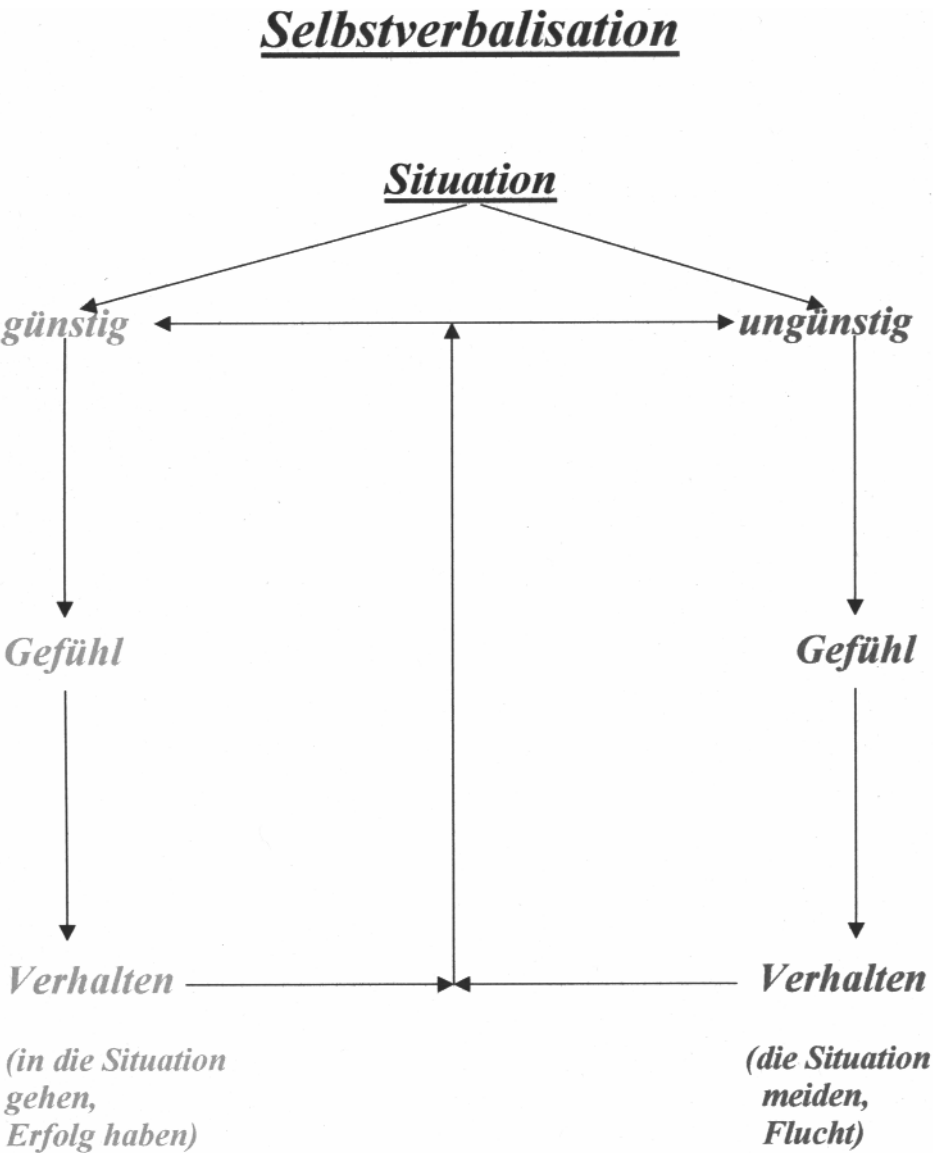


Abb. 11: Ruhebild / Entspannungswort

Ruhebild

Ein individuelles Ruhebild soll während des Entspannungstrainings mit dem Zustand der Entspannung gekoppelt werden. Es kann z. B. so aussehen:

- „Ich liege am Strand, die Sonne scheint, die Wellen rauschen, ich spüre einen angenehmen Luftstrom, der um meinen Körper streicht.....“
- „Ich gehe durch den Wald, setz mich auf eine Bank mit Blick in das Tal, die Vögel zwitschern, die Blätter rauschen in den Bäumen.....“
- Ich liege auf dem Sofa, der Kamin ist an, es ist wohlig warm, ich höre meine Lieblingsmusik, ich entspanne mich dabei.....“

ENTSPANNUNGSWORT

Mit dem eigenen, ganz persönlichen Entspannungswort soll die Entspannung selbst übernommen werden können.

Beispiele:

- Ruhe, ruhig
- Wärme, warm
- Sonne, sonnig

Abb. 12: Soziale Kompetenz

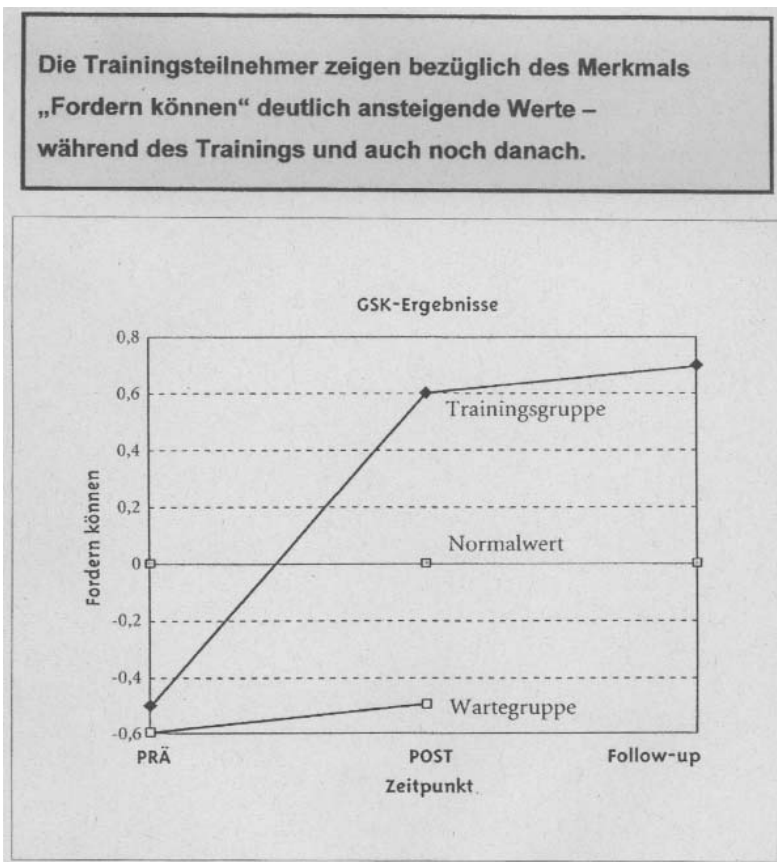
Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen:

- Nein sagen
- Versuchungen zurückweisen
- Auf Kritik reagieren
- Änderungen bei störendem Verhalten verlangen
- Widerspruch äußern
- Unterbrechungen im Gespräch unterbinden
- Sich entschuldigen
- Schwächen eingestehen
- Unerwünschte Kontakte beenden
- Komplimente akzeptieren
- Auf Kontaktangebote reagieren
- Gespräche beginnen
- Gespräche aufrechterhalten
- Gespräche beenden
- Erwünschte Kontakte arrangieren
- Um Gefallen bitten
- Komplimente machen
- Gefühle offen zeigen

Soziale Kompetenz

Unter sozialer Kompetenz verstehen wir die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führt.

Abb. 13: Wirksamkeit (GSK – Ergebnisse)



Arbeitsblatt I Günstige Selbstverbalisation

	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch
Situation							
Günstiger Gedanke, günstiger Satz							
Gefühl							
Verhalten							
Letztendliches Ergebnis (entsprechende Smilies malen)							

Arbeitsblatt II ERWARTUNGEN / BEDÜRFNISSE / WÜNSCHE

(dieses Arbeitsblatt dient lediglich als Grundlage für eine individuell zu gestaltende Ausarbeitung zu der Frage:)

Welche Instruktionen sind für mich hilfreich im Umgang mit meinen Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen?

Vorweg: Notieren Sie sich **Ihre** positive Selbstverbalisation

z. B.: „Diese Erwartung ist o.k.“
„Ich darf diesen Wunsch äußern“
„Ich habe ein Recht auf meine Gefühle....“
“
”

Auflistung **Ihrer** individuell als hilfreich erlebten Verhaltensweisen **in der Situation:**

- z.B.:
- Blickkontakt
 - Klare und deutliche Formulierung
 - Entspannte Körperhaltung
 - Ich – Form
 - Ruhig
 - Verständnis für Gefühle des Anderen
 - „was“ vor dem „warum“
 - gezielte Verstärkung
 - ...
 - ...

Wichtig **danach:**

Selbstlob für positive Fortschritte,
Verstärkung für jeden Fortschritt, egal wie groß.

Gestalten Sie sich bitte eine für Sie ganz persönlich hilfreiche Anleitung für Ihren zukünftigen Umgang mit Ihren ERWARTUNGEN / BEDÜRFNISSEN / WÜNSCHEN (Ihr ganz persönlicher „Spick – Zettel“)

Arbeitsblatt III Situationsbeschreibung und Reflexion

Beschreiben Sie eine Situation, in der Sie in der kommenden Woche eine Erwartung, ein Bedürfnis oder einen Wunsch anbringen / äußern wollen und möglichst „erfolgreich“ damit sein wollen.

Situation:

Wenn Sie die Situation durchgeführt haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1.) *Wen* haben Sie sich für dieses Übungsfeld ausgesucht?

2.) *Wo* und *wann* haben Sie diese Situation durchgeführt?

3.) Wie haben Sie sich *vor* der Situation bestärkt?

4.) Wie haben Sie sich *nach* der Situation bestärkt?

5.) Wie haben Sie sich *in* der Situation gefühlt?

Schätzen Sie bitte anhand des „Schwierigkeitsbarometers“ jede Rollenspielsituation für sich zwischen 0 und 100 ein. 0 hieße, dass Sie keine Schwierigkeit mit dieser Situation für sich hätten, 100 hieße, dass Sie große Schwierigkeiten mit dieser Situation hätten.

Schätzen Sie jede Situation für sich ein und tragen diese Zahl zwischen 0 und 100 in das jeweilige Kästchen ein.

keine Schwierigkeit große Schwierigkeit

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Situation	Instruktion	Schwierigkeit
1. In einem Lokal ist Ihnen ein Essen lauwarm geliefert worden, das Ihnen deswegen überhaupt nicht schmeckt. Sie rufen die Bedienung und verlangen ein warmes Essen.	Diskutieren Sie nicht, sondern wiederholen Sie, dass Ihnen das Essen zu kalt ist, was immer der Ober sagt. Sie können Ihren Ärger zum Ausdruck bringen, ohne dabei laut zu werden. Wenn der Ober Ihrem Wunsch entspricht, bedanken Sie sich. Sie können auch Ihr Verständnis für die Situation des Obers zum Ausdruck bringen.	
2. Ein Vertreter klingelt an Ihrer Haustür und bietet höflich seine Ware an. Sie antworten: „Ich habe dafür kein Interesse“ und schließen die Tür.	Seien Sie freundlich, aber bestimmt. Schauen Sie den Vertreter direkt an.	
3. Sie wollen sich einen neuen Personalausweis ausstellen lassen. Ein Beamter hat Ihnen erklärt, was Sie alles tun müssen. Sie haben ihn aber nicht verstanden. Sie bitten ihn um eine genaue und langsame Erklärung.	Bringen Sie keine langen Entschuldigungen, bitten Sie um eine neue Erklärung auf eine höfliche aber bestimmte Art und wiederholen Sie seine Erklärung kurz, um sicherzustellen, dass Sie es richtig verstanden haben.	
4. Sie wollen an einem Kurs teilnehmen, der über mehrere Wochen einmal wöchentlich stattfindet und wollen sich dazu das Einverständnis und die Unterstützung Ihrer Familie einholen.	Erläutern Sie klar Ihre Beweggründe, lassen Sie sich nicht verunsichern, sondern wiederholen Sie Ihre Bitte um Unterstützung (z.B. zeitlich, finanziell).	
5. Eine Situation Ihrer Wahl	Gemeinsame Absprache der Instruktion	

Situation	Instruktion	Schwierigkeit
1. Ein naher Freund hat seit längerer Zeit Geld von Ihnen geliehen und Ihnen dieses aus Gleichgültigkeit noch nicht zurückgegeben, obwohl Sie ihn schon einmal darauf angesprochen haben. Sie benötigen das Geld und verlangen es zurück, obwohl Ihr Freund sich herauszuwinden versucht.	Sie betonen, dass Sie erstens Ihr Geld zurück haben wollen und zweitens, dass die Gleichgültigkeit Ihres Freundes die Freundschaft belastet. Beschreiben Sie ihr Gefühl des Ausgebeutetseins. Machen Sie deutlich, dass Ihnen viel an der Freundschaft liegt, Ihr Freund aber auch etwas dafür tun müsse. Beschreiben Sie Ihre Gefühle statt anzuklagen.	

2. Sie bitten Ihren Partner, seine Sachen immer gleich aufzuräumen, statt sie unaufgeräumt in der Wohnung herumfliegen zu lassen

Statt anzuklagen, machen Sie den Unterschied in Ihren Gefühlen deutlich, der durch Aufräumen bzw. Nichtaufräumen ausgelöst wird.

3. Sie haben ein schönes Wochenende mit einer guten Freundin/einem Freund verlebt und möchten Ihre Gefühle über die gemeinsam verlebte Zeit beim Abschied ihr/ihm gegenüber mitteilen.

Bringen Sie Ihre positiven Gefühle klar zum Ausdruck. Sprechen Sie von sich und machen Sie deutlich, was an diesem Wochenende für Sie wichtig war.

4. Eine Person aus Ihrem Bekanntenkreis möchte sich mit Ihnen verabreden. Sie haben schon seit einiger Zeit gemerkt, dass sie versucht, sich Ihnen zu nähern. Sie haben jedoch kein Interesse an einer näheren Beziehung.

Lehnen Sie die Verabredung ab. Sprechen Sie als Begründung Ihre Sicht der Situation klar an. Äußern Sie ruhig auch, wenn Ihnen das unangenehm ist oder schwer fällt. Benutzen Sie keine Ausreden.

5. Eine Situation Ihrer Wahl

Gemeinsame Absprache der Instruktion

Situationen zum Thema: „Sympathie erwerben“

Situation	Instruktion	Schwierigkeit
1. Sie wollen eine Woche in Urlaub fahren. Sie brauchen jemanden, der in dieser Zeit Ihre Blumen gießt. Es findet sich aber niemand und daher wollen Sie Ihre Nachbarin, zu der Sie sonst keinen Kontakt haben, darum bitten. Sie gehen zu ihr hin.	Sprechen Sie Ihre Bitte direkt und freundlich aus und verwenden Sie die „Ichform“, halten Sie dabei Blickkontakt. Betonen Sie die große Hilfe, die Ihre Nachbarin damit für Sie sei.	
2. Sie wollen am Samstagabend einen ganz bestimmten Film im Kino ansehen und möchten gerne, dass Ihre Partnerin/Partner mitkommt. Sie/er möchte aber lieber Essen gehen. Sie wollen versuchen, sie/ihn zum Kino zu überreden.	Versuchen Sie, Ihre Partnerin/Ihren Partner mit verschiedenen Argumenten zum Kinobesuch zu überreden. Geben Sie nicht so schnell auf. Zeigen Sie Ihre Vorfreude über einen gemeinsamen Kinobesuch. Locken Sie sie/ihn mit einer Einladung.	
3. Sie kommen auf einer längeren Zugfahrt mit einer Person ins Gespräch, die Sie sehr nett finden. Sie wohnt an dem Ort, an dem Sie für ein paar Tage beruflich zu tun haben. Als Sie am Zielbahnhof ausgestiegen sind und sich verabschieden, möchten Sie sich mit ihr verabreden.	Äußern Sie Ihren Wunsch, die Person noch einmal wieder zu sehen. Schlagen Sie z.B. vor, dass sie Ihnen den Ort zeigen könne, wenn Sie Lust dazu habe. Versuchen Sie eine klare Vereinbarung zu treffen.	
4. Sie haben Ihr Auto in die Werkstatt gebracht und sind mit dem Taxi zur Arbeit gefahren. Sie erfahren, dass ein Kollege in der Nähe der Werkstatt wohnt, wo Sie am Abend Ihr Auto abholen wollen. Daher bitten Sie ihn, Sie mitzunehmen. Sie müssen heute aber eine Viertelstunde länger bleiben.	Bitten Sie ihn, Sie mitzunehmen. Gewinnen Sie ihn für sich, obwohl er warten muss. Zeigen Sie deutlich, welche Erleichterung es für Sie wäre, mitfahren zu können.	
5. Eine Situation Ihrer Wahl	Gemeinsame Absprache der Instruktion	

Rückmeldebogen zur aktuellen Sitzung

1. Ich war heute mit dem Verhalten der TrainerInnen insgesamt...	sehr zufrieden	1	2	3	4	5	sehr unzufrieden
--	----------------	---	---	---	---	---	------------------

2. Ich fand die Erklärungen der TrainerInnen heute...	gut verständlich	1	2	3	4	5	schwer verständlich
---	------------------	---	---	---	---	---	---------------------

3. Nach der heutigen Sitzung habe ich den Eindruck, dass mir das Training gut tut.	stimmt genau	1	2	3	4	5	stimmt gar nicht
--	--------------	---	---	---	---	---	------------------

4. Ich hatte heute Schwierigkeiten, richtig mitzumachen.	keine Schwierigkeiten	1	2	3	4	5	große Schwierigkeiten
--	-----------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

5. Ich habe mich heute in der Sitzung wohl gefühlt.	stimmt genau	1	2	3	4	5	stimmt gar nicht
---	--------------	---	---	---	---	---	------------------

6. Negativ fand ich an der heutigen Sitzung: (Stichpunkte)

7. Positiv fand ich an der heutigen Sitzung: (Stichpunkte)

1. Wie zufrieden waren Sie mit dem Training insgesamt?	sehr zu- frieden	1	2	3	4	5	sehr zu- frieden
2. Hat sich Ihre Einstellung zum Thema „Sucht“ bzw. zum Thema „Gesundheit“ durch das Training verändert?	sehr stark	1	2	3	4	5	gar nicht
3. Ich lebe jetzt gesünder.	stimmt genau	1	2	3	4	5	stimmt gar nicht
4. Ich fühle mich jetzt wohler.	stimmt genau	1	2	3	4	5	stimmt gar nicht
5. Würden Sie das Training weiterempfehlen?	1 ganz bestimmt	2 vielleicht			3 nein		

Die folgende Geschichte ist ein Beispiel dafür, wie aufgrund von negativen Kognitionen (in diesem Fall: Zweifel, Falschannahmen, ungünstigen Gedanken.....) von einem Vorhaben lediglich Ärger übrig bleibt:

Die Geschichte mit dem Hammer

Ein Mann will ein Bild aufhängen. Den Nagel hat er, nicht aber den Hammer. Der Nachbar hat einen. Also beschließt unser Mann, hinüberzugehen und ihn auszuborgen. Doch da kommt ihm ein Zweifel: Was, wenn der Nachbar mir den Hammer nicht leihen will? Gestern schon grüßte er mich nur so flüchtig. Vielleicht war er in Eile. Aber vielleicht

TERMINE:

Dieses präventive Projekt der Suchthilfe wird unterstützt von

Einführungsveranstaltung:

Am Montag, den 01.12.2003
Von 18.00 bis 19.00 Uhr
in der Begegnungsstätte in
OKER



ANTI - SUCHT - TRAINING

Ein Kurs für das Leben

Das TRAINING umfasst
7 Sitzungen à 2 Std./Woche



Kursbeginn:

08. März 2004
14.30 h bis 16.30 h
(immer montags)

Kursleitung:

Roswitha Kiel
N.N.

war die Eile auch nur vorgeschützt, und er hat etwas gegen mich. Und was? Ich habe ihm nichts angetan; der bildet sich da etwas ein. Wenn jemand von mir ein Werkzeug borgen wollte, ich gäbe es ihm sofort. Und warum er nicht? Wie kann man einem Mitmenschen einen so einfachen Gefallen abschlagen? Leute wie dieser Kerl vergiften einem das Leben. Und dann bildet er sich auch noch ein, ich sei auf ihn angewie-

sen. Bloß weil er einen Hammer hat. Jetzt reicht's mir wirklich. – Und so stürmt er hinüber, läutet, der Nachbar öffnet, doch noch bevor er „Guten Tag“ sagen kann, schreit ihn unser Mann an: „Behalten Sie sich Ihren Hammer, Sie Rüpel!“

(Paul Watzlawick (1983). Anleitung zum Unglücklich sein. München: Piper.)

ZIEL:

- ❖ Deutliche Erhöhung der Chance auf ein suchtfreies Leben.

ZIELGRUPPE:

- ❖ Angehörige von Suchtkranken

„Endlich geht's hier mal um mich!“





INHALTE:

- ❖ Auseinandersetzung mit dem Thema: „Suchtentwicklung“
- ❖ Kennenlernen von Möglichkeiten einer Suchtentwicklung entgegenzusteuern um zu einer selbstverantwortlichen Gesunderhaltung zu finden
- ❖ Erweiterung des Verhaltensrepertoires
 - zur Steigerung des Wohlbefindens,
 - im Umgang mit Bedürfnissen / Erwartungen / Wünschen,
 - im Umgang mit Sucht im sozialen Umfeld
- ❖ Hilfe zur Selbsthilfe

Erfahrungen aus der Durchführung

Im Rahmen einer Aktionswoche für Angehörige, die unter dem Motto „Unabhängig“ eine bunte Angebotspalette vorhielt, habe ich zu einer Einführungsveranstaltung zu diesem Anti-Sucht-Training eingeladen.

Von der Presse wurde die Werbung für die einzelnen Angebote der Aktionswoche für Angehörige sehr unterstützt. Zum Anti-Sucht-Training wurde betont, dass dieses Training das geforderte Ziel aus der Suchtpolitik verfolge. „...Dort heißt es, dass die Chancen auf ein suchtfreies Leben für die Menschen in diesem Land deutlich zu erhöhen seien. Auf dieser landespolitischen Ebene werde zudem betont, dass die Suchtprävention integraler Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung sei und dass sie auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenzerweiterung abziele. Das von Roswitha Kiel konzipierte Anti-Sucht-Training deckt sich auch mit den weiteren Ausführungen dieses Landesprogrammes, nämlich dass Suchtprävention insbesondere dort gefordert werde, wo aufgrund unzureichender Ressourcen oder Alltagsstrukturen Personen zu kurz kommen und professioneller Hilfe bedürfen.

Roswitha Kiel betonte, dass die Menschen, die im Arbeitsfeld der Suchthilfe oftmals zu kurz kämen, all diejenigen seien, für die sich keine Kostenträger fänden. Sie denke dabei an die Personengruppe der Angehörigen von alkoholkranken Menschen, da diese Personengruppen sich in Ihrem Leid häufig an die Fachambulanz wenden.

Mit dem Anti-Sucht-Training werde in Zukunft ein Angebot vorgehalten, das

darauf abziele, dass sie sich selbst, ihren Körper, ihren Geist und ihre Seele in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellen und parallel dazu viele Informationen über Sucht und Suchtentwicklung und ihre eigene Betroffenheit von der Abhängigkeit erfahren.

Letztendlich sei dieses Training ein Kurs für einen Weg in die Unabhängigkeit. Im Rahmen der Einführungsveranstaltung konnten sich Interessierte für den ersten Kurs anmelden....“ (vgl. Seesener Beobachter vom 17.12.2003) Pdf-Datei im Anhang S. 3

Der Kurs startete am 08.03.2004 mit 10 Personen, die bis zur 7. und letzten Sitzung regelmäßig teilnahmen. Der Ablauf der Sitzungen war eng an die Vorgaben angelehnt.

Zur Auseinandersetzung mit eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln (2. Sitzung) nutzte ich unseren „Suchtsack“, was im Ergebnis dazu führte, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich über ihre eigenen Gefahren der Suchtentwicklung im Bereich der nichtstofflichen Süchte aber auch der stofflichen Süchte angeregt austauschten.

Die Geschichte mit dem Hammer (3. Sitzung) wurde per Videofilm vorgeführt, was diese Sitzung sehr auflockerte.

Die Hausaufgaben wurden durchweg sehr ernst genommen.

Die Rollenspiele wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sehr positiv bewertet.

Zur 7. Sitzung, dem letzten Trainingstag habe ich eine Entspannungsübung mit Rückbesinnung auf den Kurs angeleitet. (vgl. hierzu Pdf-Datei im Anhang S. 1 und 2).

Auswertung der Rückmeldebögen zum gesamten Training:

zu 1.: 9 mal 1
1 mal 2

zu 2.: 5 mal 1
3 mal 2
2 mal 3

zu 3.: 5 mal 1
2 mal 2
1 mal 3
2 mal 4

zu 4.: 7 mal 1
2 mal 2
1 mal 4

zu 5.: 10 mal 1

zu 6.: für mich nicht Negatives.
Es könnte noch einige Monate weitergehen, schade, dass es vorbei ist.

zu 7.: dass ich dabei war, schade, dass es vorbei ist.
Siehe Position 1 – 5
Würde es noch einmal machen
Sehr gut
Die gute fachliche Anleitung.
Rollenspiele zum Ausprobieren
Verpflegung
Gute Ratschläge
Das Sprechen miteinander Die Gruppe
Dass es nicht zu theoretisch war, eben lebensnah

Seesener Becken
17.12.03

in Übereinstimmung mit dem Inhalt des Dokuments

Lukas-Werk Suchthilfe: Mit dem Anti-Sucht-Training Kurs auf den Weg in die Unabhängigkeit nehmen

„Woche für Angehörige von Suchtkranken“ – Den Zielsetzungen der Suchtpolitik Rechnung tragen – Eigene Betroffenheit von der Abhängigkeit erfahren

Goslar (bo). Im Rahmen der Woche für Angehörige von Suchtkranken, die unter dem Motto „Unabhängig“ in der Begegnungstätte Oker eine bunte Angebotspalette vorhielt, bot Roswitha Kiel, Leiterin der Fachambulanz Goslar der Lukas-Werk Suchthilfe gGmbH, eine Einführungsveranstaltung zu einem Anti-Sucht-Training an. Dieses Training verfolgt das geforderte Ziel aus der Suchtpolitik. Dort heißt es, dass die Chancen auf ein suchtfreies Leben für die Menschen in diesem Land deutlich zu erhöhen seien. Auf dieser landespolitischen Ebene werde zudem betont, dass die Suchtprävention integraler Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitsförderung sei und dass sie auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenzentwicklung abziele. Das von Roswitha Kiel konzipierte Anti-Sucht-Training deckt sich auch mit den weiteren Ausführungen dieses Landesprogrammes, nämlich dass Suchtprävention insbesondere dort gefordert werde, wo auf grund unzureichender Ressourcen oder Alltagsstrukturen Personen zu kurz kommen und professioneller Hilfe bedürfen. Roswitha Kiel betonte, dass die Menschen, die im Arbeitsfeld der Suchthilfe oftmals zu kurz kämen, all diejenigen seien, für die sich keine Kostenträger finden. Sie denke dabei an die Personengruppen der Angehörigen von alkoholkranken Menschen, da diese Personengruppen sich in ihrem Leid häufig an die Fachambulanz wenden. Mit dem Anti-Sucht-Training werde in Zukunft ein Angebot vorgehalten, das darauf abziele, dass sie sich selbst, ihren Körper, ihren Geist und ihre Seele in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellen und parallel dazu viele Informationen über Sucht und Suchtentwicklung und ihre eigene Betroffenheit von der Abhängigkeit erfahren. Lerzendlich sei dieses Training ein Kurs für einen Weg in die Unabhängigkeit. Im Rahmen der Einführungsveranstaltung konnten sich Interessierte für den ersten Kurs anmelden. Weitere Infos: (05321) 2742.

ANTI – SUCHT – TRAINING Entspannung mit Rückbesinnung auf den Kurs

Setzen sie sich bitte bequem hin.....achten sie auf ihren Atem.....atmen sie tief ein....und wieder aus.....ein.....und wieder aus....

Überprüfen sie nochmal ihre Sitzposition.....spüren sie, wie der Stuhl sie trägt.....ihre Füße den Boden berühren.....ihre Hände locker aufliegen....ihr Kopf ganz frei und das Gesicht ganz entspannt wird.....und falls noch nicht geschehen, dann schließen sie nun bitte ihre Augen.....

Gehen sie mit ihren Gedanken nun zurück zu unserer 1. Sitzung dieses Trainings hier in diesem Raum.....erinnern sie ihr damaliges Gefühl, ihre Gedanken.....vielleicht waren sie etwas nervös oder etwas angespannt....Wir haben begonnen, dass wir uns hier im Raum nach verschiedenen Kriterien aufgereiht oder zugeordnet haben.....es ging dabei um die Jahre des Kontaktes hier zur Beratungsstelle, um das eigene Alter, um die Anzahl der Kinder und und und.....

Das Thema „Suchtentwicklung“ folgte und an diesem ersten Abend haben sie die lange Form des Entspannungstrainings kennengelernt.

Hausaufgabe war zum einen das Üben der Entspannung nach Anleitung per CD und es sollte einer Person ihrer Wahl die Entwicklung einer Sucht erklärt werden.

In der Woche darauf ging es um den Bereich der Gesunderhaltung. Auch haben wir uns mit unseren eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln auseinandergesetzt, dazu erinnern sie sicherlich ihren Griff in den lila Suchtsack.....Es folgte an dem Tag eine etwas kürzere Form der Entspannung und für Zuhause auch wieder die Aufgabe des Weiterübens und des Einholens von ortsnahen Angeboten zur eigenen Gesunderhaltung.

In der nächsten Sitzung beschäftigten wir uns mit der Steigerung unseres Wohlbefindens. Wir machten uns die vorhandenen äußeren Gegebenheiten bewußt und richteten dann unsere Aufmerksamkeit auf unsere individuellen inneren Möglichkeiten. Sie erinnern sich an die Selbstsicherheitspyramide, die Bedeutung der Selbstverbalisation.....den Unterschied von günstiger und ungünstiger Selbstverbalisation.....wir haben uns mit sozialer Kompetenz beschäftigt und uns zu diesem Themenkomplex „Die Geschichte mit dem Hammer“ per Video angeschaut. Die Entspannungsübung wurde mit einem sog. Ruhebild bereichert und für Zuhause gab es diesmal ein Wochenarbeitsblatt zum Üben von günstiger Selbstverbalisation.

In unserer 4. Sitzung haben wir uns hier im Raum in Zweiergruppen zusammen gefunden und hatten die Aufgabe unserem Gegenüber 3 Stärken von uns zu verraten....Dinge, auf die wir stolz sind, die uns gut gelingen oder die uns an uns selbst gut gefallen.....In der großen Runde wurden dann mit getauschten Rollen genau diese Stärken veröffentlicht. Danach haben wir uns in zwei Kleingruppen aufgeteilt und jede Kleingruppe übte sich in einem Rollenspiel zu vorgegebener Situation und Instruktion. Diese Rollenspiele wurden dann hier auf der Bühne vorgespielt. Ihr erinnert euch sicher noch an die Überredung zum Kinobesuch und die Beanstandung des lauwarmen Essens.

In die heute vorgestellte Kurzform der Entspannung wurde ein Entspannungswort eingeführt....und für Zuhause gab es diesmal Rollenspielsituationen nach ihrer individuellen Schwierigkeit einzuschätzen.

Dann folgte unsere Osterpause und am 19.04. ging es zunächst um unseren eigenen Umgang mit Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen, bevor wir uns im Rollenspiel mit den Themenbereichen „Recht durchsetzen, Beziehung gestalten und um Sympathie werben“

übten. Die aufgebaute Kamera verhalf uns zu dem Stress, der unsere Verhaltensweisen sehr real hat werden lassen.....jeder hat hier für sich wertvolle Erfahrungen gesammelt
Für Zuhause gab es das Arbeitsblatt II und III, Jeder sollte sich mit den ihn hilfreichen Instruktionen im Umgang mit den eigenen Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen Gedanken machen und sich einen ganz persönlichen „Spick - Zettel“ dazu selbst gestalten und darüber hinaus eine Situation beschreiben und Reflektieren.

Letztes Mal, bei unserer 6. Sitzung, haben wir zunächst diese Aufgaben ausführlich besprochen und danach in Zweiergruppen uns gegenseitig eine positive Veränderung zurückgemeldet. Im Anschluss daran haben wir uns selbst auf die eigene Co-Abhängigkeit getestet und bekamen die Hausaufgabe, sich eine Instruktion für eine Rollenspielsituation zu überlegen, die für einen selbst schwierig ist. Zudem gab es noch die Info Broschüre für Angehörige und wie bereits auch in den Wochen zuvor unsere Bitte, einen Rückmeldebogen zu Sitzung auszufüllen.

Ja, und nun ist der letzte Trainingstag angebrochen und wir sitzen hier in dieser Zusammensetzung ein letztes Mal in diesem Raum und kommen nun auch ganz langsam mit unserer Aufmerksamkeit in diesen Raum hier wieder zurück.....öffnen wieder unsere Augen.....spüren wieder unseren Körper.....recken und strecken uns ein wenig.....und atmen ganz bewußt einund wieder aus....

Nicht den ganzen Tag an sich vorbeilaufen lassen.

**Metaphern für Abstinenz
in der Alltagssprache Opiatabhängiger und
deren Bedeutung im Gespräch**

Regina Kitzhöfer
Münster

Inhalt

Einleitung

1 Grundzüge metaphorischer Konzepte in unserer Alltagssprache

- 1.1 Strukturmetaphern
- 1.2 Orientierungsmetaphern
- 1.3 Ontologische Metaphern
- 1.4 Verwendung von Metaphern

2 Die Methode der Metaphernanalyse

- 2.1 Handwerkliches Vorgehen
 - 2.1.1 Konkrete Formulierung der Fragestellung
 - 2.1.2 Unsystematische Sammlung von metaphorischen Konstrukten zur Fragestellung
 - 2.1.3 Systematische Analyse
- 2.2 Interpretation der gefundenen Metaphern
 - 2.2.1 Der Vergleich metaphorischer Konzepte
 - 2.2.2 Implizite Gliederungen und Werte
 - 2.2.3 Metaphorische Ressourcen
 - 2.2.4 Grenzen einer Metapher
 - 2.2.5 Durch Metaphern motivierte Handlungen
 - 2.2.6 Konflikte metaphorischer Modelle
 - 2.2.7 Das Fehlen einzelner metaphorischer Modelle
 - 2.2.8 Metaphern in der Metakommunikation
 - 2.2.9 Metaphern als Projektionsfläche

3 Metaphern für Abstinenz in der Alltagssprache Opiatabhängiger

- 3.1 Interpretation
- 3.2 Abschließende Betrachtung

Literatur

Anhang

Einleitung

Suchttherapie findet weitgehend über das Medium der Sprache statt; diese ist von Metaphern durchzogen. Wir bemerken sie oft nicht, da ihre Nutzung für Angehörige desselben Kulturkreises ganz selbstverständlich ist.

Das Zitat im Titel dieser Arbeit „Nicht den ganzen Tag an sich vorbeilaufen lassen.“ nutzt das für uns gängige metaphorische Konzept DAS LEBEN IST EIN WEG.

Ein drogenabhängiger Mann formuliert auf diese Weise seine Erfahrungen und seine Erwartungen hinsichtlich der angestrebten Abstinenz. Seiner Äußerung liegt dabei die Beschreibung eines Tages unter Heroineinfluss zugrunde. In der genutzten Negativformulierung wird deutlich, dass er nicht mehr neben dem Weg stehen, sondern sich selbst aktiv auf dem Weg bewegen möchte. Diese bildhafte Sprache verstehen wir sofort. Metaphern sind aber nicht nur ein rein sprachliches Element,

sondern sie geben Hinweise auf unser Denken.

Das Denken hat wiederum Auswirkungen auf unsere Gefühle und unser Verhalten. Die kognitive Verhaltenstherapie arbeitet in diesem Sinne. Sie orientiert sich an den Sprachmustern der Patient/innen, nimmt deren Aussagen ernst und hat zum Ziel, die Verhaltensmöglichkeiten der Patient/innen zu erweitern. Um beim Beispiel „Nicht den ganzen Tag an sich vorbeilaufen lassen.“ zu bleiben: Im Rahmen der Therapie kann versucht werden, von der Negativ- zu einer zielführenden Positivformulierung - dem Gehen auf dem Weg - zu kommen.

Darüber hinaus kann in der Therapie eine Überprüfung des von den Patient/innen genutzten metaphorischen Konzeptes erfolgen, da es eine Veränderung ihrer Handlungsmöglichkeiten behindern kann. Im Titelsatz dieser Arbeit wird eine bildhafte Sprache gebraucht, die Handlungseinschränkungen nicht impliziert. Ein Beispiel für eine Eingrenzung ist dieses: Ein Mensch mit Partnerschaftsproblemen verwendet ausschließlich das metaphorische Konzept **BEZIEHUNG IST KRIEG**; damit kann eine Neuorientierung in der Partnerschaftsgestaltung verhindert werden. Wenn wir den Fokus auf den kämpferischen Aspekt der Beziehungsgestaltung legen, verlieren wir oft den kooperativen Aspekt aus den Augen. Metaphern heben stets einen Bestandteil einer Sache hervor und verdecken gleichzeitig andere Bestandteile. Aus diesem Grund ist die Auseinandersetzung mit Metaphern im therapeutischen Vorgehen sehr bedeutsam.

Ich werde mich in der vorliegenden Arbeit mit der Metaphorik von heroinsüchtigen Menschen befassen. Mein Augenmerk liegt dabei auf den Formulierungen für Abstinenz.

In den ersten zwei Kapiteln werde ich die theoretischen Hintergründe beschreiben und im dritten die Ergebnisse aus den Patient/innengesprächen darstellen.

Danken möchte ich an dieser Stelle den Patient/innen, die bereit waren, in einem narrativen Interview von ihren Abstinenz Erfahrungen und -erwartungen zu sprechen. Ohne sie wäre diese Arbeit so nicht möglich gewesen.

Auch möchte ich Herrn Prof. Dr. Rudolf Schmitt von der Fachhochschule Zittau-Görlitz danken, der mir mit seinen Hinweisen über einige Hürden geholfen hat.

Meine persönliche Erfahrung ist, dass das Interesse und das Wissen um Metaphern in der Alltagssprache für Patient/innenaussagen sensibilisiert und zum Hinterfragen ihrer Formulierungen ermutigt. Auch der eigene Sprachgebrauch wird bewusster wahrgenommen und gestaltet.

1 Grundzüge metaphorischer Konzepte in unserer Alltagssprache

Die sogenannte Systematische Metaphernanalyse, die als textuntersuchende Methode in dieser Hausarbeit näher beschrieben wird und zur Untersuchung der Patient/inneninterviews genutzt wurde, greift auf die sprachwissenschaftliche Forschung von Lakoff und Johnson mit ihrer ‚kognitiven Linguistik‘ zurück. Daher werde ich zunächst in einer Kurzdarstellung einige wenige Teilbereiche ihrer Forschung wiedergegeben, die für die Metaphernanalyse fundamental sind.

Nach der Theorie von Lakoff und Johnson besteht das Wesen einer Metapher darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache oder eines anderen Vorganges verstehen und erfahren können. Dabei steht nicht die Nutzung/Übertragung eines einzelnen Wortes im Vordergrund, sondern unsere Denkkonzepte zu einem Sachverhalt. Eine Metapher liegt dann vor, wenn die Sprechäußerung in ihrer wörtlichen Bedeutung einen prägnanten Quellbereich hat und dieser auf einen anderen, oft abstrakten Zielbereich übertragen wird. „Da so viele der uns wichtigen Konzepte entweder abstrakt oder in unserer Erfahrung nicht klar umrissen sind (Emotionen, Ideen, Zeit...), brauchen wir zu diesen Konzepten einen Zugang über andere Konzepte, die wir in eindeutigen Begriffen verstehen“.¹

Lakoff und Johnson unterscheiden drei Typen von Metaphern:

1.1 Strukturmetaphern

Bei diesem Metapherntyp wird ein **bestimmtes, konkretes, sinnliches Erfahrungskonzept** auf einen anderen, unscharfen und zu strukturierenden Lebensinhalt übertragen. Dass wir in unserer Vorstellung unser Leben als einen Weg sehen, ist ein Beispiel dafür. Hier wird unsere konkrete Erfahrung genutzt, einen Weg zurückzulegen mit Anfangs- und Zielpunkt und dazwischenliegenden Ereignissen, um einen unscharfen Erfahrungszusammenhang, das Leben, besser strukturieren und beschreiben zu können. Redewendungen wie „wenn wir so durch die

Jahre gehen“, „er hat eine falsche Richtung eingeschlagen“ und „sie hat ihre Lebensziele erreicht“ zeigen sehr deutlich den Ursprung, bzw. den Quellbereich.

Ein weiteres Beispiel ist, dass zur Beschreibung einer Beziehung Formulierungen aus unserem Vorstellungskonzept von kriegesischen Auseinandersetzungen genommen werden. Folgende Aussagen verdeutlichen dies: „Sie machte seine Mutter zur Verbündeten“. „Sie rangen um die Festlegung eines Urlaubszieles“. „Unsere Auseinandersetzung war eine verbale Schlacht“. „Sie trug im Streit den Sieg davon“.

1.2 Orientierungsmetaphern

Hier werden elementare Erfahrungen des Menschen genutzt, die mit der **Orientierung im Raum** zu tun haben: oben-unten, innen-außen, vorne-hinten, tief-flach, zentral-peripher. Diese Konzepte von räumlichen Gegebenheiten, aber auch die von physischen Erfahrungen mit unserem Körper werden ebenfalls genutzt, um ganz andere Lebensinhalte genauer beschreiben zu können. In unserem Kulturkreis sind die metaphorischen Gebrauchsmuster zum Beispiel: Wach sein ist oben, Schlafen ist unten, Gesundsein und Leben sind oben, Krankheit und Tod sind unten, Kontrolle und Macht ausüben sind oben, Kontrolle oder Macht ausgesetzt sein ist unten, Freude und Erfolg sind oben, Trauer und Verlust dagegen unten. Redewendungen, die dies wiedergeben sind: Ich bin schon *aufgestanden*. Er *fiel* ins Koma. Sie hat eine *hervorragende* Gesundheit. Er ist

¹ Lakoff, Georg & Johnson, Mark (2004). *Leben in Metaphern*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. S.135.

seiner Krankheit *erlegen*. Ich stehe *über* der Situation. Sie ist mir *unterlegen*. Ich fühle mich *obenaufl*. Ich fühle mich *niedergedrückt*.

Auch hier werden unkonkrete, schwer fassbare Lebens- und Gefühlssituationen begreifbar gemacht durch konkrete Erfahrungen / Orientierungen.

„Wir verstehen uns selbst und die Objekte unserer Umgebung als etwas, das in Relation zu der Umgebung, in der wir leben, eine bestimmte Orientierung aufweist.“²

1.3 Ontologische (vergegenständlichende) Metaphern

Unsere Erfahrungen, die wir mit **konkreten Objekten und Materialien** gemacht haben, bilden eine weitere Möglichkeit für das Verstehen anderer Gegebenheiten. Insbesondere unsere Erfahrungen mit den Grenzen und der Oberfläche von physischen Objekten, dazu gehört auch unser eigener Körper (als abgeschlossenes Körperschema), bilden die Grundlage, um wenig greifbare Erscheinungen konkreter zu erfassen. Wenn Dinge nicht eindeutig Einzelgebilde sind oder scharfe Grenzen haben, dann kategorisieren wir sie so, als ob sie diese Eigenschaften besäßen. So wird in unserem Kulturkreis das nicht konkrete Phänomen der Seele, als ein zerbrechliches Objekt / Gefäß gesehen, was sich an folgenden Formulierungsbeispielen zeigt: Ihr Selbstwertgefühl ist sehr *fragil*; Sie ist *zerschmettert*; oder Er ist daran *kaputt* gegangen.

Insgesamt werden meist Zustände als Gefäße, Ereignisse und Handlungen als Objekte und Tätigkeiten als Substan-

zen metaphorisch konzeptualisiert. Folgende Aussagen stehen beispielhaft dafür, dass Zustände als Gefäße aufgefasst werden: Er ist *in* Liebe entbrannt.; Wir kommen *aus* den Schwierigkeiten heraus.; Er fiel *in* tiefe Verzweiflung.

Dass Ereignisse und Handlungen als Objekte gesehen werden, ist erkennbar an den Sätzen: Wir gehen *zum* Fußballspielen.; Er kam *vom* Schützenfest.

Die nachstehenden Beispiele zeigen, dass wir Tätigkeiten als Substanzen (in Gefäßen) sehen: Ich bin *mit viel Energie* in die Diskussion gegangen.; *Mit viel Gelassenheit* schrieb er seine Hausarbeit.

In den Bereich der ontologischen Metaphern gehören auch Personifikationen. Das heißt, Phänomene werden mit menschlichen Qualitäten versehen. Folgende Formulierungen verdeutlichen dies: Das *Leben* hat mich *betrogen*.; Seine *Gefühle* haben ihn schließlich *eingeholt*.

1.4 Verwendung von Metaphern

Die oben genannten metaphorischen Typen können auch überschneidend und aus unterschiedlichen Bereichen kommend Anwendung finden. Oft ist es nur dadurch möglich, verschiedene Aspekte eines Phänomens zu beleuchten, da eine Metapher in der Regel ein anderes Konzept nur partiell strukturiert und damit vorwiegend ein Wesensmerkmal betont. Andere wichtige Blickwinkel bleiben oft gänzlich unbeachtet.

Lakoff und Johnson stellen fest, dass Metaphern an kulturelle Wertvorstellungen gebunden sind und dass sowohl der Zeitgeist die Verwendung von Me-

2 Lakoff & Johnson (2004). S. 202.

taphern beeinflusst als auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Subkultur. Dort kann es eigene metaphorsische Sprachkonzepte geben.

Durch Kreativität und Phantasie können ganz neue, unkonventionelle Metaphern geschaffen werden, die es uns ermöglichen, unsere Erfahrungen in einem neuen Licht zu sehen. Durch die damit verbundenen neuen Denkweisen sind auch andere Verhaltensweisen möglich.

Abschließend und zusammenfassend kann man Metaphern in unserer Sprache als zentrales Sinnesorgan für unsere soziale und kognitive Welt bezeichnen; sie sind universell verbreitet und unverzichtbar. Durch sie können wir Neues adaptieren, Angst reduzieren, tiefe Gefühle ausdrücken, denken und die Zukunft projektieren.

2 Die Methode der Metaphernanalyse

Die Systematische Metaphernanalyse, die sich auf die kognitive Linguistik von Lakoff und Johnson begründet, beansprucht für sich, die „Verbindung von Sprache, Bewusstsein und kollektiven wie individuellen Bildern für Interaktionen, Gefühle und Kognitionen rekonstruieren zu können“.³ Sie kann als eine sozialwissenschaftliche Methode gesehen werden, da sie zum Beispiel zur Untersuchung gemeinsamer Konstrukte von sozialen Gruppen genutzt werden kann.

2.1 Handwerkliches Vorgehen

Die Metaphernanalyse stellt konkrete Ablaufschritte für die Rekonstruktion von metaphorischen Mustern zur Verfügung. In Anlehnung an Schmitt⁴ wird das handwerkliche Vorgehen im Folgenden geschildert. (Die Formulierungen orientieren sich bereits hier an meiner Arbeitsgrundlage, den in Schriftform vorliegenden Interviews von vier Patient/innen.)

2.1.1 Konkrete Formulierung der Fragestellung

Das zu untersuchende Thema sollte möglichst präzise und deutlich benannt sein, da nur so die entsprechenden metaphorischen Beschreibungen in der Alltagssprache der Zielgruppe gefunden werden können.

2.1.2 Unsystematische Sammlung von metaphorischen Konstrukten zur Fragestellung

Im Sinne einer vorbereitenden Phase, aber auch zur Dokumentation der Bandbreite vorhandener metaphorischer Muster findet eine möglichst weite Sammlung von phänomenspezifischen Formulierungen in möglichst heterogenen Materialien (Lexika, Zeitschriften, populärwissenschaftliche Darstellungen, Fachliteratur u.a.) statt. Durch diese Auseinandersetzung gewinnt der ‚forschende Mensch‘ für sein Thema eine zunehmende Sensibilität.

3 Schmitt, Rudolf (unveröffentlichter Text, Version 1.5.2000). Fragmente eines kommentierten Lexikons der Alltagspsychologie: Von lichten Momenten, langen Leitungen, lockeren Schrauben und anderen Metaphern für psychische Extremzustände. In: <http://www.hs-zigr.de/~schmitt/aufsatz/grenzen.htm>.

4 Schmitt, Rudolf (2003). Methode und Subjektivität in der Systematischen Metaphernanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-03/2-03schmitt-d.htm>.

Darüber hinaus stellt die so entstandene Sammlung gewissermaßen ein Raster dar, in das später die Zuordnung der Fundstücke aus den Texten der Befragten erfolgen kann. Bleiben danach Rasterfelder unbesetzt, bedeutet dies, dass die Zielgruppe eine metaphorische Beschreibungsmöglichkeit nicht nutzt. (Anmerkung: dies kann ggf. im therapeutischen Gespräch gewinnbringend eingesetzt werden, siehe auch Kapitel 2.2.7).

2.1.3 Systematische Analyse

Die narrativen Interviews der Zielgruppe, die in verschriftlichter Form vorliegen, werden nach Metaphern durchsucht. Alle sprachbegleitenden Phänomene des Erzählenden wie Gestik, Mimik, Lautstärke, Pausen u.a. finden keine Berücksichtigung.

(Zur Vergegenwärtigung: Eine Metapher liegt dann vor, „wenn ein Wort / eine Redewendung in einem strengen Sinn in dem für die Sprechäußerung relevanten Kontext mehr als nur wörtliche Bedeutung hat; und die wörtliche Bedeutung einem prägnanten Bedeutungsbereich (Quellbereich) entstammt, jedoch auf einen zweiten, oft abstrakten Bereich (Zielbereich) übertragen wird“.⁵)

Das praktische Vorgehen sieht im ersten Schritt wie folgt aus: die metaphorischen Formulierungen werden samt ihrem unmittelbaren Textumfeld ausgeschnitten und in einer separaten Liste gesammelt. Die verbleibenden Textreste werden so lange nach weiteren metaphorischen Beschreibungen des Themas durchsucht und dadurch so

weit reduziert, bis nur noch Füllwörter und das Thema nicht betreffender Text übrigbleiben.

Dann - im zweiten Schritt der Bearbeitung - werden die gefundenen metaphorischen Formulierungen nach übergeordneten Konzepten (entsprechend Lakoff und Johnson) sortiert. Alle Umschreibungen mit dem gleichen Quellbereich werden zusammengefasst und unter eine entsprechend formulierte Überschrift gestellt. Die Zuordnung wird fortgesetzt bis alle metaphorischen Fundstücke eine Überschrift gefunden haben.

Dieses Vorgehen soll verhindern, dass die ‚untersuchende Person‘ an auffälligen Metaphern hängen bleibt und diese überdeutet.

Objektiv ist die systematische Analyse aber nicht, weil die kreative und synthetisierende Leistung der Überschriftenformulierung durch persönliche Faktoren geprägt ist (Lebenserfahrung, Bildung, Kultur, Wissen / Routine im Umgang mit der Metaphernanalyse ...).

2.2 Interpretation der gefundenen Metaphern

Die Sammlung und Zuordnung von metaphorischen Formulierungen nützt erst dann, wenn sie schlussfolgernde Interpretationen ermöglicht. Das bedeutet ein Schließen von den gefundenen Konzeptionen auf das in der Lebenswelt stattgefundenere Geschehen, Denken und Handeln. Schmitt⁶ hat in seiner Beschäftigung mit der systematischen Metaphernanalyse festgestellt, dass ein ‚forschender Mensch‘ mit „Weltwissen“, Erfahrungen mit „sprach-

⁵ Schmitt (2003).

⁶ Schmitt, Rudolf (2002). Ein guter Tropfen, maßvoll genossen und andere Glücksgefühle. Metaphern des alltäglichen Alkoholgebrauchs und ihre Implikation für Beratung und Prävention. In: Nestmann, Frank & Engel, Frank: Die Zukunft der Beratung. Tübingen: DGVT Verlag.

lichen Materialien“ und mit Kenntnissen über die Zielgruppe oder den fachlichen Kontext leichter Schlüsse aus den gefundenen Metaphern ziehen kann. Insgesamt ist das Interpretieren stets unabgeschlossen; „als pragmatisches Kriterium der Beendigung einer Untersuchung bietet sich das Konzept der ‚theoretischen Sättigung‘ an“.⁷

Interpretierende Schlussfolgerungen werden möglich durch:

2.2.1 Der Vergleich metaphorischer Konzepte

Durch den Vergleich metaphorischer Konstrukte, die für ein Thema verwandt wurden, werden die unterschiedlichen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten von Individuen deutlich. Daraus ergeben sich auch verschiedene therapeutische Interventionen.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Patient/innen, die an Depression erkrankt sind, haben ihr Krankheitsempfinden verschriftlicht⁸. Einige Patient/innen sehen ihre Krankheit als Hell-Dunkel-Unterschied („die Welt wird zunehmend grau“), andere als „Überfall“, der unerwartet kommt und „niederwirft“. Der Vergleich macht das unterschiedliche Erleben der Erkrankung sehr deutlich. Die Hell-Dunkel-Metaphorik ermöglicht die Wahrnehmung von Übergängen und damit von Handlungsspielräumen für Erkrankte. Im Vergleich dazu ist dies beim Erleben einer Depression als „Überfall“ nicht möglich; hier ist die Erkrankung als personaler und drohender Feind konzeptualisiert. Somit werden andere therapeutische Umgangsweisen notwendig.

2.2.2 Implizite Gliederungen und Werte

Metaphorische Konzepte haben in sich liegende Strukturen und qualitative Einschätzungen.

Zum Beispiel liegen in der Metapher DAS LEBEN IST EIN WEG viele implizite Wertungen. Allein für psychische Krankheit oder Krise lassen sich folgende innewohnende Wertungen finden: Man kann zu langsam auf dem Lebensweg sein („ein bisschen zurückgeblieben“, „beschränkt“). Man kann aber auch zu schnell sein („hin und weg“, „durch den Wind“, „Schub“). Auch ist es möglich, neben dem Weg zu sein („nicht in der Spur“, „verstiegen“, „abweichend“). Nur das mittlere Tempo beim Bleiben auf dem Lebensweg gilt als Indikator für psychische Gesundheit („es geht“, „auf dem rechten Weg“, „es geht seinen Gang“).

2.2.3 Metaphorische Ressourcen

Die Stärken und Möglichkeiten eines metaphorischen Konstruktes lassen sich durch die Frage feststellen: „Was ist der differenzierende, ausdrucksweiternde, für die Textproduzent/innen funktionale Gehalt der Metapher?“.

Der Verdeutlichung dient das nachfolgende Beispiel: Da das ‚Ich‘ als BEHÄLTER konzipiert wird, gibt es für psychisch auffällige Menschen entsprechende Zuschreibungen („einen Sprung haben“, „nicht ganz dicht“, „Verschlossenheit“). Die BEHÄLTER-Metapher erfasst also sowohl Abgegrenztheit als auch Austausch zwischen einer Person und ihrem sozialen

⁷ Schmitt (2003).

⁸ Barkfeld in Schmitt (2003).

Umfeld. Sie bietet mit ihrer Verbildlichung eine Vielzahl von (kreativen) Ausdrucksmöglichkeiten in umgangs- und fachsprachlichen Redewendungen.

2.2.4 Grenzen einer Metapher

Die Aspekte, die eine Metapher verbirgt oder ausblendet, können durch folgende Fragestellung deutlich werden: „Was ist der ausdrucksverkürzende, erkenntnisverhindernde Gehalt eines Sprachbildes?“.

Der oben bereits genannten BEHÄLTTER-Metapher fehlt der Aspekt der Zeitvariablen. Es kann nur ein Zustand konkretisiert werden: entweder ist man „dicht“ oder nicht.

Ein weiteres Beispiel ist die Bezeichnung „wirtschaftliche Großwetterlage“ zur Verbildlichung der wirtschaftlichen Konjunktur. Diese Metapher verbirgt, dass es sich um ein vom Menschen geschaffenes Phänomen und nicht um ein Naturereignis handelt.

2.2.5 Durch Metaphern motivierte Handlungen

Mit der Fragestellung: „Wie handelt jemand, der in ganz bestimmten Bildern denkt?“ lassen sich Handlungsmotivationen von Menschen begreifen. Die „Prognosen aus den gebrauchten Metaphern auf zukünftiges Handeln gelingen um so eher, je beherrschender ein einziges metaphorisches Konzept den gesellschaftlichen bzw. persönlichen Diskurs besetzt“.⁹

Das folgende Beispiel veranschaulicht die allgemeine Beschreibung: Die aus

der Biologie entlehnte Metaphorik des Faschismus (Blut, Rasse, Boden u.a.), hat entsprechende Handlungen aus dem gleichen metaphorischen Konzept hervorgerufen: Die nicht in das ideologische Schema passenden Personen, Handlungen und Anschauungen werden „ausgemerzt“, „ausgerottet“ und „vertilgt“. Diese Ereignisse seien vorhersehbar gewesen wegen der Dominanz einer einzigen Metaphorik.

Ein weiteres Beispiel ist BEZIEHUNG IST KRIEG, das in der Einleitung dieser Arbeit bereits genannt wurde.

2.2.6 Konflikte metaphorischer Modelle

Metaphern können unterschiedliche, konträre Implikationen haben. Die entstehende Kluft wird oft durch individuelle Sprachbilder überbrückt.

Zum Beispiel finden sich im Vokabular der behandelnden Fachstelle für eine erfolgreiche Entwöhnungstherapie alkoholabhängiger Menschen die Formulierungen „nüchtern“, „trocken“ und „enthaltssam“. Gleichzeitig weisen diese Metaphern aber auf wenig attraktive (Körper-) Erfahrungen hin: keine Nahrung zu sich nehmen, Wüste, keine Sexualität oder Genussmittel. Die gegen teiligen Metaphern, „sich satt trinken“, „feuchtfrohliche“ Feier und „ausgelassenes“ Besäufnis, suggerieren dagegen angenehme Erfahrungen. „Der Konflikt zwischen unattraktiven Bildern der Abstinenz und den positiven des Alkoholkonsums führt dazu“¹⁰, dass Betroffene die gängigen Abstinenzmetaphern kaum anwenden. Das sprachliche Ausdrucksproblem wird durch per-

⁹ Schmitt (2003).

¹⁰ a.a.O.

sönliche Formulierungen gelöst, die sich an eigenen und konkreten Erfahrungen orientieren.

2.2.7 Das Fehlen einzelner metaphorischer Modelle

Oft fällt das Fehlen einzelner metaphorischer Modelle nur im Vergleich mit dem Sprachgebrauch des umgebenden Kulturkreises auf. Dies kann sich zum Beispiel durch Missverständnisse in Gesprächssituationen zeigen.

Beispielhaft dafür steht folgende Begebenheit: Einer Patientin mit sozialen und Prüfungsängsten fehlten die Bewegungsmetaphern des „Annäherns“ und des „Zugehens“.¹¹ Im therapeutischen Gespräch versteht die Patientin die von der Therapeutin genutzte WEG-Metaphorik nicht. Darüber hinaus gibt es zwischen beiden keine weiteren Missverständnisse bei der Anwendung von metaphorischen Konzepten (siehe vergleichend auch Kapitel 2.1.2).

2.2.8 Metaphern in der Metakommunikation

Sowohl die Rekonstruktion von metaphorischen Konzepten als auch der Sprachgebrauch darüber (mit den entsprechenden sprachlichen Konstruktionen) ergibt wichtige Hinweise für Beratung und Therapie. „Passungen von Metaphern der Sprechenden, Nichtpassungen und möglicherweise anschließende Reparatur- und Übersetzungsversuche bieten Möglichkeiten zur Intervention“.¹²

Ein Beispiel für eine Metapher auf der Metaebene der Kommunikation ist: „Damit kommen wir jetzt aber in eine Sackgasse.“. Ein weiteres Beispiel ist der Begriff „Jagdspiel“, mit dem ein Therapeut / eine Therapeutin das Geschehen zwischen sich und dem Klienten / der Klientin verdeutlicht. Gemeint ist, dass der Klient / die Klientin der beratenden Person vielversprechende, aber stets wechselnde Themen als „Fährten“ anbietet.¹³

2.2.9 Metaphern als Projektionsfläche

Menschen reagieren auf die ihnen im Gespräch angebotene Metaphorik und füllen diese mit verschiedenen Inhalten. Auch diese sprachlichen Reaktionen bedürfen einer Analyse.

Ein Beispiel: Mit der Frage „Wo würdest Du eine Grenze setzen, ab der das Trinken zum Problem wird?“¹⁴ wird die räumliche Metapher GRENZE vorgegeben. In den Antworten ließen sich vier Kategorien von GRENZ-Strategien unterscheiden: zeitliche, räumliche und situationsgebundene Beschränkungen des Trinkens, aber auch konsumbegrenzende Glaubenssätze und Selbstbilder.

Abschließend fällt bei allen Interpretationsrichtungen der systematischen Metaphernanalyse auf, dass die sogenannten konzeptuellen oder Strukturmetaphern eine sehr zentrale Bedeutung haben; die orientierenden und ontologischen Metaphern sind oft als Untermenge enthalten.

11 Kleist in Schmitt (2003).

12 Schmitt (2003).

13 Buchholz und Kleist in Schmitt (2003).

14 Breuer in Schmitt (2003).

3. Metaphern für Abstinenz in der Alltagssprache Opiatabhängiger

Im folgenden werden nur die wichtigsten Ergebnisse aus der begrenzten Zahl von vier narrativen Interviews mit verschiedenen Patient/innen, die zum (Wieder-) Erlangen von Abstinenz in einer stationären Entgiftungsbehandlung waren, dargestellt. Diese Einschränkungen sind notwendig, um den Rahmen dieser Hausarbeit einhalten zu können. Ebenfalls aus diesem Grund wurde auch die unsystematische Suche nach Metaphern (siehe Kapitel 2.1.2) nicht durchgeführt. Aber trotz dieses (reduzierten) Vorgehens hat die Metapheranalyse interessante Ergebnisse hervorgebracht, die nachstehend geschildert werden.

Die systematische Analyse (siehe Kapitel 2.1.3) erbrachte die umfangreiche, folgende Sammlung von vierunddreißig metaphorischen Konzepten, in die die aus dem gleichen Quellbereich stammenden Einzelmetaphern eingeordnet wurden. Die Rangfolge in der Aufzählung ergibt sich durch die Anzahl der jeweils zugeordneten Textelemente, die in Klammern dahinter stehen.

- ABSTINENZ IST EIN AKTIVES, BEWUSSTES AUSFÜLLEN DES TAGES (24)
- ABSTINENZ IST FREUNDSCHAFTEN GESTALTEN (14)
- ABSTINENZ IST DIE EIGENE PLANVOLLE ENTSCHEIDUNG (9)
- ABSTINENZ IST VON ANDEREN MENSCHEN ERNSTGENOMMEN WERDEN UND DIESE EBENFALLS ERNST NEHMEN (8)
- ABSTINENZ IST GEFÜHLE ERLEBEN (8)
- ABSTINENZ IST ANSTRENGUNG (7)
- ABSTINENZ IST WAHRNEHMUNGSERWEITERUNG (7)

- ABSTINENZ IST DURCH HILFSMITTEL MÖGLICH (6)
- ABSTINENZ IST KÖRPERLICHER AUFBAU/PFLEGE (5)
- ABSTINENZ IST FREIHEIT (5)
- ABSTINENZ IST EIN WEG/AUFBAU (5)
- ABSTINENZ IST STRUKTUR (5)
- ABSTINENZ IST MANGEL AN BESCHÄFTIGUNG/STRUKTUR (5)
- ABSTINENZ IST SAUBERKEIT (4)
- ABSTINENZ IST EINE GUTE TAT FÜR MICH (4)
- ABSTINENZ IST WOHLBEFINDEN MIT MIR SELBST (4)
- ABSTINENZ IST ENTLASTUNG/DRUCKFREIHEIT (4)
- ABSTINENZ IST NEUE WOHNUMGEBUNG (4)
- ABSTINENZ IST MÖGLICH DURCH ABLENKUNG (3)
- ABSTINENZ IST BÜRGERLICHE NORMALITÄT (3)
- ABSTINENZ IST SCHWIERIGKEITEN BEWÄLTIGEN (3)
- ABSTINENZ IST GEFÜHLE EINORDNEN (3)
- ABSTINENZ IST GEBRAUCHTWERDEN (2)
- ABSTINENZ IST ETWAS BEKOMMEN (2)
- ABSTINENZ IST SELBSTBEOBACHTUNG (2)
- ABSTINENZ IST PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG (2)
- ABSTINENZ IST VERMEIDUNG VON GEFAHRENSITUATIONEN (1)
- ABSTINENZ IST GENÜGSAMKEIT (1)
- ABSTINENZ IST EINE WIRTSCHAFTLICH GUTE SITUATION (1)
- ABSTINENZ IST LANGSAM LEBEN (1)
- ABSTINENZ IST AUFHÖREN (1)
- ABSTINENZ IST GESCHLECHTLICHKEIT LEBEN (1)
- ABSTINENZ IST EINE ARBEITSSTELLE HABEN (1)

3.1 Interpretation

Interpretierend werde ich mich mit den ersten sieben der oben genannten Metaphern beschäftigen. Die Grenze habe ich hier gesetzt, weil danach die Anzahl der unter den Titeln gesammelten Textfundstücke kontinuierlich so weit abnimmt, dass verallgemeinernde Aussagen schwierig und unzulässig werden. Sie geben aber dennoch wichtige Hinweise darauf, wie Abstinenz gesehen werden kann (siehe Kapitel 3.2).

Die Beschreibung ABSTINENZ IST EIN AKTIVES, BEWUSSTES AUSFÜLLEN DES TAGES zeigt sehr deutlich unsere kulturellen Werte. Lakoff und Johnson¹⁵ formulieren dies so: Wir leben „...in unserer Kultur in den Metaphern ARBEIT IST EINE RECCOURCE und ZEIT IST EINE RECCOURCE...“, beide „...sind in unserer Erfahrung verankert und dadurch Strukturmetaphern, die in westlichen Industriegesellschaften grundlegend sind“. Wir sind darum bemüht unsere gesamte Zeit, also auch die Freizeit, möglichst optimal zu nutzen. Dieses Lebenskonzept erlaubt es nicht, Arbeit als Spiel und Inaktivität als produktiv zu sehen; auch werden zum Beispiel Müdigkeit, Schlaf und Müßiggang ausgeblendet.

Der funktionale Gehalt der oben genannten Metapher liegt im Erleben der eigenen Person als Akteur und Gestalter in ganz vielfältiger Hinsicht. Dies steht im Kontrast zum Leben einer heroinkonsumierenden Person, deren Aktivitäten sich - um es sehr verkürzt und pauschal zu sagen - auf das Beschaffen des Suchtmittels begrenzen und deren Handlungsziel die Heroinwirkung mit „Abhängen“ ist. Der Aspekt der aktiven Gestaltung des Tages kann

im therapeutischen Gespräch gut aufgenommen werden, dabei sollten Zeiten von Inaktivität und Erholung bewusst mit angesprochen werden.

Die Metapher ABSTINENZ IST FREUNDSCHAFTEN GESTALTEN impliziert das emotionale Tauschgeschäft zwischen den Menschen; ein Geben und Nehmen, welches optimalerweise in einem Gleichgewicht befinden sollte. Als Folge insbesondere langjährigen Konsums geben viele heroinabhängige Patient/innen an, allein zu sein und über keine Vertrauensperson mehr zu verfügen. Möglicherweise hat daher der Aspekt, Freundschaften gestalten, einen so hohen Stellenwert. Es finden sich in den Beschreibungen der Patient/innen sehr idealisierte Darstellungen von Freundschaft. Aussagen zu Ärger, Unklarheiten und Konflikten wurden nicht gemacht und nur eine einzige Angabe zeigt, dass Beziehungen durch Aufbau entstehen und dies Zeit erfordert. Diese beiden Punkte können für das therapeutische Gespräch sehr wichtig sein, um die Realität in der Gestaltung von Beziehungen zu diskutieren.

In der Formulierung ABSTINENZ IST DIE EIGENE PLANVOLLE ENTSCHEIDUNG zeigt sich Eigenverantwortlichkeit. Diese Metapher hat mich überrascht und zwar aus zwei Gründen: Erstens erlebe ich Heroinkonsument/innen oft als wenig eigenverantwortlich oder bewusst entscheidend. Situationen werden als einfach „passiert“ beschrieben oder es werden (Schuld-) Zuweisung an Dritte gegeben. Zweitens erlebe ich in vielen Fällen erhebliche Fremdmotivation für eine (stationäre) Entwöhnungstherapie aufgrund von strafrechtlichen Problemen.

15 Lakoff & Johnson (2004). S. 81-82.

Diese Metapher blendet aus, dass ein Prozess zur Entscheidungsfindung geführt hat, in dem individuelle Faktoren abgewogen wurden. Lediglich in der Aussage einer Patientin findet sich der Hinweis, dass ihr „Freund“ ein Entscheidungsmotiv gewesen ist. Zum Erhalt und zur Stärkung der eigenen Entscheidung kann es im therapeutischen Gespräch sinnvoll sein, die Eigenverantwortlichkeit explizit zu würdigen und die Gründe für die Abstinenzentscheidung zu aktualisieren und (im Hinblick auf zukünftige instabile / ambivalente Phasen) gemeinsam schriftlich zu erfassen.

ABSTINENZ IST VON ANDEREN MENSCHEN ERNSTGENOMMEN WERDEN UND DIESE EBENFALLS ERST NEHMEN bedeutet, mit dem Gegenüber wertschätzend und erwachsen umzugehen. Dies ist eine Umgangsform mit anderen Menschen, an der sich Heroingebrauchende nach meiner Erfahrung wenig orientieren. Vielfach wird die Umgangsweise mit anderen Menschen durch dessen ‚Nutzung‘ bestimmt. Das ausgewogene emotionale Tauschgeschäft in Beziehungen, das in unserer Kultur einen großen Wert darstellt, scheint bei der abstinenten Lebensweise wieder eine entsprechende Bedeutung zu erhalten.

Unter der Formulierung ABSTINENZ IST GEFÜHLE ERLEBEN haben die Patient/innen nur zwei Gefühle, „Lust“ und „Spaß“, konkret genannt. Alle übrigen bleiben unkonkret, „nicht real“ und „nicht zu beschreiben“, darüber hinaus „kommen“ die Gefühle heraus, im „freien Lauf“ oder sie werden „ausgeschüttet“. Es wird eine sprudelnde Lebendigkeit assoziiert, die von innen nach außen zu kommen scheint. Dies steht im Gegensatz zur Wirkung von Heroin mit der Reduktion auf inneres, apathisches Erleben. Nur eine Patientin nennt

das Erleben negativer Gefühle als etwas, das sie positiv bewertet: Sie habe dies als Kontrast zum Betäubtsein und daher bereichernd erlebt. Sonst wird keine weitere Angabe zu negativen Gefühlen gemacht. In nur einer Aussage findet das Empfinden von Nuancen und das Einordnen von Gefühlen Erwähnung. Hier anknüpfend könnte in der Therapie die Bandbreite von Gefühlen und deren Differenzierung erarbeitet werden. Darüber hinaus könnte das Entstehen von Gefühlen und der Umgang damit zum Thema gemacht werden.

Unter dem metaphorischen Konzept ABSTINENZ IST ANSTRENGUNG finden sich Formulierungen wie „gekämpft“, „immer wieder versucht“ und „am Anfang sehr schwer“. Daraus kann der Satz gebildet werden: Zur erkämpften Abstinenz gehören gescheiterte Versuche und der Erhalt der Abstinenz ist insbesondere zu Beginn mit großen Belastungen verbunden. Dies ist eine durchaus realistische Einschätzung, da das Umlernen von Verhalten grundsätzlich Anstrengung und Einsatz erfordert. Die Metapher blendet aber aus, dass mit dem Lernen Spaß, Erfolg und Lebensfreude verbunden sind. Der Blick für Positives und für Leichtigkeit wird verstellt. Im therapeutischen Gespräch ist es sinnvoll, die ‚freundliche‘ Seite des Lernens deutlich zu machen; auch das Prinzip der Selbstbelohnung könnte Erörterung finden.

In der Metapher ABSTINENZ IST WAHRNEHMUNGSERWEITERUNG beziehen sich die Aussagen nicht nur auf den visuellen Bereich, „vorher gar nicht gesehen“, sondern auch auf das Hören, „mehr zugehört“, das Denken, „anders gedacht“, und das Fühlen. Die Äußerungen der Patient/innen sind sehr positiv bis euphorisch und betreffen die räumliche und die soziale Um-

gebung sowie das innere Erleben. Es fehlen olfaktorische Sinnesempfindungen, die für Abstinenz ebenfalls sehr bedeutsam sind. Viele Patient/innen empfinden das Riechen und Schmecken von Nahrungsmitteln oft als ganz neu und positiv. Alle negativen Aspekte einer erweiterten Wahrnehmung werden in den Interviews nicht genannt. Diese könnten im therapeutischen Gespräch erfragt werden, um das Spektrum zu vervollständigen. Dennoch würde ich gegenüber den Patient/innen die Genussfähigkeit betonen, die zwar mit Aufmerksamkeit, aber nicht mit Anstrengung verbunden ist.

3.2 Abschließende Betrachtung

Durch die Metaphernanalyse sind die sehr unterschiedlichen Blickwinkel, mit denen Heroinabstinenz gesehen werden kann, sehr deutlich geworden.

Dazu gehören auch im Widerspruch stehende metaphorische Bilder: Abstinenz wird sowohl als Struktur aber auch als Strukturlosigkeit gesehen. Ein Erklärungsansatz dafür ist, dass zum Erreichen von Abstinenz eine ganz neue Tagesstruktur etabliert werden muss und dass dieser Prozess (außerhalb von stationären Hilfen) zu Beginn von Lücken geprägt ist.

Auffällig an meiner Metaphernsammlung ist, dass Abstinenz offenbar die Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Person positiv verändert: körperlicher Aufbau und Pflege, eine gute Tat für mich, Wohlbefinden mit mir selbst, Selbstbeobachtung und persönliche Entwicklung, Vermeidung von Gefahrensituationen und Geschlechtlichkeit leben. Mit insgesamt sieben verschiedenen metaphorischen Sprachbildern erhält dieser Aspekt sowohl ein hohes Gewicht als auch eine gute Differenzierung. Beides sind aus meiner Sicht

gute Voraussetzungen und Ansatzpunkte für gelungene therapeutische Gespräche.

Verallgemeinernd kann der Systematischen Metaphernanalyse eine supervisorische Wirkung zugesprochen werden:

Sie verhindert spontane Kritik hinsichtlich der von Patient/innen verwandten Formulierungen und sie fördert die Aufmerksamkeit der Therapeutin / des Therapeuten für die Selbst- und Welt-sicht ihres Gegenübers. Vor diesem Hintergrund werden Nachfragen zur Klärung des Verständnisses der geäußerten Sprachbilder selbstverständlich. Bei Vorliegen eines ungünstigen metaphorischen Konstruktes kann durch Zuspitzen des Bildes eine Dekonstruktion angestoßen werden, in der die negativen Auswirkungen auf Denken und Handeln der Patient/innen erarbeitet werden können. Ziel des therapeutischen Gespräches ist das Finden von positiv assoziierten, zielführenden Metaphern. Die Therapeutin / der Therapeut selbst sollte eher einfach strukturierte Sprachbilder verwenden und die von Patient/innen gesehene Interpretation erfragen.

Unter der Voraussetzung, dass die Therapeutin / der Therapeut bereits gute Kenntnisse vom vorliegenden Problem hat, trägt der Gebrauch von Metaphern zur Vertiefung von emotionalen Erfahrungen und kognitiven Einsichten bei.

Literatur

Lakoff, Georg & Johnson, Mark (2004). *Leben in Metaphern*. (Übersetzung: Astrid Hildenbrand). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Schmitt, Rudolf (unveröffentlichter Text, Version 1.5.2000). Fragmente eines kommentierten Lexikons der Alltagspsychologie: Von lichten Momenten, langen Leitungen, lockeren Schrauben und anderen Metaphern für psychische Extremzustände. In: <http://www.hs-zigr.de/~schmitt/aufsatz/grenzen.htm>.

Schmitt, Rudolf (2002). Ein guter Tropfen, maßvoll genossen und andere Glücksgefühle. Metaphern des alltäglichen Alkoholgebrauchs und ihre Implikation für Beratung und Prävention. In: Nestmann, Frank & Engel, Frank: *Die Zukunft der Beratung*. Tübingen: DGVV Verlag.

Schmitt, Rudolf (2002 b). Nüchtern, trocken und enthaltsam. Oder: Problematische Implikationen metaphorischer Konzepte der Abstinenz. In: *Sucht, Zeitschrift für Wissen und Praxis*, 48 Jg., Heft 2, April 2002. Geesthach: Neuland Verlag.

Schmitt, Rudolf (2003). *Methode und Subjektivität in der Systematischen Metaphernanalyse*. Forum Qualitative Sozialforschung. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-03/2-03schmitt-d.htm>.

Anhang

Vier Interviews

Erstes Interview

Ja meine erste Abstinenzzeit war damals, als mein Sohn geboren wurde. Was mir viel dabei geholfen hat, abstinenz zu bleiben war halt, dass ich mich sehr um meinen Sohn gekümmert hab. Ein Baby braucht halt viel Zeit und da ich zu der Zeit auch schon meine Arbeit wieder verloren hatte, hab ich mich da am meisten um das Baby gekümmert. Also für mich war es wichtig, clean zu bleiben, halt für meinen Sohn und es ist halt auch ‚nen Stück Freiheit‘ wenn man clean ist. Man hat nicht diesen Druck, irgendwo hin zu müssen, irgendwas machen zu müssen, das Geld zu besorgen. Es ist halt für mich einfach Freiheit gewesen, aber da es halt die erste Abstinenzzeit war nach ner kurzen Heroinsucht, hab ich das Ganze noch gar nicht so wahrgenommen. Ich war auch damals noch sehr jung, 18, 19, ja, dann griff eins ins andere, ich kam zum Bund und da war es für mich selbstverständlich, clean zu bleiben, da ich auch mit Sachen zu tun hatte, die gefährlich waren. Nach der Bundeswehrzeit kam der erste Rückfall und dann hab ich’s natürlich immer wieder mal versucht. Woran ich mich sehr gut erinnern kann war, dass ich abends einfach nicht wusste, was ich tun sollte. Über’n Tag ging es, mein Sohn war damals 3, 4 Jahre alt, da hab ich mich sehr viel mit beschäftigt, mit meiner Freundin und meinem Sohn, hab zwischendurch gearbeitet, das hilft immer. Das Schlimmste ist dieses Nichtstun. Dieses untätige Rumsitzen und dann auch die Unruhe, weil man ja sonst eigentlich den ganzen Tag unterwegs ist. Geld machen, Drogen besorgen, da ist

nen ganz schöner Schritt, also ganz schöner Abschnitt im Leben der fehlt am Tag. Was für mich wirklich das Einzige ist, dass dieser Druck, das machen zu müssen, abfällt. Das ist für mich das abstinente Leben, einfach das Leben leben. Nach der, dann kamen auch mal wieder Drogenzeiten und ich wünsch mir halt auch, einfach frei sein, normales Leben langsam zu leben. Für mich heißt also abstinentes Leben Arbeiten zu gehen, mein Geld auf vernünftige Weise zu verdienen, was ich ehrlich ausgeben kann und mich mit Dingen zu beschäftigen, die mich persönlich interessieren, die nichts mit der Droge zu tun haben, weil die Droge schränkt einen wirklich sehr, sehr ein. Und die Zeit, wo ich abends dann zu Hause gesessen hab, da musste ich mir einfach was zu tun geben, also ich konnte nicht ruhig vorm Fernseher sitzen mit meiner Freundin und nichts tun und fernsehen gucken, dafür hab ich gar keine Ruhe gehabt. Ich musste irgend ,nen Ausgleich suchen. Ja, jetzt wird's als nächstes so sein, dass ich mein Leben auf die Reihe kriegen muss, um halt abstinent, heißt für mich dann auch, damit bei langsam in die Gesellschaft einzugliedern. Weil immer am Rand zu stehen ist auch nicht so schön. Abstinenz heißt noch für mich, auch Ruhe in die Familie zu bringen, ohne Vorwürfe leben zu können und einfach den Tag abends abzuschließen mit dem Gedanken, etwas geschafft zu haben und nicht den ganzen Tag an sich vorbeilaufen zu lassen und höchstens Angst zu haben, abends irgendwie kein Geld für Drogen zu haben. Was mir sehr helfen wird, ist bestimmt eine neue Beziehung, Arbeit ist für mich sehr wichtig und halt das neue Umfeld. Für mich ist es das Wichtigste, das habe ich auch beim letzten Mal gemerkt, wo ich versuchte, abstinent zu

bleiben, es geklappt, so lange ich nicht in meiner Heimatstadt war, aber sobald das alte Schema wieder da ist, findet man wieder dorthin zurück. Ich kann selbst nicht sagen, woran das liegt, wahrscheinlich, weil man es nicht anders kennt nach so vielen Jahren, Jahren Drogenkonsum. Für mich wird es wichtig sein, alleine irgendwelche Strukturen ins Leben zu kriegen. Halt man kann nicht alles an Arbeit fest machen, für mich ist es einfacher abstinent zu bleiben, wenn mir der Tag irgendwie vorgelebt wird wie in Haft. Wenn man in Haft ist, dann ist der Tag strukturiert und dann ist es eigentlich alles so gut wie kein Problem. Auch Probleme kann man dann irgendwie ganz anders angehen und nicht direkt mit der Droge in Verbindung bringen und sich irgendwie Gefühle wegmachen, es ist einfach noch ein Ding, was ich selber noch nicht so ganz begreife, aber die Grundzüge, die ich brauche, hab ich ja, und das ist glaube ich schon ein guter Anfang. Was ich auch gelernt hab für mich abstinent zu bleiben, was für mich sehr wichtig ist, man muss es selber wollen, nur mit Druck alleine geht es nicht. Meist hab ich den Ansporn durch den Druck von der Staatsanwaltschaft oder so, aber im Endeffekt entscheide ich mich dann doch immer selbst dafür und das brauch ich auch, weil ,ne gezwungene Abstinenz ist absolut für mich absolut unsinnig. Ich hab's bis jetzt erst einmal versucht, richtig nach ,ner Therapie abstinent zu bleiben. Halt Freizeit, also Sport war mir sehr wichtig, Freunde einfach, die auch Interesse für einen zeigen, wo man nicht hinterherlaufen muss, sondern die einen auch mal aus'm Loch rausziehen, finde ich sehr wichtig. Nochmal zu den Gründen, clean zu bleiben. Also am Anfang bei der ersten Therapie hab ich immer gesagt, es ist für meinen Sohn und für

meine Familie und, aber im Endeffekt hat die Therapie aber für mich auch gebracht, dass das alles hinfällig ist, wenn man's nicht für sich selbst tut, weil es kann immer passieren, dass jemand nicht mehr da ist auf irgendeine Weise und was dann passiert. Das ist für mich also auch der wichtigste Grund. Für mich selbst halt. Man darf den Glauben einfach nicht an sich selbst verlieren, aber wenn man das tut, dann, also ich lass mich dann einfach fallen, wenn ich kein Licht mehr sehe. Bis jetzt hab ich immer gekämpft und das werde ich auch so beibehalten. Was ich auch in Substitutionszeiten wie mit Codein damals oder Methadon auch tlw. gemerkt habe ist, dass es wirklich darauf ankommt, seinen Tag zu gestalten. Weil man sonst einfach zu den Leuten zurückfindet, und wenn's nur für ,ne Flasche Bier ist oder sich mit Cannabis zumacht dann. Es ist einfach diese, wie soll ich das sagen, Unstrukturiertheit, die in einem festsitzt, woran man sich einfach gewöhnt hat, das einfach dazu gehört. Genauso wie das Geldbeschaffen, was bald wie ,ne Arbeit ist, woran man sich einfach gewöhnt und da einfach wieder von los zu kommen, und was anderes für sich zu finden, finde ich extrem schwer, weil man kann ja nicht einfach nur arbeiten, Sport machen und die Freunde sind auch nicht immer da, und ich weiß ehrlich gesagt jetzt auch noch nicht, was man in diesen Zeiten machen sollte. Es ist halt schwer, da was zu finden. Ich freu mich natürlich sehr, dass ich auch jetzt schon merke, die ganzen Gefühle kommen wieder hoch, ich hab wieder Lust, mal raus zu gehen unter Leute. Das hatte ich beim letzten Mal auch und dann bin ich wieder angefangen mit Drogen und ich habe richtig gespürt, dieses Gefühl war weg. Ich hätte, ich saß unter Freunden oder hatte einfach

keinen Bock mehr da zu sein in der Discothek, ich wollte einfach nur nach Hause und Drogen konsumieren. Also es ist für mich ja schon ein krasser Unterschied gewesen und jetzt auf einmal, wo ich clean bin hier, kommt das alles wieder hoch. Wenn man Musik hört kriegt man Gänsehaut und das ist einfach schön zu spüren. Daran denkt man aber gar nicht, wenn man wieder drauf ist, da verdrängt man einfach diese Sachen. Aber wenn man auf dem Weg wieder ist clean zu werden, dann ist es doch ganz schön wieder zu spüren. Was für mich auch sehr schwer ist, wieder die, dieses richtige Gespür dafür zu kriegen, weil man hat einfach jetzt in der Cleanzeit einfach über, einfach hyperviele Gefühle und die kann man gar nicht richtig einordnen, das kommt einem so vor, als ob die einfach jetzt vom Körper her ausgeschüttet werden und die sind eigentlich gar nicht real. Da muss ich hinterher mal gucken.

Zweites Interview

Dann fangen wir mal an und Sie erzählen mir ein bisschen was über Abstinenz von Heroin.

.....Es war mir sehr wichtig, wo ich aufgehört hatte, dass ich Arbeit hatte. Die Arbeit hat mir mein Schwager besorgt, das hat mir sehr viel geholfen und der ich hab mir besorgt, das für besonders lange und neue Freunde. Und das hat mir sehr viel geholfen auch. Und das war sehr günstig für morgens aufstand, keine Schmerzen nichts, kein Verlangen nach Irgendwas, man ist aufgestanden und man hat sich fit gefühlt. das Besorgen und so, das war sehr schön ne. Und Schöne morgens war z. B., man

konnte in Ruhe frühstücken ohne Not zu leiden, Kaffee trinken und sich mit jemanden unterhalten, der hat das auch ernst gemeint, diese Gespräche undman hat zwar einennicht so ernst genommen.hab ich gemerkt. Die können erzählen, was sie meinen und hin und her, das, die meisten leben halt so. Die leben dann als Junkie, das weiß man das, die sehen einen mit anderen Augen an. Das hab ich auch in der Drogenberatung Hamm gesehen, wie ich selber Ich hab bei denen Hilfe gesucht damals, und damals wollt ich auch ne ambulante Therapie machen und ich hab dann rumgefragt und es gab keinen Platz für mich. Und dann hab ich aber trotzdem aufgehört und dazu muss ich sagen, ich hab ab und zu Cannabis geraucht. Ne, das war erst wichtig, und am Wochenende dadurch habe ich auch neue Freunde kennengelernt, neuen Freundeskreis, die natürlich Cannabis geraucht haben, aber besser als Heroin natürlich. Und nicht regelmäßig. Und mit Alkohol hab ich auch nichts mit zu tun gehabt, sonst unregelmäßig mal was getrunken so was.

Was fanden sie positiv an diesen neuen Leuten, die Sie kennengelernt haben oder was ist das Besondere

Man kann mit ihnen was unternehmen und so was. Wenn die einem was gesagt haben, haben sie ihr Wort gehalten z. B. Von den Heroinfreunden, sie sagen heute Freund, Freund. Da ist der Stoff der Freund, da ist keine Freundschaft. Es geht nur um Stoff. Da geht es nur um Stoff, um Stoff, um Stoff. Deswegen hab iches hat mich so angekotzt, hab das gesehen, diese Leute nur dies und das, das wird nur die Reihe abgezogen und

das und das. Das ist das wahre Leben. Ja, genau. Das ist so und sound so was, man hat geholfen und so was.muss tapzieren oder ich muss Laminat legen oder so was. Hab Wohnung fertig gemacht vor kurzen. Da würd ich keinen Freund nehmen der drauf war z. B. Der hat gar keine Zeit oder musste sich hinsetzen und rauchen oder was weiß ich. Einer raucht, einer ballert, was weiß ich. Dazu muss ich sagen, ich hab nur geraucht, wie gesagt, das, das war eine schöne Zeit.intensiver auch. Ich hab's ja gemerkt, mir hat's weh getan meinen Sohn, ich glaub die Kinder empfinden das, die merken das sofort, dass da was nicht stimmt. Die merken das. Weil mein Sohn der kam trotzdem zu mir, obwohl ich wieder rückfällig war, aber der hat mich auf Abstand gehalten, der hat mir nur angeguckt. Vorher hat er anders gemacht, nicht dass er nicht mit wollte, aber er irgendwie anders reagiert. Ich hab's gemerkt. Und das hat mir auch weh getan.sofort wieder ganz schnell weg von der Scheiße, es geht nicht ja.

Was bedeutet intensiver, das hatten Sie eben ausgesprochen.

Z. B. intensiver. Ich bin zwar, mein Sohn in den Tierpark ausgegangen, Spielplatz, ich hab viel Geduld auch. Wenn ich auf Drogen war, hab ich keine Geduld gehabt, ich hab nur gedacht ach, noch 2 Stunden, dann ist der Kleine hab ich schon gedacht so, jetzt geh ich eine rauchen, aber wenn ich das von mir selber gedacht habe, was denk ich denn da, ich hab selber gemerkt, das ist totale Scheiße was ich denke. Ich will ganz schnell weg und so, dabei ist es mein größtes Glück was ich habe ne. Sozusagen. Und, wie gesagt, wie ich das alles das kann

nicht so weitergehen ne. Wie gesagt, jetzt wieder in den gleichen Trott rein und so. Geht nicht. Wie gesagt, weil es zu gut war, Clean sein ist schön ja, ist viel besser. Wie gesagt, ich bin auch damals nur ganz komisch reingerutscht. Ich wusste ja nicht, dass ich Heroin genommen habe damals. Es hört sich doof an, aber ich wusste nicht, dass ich Heroin genommen habe, ich dachte damals, ich nehme irgendeine Droge aber kein Heroin. Nach 8 Monaten hat mir das mal einer gesagt, hör mal auf mit der Scheiße, jemandspritzt man und so ne. Dann, ja dann war ich affig, das nannte man damals affig, sagte du bist doch affig. Wie affig, was ist das denn? Wir waren mit 4 Freunden damals, wie wir das genommen haben.

Gibt es eigentlich ein anderes Wort anstelle von affig, wenn man Entzugssymptome hat?

Da hab ich gedacht, ich hab nen Schnupfen. Da hab ich gedacht, ach Schnupfen so. Wir dachten, wir wären erkältet wir Freunde. Ehlich, das war ehrlich, das war nur einfach eine Erkältung. Aber ich bin damals nach Dortmund gefahren, hab Haschisch gekauft und der Dealer hat mir Heroin verkauft. Das Schwein. Und wie gesagt, Abstinenz äh, man, wie gesagt, man wird ernster genommen, man macht seine Arbeit, man ist auch glücklich über seine Arbeit, wenn man was geschafft hat. Diese 8 Stunden. Stolz darauf. Wieder was geschafft zu haben. So, man kommt nach Hause und ist, man wird wahrgenommen. Was weiß ich, Steuern bezahlt, man ist wieder Mensch ja. So als Heroin geht ja nicht, das geht nicht da. Abstinenz ist wie gesagt viel besser. Ich würd jedem raten es zu versuchen. Aber auch wenn es nur 1 Jahr

ist oder ein halbes Jahr ist, ist aber viel besser als durchgehend sich kaputt zu machen ja. Und auch man geht auch durch das Leben genügsamer, man sieht Sachen, die man vorher gar nicht gesehen hat. Ich hab damals, was weiß ich, Sachen, die schon jahrelang da standen, wo ich breit war, hab ich die nicht gesehen. Auf einmal ach, steht das hier, ach, was ist das denn? Ach, was ist das denn. Das hab ich vorher gar nicht gesehen. Dann fällt es einem auf. Auf jeden Fall, das sind auch viele Sachen, die man auffällt. Oder z. B. Straßen, die bin ich langgegangen und dann Sachen gesehen, wie gesagt, die vorher, ich dachte, die sind ja neu, dabei sind die ganz alt schon, hab ich gar nicht gesehen. Ja, dann war es auch schon, dass wir Sport gemacht haben. Ich hab mich mit Freunden getroffen, Billard gespielt und in die Discothek gegangen, man ist viel ausgegangen, unter Menschen gegangen. Normale Menschen natürlich. Und äh Gespräche gesucht und so. War richtig schön wie gesagt. Man sah nicht aus wie ne Leiche, man war wieder gesund natürlich und attraktiv natürlich. Nicht äh, dass hat auch einen Spaß gemacht so. Und das Geld natürlich für Klamotten ausgegeben, man hat natürlich mehr Geld gehabt. Man hat auch Urlaub geplant, war auch schön. Wollten wir auch hinfahren, natürlich meine Freundin, aber wir sind jetzt viel auseinander. Ich hab Schluss gemacht, weil die so eifersüchtig war. Meine Freundin hat auch keine mit Drogen genommen so was. Ich hab auch nur ne Freundin die Drogen genommen hat, genommen damals, weil ich hatte damals keine Freundin genommen, weil ich selber ein Drogenproblem hatte, deswegen wollte ich nicht so was anfangen, so ne Beziehung. Die hat mir auch viel geholfen eigentlich, aber die hat auch viel kaputt

gemacht diese Frau. Auch jetzt in der Entgiftung, jetzt wo ich hier 5 Tage auf Null bin, macht sie auch wieder alles kaputt. Ich glaub sie will, dass ich wieder rückfällig werde. Und ich zieh das aber trotzdem durch, wie gesagt und gehe jetzt in Therapie bald. Darüber freue ich mich schon. Was fällt mir noch dazu ein. Meine Mutter, ja mein Vater ist ja gestorben auch, und die ist jetzt alleine, hat auch zu mir gesagt, ich soll das machen, auch für den kleinen Sohn, dass der Kleine braucht dich Junge und wie gesagt, es ist so schön, clean zu sein. Mir ist auch wichtig.....arbeiten. Das hat mich auch viel abgelenkt so. Das ich was geschafft habe, diese 8 Stunden, ich werde gebraucht auch, genau gebraucht. Ich kam morgens, die haben sich auf mich verlassen, ah, wennkommt, der kann das schon zack, zack, zack, der macht das schon. Wenn ich nicht früh genug da war, dann war schon Chaos, ach, der kommt nicht und das und das. Ich hab im Lager gearbeitet als Staplerfahrer und so, wir mussten Lkw laden für's Ausland und so. Wir hatten über 5.000 Artikel, ich kannte das ganze Lager, 20.000Unterlagen konnte ich schon alles auswendig. 8 Monate hat's gedauert, aber dann konnte ich alles auswendig, dann wird man gebraucht, dann, dass ist auch einem wichtig, dass man gebraucht wird. Dann sieht man aha, der ist da. Das ist auch sehr wichtig. Ja.

Drittes Interview

Also 1999 bin ich verhaftet worden. Ich hab äh, im Gefängnis hab ich am Anfang einen Entzug geschoben, die Zeit war sehr schwer für mich. Auch äh also den Entzug zu schieben. Nach ner Zeit hab ich mich dann besser gefühlt und

dann hab ich auch die Einstellung gehabt, so, jetzt ist die Tür zu, es geht nichts mehr, Feierabend. Und ich hab mir auch vorgenommen, nichts mehr zu nehmen. Das hab ich dann ne Zeitlang geschafft, ich hab mich aufgerafft, bin zum Sport gegangen, hab Gespräche geführt. Also durch den Sport hab ich mich besser gefühlt, ich hab nicht mehr so viel an die Drogen gedacht. Mir viel es am Anfang sehr schwer, damit aufzuhören, aber ich habe viele Leute gesehen, die das geschafft haben, die auch zu mir gesagt haben, nun keine Drogen mehr zu und sie hätten sich auch dran gehalten. Ich hab lange im Gefängnis gegessen und

Warum haben Sie

Ja weil die mir auch Tipps gegeben haben ne, äh weil man sich sozial verändert hat, auch körperlich total abgenommen hat. Man hat auch viel mehr wahrgenommen, wo ich sauber war ne. Ja auch die Leute ernster genommen. Ja ich bin auch anders mit denen umgegangen ne, und nicht so dieses ‚Leck mich am Arsch‘-Gefühl so ne. Es war ganz anders ne. Ich glaube es hat auch so mit Respekt auch ein bisschen zu tun gehabt ne, auch diesen Respekt wiedergefunden ne, für andere Leute so. Wenn ich und rede so, es war gar nicht mehr, auch die Mehrheit unterhalten, mehr geredet, auf jeden Fall. Es war schon wichtig ne.

Das heißt, Sie haben andere Leute auch ganz anders erlebt.

Ja. Weil es waren ja nicht, es gab Leute, die auch drauf waren in der Kiste, aber mit denen hab ich nichts zu tun gehabt, wollte ich einfach nicht ne. Ich hab mir nen paar Leute ausgesucht, zu

denen ich mehr zu tun gehabt hab, mit denen bin ich dann mal wichtiger ne. Und das hat wohl ganz gut funktioniert.

Was hat Ihnen denn gut gefallen?

Also alleine schon das Auszählen von mir körperlich ne, wie ich mich aufgebaut habe, nicht mehr so dünn und, es war schon okay ne.

Sie haben sich aufgebaut.

Ja, auch anders gedacht ne.

Warum, was hat sich verändert mit dem Denken?

Also verändert hat, ich wollte einfach nicht mehr, weil ich gemerkt habe, so wie ich jetzt bin, geht's mir super. Ich habe kein, also ich hab kein Suchtdruck, ich hab einfach keine Lust mehr auf Drogen gehabt so. Es war schon

Es ging Ihnen besser.

Ja.

Beschreiben Sie mal, was war bei Ihnen so besser.

Also für mich, für mich war besser, einfach auch diese Fitheit, wissen Sie, nicht mehr diese, dieses Träge, äh ich hab kein Bock auf Dies, auf Das ne, man nimmt doch das alles ganz anders wahr.

Also nicht mehr so träge, was haben Sie anders wahrgenommen?

Ich sag jetzt mal z. B. wenn ich jetzt ein Gespräch gehabt habe oder so ne. Ich hab mehr zugehört, also nicht so hier rein, da raus, ich hab das so richtig

wahrgenommen so ne. Es war die Zeit wo ich drauf war, war das ja nicht so ne. Und ich hab alles ernster genommen. Auf jeden Fall. Also sehr ernst genommen. Man sich ja auch mehr zu Herzen so ne, wenn man sich mit Leuten unterhält, die also ihre Sache erzählen oder so. Und denkt dann schon darüber nach so ne. Ich hab auch ein ganz anderes Gefühl ne. Wo ich sauber war. Ganz anders.

Beschreiben Sie mal was Sie da anders gefühlt haben.

Z. B. wenn man Besuch hat. Wenn Eltern kommen oder Freundin, man ist ganz anders, man lässt einfach Sorgen und Gefühlen freien Lauf, sag ich mal ne. Auf einmal kommt alles raus, man redet, redet, redet, und das ist schon in Ordnung so ne.

Würden Sie

Ja.

Würden Siekonsumiert haben wiedertreffen?

Nee, kann ich nicht, und das hätte ich mir auch nicht vorstellen können.

Was haben Sie gedacht, wenn Sie kein Heroin nehmen? Warum haben Sie sich gefreut?

Weil, meine Interessen sind ja dann ganz anders. Weil ich hab mich, ich hab mich auch auf diesen Lehrgang konzentriert. Ich hab gesagt, das will ich jetzt schaffen, ich mir ein Ziel gesetzt, ich will das schaffen und ich hab das ja auch durchgezogen. Wenn ich da in dieser Zeit drauf gewesen wäre, hätte ich auch nichts geschafft. Man muss auch üben und sich konzentrieren, es

ist nicht einfach ne. Also für mich war es nicht einfach, ich hab's nicht einfach so empfunden so ne. Weil es überhaupt nicht schön war und, also für mich war es nicht einfach.

Gibt es so ähnliche Erlebnisse dann auch als Sie draußen waren nach der Haftentlassung?

War Ihr Empfinden da so ähnlich?

Ja. Also wo ich rausgekommen bin, ich hab mich also, ne Zeitlang hab ich mich supergut gefühlt ne. Ich hab meine Termine eingehalten, ich hab mich jeden Tag um Arbeit beworben, und dann auch weg. Und dann hatte ich doch viele Absagen und so ne, und das hat mich irgendwie nicht gestört so ne. Weil ich hab gedacht okay, die sagen nein, ist okay so ne, ich hab das so wahrgenommen. Ich hab dann keinen Notfall gemacht. Ich hab mich da vorbereitet in der Kiste. So jetzt geht's raus, fängst ganz neu an, ich hab mir vorgenommen, ganz neu anzufangen. Ich bin nicht mehr in meine alte Stadt gegangen, klar, manchmal ist es nicht einfach ne. Aber man kann es schaffen.

Was hat Ihnen noch gefallen?

Ja auch, ich sag mal dieses Freisein ne. Man kommt aus dem Gefängnis, alles ist gut, man ist sauber, man fühlt sich gut. Ich hab mich einfach wunderbar gefühlt ne. Es war einfachdie Gefühle, die kann man gar nicht beschreiben so ne.

Freiheit ist aber ganz gut so als Begriff, oder gibt es noch einen anderen Begriff, den Sie verwenden könnten?

Also ich kann nur frei sagen ne. Keine Drogen mehr zu nehmen, man hat keine Last mehr ne. Das ist schon ganz

schön, also für mich war es ganz schön wichtig so ne. Man hat keinen Druck so und dann wieder, das war schon in Ordnung so, und ich wollte keine Drogen mehr nehmen ne. Das hab ich mir fest vorgenommen und es hat 10 Monate funktioniert ne.

Sind Sie stolz?

Ja, auf jeden Fall. Auch wenn viele sagen, was sind schon 10 Monate, aber erst mal 10 Monate schaffen ne. Und ich weiß, ich weiß wie es sein kann wenn man sauber ist. Das waren zwar nur 10 Monate aber ich kann, wenn man es vernünftig macht und vernünftig plant, kann man es schaffen ne. Auf jeden Fall. Das ist schon wichtig ne.

Viertes Interview

Also, meine Abstinenz begann damit, dass ich 2000 mich in Therapie befand und in den Abendrunden saß, und das Erste, was ich da, das war das erste Mal, dass ich gespürt habe, Gefühle in denen ich gesagt habe, mir geht es schlecht, aber mir geht's gut damit. Dann begann es eigentlich, dass ich erstmal wieder Gefühle überhaupt einordnen konnte. Ja, es haben wenige verstanden, die haben gesagt, wie, wenn es einem schlecht wird, das ist doch nichts Schönes. Und ich hab gesagt, ach, ich fühl mich gut damit zu spüren, dass es mir schlecht geht. So, dass war eigentlich der Einstieg für mein 4jähriges Abstinenzleben. Dann hab ich, ich spürte Kleinigkeiten wieder, wie, dass ich mir kleine Rituale aufgebaut hab und so mich bemühen, nach dem Programm in der Therapie dushen gegangen bin, mich dann in mein Zimmer eingeschlossen hab, Musik angemacht hab, die Musik gehört

und gespürt habe, mir die Haare gemacht hab, Nägel, die ganze Körperpflege, ja, ich hab das alles richtig gespürt wieder. War alleine und hab mich nicht einsam gefühlt. Weil ich mich hatte. Ich hab langsam getrunken und hab immer mehr gemerkt so, egal wieviel Menschen um einen sind, dass es gar nicht so die Rolle spielt, mit der Einsamkeit auch, dass, wenn man sich selber irgendwo ein Stück gefunden hat, dass man dann gar nicht einsam ist, wenn man auch allein ist. Ja, nach der Therapie ging das dann weiter, ich hab einen Partner gehabt, der auch clean war, schon seit 2 Jahren und den hab ich mir so als Vorbild eigentlich genommen.

Was hat Sie denn fasziniert an dem, dass er ein Vorbild war?

Dass, dass geht, dass man so leben kann. Ich konnte es mir ja gar nicht mehr vorstellen.

Er wirkte offensichtlich ja auch irgendwie zufrieden, also er war ja kein Negativbeispiel.

Nee, nee. Ja, er hat Lust am Leben gehabt, er hat Spaß gehabt, und das waren alles Sachen, die ich mir nicht mehr vorstellen konnte, also ich hab ja gedacht, das klappt nie wieder bei mir und für mich war das dann ein Reiz, das auch zu schaffen. Obwohl ich dann auch einige Rückfälle hatte, aber er hat mich immer wieder aufgefangen und hat mich auch nicht da zur Minna gemacht oder so und irgendwann hat er zu mir gesagt, ich soll mich entscheiden, entweder das Leben mit ihm oder halt so weiter rückfällig sein ja und dann, das war für mich auch ganz schön wahnsinnig, dass jemand zu mir sagt, ich müsste mich entscheiden, ich

dachte immer, er gehört zu mir. Jeder muss mich so nehmen mit dem halt im Leben so wie es ist und dann hab ich mich entschieden, keine Rückfälle mehr gehabt und ich hab mich immer mehr, ich denk mal, ich hab mich in den ganzen Jahren hab ich mich entwickelt, ich habs nicht mitgekriegt und dann kam das so nach und nach, dass ich meine Entwicklung mitgekriegt habe, mich immer mehr zur Frau entwickelt hab, da hab ich ganz deutlich die Weiblichkeit ganz doll gespürt, Kleidung, vom Auftreten. Wenn ich daran denke, die ersten Vorstellungsgespräche, oh je, die waren fürchterlich. Ich stand glaube ich da wie so nen, ja, kann ich gar nicht beschreiben und ich hab die Stellen auch nie bekommen am Anfang und nachher, wenn ich mich dann vorstellen gegangen bin oder wie ich bei meiner Schwester in dem Restaurant gearbeitet hab, als ich am Anfang da hintern Tresen stand und man ist da so Blickfang für andere, das war am Anfang grausam für mich. So nach und nach war das schöner auch, nachher fand ich das richtig toll, dieses Auftreten, reinzukommen und das war mein Ding, es war meine Arbeit und mein Reich und stolz. Am Anfang hab ich auch, es gab ne Zeit, da hab ich das vielen erzählt, dass ich halt mit Drogen zu tun hatte und in diesen 4 Jahren da hab ich immer mehr gemerkt, so dass es mein, dass ich das nur noch wirklich so wichtigen Leuten erzählt hab, die ich länger kannte, das war auch ne Veränderung. Es muss nicht jeder wissen, es ist meine Vergangenheit ja. Ich muss es nicht jedem mitteilen, es war zwar Stolz da, dass ich es geschafft hab, aber ich musste nicht jedem direkt aufs Auge drücken, so wie ichs früher halt gemacht hab. Bin jeden Morgen aufgestanden, irgendwann hats sichs bei mir so entwickelt, dass ich morgens aufge-

standen bin, und dass ich mich so wohl gefühlt habe, dass ich jeden Morgen aufgestanden bin und gesagt hab, danke lieber Gott, dass ich das nochmal erleben kann, so, dass war so wahnsinnig, kann man so mit Worten gar nicht beschreiben. Dann, ich hab mit meinem Partner zusammen gelebt, dann bin ich schwanger geworden, hab das Kind verloren in den ersten Wochen, hab aber gedacht, ich könnte nie wieder schwanger werden durch dieses ganze Drogenleben, ja, hab mir da in den Kopf gesetzt, dass ich schwanger werden möchte. So, und das hat dann nochmal nach nem _ Jahr geklappt, war ein Wunschkind ja. Ich war schwanger, von da an hab ich mir über Sachen, die vorher für mich einfach unwichtig waren, Gedanken gemacht, wie einfach nur das Zigarettenrauchen und nicht der Konsum von, von Heroin oder Kokain, der war für mich einfach tabu während der Schwangerschaft.

Wie war denn das, als das Kind geboren war?

Wahnsinn.

Gab es da auch Erlebnisse, von denen Sie denken, die haben Sie auch nur so erleben können, weil Sie nicht konsumiert haben, weil Sie clean waren?

Ja klar, die ganze Geburt, so auch die Schwangerschaft, das, das, das Bewegen des Kindes und ich denk einfach mal, wenn man, wenn man konsumiert, dass man das alles nicht so spürt, weil die Gefühle sind ja einfach betäubt ne. Und das ist, das ist schön, das ganze Leben, ich mein es war auch schwierig, wir haben viele Schwierigkeiten, ich habe viele Schwierigkeiten auch gehabt in dem cleanen Leben, so mit der Justiz und Wohnung einrichten, Geld und

dann war Lohnpfändung, wir saßen ohne Geld da und, aber jedes Mal, wenn wir ein Problem gelöst haben ohne zu konsumieren, das hat uns immer mehr so den, ja Power gegeben, weiter zu machen, so, das war einfach Wahnsinn, also wir hätten nie konsumiert, wenn wir Probleme hatten oder ich jetzt, weil, na, jetzt kann ich nicht beschreiben, wie das war. Ich hab auch angefangen, mich, wir haben neue Freunde, ich hab neue Freunde kennen gelernt, nen ganz neuen Freundeskreis hab ich mir aufgebaut, wo ich immer denke, dass das mit das Wichtigste ist, dass mein sein ganzes Umfeld irgendwo erneuert, was auch ziemlich schwierig ist. Für mich war es einfach, da ich durch meinen Freund halt auch viele Leute kennen gelernt hab, wo ich meinen Teil dann aber auch dazu beigetragen hab, diese Freundschaften zu erhalten, so ne.

Das konnten Sie dann auch?

Das konnte ich dann auch, ja. Das, das war, das war richtig toll, also, wo ich dann nachher auch drüber reden konnte, was ich für ein Vorleben hatte so und die dann auch ihren Teil dazu beigetragen, dass ich weiter so clean leben konnte in denen die mir diese Freundschaften auch gegeben haben ne. Dieses ganze Vertrauen und all solche Sachen, die ich nicht kannte, Vertrauen und, ja, was auch viel auf Ehrlichkeit basierte, was man ja in den ganzen Jahren auch verloren hat. Ehrlichkeit, ganz, ganz wichtige Sachen. Ja und so baute sich mein Leben halt immer mehr in diese Richtung auf, dass ich nachher gar nicht mehr dran gedacht hab, also, wo immer mehr im Hintergrund getreten ist, dass ich irgendwann mal süchtig war. So da, ich hab in der Therapieeinrichtung gearbeitet

tet und bin dann nachher arbeiten gegangen und bin nach der Arbeit nach Hause und hab mich dann weiter auch gar nicht mehr mit beschäftigt, so mit dem Thema Sucht. Das, das wurd immer, das trat immer mehr in den Hintergrund. Immer mehr Kleinigkeiten, die man nach oben gepauscht hat. So, ach ja, was ist dann wichtig geworden? Gute Laune, schlechte Laune, so, wenn man sich selber anders wahrnehmen, überhaupt sich wahrzunehmen, also bei mir hat sich auch, ich hab angefangen, mich selbst auch in meinem Verhalten zu kontrollieren. So, indem ich mich selber beobachtet hab, wie ich mit Leuten umgehe, ob das okay ist, hab das abends nochmal so Revue passieren lassen, war das jetzt okay so, wie du den ganzen Tag warst und so einen inneren Beobachter halt einfach, hab mich mit Freundinnen, die auch süchtig waren, wir haben uns einmal in der Woche getroffen, die auch in der Einrichtung gearbeitet haben. Wir haben uns dann einmal in der Woche getroffen und haben, das war dann so nen, so nen Teil meines Lebens, wo wir über die Sucht auch gesprochen haben, wo ich aber wusste nachher, so mit denen redest du darüber, da wird so geredet und so. Wir haben uns zusammen gesetzt und haben dann unser altes Leben auch nochmal so nen bisschen auf den Tisch gelegt und auch über die neuen Sachen gesprochen, das waren dann halt so ganz gemischt, mit diesen Freundinnen ne, und das war mir auch wichtig, einmal in der Woche mich mit denen zu treffen und so darüber zu reden. So was jeder für sich erreicht hat und, und, und was überhaupt passiert und was früher war, was sich verändert hat. So das lief auch ziemlich lange. Ich hab auch während meiner ganzen Schwangerschaft noch da in der Einrichtung gearbeitet, hab auch noch bei

meiner Schwester im Restaurant gearbeitet bis 1 Woche vor der Geburt. Die Geburt allein, das war auch nochmal, das ist der absolute Wahnsinn, wo ich aber dachte, das muss man nur einmal erleben. Ja.

Gab es noch weitere Aspekte, gab es irgendwie Hobbys?

Ja, ich hab Sport gemacht, ich bin ins Fitness-Studio gegangen, ich hab einige Sachen ausprobiert so ne.

Ging auch nur, weil Sie nicht konsumiert haben, sonst wären Sie nicht auf die Idee gekommen.

Ach, um Gottes willen nein, hat man ja gar keinen Kopf für. Da hat man ja auch gar kein Interesse dran dann. Nee, ich bin mit Freunden dann ins Fitness-Studio gegangen und wir sind Wochenend mal Tanzen gegangen oder haben uns so getroffen, DVD geguckt, also all diese Sachen, die man halt, wenn man konsumiert, nicht macht ne, wo man ja auch gar nicht fähig zu ist.

Klingt so als hätte das Leben viel mehr an Spektrum gewonnen, dadurch, dass Sie nicht mehr konsumiert haben.

Ja klar. Ja sicher, es kamen auch immer mehr Freundschaften dazu und, ja wie gesagt und über die Sucht nachher hab ich halt nur noch mit diesen Freundinnen speziell gesprochen und ansonsten war das überhaupt kein Thema mehr.

Humor in der Verhaltenstherapie

Möglichkeiten des intentionalen Einsatzes von Humor im verhaltenstherapeutischen Setting

Annette Nehm

Gladbeck

Inhalt

1 Einleitung

2 Begriffsdefinition

2.1 Humor

2.1.1 Entwicklungsgeschichte des Begriffes Humor

2.2 Lachen

2.2.1 Physiologie des Lachens

2.2.2 Physiologische Auswirkungen des Lachens

3 Humor in der Therapie

3.1 Aspekte des Humors

3.2 Humortechniken

3.3 Voraussetzungen zur Verwendung von Humor in der Therapie

4 Humor in der Verhaltenstherapie

4.1 Funktion von Humor in der Therapie

4.2 Einsatzmöglichkeiten von Humor in verhaltenstherapeutischen Methoden

4.3 Wirkung von Humor in der Verhaltenstherapie

5 Wirkungsgrenzen und Kritik

6 Fazit

1 Einleitung

Therapie ist eine ernste Angelegenheit. Menschen, die um Therapie nachfragen, leiden unter Problemen, die weitreichende Auswirkungen auf ihr psychisches und physisches Wohlbefinden haben. Dadurch ist ihr Leben oftmals stark beeinträchtigt. Durch die Auseinandersetzung mit Humor in der Therapie soll keinesfalls die Ernsthaftigkeit von Therapie oder die Schwere der Probleme der Klientel in Frage gestellt werden. Viel mehr gibt es eine Reihe ernst zu nehmender Beiträge und Untersuchungen, die belegen, dass Humor positive Einflüsse auf Wohlbefinden und körperliche Gesundheit hat. Diese Erkenntnisse auch in der Psychotherapie zu nutzen ist meines Erachtens nur naheliegend. Die Auswahl an Literatur zu Humor in Therapien zeigt, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema relativ jung ist. Dass Hu-

mor in der Therapie aber grundsätzlich nichts Neues oder Ungewöhnliches ist zeigt die Vielfalt von Beispielen humorvoller Interventionen in der Literatur.

In dieser Arbeit werde ich mich mit den Grundlagen und Voraussetzungen zur Verwendung von Humor in Therapien beschäftigen. Ich möchte verdeutlichen, dass humorvolle Interventionen ihre Berechtigung im therapeutischen Setting haben und mehr als eine individuelle Neigung des jeweiligen Therapeuten sind.

Im Verlauf der Arbeit werde ich speziell auf die Bedeutung und die Anwendungsmöglichkeiten von Humor in der Verhaltenstherapie eingehen.

Die Ausführungen zu Humor und Lachen habe ich bewusst kurz gehalten, da eine ausführlichere Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Aus dem gleichen Grund sind auch die

sozialen Aspekte des Humors nicht vertiefend ausgearbeitet.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden Therapeuten/innen und die Klientel in der männlichen Form genannt.

2 Begriffsdefinitionen

Humor ist, wenn man trotzdem lacht
(Otto Julius Bierbaum)

Dieses Zitat macht deutlich, wie notwendig Humor die Voraussetzung für Lachen ist. So ist Lachen eine reflexartig ausgelöste Reaktion auf Humor. In der Literatur wird Humor und Lachen/Erheiterung als Reaktion auf Humor oftmals synonym verwandt.

Trotzdem zu lachen, nämlich gerade in belastenden Situationen, setzt den bewussten Einsatz und Umgang mit Humor voraus. Es setzt aber auch die Erfahrung voraus, dass Lachen schwierige Situationen erträglicher machen kann.

2.1 Humor

Humor wird im Brockhaus (1989) als *heitere Gelassenheit gegenüber den Unzulänglichkeiten von Welt und Menschen und den Schwierigkeiten des Alltags* definiert.

Im Sinne der kognitiv-perzeptiven Modelle (vgl. Dumbs, 2002) wird Humor durch die Inkongruenztheorien erklärt. Danach ist, vereinfacht ausgedrückt, Humor eine schöpferische aber unerwartete Reaktion. Das heißt, eine Erwartung wird durchbrochen, die logische Abfolge nicht eingehalten. Es gibt auch Auffassungen, dass neben der durchbrochenen Erwartung die neue Sinnbedeutung vom Rezipienten nachvollziehbar sein muss (ebd.). Sonst kommt es nicht zum Humorerlebnis.

2.1.1 Entwicklungsgeschichte des Begriffes Humor

Humor, lateinischen Ursprungs, bedeutet ursprünglich Feuchtigkeit/Flüssigkeit und bezieht sich auf die Körpersäfte, deren jeweilige Dominanz in der antiken Temperamentenlehre Aufschluss über die Charaktere gab (vgl. Titze & Eschenröder 1998). Erst im 17. Jh. änderte sich die Bedeutung des Begriffes. Zunächst wurde der Begriff für unfreiwillig komisch, lächerlich oder nährisch wirkende Personen eingesetzt. Seit Ende des 17. Jh. wurde dieser Begriff mit seiner heutigen Bedeutung benutzt. Damit entwickelte sich die Bedeutung des Wortes vom Passiven zur aktiven Möglichkeit Komisches sichtbar zu machen. (vgl. Dumbs 2002)

2.2 Lachen

Im Brockhaus (1989) wird Lachen als *ererbte, menschliche Ausdrucksbewegung, der eine gehobene Stimmungslage zugrunde liegt und die besonders als Sozialverhalten von Bedeutung ist* definiert.

Vom Lachen abzugrenzen ist das Lächeln als *Artgebärde sozialer Begrüßung* (ebd.), welches für sich genommen aber nichts über die auslösende Stimmungslage aussagt. Während das Lachen nach Rubinstein als unwillkürliche Körperreaktion erfolgt (vgl. Titze & Eschenröder 1998), kann Lächeln willkürlich eingesetzt werden und so die tatsächliche Stimmungslage verfremden. Wittmann (1983) beschreibt die Intensität des Lachens vom "angedeuteten Lächeln über das Schmunzeln zum verhaltenen und lauten Lachen bis zum zwerchfellerschütternden Lachen" (ebd., S. 92). Nur Letzteres führt zu den weiter unten beschriebenen körperlichen Folgeerscheinungen.

2.2.1 Physiologie des Lachens

Während des Lachens kontrahiert die Gesichtsmuskulatur, das Zwerchfell entspannt ruckartig. Vertiefte und verlängerte Einatmung führt zu gesteigerter Lungenfunktion. Es kommt zur erhöhten Produktion von Adrenalin und Noradrenalin, sowie vermehrte Ausschüttung von T-Lymphozyten. Die Anzahl der Immunglobuline erhöht sich und das Zytokin Gamma-Interferon wird vermehrt gebildet. Daneben erhöht sich die Herzfrequenz kurzzeitig und in der folgenden Entspannung erweitern sich Muskulatur und Gefäße, der Blutdruck wird verringert. (vgl. Asheuer, Titze & Eschenröder, 1998)

2.2.2 Physiologische Auswirkungen des Lachens

Durch die Zwerchfelltätigkeit und die veränderte Atmung beim Lachen kommt es zur Sauerstoffanreicherung im Blut, was den Fettstoffwechsel fördert. Die Hormone Adrenalin und Noradrenalin haben eine entzündungshemmende Wirkung. Immunglobuline stärken die Abwehr (primär im oberen Atmungsbereich). Die T-Lymphozyten wirken positiv gegen Krebs- und Herzgefäßerkrankungen, Gamma-Interferon hemmt die Vermehrung von Tumorzellen. (vgl. Asheuer, Titze & Eschenröder, 1998)

3 Humor in der Therapie

Titze und Eschenröder (1998) berichten, dass erst in den 80er Jahren die ersten ernsthaften Publikationen in den USA zu dem Thema veröffentlicht wurden. In der Bundesrepublik sogar erst Mitte der 90er Jahre. Obwohl humorvolle Interventionen bereits in vielfältiger

Weise von Therapeuten verschiedener Therapieschulen angewandt wurden (vgl. Fay, 1978).

Fay (ebd.) berichtet von seinen Erfahrungen mit sog. schwieriger Klientel, deren Probleme oftmals trotz intensiver Therapie nicht veränderbar schienen. Gerade bei dieser Klientel machte er die Erfahrung, dass nach Anwendung paradoxer Interventionen als humorvolle Technik positive, erwünschte Veränderungen nicht nur im konkreten Problemverhalten sichtbar wurden, sondern sich diese Interventionen auch positiv auf weitere Lebensbereiche der Klientel auswirkten.

Dumbs (2002) erwähnt die therapeutische Wirksamkeit von Humor, weil Humor Hemmungen lösen und verdrängte Affekte anregen kann. Untersuchungen zeigen weiter, dass Humor positive Effekte auf soziale Ängste und Ängste allgemein hat. Humor fördert das Selbstvertrauen und die positive soziale Integration. (ebd.)

3.1 Aspekte des Humors

Insbesondere die Funktion der Spannungsreduktion nach durch Humor ausgelöstes Lachen wird in allen Abhandlungen über Humor herausgestellt. Es wird als ein Ventil für überschüssige Energien sowohl in physischer als auch in psychischer Form angesehen. Es trägt zur Homöostase des Organismus bei (vgl. Punkt 2.2.2.) und ermöglicht, zumindest kurzfristig, innerpsychische Entlastung (vgl. Titze & Eschenröder 1998). In Therapiesituationen ist nicht immer ein lautes Lachen zu erwarten. Häufiger ist ein Lächeln oder Schmunzeln als Erheiterungsreaktion zu erkennen. Auch dies deutet auf Reduktion der Anspannung, die Problemlöseprozesse hervorrufen, hin. (vgl. Wittmann 1983)

Humor hat auch aggressive Komponenten. Dies ist unbedingt für die Anwendung von Humor in der Therapie zu beachten. Humor ist dann aggressiv, wenn sich über Unzulänglichkeiten anderer lustig gemacht wird, sich damit über sie erhoben wird und der Auslöser des Humors damit beschämt wird. Dies ist z.B. bei kränkelem Zynismus der Fall.

Eng verbunden mit dem Aggressionsaspekt ist der Aspekt der Überlegenheit. Dieser beschreibt aber auch im positiven Sinne die Fähigkeit, sich über sich selbst erheben zu können, über eigene Unzulänglichkeiten lachen zu können und dadurch letztendlich zur Selbstaufwertung zu gelangen.

Daneben hat Humor bedeutende soziale Aspekte. Lachen und Lächeln ist häufig „soziales Schmiermittel“ (Wittmann 1983, S. 93) oder wirkt als „Eisbrecher“ (Dumbs 2002, S. 35) in sozialen Situationen, der Kontakt wird durch die angenehm gestaltete Atmosphäre erleichtert. In Gruppen haben humorvolle Mitglieder häufiger führende Positionen. Untersuchungen zeigen, dass Humor mit Selbstbewusstsein und erfolgreicher Stressbewältigung positiv korreliert (vgl. Titze & Eschenröder, 1998). Nach dem von Joe Moreel entwickelten ‚Hausmodell‘ ist Humor einer von fünf Faktoren, mit denen sich Resilienz beschreiben lässt. Unter Resilienz wird in der Psychologie die Stärke eines Menschen bezeichnet, Lebenskrisen wie schwere Krankheiten, lange Arbeitslosigkeit, Verlust von nahestehenden Menschen, oder ähnliches, ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen.

Besondere Bedeutung kommt den emotionalen Aspekten des Humors zu. Für die Verhaltenstherapie relevant sol-

len hier besonders folgende Aspekte von Emotionen genannt werden (vgl. Dumbs 2002)

- Emotionen tragen zu Verhaltensänderungen bei
- Emotionen haben Einfluss auf die Lern- und Aufmerksamkeitsprozesse
- Zwischen Emotionen und Kognitionen bestehen Wechselwirkungen

Erkennt man als Humorreaktion Erheiterung, so kann diese dem positiven Grundgefühl Freude zugeordnet werden. Positive Gefühle wirken sich förderlich auf das Lernverhalten aus (vgl. Punkt 4.1.)

3.2 Humortechniken

Humor kann in einer Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten in die Therapie eingebracht werden. Wichtig ist, die jeweilige humorvolle Provokation deutlich überzeichnet darzustellen. Sonst besteht die Gefahr, dass der Klient die Provokation nicht als solche erkennt (vgl. Dumbs 2002).

Die jeweilige Technik ist sicherlich abhängig von der spezifischen Situation, aber auch vom Handlungsrepertoire der Therapeuten. Auch wird es oftmals schwierig sein, die Entstehung von Humor einer einzelnen Technik zuzuordnen, da die unten angeführten Techniken und Ebenen in der praktischen Anwendung häufig vermischt werden. Zu den in Therapien üblicherweise genutzten Humortechniken gehören:

- die Übertreibung
- die Inkongruenz
- die Untertreibung
- die Paradoxie bzw. Umkehrung
- die Konfrontation
- die Überraschung

Diese Techniken werden angewandt auf der sprachlichen Ebene, der bild-

haften Ebene, der nonverbalen Ebene und durch Veränderung des Therapieszenarios (vgl. Titze & Eschenröder, 1998, Dumbs, 2002).

sprachlichen Ebene:

- Doppeldeutigkeit der Sprache
 - Wortspiel
- Überhöhung/Übertreibung des Gesagten
 - Überspitzung der Wortbedeutung
 - Verallgemeinerung, Verabsolutierung
 - Etikettierung
- Perspektivenänderung durch Betonung nicht erwarteter Aspekte
 - Betonung eines möglichen, aber so eigentlich nicht intendierten Bezugs
 - konspirative Allianz eingehen
 - unerwartete Erklärungen
 - pseudowissenschaftliche Erklärungen
 - ungewöhnliche Fragen
 - unerwartete Verknüpfung
 - Neudefinition eines Problems
- Erzählen von Geschichten, Anekdoten, Witzen, Sprichwörtern
- Ritualisierung durch Wiederholung

bildhafte Ebene:

- Einführen eines einfachen Bildes zur Illustration
- Zukunfts- und Katastrophenszenario
- Gemeinsames Ausmalen eines Bildes

Nonverbale Ebene:

- Überhöhung, Imitation der Sprache
- Imitation – Spiegeln von Gestik und Mimik
- Dramaturgische Symptomüberhöhung
- Slapstick
- Veränderung des Therapieszenarios
- Einbeziehung therapeutischer Clowns

3.3 Voraussetzungen zur Verwendung von Humor in der Therapie

Die grundlegenden Voraussetzungen für therapeutisches Handeln sind die Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz nach Rogers (1973). Nur unter Einhaltung dieser Basisvariablen kann sich eine tragfähige, therapeutische Beziehung entwickeln. Diese ist unabdingbar zur Verwendung von Humor in der Therapie. Gerade beim Einsatz von provokativen Humortechniken ist der therapeutische Erfolg bei ungenügender therapeutischer Beziehung stark gefährdet. (vgl. Dumbs, 2002).

Ebenso muss sich der Therapeut immer der aggressiven Wirkungsmöglichkeiten von Humor bewusst sein. Dazu ist es nötig, dass er eigene Gefühle von Wut und Verärgerung gegenüber dem Patienten als solche wahrnimmt und nicht in Versuchung gerät, diesen Gefühlen über Humor Luft zu machen.

Humor kann und sollte im therapeutischen Kontext nur angewandt werden, wenn der Therapeut sich mit humorvollen Einstellungen identifizieren kann, d.h. er selbst ein humorvoller Mensch ist. Die Forderung kann nicht lauten: auch jeder ernste, weniger humorvolle Therapeut soll Humor in seinen Therapien anwenden, sondern jeder humorvolle Therapeut soll die Erlaubnis haben, auch in Therapien humorvolle Elemente nutzen zu dürfen. Der Forderung nach Authentizität in der Therapie kann der Therapeut nur so nachkommen. Humor sollte im langfristigen Kontext der Therapie genutzt werden und weder als reine Technik noch zur kurzfristigen Belustigung eingesetzt werden. Das heißt aber nicht, dass Humor geplant werden muss. Vielmehr sind es die individuellen Therapiesituation, die

guten therapeutischen Humor entstehen lassen. Das erfordert vom Therapeuten eine gute Einschätzung der situativen und persönlichen Gegebenheiten. Dazu gehören

- das Erfassen des Humorverständnisses des Klienten
- die Vorerfahrung des Klienten mit Humor (Angst vor Ausgelacht werden)
- Verwendung der Sprache und Bilder des Klienten
- Bezug an aktuelle Ereignisse in der Therapie
- die Überprüfung, ob Humor an dieser Stelle eine förderliche Interventionsmöglichkeit ist (z.B. hat der Klient hier eine Möglichkeit zur Veränderung?/ Trauerreaktionen)
- Reaktion des Klienten auf humorvolle Intervention sowie Auswirkung des Humors auf die therapeutische Beziehung im Auge haben
- Konkurrenzsituationen vermeiden (wenn der Klient selbst ein humorvoller Mensch ist) (vgl. Dumbs 2002)

Humor im therapeutischen Setting hat niemals die Person zum Ziel humorvoll-provokativer Äußerungen. Vielmehr sind es die Situationen, Verhaltensweisen, Denkmuster und Gefühle, die überspitzt bis grotesk dargestellt werden. So wird vermieden, dass der Klient sich direkt angegriffen fühlt, er inneren Abstand zu der für ihn bedrohlichen Situation bekommen kann, sich selbst relativieren kann und dann über sich lachen kann. (vgl. Asheuer)

4 Humor in der Verhaltenstherapie

Zwei Ratten unterhalten sich im Labor eines Lernpsychologen: Findest du nicht auch, dass wir diesen Verhaltens-

forscher wunderbar konditioniert haben? Wir brauchen nur ein paar mal auf den Hebel zu drücken, und schon kommt er und gibt uns Futter.

Auch wenn es oftmals nicht explizit erwähnt wird, sind es gerade Verhaltenstherapeuten, die immer wieder humorvoll intervenieren. Dies fällt bei geschilderten Fallbeispielen auf (vgl. Dumbs, 2002, Beck, 1996, Fay, 1978). Fay (1978, S. 278) erwähnt als spezifisch verhaltenstherapeutische humorvolle Intervention die negativer Übung nach Dunlap, die Vergrößerung nach Lazarus und die Implosion nach Stampfl und Levis. Spezielle Arbeiten über Humor und Lachen in der Verhaltenstherapie gibt es bisher nur begrenzt. Laut Titze und Eschenröder (1998) haben sich insbesondere Ventis und Wittmann mit dem Thema auseinandergesetzt. Die aktuellste Publikation zu Humor in der Verhaltenstherapie ist sicherlich die Dissertation von Dumbs (2002).

Nach Wittmann (1983) tritt Lachen in der Verhaltenstherapie insbesondere bei Erkenntnissen, Einsichten und Momenten kognitiver Umstrukturierung auf. Bei Patienten mit Angststörungen werden humorvolle Interventionen besonders häufig eingesetzt (vgl. Titze & Eschenröder, 1998). Aber auch bei depressiven Störungsbildern (vgl. Beck 1996) und sogar bei Patienten mit psychotischen Störungen (vgl. Fay 1978) wird Humor therapeutisch eingesetzt.

4.1 Funktion von Humor in der Verhaltenstherapie

Humor kann vielfältig Anwendung im therapeutischen Bereich finden, vorausgesetzt der Therapeut ist ein humorvoller Mensch. So ist Humor so-

wohl zur Beziehungsgestaltung/-aufbau einzusetzen als auch als Interventionsmittel zu nutzen (vgl. Dumbs, 2002). Nicht zu unterschätzen ist auch die Modellfunktion, die der Therapeut für seine Klientel einnimmt. Zeigt der Therapeut sich humorvoll, kann er über sich selber lachen, so fällt es dem Klienten leichter humorvolle Einstellungen zu entwickeln und die positive Wirkung von Humor in Belastungssituationen zu erproben.

Verhaltenstherapie und verhaltenstherapeutische Methoden basieren auf lerntheoretischen Erkenntnissen. Die Lerntheorie sieht ein mittleres Erregungsniveau als optimal für Lernerfolg. Um nun Klienten in der Therapiesituation möglichst günstige Bedingungen zum Neu- und Umlernen bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen zu ermöglichen, sollte ihr z.T. störungsbedingtes Erregungsniveau beachtet werden. So haben depressive Klienten ein eher niedriges Erregungsniveau, ängstliche Patienten sind eher übererregt (vgl. Dumbs 2002). Davon ausgehend, dass Humor zur physischen und psychischen Spannungsregulation beiträgt, Humor Aufmerksamkeit verschafft und damit das Erregungsniveau des Gegenüber reguliert, wäre die Verwendung von Humor ein probates Mittel um gute Lernvoraussetzungen zu schaffen. Dumbs (ebd.) führt Untersuchungen von Kane u.a. an, die zeigen, dass sich unter Verwendung von Humor „kritische Interaktionssituationen entschärfen und konflikthafte Spannungen abbauen lassen“ (Dumbs, 2002, S. 116f).

Weiter erwähnt er Untersuchungen (ebd.), die aufzeigen, dass sich eine positive Stimmung fördernd auf die Aufnahme und Erinnerung positiver Gedächtnisinhalte auswirkt. Auch hier

könnte die Nutzung von Humor eine Möglichkeit sein, die gewünschte Aufmerksamkeit und Grundstimmung in der Therapiesitzung oder für die therapeutische Beziehung zu erzeugen.

Dumbs (2002) benennt weiter die Möglichkeit, Humor zu nutzen, um unangenehme Themen beim Klienten anzusprechen. Er schlägt vor, sozusagen als Versuchsballon, derartige Themen humorvoll verpackt anzugehen und je nach Reaktion den Rückzug anzutreten oder sie aufzugreifen.

Vielen Klienten fällt es schwer Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen, diese zu erkennen oder zu benennen. Dumbs (2002) vertritt die These, dass der Einsatz von provokativem Humor eine Möglichkeit darstellt, sowohl negative Gefühle wie Wut und Verärgerung, als auch positive Gefühle wie Freude auszulösen. Diese kann der Therapeut dann aus der Situation aufgreifen und den Patienten nachspüren lassen. Dem jeweiligen Gefühl eigene physische und psychische Symptome sowie Kognitionen können so dem Patienten verdeutlicht werden.

Beck (1996) beschreibt insbesondere die Möglichkeit durch Humor festgefahrene Überzeugungen des Klienten zu lockern. Durch Übertreibung werden die unangemessenen Aspekte dem Klienten deutlich, ohne dass er sich selbst angegriffen fühlt oder der Therapeut zu ausführlicher Gegenargumentation genötigt ist. Der Humor kann so zur Auslösung kognitiver Dissonanzen dienen, die in der Folge Veränderungen von Einstellungen und Erklärungsmustern beim Klienten provozieren.

Nach Fay (1978) führt der Einsatz paradoxer Interventionen, zum Beispiel bei irrationalen Überzeugungen, dazu,

dass „destruktive Spiele beseitigt und Kanäle für echte Kommunikation geöffnet werden“ können (ebd., S. 285)

4.2 Einsatzmöglichkeiten von Humor in verhaltenstherapeutischen Methoden

Im Folgenden werden die Einsatzmöglichkeiten von Humor im Rahmen verschiedener verhaltenstherapeutischer Techniken kurz beschrieben.

Kognitive Umstrukturierung:

Gerade im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung wird der Möglichkeit des Einsatzes von Humor eine große Bedeutung zugemessen. Durch kognitive Umstrukturierung sollen dem Klienten neue Kenntnisse über sein Problemverhalten ermöglicht werden und ihm somit neue Sichtweisen über die Bedingungszusammenhänge erschlossen werden (vgl. Fliegel u.a. 1998). Hier bietet sich insbesondere die provokative Übertreibung an. Der Klient hat so die Gelegenheit, das Unangemessene und Unvernünftige seines Gedankenkonzeptes zu erkennen, ohne dass er sich vom Therapeuten in seinen Überzeugungen direkt angegriffen fühlt (vgl. Dumbs 2002). Dumbs führt hierzu ein Bsp. von Wilken an:

K.: Es wäre eine absolute Katastrophe, wenn ich bei diesem Vortrag schlechte Rück-meldungen bekäme.

T.: Ja, ich glaube, ich sehe es jetzt auch ein. Sie haben mich überzeugt: Ihr Leben geräte völlig aus den Fugen. Nichts wäre mehr beim Alten! Etwas Schlimmeres wäre tatsächlich nicht vorstellbar! (Dumbs, 2002, S. 111)

Erkennt der Klient durch die Übertreibung die hemmenden und destruktiven Anteile seiner Gedanken, so ist er gezwungen, neue Einstellungen und Sichtweisen zu entwickeln (vgl. Dumbs 2002).

Gegenkonditionierung/Systematische Desensibilisierung:

Bei der Gegenkonditionierung soll die an einen konditionierten Stimulus gekoppelte problematische konditionierte Reaktion durch eine neue, erwünschte Reaktion ersetzt werden. Gegenkonditionierung ist als Prozess zu sehen, so dass die neue Reaktion auf den Stimulus immer wieder geübt werden muss, bis die Koppelung an den Stimulus größer ist als die alte, unerwünschte Reaktion (vgl. Reinecker, 1999).

Bei der systematischen Desensibilisierung lernt der Klient, sich schrittweise der angstbesetzten Situation anzunähern. Dazu wird mit dem Klienten eine Hierarchie der angstausslösenden Situationen erarbeitet und ein Entspannungsverfahren eingeübt. Unter Entspannung wird er nun sukzessive an die Stufen seiner Angsthierarchie herangeführt und zu realer Konfrontationen angeleitet. (vgl. Reinecker 1999) Humor wird in dieser Methode insbesondere bei sozialen Ängsten und bei Ärger eingesetzt (vgl. Dumbs 2002). Die angstbesetzte Situation wird in der Beschreibung um humorvolle, komische oder sogar slapstickartige Elemente erweitert. So kommt es zur Inkompatibilität von Lachen und Angst oder Ärger (ebd., S. 90). Dumbs (2002, S. 113) beschreibt einen Klienten, der wegen Stotterns vor Telefonaten große Ängste verspürte.

Da sein Hobby Motorradfahren war, wurde er aufgefordert, sich eine Tour auf einer Harley-Davidson durch Texas vorzustellen und in dieser Vorstellung und körperlichen Haltung sollte er zunächst banale Telefonate führen. Der Klient fand es sehr komisch, sich als Harley-Fahrer aus Texas z.B. nach Zugfahrplänen zu erkundigen. Dies wurde regelmäßig in den Sitzungen eingeübt. Mit der Zeit war der Gedanke an

ein Telefonat mit der erheiternden Vorstellung gekoppelt, so dass er wesentlich entspannter auch schwierige Telefonate führen konnte.

Operante Verfahren:

Mit Hilfe operanter Verfahren sollen erwünschte Verhaltensweisen aufgebaut, bzw. unerwünschtes Verhalten abgebaut werden. Erwünschtes Verhalten lässt sich aufbauen durch Einsatz eines positiven Verstärkers oder Entfernung eines negativen Verstärkers. Unerwünschtes Verhalten wird abgebaut durch direkte Bestrafung (= negativer Verstärker) oder indirekte Bestrafung (= Entfernung eines positiven Verstärkers) (vgl. Fliegel, 1998). Dumbs (2002) beschreibt wie humorvoll gestaltete Cartoons als negative Verstärker eingesetzt werden können. So ließ er einen Klienten mit Essstörungen ein Cartoon mit einem dicken Schwein und einer humorvoll-provokativen Untertitelung an die Kühlschrankschür anbringen. Als humorvolle positive Verstärker benennt er das direkte Lächeln nach erwünschtem Verhalten oder die Belohnung mit „smilies“, also lächelnden oder lachenden Gesichtern. Diese Methode wird insbesondere in der Therapie mit Kindern angewandt.

Bewältigungsstrategie:

Humor kann auch zur Bewältigung von depressiven Verstimmungen eingesetzt werden. So beschreibt Beck (1996) wie er depressive Klienten auffordert, in Situationen, in denen sie traurig werden, die ironischen Aspekte der Situation zu finden. Diese Technik ist allerdings nur ergänzend zur dauerhaften Veränderung von Einstellungen des Klienten anzuwenden. Primär dient sie dazu, dem Klienten eine kurzfristige Bewältigungsstrategie an die Hand zu geben. Damit kann es dem Klienten ge-

lingen, den weiteren depressiven Verlauf der Stimmung zu überwinden. So bekommt der Klient das Gefühl, depressive Verläufe besser kontrollieren zu können, was zu einem erhöhten Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl beiträgt. Dies ist oftmals Voraussetzung, um in der Therapie grundlegende, anhaltende Veränderungen zu erarbeiten. Zu der Technik schildert Beck (ebd., S. 217) folgendes Beispiel: *Der Patient spürte, dass er traurig wurde, als er morgens zu seinem Auto ging. Er hielt inne und erkannte, dass er traurig wurde, weil er gerade gesehen hatte, wie nachlässig der Müllmann mit seiner Mülltonne umgegangen war, ein Vorgang, der bei dem Patienten Gedanken ausgelöst hatte, wie er sein Wohnviertel verabscheute. Statt sich dieser Traurigkeit zu überlassen, suchte der Patient die Situation von der humorvollen Seite zu nehmen: er bemerkte, dass die (private) Müllabfuhr den Namen Vile (mies) und Söhne hatte. Dieser Zufall erheiterte ihn so, dass er seine Traurigkeit überwand.*

Widerstand - fehlende Motivation:

Mangelnde oder fehlende Eigenmotivation bei Klienten ist insbesondere in der Suchtbehandlung ein häufiges Phänomen. Viele Klienten nehmen auf Druck von Angehörigen, Arbeitsgebern oder Sozialleistungsträgern den Kontakt zur Behandlungseinrichtung auf. Dumbs (2002) schlägt vor, bei fehlender Veränderungsmotivation des Klienten Humor in Form von Übertreibung einzusetzen. Dies soll dazu führen, dass durch vordergründige Annahme der problematischen Sichtweise des Klienten der Klient provoziert wird, dieser Form zu widersprechen und in der Folge erste, veränderungseinleitende Sichtweisen entwickelt. So beschreibt er zu einem Klienten, der wegen Rauchens von sei-

nem Hausarzt zum Therapeuten geschickt wurde und bisher kein eigenes Problembewusstsein entwickelt hatte, folgende Intervention: *Sie sind wirklich mutig, in der heutigen Zeit, wo alle nur noch gesund leben wollen, noch zu rauchen, das zeugt wirklich von Selbstbewusstsein.* (ebd., S. 115) Er schlägt im weiteren die humorvolle Interpretation weiterer Zukunfts- oder Katastrophenszenarien, die Raucher erwarten können, vor.

Selbstsicherheitstraining:

Nach Fliegel u.a. (1998) gehören Selbstsicherheitstrainings zu den gut überprüften und effektiven Standardmethoden in der Verhaltenstherapie. Ziel dieser Trainings ist es, Veränderungen bei selbstunsicheren Klienten im Bereich Verhalten, Emotionen und Kognitionen zu erwirken. Diese Veränderungen sollen sie insbesondere in die Lage versetzen, in sozialen Situationen selbstbewusster aufzutreten durch Erhöhung der Selbstanerkennung und Akzeptanz, Entdecken eigener Potentiale (Ressourcenorientierung), Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Verbesserung sozialer Handlungsfertigkeiten (vgl. Dumbs, 2002, S. 119). Titze und Eschenröder (1998) erwähnen Lazarus, der mit dem übertriebenen Rollenspiel Humor in Selbstsicherheitstrainings eingeführt hat. Einem ziemlich unscheinbaren Mädchen, das zum ersten Mal mit einem besonders attraktiven Mann ausgehen sollte, wurde empfohlen, sich vorzustellen, dass sie in Wirklichkeit eine Prinzessin in Inkognito sei, die sich dazu herabgelassen hatte, mit einem Bürgerlichen auszugehen. Sie sollte dieses Bild sich fest vor Augen halten und sich leise immer wieder vorsagen: 'Ich bin eine Prinzessin, du bist ein Bürgerlicher', wenn sie sich angespannt oder nervös fühlte. Sie ver-

fügte über eine lebhafte Phantasie und führte die ihr aufgetragene Aufgabe buchstabengetreu aus. 'Nach wenigen Minuten verschwanden meine Ängste' berichtete sie, 'und dann ließ ich das Rollenspiel einfach fallen und ließ es mir gut gehen.' (ebd., S. 85). Auch Dumbs (2002) berichtet auch von eigenen Erfahrungen der Nutzung von Humor in Selbstsicherheitstrainings mit Kindern und Jugendlichen, die er als „sehr viel versprechend“ (ebd., S. 120) bezeichnet.

4.3 Wirkung von Humor in der Verhaltenstherapie

Lachen in der Verhaltenstherapie kann auf zwei Arten interpretiert werden (Titze & Eschenröder, 1998, S. 82)

1. *Es wird als Anzeichen für eine veränderte Bewertung einer Situation betrachtet, bei der negative Emotionen nicht mehr überwiegen.*
2. *Das Lachen selbst führt zu einer physiologischen Reduzierung von Angst oder Ärger, die mit dieser Situation assoziiert sind.*

Humor in der Therapie kann die Atmosphäre auflockern und damit die therapeutische Beziehung verbessern. Er kann die Bewertung von Problemen verändern und dadurch eine distanzierte Problembetrachtung ermöglichen. Durch die nach humorvoller Intervention eingeleitete veränderte Sichtweise und daran gekoppelte positivere Gefühlslage ist der Klient motivierter, mit neuen Verhaltensweisen zu experimentieren. (vgl. Titze & Eschenröder, 1998) Fay (1978) beschreibt speziell die Wirkung paradoxer Methoden. Danach wird der Klient durch die veränderte und unerwartete Reaktion des Therapeuten (oder eines anderen Gegenü-

ber) veranlasst, sein bisher unangepasstes Verhaltensmuster zu ändern. Durch die Spiegelung seines Verhaltens können ihm die irrationalen und unangemessene Anteile verdeutlicht werden und er wird angeregt, gegen das ihm in überzogener Weise gespiegelte Verhalten Stellung zu beziehen. Dumbs (2002) hat im Rahmen seiner Dissertation über Humor in der Psychotherapie Therapiesitzungen, Verläufe und Katamnesen nach Humorvariablen ausgewertet. Danach konnte gezeigt werden, dass bei Therapien mit humorvollen Interventionen:

- Klienten langfristig (zwei Jahre nach Therapieende) Details und insbesondere Humorbilder aus der Therapie erinnerten und dieses für die Veränderung problematischer Einstellungen und Verhaltensweisen als hilfreich erlebten
- Durch Humoranwendung die Klienten motiviert werden konnten, sich wieder aktiv an der Therapie zu beteiligen
- Humor sichtbare Affekte auslöst und dadurch die innere Beteiligung des Klienten besser zu bewerten ist
- Das Therapieergebnis nicht von den Ergebnissen der Therapien ohne Humoranwendung abweicht

5 Wirkungsgrenzen und Kritik

Auch wenn die Möglichkeit des Einsatzes von Humor zum Beziehungsaufbau erwähnt wird (vgl. Dumbs, 2002, Titze & Eschenröder, 1998), halte ich es zumindest für nicht ungefährlich von Beginn des therapeutischen Kontaktes mit Humor zu arbeiten. Meines Erachtens liegen zu dem Zeitpunkt dem Therapeuten zu wenig Kenntnisse über

den Patienten vor und so kann schlimmstenfalls der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung unmöglich werden. Ebenso destruktiv kann Humor wirken, wenn die therapeutische Beziehung noch nicht tragfähig für eine derartige Intervention ist. Diese verlangt, wie in Punkt 3.3. beschrieben, neben fundiertem Fachwissen sehr viel Fingerspitzengefühl und Sicherheit vom Therapeuten.

Humor ist keine eigene Therapieform, sondern kann eine Interventionsmöglichkeit im Rahmen einer konventionellen Therapie sein. Humor wirkt als therapeutisches Mittel nur in der richtigen Dosierung. Weder „Dauerblödelei“ noch ständige Selbstinszenierung besonders humorvoller Therapeuten werden zu positiven therapeutischen Effekten führen. Vielmehr besteht hier die Gefahr des Verlustes von Glaubwürdigkeit des Therapeuten und des Verlustes von Empathie. Therapie verkommt zur Witzstunde und der Klient wird sich nicht mehr ernst genommen fühlen. Wie in Punkt 3.3. beschrieben, soll Humor nur gezielt, in Bezug auf die aktuelle Therapiesituation eingesetzt werden.

Die meisten Autoren sind sich einig, dass jeder Klient, unabhängig von seiner Störung, wegen der er die Therapie aufsucht, humorvolle Einstellungen hat und produzieren kann. Erkennt der Therapeut aber die jeweilige Ausrichtung des Klienten nicht, wird seine humorvolle Intervention bestenfalls verpuffen, gravierender zu einer Störung der therapeutischen Beziehung führen.

Berechtigt kritisch zu sehen ist Humor in Therapien dann, wenn der Klient und nicht seine Einstellungen, Gedanken, oder Verhaltensweisen Gegenstand der Intervention ist. Der Klient wird sich erniedrigt und verspottet fühlen und

wichtige Basisvariablen für therapeutisches Handeln, Empathie und Wertschätzung, sind nicht mehr erfüllt. Weiter wird kritisch angemerkt, dass die Forderung nach Transparenz in der Verhaltenstherapie bei der Anwendung von Humor nur in begrenztem Maße erfüllt werden kann. So wird die humorvolle Intervention oftmals nicht den gewünschten Erfolg haben, wenn der Klient vorher ausführlich über die Art und das Ziel dieser Intervention informiert wird. Es spricht aber nichts dagegen, dies im Nachhinein nachzuholen. Fay (1978) beschreibt auch Fallbeispiele, in denen er in Anwesenheit des Klienten dessen Angehörige zu paradoxen Interventionen auffordert und ihnen den genauen Ablauf dieser Intervention vorschlägt. Er erwähnt weiter Fälle (ebenda), bei denen allein die Beschreibung der Technik der paradoxen Intervention zu Symptomabschwächungen geführt habe.

Fay (1978) fasst die Hauptkritikpunkte verschiedener Autoren zur Verwendung humorvoller Interventionen in Therapien zu drei Kernkritikpunkten zusammen (ebd., S. 287):

1. *Infragestellung der Auffassung, dass der Therapeut ein 'Botschafter der Realität' sein soll*
2. *Untergrabung des Vertrauens, weil der Therapeut nicht 'aufrichtig' ist und den Patienten faktisch täuscht*
3. *die Anwendung dieser Techniken erfolgt zu dem Zweck, dass der Therapeut seine sadistischen Impulse abreagieren kann*

Dagegen führt Fay (ebenda, S. 287) an, dass es „... in zwischenmenschlichen Beziehungen (einschließlich der Therapie) vielmehr als nur konkrete, wörtlich zu nehmende und vorhersagbare Kommunikationen...“ gibt. Stellt man dies in Bezug zu der Forderung nach Authentizität des Therapeuten, so bedeutet es

doch, dass der humorvolle Therapeut diesen Teil seiner Persönlichkeit nicht vor dem Therapieraum abgeben muss. Der Vorwurf der Vertrauensuntergrabung kann nur dann zutreffen, wenn die humorvolle Intervention vom Klienten nicht als solche erkannt wird, bzw. der Therapeut seine Absicht dem Klienten nicht verdeutlichen kann. In dem Fall wäre die Technik nicht korrekt angewandt. Durch überspitzte Darstellung sollen dem Klienten problematische Verhaltensmuster verdeutlicht werden, das Ziel ist nicht die Täuschung des Klienten. Dumbs (2002, S. 110) zitiert einen Therapeuten, der von einem Klienten berichtet, der sich erst ernst genommen fühlte, als der Therapeut nach über 100 Therapiesitzungen im traditionellen Stil humorvoll-provokative Elemente in seiner Therapie nutzte.

Bei Berücksichtigung der in Punkt 3.3. beschriebenen Voraussetzungen für die Anwendung von Humor in Therapien ist der 3. Kritikpunkt nicht haltbar. Vielmehr unterstellt er die unkorrekte Anwendung der Methode.

6 Fazit

Humor und Lachen gehören zum alltäglichen Umgang und haben, wie die vorliegenden Ausführungen zeigen, auch im therapeutischen Rahmen ihren Platz. Humor kann innerhalb des therapeutischen Handelns eine bedeutende Interventionsmöglichkeit sein, aber niemals fachliche Kompetenz ersetzen oder kompensieren. Vor diesem Hintergrund kann Humor, zielgerichtet eingesetzt, als eine wertvolle Hilfe im therapeutischen Prozess gewertet werden. Voraussetzung ist allerdings, dass der

Therapeut bei der Anwendung authentisch bleibt und die Humorvariablen des Patienten angemessen berücksichtigt. Therapeuten, die im Alltag humorvolle Menschen sind, sollten sich nicht scheuen, diese Eigenschaft mit in ihr therapeutisches Handeln zu integrieren. Ein Therapeut, der grundsätzlich über Humor verfügt, wird feststellen, dass ein wohl dosierter Einsatz seines Humors dem Patienten eine nachhaltig wirkende Hilfe sein kann, zu problematischen Verhaltensweisen eine veränderte Sichtweise und angepasste Verhaltensweisen zu entwickeln. Wenn in dieser Arbeit auch nur kurz angeführt, hat Lachen vielfach positive Auswirkungen auf somatische Gesundheit. Betrachtet man das Zusammenwirken von körperlichem und psychischem Wohlbefinden, ist dies m.E. ein weiterer Grund, Humor und Lachen in eine Psychotherapie zu integrieren. So bleibt der Einsatz von Humor in sensiblen therapeutischen Behandlungen eine lohnenswerte, aber interessante Gratwanderung.

Literatur

Asheuer, Elke. Einsatz und Auswirkungen des Humors in der Gesundheit. Facharbeit an der DAA Hannover. www.pflegen.net.com/praxis/konzepte/humor01.html

Beck et al. (1996). Kognitive Therapie der Depression (5. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Brockhaus-Enzyklopädie (1989) (19. Auflage)

Dumbs, Franz (2002). Humor in der Psychotherapie. Lengerich: Pabst Science Publishers

Fay, Allen. Klinische Anmerkungen zur paradoxen Therapie. In: Lazarus, Arnold (1978). Multimodale Verhaltenstherapie (1. Auflage). Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie,

Fliegel, Steffen & Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden (4. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Morreel, Joe (2007). Blick auf die Prävention durch die Brille der Resilienz. Vortrag auf der Euronet-Fachtagung am 06. November 2006 in Alden Biesen, Belgien

Reinecker, Hans (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: Dgvt-Verlag

Titze, Michael & Eschenröder, Christof T. (1998). Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen (3. Auflage). Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH,

Rückfallprävention in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger

Von der Idee und ersten Erprobung eines Gruppenangebots zum Thema „Rückfallprävention“ in der Fachklinik Loxten

Margrit Prestien

Melle

Kurze Anmerkungen zu den Begrifflichkeiten

Da es bislang kein einheitliches Verständnis des Konstrukts „Rückfall“ gibt, können unterschiedliche Definitionen gelten.

Unter Rückfall wird nach Joachim Körkel:

„...Nach einer freiwilligen ... Phase der Abstinenz der erneut eintretende Konsum derjenigen Drogen verstanden, die der Person vor der Abstinenzphase Probleme verursacht haben ...“

(Körkel, Joachim (1999). Rückfälle Drogenabhängiger. Eine Übersicht. In: Abhängigkeiten H. 1/1999, S. 24.)

Innerhalb einer abstinenzorientierten Therapieeinrichtung für Drogenabhängige, wird sowohl der Drogen-, der Alkohol- wie auch der nicht ärztlich verordnete Medikamentenkonsum als Rückfall betrachtet. Drogenabhängige Patient/innen bewerten das Phänomen wiederum ganz individuell:

Während von vielen Patient/innen nach der Therapie zwar eine Abstinenz von „harten“, illegalen Drogen angestrebt wird, wird der zukünftige Alkohol- und Cannabiskonsum als unproblematisch beurteilt.

Andere wiederum bewerten jeglichen Konsum von Suchtmitteln (wobei Nikotin meist ausgeschlossen wird) als Rückfall.

Prävention wird heute sehr umfassend verstanden:

“Man fasst mit dem Begriff alle Maßnahmen zusammen, die darauf ausgerichtet sind, Krankheiten zu verhüten oder ihren Verlauf zu verlangsamen bzw. ihn zu verbessern.

Man unterscheidet:

Primäre Prävention, die darauf gerichtet ist, Erkrankungen zu verhindern bzw. Gesundheit zu erhalten.

Sekundäre Intervention, bei der eine Krankheit frühzeitig ... zu erkennen und zu behandeln ist.

Rehabilitative Maßnahmen bei chronischen Zuständen.“

(Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1997). Fachlexikon der sozialen Arbeit. 4. Auflage. Frankfurt a.M. S. 730.)

Inhalt

Einleitung

1 Die theoretischen Hintergründe: das Veränderungs- und das Rückfallmodell

1.1 Das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente

1.2 Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt

1.3 Die Vorlagen für das Gruppenangebot Rückfallprävention in der Drogenentwöhnung

2 Das Gruppenangebot “Rückfallprävention“ in der Fachklinik Loxten

2.1 Der Vorlauf

2.2 Die Rahmenbedingungen zur Durchführung des Gruppenangebots

2.3 Der Aufbau des Gruppenangebots

2.4 Die Inhalte

2.5 Die Zielsetzung des Gruppenangebots

3 Die inhaltlichen Hintergründe, die praktische Durchführung und erste Betrachtungen

4 Vorläufige Reflexionen der Durchführung

Anhang

Literatur

Einleitung

Die stationäre Therapie stellt eine Entwöhnungsbehandlung dar, die in den meisten Fällen nach vorausgegangener Entgiftung die Drogenabstinenz stabilisieren und zur Beendigung der Substanzabhängigkeit beitragen soll.

Übergeordnetes Ziel der Entwöhnung ist, die Wiedergewinnung oder Erhaltung der aktiven Teilnahme am normalen Leben, Beruf, Familie und Gesellschaft¹, ein wesentlicher Aspekt ist dementsprechend die Schaffung von persönlichen und sozialen Voraussetzungen, damit Rückfälle möglichst selten oder gar nicht auftreten. *„Falls sie auftreten, gilt es, die Folgen möglichst gering zu halten.“* Die Abstinenz wird zwar als oberstes Ziel der Entwöhnungsbehandlung betrachtet, Rückfälle *„von mehr oder minder langer Dauer“* werden aber als Teil der Erkrankung angesehen.²

Bereits während eines Aufenthaltes in stationären Entwöhnungsbehandlungen sind Rückfälle nicht selten. Und auch nach einer Entwöhnungsbehandlung stellen sie in der Langzeitperspektive eher die Regel als die Ausnahme dar: Etwa 2 Jahre nach der Behandlung sind ca. 70% der Heroin- und Kokainkonsument/innen rückfällig, wobei die ersten 3 Monate nach der Entlassung als die risikoreichsten angesehen

werden und innerhalb des ersten Jahres von einer allgemein hohen Rückfallquote ausgegangen wird.³

Trotz dieser Erkenntnisse sind Rückfälle nach wie vor ein *„heisses Eisen“*⁴ und häufig ein Tabuthema. Rückfälligkeit wird - wie Abhängigkeit allgemein - oft mit Begriffen wie: Haltlosigkeit, Willensschwäche, Gleichgültigkeit und Uneinsichtigkeit in Verbindung gebracht und spontane Reaktionen die eine solche Sichtweise beinhalten und den Rückfall als „Scheitern“ ansehen, sind auch heute noch bei Betroffenen, Angehörigen wie auch Mitarbeiter/innen der Suchthilfe weit verbreitet.

Diese Sichtweise resultiert aus der über Jahrzehnte bestehenden, grundlegenden Idee der dauerhaften Abstinenz. Deren Sichtweise lautete: Abstinenz = Erfolg / Rückfall = Misserfolg.

In Deutschland wurde diese vereinfachte Betrachtung erst in den 80er Jahren, u.a. durch die aufkommenden Konzepte der akzeptierenden Drogenarbeit, infrage gestellt. In diesem Zug veränderte sich auch der Umgang mit Rückfällen und die Auseinandersetzung mit der Thematik innerhalb der Therapie.⁵

Wurden Rückfälle früher als Misslingen aller therapeutischen Bemühungen betrachtet, so werden sie heute als individuell und erklärbar – als ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren

1 vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1996). Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Alkohol – Drogen – Medikamente. Heft 12, Frankfurt a. M.

2 Beide Zitate nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). a.a.O. S. 14.

3 vgl. Bühringer, G. (2003). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Margraf (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 1. Nachdruck. Band 2. Berlin: Springer. S. 567.

4 Altmannsberger, W. (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Göttingen: Hogrefe. S. 19.

5 vgl. Caneiro Alves, E. & Evers, C. (2002). Stationäre Langzeittherapie und Nachsorge. In: Böllinger & Stöver (Hrsg.). Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik. 5. Auflage. S. 252-266. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

verstanden. Statt eines pauschalen Versagens, wird der erneute Suchtmittelkonsum abhängiger, abstinenzmotivierter Menschen vielmehr als eine Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeit auf empfundene Belastungen und Überforderungen betrachtet. Rückfälle können also durchaus als sinnhafte Handlungen gewertet werden, die im Interesse des eigenen Wohls stehen und z.B. der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls dienen bzw. als (Pseudo-)Lösung für eine aktuelle, belastende Lebenssituation zu sehen sind.⁶

Eine nähere Betrachtungsweise von Rückfällen ergab auch, dass die Verläufe unterschiedlich sein können:

So kann es vorkommen, dass Abhängige mehrere „Ausrutscher“ erleben, aber weitestgehend abstinenter leben, dass über einen längeren Zeitraum heimlicher, mäßiger Konsum von Suchtmitteln stattfindet, dieser Konsum aber ohne auffällige Probleme (wie z.B. Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust) bleibt - ebenso kann ein Zurückfallen in die frühere Symptomatik möglich sein, was exzessiven Konsum und „völligen Absturz“⁷ mit sich bringen kann.

Auch der Umgang mit Rückfällen in Entwöhnungseinrichtungen wird sehr unterschiedlich gehandhabt. So reicht das Vorgehen von einer sofortigen Ent-

lassung bis zu verschiedenen Modi der Rückfallaufarbeitung und Weiterbehandlung. Das unterschiedliche Vorgehen weist noch einmal darauf hin, wie viel Unsicherheit die Thematik auch bei den Behandelnden hervorruft. Ebenso wie bei den Patient/innen oder Angehörigen, können Rückfälle auch bei Therapeut/innen Gefühle von Kränkung und Enttäuschung auslösen oder als Niederlage (der eigenen Fachlichkeit) betrachtet werden.⁸ Aus Sorge durch eine Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall die Gefährdung der Patient/innen zu erhöhen, wird eine Konfrontation und Vertiefung der Thematik von manchen Suchthilfemitarbeiter/innen gar vermieden⁹.

Aufgrund ihrer Bedeutung und unterschiedlichen Bewertung aller Beteiligten scheint es also angebracht, dass die Rückfallthematik nicht erst beim Auftreten stationärer Rückfälle ins Gespräch gebracht wird. Vielmehr erscheint es lohnend eine offensivere Auseinandersetzung mit dem auch nach der Behandlung wahrscheinlichen Phänomen Rückfall anzuregen. Einerseits dessen stark negative Bedeutung zu relativieren¹⁰, andererseits um mögliche Rückfallrisiken und -bedingungen zu realisieren.

Da eine Tabuisierung der Thematik oder eine Vermittlung, dass ein „Ausrutscher“ jederzeit gestoppt werden

6 vgl. a.a.O. S. 257.; Körkel, J. (Hrsg.) (1998). Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 2. Auflage. Wuppertal: Blaukreuz Verlag. S. 50.

7 Häufig gebrauchter Begriff von Drogenabhängigen als Beschreibung von völligem Kontrollverlust und Eintreten negativer Konsequenzen wie z.B.: Überdosierungen, Aufgabe aller Interessen, wichtiger Beziehungen und Berücksichtigung von gesundheitlichen, hygienischen Aspekten, Kriminalität, Obdachlosigkeit etc.

8 vgl. Körkel, J. & Kruse, G. (2000). Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? Bonn: Psychiatrie Verlag. S. 163.

9 Insbesondere bei Abhängigen von illegalen Drogen (wie z.B. Heroin, Kokain) ist die Mortalität bei Rückfälligkeit nach längerer Abstinenzzeit erhöht

10 vgl. a.a.O. S. 47.

kann, zu kurz greift, sollten Suchteinrichtungen das Rückfallthema in verschiedenen Facetten in die Behandlung integrieren und Rückfallmythen (das 1. Glas Alkohol und der Drogenabsturz ist vorprogrammiert) durch konkrete Hilfe für den Umgang mit dem Ausrutscher ersetzen.¹¹ Während in vielen Alkohol-Entwöhnungsbehandlungen spezifische Rückfallpräventionsprogramme in das Behandlungskonzept integriert sind, vermisste ich ein solches Angebot in meinem Arbeitsfeld der Drogenentwöhnung.

Während meiner Tätigkeit in der Fachklinik Casum machte ich die Erfahrung, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall oftmals vermieden und die Möglichkeit eines erneuten Konsums entweder dramatisiert oder bagatellisiert wurde. Häufig setzen sich Patient/innen erst in akuten Krisensituationen mit dem Thema vertiefend auseinander (z.B. bei der bekannt gewordenen Rückfälligkeit der eigenen Person oder der eines Mitpatienten, bei Abbruchgedanken etc.). Diese Auseinandersetzungen sind dann entsprechend emotional gefärbt und stehen einer sachlichen Betrachtung entgegen. Auch ist es überraschend, über wie wenig krankheitsbezogenes Wissen¹² Patient/innen trotz langjähriger Abhängigkeit verfügen. Der eigene „Wille“ und die eigene „Charakterstärke“ werden häufig als Maßstab der Abstinenzauf-

rechterhaltung gesehen und ein Rückfall wird als Scheitern der gesamten Person betrachtet.¹³ Sowohl eine geringe Überzeugung der eigenen Handlungsfähigkeit und die Einstellung dem Geschehen eines Rückfalls ausgeliefert zu sein, als auch eine Selbstüberschätzung der eigenen Fähig- und Möglichkeiten sind ungünstige Überzeugungen, die eine Rückfallgefährdung erhöhen können.

Im Laufe meiner Tätigkeit fügten sich viele kleine Mosaikstückchen zusammen, wobei das Aufgreifen der Thematik „Rückfall“, das Kennen lernen von strukturiertem Vorgehen und die Anwendung von Manualen während der Fortbildung meinen Wunsch festigten, ein entsprechendes Gruppenangebot in mein Tätigkeitsfeld zu integrieren. Entsprechend wurde ein Gruppenangebot zum Thema Rückfallprävention von mir geplant und nun, nach meinem Arbeitsplatzwechsel in die Fachklinik Loxten, zum ersten Mal durchgeführt.¹⁴ Im ersten Teil der Hausarbeit wird ein kurzer Überblick über die relevanten theoretischen Hintergründe vermittelt. Ich beziehe mich dabei auf das Veränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente sowie auf das Rückfallmodell von Marlatt.

Im zweiten Teil beschreibe ich den Aufbau und die Durchführung des Gruppenangebots „Rückfallprävention“. Er-

11 vgl. a.a.O. S. 149.

12 Z.B. Wissen über Krankheitsentwicklung, Kriterien der Abhängigkeit, Verlauf, Folgeerkrankungen.

13 Sätze wie: „Wenn ich es jetzt nicht schaffe, hat es sowieso keinen Sinn“, sind keine Seltenheit.

14 Beide Kliniken bilden einen gemeinsamen stationären Baustein in der Trägerschaft der Drogenberatung Bielefeld e.V.. Die Einrichtungen sind jedoch an verschiedenen Orten angesiedelt. Zum Zeitpunkt der Dokumentenunterschieden sich die Einrichtungen zudem betreffend ihrer Zielgruppen. Während die Fachklinik Casum eine medizinische Rehabilitation für drogenabhängige, ältere, oftmals sozialdesintegrierte Männer durchführte und in Loxten jüngere, oft therapieunerfahrene Männer bis 30 Jahre aufgenommen wurden, werden aktuell in beiden Kliniken Männer zwischen 18 – 65 Jahre mit der Indikation Drogenabhängigkeit / Polytoxikomanie behandelt.

ste Erfahrungen der praktischen Anwendung werden nur bis zur 7. Einheit wiedergegeben, da eine umfassende Dokumentation und abschließende Reflexion aufgrund meines Arbeitsplatzwechsels und dem damit entstehenden knappen Zeitkontingent nicht möglich war. Die vorläufige Reflexion gibt aber dennoch einige interessante Erkenntnisse wieder.

1 Die theoretischen Hintergründe: Das Veränderungs- und das Rückfallmodell

Das Rückfallmodell von Marlatt wie auch das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente haben in den vergangenen Jahren sowohl die Weiterentwicklung theoretischer Konzepte als auch die Weiterentwicklung therapeutischer Programme erheblich beeinflusst. Die Sichtweise des Rückfalls als Ereignis eines langwierigen Veränderungsprozesses, der sich in mehreren Kreisläufen vollzieht, schuf eine mehr akzeptierende Suchtarbeit. Die neue Bedeutung hat einen Rückfall als einen Schritt auf dem Weg zur gesunden, abstinenten Lebensführung verstanden und als notwendiges Ereignis, die Patient/innen zu Expert/innen für die Bewältigung der eigenen Erkrankung zu machen.

Zum besseren Verständnis sollen im Folgenden die beiden Ansätze erläutert werden.

1.1 Das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente¹⁵

Die Veränderung abhängiger Gewohnheitsmuster ist oft ein komplexer und langwieriger Prozess, dessen markantestes Kennzeichen die Ambivalenz ist. Da lange Zeit die positiven Aspekte des Drogenkonsums gegenüber den negativen überwiegen und die positiven Wirkungen des Konsums (insbesondere bei i.v. Konsum) das Verhalten stärker steuern als die negativen Folgeerscheinungen, entwickelt sich oftmals erst nach Jahren der Abhängigkeit eine Behandlungsbereitschaft. Diese Bereitschaft entsteht i.d.R. durch das Auftreten akuter negativer Konsequenzen (wie z.B.: emotionale Probleme, körperliche Erkrankungen, familiäre Schwierigkeiten, juristischer Druck). Da jedoch die negativen Folgen des Drogenmissbrauchs während einer Behandlung relativ schnell abklingen und die positiven Wirkungserfahrungen wieder in den Vordergrund treten, steht der abhängige Mensch ambivalent zwischen dem Wunsch nach erneutem Konsum und Abstinenz.¹⁶ „Diese Ambivalenz kann sich über die gesamte Behandlung, häufig über Jahre, hinziehen und ist durch einen stetigen Wechsel von Abstinenz und Rückfall gekennzeichnet.“¹⁷

Insbesondere bei jungen Abhängigen besteht oftmals eine hohe Ambivalenz betr. der Abstinenzentscheidung. Ei-

15 Altmannsberger (2004). S. 17ff.; Bühringer (2003). S. 277.; Körkel & Kruse (2000). S. 35ff.; Lindemeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. In: Schulte Prof. Dr. u.a. (Hrsg.). Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe. S. 35ff.

16 Auch ist zu beachten, dass nach dem Konzept der klassischen Konditionierung die zahlreichen konditionierten Auslöser weiter bestehen bleiben. Dies bedeutet, ursprünglich neutrale interne oder externe Situationen wurden während des Missbrauchs zu Auslösern (zu sog. „triggern“ / engl.), die bei einer Person klassisch konditionierte Reaktionen hervorrufen können. Da diese Reaktionen aversiv erlebt werden, erhöht sich die Rückfallgefahr.

17 vgl. Bühringer (2003). S. 276.

nerseits werden ohne den Suchtmittelgebrauch große Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen und sozialen Integration erkennbar, andererseits werden die gesundheitlichen Konsequenzen noch nicht so schwerwiegend eingeschätzt.

Prochaska und DiClemente entwickelten ein Modell, das unterschiedliche Phasen des Veränderungsprozesses beschreibt, bei deren Übergang jeweils spezifische Motivationshürden zu überwinden sind und wonach sich Suchtmittelabhängige in unterschiedlichen Ausgangssituationen hinsichtlich ihres Problembewusstseins und ihrer Bereitschaft zur Abstinenz befinden. Innerhalb dieses Modells wird der Veränderungsprozess zirkulär beschrieben, was bedeutet, dass die einzelnen Phasen mehrfach durchlaufen werden können, die Tatsache von (häufiger) Rückfälligkeit ist hierbei also mitberücksichtigt.

Im Einzelnen werden die Phasen der Vorüberlegung („Precontemplation“), die Phase des Nachdenkens („Contemplation“), die Phase der Entscheidung („Determination“), die Phase der Handlung („Action“), die Phase der Aufrechterhaltung („Maintenance“) und die Phase des Rückfalls („Relapse“) beschrieben.

Phase der Vorüberlegung („Precontemplation“):

In dieser Phase sieht der abhängige Mensch keinen Anlass seinen Suchtmittelkonsum zu verändern. Ein Problembewusstsein ist noch nicht gegeben. Problematisiert wird das Konsumverhalten eher von außen, z.B. durch Angehörige oder Arbeitskolleg/innen. Die Thematisierung des Suchtmittelmissbrauchs wird allerdings oft als äußerer Druck und Bedrohung des ei-

genen Selbstwertgefühls angesehen, so dass in der Folge versucht wird, sich selbst wie auch die Umwelt von der Harmlosigkeit bzw. der Kontrollfähigkeit des Konsums zu überzeugen. Wird die betroffene Person durch negative Folgen (z.B. gesundheitliche Einschränkungen, juristischer Druck, Partnerschaftsprobleme) auf das eigene Risikoverhalten aufmerksam und beginnt über den eigenen Konsum nachzudenken, beginnt der Veränderungsprozess.

Phase des Nachdenkens („Contemplation“):

Die abhängige Person beginnt sich mit Veränderungsmöglichkeiten auseinander zu setzen und Erwartungen die für eine Verhaltensänderung sprechen, mit denen die gegen eine Änderung sprechen abzuwägen. Die wachsende Einsicht bedeutet aber noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft. Vielmehr ist die Auseinandersetzung mit einem innerlichem Hin- und Hergerissensein (Ambivalenz) verbunden.

Phase der Entscheidung („Determination“):

Das innere Abwägen führt zu einem Entschluss und der abhängige Mensch entscheidet, wie er sich in Zukunft verhalten und welche Veränderungsschritte er ggf. vornehmen möchte. Entweder wird eine Veränderung des Suchtmittelgebrauchs angestrebt (Überlegungen zu der Notwendigkeit einer Entgiftungs- oder Entwöhnungsmaßnahme werden in Betracht gezogen) oder es wird „alles beim alten“ belassen. In dieser Phase kann das Aufzeigen von konkreten Handlungsmöglichkeiten unterstützend und stabilisierend wirken. Aufkommende Schuld- oder Versagensgefühle können dazu führen, sich einer belastenden Selbstreflexion

durch schnelle und oberflächliche Lösungsversuche zu entziehen.

Phase der Handlung („Action“):

Der abhängige Mensch hat einen ernsthaften Abstinenzvorschuss gefasst, strebt eine konkrete Veränderung seines Konsum an und versucht dies in die Tat umzusetzen. Er unterzieht sich z.B. einer Entgiftung oder entschließt sich zu einer Entwöhnungsbehandlung. In dieser Phase gilt es persönlich geeignete Veränderungsstrategien zu entwickeln. Misserfolge und Rückschläge können die Veränderungsbereitschaft jedoch auf eine harte Probe stellen.

Aufrechterhaltung („Maintenance“):

Die Entscheidung zur Veränderung wird besonders mit den ersten auftretenden Schwierigkeiten wiederholt in Frage gestellt und kann eine Aufrechterhaltung gefährden. Durch belastende (Versuchs-) Situationen sieht sich die abhängige Person in ihrer Abstinenzzuversicht bedroht. An dieser Stelle geht es also um eine Stabilisierung der Veränderungsbereitschaft. Unterstützend können konkrete Handlungsstrategien wie z.B. Stimuluskontrolle und die Erarbeitung von Verhaltensalternativen sowie soziale Unterstützung wirken. Bei der Verhaltensänderung kommt es allerdings auch häufig zu Rückschlägen.

Phase des Rückfalls („Relapse“):

Da die neu erworbenen Verhaltensänderungen noch nicht gefestigt sind, besteht das Risiko, in kritischen Situationen auf altbewährte und vertraute Ver-

haltensmuster zurückzugreifen. Für den Abhängigen bedeutet dies oft erneut zu konsumieren – einen Rückfall „zu bauen“. Entscheidend ist nun, ob es dem Abhängigen gelingt es bei diesem „Ausrutscher“ zu belassen und wieder in die Phase der Entscheidung bzw. Umsetzung einzusteigen, oder ob es zu einem weiterführenden und langfristigen Rückfall kommt, so dass der Konsum zu einem gänzlichen Ausstieg aus dem Veränderungsprozess führt.

1.2 Das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt¹⁸

Ende der 70er Jahre wurde von Marlatt das Paradigma der Rückfallprävention entwickelt¹⁹, Hauptanliegen dieses Ansatzes ist die Enttabuisierung des Rückfalles. Statt einen Rückfall als ein Scheitern aller Behandlungsbemühungen aus der Therapie auszugrenzen, sollte die Vermeidung von und der Umgang mit Rückfällen zu einem zentralen Gegenstand aller therapeutischer Bemühungen werden²⁰.

Marlatt geht davon aus, dass ein Rückfall in den seltensten Fällen ein plötzliches Ereignis ist, „sondern sich über längere Zeit in zahlreichen Einzelschritten auf der kognitiven und auf der Verhaltensebene vorbereitet.“²¹ Dem Modell zufolge, wird die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Rückfallrisikosituation durch einen dauerhaft unausgewogenen Lebensstil oder eine unausgewogene kritische Lebenssituation (z.B. viele Belastungen und kaum Ausgleichs- oder Entspannungsmöglichkeiten) erhöht. Das Ungleichgewicht

18 vgl. Bühringer (2003). S. 277; Altmannsberger (2004). S. 21ff.; Lindenmeyer (1999). S. 27ff.

19 vgl. u.a.: Lindenmeyer, J. (2003). Rückfallprävention. In: Margraf, J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. S. 569ff. Berlin: Springer.; vgl. Altmannsberger (2004). S. 21ff.

20 vgl. Körkel (1998). S. 39ff.

21 Zit. nach Bühringer (2003). S. 277.

zwischen Ereignissen und Umständen die als unangenehm empfunden werden und solchen, die als angenehm empfunden werden, führen zu negativen Gefühlen wie z.B. Unzufriedenheit. Dies kann wiederum den Wunsch nach schneller Bedürfnisbefriedigung auslösen und Gedanken und Verlangen nach Suchtmitteln aufkommen lassen. Sogenannte „scheinbar harmlose Entscheidungen“ können zudem das Eintreten von bestimmten Risikosituationen begünstigen (z.B. alte Bekannte aus Konsumzeiten werden aufgesucht).

Entscheidend ist nun, inwieweit die betroffene Person Risikosituationen ohne Suchtmittel bewältigen kann. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erfolgt also nicht automatisch, sondern hängt entscheidend davon ab, ob über alternative Bewältigungsstrategien verfügt wird und ob diese auch eingesetzt werden. Hierbei kann es sich sowohl um aktiv-bewältigende wie auch passiv-vermeidene Bewältigungsrichtungen und kognitive oder auch verhaltensorientierte Strategien handeln.

Die Abstinenzzuversicht und Kompetenzerwartung der betroffenen Person spielt in diesen Situationen eine weitere Rolle. Es wird angenommen, dass Personen mit hoher Abstinenzzuversicht und Kompetenzerwartung eher ein affektives Bewältigungsverhalten zeigen und davon ausgehen „die Situation zu meistern“. Die Abstinenzzuversicht soll ihrerseits mit Zahl der erfolgreich bewältigten Risikosituationen zunehmen. Ist die eigene Kompetenzerwartung in Risikosituationen eher gering ausgeprägt, werden Erwartungen an die unmittelbar positive Wirkung von Suchtmitteln aktualisiert und erhöhen die Gefährdung für einen erneuten Konsum.

Kommt es zu einem ersten Konsum (engl.: „lapse“ = „Ausrutscher“) muss dies nicht automatisch zu einem vollständigen Rückfall in das alte Missbrauchsmuster führen. Von Bedeutung sind an diesem Punkt wiederum, inwiefern der betroffene Mensch überzeugt ist die Situation zu bewältigen und andererseits, welche negativen oder auch positiven Erwartungen in Bezug auf einen weiteren Konsum bestehen.

Ist die Einschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeit gering und sind die Erwartungen an einen erneuten Konsum hoch, kann dies zum „Abstinenz-Verletzungs-Effekt“

(engl.: „abstinence violation syndrome“) führen: Verstärkt durch ungünstige kognitive Bewertungen (wie z.B.: „Jetzt ist alles egal“, „Ich bin ein Versager“, „Ich schaffe es nie abstinenz zu bleiben“) kommt es nach dem einmaligen Konsum zu einem fortschreitenden Gebrauch bis hin zum alten Missbrauchsmuster.

Gelingt es jedoch den „Ausrutscher“ konstruktiv zu verarbeiten, kann unter Umständen der Rückfallverlauf aufgefangen und ein fortschreitender Konsum verhindert werden.

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass zukünftige „Ausrutscher“ kürzer und leichter, d.h. weniger facettenreicher verlaufen, wenn bereits während einer Behandlung gezielt daran gearbeitet wird, die persönlichen Risikosituationen aufzuspüren und kritisch zu analysieren.

Nach dem Modell von Prochaska und DiClemente ist die Entwöhnung von abhängigen Verhaltensmustern ein Lernprozess, in dem der Rückfall eine Phase und nicht das Ende der Veränderungsbemühungen darstellt. Im

Rückfallmodell von Marlatt wird sowohl der Ablauf des Rückfallprozesses beschrieben als auch Möglichkeiten aufgezeigt, an welchen wichtigen Stellen interveniert werden kann, um einem Rückfall vorzubeugen oder zu unterbrechen. Beide Modelle bilden eine Grundlage für unterschiedliche Rückfallpräventionskonzepte und dienen auch den Präventionsprogrammen von Körkel und Schindler sowie von Altmannsberger als Orientierung.

1.3 Die Vorlagen für das Gruppenangebot Rückfallprävention in der Drogenentwöhnung

Da sich bei der Ausarbeitung des Gruppenangebots *Rückfallprävention* einerseits an dem "Strukturiertem Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention" (S.T.A.R.) von Körkel und Schindler²², andererseits an dem Trainingsmanual „kognitiv - verhaltens-therapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit“ – (R.P.T.) von Altmannsberger²³ orientiert wird, sollen beide Trainingsprogramme kurz vorgestellt werden.

Das S.T.A.R. – Programm besteht aus 15 in sich abgeschlossenen Einheiten (sogenannte Module), wobei eine Einheit 90 Minuten umfasst. Die unterschiedlichen Themenbereiche können sowohl als Gesamtpaket oder in ausgewählter Zusammenstellung angewandt werden und eignen sich für den Einsatz im stationären, ambulanten und teilstationären Bereich der Suchthilfe. Das Programm wurde auf der Alkoholentwöhnungsstation des Bezirksklinikums Ansbach mehrjährig erprobt und ist seit

Jahren im dortigen Therapieprogramm integriert. Seit 2001 werden mehrtägige Kurse für Suchthilfemitarbeiter/innen angeboten, um die praktische Umsetzung des Programms weiterzuvermitteln. Auch wenn das Trainingsprogramm ursprünglich für die Arbeit mit Alkoholabhängigen ausgerichtet ist, wird darauf verwiesen, dass die Mehrzahl der Module, nach entsprechender Abwandlung, auch auf die Behandlung von Abhängigen illegaler Drogen übertragen werden kann.

Das R.P.T. - Manual besteht aus 14 Einheiten, wobei die Einheiten auf ca. 120 Minuten angelegt sind (mit einer 5 – 10 minütigen Pause). Das Trainingsprogramm wurde in der psychosomatischen Fontane-Klinik (Entwöhnungsbehandlung alkohol- und/oder medikamentenabhängiger Männer und Frauen) entwickelt und dort 1997 erstmalig durchgeführt. Seitdem ist es als zweistufiges Modell (14-tägiges komprimiertes Intensivtraining bzw. als einwöchiges, niedrigschwelliges Programm) in dem Präventionskonzept der Klinik eingegliedert. Anfänglich für die stationäre Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger entwickelt, sind die Inhalte sowohl im stationären oder ambulanten Suchthilfebereich, in verteilter und in komprimierter Form anwendbar.

Beide Präventionskonzepte orientieren sich an dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rückfallmodell von Marlatt und Gordon und wenden Rückfallpräventionsstrategien wie: Training der (kognitiven und verhaltensbezogenen) Bewältigungsfertigkeiten, kognitive Umstrukturierung und allgemeine

22 Körkel, J. & Schindler, C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer.

23 Altmannsberger (2004).

Selbstkontrolle an. Beide Präventionsprogramme verwenden für sich den Begriff des „Trainings“, da der aktive, erlebnisorientierte Lerncharakter hervorgehoben werden soll und als ein Teil der therapeutischen Behandlung verstanden wird. Obwohl sich die Inhalte z.T. gleichen bzw. sich sehr ähneln, bestehen Unterschiede in der Anordnung der Schwerpunkte wie auch in den Methoden der Vermittlung.

Im S.T.A.R.-Programm wird z.B. ein besonderer Schwerpunkt auf die Einbeziehung der Angehörigen gelegt, während dieser Aspekt im R.P.T.-Manual nicht aufgegriffen wird. Dagegen wird im R.P.T.-Manual den Aspekten der Motivation und Ambivalenz besondere Beachtung geschenkt. Bei der Durchführung bzw. der Vermittlung verschiedener Inhalte werden im S.T.A.R.-Programm häufig Arbeitsbögen verwandt oder Abfragen von Bewertungen der Gesamtgruppe (mit Hilfe von Klebepunkten) vorgenommen. Im R.P.T. werden häufig Rollenspiele verwandt, ebenso werden die Teilnehmer/innen angehalten, die Bewältigungsfertigkeiten auch selbstständig zu trainieren. Hierzu werden Arbeitsblätter ausgegeben, auf denen die wesentlichen Inhalte der entsprechenden Einheiten als Arbeitsaufträge formuliert sind (z.B. sogenannte „Drehbücher“ als Konfrontationsübungen in sensu, Selbstbeobachtungshilfen).²⁴

Als Ziele beider Präventionskonzepte werden benannt:

- Abhängige Menschen konkret auf die Bewältigung von Rückfallrisiken vorzubereiten, um Rückfällen vorzubeugen.

- Neben einer Reflexion über die Abstinenzentscheidung und Stärkung der eigenen Veränderungsmotivation sollen spezifische Kompetenzen zur Bewältigung von Risikosituationen und sogenannten „Fehlritten“ erarbeitet und trainiert werden.
- Ebenso soll die Rückfallprävention dazu dienen, die physische und psychische Stabilität der Patient/innen zu fördern, um besonders im „Rückfall“ ein Anknüpfen an die bisherigen Abstinenzbemühungen zu ermöglichen.

2 Das Gruppenangebot „Rückfallprävention“ in der Fachklinik Loxten

2.1 Der Vorlauf

Nach meinem Arbeitsplatzwechsel in die Fachklinik Loxten, trug ich dort in der ersten Teamsitzung mein Anliegen vor, ein psychoedukatives Gruppenangebot zum Thema „Rückfallprävention“ durchzuführen. Es wurde vereinbart, dass für den „Probelauf“ vorerst 10 Einheiten festgelegt werden und dass bis Mitte September eine Kurzkonzeption vorliegen soll. Nach Vorlage der Konzeption wurden innerhalb von 2 Teambesprechungen und einer internen Abklärung der Arbeitstherapiebereiche, die als Teilnehmer in Frage kommenden Patienten ausgewählt und die Durchführungstermine wie auch die organisatorischen Notwendigkeiten vereinbart.

Der Beginn des Angebots wurde auf Anfang Oktober gelegt, so dass eine fortlaufende Durchführung weder durch Urlaubszeiten noch sonstige Termine

24 Die Inhalte der beiden Präventionsprogramme sind als Überblick im Anhang beigefügt.

unterbrochen wird und zum Ende des Jahres eine erste Bilanz gezogen werden kann.

2.2 Die Rahmenbedingungen zur Durchführung des Gruppenangebots

Der Ort

Die Fachklinik Loxten in Versmold ist eine ländlich gelegene stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger (Drogenentwöhnungsbehandlung) in der Trägerschaft der Drogenberatung Bielefeld e.V.. Das Angebot der Einrichtung ist ausgerichtet für junge, drogenabhängige Männer zwischen 18 und 30 Jahren, die oft zum ersten Mal eine Therapie in Anspruch nehmen. Insgesamt stehen 23 Therapieplätze zu Verfügung. Neben der Deutschen Rentenversicherung übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsträger die Kosten der (in der Regel) 26-wöchigen Behandlung.

Innerhalb der Einrichtung wurde ein großer Gruppenraum im 1. Stock des Hauptgebäudes genutzt.

Der Zeitrahmen

Nach einem Einführungs- und Informationstermin werden 10 Einheiten mit thematischen Schwerpunkten durchgeführt. Die Einheiten finden einmal wöchentlich an einem Vormittag statt und dauern jeweils eine Stunde.

Das Personal

Als Initiatorin des Gruppenangebotes übernahm ich die Planung der einzelnen Einheiten, die Ausarbeitung der Materialien sowie die Verantwortung für die Durchführung des Präventionspro-

gramms. Als personelle Unterstützung stellte sich die Leiterin der Einrichtung zur Verfügung.

Die Teilnehmenden

Die maximale Teilnehmerzahl wurde auf 8 Personen festgelegt, wobei sich von 8 vorgeschlagenen Patienten²⁵ 7 zur Teilnahme entschieden.

Die Patienten waren zwischen 21 und 29 Jahre alt. Drei von ihnen befanden sich zum zweiten Mal in der Therapie, wobei zwei dieser „Therapiewiederholer“ eine Entwöhnungsbehandlung im Vorfeld regulär abgeschlossen hatten. Alle Patienten wiesen missbräuchlichen Alkoholkonsum auf, vier Teilnehmer waren abhängig von Opioiden, die anderen konsumierten hauptsächlich Amphetamine und Kokain. Von einer Teilnahme von neu aufgenommenen Patienten, wurde abgesehen, da die Integration in den Alltag einer Entwöhnungseinrichtung einige Zeit benötigt und gerade bei jungen, „therapieunerfahrenen“ Patienten mit viel Unsicherheit verbunden ist. Zudem leiden neue Patienten in den ersten Tagen (manchmal auch Wochen) oftmals noch unter körperlichen Entzugserscheinungen.

2.3 Der Aufbau des Gruppenangebotes

Bei der „Rückfallpräventionsgruppe“ handelt es sich um eine geschlossene Gruppe. Einerseits wurde diese Form gewählt, da die verschiedenen Einheiten aufeinander aufbauen, andererseits wurde davon ausgegangen, dass eine feste Gruppe eine größere Vertrautheit darstellt und den Teilnehmern damit ein entspannteres Lern- und Arbeitsklima bieten kann.

²⁵ Die Vorschläge erfolgten durch das Mitarbeiterteam der Klinik.

Während sich die ersten zwei Einheiten auf die Phasen der Überlegung und Entscheidung nach dem Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente beziehen und darauf abzielen, die Krankheitseinsicht und Abstinenzentscheidung zu fördern, wird ab der dritten Einheit das Rückfallmodell von Marlatt aufgegriffen.

In der dritten Einheit wird verdeutlicht, dass ein Rückfall meist eine Vorgesichte hat und von gedanklichen, emotionalen und motorischen Ereignissen abhängt.

Die vierte Einheit stellt die verschiedenen Risikosituationen vor und fordert zur Selbsteinschätzung auf, während in der fünften bis achten Einheit der Umgang mit spezifischen Situationen thematisiert wird, in denen ein Rückfallrisiko besonders hoch erscheint. In diesen Einheiten stehen insbesondere die Selbstkontrolle sowie die Identifikation und Bewältigung von Risikosituation im Mittelpunkt.

Die neunte Einheit soll Handlungsmöglichkeiten beim Eintritt eines „Ausrutschers“ aufzeigen und Hilfe bei der Entwicklung eines persönlichen Notfallplans bieten.

Die letzte Einheit greift abschließend den Aspekt einer stabilisierenden, ausgewogenen Lebensgestaltung auf, wobei die Teilnehmer ihren persönlichen Notfallplan für die Zukunft vorstellen.

Alle Gruppeneinheiten sind nach dem gleichen Prinzip aufgebaut und beinhalten 5 formelle Programmpunkte:

1) Begrüßung

Jede Einheit wird mit einer kurzen Begrüßung und Skizzierung des anstehenden Themas begonnen.

2) Angeleitete Entspannungsübung

An zweiter Stelle wird mit den Teilnehmern die 10-minütige Entspannungsübung „Reise durch den Körper“ durchgeführt (mit Untermalung durch eine CD mit meditativer Musik). Die Entspannungsübung ist dem Stressmanagement angelehnt und soll neben der Steigerung der Entspannungsfähigkeit, den Teilnehmern die Konzentration auf sich selbst ermöglichen und ihre Körperwahrnehmung fördern. Zugleich soll die Übung einen Übergang von den Arbeitsbereichen zu dem Gruppenangebot schaffen und den Teilnehmern die Möglichkeit bieten, erst einmal „anzukommen“.

3) Eröffnungs- / Rückblicksrunde

Die Eröffnungs- / Rückblicksrunde gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, Fragen zu dem vorausgegangenem Thema oder zu den Hausaufgaben zu klären. Der kurze Rückblick auf die letzte Einheit soll den Gruppenmitgliedern auch noch einmal die Gelegenheit bieten, für sie wichtige, bedeutsame Dinge zu benennen und Schwierigkeiten oder positive Erkenntnisse aus der Verarbeitung des vorausgegangenen Themas zu reflektieren.

4) Aktuelle Thematik

An dieser Stelle wird auf das aktuelle Thema der Gruppensitzung eingegangen und das gemeinsame Vorgehen (z.B. Kleingruppenarbeit, Rollenspiele o.ä.) benannt.

5) „Abschlussblitzlicht“ / Verteilung der Hausaufgaben.

Zum Ende einer Einheit wird eine kurze Abschlussrunde (ein bis zwei kurze Sätze von jedem Teilnehmer) durchgeführt, anschließend werden die Arbeitsbögen für die Hausaufgaben und – falls vorhanden – die themenbezogenen Infoblätter verteilt.

2.4 Die Inhalte

Die Inhalte der einzelnen Einheiten sind unter folgenden Überschriften zusammengefasst:

1. Informationen zum Rückfall und erste Selbstdiagnose
2. Entscheidung zur Abstinenz?!
3. Rückfallvorboten erkennen
4. Risikosituationen
5. Dem Verlangen widerstehen
6. Umgang mit emotionalen Tiefs / mit unangenehmen Gefühlen
7. Umgang mit Streit und Konflikten
8. Angebote sicher ablehnen (hier wird besonders auf die Alltagsdroge Alkohol eingegangen)
9. Der „Fehltritt“ – Hilfe zur Erstellung eines Notfallplans
10. Ausgewogener Lebensstil – Die Lebensqualität fördern

2.5 Die Zielsetzung des Gruppenangebots

Da das Thema „Rückfall“ mit vielen (negativen) Emotionen verbunden ist und oftmals tabuisiert wird, soll das Gruppenangebot die offene, informative und sachliche Auseinandersetzung hierüber fördern.

Eine klare Programmstruktur und psychoedukative Elemente sowie aktivierende Methoden sollen den Teilnehmenden ein angstfreies und erfahrungsorientiertes Lernen anbieten, ohne dass Vorhaltungen erhoben und evtl. vorhandene Scham- und Schuldgefühle verstärkt werden.

Durch eine allgemeine Wissensvermittlung und Erklärung von Zusammenhängen soll den Teilnehmenden erleichtert werden, die eigene Abhängigkeitserkrankung und Rückfallgefährdung zu reflektieren, sich konkretes „Handwerkszeug“ zur Bewältigung persönli-

cher Risiken anzueignen und die eigenen Kompetenzen zu stärken.

Das Gruppenangebot soll auf die Altersstruktur der Gruppenmitglieder und ihres Entwicklungsstandes zugeschnitten sein und das verhaltensbezogene und kognitive Neu- bzw. Umlernen fördern.

Insgesamt soll ein vorausschauendes Verhalten der Teilnehmenden unterstützt werden, um die Selbstverantwortung zu stärken. Auch soll das Gruppenangebot als ein Basiselement für die weitere individuelle therapeutische Arbeit innerhalb der Entwöhnungsbehandlung genutzt werden können.

Die Teilnehmenden sollen:

- Sich mit ihrer Abhängigkeitserkrankung auseinandersetzen und eine realistische Selbsteinschätzung erlangen.
- Für mögliche Rückfallrisiken sensibilisiert werden und ein Gespür für die eigene Gefährdung entwickeln, um frühzeitig etwas gegen einen „Ausrutscher“ unternehmen und wieder an Abstinenzbemühungen anknüpfen zu können.
- Kognitive Strategien und Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung von Risikosituationen bzw. zur Milderung eines Rückfalls kennen lernen, wahrnehmen und erproben, um die eigene Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Abstinenzmotivation zu stärken.

3 Die inhaltlichen Hintergründe, die praktische Durchführung und erste Betrachtungen

Informations- und Einführungstreffen

Zu Beginn des Gruppenangebotes wird den Teilnehmenden die Grundidee, der Ablauf und die Zielsetzung des Rück-

fallpräventionsprogramms erklärt, ebenso werden organisatorische Bedingungen (Zeit, Ort und Ablauf der Einheiten) vorgestellt.

Die Expeditionsmetapher und das, aus großen Papptafeln dargestellte, Rückfallmodell dienen der Veranschaulichung und sollen die Teilnehmenden zu einem Austausch von eigenen Einstellungen oder Erfahrungen anregen. Ebenso erhalten die Personen Gelegenheit Fragen zu stellen und sich über das Gruppenangebot zu informieren. Zur Übersicht werden jedem Teilnehmenden eine Arbeitsmappe mit der Expeditionsmetapher, einem Informationsblatt zum Rückfallpräventionstraining und den Gruppenregeln ausgeteilt. Die Arbeitsmappe soll zum Sammeln weiterer Info- und Arbeitsblätter sowie zukünftiger Hausaufgaben dienen und den Teilnehmern am Ende des Angebotes eine kompakte Übersicht zum Thema Rückfall und der erarbeiteten Bewältigungsstrategien bieten.

Einheit (1): Vom Problem zur Krankheitseinsicht / Erste Selbstdiagnose

Hintergrund: Da in dieser Einheit die Entspannungsübung zum ersten Mal durchgeführt wird, werden die Teilnehmenden nach ihren Vorerfahrungen betr. Entspannungsverfahren befragt. Anschließend wird die Durchführung der Entspannungsübung begründet und erklärt. Nach der Durchführung und einem kurzen Erfahrungsaustausch zu der Übung, wird zu der Erarbeitung einer Selbstdiagnose übergeleitet.

In der ersten Einheit soll von den Teilnehmenden noch einmal der „Veränderungsschritt“, die ersten eigenen Schritte Richtung Ausstieg nachvollzogen werden, indem sie reflektieren, welche

Komplikationen sie veranlasst haben, ihren Konsum zu beenden und eine Therapie in Anspruch zu nehmen.

Ziele: Die Gruppenmitglieder sollen ein Entspannungsverfahren kennen lernen und ausprobieren sowie über den Hintergrund und Nutzen einer solchen Übung informiert werden (Anwendung und Wirkung von Entspannungsverfahren, Stressbewältigung). Die eigene Abhängigkeitserkrankung soll eingeschätzt und subjektive Gründe für die aktuelle Behandlung sollen formuliert werden. Die Teilnehmenden sollen sich für ihre Therapiegestaltung selbstverantwortlich erleben und selbstkritisch ihre Rückfallgefährdung einschätzen.

Inhalt: Anhand von Arbeitsbögen sollen die Gruppenmitglieder in Partnerarbeit²⁶ ihre individuellen Abhängigkeitssymptome reflektieren. Anschließend wird in der Gesamtgruppe anhand des Rollenspiels „Chefarztvisite“ jeder Teilnehmer als Experte in eigener Sache zur Selbstdiagnose und Bewertung der eigenen Motivation befragt und angehört. Die Teilnehmer bekommen die Instruktion, sich in die Rolle eines Stationsarztes zu versetzen und dem „Chefarzt“ über sich (als „ihren Patienten“ in der 3. Person) zu berichten. Die Therapeutinnen nehmen die „Chefarzt“-Rolle ein und haben die Aufgaben, einerseits das Rollenspiel zu strukturieren, andererseits die Teilnehmenden durch gezielte Fragestellungen (z.B. zu dem somato-psychisch-sozialen Zustand bei Therapiebeginn, der Motivation, der Therapieinhalte/Veränderungswünsche, dem bisherigen Therapieverlauf, sowie die Einschätzung der Prognose/Rückfallgefährdung) zu unterstützen.

26 In 2-er Teams bzw. in einer Triade.

Durchführung: Fast alle Teilnehmer hatten schon während vorausgegangener Entgiftungsbehandlungen verschiedene Entspannungsverfahren kennen gelernt. Entspannungseffekte seien aber auf Grund bestehender Entzugserscheinungen eher selten wahrgenommen worden.

Die Entspannungsübung wurde ohne Widerstand aufgenommen und in einem kurzen Blitzlicht wurde von den Teilnehmern angegeben, dass es ihnen überwiegend leicht gefallen sei, sich auf die Übung einzulassen.

Die Partnerarbeit wurde von den Teilnehmern sehr konzentriert ausgeführt, so dass auf die Einhaltung der Zeit hingewiesen werden musste. Das nachfolgende Rollenspiel sorgte - trotz der ernsten Thematik - für Auflockerung sowie einige humoristische Einlagen und auch entsprechende Zuschauerreaktionen. Insgesamt gaben die Teilnehmer eine kritische Selbsteinschätzung ab, wobei ein Patient den Wunsch nach Verlängerung der Reha-Maßnahme benannte. Einem Patienten fiel es schwer die Übung durchzuführen, da er sich bei der Darstellung vor der Gruppe befangen fühlte. Ein anderer gab an, dass er sich nur schwer in eine andere Rolle habe hineinversetzen können. Aus Zeitmangel konnten nur 4 Patienten an der Übung teilnehmen, was von den anderen Teilnehmern als bedauerlich eingestuft wurde. In der Gruppe wurde noch einmal kurz diskutiert, ob und inwieweit man sich bei Rollenspielen „blamieren“ könne, hier „beruhigten“ sich die Teilnehmer jedoch gegenseitig und sprachen sich Mut zu.

Die Methode des Rollenspiels (über sich selbst als dritte Person zu berichten) schien auch nachträglich noch Ein-

druck zu hinterlassen. Von zwei Patienten wurde mir mehrere Tage später, in einem völlig anderen Zusammenhang - es ging um Schwierigkeiten des Umgangs miteinander im Einrichtungsalldag - mitgeteilt, dass sie die Übung als hilfreich empfanden, da es ihnen aus der Distanz leicht gefallen sei, über sich zu berichten.

Die Verteilung der Infoblätter und Hausaufgaben wurde mit einem „*Ach herr-jeh... – was müssen wir denn alles tun?*“ angenommen, entsprechend war noch einmal eine Erklärung bezüglich des Sinn und Hintergrunds von vertiefenden Hausaufgaben nötig. Der Stundenbeurteilungsbogen wurde überrascht und mit Bemerkungen wie: „*Jetzt kann man ja mal richtig seine Meinung sagen*“ entgegengenommen.

Einheit (2): Entscheidung zur Abstinenz?!

Hintergrund: Nach Körkel und Schindler ist die Mehrzahl der Abhängigen die sich in einer Suchtbehandlung befinden, ambivalent gegenüber der Abstinenz eingestellt. „*Auf der einen Seite spüren sie, dass sich etwas ändern muss und sehen die Vorteile der Abstinenz (...). Auf der anderen Seite kommen ihnen immer wieder Zweifel, ob sie auf die guten Dinge [die die Suchtmittel mit sich gebracht haben ...] verzichten wollen und können.*“²⁷

Viele betroffene Personen formulieren zwar bei Beginn einer Entwöhnung den Vorsatz nicht mehr konsumieren zu wollen, häufig ist dieser Entschluss jedoch nur ungenügend durchdacht. Entsprechend haben sie oft kaum konkrete Vorstellungen, welche Folgen die Abstinenz für sie haben könnte. Ohne Suchtmittel sind abhängige Menschen

27 Zit. Körkel & Schindler (2003). S. 131.

belastenden Gefühlen und Situationen direkter ausgesetzt, evtl. durch den Konsum gemilderte körperliche Beschwerden oder Krankheiten treten im abstinenter Zustand deutlicher zutage. Zudem sind Betroffene in ihrer „Abstinenzlerrolle“ oftmals verunsichert und sehen sich mit dem Etikett „abhängig“ konfrontiert.

Das innere Pendeln zwischen dem Für und Wider einer Veränderung des eigenen Konsums ist einem Teil der Menschen nicht bewusst. Oftmals wird die Tendenz zum erneuten Konsum ignoriert, verdrängt oder abgespalten²⁸ und mit Heftigkeit werden Drogen (und z.T. Alkohol) verteufelt und das drogenfreie / cleane Leben glorifiziert.²⁹

Aber auch Betroffene die sich ihrer Ambivalenz bewusst sind, geben sich nach außen oft betont abstinenzorientiert. Da in Entwöhnungseinrichtungen der Abstinenzvorschuss oftmals als Grundvoraussetzung für eine Behandlung betrachtet wird, scheuen sich viele abhängige Menschen davor, mögliche Zweifel oder positive Erlebnisse die im Zusammenhang mit Suchtmittel stehen, zu äußern. Als Folge gezeigter Unsicherheit gegenüber der Abstinenzentscheidung werden oftmals therapeutische „Inquisition“, moralische Vorwürfe oder Sanktionen wie die Streichung von Ausgängen und Heimfahrten oder gar die Entlassung aus der Behandlung befürchtet.

Für die therapeutische Arbeit stellt eine unreflektierte, vorschnelle oder nur vordergründig getroffene Abstinenzentscheidung jedoch ein unsicheres Fundament für die Erarbeitung und Anwendung präventiver Strategien im Um-

gang mit Versuchungen und Entgleisungen dar. Im Sinne einer Vorbeugung geht es also auch darum, die potentiellen Zweifel der betroffenen Menschen an der Abstinenz sowie Möglichkeiten zukünftiger Versuchungen mit einzubeziehen. Für die betroffene Person, die trotz geäußerter Ambivalenz, nicht abgewertet sondern mit ihren Bedenken und Überlegungen ernst genommen wird, eröffnet dieses Vorgehen mehr Chancen als eine bloße Anpassungshaltung:

- Die Erkenntnis, dass es einen anfälligen, zum erneuten Konsum neigenden Teil gibt, kann die Achtsamkeit und eine realistische Selbsteinschätzung fördern.
- Wenn die eigenen Tendenzen die einen erneuten Konsum fördern, benannt werden, können leichter alternative Strategien zum Erreichen eines benannten Ziels (z.B. selbstbewussteres Auftreten) entwickelt und Rückfalltendenzen geschwächt werden.
- Abhängige, die noch nicht zur Abstinenz entschlossen sind, können in ihrer Abstinenzentscheidung gefördert werden.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen den Unterschied zwischen Abstinenzwunsch und begründeter Entscheidung erkennen und sich mit den Gründen und Problemen der Abstinenzentscheidung auseinandersetzen. Eine genaue Betrachtung der individuellen Nachteile und Schwierigkeiten, die durch den Drogenkonsum entstanden sind, soll vorgenommen werden. Die Abstinenzentscheidung soll als veränderlich und potenziell gefährdet erkannt wer-

28 vgl. a.a.O. S. 132.

29 Typische Aussagen aus dem Alltag: „Das Thema ist für mich erledigt.“; „Ich bin mir 100%ig sicher.“

den³⁰, gleichzeitig soll Klarheit darüber erlangt werden, wie sicher der eigene Abstinenzentschluss ist. Durch die Auflistung und Auseinandersetzung mit persönlichen Pro- und Contra-Argumenten soll eine Copingstrategie kennen gelernt werden, mit der die Abstinenzentscheidung gestärkt und die (Selbst-) Verpflichtung erhöht werden kann.

Inhalt: Anhand einer 4-Felder-Matrix werden die Gruppenmitglieder angeregt über die Vor- und Nachteile von Abstinenz und Konsum zu reflektieren, um anschließend eine persönliche Abwägung anhand von Arbeitsblättern vornehmen zu können. In einem nachfolgendem Rollenspiel, einer Podiumsdiskussion zu der Frage: „Ist Abstinenz / Drogenfreiheit ein erstrebenswertes Ziel?“, werden noch einmal unterschiedliche Argumente erörtert und zum Ende der Einheit wird die aktuelle Einschätzung des persönlichen Standpunktes abgefragt.

Die Therapeutinnen übernehmen während der Podiumsdiskussion die Moderatorenrolle und halten die genannten Beiträge auf dem Flip-Chart fest.

Durchführung: Auf die Erklärung der 4 Felder Matrix, insbesondere bei der Bezugnahme auf die Vorteile des Konsums und die Nachteile der Abstinenz, reagierten die Gruppenteilnehmer z.T. irritiert. An dieser Stelle wurde deutlich, dass es einigen sehr schwer fiel, sich die Vorteile eines Suchtmittelkonsums einzugestehen bzw. die angenehmen, sinnhaften Seiten zu benennen.

Ein Teilnehmer reagierte fast empört: Er wolle schließlich clean leben und hätte

genug negative Dinge erlebt, er könne sich an gar nichts Positives, geschweige denn Vorteile erinnern. Wie schon erwartet, war eine längere Erklärung nötig und den Teilnehmenden musste ausdrücklich erlaubt werden, sich mit dem angenehmen Teil des Konsums zu beschäftigen. Nachdem noch einmal erläutert wurde, warum die Betrachtung aller Seiten des Konsums hilfreich ist, wurde die gemeinsame Sammlung an dem Flipchart lebhaft weitergeführt.³¹ Die anschließende „Podiumsdiskussion“ fiel zum Teil sehr laut und etwas „überdreht“ aus. Aus diesem Grunde wurde der „spaßige Umgang einiger Teilnehmer“ in der Bewertung wohl kritisiert. Ein Klient aus der Pro-Konsum-Gruppe bemerkte am Ende, dass er sich in seiner Rolle ganz unpassend gefühlt habe. Er habe gar keine Argumente mehr benennen können und hätte am liebsten die Seiten gewechselt. Bei der abschließenden eigenen Einschätzung („Wie ist mein persönlicher Standpunkt?“) gab ein Patient an, dass es für ihn viele Konsumvorteile gebe und er sich nicht sicher sei, wie er sich außerhalb der Einrichtung positionieren würde und ob er sich ohne die schützende „Käseglocke“ der Therapie genügend abgrenzen könne (besonders bezogen auf Alkohol). Ein weiterer Teilnehmer benannte seine bestehende Ambivalenz gegenüber dem Konsum (Heroin), die restlichen Teilnehmer schätzten sich selbst als eher überzeugt betr. ihres Abstinenzvorsatzes ein.

Einheit (3): Rückfallverboten erkennen

Hintergrund: In der 3. Einheit soll den Teilnehmenden verdeutlicht werden,

30 Durch Schwierigkeiten / Nachteile, die sich aus einer abstinenten Lebensweise ergeben können und der Erkenntnis, dass sich allein durch eine abstinente Lebensweise nicht alle Probleme erledigt haben.

31 Auflistung der gesammelten Pro- und Contra-Argumente: siehe Anhang.

dass ein Rückfall auch ein Resultat einer langsam nachlassenden Verpflichtung zum cleanen Leben sein kann. Dies bedeutet, dass z.B. alte Gewohnheiten wieder aufgenommen werden und die Abhängigkeit bei der Lebensgestaltung nur mehr eine untergeordnete Rolle spielt. Hervorgehoben werden die sogenannten „unbedeutenden Entscheidungen“, die nach dem Rückfallmodell von Marlatt zwar nicht direkt in einem Rückfall münden müssen, sich aber langsam Stück für Stück zu einem Mosaik formen können, welches dann eine Eigendynamik entwickelt und in Risikosituationen einen Rückfall vorbereiten kann.

Die oft gehörte Äußerung *„Ich habe einen Rückfall gebaut“*, benennt zwar die Eigenbeteiligung, oft sind die zusammengehörigen „Mosaiksteine“ den Betroffenen aber nicht klar. *„Es lief halt alles nicht so gut“* hört man dann oft. Innerhalb der Einheit sollen die Teilnehmenden dafür sensibilisiert werden, dass ein Rückfall nicht zufällig stattfindet, sondern, dass er durch eine Summe von (scheinbar nebensächlichen) Entscheidungen begünstigt wird. Entsprechend ist es auch möglich einen Rückfall vorzubeugen, wenn:

- _ eine Rückfallgefährdung durch solch harmlose Entscheidungen erkannt wird und
- _ wenn die betroffene Person darauf angemessen reagieren kann.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen für die Vorläufer eines Rückfalles sensibilisiert werden und scheinbar „harmlose Entscheidungen“ als Elemente einer anwachsenden Rückfallgefährdung wahrnehmen sowie geeignete Reaktionsmöglichkeiten erarbeiten.

Inhalt: Nach dem Verweis auf das Rückfallmodell von Marlatt werden innerhalb der Gruppe, anhand einer beispielhaften Befragung eines Teilnehmenden, „scheinbar harmlose Entscheidungen“ im Vorfeld eines Rückfalls herausgearbeitet.

Ein sich bereitstellender, „rückfallererfahrener“ Patient wird nach dem „Vorlauf“ seines Rückfalls von den Therapeutinnen interviewt. Die anderen Gruppenteilnehmer nehmen die Rolle von „Pressejournalisten“ ein. Die während der Befragung benannten, den Rückfall deutenden „scheinbar harmlosen Entscheidungen“ des interviewten Patienten, wie auch mögliche Wendepunkte im Rückfallgeschehen sollen herausgefunden werden. Nach einer gemeinsamen Reflexion des Geschehens, werden alternative Handlungsmöglichkeiten skizziert und bewertet. Abschließend wird der interviewte Patient befragt, welche der Alternativen er hätte anwenden können.

Durchführung: Auf die Nachfrage, wer sich für ein Interview zum Thema Rückfallvorläufer zur Verfügung stellen würde, meldeten sich 3 Personen. Der schließlich ausgewählte Modell-Patient befindet sich aktuell zu seinem 2. Therapieversuch in der Einrichtung und bezog sich bei der Schilderung auf seinen 1. „Therapieabbruch“. Bei der Exploration gab er eine detaillierte Schilderung seines damaligen Rückfalls und dessen „Vorboten“ wieder.³² Das Geschehen konnten alle Teilnehmenden gut nachvollziehen und es ergab sich eine lebhaft Diskussion über die erlebten Schwierigkeiten und die Handlungsmotivation des berichtenden Patienten. Als relevante Rückfallvorboten wurden gesammelt:

32 Siehe Anhang

Sorgen, familiäre Probleme, Schuldgefühle, sich allein fühlen, Rückzug, grübeln, sich nur einer Person zuwenden, Orientierung an „falschen“ Freunden, Gespräche vermeiden, alles mit sich selbst ausmachen ...

In der gemeinsamen Reflexion wurden ganz pragmatische Handlungsmöglichkeiten benannt:

Schwierigkeiten in den Gruppen oder im Einzelkontakt ansprechen, mit jemanden das Gespräch suchen, in der Einrichtung anrufen und nach erneuter Aufnahme fragen, auf dem Weg zum Bahnhof umdrehen, das „Ehrgefühl“ hinten anstellen, zu seinen Schwächen stehen, Bier ablehnen, sich in der Entgiftung melden, nach Hause fahren ...

Bei der Diskussion um die realistische Umsetzung der Handlungsmöglichkeiten wurden von den Teilnehmenden auch die eigenen, oftmals ungünstigen Kognitionen, thematisiert.

Einheit (4): Risikosituationen

Hintergrund: Viele Suchtmittelabhängige erleben Risikosituationen häufig unvorbereitet und/oder sind sich der Gefährlichkeit mancher Situationen nicht bewusst. Die Sensibilisierung für diese Risiken ist eine wichtige Voraussetzung

für die Erarbeitung von Präventionskompetenzen. Entgegen einer weit verbreiteten Annahme der Betroffenen, sind es weniger Schicksalsschläge oder Lebenskrisen, die besonders rückfallrelevant sind, sondern eine begrenzte Anzahl von vertrauten, eher alltäglichen Situationen, in deren Folge Suchtmittel konsumiert werden.

Marlatt³³ geht in seinem Rückfallmodell davon aus, dass Rückfälle durch sogenannte „Hochrisikosituationen“ angebahnt werden. Insgesamt sind 8 solcher Hochrisikobereiche zusammengetragen worden, wobei sowohl „intrapersonelle Einflussfaktoren“³⁴ wie auch „interpersonelle Einflussfaktoren“³⁵ beschrieben werden.

Nach Marlatt gibt es 3 Situationsklassen die ein besonders hohes Risiko darstellen und denen sich 60% der Rückfälle zuordnen lassen:

1. Unangenehme Gefühlszustände (z.B. Ärger, Niedergeschlagenheit, Angst, Wut)
2. Zwischenmenschliche Konflikte und Auseinandersetzungen / Streit
3. Soziale Verführungssituationen (Trink- und Konsumangebote z.B. auf Festen)

Weiter risikoreich sind folgende Situationen:

4. Angenehme Gefühle (z.B.: Freude, Stolz etc.)
5. Körperliches Unbehagen (z.B.: Schlafstörungen, Schmerzen)

33 Vgl. Körkel & Schindler (2003). a.a.O. S. 155.

34 Bereiche, die in der Person selbst anzusiedeln sind: z.B. unangenehme Gefühlszustände.

35 Bereiche, die aus Situationen im zwischenmenschlichen Bereich stammen: z.B. Trinkaufforderungen.

6. Versuch „kontrolliert“ zu konsumieren
7. Geselligkeit
8. Plötzlich auftretendes Verlangen (sogenannter „Suchtdruck“, engl.: „craving“)

Eine Gemeinsamkeit der erwähnten Situationen besteht darin, dass Suchtmitelabhängige in diesen Situationen früher Drogen und/oder Alkohol gezielt als Bewältigungsversuch eingesetzt haben. Damit sind diese Situationen (u.a. als Ergebnis klassischer Konditionierung) besonders mit positiven Drogen- / Alkoholerwartungen verknüpft.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen für mögliche Risikosituationen im eigenen Lebensumfeld sensibilisiert werden, eigene Rückfallrisiken benennen und sich nach den 8 Risikobereichen selbst einschätzen können. Zur Veranschaulichung soll eine modellhafte Risikosituation nachvollzogen werden können (Worin liegt das Problem und in welcher Weise können Drogen / Alkohol dabei zur Versuchung werden?)

Inhalt: Innerhalb der Gruppe werden zu Anfang Assoziationen zum allgemeinen Begriff „Risiko“ gesammelt, anschließend wird unter Bezug der verschiedenen genannten Aspekte zu einer Definition von „suchtspezifischen Risikosituationen“³⁶ übergeleitet. Nach der Erarbeitung individueller, typische Risiko-

situationen in der Partnerarbeit, werden die Ergebnisse in der Gesamtgruppe gesammelt und nach möglichen Kategorien zugeordnet. Im Anschluss werden die 8 Risikobereiche vorgestellt und erläutert. Um eine Konkretisierung einer Risikosituation vornehmen zu können und zu verdeutlichen, worin in diesen konkreten Situationen „das Problem“ besteht, so dass Drogen bzw. Alkohol als vermeintliche Problemlöser attraktiv werden, wird ein Teilnehmer aufgefordert eine Risikosituation genauer zu schildern. Die geschilderte Situation wird in Stichpunkten notiert und innerhalb der Gruppe analysiert.

Schon in dieser Einheit wird den Teilnehmenden das Thema der nächsten Einheit vorgestellt und das Experiment „24 Std. rauchfrei“ erläutert. Um die Durchführung der Übung „Selbstbeobachtung“ zu erläutern, werden die Teilnehmenden auf die bereits erarbeiteten, schematischen Rückfallanalysen verwiesen.

Durchführung: Sammlungen zum Begriff „Risiko“:

Party, Adrenalin, danger, Stress, Spannung, Spiel, Suchtdruck, Leichtsinn, Mutproben, Krankheit, Kick, Angst, Abenteuer, Wut, cool, kriminell, Urlaub, Selbstüberschätzung, Freude, alte Bekannte, neue Freunde, Kribbeln, Frustration...

36 Suchtspezifische Risikosituationen sind vereinfacht gesagt Situationen, von denen Betroffene meinen, sie nicht abstinenter bewältigen zu können.

Sie sind vor allem durch 2 Aspekte gekennzeichnet:

- Es stehen keine alternativen Bewältigungsstrategien zur Verfügung bzw. diese werden nicht angewandt.
- Drogen bzw. Alkohol werden als Problemlöser attraktiv, wodurch der Wunsch nach Erleichterung anwächst und in einem „Fehltritt“ (= Verhalten / Konsum von Suchtmitteln) münden kann.

Von den Gruppenmitgliedern wurden folgende Risikosituationen zusammengetragen:

- Kündigung des Arbeitsplatzes
- Alte Freunde, alte Bekannte treffen und mit denen feiern bzw. irgendetwas unternehmen
- Feiern, Partys, Disko, Geburtstag
- Enttäuschungen / “Depris“ / Frust in verschiedenen Bereichen (Freunde, Familie, Freizeit, Schule, Geld, ich selbst)
- Nicht reden (in verschiedenen Situationen), „weglaufen vor Problemen“
- Liebeskummer (Trennung von Geliebter), „wenn ich jemanden liebe und sie betrügt oder verlässt mich“
- Geldnot und die Möglichkeit durch Drogen etwas zu verdienen (und dann doch wieder selbst zugreifen)
- Ämtergänge, soziale Probleme (Schulden, Papierkram, Gerichtsvorladung)
- Ungeklärte Familien- und Behördenangelegenheiten
- „Falls mein Vater sich mir nie mehr zuwendet“ (keine engen Kontakte zu meiner Familie)
- Streit mit Eltern und Bekannten
- Erinnerungen an alte Zeiten
- Zeitvertreib für den Moment, Langeweile
- Schwere Schicksalsschläge (Autounfall, Tod in der Familie)

Als gemeinsame Überschriften / Kategorien wurden gefunden:

wenn ich mich schlecht fühle, wenn ich frustriert oder traurig bin, Schwierigkeiten und Streit besonders mit mir nahe stehenden Personen, Spass haben, feiern wollen, alte Freunde und Bekannte treffen, Überforderung, Schicksalsschläge, Suchtdruck

Bei den Zuordnungen wurde von den Gruppenmitgliedern angemerkt, dass die Bereiche nicht leicht voneinander zu trennen seien. Die Vorstellung der 8 Risikosituationen konnte von den Teilnehmenden gut nachvollzogen werden und die eigene Zuordnung nach persönlichen Risikoprioritäten, spiegelte die Angaben Marlatts wieder (die meisten ordneten sich den Bereichen negative Gefühlszustände, Konflikte mit anderen Personen und Angebote) zu. In einer anschließenden Diskussion reflektierten die Betroffenen, dass sie mehrere Risikosituationen nacheinander durchlaufen würden, bis es letztendlich zu einem Rückfall käme.

Die Schilderung des befragten Patienten³⁷ führte zu folgender Situationsanalyse:

Die Analyse der Situation sah wie folgt aus:

a) Risikosituation:

- „*Ich bin allein, weiß nach der Arbeit nicht was ich tun soll, habe Langeweile*“

b) Problem (typische Gedanken und Gefühle)

- „*Ich habe keinen der mir nahe steht, bin allein, fühle mich einsam*“

37 Siehe Anhang

und frustriert, ich kann nur enthemmt unter fremde Leute gehen“

c) Verlangen / Wirkungserwartung:

- *„Alkohol wird mich entspannen, ich werde lockerer, traue mir mehr zu, die Schwermütigkeit wird leichter, ich kann abschalten“*

Die Gruppenmitglieder konnten die allgemeinen Informationen gut auf ihre eigene Situation beziehen.

Der Hinweis auf das bevorstehende Experiment „24 Std. Rauchfrei“ rief unterschiedliche Reaktionen hervor: Von einem Teilnehmer wurde ein spontanes *„das schaffe ich nicht!“* geäußert, von einem anderen *„das ist doch locker!“*. Durch Nachfragen der Patienten wurde deutlich, dass das Experiment als Leistungs- oder Willensbeweis begriffen und sofort mit möglichen (therapeutischen) Sanktionen verbunden wurde (*„Was passiert, wenn ich das nicht schaffe?“*, *„Wie soll das überwacht werden?“*, *„Hat das Auswirkungen auf meine weitere Therapie?“*). Die Erklärung, dass es sich in erster Linie um ein Selbstbeobachtungsexperiment handelt, schien zu beruhigen aber auch zu irritieren (*„Ja, wenn das keiner kontrolliert, kann ich ja machen was ich will?!“*). Die Begründung des Experimentes: Schulen der eigenen Wahrnehmung, Wahrnehmung von Verlangen, von „riskanten“ Situationen und dem eigenen Umgang damit - schien die Teilnehmenden erst einmal zu befriedigen, da keine weiteren Fragen gestellt wurden.

Einheit (5): Dem Verlangen widerstehen

Hintergrund: Da im Zusammenhang mit der Frage, wie es zu Rückfällen kommt, immer wieder die Vorstellung benannt wird, dass es in der Natur abhängiger Menschen liege, von einem

fast magischen Verlangen heimgesucht zu werden, erscheint eine nähere Betrachtung dieser Thematik als besonders erwähnenswert.

Auch wenn Verlangen (craving, „Suchtdruck“) von Betroffenen nur selten als Rückfallursache genannt wird und bei empirischen Untersuchungen zu Risikosituationen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint, kann es doch in „vertrauten“ Situationen auftreten und zu einer erheblichen Verunsicherung führen. Vor allem im Hinblick auf die erhöhte Rückfallgefährdung während der ersten Heimfahrten und in den ersten Wochen und Monaten nach einer Therapie erscheint es wichtig, die Betroffenen darauf vorzubereiten und ihnen spezifische Kompetenzen im Umgang mit Verlangen zu vermitteln.

Der Begriff „Verlangen“ ist vieldeutig, wobei die Bedeutungsvielfalt von dem einfachen Gedanken über den Trink- / Konsumwunsch bis zum unwiderstehlichen Drang und inneren Druck (der alle Willenskraft zu übersteigen scheint) nach dem Suchtmittel variiert. Unter dem Begriff „Verlangen“ kann also etwas ganz unterschiedliches verstanden werden, sowohl von den Betroffenen als auch von den Therapeut/innen.

Von der WHO wurde bereits 1955 angeregt, zwischen 2 Formen von Verlangen zu unterscheiden: dem „physical craving“ und dem „symbolic craving“. Bei dem „physical craving“ geht man von dem Bestehen einer körperlichen Abhängigkeit aus, d.h.: der Körper hat sich an die Suchtmittel gewöhnt und reagiert bei Abklingen der Wirkung bzw. bei unterlassener Zufuhr neuer Suchtmittel mit Entzugserscheinungen, somit besteht der Wunsch diese Symptome zu mildern.

“Symbolic craving“ kann auch in Zeiten auftreten, wenn der betroffene Mensch abstinenter lebt und das Verlangen aufgrund der psychischen Bindung an Suchtmittel besteht (weil man sich z.B. eine Dämpfung empfundener Ängste verspricht). Auch die theoretischen Konzeptionen sind sehr unterschiedlich und reichen von den biochemischen Modellen, der Annahme von Konditionierungsprozessen (suchtspezifische Hinweisreize) bis hin zu sozial-kognitiven Konzeptualisierungen.³⁸

Nach der sozial-kognitiven Konzeption wird Verlangen als Erwartung an die unmittelbar wirksame, positive Suchtmittelwirkung gesehen (S-R-C-Kette: Situation - Reaktion - Konsequenz: *„Wenn ich jetzt konsumiere, fühle ich mich gleich viel entspannter.“*)

In diesem Sinne kann die durch eine Vielzahl positiver Lernerfahrungen erworbene Erwartung der hilfreichen (oder entlastenden) Wirkung von Suchtmitteln eine große Versuchung darstellen, eine bestimmte Risikosituation auch zukünftig nur „mit Hilfe“ des Konsums zu bestehen.

Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass betroffene Personen während einer stationären Entwöhnung kaum Verlangen erleben. Mögliche Ursachen können darin liegen, dass sie sich im Setting einer stationären Therapie in einer „unnatürlichen“ Umgebung befinden, in der sie nicht mit ihren alltäglichen inneren und äußeren Auslösern konfrontiert sind,

die in der Vergangenheit den Konsum „begleitet“ haben.

Die Selbstbeobachtungsübung „24 Std. rauchfrei“ soll beispielhaft eine reale Erfahrung von Verlangen³⁹ erlebbar machen und den Transfer für den Umgang mit anderen Suchtmitteln erleichtern⁴⁰. Diese Selbstbeobachtung bietet die Grundlage für die Auseinandersetzung mit kognitiven und handlungsorientierten Copingstrategien, die es den Gruppenmitgliedern erleichtern sollen, möglichem Verlangen zukünftig besser widerstehen zu können.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen Verlangen als eine durchaus „normale“ Reaktion bewerten und das Phänomen durch Information zur Entstehung, Auftreten und Verlauf besser verstehen lernen. Kognitive und handlungsorientierte Bewältigungsfähigkeiten sollen erarbeitet werden, um dadurch die eigene Kompetenzerwartung für den Umgang mit Verlangen zu erhöhen.

Inhalt: Die Gruppenmitglieder werten anhand der Arbeitsbögen ihre Selbstbeobachtung „24 Std. rauchfrei“ in der Gruppe aus, reflektieren ihre Erfahrungen und erläutern Auslöser für Verlangen, Wirkungserwartungen und Bewältigungsreaktionen. Die Rückmeldungen werden zur Veranschaulichung an dem Flip-Chart notiert. Anschließend wird das Phänomen „Verlangen“ definiert und das Auftreten anhand einer Metapher („Welle“) erläutert. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Selbstverpflichtung der Teilnehmenden bei

38 vgl. Körkel & Schindler (2003). a.a.O. S.257f.

39 Z.B.: „Kribbeln“ im Bauch, Unruhe, Nervosität, Gereiztheit, Erwartungen an die Zigarette.

40 Obwohl dieses Experiment nur eine Annäherung darstellt, da während der „Rauchpause“, im Gegensatz zum Drogen- / Alkoholverlangen nach erfolgter körperlicher Entgiftung, auch die körperlichen Entzugserscheinungen eine Rolle spielen.

der Umsetzung der Übung eingegangen. Im Anschluss wird zu suchtspezifischen Bewältigungsreaktionen übergeleitet und die Gruppenmitglieder werden aufgefordert in Kleingruppen gedankliche sowie handlungsorientierte Bewältigungshilfen zu sammeln, wobei die Ergebnisse nachfolgend in der Gesamtgruppe nach Vor- und Nachteilen bewertet werden.

Durchführung: In dieser Einheit hielten wir uns kaum an das vorgegebene Programm. Nachdem die Entspannungsübung beendet war, wurde deutlich, dass die Teilnehmenden Wert darauf legten ihre Erfahrungen zu schildern. Bei den ersten Nachfragen stellte sich heraus, dass bis auf eine teilnehmende Person alle das Experiment nicht rauchfrei überstanden hatten. Zwei Teilnehmende gaben an, dass sie an dem Experiment nicht teilgenommen hätten, sie verwechselten das Experiment mit einem Appell an das Nichtrauchen und berichteten von ihrem Widerstand: „*So ein Quatsch mach ich nicht mit.*“; „*Ich will gar nicht aufhören zu rauchen!*“. Trotzdem hielten sie Aufzeichnungen zum Auftreten von Verlangen und Konsum von Zigaretten fest. Zwei weitere hielten die Rauchpause bis zum späten Abend und dem Stattfinden einer Abschiedsfeier für einen Patienten durch. Bei der Erarbeitung der gedanklichen Konstruktionen war es hilfreich, dass meine Kollegin als Raucherin ebenfalls von ihren Erfahrungen berichtete. Deutlich wurde, dass insbesondere die eigene Selbstverpflichtung als wichtiger Faktor gewertet wurde: Ein Teilnehmer berichtete, dass er nach einem „Fehltritt“ die Übung beendete und weiterrauchte wie bisher. Die anderen teilnehmenden, „rückfällig“ Patienten versuchten ihren Konsum trotz Rückfall soweit wie möglich einzu-

schränken – es sei ihnen wichtig gewesen, es zumindest zu versuchen.

Vor allem in dem Beisein anderer Raucher sei es schwer gewesen, sich an sein Vorhaben zu halten. Im Austausch mit anderen Experimentteilnehmern habe man sich schließlich selbst die Erlaubnis erteilt. Drei Teilnehmer berichteten, dass sie zusammen „rückfällig“ geworden seien - und benannten als Risikosituationen: Sozialer Druck, Beisammensein, Angebote.

Bezogen auf die Erwartungshaltung wurden benannt:

Dazugehörigkeit,
nicht doof daneben stehen,
„Schmach“,
Entspannung,
Langeweile,
Stressabbau.

Zwei Personen benannten, dass sie das Experiment für sich noch einmal durchführen wollten. Der Teilnehmer, der das Experiment durchhielt, nahm sich vor weiterhin auf das Rauchen zu verzichten: Das Experiment sei ein guter Anlass gewesen, endlich mal anzufangen.

Fast alle Teilnehmenden konnten das Empfinden von Verlangen mit der Metapher der Welle in Verbindung bringen. Vermittelt wurde den Gruppenmitgliedern noch einmal, dass sie das Experiment unter erschwerten Bedingungen (körperliche Entzugserscheinungen) durchgeführt hätten. Die Mitglieder berichteten, dass sie sich als nervöser, gereizter und unruhiger empfunden hätten. In diesem Zusammenhang wurden auch noch mal die erlebten und gegebenen Unterschiede wie auch Gemeinsamkeiten zum Verlangen nach Drogen diskutiert.

Als Strategien gegen das Verlangen wurden zusammengetragen:

aktiv	kognitiv
- Ablenkung - Sportliche Aktivitäten wie Joggen - Orte meiden, an denen Mitklienten rauchen - Die Befindlichkeit, den Suchtdruck anderen mitteilen - Essen, trinken - Mit anderen was unternehmen - Den Tag verplanen	- Ich weiss, dass ich es schaffen kann - Ich möchte es ausprobieren - Wenn andere es schaffen, kann ich es auch - Es ist ja nur ein Versuch - An die negativen Seiten des Rauchens denken: es riecht ekelig, es schmeckt nicht, ungesund - An das Gute denken: mehr Kondition, die Sachen stinken nicht so, gesund

Einheit (6): Umgang mit emotionalen Tiefs / mit unangenehmen Gefühlen

Hintergrund: Nach Marlatt steigt die Wahrscheinlichkeit einer abstinenten Bewältigung von Risikosituationen, wenn Betroffene über ein geeignetes Bewältigungsrepertoire verfügen und dieses auch anwenden. Wird eine Schwierigkeit gemeistert, stärkt dies auch das Vertrauen mit Situationen dieser Art auch zukünftig umgehen zu können. „Unangenehme Gefühlszustände“ gehören zu den „Risikosituationen“ und werden als besonders bedeutsam für eine erneute Rückfallgefährdung eingeschätzt. Da Suchtmittel oftmals gezielt eingesetzt werden, um eine innere Anspannung zu reduzieren oder belastende Gefühle abzumildern, stellen diese „Lernerfahrungen“ große Wirkungserwartungen und damit das größte Rückfallrisiko dar.

Nach dem kognitiven Ansatz, der die Bedeutung kognitiver Prozesse für die Entstehung und den Verlauf von emotionalen Tiefpunkten betont, lassen sich

im Falle von Niedergeschlagenheit oder depressiven Verstimmungen häufig negative Bewertungsmuster (negatives Denken über sich als Person, die Situation und über die Zukunft) finden. Dieses negative Denken wirkt sich sowohl auf die Gefühle wie auch auf das Verhalten und auf die Handlungsfähigkeit aus. Bei niedergedrückter Stimmung ist dies z.B. durch Antriebsmangel, Interessensverlust und Rückzug gekennzeichnet. Um einerseits negatives Denken als ein Charakteristikum belastender Gefühle darzustellen und andererseits die potenzielle Veränderbarkeit dieser Gefühle zu thematisieren wird das ABC-Modell⁴¹ in dieser Einheit vorgestellt und zur Veranschaulichung genutzt.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen belastende Gefühle beschreiben, eigene Auslöser für „emotionale Tiefs“ erkennen und typische „negative“ Gedanken identifizieren können. Kognitive und handlungsorientierte Copingstrategien

41 Eine vereinfachte, aber praktikable Methode der Verhaltensanalyse, entwickelt von Albert Ellis. Siehe: Schuster, K. (2000). Abenteuer Verhaltenstherapie. München: DTV. S. 127ff.

sollen von den Gruppenmitgliedern erarbeitet werden.

Inhalt: In einem Brainstorming werden verschiedene Emotionen zusammengetragen und an dem Flip-Chart notiert. Aus dieser Sammlung werden gemeinsam negative/belastende Gefühle herausgefiltert, um im nächsten Schritt, den Zusammenhang zwischen auslösenden, schwierigen Situationen, negativen Gedanken und belastenden Gefühlen mit problematischen Verhaltensweisen zu erklären. Zur Veranschaulichung wird das Beispiel „Niedergeschlagenheit“ gewählt und anhand eines ABC-Schemas verdeutlicht.

Anhand des Erfahrungsexperiments „Prüfungsstress“⁴² wird die Bedeutung negativer Gedanken für das Auftreten belastender Gefühle herausgearbeitet. Nach der Auswertung des Experimentes wird noch einmal darauf hingewiesen, wie sich durch die Wechselwirkung von Gedanken und Gefühlen eine Art „Teufelskreis“ entwickeln und inwieweit solch ein Teufelskreis zur Entstehung von Suchtmittelverlangen führen kann. Nun werden die Gruppenmitglieder aufgefordert individuelle Beispiele negativer Gefühlszustände (nach dem ABC-Modell) aufzuschreiben. Aus dieser Sammlung wird ein Beispiel herausgegriffen und an dem Flip-Chart notiert. Im Anschluss werden in zwei Kleingruppen kognitive wie auch behaviorale Bewältigungsmöglichkeiten zur Überwindung eines „emotionalen Tiefs“ gesammelt und in der Gesamtgruppe nach möglichen Kategorien geordnet.

Durchführung: Brainstorming verschiedener Emotionen:

Liebe, **Hass**, Ehrgeiz, **Angst**,
Neid, Euphorie, Stolz, Freude,
Ärger, **Depression**, **Schuld**,
Unsicherheit, **Schmerz**,
Hilflosigkeit, Melancholie, **Panik**,
Eifersucht, **Wut**

Das Beispiel Niedergeschlagenheit konnte gut nachvollzogen werden, zudem stellten die Teilnehmer einen Bezug zu der Rückfallschilderung aus der 4. Einheit her.

Die Differenzierung des ABC-Modells fiel den Betroffenen anfangs etwas schwer, da der Bereich „B“ (Bewertungen / Kognitionen) nur schwer nachvollzogen werden konnte. Durch das Prüfungsstress-Experiment konnte dieser Bereich aber noch einmal verdeutlicht werden: Da einige Teilnehmenden angaben aufgeregt gewesen zu sein, weil sie befürchteten sich zu blamieren oder etwas falsch zu machen, andere gelassen blieben und dachten „es wird schon“ – wurden unterschiedlichen Gedanken, Körperwahrnehmungen und auftretende Gefühle benannt und in verschiedenen ABC-Modellen dargestellt. Die unterschiedlichen Verhaltensanalysen zweier Gruppenmitglieder eröffneten den „Blick durch eine andere Brille“ und verdeutlichten die Zusammenhänge und unterschiedlichen Konsequenzen von inneren Bewertungen. Bei der Abfrage persönlicher Alltagsbeispiele benannte ein Teilnehmer sei-

42 In dem Experiment wird den Teilnehmern angekündigt, dass einer von ihnen einen Kurzvortrag über die bisherigen Kenntnisse halten soll. Die Auswahl des Referenten erfolgt durch die Therapeutinnen. Die Teilnehmer werden aufgefordert, während des Auswahlvorgangs die Augen zu schließen (für ca. 1 Minute). Bei diesem Vorgehen geht es allerdings nicht um die Auswahl eines Referenten, sondern darum, ein gewisses Maß an Stress zu erzeugen, um anschließend die Wechselwirkung von Gedanken, Gefühlen und Bewältigungsstrategien zu erfragen.

ne bestehende Unsicherheit, sich für eine Adaptionsbehandlung in einer fremden Stadt zu entschließen. Die in diesem Fall herausgearbeiteten unterschiedlichen Bewertungen verdeutlichen dem unsicheren Patienten, dass es Sichtweisen gibt, die er selbst noch nicht in Betracht gezogen hatte. Ebenso wurde ihm von den anderen Gruppenteilnehmern Hilfen zur Entscheidungsfindung angeboten.

Die gesammelten Beispiele der Bewältigungsmöglichkeiten sind im Anhang aufgeführt.

Einheit (7): Umgang mit Streit und Konflikten

Hintergründe: Die Ursache von Konflikten liegt dabei meist in gegenüberstehenden Interessen, wobei in Folge frustrierter Wünsche oder Bedürfnisse häufig negative Gefühle wie Hilflosigkeit, Ärger, Wut oder auch Resignation auftreten können.

Obwohl Konflikte und Streitigkeiten „normal“ sind und in unterschiedlichen Bereichen des menschlichen Zusammenlebens wie Familie, Partnerschaften, Freundschaften, im Arbeitsleben oder im Umgang mit Ämtern auftreten, stellen sie für suchtmittelabhängige Menschen ein erhebliches Risiko dar, da diese in solchen Situationen oft überfordert sind. Der für Risikosituationen typische Teufelskreis von (emotionaler) Belastung, unzureichend ausgeprägten (sozialen) Kompetenzen und verstärkt aufkommenden positiven Suchtmittelerwartungen kann das Verlangen, Suchtmittel als vertraute „schnelle“, „emotionale“ Copingstrategie einzusetzen, deutlich erhöhen.

Körkel und Schindler⁴³ weisen darauf hin, dass es vielen Menschen unter der

enthemmenden Wirkung von Suchtmitteln leichter fällt, Ärger und Kritik einer anderen Person gegenüber zum Ausdruck zu bringen. Im Zustand der Abstinenz ist besonders bei eher aggressionsgehemmten Menschen die Gefahr groß, dass sich Ärger „aufstaut“. Kritik wird dann z.B. oftmals überschießend und verletzend oder im Gegenteil zu zaghaft geäußert. Umgekehrt fällt es unter der Suchtmittelwirkung einfacher von anderen erhaltende Kritik hinzunehmen bzw. „besser“ zu ertragen. Strategien die helfen eine Eskalation von Konflikten oder Streitigkeiten zu verhindern bzw. den Umgang mit Frustrationen erleichtern, sind daher wichtige rückfallpräventive Bewältigungsfertigkeiten.

Da eine gezielte Veränderung des Konfliktverhaltens sowohl den zeitlichen als auch inhaltlichen Rahmen sprengen würde, konzentriert sich die Einheit vor allem auf pragmatische Strategien zur Deeskalation von Streitigkeiten und zum Umgang mit innerer Spannung (z.B. Wut oder Ärger).

Ziele: Die Teilnehmenden sollen typische Konflikte und Merkmale von Streitigkeiten benennen und „gute“, konstruktive Streitigkeiten von „bösen“, destruktiven Streitigkeiten unterscheiden können. Die bei Konflikten auftretenden negativen Gedanken und Gefühle sollen als Rückfallrisiko erkannt und somit als Warnsignale zum „Gegensteuern“ wahrgenommen werden. Es soll gelernt werden, Streitigkeiten zu unterbrechen und „überschießende“ Gefühle in den Griff zu bekommen. Auch sollen Fertigkeiten geübt werden, um eigene Gefühle und Bedürfnisse offener und direkter ansprechen zu können.

43 vgl. Körkel & Schindler (2003). S. 197.

Inhalt: Mit Hilfe eines Brainstormings zum Begriff „Konflikt“ sollen die Gruppenmitglieder für verschiedene Aspekte von Konflikten sensibilisiert werden, wobei die Beiträge auf dem Flip-Chart notiert werden. Anschließend wird eine Definition des Begriffes „Konflikt“ vorgestellt und von dem Begriff „Konflikt“ zum Aspekt Streit sowie dessen unterschiedliche Austragungsmöglichkeiten übergeleitet. In diesem Zusammenhang werden die Teilnehmenden aufgefordert Eigenschaften für konstruktiven und destruktiven Streit zu benennen und in Stichworten aufzuschreiben. Nach der Sammlung von handbaren „guten“ und eskalierenden „bösen“ Streitelementen wird anhand persönlicher Erfahrungen das Auftreten bzw. Entstehen von Suchtmittelverlangen als Folge von Konflikten oder Streitigkeiten erörtert. Anschließend werden in der Gruppe Lösungs- oder Entschärfungsmöglichkeiten von Konflikten gesammelt, konkretisiert und diskutiert. Zum Abschluss werden mögliche Strategien (u.a. auch kommunikative Fertigkeiten) erarbeitet und in kurzen Rollenspielsequenzen erprobt.

Durchführung: Schon die Definitionsfindung von dem Begriff „Konflikt“ verdeutlichte, dass die Gruppenmitglieder ganz unterschiedliche Auffassungen vertraten, was ein Konflikt sei. Als Eigenschaften für a) konstruktiven Streit bzw. b) für destruktiven Streit wurden benannt:

- a) Zuhören, Vermeidung von Beleidigungen, ruhiger Ton, sachlich bleiben oder Streit unterbrechen, Kritik annehmen können, gute Begründungen haben.
- b) Respektlos sein, nicht ausreden lassen, laut werden, aggressiv sein, Gewalt androhen, den anderen doof stehen lassen, ironisch sein, den anderen reizen.

Innerhalb der Gruppe wurden a) Schlüsselwörter oder Äußerungen die zu sofortiger Erregung führen und b) typische Verhaltensweisen in Konfliktsituationen abgefragt:

- a) „Bleib mal locker“, „bleib geschmeidig“, „dir ist ja alles egal“, „Kleiner“, „Junky“, „Ja, ja“, „mir doch egal“, „red´ du mal“, „Nimm dir erst mal selbst was an“, „immer“, „nie“, Schimpfwörter aller Art
- b) „Ich gehe ganz leicht hoch.“; „Ich höre meist gar nicht zu, sondern versuche dagegen zu reden und den anderen nicht zu Wort kommen zu lassen.“; „Bei mir gab´s früher meist einen auf die Mappe – da wurde gar nicht geredet.“; „Ich habe bei Streit immer ein Gefühl wie Watte im Kopf.“

Der Zusammenhang von Streitigkeiten und Verlangen nach Suchtmitteln wurde sofort mit Beispielen der Teilnehmenden belegt, wobei ein Patient ein aktuelles Ereignis aus dem Arbeitsbereich ansprach. Schon an dieser Stelle wurde deutlich, dass bei Auseinandersetzungen die Fähigkeit des Zuhörens eine wichtige Rolle spielt – da kurz auf das aktuelle Geschehen eingegangen wurde, stellte sich heraus, dass die Auseinandersetzung auf einem Missverständnis beruhte. Als Entschärfungsmöglichkeiten wurden benannt:

Entschuldigungen, erstmal weggehen und sich beruhigen, sich durch etwas ablenken, mit anderen darüber reden, um Luft abzulassen, joggen, Musik hören, spazieren gehen, boxen.

Im Gegensatz zu den sonstigen Rollenspielen wurden die Vorgaben (Anwendung konkreter kommunikativer Fertigkeiten) als: „*das ist doch zu gekünstelt, so redet doch keiner*“ abgetan. Die Erklärung, dass es sich natürlich um künstliche Übungsbeispiele handelt, die allerdings ein bestimmtes Verhalten

verdeutlichen und der Übung dienen sollen, wurde zwar angenommen, die Teilnehmenden schienen jedoch verunsichert und benötigten bei der Entwicklung von Spielsequenzen unterstützende Hilfestellung. Bei der Darstellung wurde sichtbar, dass es einigen Personen schwer fiel, eigene Wünsche und Gefühle zu benennen. Zwei Darstellungen hoben jedoch die Unterschiede zwischen destruktiven und konstruktiven Streitverlauf deutlich hervor.

Einheit (8): (Alkohol-) Angebote sicher ablehnen

Hintergrund: Obwohl diese Einheit auf alkoholabhängige Menschen zugesprochen ist, stellen alkoholspezifische Situationen m. E. nach auch für drogenabhängige Personen eine hohe Gefährdung dar.⁴⁴ Einerseits liegt neben der Drogenabhängigkeit häufig eine Alkoholabhängigkeit – oder oftmals ein missbräuchliches Konsummuster – vor, andererseits berichten viele Drogenabhängige, dass einem Drogenrückfall der Konsum von Alkohol vorausging. Nach dem Konsum von Alkohol und einem Herabsinken der Hemmschwelle wurde dann zum Konsum anderer Drogen übergegangen.

Da insbesondere Alkohol leicht zu beschaffen ist, gesellschaftlich akzeptiert wird und häufig als „Ersatzrauschemittel“ genutzt wird, greift diese Einheit speziell die häufigen Angebotssituationen von Alkohol auf.

Viele Abhängige unterschätzen die Gefährdung, der sie in alkoholspezifischen Versuchssituationen ausgesetzt sind. Alkoholangebote mit einem deutlichen „Nein“ sicher abzulehnen, erscheint für

viele Betroffene auf den ersten Blick wenig problematisch. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass diese Fähigkeit mit einigen weiteren Aspekten zusammenhängt, wie z.B. der Einstellung als Abhängigkeitskranker, der Stärke der Abstinenzmotivation oder der Fähigkeit, seine Problematik mit Suchtmitteln anderen gegenüber äußern zu können. Das Risiko liegt oft darin, sich als abhängiger Mensch selbst als „Außenseiter/in“ oder „Versager/in“ zu sehen bzw. Angst zu haben, von anderen so gesehen zu werden und zu befürchten Sympathie zu verlieren.

Um sich erfolgreich abgrenzen zu können, sind spezifische Kompetenzen und kommunikative Fähigkeiten notwendig. Häufig fühlen sich suchtmittelabhängige Personen unter Druck gesetzt, wenn sie z.B. in einer geselligen Runde zum Mittrinken eingeladen (bzw. aufgefordert) werden. Dieser „Druck“ kann einerseits dazu führen sich nicht mehr dazugehörig zu fühlen, andererseits aber auch Ausdruck bestehender Defizite in der sozialen Kompetenz der Betroffenen sein.

Unter sozialer Kompetenz versteht man im Allgemeinen die erfolgreiche Umsetzung eigener Bedürfnisse in sozialen Situationen, wobei dies auf angemessene Art und Weise erfolgen sollte. Neben der Fähigkeit, sich gegenüber anderen abgrenzen zu können („nein sagen können“), werden darunter Fähigkeiten verstanden wie z.B. (berechtigte) Forderungen zu stellen, positive und negative Gefühle wie Anerkennung, Kritik oder auch Lob äußern zu können und positive Beziehungen aufbauen

44 Zudem lassen sich mehrere Angebotssituationen auf den Drogenkonsum übertragen (Angebote auf Partys, Konzerten, Festivals etc.).

und aufrechterhalten zu können.⁴⁵ Soziale Kompetenzdefizite haben auch eine große Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung.

Um die Teilnehmenden zu unterstützen, Angebote sicher ablehnen zu können, zielt die vorliegende Einheit auf die Förderung einer kompetenten Selbstbehauptung („nein sagen können“) ab. Das „Nein“ soll unmissverständlich und klar sein, sodass weitere Konsumauforderungen ausbleiben. Gleichzeitig sollte die Art und Weise der Ablehnung der konkreten Situation, in der man sich befindet, und der Person (bzw. den Personen) mit der man es zu tun hat, angemessen sein.

Die Fertigkeiten zum Ablehnen von Alkohol stellen ein eigenes Kompetenzbündel dar, das in einer Sequenz von sechs Handlungsschritten zusammengefasst werden kann.⁴⁶

1. Aussprechen eines entschiedenen, gut hörbaren „Nein“ (mit oder ohne Begründung).
2. Bestellen eines alkoholfreien Getränkes
3. Aufgreifen eines neuen Gesprächs-themas
4. Hinterfragen von anhaltenden Überredungsversuchungen
5. Hinweis, bei erneutem Überredungsversuch den Ort zu wechseln
6. Verlassen der Situation.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen persönliche Beispiele für Risikosituationen im Umgang mit Konsumangeboten erkennen und die individuelle Gefährdung

richtig einschätzen können. Entsprechend sollen geeignete Ablehnungsstrategien erarbeitet und nach ihren Vor- und Nachteilen bewertet werden. Die eigene Strategie soll geübt und dadurch überprüft werden. Ebenso soll reflektiert werden, inwieweit ein aktiver, offener Umgang mit der Abhängigkeit ein konsequentes Ablehnen erleichtert und die Abstinenzzuversicht stärkt.

Inhalt: Nach dem Sammeln verschiedener Anlässe für Alkoholangebote wird anhand exemplarischer Ablehnungssituationen die Frage erörtert, was das Ablehnen schwer machen könnte. An dem Flip-Chart wird die kognitive Bewertung der jeweiligen Risikosituation herausgearbeitet.

Anschließend erarbeiten die Teilnehmenden Verhaltensweisen, die ein selbstsicheres Ablehnen begünstigen sollten. Verschiedene Ablehnungsmöglichkeiten gesammelt und unterteilt in:

- Ablehnung mit Begründung,
- Ablehnung ohne Begründung und
- Ausreden.

Zusammenfassend wird noch einmal auf die Vor- und Nachteile verschiedener Ablehnungs- und Handlungsstrategien verwiesen.

Im nächsten Schritt erhalten die Gruppenmitglieder die Möglichkeit, diese Verhaltensstrategien in kleinen Rollenspielen zu üben⁴⁷. In der Auswertung wird darüber hinaus die Rolle der inneren Haltung zur Abstinenz diskutiert, die entweder festigend oder aber verunsichernd wirken kann. In diesem Sinne stellt sich auch im handlungsorientierten Ablehnungstraining die (motiva-

45 vgl. Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. 4. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.

46 vgl. Körkel & Schindler (2003). S. 175; Wobei nur Schritt 1 obligatorisch ist, auf alle weiteren Schritte kann je nach Situation flexibel zurückgegriffen werden.

47 Mit Hilfe eines Leitfadens zur Ablehnung von Angeboten.

tionale) Frage nach der Abstinenzentscheidung.

Einheit (9): Der „Fehltritt“ – Hilfe zur Erstellung eines Notfallplans

Hintergrund: In dieser Einheit wird gezielt die Möglichkeit eines Rückfalls aufgegriffen. Hierbei ist die von Marlatt getroffene Unterscheidung zwischen kurzfristigem „Ausrutscher“ und länger andauerndem, schweren Rückfall relevant. Nach der Konzeption des Rückfallmodells ist die kognitive Verarbeitung des „Ausrutschers“ der wesentliche Prädiktor für den weiteren Rückfallverlauf. Ungünstige gedankliche oder gefühlsmäßige Verarbeitungsmuster, wie z.B. selbstschädigende Erklärungen „*Ich schaffe es eh nicht*“, „*Ich bin ein Versager*“ erhöhen das Risiko eines zunehmenden Konsums und bergen die Gefahr die Abstinenzentscheidung in Frage zu stellen und aus dem Veränderungsprozess auszusteigen. Die Differenzierung zwischen unterschiedlichen „Rückfallverläufen“ („Ausrutschen“ oder „Rückfällen“) beinhaltet das Ziel, die Rückfalldauer und die -folgen zu verringern sowie die Patienten zu unterstützen, nach dem Eintritt des „Ernstfalls“ wieder zur Abstinenz zurückzufinden. Ein „Ausrutscher“ sollte zwar als ernstes, aber dennoch zu korrigierendes Ereignis betrachtet werden.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen sich gezielt mit der Möglichkeit eines zukünftigen Rückfalls auseinandersetzen und anhand differenzierter Analysen vergangener Rückfälle erkennen, welcher „erlaubniserteilenden Gedanken“ zum ersten Konsum führten und welche Gedanken und Gefühle das Aufhören erschweren. Sie sollen unmittelbare

Bewältigungsstrategien erarbeiten, um einen Rückfall zwar als alarmierenden Notfall, aber nicht als Scheitern ihrer Abstinenzbemühungen verstehen lernen.

Inhalt: Im ersten Schritt werden anhand beispielhafter Rückfallerwartungen Rückfallauslöser und Konsumerwartungen aufgegriffen, z.T. erfolgt ein Rückgriff auf bereits benannte Beispiele von den Gruppenmitgliedern.⁴⁸ Bei der Analyse der Rückfälle werden die „erlaubniserteilenden Gedanken“ hervorgehoben und an dem Flip-Chart notiert. Der Rückfall wird daraufhin als „erwartungsgesteuertes Bewältigungsverhalten“ definiert.

Im zweiten Schritt sollen sich die Teilnehmenden mit der gedanklichen und emotionalen Verarbeitung des „Ausrutschers“ auseinandersetzen, auch dies wird an dem Flip-Chart festgehalten.

Im nächsten Schritt wird innerhalb der Gruppe erläutert, welche Gedanken oder Gefühle das Aufhören schwer machen könnten. Damit sind alle Aspekte gemeint, die im Sinne eines „Abstinenzverletzungseffektes“ die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen. Einerseits wird auf die mögliche Selbstabwertung und Enttäuschung von rückfälligen Personen, andererseits auf die vermeintliche Kontrollfähigkeit und mögliche Selbstüberschätzung eingegangen. Beide Extreme bergen die Gefahr, die gewählte Abstinenzentscheidung zu revidieren - sei es durch Resignation oder durch die Idee vom kontrollierten, gelegentlichen Konsum. An dieser Stelle werden die Betroffenen noch einmal auf das anfangs erwähnte Expeditionsmodell verwiesen: Auch bei der Expedition zum Berg der Unabhängigkeit können ernsthafte, unvorgesehene Zwischenfälle

48 Zur Veranschaulichung ist das Rückfallmodell von Marlatt aufgebaut.

auftreten, die einen Notfallplan und ein sofortiges Handeln erfordern.

Nachdem den Teilnehmenden das Risiko einer selbstwertschädigenden Verarbeitung verdeutlicht wurde, stehen nun die Förderungen von Kompetenzen, den Suchtmittelkonsum kurzfristig zu stoppen, im Mittelpunkt. Anhand der Metapher „Erste Hilfe am Unfallort“ soll die Notwendigkeit eines eingeübten, standardisierten Vorgehens beim Einsatz unmittelbar lebensrettender Maßnahmen herausgestellt werden⁴⁹. In diesem Zusammenhang wird auf die 3 zentralen Aspekte einer Situationsbewältigung hingewiesen:

- Je diffuser das Wissen um die 1. Hilfe ist, desto größer ist der Stress in der Situation.
- Je größer der Stress, desto wichtiger ist es auf ein klares und eng umgrenztes Vorgehen zurückgreifen zu können (erstens..., zweitens..., drittens... Handlungsplan)
- Je besser dieses Vorgehen - als Vorbereitung eines hoffentlich nie eintretenden Ernstfalls - eingeübt wird, desto eher kann es auch angewandt werden.

Anschließend sollen die Gruppenmitglieder einen Entwurf für ihr individuelles Vorgehen nach dem ersten Konsum erarbeiten (Sammlung an dem Flip-Chart, Konkretisierung durch gezieltes Nachfragen) und diese Schritte als Hausaufgabe in einem SOS-Notfallplan festhalten.

Einheit (10): Ausgewogener Lebensstil – Die Lebensqualität fördern

Hintergrund: Nach dem Rückfallmodell von Marlatt ist ein unausgewogener Le-

bensstil „*der erste verdeckte Vorläufer einer Kette von Ereignissen, die zum Beginn eines Rückfalls führen können*“.⁵⁰ Der persönliche Lebensstil bildet somit den „Nährboden“, entweder für eine zunehmende Rückfallgefährdung oder für eine zunehmende Stabilisierung der Abstinenzzuversicht. Eine unausgewogene Lebenssituation, in der Belastungen und Verpflichtungen gegenüber Wünschen und Entlastungen überwiegen, führen zu einer Zunahme von Unzufriedenheit. Dies kann wiederum den Wunsch nach kurzfristiger Erleichterung und der (entspannenden) Wirkung von Suchtmittel wecken. Insbesondere wenn länger andauerndes Ungleichgewicht zwischen alltäglichen Belastungen und Erholungsmöglichkeiten besteht. Laut Altmannsberger entspricht dies dem stress-theoretischen⁵¹ Ansatz, wonach Stress ein Zustand innerer Anspannung ist, der durch ein Ungleichgewicht von Belastungen und Ärgernissen des Alltags und positiven Erlebnissen ausgelöst wird.

Erheblich ist hierbei die Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Stress ist also ein psychologisches Phänomen und abhängig von der Einschätzung verfügbarer und wirksamer Copingstrategien. Dabei kann zwischen emotionalem Coping (kurzfristige Herstellung des inneren Gleichgewichtes) und problemorientiertem Coping (gezielter Versuch, Probleme zu verändern) unterschieden werden. Da der Suchtmittelkonsum auch als eine konditionierte und in der Vergangenheit praktizierte (und ungünstige) Form der Stressbewältigung im Sinne eines emotionalen Copings gesehen werden

49 Hierzu kann eine praktische Überprüfung von Wissen aus dem 1. Hilfe Kurs dienen (Welche Schritte werden eingeleitet, wie wird die stabile Seitenlage korrekt ausgeführt?).

50 Parks, zit. nach Körkel & Schindler (2003). S. 307.

51 vgl. Altmannsberger (2004). S. 113.

kann, bedeutet dies für die Betroffenen, dass alternative Verhaltensweisen gefunden werden müssen.

Ein ausgewogener Lebensstil kann durch zweierlei erreicht werden

1. Reduktion von Belastungen
2. Steigerung von Ausgleich und Entlastung (sich etwas „Gutes“ tun)

Eine aktive vorsorgende Alltagsbewältigung erhöht die Lebenszufriedenheit und stärkt die Erwartung, sein Leben „im Griff“ zu haben. Neben der Planung und Umsetzung positiver, befriedigender Aktivitäten und Verhaltensweisen (wie z.B.: Freizeitgestaltung und Ernährung) spielt auch das Bemühen um befriedigende Beziehungen (das „soziale Netz“) eine unterstützende Rolle.

Ziele: Die Teilnehmenden sollen für die Gefahr einer Unausgewogenheit des eigenen Lebensstils sensibilisiert werden und einschätzen können, welche Belastungen nach der Therapie auf sie zukommen werden. Konkrete Ausgleichsmöglichkeiten in Form von positiven Aktivitäten und Verhaltensweisen sollen gefunden werden (wobei auch angeregt werden soll, angenehme Dinge bereits in den Tagessablauf der Therapie einzubetten). Ebenso soll eine Sensibilisierung für mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Ausgleichsmöglichkeiten erreicht werden und Personen benannt werden, die unterstützend wirken.

Inhalt: Nach einer persönlichen Stressanalyse, bei denen die Gruppenmitglieder in Partnerarbeit mögliche Belastungen der ersten 4 Wochen nach Therapieende sammeln sollen, wird ih-

nen anhand einer Metapher „Batterie“⁵² erläutert, wie Rückfallgefahren bei fort-dauernder Belastung entstehen können. Nachfolgend werden individuelle Ausgleichsmöglichkeiten (Unternehmungen wie auch gesunde Verhaltensweisen) gesammelt und auf ihre Alltagstauglichkeit überprüft. Ebenso werden stützende, soziale Kontakte der Gruppenmitglieder erarbeitet, um eine zukünftige Absicherung mit „Netz und doppelten Boden“ zu schaffen. Zum Abschluss dieser Einheit sollen alle Teilnehmenden ihren persönlichen Notfallplan vorstellen und eine persönliche Bilanz ziehen.

4 Vorläufige Reflexionen der Durchführung

Entgegen meiner Erfahrung, dass es schwer fällt, Neuerungen in strukturierte Institutionen einzubringen und auch durchzuführen, wurde mein Vorhaben von der Leitung wie auch von den Mitarbeiter/innen interessiert und vorwiegend wohlwollend aufgenommen.

Da das Gruppenangebot an einem Vormittag stattfindet und damit in die Zeit der Arbeitstherapie fällt, mussten einige strukturelle Veränderungen im Alltags- und Arbeitsablaufs der Einrichtung vorgenommen werden. So wurden z.B. der wöchentliche Großeinkauf sowie die Arztgesprächstunden verlegt und verschiedene Aufgabenverteilungen der Patienten neu zugeordnet. Insgesamt setzten diese Änderungen eine Flexibilität bei Mitarbeiter/innen und Patienten voraus, die Integration des zusätzlichen Gruppenangebots in den Einrichtungs-

52 Z.B. Autobatterie, die sich entlädt, wenn sie nicht beständig aufgeladen wird und bei zu wenig Ladung, ihre Funktionalität verliert.

alltag verlief allerdings komplikationsloser als anfänglich vermutet.

Für die Patienten selbst stellte der festgesetzte Termin auf den ersten Blick einen Anreiz dar, da die wöchentliche Arbeitszeit im arbeitstherapeutischen Bereich verkürzt wurde. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die Teilnahme an dem Gruppenangebot eher eine zusätzliche Arbeitszeit erfordert, da neben der Teilnahme an den Gruppeneinheiten auch Hausaufgaben zu bearbeiten sind.

Die personelle Unterstützung durch die Leiterin der Einrichtung habe ich bei der Durchführung wie auch bei den (teilweise stattfindenden) gemeinsamen Vor- und Nachbereitungen als hilfreich und entlastend empfunden. Drei Einheiten wurden von mir allein durchgeführt, was ich z.T. beschwerlicher empfand. Aufgrund der knappen Zeit und der nötigen Hilfestellung bei den Rollenspielen halte ich eine Durchführung eines solchen Angebots von 2 Personen für sinnvoller.

Zum Faktor Zeit wäre noch anzumerken, dass der gewählte 1-Std.-Rahmen zu knapp bemessen war, eine Ausweitung auf eine Dauer von 2 Std. wäre vorteilhafter.

Allgemein bewerteten die Teilnehmenden ihre Auswahl für das Angebot als positiv. Da das Angebot nur eine begrenzte Anzahl von Gruppenmitgliedern zuließ, sahen sie ihre Teilnahme als etwas Besonderes, sich selbst als „auserwählt“ an. Die heterogene Gruppenzusammensetzung von „rückfallerfahrenen“ und („therapie-) unerfahrenen“ Patienten, bewies sich als vorteilhaft. Die Annahme, dass Patienten mit „Rückfallerfahrung“ eine erklärende Auseinandersetzung mit ihren Schwierigkeiten und erlebter Rückfälligkeit an-

streben und durch ihre Erfahrungen Patienten mit einer kürzeren „Suchtgeschichte“ hilfreich und aufklärend zur Seite stehen können, bestätigte sich. Der Erfahrungsaustausch führte oft zu lebhaften Diskussionen und sorgte m.E. gleichzeitig für Entlastung.

Inwieweit die Hausaufgaben von allen Teilnehmenden wirklich gemacht wurden, blieb bislang offen. Von zwei Patienten die sich bei mir in Einzelbetreuung befinden kann ich zumindest wiedergeben, dass die Hausaufgaben gewissenhaft erledigt wurden, was vielleicht aber auch daran lag, dass in Einzelgesprächen immer wieder auf die Bearbeitung der Aufgaben zurückgegriffen wurde. Von diesen beiden Patienten kann ich zumindest berichten, dass sie ihre Abstinenzmotivation und –zuversicht höher als zu Beginn der Behandlung einschätzen, ihr Konsumverhalten selbstkritischer betrachten und sowohl kognitive wie auch handlungsorientierte Präventionsstrategien (wie z.B. Selbstbeobachtung, ermutigende Selbstverbalisation, Umbewertung bestimmter Situationen) einsetzen, um Risikosituationen zu bewältigen.

Aber auch an anderer Stelle scheint der Transfer von Gruppeninhalten in den Alltag zu gelingen: So wurde z.B. von zwei Teilnehmern berichtet, dass der in der 1. Einheit als Hausaufgabe zu schreibende Brief genutzt wurde, um den abgebrochenen Kontakt zu Angehörigen wieder herzustellen. Ein „rückfallerfahrener“ Patient berichtet wiederholt, dass er die Zusammenhänge seiner Abhängigkeitsproblematik und seines erfolgten Rückfalls „mehr und mehr“ verstehe ... Auch in anderen Gruppen und Zusammenhängen wird von Patientenseite gelegentlich auf Inhalte und Erfahrungen aus der Präventionsgruppe verwiesen.

Ingesamt positiv an dem Gruppenangebot wurde von den Teilnehmenden die Atmosphäre, die erlebte Offenheit wie auch die Möglichkeit einer aktiven Beteiligung bewertet. Hier scheint sich die Annahme zu bestätigen, dass die Arbeit mit einem Manual für therapieunerfahrene oder im Gruppensetting unsichere Personen, vorteilhaft sein kann, da die klare Strukturierung Sicherheit vermittelt und bestehendes Misstrauen abbauen kann. Anhand von beispielhaften Schilderungen seien oftmals persönliche Parallelen erkennbar geworden und man habe generell sein Wissen erweitern können. An Inhalten wurden wiederholt die Entspannungsübung und die Rollenspiele gelobt. Die Ausführungen und Erklärungen durch die Therapeutinnen wurden durchgehend als sehr gut oder gut verständlich bewertet. Als negativ wurde die nicht stattfindende Kontrolle der Hausaufgaben und der enge Zeitrahmen benannt. An verschiedenen Stellen wurde eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik gewünscht (z.B. bei den Einheiten 3 und 6).

Meiner Ansicht nach bietet das Gruppenangebot eine Wissenserweiterung zur Abhängigkeit allgemein und zum Thema Rückfall an und kann den betroffenen Personen besonders mit Beginn der zunehmenden Außenorientierung durch selbst geplante Tages- oder Wochenendausgänge, bei denen sie ihr in der Therapie neu erlerntes Verhalten anwenden und erproben können, unterstützen.

Von Menschen die zum wiederholten Male in der Einrichtung waren, wurde

das zusätzliche Gruppenangebot als sinnvolle Erweiterung des therapeutischen Wochenprogramms angenommen. Nachfragen von neuen Personen nach einer „wiederholten Auflage“ und möglichen Teilnahme gab es bereits.

Aufgrund dieser ersten Erfahrungen bleibe ich weiter der Ansicht, dass ein strukturiertes, themenzentriertes Gruppenangebot, welches gezielt und sachlich krankheitsbezogenes Wissen vermittelt, eine gute Ergänzung zu den Gruppenangeboten – die oftmals aktuelle Störungen (wie Konflikte innerhalb der Patientengruppe, alltägliche Probleme innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft) aufgreifen – darstellt.

Mir hat die Durchführung bislang, bei all der Arbeit und auch Aufregung, Spaß gemacht und meinen Erfahrungs- und Wissenshorizont erweitert. Insofern stehe ich einer Fortführung des Angebotes – auch wenn einige Dinge noch mal überarbeitet und abgeändert werden müssen - durchaus positiv gegenüber.

Gawin und Kleber benennen: *„Das Ziel der Rückfallprophylaxe besteht darin, die externe Kontrolle, die über den Patienten von Familienangehörigen und Therapeuten ausgeübt wird, nach und nach abzubauen und stattdessen seine interne Kontrollfähigkeit zu stärken.“*⁵³

Inwieweit dieses Ziel erreicht werden kann und inwieweit die Gruppenmitglieder Anregungen des Gruppenangebots übernehmen, ist schwer evaluierbar – Basiswissen und neue Denkanstöße konnten jedoch erfolgreich vermittelt werden.

53 Gawin und Kleber, zit. nach Beck u.a. (1997). In Lindenmeyer, J. (Hrsg.). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz. S. 305.

5 Anhang

Inhalte der Präventionsprogramme von Körkel / Schindler (S.T.A.R.) sowie von Altmannsberger (R.P.T.):

Die 15 S.T.A.R.-Module	Die 14 Einheiten des R.P.T.
	0. Informationstreffen zum R.P.T.
1. Grundinformationen über Rückfälligkeit	1. Vorstellung und Einführung ins Training
2. Abstinenz: Pro und Contra	2. Vom Problem zur Krankheitseinsicht
3. Hochrisikosituationen	3. Entscheidung zur Abstinenz?!
4. Soziale Situationen (I): Ablehnen von Trinkaufforderungen und Ansprechen der eigenen Abhängigkeit	4. Das Präventionsmodell: „Expedition zum Berg der Freiheit“
5. Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik	5. Rückfallverbieten
6. Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung	6. Rückfallgefahren erkennen
7. Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung	7. Dem Verlangen widerstehen
8. Alkoholverlangen („craving“)	8. Hilfe bei emotionalen Tiefs
9. Kontrolliertes Trinken	9. Zum Umgang mit sozialen Konflikten: Frustrationen bewältigen – Streit entschärfen
10. Ausgewogener Lebensstil	10. Alkoholangebote sicher ablehnen
11. Ausrutscher und Rückfall	11. Der Weg in den Rückfall: Das „2. Glas“ verhindern
12. Umgang mit Ausrutscher und Rückfall	12. Den Rückfall verarbeiten, die Abstinenzentscheidung erneuern
13. Gespräche mit Angehörigen und Freunden zum Thema Rückfall (I): Gesprächsführung/-blockaden	13. Balance der Kräfte: Die Lebensqualität fördern
14. Gespräche mit Angehörigen und Freunden zum Thema Rückfall (II): Gesprächsinhalte	14. Notfallkoffer und Feedback: Bewältigungsszenarios unter Stress
15. Nachsorge	

Einheit (2): Entscheidung zur Abstinenz?!

Sammlung der Teilnehmer von Vor- und Nachteilen des Konsums anhand der 4-Felder-Matrix:

	Abstinenz	Drogenkonsum
VORTEILE	– Man ist im sozialen Umfeld besser integriert – Man lernt bessere Frauen kennen – Man kann Beziehungen besser leben – Man kann der Realität ins Auge sehen – Man ist zufriedener – Man nimmt Gefühle besser wahr – Man lebt mit allen Sinnen – Keine Heimlichkeiten mehr – Man ist „fitter“ – Keine Angst mehr aufzufallen – Man kann besser arbeiten / man ist leistungsfähiger	– Man kann besser verdrängen – Man kann sein Befinden besser beeinflussen – Man ist nicht so schüchtern / kontaktfreudiger – Man fühlt sich stärker – Man hat eine „Schutzmauer“ – Sex dauert länger – Spass – Kick – Dichtsein – Gefühle lassen sich besser verstecken – Man ist ruhiger – Man ist leistungsfähiger
NACHTEILE	– Man muss sich selbst ertragen – Man muss sich um alles kümmern – Papierkram ist liegen geblieben – Viele Schulden – Man ist sensibler – Man ist schmerzempfindlicher – Die Realität ist manchmal „hart“	– Probleme in der Familie – Kriminalität, Straffälligkeit – Knast – Obdachlosigkeit – Schulden – Gesundheitliche Schäden (Hep, Abszesse, Paranoia, HIV) – Stress

Einheit (3): Rückfallvorboten erkennen

Von dem Patienten wurde ungefähr folgender Sachverhalt geschildert:

Er habe sich aufgrund vielfacher familiärer und partnerschaftlicher Probleme zu einer Therapie entschlossen. Er habe zwar schon drogenfrei leben wollen, sei aber innerlich nicht „100% überzeugt“ gewesen. Der „Druck“ durch Eltern und seine Frau, sei letztlich der wahre Motivationsgrund gewesen. Insofern habe er die Wünsche und Anliegen seiner Familie vor die eigenen gestellt. Innerhalb der Einrichtung habe er das Zusammenleben als „stressig“ empfunden, da es viele Meinungsverschiedenheiten gegeben habe.

Als seine Mutter erkrankte, habe er Schuldgefühle verspürt, da er sie nicht unterstützen konnte und dies in der Vergangenheit auch nicht getan habe. Bei einem Telefonat mit seinen Eltern habe er erfahren, dass seine Frau ohne Absprache in den Urlaub gefahren sei. Es habe ihn gekränkt und verunsichert, dass plötzlich Dinge ohne sein Beisein und außerhalb seiner Einflussnahme entschieden werden. Gleichzeitig habe er Angst gehabt, dass seine Frau ihn verlassen könnte. Aufgrund der vielen Sorgen habe er sich vermehrt zurückgezogen und gegrübelt. Gesprächsangebote habe er abgelehnt. Kontakt habe er nur noch zu einem Mitpatienten, der ebenfalls russischer Herkunft war, gehalten. Als der Mitpatient in den Verdacht geriet rückfällig geworden zu sein, habe er „Partei“ für ihn ergriffen. Bei dessen Entlassung habe er sich „solidarisch“ dem Mitpatienten angeschlossen, zusammen habe man die Therapieeinrichtung verlassen. Nachdem ihm von dem Mitpatienten mitgeteilt wurde, dass dieser doch rückfällig gewesen sei, sei er enttäuscht gewe-

sen und habe kurz überlegt, ob er in die Einrichtung zurückgehe. Die Befürchtung „das Gesicht zu verlieren“ habe ihn aber davon abgehalten. Gleichzeitig habe er die Konsequenzen seines Verhaltens realisiert (keine Anlaufstelle, § 35 BTmG, evtl. erneute Inhaftierung) aber nicht gewusst, wie er seiner Familie den „Therapieabbruch“ begründen solle. Insgesamt habe er ein „Scheiss-egal-Gefühl“ verspürt und alles sei ihm gleichgültig gewesen.

Da er sich nicht getraut habe bei seiner Familie anzurufen, sei er auf das Angebot des Mitklienten eingegangen, ein paar Tage dort wohnen zu können. Die Verkettung von Ereignissen und Gedanken habe schließlich zu Resignation und dem Gedanken: „Jetzt ist eh nichts mehr zu ändern“ geführt, so dass er zugestimmt habe Bier zu kaufen. Gemeinsam habe man während der Zugfahrt in die Heimatstadt des Mitklienten getrunken. Am Bahnhof der Heimatstadt habe man sofort Bekannte aus der Drogenszene getroffen und sich Drogen gekauft. Zu diesem Zeitpunkt habe er das Gefühl gehabt, die „Uhr nicht mehr zurückdrehen zu können“. Gleichzeitig habe er nicht gewusst wie es weitergeht ...

Nach 2 Tagen sei er zurück zu seiner Familie gegangen. Er habe von dem vorzeitigen Therapieabbruch berichtet, aber seine wahren Gründe wie auch den vorherigen 2-tägigen Drogenrückfall verschwiegen. Aufgrund der Entzugserscheinungen habe er sich körperlich „schlapp“ gefühlt, zugleich habe er versucht zu „funktionieren“ und seine reale Situation zu überspielen...

Einheit (4): Risikosituationen

Die Schilderung des Patienten lautete ungefähr wie folgt:

„Ich hatte meine 1. Entgiftung hinter mir und bin in eine andere Stadt, in die Wohnung meines Bruders gezogen. Eigentlich stimmte alles und es ging mir gut. Ich hatte Arbeit und genug Geld. Allerdings habe ich mich oft gelangweilt, besonders am Abend oder an den Wochenenden. Mein Bruder war oft mit Freunden oder seiner Freundin unterwegs, andere Bekannte hatte ich nicht. Ich saß fast immer vor dem Fernseher und habe durchs Programm gezappt.

Häufig kamen mir Erinnerungen an frühere, alte Bekannte oder gemeinsame Unternehmungen hoch. Ich habe Leute vermisst, die mir nahe standen. Insgesamt habe ich mich ziemlich allein gefühlt. Manchmal habe ich gedacht:

„Früher war auch nicht nur alles schlecht.“

„Mit ein paar Bier zur Entspannung wird alles nicht mehr so schwer sein, dann bin ich etwas lockerer und kann die Welt vielleicht wieder rosiger sehen. Wenn ich lockerer bin, kann ich allein und ungezwungen in eine Kneipe gehen...“

„Eines Abends habe ich mir dann Bier gekauft und dies beim Fernsehen getrunken. Da das Aufhören anfangs gut klappte und ich mich zufriedener fühlte hat sich dies einige Male wiederholt, bis ich mir eine Flasche Wodka gekauft habe ... Irgendwann als ich gut angetrunken war, bin ich wieder in meine Heimatstadt gefahren und habe mir dort Drogen gekauft...“

Einheit (6): Umgang mit emotionalen Tiefs / mit unangenehmen Gefühlen

Sammlung der kognitiven und handlungsorientierten Bewältigungsmöglichkeiten
(„Was kann ich tun, um mit negativen Gefühlen besser umgehen zu können, um aus einem emotionalen Tief wieder herauszukommen?“):

Kognitive Möglichkeiten – positives Denken	Handlungsorientierte Möglichkeiten – positives Handeln
– Anderen Menschen geht es schlechter als mir (es geht mir im Vergleich zu anderen noch ganz gut) – Wenn es mit ihr nicht klappt, dann mit der nächsten (Liebeskummer) – Ich kann das doch – Morgen ist auch noch ein Tag – Was mich nicht umbringt, macht mich stärker – Besser Arm dran als Arm ab – Ich habe schon schlimmeres durchgemacht – Wird schon wieder – Die Zeit heilt alle Wunden – Ich muss es irgendwie schaffen – Immerhin bin ich in Therapie – An was Schönes denken (Freundin etc.)	Unterstützung suchen: – Mein Problem direkt ansprechen; – Mir einen wichtigen Menschen für das Gespräch suchen / andere Meinungen anhören – Mit der Mutter, Freundin telefonieren – Freunde aufsuchen – Therapeuten ansprechen Ablenkung /aktiv etwas tun: – Mich unter Leute mischen – Lesen – Sport (joggen, Boxsack, "Muckibude") – Mich durch Arbeit ablenken – Fernsehen – Musik hören – Sex – Mich um formelle Sachen kümmern (Briefe schreiben, „Papierkram“ sortieren) Mir etwas Gutes tun: – Mal einfach nichts tun – mir etwas gönnen (was ich lange schon nicht mehr gemacht habe) – Sauna – Solarium – Schokolade essen – Capuccino trinken gehen

Literatur

Altmannsberger, Walter (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Göttingen: Hogrefe.

Beck, Wright, Newmann, Liese & Lindenmeyer (Hrsg.) (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Deutsche Ausgabe. Weinheim: Beltz.

Bühringer, Gerhard (2003). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: Margraf, Jürgen (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 1. Nachdruck, S. 269ff. Band 2. Berlin: Springer.

Bühringer, Gerhard. Die Bedingungen der stationären Therapie für Drogenabhängige. In: Sucht aktuell, Heft 1/2004, S. 37ff.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1996). Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken. Alkohol – Drogen – Medikamente. Heft 12, Frankfurt a. M.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1997). Fachlexikon der sozialen Arbeit. 4. Auflage. Frankfurt a. M.: Eigenverlag.

Caneiro Alves, Eva & Evers, Christian (2002). Stationäre Langzeittherapie und Nachsorge. In: Böllinger Lorenz & Stöver, Heino (Hrsg.). Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik. 5. Auflage. S. 252-266. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Hinsch, Rüdiger & Pfungsten, Ulrich (2002). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Körkel, Joachim (Hrsg.) (1998). Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 2. Auflage. Wuppertal: Blaukreuz Verlag.

Körkel, Joachim. Rückfälle Drogenabhängiger – eine Übersicht. In: Abhängigkeiten, Heft 1/1999, S. 24 – 45.

Körkel, Joachim & Kruse, Gunther (2000). Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Körkel, Joachim & Schindler, Christine (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer.

Lindenmeyer, Johannes (1999). Alkoholabhängigkeit. Band 6 In: Schulte, Dietmar, Prof. Dr. u.a. (Hrsg.). Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Göttingen: Hogrefe.

Lindenmeyer, Johannes (2003). Rückfallprävention. In: Margraf Jürgen (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 1. Nachdruck, S. 565ff. Band 1. Berlin: Springer.

Schuster, Klaus (2000). Abenteuer Verhaltenstherapie. 2. Auflage. München: DTV.