

**Auf dem Weg zu stabiler  
Abstinenz -  
die Berücksichtigung von  
Willensprozessen in der Suchttherapie**

**Diplomarbeit**

vorgelegt von

Katarina Schale  
Studiengang Soziale Arbeit

im Wintersemester 2010/ 2011

Hochschule Neubrandenburg

Urn.:nbn:de:gbr:519 – thesis 2010 – 0579 - 4

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Wie aus Motivation Handlung wird: Ein Blick in die theoretischen Grundlagen von Motivation und Volition.....</b>	<b>5</b>
2.1 Motivation.....	6
2.1.1 Kurt Lewin: Motivation als „gespanntes System“.....	7
2.1.2 Implizite und explizite Motivation.....	8
2.2 Volition – der Prozess der Handlungsumsetzung - Das Rubikon-Modell von Heckhausen.....	10
2.2.1 Prädezyonale Phase .....	11
2.2.2 Das Überschreiten des Rubikon – präaktionale Phase.....	11
2.2.3 Aktionale Phase.....	13
2.2.4 Postaktionale Phase.....	13
2.2.5 Weitere Forschungsergebnisse.....	13
2.3 Volition im Prozess – Selbststeuerungskompetenzen anhand des PSI– Modells (Persönlichkeits–System–Interaktion) von Julius Kuhl.....	14
2.3.1 Handlungsorientierung und Lageorientierung.....	15
2.3.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle.....	19
2.3.3 Selbstbestimmung und innere Freiheit .....	23
2.4 Zusammenfassung.....	26
<b>3 Wille und Sucht.....</b>	<b>28</b>
3.1 Die Definition des Abhängigkeitssyndroms im ICD 10.....	29
3.2 Substanzabhängigkeit als Selbstregulationsversuch .....	30
3.2.1 Die psychologische Funktionalität von Alkohol, Heroin und Kokain.....	32
3.2.2 Folgen von Substanzabhängigkeit auf die Selbststeuerungskompetenzen.....	38
3.2.3 Das Putschmodell – Der Wille im Dienst der Sucht .....	43
3.3 Die Lebenssituation abhängigkeitskranker Menschen – welche Kompetenzen werden benötigt?.....	45
3.3.1 Betrachtung der Lebenswelt illegaler Suchtmittelabhängigkeit .....	46
3.4 Zusammenfassung.....	50

<b>4 Der Ausstieg aus der Sucht .....</b>	<b>51</b>
4.1 Das Transtheoretische Modell .....	51
4.1.1 Stufen der Veränderung.....	52
4.1.2 Prozesse der Verhaltensänderung.....	55
4.1.3 Weitere Variablen im Veränderungsprozess.....	56
<b>5 Die Rolle von Selbstkontrolle und Selbstregulation im Ausstiegsprozess.....</b>	<b>59</b>
5.1 Selbstkontrolle und Selbstregulation in den Veränderungsprozessen des TTM.....	59
5.2 Wie kann Selbstregulation erlernt werden ?.....	66
5.3 Zusammenfassung.....	71
<b>6 Fazit und Ausblick.....</b>	<b>72</b>
Quellenverzeichnis:.....	74

## 1 Einleitung

„Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg!“ - Stimmt diese landläufige Aussage? Reicht es aus etwas „zu wollen“ und dann ist alles möglich? Kann ein Wille „schwach“ sein? Oder wird hier grundsätzlich der Wille mit der Motivation verwechselt? Der Wille als Objekt wissenschaftlicher Betrachtung führte lange ein Schattendasein. Dies ist unter Anderem der Tatsache geschuldet, dass das Phänomen „Wille“ nur schwer greifbar ist.

Wenn der Wille als Fähigkeit zur Realisation einer Handlung definiert wird, können einzelne Komponenten, kognitiver, emotionaler und motivationaler Art, erfasst und verstanden werden (vgl. Dorsch Psychologisches Wörterbuch 1994: Wille, S.875). Auf Grundlage dieser Abgrenzung ist eine gezielte Diagnose und daraus abgeleitete sinnvolle therapeutische Arbeit möglich.

Dieser Diplomarbeit liegt die Frage zugrunde, inwieweit Willensprozesse in der Befähigung zur dauerhaften und zufriedenen Abstinenz von Suchtstoffen eine Rolle spielen und wie diese innerhalb der stationären Suchttherapie gefördert werden können. Dabei ist im Rahmen dieser Arbeit vor allem von Interesse, welche volitionalen Prozesse notwendig sind, um das Ziel der Abstinenz zu erreichen und diese aufrechtzuerhalten.

Dazu ist es zunächst wichtig, den Begriff des „Willens“, der im Kontext moderner Psychologie „Volition“ genannt wird, von dem Begriff der „Motivation“ abzugrenzen. Im zweiten Kapitel sollen dafür die zentralen theoretischen Grundlagen vorgestellt werden. Dabei wird neben der Beschäftigung mit der modernen empirischen Forschung zur Volition auch ein kleiner Einblick in motivationspsychologische Erkenntnisse gegeben. Neben der Frage, wie Motivation definiert werden kann und der von Lewin geprägten und heute noch gültigen Grundannahme, dass Motivation durch die Faktoren „Person“ und „Situation“ bestimmt wird, ist vor allem die Beschäftigung mit der impliziten und expliziten Motivation für die Thematik dieser Arbeit von Bedeutung.

Die Umsetzung von Handlung wird zunächst in der Abfolge der einzelnen Handlungsphasen und ihren spezifischen Strategien anhand des Rubikon-Modells von Heckhausen dargestellt. Dann wird der Blick auf innerpsychische Prozesse gerichtet, welche die Handlungs-umsetzung vor allem bei auftretenden Schwierigkeiten begleiten. Anhand des funktions-analytischen PSI-Modells (Persönlichkeit-System-Interaktion) von Kuhl werden die Selbststeuerungskompetenzen der Selbstkontrolle und Selbstregulation als Bestandteile

von volitionalen Prozessen differenziert. Im Verlauf der Arbeit wird deutlich, dass Selbstregulation und Selbstkontrolle, sowohl was die Entstehung von psychischer Abhängigkeit betrifft, als auch bei dem therapeutischen Prozess zur Erreichung von Abstinenz, eine zentrale Stellung einnehmen.

Im dritten Kapitel wird nach einer kurzen Definition von Substanzabhängigkeit, der Zusammenhang zwischen Selbstregulation und der Entwicklung von Sucht, im Mittelpunkt stehen. Dabei werden die spezifischen psychologischen Funktionalitäten der Substanzen Alkohol, Heroin und Kokain dargelegt und mit den volitionalen Prozessen in Beziehung gesetzt. Von zentralem Interesse wird sein, inwieweit die Substanz dem Ersatz von Selbstregulation dient. Weiterhin wird aufgezeigt werden, dass für die Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeit volitionale Kompetenzen, vor allem solche der Selbstkontrolle, erforderlich sind.

Im vierten Kapitel sollen die Erkenntnisse des Transtheoretischen Modells von Prochaska & DiClemente vorgestellt werden.

Die in der Handlungs- und Aufrechterhaltungstufe identifizierbaren hilfreichen Prozesse zur Veränderung problematischen Verhaltens, werden im fünften Kapitel mit den volitionalen Kompetenzen der Selbstkontrolle und Selbstregulation verglichen. Es soll kritisch hinterfragt werden, inwieweit diese der Vermittlung von selbstregulativen Kompetenzen dienen. Weiterhin wird ein Ausblick gegeben, welche therapeutischen Angebote ergänzend notwendig sind, um Selbstregulation zu erlernen und eine dauerhaft zufriedene Abstinenz zu ermöglichen.

## **2 Wie aus Motivation Handlung wird: Ein Blick in die theoretischen Grundlagen von Motivation und Volition**

In der Geschichte der Psychologie zur Motivation und Volition (Umsetzung von Handlung) hat es viele Wechsel in den Begrifflichkeiten gegeben, die es zunächst schwierig machen, sich einen Überblick zu erarbeiten. Häufig gab und gibt es auch Vermengungen der Begriffe. So war der Begriff „Wille“ lange Zeit in Forschung und Literatur der Psychologie verschwunden, wurde durch andere Begrifflichkeiten ersetzt und erhielt in den unterschiedlichen psychologischen Schulen verschiedene Bezeichnungen (vgl. Hartmann/Kuhl 2004, S.9ff).

In den Anfängen des letzten Jahrhunderts beschäftigen sich laut Dorsch (1994) vor allem Ach, Wundt und Meumann mit den Willensprozessen. Wundt sah die Willensbetätigung stark an Gefühlsabläufe gebunden, während Ach und Meumann mehr die bewusste Entschlussfassung und Durchsetzung des Entschlusses ins Auge gefasst haben (vgl. Dorsch Psychologisches Wörterbuch: Wille 1994, S.874f). Hartmann & Kuhl (2004) merken an, dass das spätere Verschwinden des Willensbegriffs eventuell damit zu tun hat, dass der Wille zunehmend als eine Charaktereigenschaft im Sinne von „willensschwach und willensstark“ wahrgenommen wurde und dadurch eine Prägung erhalten hat, die bei der weiteren Erforschung nicht hilfreich war (vgl. Hartmann/Kuhl 2004, S.11). Die Willenskonzepte früherer Zeit wurden häufig global verwendet und konnten keine konkrete therapeutische Handlungsbasis zur Verfügung stellen. Erst in jüngerer Zeit stoßen willenspsychologische Konzepte wieder auf ein breiteres Interesse (vgl. Kuhl/ Hartmann 2004, S.45)

Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts ist die Umsetzung von Handlung neben der Motivation wieder in den Blickwinkel der Forschung geraten. Der Begriff Wille wurde allerdings von dem Begriff der Volition abgelöst. In den Fokus des Interesses sind die unterschiedlichen Bausteine kognitiver, emotionaler und motivationaler Art genommen worden, die zur Realisierung der Handlung dienlich, aber auch hinderlich sein können (vgl. Dorsch Psychologisches Wörterbuch: Wille 1994, S. 875). Genannt wird hier das Rubikon-Modell von Heckhausen (1989), welches sich mit den einzelnen Schritten von der Motivbildung, über die Entscheidung zur Handlung und Handlungsumsetzung beschäftigt hat sowie die Persönlichkeits-System-Interaktionstheorie (PSI-Theorie) von Kuhl (2001), die sich umfassend mit den persönlichen Faktoren von Handlungsregulation beschäftigt und den

Zusammenhang zu seelischer Gesundheit und Erkrankung herstellt (vgl. ebd., S. 875). Zwischen Anfang und den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts konzentrierte sich die psychologische Forschung vor allem auf die Motivation. Ein kleiner Teil der in diesem Zwischenraum gemachten Erkenntnisse wird innerhalb der nächsten drei Kapitel vorgestellt werden.

## **2.1 Motivation**

Ein Motiv in der Fotografie oder Malerei ist der Ausschnitt von etwas Gesehenem oder Vorgestelltem, das in den Mittelpunkt gerückt wird und abgebildet, beziehungsweise dargestellt werden soll. Man könnte sagen, der Maler oder Fotograf wählt etwas aus, das für ihn von Bedeutung ist und richtet das Auge des Betrachters auf diesen Ausschnitt. Man könnte es auch als einen Ausblick auf etwas bezeichnen. In der Kunst kann das Bild den Ausblick auf etwas Vergangenes, etwas was den Künstler intensiv beschäftigt hat, geben. Das innere Motiv als Ausgangslage für eine Handlung gibt der Person den Ausblick auf etwas Zukünftiges, etwas das erreicht oder verhindert werden soll. Dieses innere Motiv oder die Motivation ist, nicht nur aus der Wortherkunft herleitbar, etwas das sich in Bewegung befindet. Sie ist flüchtig und in ihrer Intensität verschieden. Die Motivation ist ein abstrakter Begriff, eine gedankliche Konstruktion, als Seinszustand jedem geläufig, von außen jedoch nur anhand bewerteter Beobachtungen zu erahnen (vgl. Rheinberg 2008, S.14). Der Moment, aus dem Motivation entsteht, ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass es in ihm zu einer Begegnung von Individuum und Situation kommt. Die wahrgenommene und erlebte Situation löst im Individuum innerlich eine Reaktion aus. Das kann z. B. eine Kränkung sein, aus der der Wunsch entsteht, mit einer tollen Leistung zu überraschen. Im Grunde steht hier am Anfang ein intensives Gefühl und der Wunsch etwas zu erlangen. Ein anderer Mensch würde dieselbe Situation völlig anders bewerten. Eventuell würde er völlig neutral aus der Situation gehen und sie vergessen wie viele andere für ihn bedeutungslose Situationen. Sie würde kein Anreiz für ihn darstellen, etwas zu erreichen. Ebenso könnte es sein, dass die erste Person in einer ähnlichen Situation ganz anders reagiert, weil die Ausgangslage eine andere ist. Sozusagen müssen beide Faktoren, Individuum und Situation, zusammenpassen. Einen spezifischen Klang ergeben, aus dem heraus sich die Motivation zu einer Handlung bildet. Dass sowohl die Person, als auch die spezifische Situation als Entstehungsfaktoren für die Motivation von Bedeutung sind, ist Ausgangslage heutiger Motivationspsychologie (vgl. Rheinberg 2008, S.42). Es unterscheiden sich aller-

dings die Definitionen auch hier je nach psychologischer Schule erheblich (vgl. Dorsch Psychologisches Wörterbuch: Motivation 1994, S.491). Als allgemeine Definition gibt Dorsch (1994) an: „Annahme über aktivierende und richtungsgebende Vorgänge, die für die Auswahl und Stärke der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind.“ (ebd., S.491)

Wegbereiter der theoretischen Grundauffassung, dass Situation und Persönlichkeit in der Entwicklung von Motivation eine Rolle spielen, ist unter anderem der Psychologe Kurt Lewin (vgl. Rheinberg 2008, S.47ff). Er prägte Anfang des letzten Jahrhunderts einige Begriffe und Grundannahmen, die in der modernen Motivationspsychologie Eingang gefunden haben. Diese werden Inhalt des folgenden Kapitels sein.

### **2.1.1 Kurt Lewin: Motivation als „gespanntes System“**

Kurt Lewin war der erste Motivationspsychologe, der die Faktoren Person und Umwelt nicht voneinander getrennt behandelte. Vorherige Wissenschaftler hatten entweder die Triebe und Bedürfnisse als auslösende Faktoren für Motivation in Anspruch genommen oder die Situation allein als Grundlage für menschliches Verhalten gesehen (vgl. Rheinberg 2008, S.21ff und S.42).

Lewin ging von einem Wechselspiel zwischen Person und Umwelt aus (vgl. ebd., S.42). Er prägte durch seine Versuchsanordnungen den Begriff der *vollkommenen Gestalt*. So ließ er in seinen Experimenten Probanden eine Aufgabe beginnen, unterbrach sie dabei und teilte ihnen eine neue Aufgabe zu. Die Probanden versuchten alle, sobald sie die Möglichkeit dazu hatten, die erste Aufgabe wieder aufzunehmen, um sie zu vollenden. Lewin erklärte sich dies so, dass die nicht beendeten Aufgaben in den Menschen ein „Quasibedürfnis“ geweckt hatten, die begonnene Aufgabe zu vollenden und es durch die Unterbrechung zu einem Spannungsverhältnis kam. Dieses Spannungsverhältnis drängte darauf aufgelöst zu werden (vgl. ebd., S.42f). Bedürfnisse verstand Lewin also als etwas, dass in der Person eine Spannung auslöst. Diese Ausgangslage innerhalb der Person nannte Lewin ein *gespanntes System* (vgl. ebd., S.44).

Diesem „gespannten System“ treten nun Situationen in der Umwelt gegenüber, die die Möglichkeit einer Auflösung der Spannung beinhalten. Sie fordern sozusagen die Person zur Handlung auf, oder wecken ein altes Bedürfnis. Diesen Aufforderungscharakter von Situationen benennt Lewin *Valenzen*. Die Valenzen können positiv oder negativ wirken, das heißt sie können auffordernden Charakter oder abstoßenden Charakter haben. Wie die

Situation auf den Einzelnen wirkt, hat mit seiner spezifischen Bedürfnisstruktur zu tun (vgl. ebd., S.48). Im Folgenden werden die persönlichen Faktoren der Motivation im Mittelpunkt stehen.

### 2.1.2 Implizite und explizite Motivation

Innerhalb der persönlichen Faktoren, die als Motivationsgrundlage dienen, sind weitere Differenzierungen nötig, um der Komplexität der Wirklichkeit näher zu kommen. Jeder kennt die Situation, in der er ein Ziel hat und auch die nötigen Kompetenzen dieses zu erreichen und trotz alledem einen Widerstand in sich erlebt, der das Handeln zumindest erschwert, wenn nicht gar verhindert. Eine mögliche Erklärung ist, dass das Ziel, welches man sich vorgenommen hat und einem attraktiv erscheint, nicht mit den tiefer liegenden Bedürfnissen übereinstimmt, bzw. ihnen sogar entgegenwirkt.

Diese tiefer liegenden Bedürfnisstrukturen, die man als eine motivationale Grundveranlagung innerhalb der Person verstehen kann, werden „*implizite Motive*“ genannt. In der Regel entziehen sich diese, aufgrund der frühkindlichen Genese und des eigenen und/oder des gesellschaftlichen Wertesystems, dem Bewusstsein (vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S.3f).

Mc Clelland (1989), der die Begriffe impliziter und expliziter Motivierungssysteme geprägt hat, beschreibt die impliziten Motive als „emotional getönte Präferenzen“. Sie dienen als Motor, sich immer wieder mit spezifischen Anreizen auseinanderzusetzen, die für eine Zielerfüllung geeignet sind (vgl. Brunstein 2006, S.236f). Als Beispiel für typische, *implizite Motive* gelten das *Leistungsmotiv* (Bedürfnis nach Kompetenz), das *Machtmotiv* (Bedürfnis nach sozialer Wirksamkeit), das *Anschlussmotiv* (Bedürfnis nach sozialer Gemeinschaft) und das *Intimitätmotiv* (Erleben von Geborgenheit und Nähe) (vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S.3f).

Jeder Mensch hat seine eigenen, individuellen, impliziten Motive, die bestimmend auf sein Handeln einwirken. Diese begleiten ihn, im Gegensatz zu expliziten Motiven, auf lange Zeit. Sie sind richtungsweisend in einer unbewussten Auswahl von situativen Anreizen, mit denen sich der Mensch auseinandersetzt (vgl. Brunstein 2006, S.236).

Als explizite Motive gelten von der Person bewusst gewählte und nach außen repräsentierte Selbstbilder, Selbstzuschreibungen, Ziele und Werte, wie z. B. ein sportliches Ziel, eine Diät oder ähnliches (vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S.4).

Die Differenzierung in implizite und explizite Motivierungssysteme bedeutet laut Brunstein (2006) jedoch nicht, dass sie in ihren Zielen auch inhaltlich zu unterscheiden sind. Das explizite Motiv kann ebenfalls Leistung, Macht oder Anschluss als Inhalt haben. Der Unterschied liegt darin, dass das Motiv bewusst gebildet wird und dem eigenen Selbstbild und Wertesystem entspricht. Während dessen wird das implizite Motivationssystem in der primären Sozialisation gebildet und entzieht sich in der Regel weitgehend dem Bewusstsein. Hypothetisch wird in der modernen Motivationspsychologie angenommen, dass die beiden Motivierungssysteme nicht nur getrennt voneinander existieren, sondern sich auch gegenseitig beeinflussen (Interaktionshypothese). Wenn beide Motive zusammenpassen und sich gegenseitig positiv beeinflussen, so nennt man dies eine „Koalition“. Den tiefer liegenden Motiven, die stärker mit Emotionen verbunden sind, wird eine energetisierende Wirkung zugeschrieben. Die expliziten, bewusst gefassten Ziele nehmen lenkende Funktionen ein (vgl. Brunstein 2006, S.246f).

Im entgegengesetzten Fall, wenn das implizite Motiv mit den selbst zugeschriebenen, expliziten Motiven konkurriert, kommt es zu innerpsychischen Konflikten. Diese disharmonische Konstellation kann emotionale Probleme nach sich ziehen. Unter anderem gab es hierzu empirische Untersuchungen durch Brunstein et al. (1998) mit Studenten, von denen ein Teil ein implizites Leistungsmotiv, der andere Teil ein implizites Bindungsmotiv aufwies (vgl. Brunstein 2006, S.248). Diese wurden über einen längeren Zeitraum zu ihrem Wohlbefinden befragt, während sie intensive Leistungsanforderungen während des Studiums zu erbringen hatten. Wenn ein Proband, entgegen seinem impliziten Ziels (Bindung) handelte, um z. B. ein explizites Ziel (guter Studienabschluss für bessere Karriereaussichten) zu verfolgen, stieg der Anteil an negativen Affekten an. Koalierten die Ziele, nahmen die positiven Affekte zu (vgl. ebd., S.248).

Diskrepanzen zwischen den Zielen benötigen zur Zielverfolgung eine höhere Willensanstrengung und entsprechend mehr Energie. Der energetisierende Effekt des impliziten Motivierungssystems fehlt. Eine trotzdem erfolgreiche Verfolgung des bewusst gefassten Ziels braucht die Fähigkeit des Individuums, den Anreiz aus Eigentätigkeit zu erhöhen. Das bedeutet z. B. Nachdenken über die Konsequenzen positiver oder negativer Art oder aber auch die willentliche Unterdrückung von Bedürfnissen (vgl. ebd., S.249).

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen hat dieser Umstand, vor allem am Anfang eine wesentliche Bedeutung. Das Suchtmittel stellt in der Regel eine Ersatzhandlung zur Stil-

lung eines Bedürfnisses dar. Zu Beginn einer Abstinenz hat der Betroffene mit immensen Widerständen und Verlangen nach dem Suchtmittel zu kämpfen. Eine erfolgreiche Bewältigung dieser Situationen gelingt in der Regel zunächst über bewusst gefällte Entscheidungen sowie über eine Zeit lang selbst gewählte Kontrollinstanzen, wie z. B. eine abstinente Gemeinschaft und das Vermeiden von massiv suchtauslösenden Situationen. Dazu sind in der Regel Bewusstwerdungsprozesse notwendig, in denen die eigenen spezifischen Verhaltensweisen und Dynamiken, sowie die tiefer liegenden Bedürfnisse und Motive erkannt werden können. Auf die Bedeutung der impliziten Motivation und ihr Zusammenhang mit der volitionalen Selbststeuerung wird im späteren Verlauf eingegangen werden. Im folgenden Kapitel soll jedoch der Ablauf der bewusst geführten Zielumsetzung nach dem Rubikon-Modell von Heckhausen dargestellt werden.

## **2.2 Volition – der Prozess der Handlungsumsetzung - Das Rubikon-Modell von Heckhausen**

In dem Moment wo sich aus Motivation die Absicht zu einer Handlung entwickelt hat, beginnt der Prozess der Volition. Der Begriff der Volition beinhaltet alle Prozesse, die der Realisierung eines Zieles dienen (vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S.7). Die Frage der Kontrolle über die Umsetzung von Zielen beschäftigt die Psychologie seit den 80 er Jahren wieder verstärkt (vgl. ebd., S.7). Maßgeblich daran beteiligt, den Willen bzw. die Volition erneut zum Gegenstand der psychologischen Forschung zu machen, waren unter anderem Heinz Heckhausen und Julius Kuhl. Heinz Heckhausen (1989) hat sich damit auseinandergesetzt, wie der Prozess von der Motivbildung zur Zielerreichung verläuft. Dieser Ablauf der Zielumsetzung ist Inhalt des Rubikon-Modells der Handlungsphasen. Hier findet eine schematische Aufgliederung der einzelnen Prozesse statt, die von der Bildung einer Absicht bis zur Zielerreichung ablaufen (vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S.7).

Innerhalb des Rubikon-Modells findet die Frage nach der Zielauswahl, der Planung, der Realisierung und der Reflexion des Geleisteten Beachtung (Wünschen, Wählen, Wollen und Deaktivierung des Ziels). Hierbei fließen sowohl motivationale als auch volitionale Aspekte ein (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.278). Es war Heckhausen vor allem wichtig, das Zusammenspiel von Motivation und Volition darzustellen und präzise voneinander abzugrenzen, um eine weitere Begriffsvermengung zu vermeiden (vgl. ebd., S.278). Dabei gehört die prädezielale Phase, die im folgenden Kapitel behandelt wird, dem Bereich der Motivation an. In dem Moment, in dem aus einer Motivation ein Entschluss zur Handlung

gereift ist, und damit eine Handlungsintention gefasst wurde, handelt es sich um Volition. Während Heckhausen die letzte der vier Phasen, der reflexiven und bewertenden Handlung wieder der Motivation zuordnet (vgl. ebd., S.278).

### **2.2.1 Prädezisionale Phase**

Im Wesentlichen hat Heckhausen vier Phasen voneinander abgegrenzt. In der ersten Phase, der prädezisionalen Phase, bildet sich die Handlungsintention. Das heißt, ein Bedürfnis oder Wunsch rückt in das Bewusstsein eines Menschen und dieser überprüft nun, ob der Wunsch realisierbar ist und im Falle mehrerer Optionen, welche er verwirklichen möchte (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.279). Er will zum Beispiel selber einen Tisch bauen. Dabei kommt es in dieser Phase, die die prädezisionale Phase genannt wird, darauf an, verschiedene Aspekte realistisch zu überprüfen. Ob aus dem Wunsch eine Intention (Absicht) wird, die eventuell sogar zu einer Handlung führt, hängt zum einen davon ab, wie stark der Wunsch ist (*Wünschbarkeit*) und zum anderen, ob der Mensch bei seinen Abwägungen zur Überzeugung gelangt, dass der Wunsch auch für ihn realisierbar (*Realisierbarkeit*) ist (vgl. ebd., S.279).

Bei dem Bau eines Tisches wäre das unter anderem die Frage, ob die benötigten Werkzeuge und der Raum vorhanden sind, ob grundsätzliche handwerkliche Fähigkeiten und Kenntnisse da sind, oder ob sich derjenige zutraut diese zu erwerben und ob er über die notwendigen zeitlichen Ressourcen verfügt. Ebenfalls wird er sich damit beschäftigen, welche Nachteile dabei für ihn entstehen könnten. Möglicherweise hat er oder sie dann keine Zeit mehr für die Familie und der Preis für das Holz und noch zu erwerbende Werkzeug ist wesentlich teurer, als einen Tisch käuflich zu erwerben.

Das heißt, die Person wird sich idealerweise mit den positiven und negativen Konsequenzen beschäftigen und sich dann nach dem Prozess des Abwägens entscheiden, ob sie das Ziel verfolgen möchte oder nicht.

### **2.2.2 Das Überschreiten des Rubikon – präaktionale Phase**

Angenommen die Entscheidung fällt positiv aus, so wird eine Handlungsintention gebildet. Dieser Moment wird als das „Rubikon“ bezeichnet (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.279). Das Rubikon<sup>1</sup> stellt einen bedeutsamen Schritt dar, der im bildlichen Sinne eine

---

<sup>1</sup> Cäsar überschritt den Fluss Rubikon und löste damit einen Bürgerkrieg aus (vgl. Achtziger/ Gollwitzer 2006, S. 279)

Grenze überschreitet und etwas bewirkt (vgl. Duden: Rubikon 1990, S.692). Aus einem unverbindlichem Wunsch, hat sich ein Ziel, dem man sich verpflichtet fühlt, gebildet. Das Bilden der Handlungsintention selbst stellt ein Zwischenschritt zwischen prädeziptionaler Phase und präaktionaler Phase dar (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.279).

In der weiteren Verfolgung dieses Ziels beginnt der Mensch jetzt die Umsetzung der Handlungsintention zu planen. Hier beginnt der eigentliche volitionale Prozess. Er wird als „Präaktionale Phase“ bezeichnet. Die Dauer dieses Prozesses wird unter anderem auch davon abhängen, inwieweit die Person den Freiraum und die Gelegenheit, der zur weiteren Umsetzung notwendig ist, hat und erkennt (vgl. ebd., S. 280). Festgestellt wurde, dass es in diesem Abschnitt von Vorteil ist, wenn der Mensch einen gewissen „illusionären Optimismus“ entwickelt. Das bedeutet, dass eventuell auftauchende Bewertungen bezüglich der Attraktivität des Zieles oder der eigenen Kompetenzen in dieser Phase abgewehrt werden müssen, um die weitere Verfolgung des Zieles nicht zu gefährden (vgl. ebd., S.285f).

Weiterhin wird es erforderlich sein, dass sich die Aufmerksamkeit stark auf die Notwendigkeit der Zielumsetzung konzentriert. Es findet sozusagen eine Fokussierung auf die relevanten Informationen statt (vgl. ebd., S.282f). Daraus folgend kann die zur Zielverfolgung notwendige Energie auch abgeschwächt werden, wenn zu viele gleichwertige Ziele vorhanden sind oder die Lenkung der Aufmerksamkeit und die Trennung von wesentlichen und unwesentlichen Informationen, nicht im notwendigen Maße geschehen kann. Auch wird die Wahrscheinlichkeit der Durchführung der Handlung behindert, wenn weiterhin über die *Wünschbarkeit* oder *Realisierbarkeit* des Zieles nachgedacht wird (vgl. ebd., S.282f).

Dies steht im Gegensatz zu der vorher beschriebenen „Prädeziptionalen Phase“. In dieser Phase ist es notwendig, so viele Aspekte wie möglich mit einzubeziehen und für alle Informationen offen zu sein (vgl. ebd., S.282). Hier bestehen Widersprüche zu anderen Erkenntnissen der Motivationspsychologie.<sup>2</sup> Diese empfiehlt unter anderem vor der aktiven Umsetzung eines schon gefassten Zieles, sich vor dem inneren Auge den Erfolg genauso wie die Risiken des Scheiterns zu vergegenwärtigen. In dem gründlichen Miteinbeziehen positiver, wie auch negativer Aspekte bereitet sich das Individuum unter anderem auch auf mögliche Schwierigkeiten vor und trifft von vornherein die Entscheidung, ob und wie es sich mit diesen auseinandersetzen möchte (vgl. Martens/ Kuhl 2009, S.98).

---

2 Übung zur Kontrastierung von Gabriele Oettingen zur Umsetzung unangenehmer und schwieriger Vorsätze (vgl. Martens/Kuhl 2008, S.98)

### 2.2.3 Aktionale Phase

Soll es nun in der „Aktionalen Phase“ zu einer konstanten Zielverfolgung und Umsetzung kommen, so wird es notwendig sein, Unterbrechungen so gut es geht zu vermeiden (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.283).

Achtziger & Gollwitzer beschreiben, dass nun der planende Vorgang abgeschlossen sein sollte. Der Handlungsfluss soll nicht durch Nachdenken über das Ziel und die eigenen Fähigkeiten in der Umsetzung ins Stocken kommen. Im Idealzustand erfolgt in dieser Phase ein völliges Aufgehen in der Handlung, auch „Flow“ genannt. Der Fokus bleibt auf ziel fördernde Aspekte ausgerichtet. Während eines „Flow-Erlebens“ wären Selbstreflexion und Selbstbewertung eher hinderlich. Diese wird erst wieder benötigt, wenn die Handlung abgeschlossen ist. Beachtung finden nur die Aspekte, die den Handlungsfluss unterstützen können und auf eine Realisierbarkeit des Zieles hinarbeiten. Diese sollten möglichst realistisch eingeschätzt werden (vgl. ebd., S.283).

In der aktionalen wie auch der präaktionalen Phase sind viele Störquellen denkbar. Wenn etwa durch z. B. verminderten Selbstwert eine reflexive und vorsichtige Haltung nicht aufgegeben werden kann. Außerdem bestimmen Unterbrechungen häufig den Alltag und es ist nicht immer möglich, sich nur einer Aufgabe intensiv zu widmen.

### 2.2.4 Postaktionale Phase

In der „postaktionalen Phase“ ist das Ergebnis der Handlung das zentrale Objekt. Es wird ausgewertet, ob das Ziel erreicht wurde, was einen fördernden oder behindernden Einfluss hatte, ob die Erwartungen eingetreten sind oder ob andere Konsequenzen erfolgten, als die erwünschten (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.283). Gefragt ist eine sachliche und möglichst genaue Verarbeitung der Informationen. Aus dem Vergleich zwischen Ergebnis und erwarteter Konsequenzen ergeben sich Folgen für weitere Entscheidungen. (vgl. ebd., S.283).

### 2.2.5 Weitere Forschungsergebnisse

Was kann man als Essenz aus dieser doch recht schematischen Beschreibung eines meist wesentlich differenzierteren Prozesses herausziehen? Welche interessanten weiteren Erkenntnisse hat die Forschung anhand des Rubikon-Modells herausgearbeitet?

Es stellte sich unter anderem heraus (Bayer & Gollwitzer 2006), dass je nach Selbstkon-

zept des einzelnen Menschen Unterschiede in der Zielumsetzung festzustellen sind. So verhalten sich Menschen mit einem positiven Selbstkonzept in den einzelnen Phasen, nach den beschriebenen, für die Zielumsetzung optimalen Gesetzmäßigkeiten. Während Menschen, die ein negatives Selbstkonzept entwickelt haben, sich teilweise entgegengesetzt verhalten. Dass heißt z. B., dass sie in der abwägenden, prädeziionalen Phase vor allem nach positiven Informationen suchen und negative Informationen ausblenden. Während sie dann, in der planenden, präaktionalen Phase durch negative Informationen und Zweifel beeinflusst werden (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.287).

Interessanterweise zeigen die Phasen, in denen ein Mensch sich gerade befindet, allein schon Auswirkung auf eine momentane Selbstwerteinschätzung. So empfindet ein Mensch, der sich momentan überwiegend in einer abwägenden Haltung befindet ein geringeres Selbstwertgefühl, als ein Mensch der sich gerade in einer planenden Bewusstseinslage befindet (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S.288f). Vielleicht wird der notwendige Prozess durch die entsprechenden Gefühle unterstützt? In der abwägenden Haltung soll ja zunächst einmal festgestellt werden, ob es realistisch und lohnend ist, aus dem Wunsch ein Ziel werden zu lassen. Zweifel schützen hier eventuell vor unnötiger Energieverschwendung und davor, durch zu viele Vorhaben nicht erfolgreich sein zu können. Währenddessen braucht die planende Phase, um letztendlich in die Handlung zu kommen, Zuversicht und Optimismus.

Allerdings besteht auch die Gefahr, dass das Überschreiten des Rubikons nicht gelingt.

In der folgenden PSI-Theorie wird die Bedeutung von fördernden und hemmenden Gefühlslagen in Bezug auf die Selbststeuerung und die Überwindung von Schwierigkeiten während der Zielumsetzung unter anderem zentrale Beachtung finden.

### **2.3 Volition im Prozess – Selbststeuerungskompetenzen anhand des PSI– Modells (Persönlichkeits–System–Interaktion) von Julius Kuhl**

*Selbststeuerung* ist einer der vielen Begriffe, die den Willensbegriff ersetzt haben. Er hat sich in der Schule der verhaltenstherapeutischen kognitivistischen Psychologie entwickelt (Dorsch Psychologisches Wörterbuch: Selbstkontrolle 1994, S.701). Dorsch (1994) setzt den Begriff der Selbststeuerung mit dem Begriff der *Selbstkontrolle* und *Selbstregulation* gleich (vgl. ebd., S.701). Dies kann zu weiteren Begriffsverwirrungen führen, da in der psychologischen Literatur diese Begriffe häufig differenziert definiert werden. Die folgende Arbeit wird sich an die differenzierte Definition der PSI-Theorie halten. Der Vollstän-

digkeit halber sollen jedoch wichtige Vorgänger, die die Theorie geprägt und beeinflusst haben, nicht unerwähnt bleiben. Dorsch Psychologisches Wörterbuch (1994) definiert Selbstkontrolle (bzw. Selbststeuerung) als ein „... in der kognitivistischen Verhaltensmodifikation gefördertes Verfahren, durch Selbstbekräftigung eine ursprünglich schwächere Verhaltenstendenz dominant zu machen.“ (Dorsch Psychologisches Lexikon: Selbstkontrolle 1994, S.701). Es wird hier also vorwiegend als eine therapeutische Methode behandelt, die eingesetzt werden kann, um unerwünschte Verhaltensweisen zu ersetzen. Hierbei bezieht es sich auf Meichenbaum und Kanfer. Kanfer hat unter anderem das Selbstmanagementkonzept, eine kognitive Therapie in der die Befähigung zur Selbststeuerung eine große Rolle spielt, entwickelt (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 1991, S.9).

Selbststeuerung kann jedoch auch als volitionaler, innerpsychischer Prozess betrachtet werden, der jedem Menschen von Natur aus eigen ist. Sie wird funktionsanalytisch als Fähigkeit definiert, Entscheidungen zu treffen, eigene Ziele zu bilden und diese auch gegen inneren und/oder äußeren Widerstand durchsetzen zu können (vgl. Kuhl/Hartmann 2004, S.46). Diese Prozesse der Selbststeuerung (oder auch Willensprozesse) können gehemmt werden und ihre Fähigkeit zur Zielumsetzung dadurch behindert werden (vgl. Hartmann/Kuhl 2004, S.12). Auch wenn die persönlichen Kompetenzen ausreichen, um eine Handlung auszuführen, ist es noch lange nicht klar, dass die Umsetzung auch gelingt. In der Vorbereitung und im Prozess der Handlung werden Fähigkeiten zur Selbststeuerung benötigt, vor allem wenn Hindernisse zu erwarten sind.

Die PSI-Theorie beschäftigt sich mit den intrapersonellen, funktionsanalytischen Faktoren des Willens (vgl. Kuhl 2006, S.311). In ihr werden moderne neurobiologische, motivations-, volitions- und persönlichkeitspsychologische Erkenntnisse miteinander verbunden (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle S.1). Die folgenden Kapitel werden die Ansätze der PSI-Theorie vorstellen.

### **2.3.1 Handlungsorientierung und Lageorientierung**

Im Gegensatz zu dem eher modellhaften Ablauf einer bewussten Zielumsetzung die Heinz Heckhausen in seinem Rubikon-Modell entwickelt hat, hat Julius Kuhl die einzelnen Bestandteile der Willens- bzw. Volitionskompetenzen aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie beleuchtet. Auf die von ihm entwickelte, funktionsanalytische Persönlichkeits-System-Interaktionstheorie (PSI-Theorie) wird im Rahmen dieser Arbeit nicht in der vollen

Komplexität eingegangen werden können. Genauer betrachtet werden sollen jedoch die Selbststeuerungskompetenzen (vgl. Kuhl 2006, S.304).

In verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen zu volitionalen Prozessen konnte ein Unterschied im Umgang mit problematischen Situationen innerhalb des Umsetzungsprozesses eines Zieles beobachtet werden. Diese unterschiedlichen Herangehensweisen wurden als *Handlungsorientierung* und *Lageorientierung* beschrieben (vgl. Kuhl 2006, S. 315ff).

Handlungsorientierte Menschen lassen sich beim Auftauchen von Schwierigkeiten nicht von der geplanten Handlung abbringen, sondern fühlen sich in der Regel durch die Problematik herausgefordert. Sie glauben an die eigenen Kompetenzen und lassen sich durch einen Misserfolg nicht lähmen, sondern werten die Situation nicht länger als es nötig ist aus. Sie sind in der Lage die notwendige Energie zur Handlung bereitzustellen, sich positiv zu motivieren und den Blick nach vorne auf die Handlung auszurichten. Dabei ist nicht gemeint, dass der Handlungsorientierte ausschließlich „positiv denkt“ und nur positive Affekte hat oder zulässt. Es gelingt ihm jedoch, die entstandenen Affekte einzusetzen, sie zu beruhigen oder auch zu aktivieren (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.42ff).

Bei der Lageorientierung richtet der Mensch seinen Blick auf die Situation bzw. die Lage. Er ist dann in der Gefahr in den Gedanken und Gefühlen, die in dieser Situation präsent sind, zu verharren. Lageorientierten Menschen gelingt es nicht, den z. B. durch einen Misserfolg ausgelösten negativen Affekt herabzuregulieren. Die Gefühle persistieren und führen dazu, dass der Mensch den Blick für die nächste nötige Handlung nicht freigekommt. Starker Stress und negative Affekte wie z. B. Angst können den *Selbstzugang* hemmen (vgl. Kuhl 2006, S.316f). Unter „*Selbst*“ wird hier der gesammelte Erfahrungsschatz eines Individuums verstanden, der ihm sozusagen als persönliche Intelligenz zur Verfügung steht. Im Selbst enthalten sind ebenfalls die persönlichen Bedürfnisse, implizite Motive und Werte (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.18f). In diesem Zustand des persistierenden Affekts und der kreisenden Gedanken ist es schwierig, eine Lösung für die aktuelle Situation zu finden.

Bei der Lageorientierung wurden verschiedene Arten der Handlungshemmung klassifiziert. Es findet sich die „*Prospektive Lageorientierung*“ (LOP). Hier wird der Beginn der Handlung verzögert oder erst gar nicht initiiert. Die betroffene Person bleibt in der Phase des Abwägens stecken oder zögert die Handlungsabsicht umzusetzen. Vermutet wird, dass es

nicht gelingt, einen willensbahnenden positiven Affekt freizusetzen (vgl. Kuhl 2006, S.316). Denkbar sind auch die im Rubikon-Modell beschriebenen hemmenden Faktoren, wie z. B. Störungen in der planenden Phase aufgrund eines gering ausgeprägten Selbstwertes durch Zweifel an der Entscheidung und den eigenen Kompetenzen. Die Willensbahnung wird dann nicht durch den notwendigen positiven Affekt aktiviert (vgl. Achtziger/Gollwitzer 2006, S. 287). Weiterhin kann auch der Zugang zum Selbst blockiert sein, weshalb die Person keine emotionalen Präferenzen und Bedürfnisse spüren kann und somit eine Entscheidung erschwert bis unmöglich ist (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.24).

Eine weitere Form der Handlungshemmung nennt Kuhl die „*Lageorientierung nach Misserfolg*“ (LOM). Hier fehlt der betroffenen Person die Fähigkeit, den (z. B. aufgrund des Misserfolgs) entstandenen negativen Affekt zu regulieren. Wie schon weiter oben beschrieben, kommt es zu einem Persistieren des Affektes und somit zu einer Hemmung des Selbstzugangs (vgl. Kuhl 2006, S.315f). Dadurch ist es der Person nicht möglich die Situation mit ihrem Erfahrungsschatz in Verbindung und Relation zu setzen und z. B. Trost und Mut daraus zu schöpfen, dass sich in anderen Situationen auch eine Lösung gefunden hat. Ein Abwägen, der unterschiedlichen Möglichkeiten und Entscheiden für eine davon, ist durch den behinderten Zugang zu den eigenen Gefühlen und Erfahrungen blockiert. Die Person bleibt in dem negativen Affekt und den kreisenden, von sich selbst losgelösten Gedanken hängen und erfährt dadurch eine Schwächung der Konzentrationsmöglichkeit auf die bevorstehende Aufgabe (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.14).

Umgekehrt bedeutet das, dass dieselbe Person in einem entspannten, ausgeglichen Zustand ihr Ziel erfolgreich umsetzen kann. So kann es vorkommen, dass eine Handlungshemmung nur dann vorliegt, wenn ein entsprechender Trigger den persistierenden Affekt ausgelöst hat und die Herabregulierung nicht im ausreichenden Maße stattfindet (vgl. Kuhl/Kachel 2004, S.62).

Die wissenschaftlichen Untersuchungen die Kuhl zur Handlungs- und Lageorientierung und deren Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit durchführte, haben insoweit Bedeutung für die Arbeit mit suchtkranken Menschen, als diese neueren Erkenntnisse eine bedeutsame Erweiterung der Theorie der „erlernten Hilflosigkeit“ von Seligmann darstellt (vgl. Stiensmeier-Pelster/Heckhausen 2006, S.384).

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit wird oft im Kontext suchttapeutischer Arbeit verwendet. Sie ist in Grundzügen durchaus wertvoll, aber letztendlich verführt sie auch zu

einer verfrühten Schlussfolgerung einer generellen Handlungshemmung. Die Ende der 60er Jahre von Seligmann in Versuchen mit Hunden empirisch belegte Theorie geht davon aus, dass Hilflosigkeit erlernt werden kann, wenn ein Individuum unvermeidlichen, negativen Situationen ausgesetzt ist und nicht die Möglichkeit hat, aktiv an seiner Lage etwas zum Positiven zu verändern. Dies führt zu Passivität in spezifischen und auch in umfassenden Lebenssituationen. Durch die erworbene Überzeugung der erlernten Hilflosigkeit, werden die eigenen Lernkapazitäten vermindert und der Blick auf eventuelle Lösungs- und Kontrollmöglichkeiten eingeschränkt (vgl. Flammer 1990, S.61f).

Differenzierungen fand die Theorie in späteren Versuchsanordnungen. So zeigen sich unterschiedliche Auswirkungen auf das Individuum, aufgrund der Einstellung und Bewertung des Misslingens. Sind es persönliche oder allgemeingültige Ursachen, die zu einer Nichtlösbarkeit des Problems geführt haben? Ebenfalls spielt eine Rolle, wie die fehlenden Kompetenzen bewertet werden und ob nur ein spezifischer Bereich von dem Gefühl der Hilflosigkeit betroffen ist, oder ob die erfahrene Hilflosigkeit als global empfunden wurde (vgl. ebd., S.66ff).

Interessant ist, dass auch die Zufuhr unwillkürlich erfolgreicher, positiver Reize, das heißt ohne erkennbaren Zusammenhang mit dem eigenen Handeln, in unterschiedlichen Versuchsreihen (an Tieren und Menschen) zu ähnlichen Ergebnissen führte, nämlich Passivität, verringerte Lernfähigkeit und gehemmte Motivation, sogenannte Wohlstandverwahrlosung (vgl. ebd., S.63 f).

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit weist uns also darauf hin, dass das Individuum in einzelnen oder mehreren Bereichen die Erfahrung machen kann, dass es selbst zu einer Veränderung einer spezifischen oder auch globalen Situation nichts beitragen kann. Wenn sich die Ansicht verfestigt und generalisiert, was sicher abhängig ist von der Qualität und dem Zeitpunkt der Erfahrung, so hat dies später Auswirkungen auf die Motivation und die Handlungskompetenz an sich.

Während Seligman die erlernte Hilflosigkeit als ein erworbenes Verhalten beschrieb, dass in einer kognitiv gewonnenen Überzeugung machtlos zu sein, wurzelt, kam Kuhl zu einer anderen Erklärung. Er fand in empirischen Untersuchungen heraus, dass unterschiedliche Kompetenzen in der Affektregulation die Leistungsfähigkeit von Menschen beeinflussen können. Die Dauer der Regulation von Affekten hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und die motivationale Kraft. Menschen, die in emotionalen Erregungen verharren, zeigen unabhängig von ihren sonstigen Kompetenzen eine höhere Fehlerquote,

verschieben den Beginn einer Tätigkeit oder vermeiden sie ganz. Das geschwächte Selbstwirksamkeitserleben und daraus resultierende Hilflosigkeitsgefühle sind Folge und nicht Ursache des Problems (vgl. Kuhl 2006, S.315f).

Diese theoretischen Erkenntnisse erlauben eine differenziertere Diagnose und Behandlung der individuell auftretenden Problematik. Die Fähigkeit zur Affektregulation kann durch gezielte Auseinandersetzung mit den auftretenden Affekten verbessert und somit die Kompetenz zur Selbststeuerung in Stresssituationen erweitert werden. Indem der Mensch die auftretenden Affekte erkennt, akzeptiert und integriert, findet der Prozess der Auseinandersetzung statt (vgl. Kuhl 2006, S.317). Im folgenden Kapitel soll die *Selbstregulation*, welche die Affektregulation im weiteren Sinne beinhaltet, im Kontext der PSI-Theorie genauer betrachtet werden. Sie wird im Vergleich zur *Selbstkontrolle*, einer weiteren Selbststeuerungsfunktion, dargestellt werden. Dazu wird es notwendig sein, erst einmal einen Überblick über die Begrifflichkeiten der PSI-Theorie zu geben.

### 2.3.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle

In der PSI-Theorie wird angenommen, dass für das Selbst ein entsprechender Bereich im Gehirn lokalisierbar ist. Dieser wird *Extensionsgedächtnis* genannt und wird nach dem bisherigen Stand der Erkenntnisse der rechten Hemisphäre zugeordnet (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.6). Das Extensionsgedächtnis beinhaltet ganzheitliche Erfahrungen, bestehend aus biografischen Wissen, Wahrnehmungen, Empfindungen, Gefühlen, Wertevorstellungen, impliziten Motiven und persönlichen Bedürfnissen, die dem Individuum als einzigartiger Schatz zur Verfügung stehen (vgl. Kuhl/Kaschel 2004, S.64). Kuhl (2005) beschreibt, dass innerhalb dieses Systems eine parallele, holistische Informationsverarbeitung stattfindet. Eine aufeinanderfolgende zeitliche Ebene existiert nicht. Sie kennzeichnet eine Aufmerksamkeit, die sich nicht auf Einzelheiten richtet, sondern als „frei schwebend“ charakterisiert wird. Dadurch ist es diesem System möglich, einen fühlenden, bildhaften Überblick über die Situation zu gewinnen (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.6ff).

Das Extensionsgedächtnis steht nach Kuhl (2005) in antagonistischer Verbindung zum *Objekterkennungssystem*. Das Objekterkennungssystem dient dazu, einzelne Sinneseindrücke aus dem Gesamtzusammenhang herauszulösen und zu erkennen. Dies können z. B. unbekannte Dinge, Unstimmigkeiten, Gefahrenquellen, aber auch Schmerz und negativer Affekt sein. Es dient der bewussten und differenzierten Wahrnehmung und Klassifizierung, stellt damit also eine Distanz zum Erlebten her. Das Objekterkennungssystem wird durch nega-

tiven Affekt aktiviert. Es hat die Funktion, in schwierigen Situationen mögliche Ursachen zu erkennen oder auf Gefährliches zu achten. Um jedoch eine sinnvolle Handlung daraus folgen zu lassen, muss dieses Erleben wieder in einen Gesamtzusammenhang gestellt werden. Es muss also eine Verbindung zum umfassenden Erfahrungswissen des Menschen mittels des Extentionsgedächtnisses hergestellt werden (vgl. ebd., S.8 ff).

Kuhl (2005) beschreibt, dass das Extentionsgedächtnis die Grundlage der selbstregulativen Fähigkeiten bildet. Die Selbstregulation ist eine Form der Selbststeuerung und dient unter anderem der Umsetzung von Handlungsabsichten. Man kann sie mit einem demokratischen System vergleichen, bei dem die verschiedenen Faktoren, wie z. B. Gefühle, Präferenzen, Einstellungen, implizite Motive und Erfahrungswissen beachtet werden. Sie funktioniert gewissermaßen integrativ und weitgehend unbewusst. Dabei bedient sie sich zur Umsetzung von Willensimpulsen unterschiedlicher Kompetenzbausteine. Die *Selbstmotivierung* dient der Bereitstellung von Handlungsenergie, also der Willensbahnung, z. B. durch positiven Affekt. Der Mensch bedient sich ihrer, um eine Handlung umzusetzen und vor allem wenn Schwierigkeiten zu erwarten sind (vgl. ebd., S.10ff).

Kuhl (2005) stellt dar, dass *Selbstberuhigung* notwendig ist, wenn ein negativer Affekt oder starker Stress den Selbstzugang und die Handlungsfähigkeit behindern könnten. Es ist die Kompetenz, den Affekt wahrzunehmen, ihn zu erkennen und als zu sich selbst gehörend anzunehmen und in das Extentionsgedächtnis zu integrieren. Es ist also notwendig, den unangenehmen Affekt oder Gedanken bewusst und losgelöst zu erkennen (Objekterkennungssystem) und ihn dann in Verbindung mit dem gebildeten Erfahrungsschatz des Selbst zu bringen (Extentionsgedächtnis). Dies geschieht, indem der Affekt nicht abgewehrt, sondern als zu sich selbst gehörend anerkannt wird. In diesem Moment, in dem sich der Mensch mit dem Affekt in Beziehung setzt, kann er auf eventuell vorhandene Erfahrungen zurückgreifen, die eine Herabregulierung und damit Selbstberuhigung des negativen Affektes zulassen (z. B. die Erinnerung an eine positiv bewältigte Situation). Damit kann eine Integration in das Selbst stattfinden. Diese bildet die eigentliche Grundlage für eine Entwicklung zu einer reifen Persönlichkeit. Der Vorgang wird als *Selbstwachstum* bezeichnet (vgl. ebd., S.9).

Kuhl weist jedoch darauf hin, dass bei Menschen, die aufgrund ihrer biografischen Erfahrungen, z. B. durch traumatische oder überwiegend vorherrschende negative Erlebnisse, eine Konfrontation mit dem aktuellen negativen Affekt, zu einem „überschwemmt

werden“, mit ähnlich geprägten Affektlagen führen kann. Eine Abwehr des Affekts durch Herunterspielen, Leugnen, Rationalisieren, Betäuben oder ähnlichen Verhaltensweisen ist hier als sinnvoller Schutz zu verstehen (vgl. ebd., S.14).

Die Selbstregulation als handlungssteuerndes System dient vor allem der Umsetzung *selbstkongruenter*, das heißt mit sich selbst übereinstimmender Ziele. Sie ermöglicht einen spontanen, kreativen und flexiblen Umgang mit Schwierigkeiten und wird durch positive Verstärker gefördert (vgl. Wehorsky 2004, S.164f; Martens/Kuhl 2009, S.91).

Ein weiteres System, das bei der Umsetzung von Handlung eine Rolle spielt, ist das *Intentionsgedächtnis*. Es ist lokalisiert in der linken Hemisphäre des Gehirns und dient der Aufrechterhaltung von Absichten und der Planung von Handlungsvorhaben. Es kommt vor allem zum Einsatz, wenn es sich um ein schwieriges Vorhaben handelt, das der Planung oder eines günstigen Augenblickes zur Umsetzung bedarf. Dazu bedient es sich dem analytischen und logischen Denken. Damit dies gut gelingen kann, ist es erforderlich, positiven Affekt zu hemmen. Man bewahrt sozusagen „einen kühlen Kopf“.

Erst wenn das Vorhaben intensiv genug vorbereitet wurde, oder die günstige Gelegenheit eingetroffen ist, wird die Absicht zur Handlung gebracht. Dazu ist es notwendig, den positiven Affekt zu aktivieren, um in einen Handlungsfluss zu kommen, der nicht durch ständige Analyse unterbrochen wird (Kuhl 2005 Internetquelle, S.3f). Solange die Absicht noch nicht genügend vorbereitet ist, die Gelegenheit ungünstig erscheint und/oder die Handlung nur mit bewusster Kontrolle ausgeführt werden kann, wird das System der Handlungsausführung, die *Intuitive Handlungssteuerung* gehemmt (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.4). Durch positiven Affekt findet eine Aktivierung der intuitiven Handlungssteuerung statt.

Bei Verhaltensroutinen und spontanen Handlungen erfolgt dies in der Regel ohne bewusste Einflussnahmen. Bei schwierigen Absichten ist es notwendig sich gezielt zu aktivieren und motivieren (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.10).

Das zugehörige System der Selbststeuerung des Intentionsgedächtnisses stellt die *Selbstkontrolle* dar. Die Selbstkontrolle vergleicht Kuhl mit einem „diktatorischen Prinzip“. Das heißt, dass im Gegensatz zur Selbstregulation nicht alle vorhandenen Stimmen berücksichtigt werden, sondern dass der Zielumsetzung hinderliche Aspekte und Gefühle unterdrückt werden. Sie dient der Umsetzung schwieriger Ziele, die z. B. eigenen Bedürfnissen widersprechen, ist gleichbedeutend mit Selbstdisziplin und bedient sich der bewussten Planungsprozesse des Intentionsgedächtnisses (vgl. Wehorsky 2004, S.164f).

Im Gegensatz zur Selbstregulation ist es bei der Selbstkontrolle notwendig, das Ziel zu fokussieren. Diese Verengung des Bewusstseins führt zu einer Hemmung der Selbstwahrnehmung. Sie ist notwendig, wenn viele Störfaktoren vermutet werden und vor allem, wenn die Handlungsumsetzung eventuell auch eigene innere Widerstände provozieren wird. Sie stellt jedoch auch eine Gefahr dar, wenn ein Mensch z. B. überwiegend Ziele anhand der Selbstkontrolle umsetzt. Dies geht zu Lasten des Selbstzugangs und damit der Kreativität und der Freude am Tun. Ebenfalls erfordert das Unterdrücken von Gefühlen und Störfaktoren viel Energie (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.55 f).

In neueren Forschungen konnten Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen, Sucht und Therapieerfolgen und der bedienten Elemente der Selbststeuerung festgestellt werden. Klienten, die überwiegend ihre Ziele durch Selbstkontrollstrategien umsetzten, wiesen einen geringeren Rehabilitationserfolg auf. Die Unterdrückung individueller Impulse und Bedürfnisse führt langfristig zu negativen Emotionen und Stress (vgl. Forstmeier/Rüddel 2005, S.158ff). Interessant ist auch, dass es einen Zusammenhang zu geben scheint, zwischen positiver Verstärkung und Selbstregulation sowie Bestrafung und Selbstkontrollstrategien. Menschen, die sich zur Umsetzung von Zielen überwiegend der Selbstkontrolle bedienen, erleben Sanktionen und negative Verstärkung als förderlich für eine gute Leistung. Menschen, die sich überwiegend der Selbstregulation bei der Umsetzung von Zielen bedienen, finden positive Verstärkung zur Leistungssteigerung hilfreich (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.56).

Damit soll nicht gesagt werden, dass das eine gut und das andere schlecht ist. Beide Selbststeuerungskompetenzen sind notwendig. Alle Tätigkeiten, die der Überwindung bedürfen und die schwierig sind, benötigen die Fähigkeit zur disziplinierten Selbstkontrolle. Sie ermöglicht eine Verengung des Bewusstseins auf das Ziel hin und erleichtert dadurch die Zielverfolgung. Eine Ablenkung durch andere Interessen und vielleicht wesentlich angenehmeren Tätigkeiten wird vermieden. Die Gefahr liegt jedoch in der Einseitigkeit. Eine Verengung des Bewusstseins bedeutet stets auch eine (notwendige) Einschränkung der Selbstwahrnehmung. Im Übermaß kann dies zu Entfremdungsprozessen und falsch verstandener „Selbst-losigkeit“ führen (vgl. Martens/ Kuhl 2009, S.55).

Zusammenfassend konnte aufgezeigt werden, dass es verschiedenen Möglichkeiten gibt eine Handlung umzusetzen und dass beide Möglichkeiten ihre Berechtigung je nach Situation und Handlung haben. Die Kompetenzen der Selbststeuerung werden im Laufe eines Le-

bens erlernt. Dabei erfahrene Lerndefizite und/oder ein aufgrund von traumatischen oder überwiegend negativ geprägten Erfahrungen beschränkter Selbstzugang können zu Defiziten in der Selbststeuerung führen. Im folgenden Kapitel wird die Frage nach der Selbstbestimmung und der Freiheit von Handlungen behandelt. Dabei werden verschiedenen Grade von Freiheit beachtet werden. Wieviel Freiheit hat der Mensch im Umgang mit seinen biografischen Prägungen? Die Frage nach der Selbstbestimmung verlangt nach der Beschäftigung mit dem Gegenteil – der Entfremdung. Was geschieht, wenn die Verbindung von Selbst und Außenwelt dauerhaft nicht hergestellt werden kann?

### 2.3.3 Selbstbestimmung und innere Freiheit

Die Selbstregulation und die Selbstkontrolle sind zwei Bausteine die den inneren Prozess veranschaulichen, der während der Umsetzung von Willensentschlüssen tätig ist. Sie beschreiben zwei Fähigkeiten, die das Individuum einsetzen kann, um mit Widrigkeiten umzugehen, die sich während der Ausübung von Zielen entgegenstellen können. Sie dienen der inneren Führung einer Person und gehören damit zu den volitionalen Kompetenzen. Damit haben sie auch einen direkten Zusammenhang mit der Frage nach der Freiheit des Willens und der Möglichkeit der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Durch die Fähigkeit der Selbstregulation ist der Mensch nicht seinen emotionalen und kognitiven Prägungen ausgeliefert. Er kann Einfluss auf diese nehmen und durch die persönliche Auseinandersetzung mit den Erfahrungen sowie den eigenen emotionalen und kognitiven Reaktionen auf Situationen, kann er selbstregulativ eingreifen und sich einen Freiheitsmoment schaffen (vgl. Kuhl 2008, S.104; Braun 2010, S.24).

In diesem Sinne ist der Wille zumindest als bedingt frei anzusehen. Der *Erstreaktion* in Form eines Affektes, Impulses oder eines Gedankens muss nicht unmittelbar Folge geleistet werden. Mittels Selbstkontrolle kann er, zumindest für eine Zeit, unterdrückt werden, oder mittels Selbstregulation wahrgenommen, akzeptiert, integriert und verwandelt werden. Das ermöglicht eine *Zweitreaktion*, die von der Person selbst bestimmt wird (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2008, S.55f).

Kuhl (2008) beschreibt mehrere Freiheitsgrade, die menschliche Handlungen aufweisen können. So sind Reflexhandlungen und Zwangshandlungen im höchsten Maße unfrei und werden unter dem Begriff der „*nicht kontrollierbaren Verhaltensroutinen*“ zusammengefasst. Einen gewissen Grad mehr an Freiheit, aber immer noch bestimmt durch eine be-

trächtliche Unfreiheit, ist das Handeln aus einer „*Anreizmotivation*“. Dazu zählt Kuhl unter anderem auch die Sucht, sowie Handeln aus Lust und affektgeladenen Impulsen. Der Grad an Freiheit ist darin zu sehen, dass es über Bewusstseinsprozesse möglich ist, sich zu einer anderen Handlung zu entschließen. Damit beginnt die nächste Handlungsform. Das Handeln aus einem bewussten Willen heraus (*Ichbestimmung*). Die „*bewusste Zielverfolgung*“, gekennzeichnet durch planvolles Handeln, welches kognitiv im Intentionsgedächtnis vorbereitet wird, wird häufig schon als freies Handeln definiert. Hier schränkt Kuhl jedoch ein, dass es durchaus möglich ist, bewusst ein Ziel zu verfolgen und dabei sehr fremdbestimmt zu handeln. Kuhl sieht den höchsten Freiheitsgrad in der Umsetzung von Willen erreicht, wenn aus dem Selbst heraus gehandelt wird (*Selbstbestimmung*), in umsichtiger Übereinstimmung mit den persönlichen Bedürfnissen und Werten (*Selbstkongruenz*) und der Möglichkeit flexibler und kreativer Lösungsmöglichkeiten. Er nennt dies selbstbestimmtes Handeln (vgl. Kuhl 2008, S.100 ff). Grundlage für ein Handeln aus dem Selbst ist die Entwicklung eines reifen und integrierten Selbst. Eine reife Persönlichkeit ist in der Lage ihre Ziele im Großen und Ganzen zu verwirklichen und Ziele und Absichten zu bilden, mit denen sie sich identifizieren kann und die mit ihren ureigenen Bedürfnissen und Werten übereinstimmen (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S. 2). Ist eine Person dauerhaft daran gehindert, kommt es zur einer Entfremdung (Alienation) von sich selbst. Es werden zwei verschiedene Wege der Entfremdung beschrieben.

Bei der *manifesten Alienation* kann die Person die eigenen persönlichen Willensimpulse nicht umsetzen, da der handlungsbahnende positive Affekt nicht herbeigeführt werden kann. Da die Umsetzung von Handlungen aus eigenem Antrieb nur mühevoll oder auch gar nicht erreicht wird, kommt es schnell zu einem Überwiegen fremdbestimmten Handelns, da hier eventuell Handlungsanreize (wie z. B. Anerkennung, Lohn, Erwartungen, negative Konsequenzen) von außen gesetzt werden. Auf die Dauer führt das jedoch zu steigender Unzufriedenheit und dem zunehmenden Gefühl, an sich selbst vorbei zu leben. Letztendlich können Depressionen eine Folge dieser Willenslähmung sein (vgl. Kaschel/Kuhl 2004, S.62; Braun 2010, S.32). Die Fähigkeit einen positiven Affekt zur Handlungsbahnung herbeizuführen, kann durch ständige sinnentleerte Tätigkeiten ohne das Schaffen eines entsprechenden Gegengewichts, z. B. in der Freizeitgestaltung beeinträchtigt werden (vgl. Kaschel/Kuhl 2004 S.62).

In der *latenten Alienation* beschreiben Kaschel und Kuhl (2004) eine „Entkopplung“ des bewussten Willens von den impliziten Motiven und Bedürfnissen. Ursache ist ein beeinträchtigter Selbstzugang, z. B. durch ein Überwiegen negativer Gefühlslagen, Dauerstress, bis hin zu traumatischen Erlebnissen in der Biografie, aber auch interessanterweise durch eine einseitige Nutzung sprachlich analytisch sachlichen Denkens. Durch den beeinträchtigten Selbstzugang ist diese Form der Entfremdung häufig nicht einmal bewusst (vgl. Kaschel/Kuhl 2004, S.63; Braun 2010, S. 32 f.).

Verliert der Mensch den Zugang zu sich und seinen ureigenen Motiven, Bedürfnissen und Werten, kann er Erfahrungen und Emotionen nicht in das Selbst integrieren oder kann diesen in seinem Leben keinen Platz einräumen. Das Abspalten der emotionalen Anteile eines Erlebnisses oder das Persistieren der Emotionen führen zu Entfremdungserlebnissen und stellen ein Erkrankungsrisiko dar. In den Theorien für das Entstehen von psychischer Erkrankung spielt häufig die Grundannahme eine Rolle, dass durch eine starke Sensibilität der Person eine Krankheitsdisposition gegeben sei, die durch weitere Belastungssituationen zu einer psychischen Erkrankung führen kann. Durch die Beachtung der Selbstregulation kann hierzu eine weitere Differenzierung gewagt werden. Kaschel und Kuhl (2004) schreiben dazu: „Wir gehen von der Hypothese aus, dass die Regulation von Affekten für das Entstehen von Alienation und psychischen Symptomen noch relevanter ist als die Sensibilität für diese Affekte. Diese Hypothese beruht auf der Überlegung, dass die Sensibilität mehr die affektive Erstreaktion und damit die Häufigkeit bestimmt, mit der Affekte auftreten, während die Affektregulation mehr die Dauer affektiver Episoden beeinflussen sollte. Daraus ergibt sich die Hypothese, dass das Entfremdungs- und auch das Erkrankungsrisiko um so größer ist, je länger ein für die psychische Gesundheit ungünstiger Affekt andauert.“ (Kaschel/Kuhl 2004, S.62)

Im Gegensatz dazu gehen Kaschel und Kuhl (2004) eher davon aus, dass ein Mensch mit einem hohen Grad an Sensibilität und gleichzeitig gut ausgebildeten Fähigkeiten in der Affektregulation besonders günstige Voraussetzungen mitbringt ein reifes Selbst und persönliches Wachstum über emotionale Dialektik zu erreichen (vgl. Kaschel/Kuhl 2004, S. 67). Emotionale Dialektik bezeichnet den Wechsel zwischen der Beschäftigung mit leidvoller Erfahrung und der Bewältigung bzw. Herabregulierung der Emotion durch Selbstberuhigung (vgl. Kuhl/Hartmann 2004, S.58). Erste empirische Untersuchungen stützen diese

Hypothese. Dabei wiesen Menschen, die einerseits eine hohe Übereinstimmung von Persönlichkeitsmerkmalen auf der „Borderline Skala“ erreichten, dabei aber gleichzeitig gute Fähigkeiten in der Selbstregulation zeigten, keine „Krankheitsmerkmale“ auf, sondern zeigten sich im Gegensatz dazu als besonders begabt in der Gestaltung von authentischen Beziehungen (vgl. Kaschel/Kuhl 2004, S.67).

In der Entfremdung von dem eigenen Selbst ist ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von psychischen Erkrankungen zu sehen. Dabei spielen Defizite unterschiedlicher Herkunft in der Affektregulation eine Rolle. Ebenfalls ist die Fähigkeit zur Regulation von Affekten eine Grundlage dafür, biografische Erfahrungen und Erlebnisse in das Selbst zu integrieren und zu persönlichem Wachstum und Reife zu gelangen.

#### **2.4 Zusammenfassung**

Motivation ist der Beweggrund für eine Handlung. Sie entwickelt sich in der Begegnung von Situation und Persönlichkeit und gelegentlich formt sich aus ihr der Entschluss zu einer Handlung. Dabei spielen implizite und explizite Motive eine Rolle. Selbstkongruente Ziele stimmen mit den impliziten Motiven überein und gelingt ihre Umsetzung in einem zufriedenstellenden Maße, haben sie einen direkten Zusammenhang mit seelischer Gesundheit.

Volition ist der Prozess der Handlungsumsetzung. Das Rubikon-Modell von Heinz Heckhausen hat die einzelnen Phasen von der Motivation über den Entschluss zur Handlungsumsetzung dargestellt. Während der Verfolgung eines Ziels benötigt der Mensch, neben den Fertigkeiten, volitionale Kompetenzen. Diese vielfältigen innerpsychischen Prozesse der Selbststeuerung befinden sich im Fokus der PSI-Theorie von Julius Kuhl. Die Selbststeuerungskompetenzen werden unterteilt in Selbstkontrolle und Selbstregulation. Beide Kompetenzen können noch weiter differenziert werden, um eine spezifischere Diagnose zu ermöglichen. Selbstkontrolle ist notwendig, um in schwierigen Situationen nicht hilfreiche Impulse zu unterdrücken. Selbstregulation dient der Integration und Verarbeitung von Erlebnissen und Affekten in Abstimmung mit den impliziten Motiven, persönlichen Präferenzen und gesammelten Erfahrungen der Person. Diese können dann ein Bestandteil des Selbst und zu Erfahrungswissen werden und dort zur Lösung von zukünftigen Situationen dienen.

Durch die wachsenden Fähigkeiten von Selbstkontrolle und Selbstregulation ist ein steigender Grad an Selbstbestimmung und Freiheit möglich. Der Mensch ist durch sie nicht

nur bestimmt von seiner Vergangenheit und der gegenwärtigen Situation, sondern kann eine selbstbestimmte Handlung entgegensetzen. Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, welchen Zusammenhang die bisher gewonnenen Erkenntnisse mit Suchterkrankungen haben.

### 3 Wille und Sucht

*„...Suchttherapie ohne Willenstherapie wird zu keinem Erfolg führen.“ (Petzold 1969, S.273)*

Die Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen wird in der Bundesrepublik Deutschland seit 1968 sozialversicherungsrechtlich als Krankheit anerkannt (vgl. Vogelsang 2006, S.2). In der Zeit davor wurde dies zwar von einigen Ärzten immer wieder eingefordert, doch herrschte in weiten Teilen der Bevölkerung die Meinung vor, dass es sich um eine Charakter- und Willensschwäche handeln würde (vgl. Schmidt 1997 S.27). Kruse/Körkel & Schmalz (2001) weisen darauf hin, dass Suchtverhalten vielfach noch als Haltlosigkeit, Charakterschwäche, Gleichgültigkeit und Unwilligkeit angesehen wird. Selbst innerhalb von Suchthilfeeinrichtungen prägt dies weiterhin den therapeutischen Umgang mit den Klienten (vgl. Kruse/Körkel/Schmalz 2001, S.172f). Dennoch ist die Beschäftigung mit dem Willen bzw. mit den volitionalen Kompetenzen, für die therapeutische und sozialpädagogische Begleitung notwendig, um differenzierte Hilfsangebote an der richtigen Stelle zu geben. Suchttherapeutische Arbeit, die den Willen als eine globale nicht weiter differenzierte Charaktereigenschaft ansieht, ist problematisch und kann zu einem stigmatisierenden Blickwinkel führen. Wird jedoch differenziert und funktionsanalytisch betrachtet, welche Einzelkomponenten an der Umsetzung von Handlung beteiligt sind, wie sich diese Einzelkomponenten entwickeln und welche Störungen innerhalb dieser Prozesse wirken können, kommt man dem Verständnis psychischer Abhängigkeitsentwicklung näher. Daraus können wirksame therapeutische Ansätze abgeleitet werden, die am Individuum orientiert ansetzen.

Im folgenden Teil der Arbeit wird mittels der erarbeiteten Theorien der Frage nachgegangen, wie psychische Abhängigkeit entsteht, welche psychologische Funktionalität Drogen erfüllen können und welche Folgen die Abhängigkeitsentwicklung auf die volitionalen Fähigkeiten der Selbststeuerung haben. Weiterhin wird ein Blick auf mögliche Ressourcenentwicklung während der Abhängigkeit gewagt. Dies geschieht aus der Überzeugung heraus, dass ein rein defizitorientierter Blick des Helfers negative Auswirkungen auf den Klienten hat.

Zunächst wird knapp die allgemeingültige Definition von Abhängigkeit durch das Internationale Classification of Diseases (ICD 10) vorgestellt werden.

### 3.1 Die Definition des Abhängigkeitssyndroms im ICD 10

Die ICD 10 ist ein Klassifikationssystem für körperliche und seelische Krankheiten (vgl. Feuerlein 2005, S.15). Abhängigkeitserkrankungen werden in ihr unter Punkt F 10.2–F 19.2 unter anderem nach Substanzen untergliedert. Weiterhin wird zwischen Missbrauch und Abhängigkeit von der Substanz unterschieden. Missbrauch ist bereits der gesundheits-schädliche Gebrauch von Suchtmitteln, während Abhängigkeit dann diagnostiziert wird, wenn drei der folgenden Symptome innerhalb des letzten Jahres vorhanden waren (vgl. Feuerlein 2005, S.16).

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Substanzkonsums.
3. Auftreten von Entzugserscheinungen
4. Auftreten von Toleranzveränderungen
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. Anhaltender Substanzkonsum, trotz des Wissens um dessen schädliche Folgen.

(vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2004, S.92ff)

Die Anerkennung der Sucht als Krankheit brachte es mit sich, dass sich die Suchthilfe zunehmend professionalisieren konnte und einer immer noch bestehenden Stigmatisierung entgegengewirkt werden kann (vgl. Vogelsang 2006, S.2; Feuerlein 2005, S.17).

Von einer körperlichen Abhängigkeit spricht man, wenn nach Beendigung des Konsums körperliche Entzugserscheinungen auftreten (vgl. Schmidt 1997, S.84). Diese entstehen aufgrund von neurobiologischen Anpassungsleistungen. Der Wirkungsmechanismus von Alkohol und Drogen findet auf körperlicher Ebene im Bereich der Neurotransmitter statt. Dies sind Botenstoffe der Nerven, die dazu dienen Reaktionen auszulösen. Alkohol und Drogen wirken anstelle dieser Neurotransmitter auf den Organismus ein, und führen zu den vom Konsumenten erwünschten Wirkungen. Der Körper stellt sich auf die äußere Zufuhr dieser Stoffe ein und reduziert die Produktion der körpereigenen Stoffe. Dies führt letztendlich zu den vielfältigen Entzugssymptomen (vgl. Schmidt 1997, S.97ff; Böning 1991, S.8ff).

Eine psychische Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch das vom Konsumenten erlebte starke Verlangen, auch „Craving“ genannt, nach dem Suchtmittel. Auch ohne das Vorhandensein einer körperlichen Abhängigkeit ist dieses Verlangen so stark, dass der Konsument trotz der negativen Konsequenzen die Kontrolle über den Konsum verlieren kann. Es kommt zu einer Interessenverengung auf das Suchtmittel, die eine zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zur Folge hat (vgl. Fachlexikon der Sozialen Arbeit: Abhängigkeit 2007, S.1).

In der Regel beginnt eine Abhängigkeitserkrankung mit einer psychischen Abhängigkeit und führt aufgrund des zunehmenden Verlustes der Kontrolle über den Konsum in eine physische Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit bleibt auch nach der körperlichen Entgiftung bestehen und stellt die eigentliche Herausforderung auf dem Weg in eine langfristige Abstinenz dar (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit: Abhängigkeit 2007, S.1). Warum eine psychische Abhängigkeit von einem Suchtmittel entsteht, wird das Thema des nächsten Kapitels sein.

### **3.2 Substanzabhängigkeit als Selbstregulationsversuch**

Wann entsteht eine Suchtproblematik? Wie kommt es dazu, dass ein Mensch die Kontrolle über die Einnahme von Alkohol oder Drogen verliert? Bis heute besteht darüber keine Einigkeit und es existiert eine Vielfalt von Theorien dazu. Sicherheit besteht allerdings darin, dass es sich bei der Sucht um ein multifaktorielles Problem handelt und dass sich eine (psychische) Suchtproblematik dann entwickelt, wenn eine psychologische Funktionalität durch das Suchtmittel erfüllt wird (vgl. Sachse/Schlebusch/Leisch 2002, S.20). In Bezug auf den Alkohol erläutern sie: „Die Person trinkt Alkohol, um etwas bestimmtes zu erreichen, was psychologisch bedeutsam ist und was sie (vermeintlicher oder realistischer Weise) nicht auf andere Art erreichen kann.“ (Sachse/Schlebusch/Leisch 2002, S.20)

Die Rückfallforschung gibt Hinweise auf die psychologische Funktionalität von Alkohol und Drogen. Körkel (1998) zeigt auf, dass in unterschiedlichen empirischen Untersuchungen als intrapersoneller Auslöser für einen Rückfall an erster Stelle das Erleben von unangenehmen Emotionen genannt wurde, dicht gefolgt von unangenehmen körperlichen Zuständen. Das Erleben eines Drangs, das Suchtmittel wieder zu konsumieren und die Herausforderung die eigene Kontrollfähigkeit auszuprobieren, wurden ebenfalls genannt, jedoch mit deutlich geringeren Zahlen. Als interpersonelle Verursacher wurden vor allem Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich ausgemacht, die durch Ärger und Frustratio-

nen gekennzeichnet waren, also wiederum im direkten Zusammenhang mit einem unangenehmen emotionalen Zustand zu sehen sind. An zweiter Stelle folgten, jedoch ebenfalls mit Abstand, soziale Trinksituationen mit der Aufforderung zum Mittrinken (vgl. Körkel 1998, S.36). Als unangenehme emotionale Zustände wurden das Auftreten von depressiven Verstimmungen, Angst, Gereiztheit, Gekränktheit, Beschädigungen des Selbstwertgefühls sowie diffuse nicht genauer differenzierbare Spannungen und Stimmungsschwankungen genannt. Körkel bezeichnet aufgrund der erfolgten Studien das Auftreten unangenehmer Gefühlszustände als den maßgeblichen Entstehungsfaktor für Rückfälle (vgl. ebd., S.36). Zur Veranschaulichung der Ergebnisse kann folgende Tabelle dienen:

	Marlatt (1979)	Chaney et al. (1978)	Kivlahan et al. (1983)	Sandahl (1984)	Scholz (1983)
<b>Intrapersonelle Faktoren</b>	<b>61</b>	<b>58,5</b>	<b>75</b>	<b>50</b>	<b>92</b>
Unangenehme emotionale Zustände	38	43	43	40	50
Unangenehme körperliche Zustände	3	-	15	2	7
Angenehme emotionale Zustände	0	-	17	2	4
Austesten eigener Kontroll-Möglichkeiten	9	-	-	2	28
eigener Drang und Versuche	9	15,5*	-	2	28
	11		-	4	3
<b>Interpersonelle Faktoren</b>	<b>39</b>	<b>32,5</b>	<b>26</b>	<b>50</b>	<b>9</b>
Zwischen-menschliche Konflikte ( mit Frustration und Ärger)	18	15,5	20	31	5
Soziale Trinksituationen mit Aufforderung zum Mittrinken	18	17	6	17	3
Angenehme emotionale Zustände im Zusammensein mit anderen	3	-	-	2	1

\* gemeinsam erfasst

Abbildung 1: Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit in verschiedenen Studien (Angaben in Prozent). (Körkel/Lauer 1988, S.79)

Das gibt Aufschluss über die psychologische Funktionalität, die das Suchtmittel im Leben des Menschen eingenommen hat. Häufig hat das Suchtmittel einen elementaren Einfluss auf die Steuerung des Gefühlslebens. Es ersetzt oder ergänzt Regulationsmechanismen, die dem Menschen nicht oder nur unzureichend zur Verfügung stehen und hilft damit Angst zu reduzieren, Gefühle der Verzweiflung abzuschalten und auch antriebslose, depressiv verstimmte Situationen zu beheben (vgl. Velt 2008, S.428).

Die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit ist also vor allem dann wahrscheinlich, wenn es dem Menschen nicht gelingt, einen als unangenehm erlebten Zustand, im Sinne von Selbstregulation, zu bewältigen. Der persistierende Affekt und der dadurch erfahrene andauernde Spannungszustand kann nicht aus sich heraus reguliert werden. Dabei handelt es sich häufig um emotionale Spannungen hoher Intensität und Dauer. Finden sich hier Möglichkeiten, diese durch die Einnahme eines Mittels, oder auch durch die Ausführung einer Tätigkeit, abzuschalten und dadurch Entspannung und Genussfähigkeit zu erreichen oder dem Zustand aus Antriebs- und Freudlosigkeit ein Gefühl von Macht und Energie entgegenzustellen, kann dies bei weiterer Fortführung des Konsums eine psychische Abhängigkeitsentwicklung bedingen.

Dabei erfüllen die verschiedenen berauschenden Substanzen unterschiedliche Funktionen. Khantzian (1996) schreibt, dass es sich bei der ausgewählten Substanz um kein zufälliges Phänomen handelt, sondern auch hier Zusammenhänge zur persönlichen Situation zu finden sind (vgl. Khantzian 1996, S. 46). Im Folgenden sollen die psychische Funktionalität von Alkohol, Heroin und Kokain Beachtung finden.

### **3.2.1 Die psychologische Funktionalität von Alkohol, Heroin und Kokain**

In der psychologischen Funktionalität, die ein Suchtmittel für den einzelnen Menschen haben kann, ist Alkohol vermutlich das am besten untersuchte. Somit soll die daraus folgende Häufigkeit an Ursachen Alkohol abhängig zu konsumieren nicht zu der Schlussfolgerung führen, dass die anderen Substanzen weniger vielschichtig in ihrer Wirkung sind. Ebenfalls liegen im Zusammenhang zur PSI-Theorie bislang nur wissenschaftliche Arbeiten zur Alkoholthematik vor. Es soll jedoch der Versuch gewagt werden, die Beschreibungen zu den Wirkmechanismen von Heroin und Kokain ebenfalls in den Zusammenhang zur PSI-Theorie zu stellen.

In der Bundesrepublik Deutschland sind nach Erhebungen des Statistischen Bundesamt (Stand 31.12.2005) ca. 1 300 000 von 52 010 517 Menschen abhängig von Alkohol, d.h.

2,4 % der Bevölkerung. Einen riskanten Konsum, das heißt ein gesundheitsschädlicher Konsum, weisen bereits 18,3 % der Bevölkerung auf (vgl. DHS 2010, Internetquelle). Welche Eigenschaften bringt der Konsum von Alkohol mit sich? Warum riskiert ein nicht geringer Teil der Bevölkerung gesundheitsschädigende Folgen? Aus welcher Dynamik entwickelt sich eine Abhängigkeitserkrankung?

Sachse/Schlebusch & Leisch (2002) beschreiben die Wirkung von Alkohol als vielschichtig. Zum einen hat er eine enthemmende und stimulierende Wirkung. Er kann ein Gefühl von Macht und Stärke verleihen und Kränkungen des Selbstwertes vorübergehend kompensieren. Er verhilft unsicheren Menschen sich innerhalb von Gruppen wohlfühlen und aus sich heraus zu gehen. Zum anderen kann er ein Gefühl von Ruhe und Entspannung bewirken. Ängste und seelische Belastungen werden kurzfristig gedämpft und Grübelgedanken unterbrochen (vgl. Sachse/Schlebusch/Leisch 2002, S.20).

Häufig zeigt sich laut Kruse/Körkel & Schmalz (2001) auch, dass es Menschen, die von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, nicht gelingt, die als unangenehm erlebten Affekte zu differenzieren. Sie beschreiben ein regelrechtes Überschwemmt werden von einem nicht trennbaren Emotionschaos. Hier fungiert der Alkohol als eine Art Reizfilter und hält die bedrohlichen inneren Erlebnisse auf Abstand (vgl. Kruse/Körkel/Schmalz 2001, S.162). Das kann bedeuten, dass eine Differenzierung der Affekte grundlegend gestört ist, dass die Fähigkeit Affekte sprachlich auszudrücken nicht geübt wurde oder dass eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Auf jeden Fall zeigt sich auch hier ein Defizit in der Selbstregulation.

Schlebusch u. a. (2006), die sich auf die PSI-Theorie stützen, unterscheiden beim Alkohol zwischen einem *Problemeinstieg über negativen Affekt* und einem *Problemeinstieg über positiven Affekt*. Im ersten Fall liegt ein über längere Zeit bestehender negativer Affekt unterschiedlicher Genese vor. Dies kann z. B. eine Disposition zu schneller Erregbarkeit sein oder das Erleben einer Vielzahl von Situationen die Angst, Trauer oder Wut auslösen. Wenn zusätzlich die entsprechenden intrapsychischen Reduktionsmöglichkeiten fehlen, kann das dazu führen, dass der Alkohol sich als Mittel zur Beruhigung bzw. Trostspender sinnvoll erweist. Dabei kommt es jedoch nicht wie bei der „echten“ Selbstregulation zu einer Verarbeitung durch das Selbst. Es findet keine Integration und Bewältigung des Erlebten im Extensionsgedächtnis statt. Im Gegenteil wird diese durch die Funktionsweise von Alkohol im Gehirn verhindert. Der Alkohol beeinträchtigt die Gedächtnisprozesse und die Informationsverarbeitung, ganz abgesehen davon, dass keine eigenaktive Verarbeitung im

Sinne einer emotionalen Dialektik stattfindet. Es kommt daher vielmehr zu einer Problemverschiebung (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.92ff).

Bleibt die Einnahme von Alkohol die favorisierte Lösung, den negativen Affekt zu mildern, kann eine psychische Abhängigkeit und bei entsprechend langem Gebrauch eine körperliche Abhängigkeit entstehen. Die nicht bewältigbaren Problemsituationen und der fehlende Zugang zum Selbst führen zu weiterer Entfremdung und Unzufriedenheit<sup>3</sup> (vgl. ebd., S.96f).

Dabei kann es sein, dass die Affektregulation nicht generell gestört ist, sondern sich nur auf ganz bestimmte Situationen und Auslöser bezieht (z. B. Verlassensängste) und andere Affekte erfolgreich reguliert werden<sup>4</sup> (vgl. ebd., S.97). Es muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass der Zugang zum Selbst auch deshalb vermieden wird, weil er eventuell mit schmerzhaften, traumatischen Erinnerungen verbunden ist. Das Vermeidungsverhalten dient als Schutz vor den schmerzvollen, nicht bewältigten Erinnerungen, bedingt aber gleichzeitig ein Gefühl der Entfremdung.

Ein anderer Wirkmechanismus des Alkohols ist in einer Aktivierung des Antriebs zu sehen. Alkohol kann positiven Affekt bahnen und dadurch handlungsaktivierend wirken. Für Menschen, die über längere Zeit unter Antriebsstörungen, Freudlosigkeit, bzw. unter einem gehemmten positiven Affekt leiden, kann der Alkohol ein hilfreiches Mittel darstellen, die Hemmung zeitweise aufzuheben. Schlebusch u. a. (2006) beschreiben, dass ein Teil der Abhängigkeitskranken die Handlung und den daraus entstehenden Belohnungsanreiz komplett durch den Konsum von Alkohol ersetzen. Das heißt, es ist einerseits möglich, durch den Konsum einer gezielte Menge Alkohol in die Handlung zu kommen, aber auch die Handlung durch die belohnende Wirkung zu substituieren.

Gehemmter positiver Affekt entsteht durch Kränkungen des Fähigkeitskonzeptes in der kindlichen Entwicklung. Dies bedeutet beispielsweise fehlendes Lob, fehlende Aufmerksamkeit und Ignoranz vonseiten der frühen Bezugspersonen gegenüber den vom Kind erbrachten Leistungen. Ebenfalls ein zu frühes Abfordern von Autonomie und Selbstständigkeit beim Kind, verbunden mit fehlender Unterstützung bei auftretenden Problemen, können durch die frühzeitige Überforderung die Entwicklung von Selbstwirksamkeit Schaden

<sup>3</sup> Die klassischen Abwehrmechanismen, wie z. B. Bagatellisieren, Leugnen, Rationalisieren verhindern ebenfalls eine Bewältigung des Problems im Sinne von Selbstregulation (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.92 ff.)

<sup>4</sup> hoch generalisierte Regulationsstörung (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S. 97)

zufügen (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.101ff).

Im Kontext eines gehemmten positiven Affekts kann auch die bei Kruse/Körkel & Schmalz (2001) geäußerte Problematik verstanden werden, innerhalb einer Gruppe von Menschen den Alkohol zu benötigen, um einen lockeren Umgang mit ihr zu ermöglichen. Auch die Möglichkeit durch die enthemmende Wirkung von Alkohol sexuelle oder aggressive Impulse auszuagieren, kann als Versuch eine Handlungshemmung zu überwinden, gewertet werden (vgl. Kruse/Körkel/Schmalz 2001, S.164f).

Die genannten Schwierigkeiten in der Selbstmotivierung oder Selbstberuhigung müssen nicht zwangsläufig zu einer Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit führen. Es bestehen weitere Möglichkeiten der externalen Kompensationsmöglichkeiten, wie z. B. das „Sensation Seeking“, das Streben nach Anerkennung über Beruf und Partnerschaft, Aktivismus, Fixierung auf Status, um nur einige zu nennen (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S. 96; S.103).

In jedem Fall führen die Defizite in der Affektregulation zu einem fehlenden Zugang zu den impliziten Motiven und persönlichen Präferenzen. Die Menschen können sich laut Schlebusch (2006) im unterschiedlichen Grad nicht an internalen Standards orientieren und neigen dadurch zur Übernahme von nicht „selbstgewollten“ externalen Standards. Einhergehend mit der Schwierigkeit Probleme internal zu verarbeiten, findet eine Ursachenverschiebung nach Außen statt (Externalität). Das heißt, die eigene Situation und der Umgang damit, werden als Folgen äußerer Gegebenheiten aufgefasst und die Möglichkeit, diese aus sich heraus zu ändern, nicht erkannt (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.76 f). Die Diskrepanz zwischen den impliziten Motiven und der erlebten Entfremdung wird unerträglich und führt zu weiterem Vermeidungsverhalten.

Zusammenfassend zur Funktionalität von Alkohol ist zu sagen, dass Spannungszustände gedämpft und Hemmungen aufgehoben werden, und damit sowohl ein Gefühl von Zufriedenheit und Entspannung, als auch Freude, Macht und Stärke erreicht werden kann.

Die Anzahl der heroinabhängigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist unklar. Schätzungen zufolge handelt es sich um etwa 100 000 – 150 000 heroinabhängige Personen (vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung 2010, Internetquelle).

Barkowsky (1998) schreibt zur Wirkungsweise des Opiats: „Heroin mit seinem Wirkungsspektrum von Entspannung, Beruhigung und Angstreduktion scheint als probates Mittel die kognitive Einschätzung einer Situation und damit die Emotionalität so zu beeinflussen,

dass problematische Situationen, Stress und Konflikte die zu überfordern scheinen, bewältigbar im Sinne der Emotionsregulation werden. Wird dieser Zusammenhang subjektiv als erfolgreich, d. h. funktional erlebt, erscheint es zunächst naheliegender, diese Strategie fortzusetzen, als sie zu beenden.“ (Barkowsky 1998 Internetquelle, S.113f) Klassisch für die Wirkung von Heroin ist, im Gegensatz zur ebenfalls wärmenden und beruhigenden Funktion des Alkohols, dass der Konsument ein Erlebnis von Distanz und Unberührbarkeit gegenüber der Umwelt hat. Die kognitiven Fähigkeiten werden erst in höheren Dosierungen als eingeschränkt erlebt, auch Kommunikation und soziale Interaktion sind weiterhin möglich. Der Konsument behält das Gefühl von Kontrolle während des Rausches (vgl. Dunselmann 1996, S.194f; Schmidt 2002, S.98).

Khantzian (1996) hat in seinen empirischen Befragungen vor allem eine anti-aggressive und wutemmendende Wirkung der Opiate herausgehoben (vgl. Khantzian 1996, S.51f). Weiterhin nennt er auch andere Affekt abwehrende Funktionen, wie z. B. die Abwehr von Verletzung, Scham, Dysphorie und Einsamkeitsgefühlen (vgl. ebd., S.47f). Heroin weist wie Alkohol eine schnelle Toleranzentwicklung auf. Der abhängige Konsument muss die Menge beständig steigern und konsumiert letztendlich nur noch, um einen „Normalzustand“ ohne Entzugserscheinungen zu erreichen (vgl. Strubbe 2007, S.18).

Die psychologische Funktionalität des Heroins ist vor allem im Bereich der Regulierung von negativen Affekten und Zuständen von innerer Anspannung und Erregung, wie z. B. Angst, Wut, Trauer, Einsamkeitsgefühlen und Stress durch seelische Überforderung, zu sehen. Der Vorgang der Selbstberuhigung von Erregungszuständen durch Erkennen, Akzeptieren und Integrieren konnte nicht, oder nur zum Teil entwickelt werden. Die erlebte Überforderung durch krisenhafte Lebensereignisse erfordert ein Hilfsmittel, um die ausgelösten Spannungen ertragen zu können und im Alltag funktionsfähig zu bleiben. Hinweise darauf geben auch die weiteren Ergebnisse der Forschungsarbeit von Barkowsky (1998). Ein Großteil der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Heroinkonsum zeigten gehäuft vor dem ersten Konsum eine hohe Anzahl krisenhafter Lebensereignisse. 82 % der Untersuchungen wiesen nach, dass der Einstieg in eine Heroinabhängigkeit umso früher erfolgt, desto höher die persönliche Belastung vor dem Einstieg war (vgl. Barkowsky 1998 Internetquelle, S.111). Weiterhin hat Heroin eine sehr unmittelbare Wirkung auf das Belohnungszentrum im Gehirn, die aufgrund der direkten Einwirkung um ein Vielfaches stärker als die von Alkohol ist. Die direkte Einwirkung auf das Belohnungszentrum bewirkt das Erlebnis eines sogenannten „Flashes“ und wird als ein sehr starkes Wohlbefinden

beschrieben (vgl. Strubbe 2007, S.15). Darauf gründet sich die sehr hohe biologische Suchtpotenz und die häufig sehr schnelle Entwicklung von psychischer und physischer Abhängigkeit (vgl. Böning 1991, S.9). Im Fall eines schlecht entwickelten Fähigkeitskonzeptes kann auch hier über die Einnahme der Droge eine Belohnungsqualität erreicht werden, die dem Menschen im wirklichen Leben nicht möglich ist.

Beide Wege der psychischen Suchtentwicklung, über negativen bzw. über chronisch gehemmten positiven Affekt sind auch beim Heroin möglich. Die Wirkung des Heroins ist ebenfalls stark beruhigend und schmerzstillend. Sie beinhaltet aber im Unterschied zum Alkohol ein Gefühl der Distanz und Kontrolle und zeigt eine stärkere und direktere Einwirkung auf das Belohnungssystem im Gehirn.

Kokain und Amphetamine stimulieren ebenfalls auf direktem Weg das Belohnungszentrum (vgl. Böning 1991, S.9). Dies umso mehr, wenn das Kokain intravenös konsumiert oder als Crack oder Base aufbereitet geraucht wird. Deshalb führen diese Konsumformen auch zu einer schnellen und massiven psychischen Abhängigkeit (vgl. Schmidt 2002, S.100). Die psychofunktionelle Wirksamkeit von Kokain und Amphetaminen, welche vor allem als aktivierende Drogen gelten, zeigen überraschenderweise ebenfalls eine Doppelfunktion. In der Regel wird die aktivierende Wirkung geschätzt. Zustände der Ermüdung, Erschöpfung, Langeweile, Leere und Depression können durch die Einnahme beendet werden. Der Konsument fühlt sich energetisiert, stark und vor allem bei der Einnahme von Kokain, mit einem erheblich gesteigerten Selbstwertgefühl bereichert (vgl. Khantzian 1996, S.54).

Khantzian schreibt: „Es ist beeindruckend, wie diese erregende und aktivierende Wirkung des Kokains solchen Leuten, die chronisch depressiv waren, dabei hilft, ihre Anergie zu überwinden, Aufgaben zu erledigen und besser mit anderen zu kommunizieren. Dies hat zur Konsequenz, dass sie eine vorübergehende Unterstützung des Selbstwertgefühls erfahren.“ (Khantzian 1996, S.54)

Bei Menschen mit einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) tritt eine andere Wirkung in den Vordergrund. Kokain und Amphetamine bewirken eine gesteigerte Konzentrationsfähigkeit und wirken damit auf Menschen mit ADHS beruhigend (vgl. Khantzian 1996, S.55).

Kokain dient also der Aufhebung von gehemmten positiven Affekt, wirkt belohnend, euphorisierend und aktivierend, scheinbar ohne die Denkfähigkeiten einzuschränken. Im Einzelfall kann die Droge, beispielsweise bei der Steigerung der Konzentration bei ADHS,

auch beruhigend wirken. Aber auch hier steht der handlungsbahnende Effekt im Vordergrund, da es durch die Abschirmung von der Vielzahl an Reizen erst möglich wird, konzentriert eine Aufgabe zu verfolgen. Kokain scheint dazu zu dienen, die Hemmung des Systems der Intuitiven Handlungssteuerung aufzuheben. Der Mensch kann von einer planenden, überreflektierenden, aber stagnierenden Haltung in ein „Flowerleben“ wechseln.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass alle drei Substanzen unterschiedliche psychologische Funktionalitäten erfüllen können. Es sind zwar Präferenzen festzustellen und jede Droge hat ihr eigenes spezifisches Wirkungsfeld. Außerdem bestehen Unterschiede in der Wirkungsweise auf das Belohnungssystem, was zu einer unterschiedlich schnellen Suchtentwicklung führt. Dennoch hängt die Wirkung zusätzlich vom Individuum ab. Alle drei Substanzen können aufgrund ihrer Wirkung intrapsychische Selbstregulation ersetzen. Ein abhängiger oder missbräuchlicher Konsum von Alkohol, Heroin oder Kokain hat jedoch Folgen auf die weitere Entwicklung der Persönlichkeit und auf die Fähigkeit zur Selbstregulation. Mit diesen Folgen wird sich das nächste Kapitel beschäftigen.

### **3.2.2 Folgen von Substanzabhängigkeit auf die Selbststeuerungskompetenzen**

Zunächst lohnt es sich ein Blick darauf zu werfen, wie sich Selbstregulation entwickelt und aus welchen Basisgrundsteinen sie besteht. Die Entwicklung der Selbstregulation beginnt in der frühen Kindheit. Hartmann & Lohmann (2004) beschreiben den Entfaltungsprozess der Selbstregulation als einen der entscheidendsten Prozesse im Verlauf der Genese vom Säugling zum Erwachsenen. Dabei spielt vor allem die Bindungsentwicklung eine besondere Rolle. Basale Entwicklungsbereiche, die grundlegend die Genese der Selbstregulation ermöglichen, sind die Stressreaktivität, die Fähigkeit zur selektiven Aufmerksamkeit, die Bindungsfähigkeit und die Mentalisierung (vgl. Hartmann/Lohmann 2004, S.41).

Stressreaktivität ist die spezifische Sensibilität einer Person auf auslösende Situationen mit Stressgefühlen zu reagieren. Diese ist um so sensibler, also schneller reagierend, desto mehr ein Säugling, bzw. Kleinkind Stressoren ausgesetzt war und eine Milderung durch anwesende Bezugspersonen nicht stattfand (vgl. ebd., S.42).

Selektive Aufmerksamkeit und Mentalisierung sind im Prozess der Selbstregulation als kognitive Funktionen notwendig. Mentalisierung meint die Fähigkeit eigene und fremde mentale Zustände sowie bestehende Wechselwirkungen, in der Vorstellung zu betrachten und darüber nachzudenken. Dabei spielen empathische und reflektierende Fähigkeiten

eine Rolle. Die selektive Aufmerksamkeit ermöglicht, nicht relevante Reize herauszufiltern und die Wahrnehmung zu steuern (vgl. ebd., S.54). Die Bindungserfahrungen im frühen Kindesalter spielen eine große Rolle für die Entwicklung von Selbstregulation. Ist es zunächst die Bezugsperson die unangenehme Zustände und Emotionen durch die Zuwendung, Spiegelung und Akzeptanz reguliert, so kann später bei einer gesunden Entwicklung, das Erlebte verinnerlicht und zu eigen gemacht werden. Werden die ausgedrückten Emotionen des Kindes überwiegend nicht oder inadäquat beantwortet, hat dies später Auswirkungen auf den Umgang mit den eigenen Emotionen. Durch die fehlende oder nicht passende Resonanz erhält das Kind den Eindruck, dass es mit seinen Gefühlen nicht akzeptiert ist. Das kann dazu führen, dass Gefühle abgespalten und verdrängt werden, nicht ausgedrückt werden und der Mensch sich im Innersten als „nicht akzeptabel“ bewertet.<sup>5</sup> Die Entwicklung der Selbstregulation ist ein fortlaufender Prozess. Die Basis wird im frühen Kindesalter gelegt, ist als Entwicklung jedoch nicht abgeschlossen. Die Kompetenz der Selbstregulation reift mit zunehmender Lebenserfahrung (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2008, S.78).

In der Regel beginnt der Mensch im Jugendalter mit rauscherregenden Substanzen zu experimentieren. In der europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) wurde 2003 erhoben, dass nur 6 % der Jungen und 5% der Mädchen in der 9. und 10. Klasse im Verlauf von 12 Monaten keinen Alkohol konsumiert hatten. 33 % der Jugendlichen gaben an illegale Drogen (v.a. Cannabis) probiert zu haben (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004, S.19ff). Ein Jugendlicher ist in der Fähigkeit sein Verhalten zu kontrollieren und Emotionen zu regulieren noch nicht voll ausgereift (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2008, S.78). Dadurch ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung, bei zusätzlich bestehender biografischer Vorbelastung, höher einzuschätzen.

Was passiert nun, wenn die Regulation der Affekte in der Regel stellvertretend durch die Einnahme eines Suchtmittels getätigt wird? Schlebusch u. a. (2006) sind der Ansicht, dass durch die substanzinduzierte Affektreduktion die Bahnung zum Selbst nicht stattfinden kann. Wird Alkohol affektregulierend eingesetzt, kann der weitere Prozess der Verarbeitung und aktiven Auseinandersetzung mit der affektauslösenden Situation nicht stattfinden.

---

<sup>5</sup> Auf vertiefende Zusammenhänge kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden. Bei Interesse ist weiteres zum Thema Bindungsentwicklung und den Zusammenhängen zur Selbstregulation etc. bei Bowlby, Dornes, Fonagy & Target, Schore u. a. zu finden.

Eine Reifung der Persönlichkeit wird dadurch verhindert. Zudem, dass eine Auseinandersetzung aufgrund der vorzeitigen „Lösung“ nicht notwendig erscheint, beeinträchtigt die Einnahme von Alkohol durch neurobiologische Prozesse, die Verarbeitungstiefe. Überwiegt die substanzinduzierte Affektreduktion können keine Bewältigungskompetenzen erlernt werden. Bei dauerhaftem Konsum sinkt letztendlich die affektregulierende Wirkung von Alkohol. Es kommt zur Toleranzentwicklung, das heißt die Dosis muss beständig gesteigert werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Außerdem kommt es zu einer Chronifizierung der negativen Affektlage. Die nicht bewältigten negativen Affekte bestimmen die vorherrschende Stimmungslage und führen dazu, dass auch in Phasen der Abstinenz der Zugang zum Extensionsgedächtnis nicht gebahnt werden kann. Die Person bleibt im misserfolgsbezogenen Grübeln haften, das heißt das Objekterkennungssystem ist dauerhaft aktiviert. Dadurch verstärken sich vorhandene Ängste und depressive Verstimmungen. Ebenfalls ist die Sensibilität erhöht, Unstimmigkeiten in der Umwelt zu entdecken. Das kann dazu führen, dass der alkoholabhängige Mensch häufig äußere Verhältnisse und Personen kritisiert und gleichzeitig nichts zu einer Änderung beiträgt (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.95ff).

Häufig wird auch schon vorher erlernter Umgang mit psychischen Belastungen verlernt. Durch die Einnahme von Alkohol verringert sich zunehmend die Toleranz für negative und erstaunlicher Weise auch positive Ereignisse (vgl. Velt 2008, S.436). Es wird also angenommen, dass die vorhandene Schwierigkeit Affekte und damit verbundene Spannungszustände intrapsychisch herabzuregulieren sich noch verstärkt und die psychische Erregbarkeit, ausgelöst durch Veränderungen in den neurobiologischen Prozessen, zunimmt (vgl. Schmidt 1997, S.237ff).

Eine ähnliche Entwicklung stellen Schlebusch u. a. (2006) fest, wenn der Alkohol zur Aktivierung oder Belohnung eingesetzt wird. Die Toleranzentwicklung führt allmählich dazu, dass keine aktivierende und belohnende Wirkung mehr erreicht wird. Trotz der allmählichen Steigerung der Konsummenge kann die Hemmung des positiven Affekts nicht mehr aufgehoben werden. Die erlebten Folgen sind ein Gefühl der Leere und der inneren Unruhe. Dadurch, dass der positive Affekt nicht erfolgreich generiert wird und die volitionale Funktion der Selbstmotivierung nicht stattfindet, bleibt er oder sie in der Absichtsbildung und in dem Schmieden von Plänen stecken. Eine daraus folgende Handlung findet nicht statt oder wird nicht zu Ende geführt (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.108ff). Daraus resultieren Unzufriedenheit und Selbstzweifel. Das häufig geschwächte Selbstwirksamkeitser-

leben findet eine weitere Bestätigung. Die Schwierigkeit liegt auch darin, dass durch den fehlenden Selbstzugang selbstkongruente Ziele nicht gebildet werden können. Das schmerzhaft Nichterleben seiner Selbst und das aus der Beziehungslosigkeit zu sich selbst resultierende Entfremdungsgefühl ist schwer zu ertragen. Die erneute Einnahme von Alkohol ist unter anderem als Versuch zu verstehen, das Gefühl der Entfremdung wieder zu betäuben und aufzulösen.

Viele heroinabhängige Menschen beschreiben während und nach dem Entzug von Heroin ein Gefühl der Leere und inneren Unruhe (vgl. Braun/Gekeler 1983, S.84). In einem Betroffenenbericht beschreibt die ehemals heroinabhängige „Zora“: „Viel schlimmer als all die physischen Beschwerden war jedoch die Leere, die sich in mir gebildet hatte. Mir war als wäre ich innerlich ausgehöhlt.“ (Wilde/Spreyermann 1997, S.101). Immer wieder brechen auch Gefühle des Zweifels, der Minderwertigkeit, der Verzweiflung und der Resignation durch (vgl. Braun/Gekeler 1983, S.84). Dass weist darauf hin, dass auch hier die Bahnung des positiven Affekts zur Selbstmotivierung nicht gelingt. Zu den Folgen der längerfristigen Einnahme von Heroin auf die Fähigkeit zur Selbstregulation kommen häufig Auswirkungen der illegalen Beschaffungssituation hinzu. Oft kommt es auf der Szene zu weiteren Traumatisierungen und Dauerstress. Tagtäglich müssen hohe finanzielle Mittel aufgebracht werden, z. B. durch kriminelle Aktivitäten und Prostitution. Reichen die Mittel nicht aus, setzt der körperliche Entzug den Süchtigen unter Stress (vgl. Jungbluth 2004, S.240).

Ähnliche Kränkungen des Selbstwertgefühls erfährt ein alkoholabhängiger Mensch bei fortgeschrittener Abhängigkeitserkrankung. Vielfach stimmen das erlebte, süchtige Verhalten und seine Konsequenzen auf die Umwelt, nicht mit den eigenen Werten und Vorstellungen überein und bedingen, dass eine Auseinandersetzung mit sich selbst vermieden wird. Beim Alkohol besteht weiterhin auch die Problematik, dass bei langjährigem Konsum auch hirnorganische Schädigungen z.T. einen irreversiblen Verlust der Fähigkeit Impulse zu hemmen und zu kontrollieren, bewirken können (vgl. Schlebusch u. a. 2006, S.110). Dies kann im Extremfall bedeuten, dass eine Befähigung zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Aufrechterhaltung der Abstinenz sehr lange Zeit in Anspruch nimmt oder auch nicht mehr erreicht werden kann.

Ähnliche irreversible hirnorganische Auswirkungen sind beim Heroin bislang nicht bekannt (vgl. Jungbluth 2004, S.99). Allerdings ist laut Hüther (2008) davon auszugehen,

dass sich bei psychoaktiven Substanzen, sofern eine regelmäßige Einnahme erfolgt, physiologische Gewöhnungseffekte einstellen. Die Arbeitsweise des Gehirns stellt sich auf die externe Zufuhr neurologisch wirksamer Mittel ein. Langfristig verändert sich dadurch die Arbeitsweise im Gehirn. Die durch den Suchtstoff induzierte Unterdrückung von sich ausbreitenden Erregungsmustern führt letztendlich zu einer Verstärkung der Erregbarkeit. Die psychische Abhängigkeit erlebt dadurch eine weitere Festigung (vgl. Hüther 2008, S. 471). Bei der Einnahme von Kokain kommt es als unmittelbare Wirkung nach dem Rausch zu einer Art Kater, die in der Symptomatik einer Depression ähnelt. Es werden Gefühle der Leere, der Apathie, Freudlosigkeit und Ängstlichkeit beschrieben (vgl. Dunselmann 1996, S.284f). Die Symptome von erhöhter Ängstlichkeit, Depression und Freudlosigkeit können über mehrere Tage bis Wochen andauern (vgl. Haasen/Zurhold/Prinzleve 2004, S.133). Dies deutet ebenfalls auf einen gehemmten positiven Affekt und einen fehlenden Zugang zum Selbst hin und einem chronisch aktivierten Objekterkennungssystem. Beim Kokain stellt sich, im Gegensatz zu den beiden anderen Drogen, auch bei regelmäßigen Konsum keine Toleranzentwicklung und physische Abhängigkeit ein (vgl. Jungbluth 2004, S.106). Es kann sich jedoch eine starke, psychische Abhängigkeit mit zwanghaftem Charakter entwickeln. Vor allem, wenn die Droge intravenös konsumiert oder geraucht wird. Die Konsumenten verlieren massiv die Kontrolle über ihren Konsum, der bis zum Verbrauch der vorhandenen Droge bzw. des Geldes oder bis zur völligen Erschöpfung stattfindet (vgl. Schmidt 2002, S.101). Der unkontrollierte Konsum führt zunehmend zu unangenehmen Nebenwirkungen, wie z. B. Angstzustände, paranoide Halluzinationen mit Wahnvorstellungen und Herzrhythmusstörungen (vgl. Jungbluth 2004, S.106). Trotzdem kann dem Zwang die Droge einzunehmen nichts entgegengesetzt werden, was häufig zu einer noch schnelleren psychischen und physischen Verelendung führt als Heroin oder geschnupftes Kokain (vgl. Möller/ Prinzleve 2004, S.205).

Es stellt sich dar, dass vermutlich bei einem großen Teil der abhängigkeitskranken Menschen ein Defizit in den selbstregulativen Kompetenzen zur psychischen Abhängigkeit geführt hat. Durch die regelmäßige Einnahme, und Substitution der selbstregulativen Prozesse durch die Droge, konnte sich die Fähigkeit zur Selbstregulation nicht weiter entwickeln und bildete sich sogar unter Umständen zurück. Vor der Abhängigkeit bestehende Entfremdungsgefühle haben sich noch verstärkt. Häufig benötigt es eine ganze Weile der Abstinenz, um sich selbst wieder zu spüren, Gefühle wahrzunehmen und teilweise auch wie-

der unterscheiden zu lernen. Wobei zusätzlich zur Wirkung der Substanz, auch Auswirkungen durch weitere traumatisierende Erlebnisse und permanentem Stress ursächlich sind. Das weist darauf hin, dass zu Beginn einer Abstinenz der suchtkranke Mensch eine ganze Weile in der Willensumsetzung auf Selbstkontrolle angewiesen ist. Solange er noch keinen Zugang zum Selbst herstellen kann, ist Selbstregulation nicht möglich.

Allerdings bedeutet dies jedoch auch, dass enorme Willensanstrengungen des Abhängigkeitskranken erforderlich sind, um diese „Durststrecke“ zu überwinden. Dabei wird die Dauer dieser Zeit variieren.<sup>6</sup>

Dies gilt umso mehr, da der abhängigkeitskranke Mensch durch die Einnahme des Suchtmittels erfahren hat, wie erfolgreich und schnell er diesen schwer zu ertragenden Zustand abstellen kann. Er muss sich, um abstinent zu bleiben gegen die im Moment nicht erreichbaren, natürlichen Bedürfnisse stellen. Schlebusch u. a. (2006) erläutern dies so: „Psychologisch ist es jedoch außerordentlich schwierig, eine beabsichtigte (gewünschte, positiv – belohnende) Handlung auf Dauer nicht auszuführen. Dies ist im Prinzip nur möglich, wenn die Stärke der Hemmung permanent in ausreichendem Umfange aufrechterhalten wird. Lässt die Kraftanstrengung nur einen Augenblick nach und fällt unter die Stärke der gehemmten Handlungsoption, bricht der Damm und die Person wird rückfällig“ (Schlebusch u. a. 2006, S.109f). Diese Situation der intensiven Notwendigkeit sich selbst zu kontrollieren, verstärkt unter Umständen noch die Unterdrückung und Abspaltung von Bedürfnissen und Gefühlen.

### **3.2.3 Das Putschmodell – Der Wille im Dienst der Sucht**

Kuhl & Fuhrmann (1998) wurden in einer empirischen Untersuchung zur Selbststeuerung mit Alkoholabhängigen von dem Ergebnis überrascht, dass ein Teil der Abhängigkeitskranken durch überraschend gute Werte in der Fähigkeit zur Selbststeuerung auffielen. Sie entwickelten daraus die These, dass der Alkohol sich wie bei einem „Putsch“ der Selbststeuerungskompetenzen bemächtigt habe und diese nun im Dienste der Sucht wirksam seien (Putschmodell der Abhängigkeit) (vgl. Kuhl 2001, S.423). Dies stimmt auch mit Beobachtungen von Petzold (1969; 1971) überein. Er schreibt dazu: „An den Anfängen unserer Beschäftigung mit der Willenthematik unter klinischer Perspektive stand die Arbeit mit dro-

---

<sup>6</sup> Es wäre interessant zu untersuchen, in wieweit die notwendige Therapiedauer einen Zusammenhang mit folgenden Faktoren aufweist: Dauer der Abhängigkeitserkrankung, Art des Suchtmittels, begleitende komorbide Erkrankungen und vorhandene postraumatische Belastungsstörungen.

genabhängigen Jugendlichen in Paris, deren Wille in unserer Sicht seine Freiheit massiv eingebüßt hatte, uns aber gleichzeitig mit einem immensen „Willen zur Droge“ und zur Drogenbeschaffung konfrontierte.“ (Petzold/Sieper 2008, S.271) und weiter an anderer Stelle: „... Die Zwänge und Getriebenheiten der Sucht nehmen den Willen junger Menschen für viele problematische Aktionen in den Dienst (z. B. Drogenbeschaffung, Straftaten). Obwohl er *nicht frei*, ist der Wille „im Dienste der Sucht“ sehr stark. Er ist aber nicht mit der Sucht und dem Suchtverhalten gleichzusetzen...“ (Petzold/Sieper 2008, S.273)

Im Gegensatz zur früher gültigen und immer noch weitverbreiteten Überzeugung Sucht sei als eine Willensschwäche anzusehen, scheint sich hier ein anderes Bild zu ergeben. Der Wille oder eben die Steuerungskompetenzen werden in den Dienst der Sucht genommen und korrumpiert. Dies ist vielleicht sogar notwendig, wenn die Erfüllung der Sucht beziehungsweise die Beschaffung der Suchtmittel entsprechende Kräfte und Geschicklichkeiten erfordern.

Braun (2010) beobachtete dazu in seiner Diplomarbeit „Wille, Freiheit, Alkoholabhängigkeit: Was hält eine Abhängigkeitserkrankung aufrecht?“, dass sich vor allem bei den männlichen Alkoholabhängigen, in einer Alkoholentwöhnungsbehandlung, ein Teil scheinbar handlungsorientiert verhielt. Es zeigte sich jedoch in den durchgeführten psychologischen Testverfahren, dass es sich dabei um die bewusst geführte Steuerungskompetenz aus dem Intentionsgedächtnis, der Selbstkontrolle, handelte.<sup>7</sup> Die dem Männlichkeitsbild entsprechende Handlungsbereitschaft erwies sich als eine weitere Möglichkeit, unangenehme Affektlagen zu vermeiden. Auch bei den Testverfahren, die Braun durchführte, zeigten sich teilweise hohe Werte in den Selbststeuerungskompetenzen und der Handlungsorientierung. Die Items der Selbstberuhigung, also der Selbstregulation negativer Affektlagen und Stressbewältigung waren jedoch durchgehend unterdurchschnittlich (vgl. Braun 2010, S.79ff).

Durch diese Erkenntnisse wird noch einmal deutlich, dass eine Suchterkrankung nicht mit einer generellen Willenshemmung oder defizitären Selbststeuerungsfähigkeit einhergeht. Die Kompetenzen des Willens beziehungsweise der Selbststeuerung sind sehr vielschichtig. Es ist wichtig die Fähigkeit der Selbstkontrolle von der Selbstregulation zu unterscheiden, um den therapeutischen Bedarf eines Einzelnen genauer eingrenzen zu können. Bei Suchterkrankungen spielen, wie schon im Vorfeld dargestellt, vor allem Defizite in der

---

<sup>7</sup> Welche im landläufigen Sinn, und der frühen Definition Ach's (1935) entsprechend als Willenstätigkeit gilt (Hartmann/Kuhl 2004, S.11)

Selbstregulation eine Rolle. Dies schließt nicht aus, dass auch weitere Selbststeuerungskompetenzen beeinträchtigt sein können und auch hier ein Entwicklungsbedarf vorliegen kann. Der umgekehrte Fall, dass Kompetenzen der Selbstregulation gut ausgebildet sind, aber Defizite in der Fähigkeit der Selbstkontrolle vorliegen und zur Ausbildung einer Suchterkrankung führen, scheint jedoch, wenn man die Ergebnisse der Rückfallforschung in Betracht zieht, unwahrscheinlich.

Dies würde auch durch die Tatsache gestützt werden, dass nach Absetzen der Suchtmittel die Zielbildung und Zielerreichung zunächst fast ausschließlich über das Intentionsgedächtnis und Selbstkontrollstrategien stattfindet. Auch das häufig überwiegende Bedürfnis von Patienten in stationären Therapien, über Sanktionierungen Regelverstöße und nicht konformes Verhalten zu erwidern, passt in dieses Bild.<sup>8</sup>

### **3.3 Die Lebenssituation abhängigkeitskranker Menschen – welche Kompetenzen werden benötigt?**

Eine Suchterkrankung hat Auswirkungen auf den Menschen, viele davon negativer Art. Es stellt sich jedoch auch die Frage, welche Kompetenzen erworben werden, um eine Abhängigkeitserkrankung aufrecht erhalten zu können? Im Allgemeinen beschäftigt sich die Suchtforschung mit den negativen Auswirkungen, die der süchtige Gebrauch von psychoaktiven Substanzen mit sich bringt. Es ist unbestreitbar, dass die Folgen physischer, psychischer und sozialer Natur der Abhängigkeitserkrankung sehr groß sind. Körkel/ Kruse & Schmalz nennen hier den Verlust von Selbstwertgefühl, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärken von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust von Realität und weitere Beeinträchtigungen der Persönlichkeitspotentiale (vgl. Körkel/Kruse/Schmalz 2001, S.123).

Es ist im professionellen Umgang mit abhängigkeitskranken Menschen jedoch wenig hilfreich, ein Bild geprägt von Defiziten und Mitleid zu haben. Eine davon beeinflusste Haltung ist nicht nur hinderlich für den therapeutischen Prozess, sondern ist auch ein sehr einseitiger Blickwinkel. Ein Mensch, der mit Widrigkeiten umgehen muss erwirbt auch Kompetenzen oder hat aufgrund seiner sonstigen biografischen Situation Kompetenzen erworben, die ihm das Bestehen in der süchtigen Lebenswelt ermöglicht.

Es soll in diesem Kapitel versucht werden, einen Blick darauf zu richten, welche Kompe-

---

<sup>8</sup> Die Selbststeuerung über Selbstkontrolle (Selbstdisziplin) funktioniert besser über negative Motivierung und Sanktionierung (Hartmann/Kuhl 2004, S.34)

tenzen in bestimmten Situationen einer Suchtmittelabhängigkeit und dem Kreislauf aus Drogenbeschaffung und Drogengebrauch benötigt werden, um diese überhaupt fortführen zu können. Wissenschaftliche Erhebungen dazu konnten nicht ausfindig gemacht werden. Somit wird versucht auf mögliche Kompetenzen zurück zuschließen, in dem die Lebenssituation und die darin auftauchenden Probleme betrachtet werden. Dies geschieht ohne den Anspruch auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit. Es kann jedoch dazu dienen, sich Gedanken darüber zu machen, welche Kompetenzen eventuell für die Therapie und die weitere Lebensbewältigung genutzt werden können.

Da es sich bei der Situation mit legalen Suchtmitteln, wie dem Alkohol als schwierig erweist, eine überwiegend gültige Lebenssituation darzustellen wurde sich auf die illegalen Suchtmittel, vor allem Heroin, Base und Crack, beschränkt.

### **3.3.1 Betrachtung der Lebenswelt illegaler Suchtmittelabhängigkeit**

Beim Verkauf und Erwerb von illegalen Suchtmitteln wird von einer Drogenszene gesprochen. Diese entsteht als Folge der Kriminalisierung. Ein Teil des Handels findet zwar auch in Privaträumen statt, jedoch erweist sich der ständige Verkehr von suchtmittelabhängigen Menschen in privaten Wohnräumen wesentlich schneller als auffällig und damit für den Händler gefährlich. Daraus resultierend findet der Verkauf von geringen Mengen an Konsumenten überwiegend im öffentlichen Raum statt, geschützt durch die normale Betriebsamkeit.

Dadurch entsteht ein Sozialraum, der seine eigenen Gesetzmäßigkeiten hat. Treffend wird dies von Thabe (1997) beschrieben: „Die Orte, an denen sich die Süchtigen treffen, liegen relativ verstreut in den Innenstadtgebieten und können nicht genau festgelegt werden, da für diese Orte keine offizielle Nutzung (zum Beispiel als anerkannte Treffpunkte für Junkies) festgeschrieben ist. Deshalb kommt es (meist nach Polizeieinsätzen, Razzien) immer wieder zu Verschiebungen. Derzeitiger Haupttreffpunkt ist der Bahnhof, sein Umfeld und die angrenzenden U-Bahn-Unterführungen die in Richtung Innenstadt verlaufen. Hier wird mit Drogen gehandelt und hier werden Drogen konsumiert (vor allem in den öffentlichen Toiletten der U-Bahnanlagen). ... Bei allen drei Orten fällt auf, dass sie während des Tages in ihrer Funktion als Hauptgeschäftsbereiche relativ belebt sind. Während dieser Zeit können diese Räume verhältnismäßig unauffällig als Rauschräume genutzt werden, da diese Art der Nutzung überlagert wird von anderen Nutzungen (Reise, Einkaufen, Bummeln)... Die Bereiche Stadtgarten, Museumspark und Westpark werden von vielen Süchti-

gen als Ruheraum genutzt, wo sie Drogen konsumieren und danach „abhängen“ können. Viele obdachlose Junkies schlafen hier (im Winter) nachts auf den Heißluftschächten der angrenzenden städtischen Gebäude und (im Sommer) in den Grünbereichen, weil diese Orte als relativ störungsfrei (wenig Polizeikontrollen) gelten. Da sich hier bevorzugt auch andere städtische Minderheiten niederlassen, wie z. B. obdachlose AlkoholikerInnen, kommt es immer wieder zu Rivalitäten zwischen den Gruppen.“ (Thabe 1997, S. 201ff)

Durch den Öffentlichkeitscharakter, den die Drogenszene hat, ist sie relativ gut von der Polizei beobachtbar. Dadurch benötigt der „Szenegänger“ ein gewisses Maß an Vorsicht und Aufmerksamkeit. Dies umso mehr, wenn er sich durch den Verkauf von Drogen oder anderen strafbaren Handlungen (z. B. Hehlerei mit Diebesgut) auf der Szene betätigt. Aufgrund der geringen Wirkungsdauer von etwa vier Stunden von Heroin, und der noch vielfach geringeren von Crack oder Base, ist der Süchtige den ganzen Tag über mit der Beschaffung finanzieller Mittel und dem Erwerb und Konsum von Drogen beschäftigt (vgl. Jungblut 2004, S.229). Um die erheblichen finanziellen Mittel tagtäglich aufzubringen, müssen Strategien des schnellen Gelderwerbs gefunden werden. Zu einem großen Teil handelt es sich dabei um kriminelle Handlungen, wie z. B. Dealen, Ladendiebstahl, Scheckbetrug, Einbruch, Hehlerei und nicht angemeldete Prostitution<sup>9</sup>(vgl. ebd., S.239ff). Weitere legale Geldbeschaffungsstrategien sind das „Schnorren“ (betteln), Leihen, Fremdfinanzierung, angemeldete Prostitution und mitunter auch reguläre Arbeit (vgl. Wilde/Spreyermann 1997, S.140ff).

Welche Kompetenzen sind hier gefragt? Jemand der selber süchtig ist und den Konsum mit dem Verkauf von Drogen finanziert, muss Selbstdisziplin aufbringen (vgl. Jungbluth 2009, S.233). Er muss mit den vorhandenen Mengen so umgehen, dass genügend Gewinn abfällt, um weiterhin verkaufen zu können (vgl. ebd., S.233). Ein maßloser Konsum ist nicht möglich, ein übermäßiges „Strecken“<sup>10</sup> der Substanz würde sich bei entsprechender

---

9 Prostitution ist 2001 entkriminalisiert und legalisiert worden. Vorher war Prostitution sittenwidrig und stand unter Strafe. Allerdings muss die Tätigkeit, wie andere selbstständige Tätigkeiten auch, beim Finanzamt angemeldet und steuerlich abgerechnet werden (vgl. Stacheit 2007, S.1054). Was ein Großteil der suchtmittelabhängigen Menschen, die auf der Strasse anschaffen, nicht tun werden (vgl. Wilde/Spreyermann 1997, S.140).

10 „Strecken“ meint das Verlängern der Droge mit günstigeren Substanzen. Damit wird der Gewinn des Händlers erhöht, aber die Qualität der Droge vermindert. Häufig findet das Strecken auch mit Materialien statt, die eine größere Gesundheitsgefahr darstellen als die Drogen selbst, wie z. B. Strychnin, das ebenfalls eine rauscherzeugende Wirkung hat. (vgl. Jungblut 2004, S.242)

Konkurrenz als nachteilig erweisen. Ebenfalls muss er in der Lage sein, sich gegenüber Anderen abzugrenzen. Gibt er unüberlegt und zu häufig „Kredit“, kann er schnell nicht mehr das nötige Geld für die „Ware“ aufbringen (vgl. ebd., S.233).

Die Selbstdisziplin im Umgang mit dem Suchtmittel ist auch schon aus anderen Gründen wichtig. Würde sich der Betroffene unkontrolliert berauschen, könnte er nicht mehr die notwendige Unauffälligkeit und Aufmerksamkeit auf der Szene aufbringen, um nicht in den Fokus der Polizei zu geraten. Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich auch die anderen Formen des Gelderwerbs betrachten. Alle kriminellen Beschaffungsdelikte erfordern Wachsamkeit und das Erkennen von Gelegenheiten. Eine Betroffene schildert ihre biographisch entwickelten Stärken in Wilde & Spreyermann (1997) folgendermaßen: „Ich lernte schon zu hause, nicht aufzugeben und etwas durchzuziehen. Später erhielt ich diese Stärke auf der Gasse, weil meine Kollegen immer älter waren als ich und mich als Gleichaltrige behandelten. Am meisten Stärke erhielt ich im Heim, weil ich mich dort am meisten wehren musste. Stark zu sein, habe ich gelernt – obwohl, du gehst auch innerlich dabei kaputt.“ (Wilde/Spreyermann 1997, S.139) Der Betroffenenbericht weist auf die Janusköpfigkeit der Erfahrungen hin, zeigt aber auch entwickelte Kompetenzen der Selbstkontrolle und Durchsetzungsfähigkeit.

Aber auch die anderen Bereiche erfordern Kompetenzen, wenn sie erfolgreich und möglichst risikoarm sein sollen. Einige Suchtkranke entwickeln ein hohes Geschick darin, Menschen zu erkennen, die bereit sind, sie für eine gewisse Zeit mit finanziellen Mitteln zu unterstützen. Dazu gehören, neben einer intuitiven Menschenkenntnis, auch kommunikative und schauspielerische Fähigkeiten, sowie Kreativität beziehungsweise Erfindungsreichtum. Diese Kompetenzen werden auch für ein ertragreiches „Schnorren“ benötigt. Auch die Prostitution ist ein Bereich, der diese zwischenmenschlichen „Skills“ erfordert. Wilde & Spreyermann (1997) stellen fest, dass Prostitution drogenabhängigen Frauen eine Chance bietet, unabhängig von Anderen und finanziell vergleichsweise gut gestellt zu sein. Sie gelten bei Dealern als zuverlässig und solvent und erhalten dadurch einen gewissen Respekt (vgl. Wilde/Spreyermann 1997, S.142f). Weiterhin stellen sie dar, dass einige Frauen auf der Szene und auf dem Straßenstrich ihre Fähigkeiten perfektionieren, was beispielsweise das Einfühlungsvermögen, kommunikative und manipulative Kompetenzen betrifft. Das Selbstwertgefühl profitiert davon, dass diese Frauen erleben, dass sie Situationen formen und kontrollieren können (vgl. ebd., S.141).

Einen weiteren interessanten Aspekt dazu bietet Jungblut (2004) in dem er den Weg in das

Szene-Milieu im Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsene unter anderem auch als einen Weg der „Aneignung“, im Sinne von Kennenlernen neuer sozialer Räume und Lebenslagen, kennzeichnet. Die dabei ebenfalls vorhandenen Risiken werden in Kauf genommen (vgl. Jungblut 2004, S.230). Es ist also auch von einer gestalterischen Haltung und einem Hunger nach Lebenserfahrung, bei der Wahl dieses Weges, auszugehen.

Aufgrund der Illegalität, der gesellschaftlichen Ausgrenzung und der immer wieder stattfindenden Repression durch die Polizei<sup>11</sup> kommt es zur Bildung eines Gruppenzugehörigkeitsgefühls. Die Gemeinsamkeit des illegalen Drogengebrauchs wird zum Symbol einer Andersartigkeit (vgl. ebd., S.224).

Die sozialen Situationen sind von zweierlei geprägt: Zum einen gibt es Situationen des Zusammenhalts, des gegenseitigen Verständnisses und Liaisonen zum gemeinsamen Geld- und Drogenerwerb. Zum Anderen kommt es währenddessen häufig zu gegenseitigen Betrügereien, Streit um den Stoff, Diebstahl untereinander und damit zu vielen Vertrauensbrüchen und häufigen Wechsel der Szene-Beziehungen. Das hat entsprechende Folgen auf die psychische Situation des Einzelnen (vgl. ebd., S.239). Der Alltag ist geprägt von Beschaffungs- und Entzugsstress, zwischenmenschlichen Enttäuschungen, Demütigungen, Repressionen und Verlusterfahrungen. Diese Erfahrungen, mit teilweise retraumatisierendem Charakter, haben gesundheitliche und psychische Folgen (vgl. ebd., S.255). Sie bieten aber auch einen Background an Erfahrung, der bei entsprechender Verarbeitung zu individueller, persönlicher Reife führen kann.

Ein weiterer Lebensbereich, der für viele süchtige Drogenkonsumenten zu einen Fünftel ihrer Drogenzeit bestimmend ist, ist das Gefängnis (vgl. ebd., S.251). Auch das Gefängnis stellt eine Lebenswelt dar, die neben den Anstaltsnormen von einer Subkultur und Parallelwirtschaft geprägt ist (vgl. ebd., S.251). Diese haben ihre eigenen, häufig rigiden Regeln und Normen, denen sich der Einzelne unterordnen muss (vgl. ebd., S.252). Die häufig im Alltag bestehende Überzeugung, bei Menschen mit Drogenproblemen würde es sich um Menschen handeln, die sich nicht an Regeln halten und in Ordnungen einfügen können, wird hier ad absurdum geführt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit von illegalen Drogen gar nicht funktionieren kann, ohne bestimmte Kompetenzen mitzubringen oder

---

<sup>11</sup> Zu diesem Thema empfehle ich das Buch von Estermann: Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition. Berlin 1997. Vor allem das Kapitel von Samui: Repressionen im Alltag. S. 148-160.

zu entwickeln. Dabei erfordern unterschiedliche Beschaffungsmuster verschiedene Fähigkeiten. Diese können in der Therapie beachtet werden und damit zu einer anderen therapeutischen Haltung führen. Zum Beispiel kann der Sozialarbeiter oder Suchttherapeut davon ausgehen, dass ein Mensch der längere Zeit seine Sucht über das Dealen finanziert hat, zu entsprechender Selbstdisziplin (Selbstkontrolle) in der Lage ist und ihn darin bestärken, diese Fähigkeit im Kampf gegen die Abhängigkeit einzusetzen.

Dadurch kann dem häufig vorhandenen negativen Selbstbild des Abhängigkeitskranken, geprägt von dem Glauben „willensschwach“ zu sein, ein Gegengewicht entgegengesetzt werden.

### **3.4 Zusammenfassung**

Eine psychische Abhängigkeit entsteht, wenn das Suchtmittel eine psychologische Funktionalität erfüllt. Es konnte dargestellt werden, dass Alkohol, Heroin und Kokain eine selbstregulative Wirkung im Sinne von Selbstberuhigung und Selbstmotivierung haben können. Sie können damit dem Betroffenen zunächst „helfen“ Handlungsfähigkeit z. B. unter Stress oder bei bestehender Antriebsarmut, zu verbessern oder auch im Sinne einer Vorwegnahme von Belohnung, zu ersetzen.

Dabei wird bei dauerhaftem Konsum die Entwicklung von Selbstregulation und der Zugang zum Selbst gehemmt und es besteht die Möglichkeit, dass sich die Ausgangssituation in Bezug auf Stresssensibilität und Entfremdungsphänomene durch neurophysiologische Prozesse und/oder weiteren Traumatisierungen und Kränkungen des Fähigkeitskonzeptes, noch weiter verstärkt.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass zur Fortführung einer Suchtmittelabhängigkeit auch Willenskräfte notwendig sind. Vielleicht werden diese auch benötigt, um das Suchtmittel tagtäglich bereitzustellen und mit den Widrigkeiten der süchtigen Lebenswelt umgehen zu können? Handelt es sich bei den vorhandenen Selbststeuerungskompetenzen um Fähigkeiten der Selbstkontrolle? In welchen Methoden spiegelt sich der Erwerb von Selbststeuerungskompetenzen wieder? Welche Kompetenzen benötigt der suchtmittelabhängige Mensch, um den Ausstieg aus der Sucht, im Sinne einer zufriedenen Abstinenz, zu schaffen? Wie kann die Entwicklung von Selbstregulation in der Suchttherapie gefördert werden? Mit diesen Fragen wird sich die folgenden Kapitel beschäftigen.

## **4 Der Ausstieg aus der Sucht**

Zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit der Zielstellung der Abstinenz stehen in Bundesrepublik Deutschland ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote zur Verfügung. In der Regel beginnt die Behandlung mit einer stationären Entgiftung, daran schließt sich die Entwöhnungsbehandlung an, mit einer Dauer von mehreren Wochen bis hin zu mehreren Monaten (vgl. Feuerlein 2005, S.94 ff).

Im folgenden Kapitel sollen die volitionspsychologischen Erkenntnisse der PSI-Theorie und des Rubikon-Modells, in die Betrachtung von Suchttherapie mit einfließen. Dabei wird das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente den theoretischen Rahmen für die Suchttherapie darstellen, der mittels der PSI-Theorie reflektiert und erweitert wird. Der Einfachheit halber findet eine Konzentration auf die stationäre Suchttherapie statt. Im folgenden Kapitel wird das Transtheoretische Modell vorgestellt.

### **4.1 Das Transtheoretische Modell**

Das Transtheoretische Modell (TTM) wurde von Prochaska & DiClemente (1982) entwickelt. Sie interessierten sich dafür, welche Gemeinsamkeiten die unterschiedlichen Therapieschulen aufweisen und welche davon zentral an der Veränderung problematischen Verhaltens beteiligt sind (vgl. Prochaska/Norcross/DiClemente 1997, S.25). Zusätzlich zur Analyse der unterschiedlichen therapeutischen Ansätze wurden unter anderem auch Menschen befragt, die ohne professionelle Hilfe problematisches Verhalten (Nikotinabhängigkeit) beendet hatten (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.17).

Über alle Therapieschulen hinweg identifizierten sie zehn erfolgreiche Prozesse und Strategien zur Verhaltensänderung („processes of change“) und fanden heraus, dass Verhaltensänderung in aufeinander aufbauenden Stufen verläuft („stages of change“) (vgl. ebd. S.17). Als wichtige Erkenntnisse erwiesen sich, dass diese Stufen nur selten linear ablaufen, sondern Rückschritte innerhalb des Entwicklungsprozesses die Regel sind und dass während der einzelnen Entwicklungsstufen unterschiedliche Strategien förderlich sind. Durch Kenntnisse der Entwicklungsstufen und der jeweils hilfreichen Interventionen ist es möglich Widerstand zu vermeiden (vgl. ebd., S.18ff). Im folgenden Kapitel werden die sechs Stufen der Veränderung veranschaulicht.

#### 4.1.1 Stufen der Veränderung

Sechs Stufen werden von Prochaska & DiClemente als wesentlich im Veränderungsprozess beschrieben. Der Veränderungsprozess wird als spiralförmig, mit möglichen Rückschritten in vorhergehende Stufen, dargestellt. In der Regel wird der Ablauf mehrmals durchlaufen, bis er zu einem dauerhaften Erfolg führt (vgl. Miller/Rollnick 1999, S.30). Bevor ein Mensch beginnt problematisches Verhalten zu verändern, ist es zunächst notwendig, dies zu erkennen. Bevor ein Problembewusstsein und der Wunsch das eigene Verhalten zu ändern entstehen, befindet sich der Mensch in der Stufe der *Absichtslosigkeit* („*Precontemplation*“) (vgl. ebd., S.31). Auch Menschen, die aufgrund erfolgloser Veränderungsversuche sich mit ihrer Situation abgefunden haben, können sich in dieser Stufe befinden. Sie haben ein Problembewusstsein aber keine Veränderungsabsicht (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.20). Keller/Velicer & Prochaska weisen darauf hin, dass Menschen in dieser Stufe es vermeiden sich mit den ungünstigen Auswirkungen ihres Verhaltens auseinanderzusetzen (vgl. ebd., S.20). Jeder kennt die seit einigen Jahren auf Zigarettenschachteln gedruckten „Warnhinweise“ zu den Folgen des Rauchens. Es dauerte nicht lange Zeit, da konnte man ebenfalls schicke „Blenden“ für Zigarettenschachteln erwerben, die genau diese Warnhinweise abdecken. Auch das Umdrehen der Zigarettenschachtel auf dem Warenband im Supermarkt ist zu beobachten. Im Falle des Zigarettenkonsums, wie auch beim Konsum von Alkohol und Drogen ist selten davon auszugehen, dass jemand nicht informiert zu den Folgen ist. Aber es finden sich eine Vielzahl von Strategien, bedrohliche und negative Informationen abzuwehren.

Dies legt auch nahe, was im Folgenden von Keller/Velicer & Prochaska als nicht sinnvoll in der Tätigkeit als Berater, begleitender Sozialarbeiter oder Therapeut erachtet wird. Zuviel an Konfrontation und guten Ratschlägen in dieser Stufe führen eher zu starkem Widerstand und Rückzug der betreffenden Persönlichkeit. Trotz alledem sind es oft Situationen aus dem Leben, die im Grunde äußerst „konfrontativ“ sind, die an der noch bestehenden „Absichtslosigkeit“ rütteln und in die nächste Stufe führen. Beginnt der Mensch, zum Beispiel durch solch ein (schicksalhafter) Ereignis sich mit seinem Problem bewusst auseinanderzusetzen, beginnt die Stufe der *Absichtsbildung* („*contemplation*“). In diesem Stadium kommt es noch zu keinen Verhaltensveränderungen (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.21). Es entspricht ungefähr der im Rubikon-Modell beschriebenen Phase des Abwägens (prädeziotionale Phase). Die Zeit der Absichtsbildung kann wie die Stufe der Absichtslosigkeit sehr lange andauern (vgl. ebd., S.21). Charakteristisch für die Absichtsbildung ist ein

ambivalentes Hin- und Herpendeln zwischen Veränderungsabsichten und dem wieder Verwerfen der Pläne (vgl. Miller/Rollnick 1999, S.32). Die Vor- und Nachteile einer Veränderung werden gegeneinander abgewogen. Miller und Rollnik weisen darauf hin, dass Ambivalenz unterschiedliche Ursachen haben kann, jedoch ein normales Phänomen von Veränderungsprozessen ist. Auch bei Suchtkrankheiten spielen Ambivalenzkonflikte eine große Rolle (vgl. ebd., S.50ff). Das ist auch verständlich, wenn man bedenkt, dass der Konsum des Suchtmittels wichtige Funktionen erfüllt.

Wenn sich ein Mensch in einem ambivalenten Prozess des Für und Widers befindet, ist es nicht förderlich, ihn forciert mit den negativen Folgen seines Verhaltens zu konfrontieren. Dadurch werden in der Regel die Gegenargumente geweckt (vgl. ebd., S.51). Wenn man dies mit den Forschungserkenntnissen von Heckhausen vergleicht, so macht dieses sogar Sinn. Es gehört in einem gesunden Entscheidungsprozess dazu, die positiven wie auch negativen Seiten einer Entscheidung abzuwägen. Dadurch bereitet sich der Betroffene auf die negativen Konsequenzen der Verhaltensänderung vor und ist dann eher fähig im Prozess der Umsetzung einen Umgang damit zu finden! Angesichts dessen, dass sich jemand aufgrund seines Verhaltens in Gefahr befindet, ist dies natürlich schwer auszuhalten. Helfen kann in diesem Prozess jedoch eher eine sachliche Haltung, die zurückhaltend dabei hilft die Vorteile der Verhaltensänderung herauszuarbeiten.<sup>12</sup>

Die nächste Stufe, die *Stufe der Vorbereitung* („*Preparation*“), dauert laut Keller/Velicer& Prochaska (1999) nur kurze Zeit. Sie ist gekennzeichnet durch eine hohe Motivation etwas zu verändern. Die Person bekundet dies durch die Absicht etwas zu unternehmen und sie beginnt konkrete Handlungspläne zu schmieden (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S. 21). Dies erinnert an die präaktionale Phase im Rubikon-Modell von Heckhausen, mit dem Unterschied, dass es im Rubikon-modell bereits zu einer Entscheidung gekommen ist, während diese sich nach Prochaska& DiClemente durch die Stufe der Vorbereitung erst ankündigt.

Keller/Velicer& Prochaska bezeichnen dies als die Phase, wo der Klient am zugänglichsten für Veränderungsvorschläge ist (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.22). Allerdings handelt es sich um ein relativ kurzes Zeitfenster, aus dem ohne erfolgende Handlung schnell der Rückschritt in die Absichtsbildung stattfindet (vgl. Miller/Rollnick 1999, S. 33).

---

<sup>12</sup> Da der Schwerpunkt dieser Arbeit jedoch eher in therapeutischen Arbeit nach der Entscheidung zur Abstinenz gilt, möchte ich zur weiteren Vertiefung, bei Interesse auf die von Miller und Rollnik entwickelte Motivierende Gesprächsführung hinweisen, die vor allem in dieser Entwicklungsphase ihre Anwendung findet.

Die nächste Stufe wird erreicht, wenn die Person anfängt, ihr Verhalten zu verändern, dass heißt aktiv eingreift. Die *Handlungsstufe* („*Action*“) definiert sich dadurch, dass das problematische Verhalten mindestens seit einem Tag beendet wurde und beobachtbare Verhaltensweisen im Vordergrund stehen (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.22). Die in der Vorbereitungsphase geplanten Handlungsabsichten werden nun in der Umsetzung geprüft. Der Zeitraum dieser Phase wird auf sechs Monate eingegrenzt. Es ist mit der folgenden *Stufe der Aufrechterhaltung* („*Maintenance*“) die Phase, in der stationäre Therapie ihren Platz hat. Sie hat die Aufgabe, die Veränderungsabsicht zu unterstützen. Die Handlungsstufe bezeichnen Keller/Velicer& Prochaska als die aktivste und die sensibelste Phase. Das Risiko in alte gewohnte Verhaltensweisen zurückzufallen ist groß, gehört aber zum Veränderungsprozess dazu (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.22). In der Stufe der Aufrechterhaltung geht es um die Stabilisierung des neu erlernten Verhaltens. Sie beginnt nach sechs Monaten der Verhaltensänderung. Die Dauer hängt von dem zu verändernden Verhalten ab. Bei der Abstinenz von Suchtmitteln spricht man häufig von einer lebenslang andauernden Aufrechterhaltungsphase (vgl. ebd., S.22).

Der Rückfall wird als Teil des Prozesses in das Transtheoretische Modell mit einbezogen. Zu einem Rückfall kann es sowohl in der Handlungsstufe als auch in der Stufe der Aufrechterhaltung kommen. Ein Zurückfallen in alte, gewohnte Verhaltensmuster ist normal und sollte als dieses auch bewertet werden. Im Falle der Suchttherapie bietet der Rückfall häufig die Gelegenheit herauszufinden, welche individuelle Funktion das Suchtmittel für den Betroffenen hat, welche Situationen sich als riskant für ihn herausstellen und deshalb in Zukunft besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Zu starke Entmutigung, Moralisierung und Verurteilung nach einem Rückfall (durch Mitklienten und/oder dem therapeutischen Team), können zu einer Regression in das Stadium der Absichtslosigkeit führen (vgl. Miller/Rollnick 1999, S.33). Die Aufgabe des Therapeuten liegt eher darin, dem Klienten dazu zu verhelfen sich nach dem geschehenen Misserfolg „handlungsorientiert“ zu verhalten, die Situation zu reflektieren und den nächsten hilfreichen Schritt ins Auge zu fassen. Innerhalb dieser Arbeit sind vor allem die Handlungsstufe und die Stufe der Aufrechterhaltung von Interesse. Die von Prochaska& DiClemente hilfreichen Prozesse innerhalb dieser beiden Stufen sollen im folgenden Kapitel beleuchtet werden.

#### 4.1.2 Prozesse der Verhaltensänderung

Welche hilfreichen therapeutischen Maßnahmen über die Grenzen der Therapieschulen hinweg konnten Prochaska & DiClemente identifizieren? Welche davon sind vor allem in der Handlungsstufe und Stufe der Aufrechterhaltung wirkungsvoll? In wieweit nehmen sie Einfluss auf die Entwicklung von Selbstkontrolle und Selbstregulation, und damit auf volitionale Kompetenzen?

Die Frage wie die Veränderung von problematischem Verhalten erreicht wird und welche therapeutischen Methoden unterstützend einwirken, war die eigentliche Forschungsfrage von Prochaska & DiClemente. Der Schulen übergreifende Blickwinkel führte zu dem Begriff des „Transtheoretischen Modells (TTM)“ (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.25). Prochaska & DiClemente unterschieden dabei 10 wesentliche Strategien der Verhaltensänderung. Diese unterteilten sie in „kognitiv-affektive Strategien“ und „verhaltensorientierte Strategien“. Dabei teilen sie die kognitiv-affektiven Strategien der Absichtsbildung und Vorbereitung der Handlung zu, während sie die verhaltensorientierten Strategien als handlungsbezogene Strategien bezeichneten (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.25ff).

Zu den kognitiv-affektiven Strategien gehören alle therapeutischen Interventionen, die das Problembewusstsein steigern, emotionales Erleben herstellen, zu einer Neubewertung des persönlichen Umfeldes führen, eine Selbstneubewertung anregen und der Wahrnehmung förderlicher Umweltbedingungen dienen (vgl. ebd., S.26).

Verhaltensorientierte Strategien sind handlungsbezogen und zeigen sich in beobachtbarem Verhalten. Dazu gehören zum Beispiel die Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung, die Kontrolle der Umwelt, die Gegenkonditionierung, das Nutzen hilfreicher Beziehungen und die Selbstverstärkung (vgl. ebd., S.28).

Der Handlungsprozess beginnt in der Regel mit einer Selbstverpflichtung, das als problematisch erkannte Verhalten zu ändern. Dabei stellen Keller/Velicer & Prochaska dar, dass es hilfreich ist, wenn dem Betroffenen unterschiedliche Handlungsoptionen der Verhaltensänderung zur Wahl stehen. Die Selbstverpflichtung holt ihre Kraft unter anderem daraus, dass der Betroffene seinen Entschluss, das Verhalten ab einem bestimmten Zeitpunkt zu verändern, mindestens einem bedeutsamen Menschen mitteilt. Die Möglichkeit zwischen verschiedenen Wegen zu wählen vermindert die Bildung von Reaktanz (Widerstand) (vgl. ebd., S.28).

Der Beginn einer Verhaltensänderung ist häufig von besonderen Schwierigkeiten gekenn-

zeichnet. Die geprägten Gewohnheiten beziehungsweise das Verlangen Drogen einzunehmen, ist in dieser Zeit besonders stark. Hier erfahren Menschen vor allem durch gute äußere Bedingungen eine Unterstützung. Diese von Keller/Velicer& Prochaska bezeichnete „Kontrolle der Umwelt“ umfasst zum Beispiel Vorkehrungen, die eigene nähere Umgebung alkoholfrei zu gestalten, in der nächsten Zeit und eventuell auch länger keine Situationen aufzusuchen, die zum Trinken anregen würden, wie z. B. Freunde in der Kneipe treffen. Der Aufenthalt in einer stationären Therapie ist ebenfalls eine Form von kontrollierter Umwelt.

Weiterhin empfiehlt das Transtheoretische Modell, die problematischen Verhaltensweisen, die jedoch in der Regel einen Sinn erfüllt haben, durch Verhaltensweisen zu ersetzen, die zu einer Problemlösung führen können („Gegenkonditionierung“). Wie zum Beispiel das Erlernen einer Entspannungsübung zur besseren Stressbewältigung (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.28).

Weiterhin suchten Menschen, die ihr Problem selbst in Angriff genommen hatten, sich Hilfe durch soziale Unterstützung. Sie baten aktiv um Hilfe und suchten positive Kontakte regelmäßig auf (vgl. ebd., S.29). Häufig sind bei langjährigen Suchterkrankungen keine positiven sozialen Kontakte vorhanden. Die familiäre Situation war eventuell im Vorfeld schon nicht tragfähig und die weiteren Kontakte haben sich mehr und mehr eingeschränkt. Häufig werden nur noch Kontakte zu ebenfalls Suchtmittelabhängigen gepflegt, die jetzt nicht unterstützend zur Seite stehen können (vgl. Ladewig/Graw 1985, S.192f). Die Aufgabe des Therapeuten wäre herauszufinden, ob noch positive Unterstützer aktivierbar sind, oder ob neue unterstützende Kontakte geschaffen werden müssen. Da Abhängigkeitserkrankungen in der Gesellschaft häufig mit einem starken Stigma ausgestattet und viele Menschen mit der Situation überfordert sind, ist der Besuch einer Selbsthilfegruppe eine hilfreiche Alternative (vgl. Braun/Gekeler 1984, S.85).

Die letzte Variante der verhaltensorientierten Strategien stellt die Selbstverstärkung, im Sinne von Belohnen gelungener Handlungsschritte, dar (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.29).

#### **4.1.3 Weitere Variablen im Veränderungsprozess**

Prochaska& DiClemente differenzierten noch drei Variablen, die Einfluss auf die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung aufweisen. Zum einen wird bei Keller/Velicer& Prochaska (1999) die *Entscheidungsbalance* genannt. Das sind die Vor- und Nachteile

le, die durch die geplante Veränderung erwartet werden. Dabei ist die subjektive Gewichtung stark betont. Das heißt, dass es sehr unterschiedlich sein kann, wie bestimmte Auswirkungen persönlich bewertet werden (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.29). Eine gewichtige Bedeutung im Fall von Abhängigkeitserkrankungen spielt hier die psychologische Funktionalität der Droge, aber auch die Konfrontation mit dem Ausmaß der persönlichen Folgen der Abhängigkeitserkrankung. Dies könnten zum Beispiel eine langjährige Arbeitslosigkeit sein verbunden mit der Frage ob eine Rückkehr in ein finanziell selbstbestimmtes Leben noch möglich ist. Weitere Folgen sind z. B. Schulden, die während der Abhängigkeit entstanden sind, schon bestehende körperliche Folgeerkrankungen und/oder der Verlust von wichtigen Beziehungen. Möglicherweise nehmen diese einen sehr großen Raum im Bewusstsein ein, während die positiven Konsequenzen einer Verhaltensänderung eine vage Vorstellung bleiben (vgl. Wilde/Spreyermann 1997, S.114).

Eine weitere Variable nennen Keller/Velicer & Prochaska (1999) die *Selbstwirksamkeitserwartung*. Dieser Begriff wurde durch Bandura (1982) geprägt und beschreibt das Ausmaß an Zuversicht, das erwünschte Ziel auch gegen Widrigkeiten erreichen zu können. Diese Haltung hat unmittelbare Auswirkung auf die Motivation und die Bereitschaft eine Verhaltensänderung anzugehen. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist abhängig von dem Grad der Selbstachtung und dem Selbstvertrauen, die einem Menschen zur Verfügung steht (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.32). Sowohl die Selbstachtung als auch das Selbstvertrauen werden häufig während einer Abhängigkeitserkrankung durch den erlebten Kontrollverlust und die persönlichen Grenzen die zur Fortführung der Sucht überschritten werden, empfindlich verletzt. Somit ist auch hier die Regel, dass die Selbstwirksamkeitserwartung durch das Erleben der Abhängigkeit, wenn nicht schon durch biografische Vorbelastungen, geschwächt wurde.

Eine dritte Variable stellen die *situativen Versuchungen* dar. Neben den bislang eher persönlichen Faktoren ist dies die einzige Variable, die die Umgebung und die auslösenden Situationen mit einbezieht. Es geht hier um den Einfluss, der durch Umweltreize und momentane biografische Schicksalssituationen, ausgeübt wird. Die Kraft dieser Variable nimmt ab, je weiter die Verhaltensänderung fortgeschritten und stabilisiert ist (vgl. ebd., S.32)

Gerade die ersten beiden Variablen sind bei der Betrachtung der Erkenntnisse, die das Transtheoretische Modell erfasst haben, aufschlussreich. Bei beiden Variablen kann bei der Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen, welche die Fortführung eines gesell-

schaftlich anerkannten Lebens empfindlich stören, davon ausgegangen werden, dass diese vor allem bei langjährigem Konsum, in eine ungünstige Schieflage geraten sind.

Da die Studie von Prochaska & DiClemente auch mit Hilfe von „Selbstveränderern“ erhoben wurde stellt sich die Frage, inwieweit die Mehrzahl der untersuchten, erfolgreichen Probanden überdurchschnittliche Ressourcen mitbrachten, zum Beispiel ein gesundes soziales Netzwerk? Dies wäre ein Umstand, der viele Menschen die sich aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung in stationäre Therapie begeben nicht betrifft!

Vielleicht kann das Transtheoretische Modell einen äußeren Rahmen zur Orientierung bieten. Durch das bewusste Verstehen der verschiedenen Stufen können kontraproduktive Interventionen vermieden und der Prozess, in dem sich der Betroffene befindet konstruktiv unterstützt werden. Zusätzlich ist es notwendig, innerhalb der Therapie die Selbstachtung und das Selbstwirksamkeitserleben wieder aufzubauen und für die Entscheidungsbalance positive Inhalte, Zukunftsaussichten und Ziele zu entwickeln.

## **5 Die Rolle von Selbstkontrolle und Selbstregulation im Ausstiegsprozess**

Im ersten Teil dieser Arbeit wurde die Aufgabe von Selbstkontrolle und Selbstregulation in der Umsetzung von Zielen geklärt. Es stellte sich heraus, dass Defizite in der Selbstregulation und das Gefühl der Entfremdung durch einen gehemmten Selbstzugang, eine psychische Abhängigkeit von Suchtstoffen bewirken können. Demzufolge ist es notwendig, zur Aufrechterhaltung der Abstinenz die Fähigkeit zur Selbstregulation zu erlernen und einen Zugang zum Selbst wieder zu ermöglichen. Der Zugang zum Selbst ist notwendig, um die ureigenen impliziten Motive und Bedürfnisse wahrzunehmen. Die Wahrnehmung und Berücksichtigung der impliziten Motive in der eigenen Lebensgestaltung sind mitverantwortlich für die seelische Gesundheit (vgl. Brunstein 2006, S.248). Im Transtheoretischen Modell wurden die erfolgreichen Strategien in der Veränderung problematischen Verhaltens untersucht. Im Folgenden sollen die Prozesse der Handlungs- und Aufrechterhaltungsstufe des Transtheoretischen Modells, bei der Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung in der stationären Suchttherapie, vor dem Hintergrund der Förderung von Selbstkontrolle und Selbstregulation betrachtet werden.

### **5.1 Selbstkontrolle und Selbstregulation in den Veränderungsprozessen des TTM**

Bevor die Suchttherapie und Entgiftung beginnt, trifft der Mensch eine Entscheidung zur Abstinenz. Nach Prochaska & diClemente wird dieser Vorsatz gestärkt, indem er anderen mitgeteilt wird. Eine Wirkung, die dadurch erzielt wird, ist die Angst vor dem Verlust von Glaubwürdigkeit. Dass bedeutet, dass aus der Befürchtung die eigene Selbstachtung zu beschädigen die Kraft gezogen wird, den Vorsatz zur Abstinenz auch umzusetzen. Dem Verlangen nach dem Suchtmittel wird zusätzlich zum eigenen Entschluss die soziale Kontrolle gegenübergestellt. Das kann zu einer Verstärkung der Selbstkontrollfähigkeiten verhelfen. Weiterhin kann durch die Mitteilung des Entschlusses auch soziale Unterstützung aktiviert werden.

Allerdings kann auch das Gegenteil der Fall sein. Wenn schon häufige Bekundungen und Versprechen die Sucht zu beenden gegeben wurden und die Umsetzung nicht gelungen ist, ist die Selbstachtung schon empfindlich geschädigt. Die Angst vor den Augen der Anderen nicht Wort halten zu können und die eher verhaltene Reaktion der Mitmenschen wirken auch entmutigend. Der Betroffene selbst muss ausprobieren, was für ihn richtig ist. Die Rolle des Drogenberaters ist über die verschiedenen Möglichkeiten zu informieren, jenseits

von therapeutischen Dogmata.

Die Entstehung des Entschlusses wird gefördert, in dem mehrere Möglichkeiten zur Verhaltensänderung wählbar sind. Besteht die Freiheit zu wählen, wird Reaktanz gemindert (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.28). Reaktanz ist eine natürliche Reaktion, sich gegen Fremdbestimmung zu wehren. Petzold & Sieper beschreiben Reaktanz als Ausdruck des Willens zur Freiheit und als berechtigte Schutzreaktion gegenüber zu starken Fremdintentionen (vgl. Petzold/Sieper 2008, S.274).

In der modernen Volitionspsychologie zeigt sich auch eine neurophysiologische Wirkung. Besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen mehr als zwei Alternativen, wird die rechte Gehirnhälfte und damit das ganzheitliche Fühlen aktiviert. Dadurch findet eine Aktivierung und Einbeziehung des Selbstsystems statt (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.141).

Diese Methode kann auch im weiteren Verlauf der Therapie Verwendung finden. Zum Beispiel wenn in Gesprächen nach neuen Problemlösungen gesucht wird oder bei weiteren Entscheidungsprozessen. Durch das Suchen von mindestens drei Alternativen, wird auf einer einfachen Ebene das Extensionsgedächtnis angeregt und die Förderung von selbstregulativen Fähigkeiten vorbereitet.

Die Kontrolle der Umwelt haben Prochaska & DiClemente als einen weiteren wichtigen Faktor in der Veränderung problematischen Verhaltens identifiziert. In der stationären Suchttherapie finden sich eine Vielzahl von Strukturen, die dies gewährleisten sollen. Zunächst ist hier der Orts- und Bezugsgruppenwechsel genannt. Der Klient verlässt sein gewohntes Umfeld und zieht in die stationäre Einrichtung ein. In der Regel bestehen dort eine Vielzahl von Ausgangsregelungen. Zu Beginn auch häufig eine Kontaktsperre unterschiedlicher Zeitdauer und Ausprägung (vgl. Barsch Internetquelle, S.53). Das bedeutet, dass die Klienten für eine gewisse Zeit keinen Kontakt zu Menschen außerhalb der Therapie aufnehmen dürfen. Teilweise gilt dies nur für Besuche, teilweise auch für telefonischen und schriftlichen Kontakt. Damit soll erreicht werden, dass sich der Betroffene voll und ganz auf die neue Situation einlässt und auftretende Schwierigkeiten dort klärt. Ebenfalls soll der Klient erst einmal vor familiären problematischen Strukturen die eine negative Einwirkung haben können, geschützt werden.

Innerhalb der Therapie werden bei Verdacht, teilweise aber auch regulär, Abstinenzkontrollen durchgeführt. Eine weitere bestehende Maßnahme ist die Eingangskontrolle der mitgebrachten Gegenstände und Kleidung, sowie zugesandte Pakete auf Drogen, aber auch auf Bezug zum Drogenkonsum (z. B. Literatur, Musik etc.) (vgl. Barsch Internetquelle, S.53).

Dies sind externe, strukturelle Kontrollmaßnahmen, die ein abstinentes Umfeld sicherstellen und „Trigger“ (Auslöser) minimieren sollen. Häufig wird der Vorwurf erhoben, dass dadurch eine Nähe zur „Totalen Institution“ nach Goffmann vorliegen würde (vgl. Barsch Internetquelle, S.56). Es ist vielleicht aber auch eine Frage der Umsetzung, ob derartige Regeln und Kontrollen als Freiheitseinschränkung oder als Schutz erlebt werden. Es wäre jedoch fragwürdig, wenn die externen Kontrollmechanismen, uneingeschränkt die ganze Therapiezeit begleiten. Dadurch würden Überzeugungen und Haltungen gefördert, die der Abstinenz außerhalb des therapeutischen Umfelds nicht dienlich sind, wie z. B. fehlendes Vertrauen in sich selbst, keine Übernahme von Eigenverantwortung und Abhängigkeit von externen Bedingungen. Externe Kontrollmaßnahmen erfordern keine Eigenaktivität des Klienten, außer sich an die Regeln anzupassen.

Eine Kontrolle der Umwelt im Sinne einer Selbstkontrolle bezieht die individuelle Situation der Persönlichkeit mit ein. Sie setzt einen therapeutischen Prozess der Selbstreflexion und Bildung von Einsicht voraus. Externale Kontrollmaßnahmen sollten möglichst schnell durch individuell erarbeitete und selbstbestimmte Regeln ersetzt werden. Das kann zum Beispiel auch Bestandteil eines Gruppenprozesses sein. Ausgehend von der Frage, was süchtiges Verlangen fördert und hemmt, können spielerisch eigene Schutzmechanismen ausprobiert und erarbeitet werden. In diesem Sinne erworbene Selbstkontrolle und Selbstreflexion wird auch später noch, ohne die schützende Gemeinschaft eingesetzt werden. Sie ist selbstgewählt und selbstgewollt und dadurch keine Gefahr für die Integrität und Würde der Persönlichkeit.

Vor dem Hintergrund des PSI-Modells kritisieren Schlebusch u. a. (2006), dass in einem Großteil der therapeutischen Suchteinrichtungen sehr stark mit Vorsätzen und rigider Einhaltung von Regeln gearbeitet wird. Es wird an den „eisernen Willen“ appelliert und Sanktionen bei Nichterfüllung von Aufgaben auferlegt. Die fremden Normen und Regeln werden oft widerspruchlos übernommen. Es entsteht durch das Verfolgen fremdbestimmter Ziele und Regeln die Gefahr eines doppelten Alienationsphänomens (Schlebusch u. a. 2006, S.100ff). Damit ist gemeint, dass der gehemmte Zugang zum Selbst es dem Betroffenen nur schwer möglich macht zu überprüfen, inwieweit die Regeln und Zielstellungen mit ihm selbst übereinstimmen. Dadurch neigt er unter anderem dazu, sich mit ihnen zu identifizieren und sich noch weiter von sich selbst zu entfernen (vgl. ebd., S.100ff). Werden Regeln und Strukturen rigide durchgesetzt, was ohnehin der bei Klienten häufig vertretenen niedrigen Selbstachtung und der tendenziell vorhandenen Selbstbestrafung ent-

spricht, so ist dies fragwürdig und zementiert unter Umständen schon vorhandene Strukturen. Ebenfalls ist ein sinnentfremdetes Trainieren von Durchhaltekraft beschämend und nicht dazu geeignet Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserleben aufzubauen<sup>13</sup> (vgl. ebd., S.100).

Allerdings muss auch beachtet werden, dass zunächst überwiegend kein eigener Maßstab der Orientierung zur Verfügung steht. Die bisherigen Strategien im Umgang mit Problemen und Situationen haben zumindest zu einem Teil, in die Abhängigkeit geführt. Während der Abhängigkeit galten eigene, kontextabhängige Regeln, deren Funktionen in der Abstinenz und in einer anderen gesellschaftlichen Umgebung keinen Sinn mehr erfüllen. Im Gegenteil, ein Teil von ihnen verhindern neue Erfahrungen und damit Entwicklungspotentiale, wie z. B. Verwundbarkeit verbergen und sich nur auf sich selbst verlassen. Klare, authentische Regeln, die der Orientierung dienen, sind hilfreich, auch wenn sie vorerst external und fremdbestimmt sind, sofern sie ehrlichen und sinnvollen Motiven entspringen und flexibel gehandhabt werden. Dann können sie hilfreich sein die erste Zeit zu überbrücken. Mit der Zeit sollten Maßnahmen zur Umweltkontrolle abgebaut werden können. In dem Maße wie es gelingt einen Zugang zum Selbst und zu selbstregulativen Fähigkeiten zu erwerben, ist es möglich einen freiheitlichen Umgang mit der Umwelt und gefährdenden Situationen zu führen.

Die in Therapien häufig sehr eng gefassten Strukturen sollen auch der „Gegenkonditionierung“ dienen. Prochaska/Norcross& DiClemente erwähnen hier als hilfreiche Strategie die aktive Ablenkung durch Beschäftigung. Dadurch kann die innere Leere eventuell verbunden mit einer nervösen Unruhe besser ausgehalten werden (vgl. Prochaska/Norcross/DiClemente 1997, S.236). Zu Beginn der Abstinenz ist aktive Ablenkung sehr wichtig, um Suchtdruck zu vermeiden. Auf die Dauer kann Gegenkonditionierung im Sinne von Ablenkung auch zu einem neuen „Vermeidungsverhalten“ werden. Dies geschieht dann, wenn keine Auseinandersetzung mit der persönlichen Problematik stattfindet. Förderlich für den Selbstzugang wäre es, wenn der anfangs stark strukturierte Tagesablauf zunehmend auch Zeiten der Kontemplation, Entspannung und Ruhe beinhaltet.<sup>14</sup> Das kann auch über

<sup>13</sup> Schlebusch u. a. beschreiben dass z.T. In suchttherapeutischen Kliniken das Durchhalten mittels sinnentlehrt Tätigkeiten geübt wird und Frustrationstoleranz über das wegnehmen von halbfertigen Werkstücken. (vgl.Schlebusch u. a.2006, S.100)

<sup>14</sup> Kontemplation bedeutet u. a. ein beschauliches Nachdenken und sich in Ruhe in einen Inhalt geistig versenken (vgl. Duden: Kontemplation 1990, S.425)

strukturelle Angebote geschehen. Für die erste Zeit ist das auch sinnvoll, da oft keine Erfahrungen darin bestehen und die Kompetenzen nicht entwickelt sind. Es ist zunächst häufig schmerzhaft, mit dem Erleben innerer Leere oder Unruhezuständen konfrontiert zu werden. Von Vorteil ist, wenn mehrere Angebote in dieser Richtung möglich sind, so dass für den Einzelnen eine akzeptable Möglichkeit der Entspannung gefunden wird.

Zum Beispiel sind hier das Erlernen von Entspannungstechniken, musiktherapeutische und kunsttherapeutische Angebote, aber auch angeleitete Wahrnehmungsübungen in der Natur unter Anregung der unterschiedlichen Sinne genannt.

Der Zustand der Kontemplation oder auch der einer tieferen Entspannung führt zu mehr Energie, weniger Angst, einem angenehmen Grundgefühl, besseren Schlaf und erhöhter Konzentration (vgl. Prochaska/Norcross/DiClemente 1997, S.239f). Der Dauerkonsum von Fernsehen und Radio in der Freizeit wirkt ablenkend, aber nicht entspannend (vgl. ebd., S.239f).

Für viele Menschen ist Sport der erste Weg, um zu Entspannung und einem positiven Körpergefühl zu kommen. Auch hier sind entsprechende Wirkungen nachgewiesen, die positiv auf das Körpergefühl, die Konzentrationsfähigkeit, die Fähigkeit zu entspannen und der Stabilisierung des Kreislaufs Einfluss nehmen (vgl. ebd. S.237). Suchtmittelabhängige Menschen haben zu Beginn der Abstinenz häufig ein unangenehmes Körpergefühl. Zum einen sind sie, aufgrund der lange andauernden Betäubung vitaler Funktionen, es nicht mehr gewöhnt den Körper ungefiltert wahrzunehmen. Zum anderen war die Zeit der Abhängigkeit für den Körper entsprechend anstrengend. Weiterhin finden sich auch aufgrund traumatischer biografischer Vorerfahrungen, wie zum Beispiel Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch, ein gestörtes Körpererleben. Das Erlebnis eines Wohlgefühls im Körper muss häufig erst vermittelt werden. Auch hier dienen Sport, Entspannung, Sauna und körpertherapeutische Elemente zum Aufbau einer besseren Beziehung zum Körper. Es darf nicht erwartet werden, dass Sport gleich positiv aufgenommen wird. Häufig herrscht nach der Entgiftung noch länger ein Gefühl der Schwere vor. Die körperliche Kondition ist schlecht und die kleinste Anstrengung fällt schwer. Das positive Körpergefühl aufgrund der Bewegung, wird nicht sofort erreicht werden.

Die therapeutische Beziehung der Mitarbeiter einer suchttherapeutischen Einrichtung gegenüber den Klienten sollte partnerschaftlich, aber auch die eines Prozessexperten sein (vgl. Sachse 2003, S.40). Prozessexperte bedeutet, dass der Therapeut Verantwortung für

den Prozess der Therapie übernimmt. Er hat die Aufgabe, innerhalb der Therapie Richtungen zu weisen (vgl. ebd., S.40). Das ist nicht im Sinne von autoritärer Machtausübung zu verstehen. Der abhängigkeitskranke Mensch hat aber ein Recht darauf zu erfahren, sofern er freiwillig da ist und das möchte, wie er sein Problem in den Griff bekommen kann. Eine rein klientenorientierte Haltung<sup>15</sup> ist in Motivationsprozessen hilfreich, im Therapieprozess kann das dazu führen, dass der Klient mit seiner Problematik allein gelassen wird.

Es besteht ein direkter Zusammenhang, mit der Entschiedenheit und Kraft mit der Ziele verfolgt und umgesetzt werden können und einem positiven Körpergefühl (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.136). Neben dem ausgewogenen Wechsel von Aktivität und Entspannung spielt auch die Ernährung eine Rolle (vgl. ebd., S.136). Deshalb ist die Wirkung von diesen Angeboten und Faktoren auf die volitionalen Prozesse nicht zu unterschätzen.

Krankheiten und Organschädigungen, die zu einem Teil Folge des langjährigen Konsums von Alkohol und Drogen sein können, sind weitere Einflussfaktoren, die zu beachten sind. Sie haben einen negativen Einfluss auf die persönliche Energie und Kraft und damit auch auf die volitive Umsetzungskompetenz. Es ist wichtig, dass in einer suchtherapeutischen Einrichtung die Voraussetzungen gegeben sind, die Struktur individuell anzupassen. Ein Mensch mit chronischen Erkrankungen im Hintergrund wird mehr Ruhepausen benötigen und zusätzlich lernen müssen, auf seinen Körper zu hören.

Ganz allgemein ist darauf zu achten, dass Regeln, Strukturen und Gewohnheiten maßvoll eingesetzt sind. Zuviel Struktur behindert kreatives Gestalten und Handeln. Durch zu starre Regeln und Einstellungen werden Wahrnehmungs- und Erlebnismöglichkeiten begrenzt (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.100f). Ein dosierter Anteil von Ritualen und gepflegten Gewohnheiten stimuliert wiederum Gestaltungskräfte, da sie Kraft sparen (vgl. ebd., S.100f). Je kreativer und flexibler ein Mensch mit auftretenden Situationen umgehen kann, desto eher kann er später einen handlungsorientierten Umgang mit Problemen finden.

Langfristig erfolgreiche Gegenkonditionierung entsteht aus Selbstbeobachtung, Selbstwahrnehmung, der kritischen Selbstreflexion und dem Erkennen der eigenen Suchtmechanismen. Der Klient macht sich gemeinsam mit seinem Therapeuten auf die Suche, welche psychologischen Funktionalitäten und Bedürfnisse durch die Droge erfüllt wurden und mit

---

<sup>15</sup> Klientenorientierung: Die Person steht mit ihren Gefühlen, Wünschen, Zielen im Mittelpunkt. Der Therapeut oder Berater hält sich mit seiner Sicht, Empfehlungen, Ratschlägen und direktiven Maßnahmen zurück. Durch aktives Zuhören, Empathie und Wertschätzung wird der Klient angeregt selber Lösungen für sein Problem zu finden. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit: Klientenorientierung/ Gesprächspsychotherapie 2007, S.402 f.)

welchen Verhaltensweisen und Denkmustern er selbst negativ auf sein Lebensgefühl einwirkt, um letztendlich gesunde Strategien zu finden, die die eigene Situation positiv verändern können. Das ist auch ein wichtiger Teil der Grundlagen, die die Selbstmanagementtherapie vertritt (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 1991, S.27ff). Innerhalb der stationären Therapie kann die Selbstwahrnehmung mittels der erlebnisorientierten Methoden, wie z. B. Bewegung, Entspannung, Kunst- und Musiktherapie, arbeitstherapeutische Angebote und in den sozialen Begegnungen erfolgen. Dort werden neue Umgangsweisen eingeübt und reflektiert. Kanfer/Reinecker & Schmelzer (1991) beschreiben, dass die Einübung neuer Verhaltensweisen sehr viel Kraft und Bewusstsein erfordert und ein langwieriger Prozess ist, bis sie sich gegen die automatisch ablaufenden, problematischen Reaktionen durchsetzen können (vgl. Kanfer/Reinecker/Schmelzer 1991, S.28). Nach der im PSI-Modell getroffenen Definition handelt es sich um eine Selbstkontrollstrategie. Das bewusste Eingreifen und Unterdrücken der automatisierten Prozesse ist ein linkshemisphärisch gesteuerter Vorgang. Ritz-Schulte/Schmidt & Kuhl (2008) beschreiben, dass gleichzeitig auch eine Auseinandersetzung und Versöhnung mit den zugrunde liegenden Emotionen und Lebenserfahrungen erfolgen muss, damit daraus ein selbstregulativer Prozess wird. Dieser ist häufig schmerzhaft, setzt aber Energie und ein Gefühl der Gelassenheit frei (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2008, S.59).

Petzold/Sieper (2008), Vertreter der integrativen Therapie, betonen ebenfalls, dass die Umgestaltung dysfunktionaler Verhaltensmuster besser funktioniert, wenn sie mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergeht (vgl. Petzold/Sieper 2008 S.350). Dies beschreibt die Grenzen, die eine rein kognitive und verhaltensorientierte Therapie in der Bearbeitung von Problemverhalten hat.

Unterstützende soziale Beziehungen sind ein weiteres Prozessmerkmal wirksamer Verhaltensänderung (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999, S.29). Innerhalb der Gruppentherapie stellt dies ein Teil der therapeutischen Arbeit dar, die Klienten darin zu unterstützen einen offenen und ehrlichen Kontakt zueinander herzustellen (vgl. Braun/Gekeler 1984, S.111). Im Idealfall sollte die Gruppe auch den Einzelnen bei der Offenbarung schmerzhafter biografischer Erlebnisse tragen und damit selbstregulative Prozesse unterstützen. Die Fähigkeit zur Selbstäußerung trägt unmittelbar zur Angst- und Schmerzbewältigung bei (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.140).

Weiterhin unterstützt die Gruppe den Einzelnen in der Umsetzung seiner Ziele, indem sie ihm spiegelt, wenn er in dysfunktionale Verhaltensweisen zurückgefallen ist. Das therapeu-

tische Team hat die Aufgabe darauf zu achten, dass Reflektionen in einer sachlichen und wertschätzenden Art und Weise verlaufen und dass Erfolge in der Verhaltensänderung anerkannt werden. Ein hoher normativer Druck hat negativen Einfluss auf selbstregulative Funktionen und Selbstbestimmung (vgl. Kuhl 2006, S.313).

Die Anerkennung positiver Verhaltensveränderung dient der Selbstverstärkung. Martens & Kuhl (2009) betonen wie wichtig es für das Selbstsystem ist durch positive Erlebnisse und Belohnung kleiner Erfolge ein Gegengewicht zu Alltagsstress und Belastungssituationen zu setzen. Neben der ehrlichen Auseinandersetzung mit negativen Gefühlsinhalten bilden Tätigkeiten, die einem Freude bereiten eine emotionale Grundlage die auch stark genug ist das zu tun. Weiterhin wird dadurch die Fähigkeit zur Selbstmotivierung gefördert (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.157).

Die Schwierigkeit liegt darin, dass Menschen die zu einem lageorientierten Umgang mit Problemen neigen und Ziele in der Regel über Selbstkontrolle umsetzen, es eher gelernt haben sich durch negative Sanktionen zu motivieren (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.96f). Die positive Verstärkung löst bei einigen Klienten Abwehr und Befremden aus. Es braucht Zeit, bis positive Verstärkung eine positive Wirkung zeigt (vgl. Hartmann/Kuhl 2004, S.36). Im Hinblick auf die Vermittlung von selbstregulativen Fähigkeiten bietet das Transtheoretische Modell zwar Ansatzpunkte, eine tiefere Auseinandersetzung mit den inneren Prozessen wird jedoch durch die verhaltenstherapeutischen Strategien nicht erreicht. Auf die kognitive Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik, wie sie z. B. die Selbstmanagementtherapie vertritt, ist im therapeutischen Prozess nicht zu verzichten und dennoch bleibt damit ein großer Teil unberücksichtigt. Der Zugang zum Extensionsgedächtnis ist für das linkshemisphärische, analytisch-sprachliche Denken und damit für rein kognitive Therapien nicht erreichbar. Sie benötigen eine Erweiterung durch Therapien, die in der Lage sind das rechtshemisphärische, holistische, bildhafte Denken anzuregen, damit Prozesse der Selbstregulation erfolgen können. Innerhalb des nächsten Kapitels werden Möglichkeiten der Förderung und Entwicklung von Selbstregulation aufgezeigt.

## **5.2 Wie kann Selbstregulation erlernt werden ?**

*...nur manchmal, während wir so schmerzhaft reifen, dass wir an diesem beinah sterben, dann formt sich aus allem was wir nicht begreifen, ein Angesicht und sieht uns strahlend an.... (Rainer Maria Rilke)*

Klienten einer suchttherapeutischen Einrichtung weisen im unterschiedlichen Ausmaß Defizite in der Selbstregulation auf. Die schmerzhaften Erfahrungen werden abgewehrt und

führen zu unterschiedlichen Vermeidungsreaktionen. Innerhalb der Therapie muss behutsam die Basis dafür gelegt werden, dass es dem Klienten Stück für Stück möglich wird, den Zugang zum Selbst wiederherzustellen (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.15).

Suchtstoffe können als Mittel zur Regulation von Affekten eingesetzt werden. Sie erfüllen damit eine selbstregulative Funktion. Welche Methoden verhelfen nun dazu Defizite in der Selbstregulation abzubauen und den Selbstzugang wieder herzustellen? Eine verfrühte Konfrontation mit schmerzvollen Ereignissen führt zu Abwehrverhalten. Mittels einer Vielzahl von Vermeidungsstrategien wird die Begegnung mit dem Selbst verhindert. Unbewältigte negative Affekte hemmen den Zugang zum Selbst und verhindern eine Integration neuer Erfahrungen und blockieren daraus folgende Lernvorgänge (vgl. Kuhl/Hartmann 2004, S.59). Vor allem bei traumatisierten Klienten ist nur eine langsame und behutsame Annäherung möglich, wenn Retraumatisierung und Dekompensationen vermieden werden sollen.

Einige Methoden flossen schon in die Darstellung des vorhergehenden Kapitels ein, wie das Suchen von Wahlmöglichkeiten (drei Alternativen), die Förderung der Selbstwahrnehmung über Sport, Entspannung, Anregung der Sinne, künstlerische Therapien und Körpertherapie. Es bestehen jedoch noch weitere Möglichkeiten, von denen einige hier einfließen sollen, die innerhalb einer stationären Langzeittherapie berücksichtigt werden können. Zunächst sei noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es zentral wichtig ist, externe Kontrollangebote so schnell wie möglich abzubauen und den Klienten in einen eigenverantwortlichen Prozess zu führen. Dies hilft das Selbstwertgefühl wieder herzustellen und fordert zur aktiven Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses auf.

Kuhl (2005) zeigt auf, dass ein mit negativen Erfahrungen überfrachtetes Selbst positive Erlebnisse braucht, bevor ein Zugang wieder hergestellt werden kann. Durch positive Erfahrungen kann im Selbstsystem langsam eine Balance hergestellt werden. Dazu gehört, dass der zwischenmenschliche Umgang in der Therapie von Akzeptanz, Wertschätzung und echtem Interesse für das Individuum geprägt ist. Das Selbst einer Person wird aktiviert, wenn sie sich ernst genommen und verstanden fühlt (vgl. Kuhl 2005 Internetquelle, S.16). Es spielt aber auch die Atmosphäre der Räumlichkeiten und die Möglichkeiten der Klienten Eigenverantwortung zu übernehmen eine Rolle, sowie das Erleben, dass ihnen Vertrauen entgegen gebracht wird und das Entdecken persönlicher Fähigkeiten. Neben diesen äußeren Faktoren kann der Klient auch dazu angeregt werden, innerhalb eines Ta-

gesrückblicks jedes negative Erlebnis durch ein positives zu ergänzen (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.108). Häufig ist durch eine dauerhafte Aktivierung des Objekterkennungssystems die Wahrnehmung auf Unstimmigkeiten eingengt und es bedarf der Übung auf schöne und positive Dinge zu achten.

In der Zielsetzung beispielsweise bei Hilfeplänen sollte der Therapeut darauf achten, dass er dem Klienten Zeit lässt zu überprüfen, inwieweit er mit den Zielen wirklich übereinstimmt. Dabei kann es hilfreich sein, auf Spannungen im Körper zu achten. Diese weisen auf Widerstände hin, die wenn möglich geklärt werden sollten (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.96f.). Im Fall dass die Zielstellung oder Regel aus therapeutischer Sicht wichtig und unumstößlich ist, kann im Gespräch nach einem Kompromiss gesucht werden. Es wird über Veränderungen nachgedacht, die sich im Rahmen des Möglichen befinden. Dadurch wird zum einen der Klient in seiner Selbstäußerung ernst genommen und zum Anderen dazu angeregt vielfältige Lösungen zu suchen (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.98). Diese vorbereitenden Übungen sollten von Anfang an in den Therapiealltag integriert werden.

Ist der Zugang zu den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen vorhanden, ist es einer der ersten Schritte zu üben, diese auszudrücken und mitzuteilen. Das Erlernen von Selbstäußerung ist essentiell. Durch die Äußerung von Gefühlen und Meinungen und dem Gefühl darin verstanden und akzeptiert zu werden, liegt eine grundsätzliche Erfahrung, die es uns erlaubt, den Zugang zum Selbst zu erhalten. Dadurch kann erst das Erleben entstehen, dass jemand auf mich eingeht, mich ernst nimmt und mich so mag, wie ich bin (vgl. Martens/Kuhl 2009, S. 140). Selbsta Ausdruck ist eine der Grundlagen für erfolgreiche Affektregulation (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2008, S.59). Die Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit spielen die bestimmende Rolle in der Entwicklung der selbstregulativen Fähigkeiten. Die Qualität und Häufigkeit gelungener Fremddregulation durch die frühen Bezugspersonen bestimmen die späteren Selbstregulationskompetenzen. Erwidert die Bezugsperson die Selbstäußerungen des kleinen Kindes angemessen und im ausreichenden Umfang, fühlt sich das Kind angenommen und bestätigt.

Angemessene Antworten sind die Spiegelung der Affekte durch die Bezugsperson, das feinfühliges Eingehen auf den Affekt und daran anschließend die Gegenregulation in Form von Beruhigung, Ermutigung oder Ablenkung (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2009, S.50f).

Die angemessene Reaktion findet statt, weil die Bezugsperson mit ihrem eigenen aktiven

Selbst präsent, die vom Kind geäußerten Affekte wahrnimmt und sie in ihrer Qualität versteht (vgl. ebd., S.51). Innerhalb der Therapie wird die Entwicklung der Selbstregulation durch dieselben Kompetenzen gefördert, die die frühkindliche Bezugsperson aufbringen muss. Empathie, Authentizität, aktives Zuhören sind die grundlegenden Qualitäten, die im Gespräch benötigt werden. Der Therapeut muss in der Lage sein empathisches Verstehen gegenüber seinen Klienten zu entwickeln. Er benötigt Feinfühligkeit, Selbstkongruenz und persönliche Präsenz (vgl. ebd., S.51ff).

Wurden in der Kindheit sehr wenig positive Erfahrungen mit der Äußerung von Bedürfnissen und Gefühlen gemacht, ist dies häufig sehr angstbesetzt (vgl. Martens/Kuhl 2009, S.143).

Neben den psychotherapeutischen Angeboten sind Theaterpädagogik und Psychodrama gute Möglichkeiten Selbsta Ausdruck spielerisch zu üben. Der Vorteil des Theaters liegt darin, dass es zunächst nicht um die eigenen Emotionen geht. Dadurch kann der Klient sich spielerisch ausprobieren und nicht gleich direkt die Auseinandersetzung mit seinen eigenen schmerzhaften Gefühlen suchen. Aber auch andere kunsttherapeutische Angebote bieten die Möglichkeit, mit sich selbst in Kontakt zu kommen und in den Selbsta Ausdruck zu gehen.

Aufgrund neurophysiologischer Grundlagen ist es sinnvoll vielfältige Methoden zu nutzen. Es sei daran erinnert, dass das analytisch-sprachliche Denken die linke Gehirnhälfte aktiviert. Soll ein Zugang zum episodischen Gedächtnis, impliziten Motiven, Gefühlen und Bedürfnissen gefördert werden, ist eine Aktivierung der rechten Gehirnhälfte notwendig (vgl. Ritz-Schulte/Schmidt/Kuhl 2009, S.62f). Dies gelingt durch erlebnisaktivierende Methoden, kreative und körperorientierte Verfahren (vgl. ebd., S.63).

Dazu gehören z. B. auch imaginative Verfahren. Imaginative Verfahren wurden zeit- und kulturübergreifend als zentrales Element des Heilens verwendet (vgl. Vogelsang 2006, S.107). Mittels innerlich produzierter Bilder werden zum einen Orte des Trosts, der Ruhe und der Geborgenheit gesucht. Zum anderen ermöglicht ein geglückter Einstieg in die eigene Bilderwelt Kontakt zu sich selbst und den Gefühlen herzustellen und Antworten auf tiefere Fragen zu finden. Imaginative Verfahren können selbstregulierend eingesetzt werden. Der Therapeut initiiert und begleitet zunächst den Prozess. Es handelt sich dabei aber um ein Verfahren, das der Klient später alleine ausführen und im Bedarf darauf zurückgreifen kann (vgl. Vogelsang 2006, S.107).

Auch körpertherapeutische Verfahren haben einen direkten Zugang zur rechten Gehirnhälfte.

te (vgl. Wehorsky 2004, S.173). Die Körperwahrnehmung ist mit der Selbstwahrnehmung verbunden. Übungen zum Körperausdruck nehmen Einfluss auf den Selbstausdruck und eine verbesserte Körperwahrnehmung wirken sich positiv auf die Selbstwahrnehmung aus (vgl. Ritz-Schulte/ Schmidt/ Kuhl 2009, S.63).

Selbstregulation setzt sich zusammen aus der Wahrnehmung und Akzeptanz der Emotion und der Herabregulierung dieser. Dieser als emotionale Dialektik beschriebene Prozess wird innerhalb der Therapie durch den Therapeuten initiiert. Die Interaktionsdynamik zwischen dem Therapeuten und dem Klienten sollte diesen Prozess nachvollziehen (vgl. Kuhl/Hartmann 2004, S.58f). Das bedeutet zum Beispiel, dass in der Therapie auf die geäußerten Emotionen eingegangen wird, diese einen Raum erhalten und dann mithilfe von Trost, Ermutigung etc. durch den Therapeuten gegenreguliert werden. Emotionale Dialektik kann gut mit dem Bild einer Waage verglichen werden. Der Therapeut ist derjenige, der in die andere Waagschale etwas hineinlegt, damit ein Gleichgewicht erreicht wird. Das bedeutet, dass wenn jemand z. B. lageorientiert in negativen Emotionen verharrt, der Therapeut die Aufgabe hat eine handlungsorientierte Sicht anzuregen (vgl. ebd., S.58f). Er lädt sozusagen zum Perspektivenwechsel ein. Mit der Zeit internalisiert der Klient den Prozess. Er kann in zukünftigen Begegnungen ihm teilwerdende Unterstützung wahrnehmen und diese auch zulassen oder, sofern er allein ist, auf internalisierte, selbstregulative Kompetenzen zurückgreifen. Der Wechsel zwischen dem Aushalten negativer Gefühle und ihrer Bewältigung stärkt zunehmend die Selbststeuerungsfähigkeit. Je häufiger erfahren wurde, dass die Regulation der Affekte gelingt, desto weniger wird es notwendig, diese abzuwehren.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil zur Aufrechterhaltung von Abstinenz ist neben dem Kompetenzerwerb der Selbstregulation die Bildung von positiven Zukunftszielen. Wichtig ist, dass der Mensch in der Therapie auch wieder Anschluss sucht an seine impliziten Motive und persönlichen Lebensziele und Wünsche. Es reicht auf die Dauer als Motivation nicht aus, etwas Negatives nicht mehr erleben zu wollen, sondern langfristig wird Motivation durch positive Ziele aufrechterhalten. Häufig haben Menschen verlernt eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen und durch Enttäuschungen Ziele aufzugeben (vgl. Martens/Kuhl, 2009, S.124f). Ein Zitat von dem Dichter Jose Ortega Y Gasset verdeutlicht die Folge, wenn persönliche Interessen und Ziele aufgegeben werden:

„ In dem Maß, in dem wir vermeiden, unser Leben an etwas zu hängen, entleeren wir es“. Ein süchtiger Mensch wird auf Dauer diese Leere wieder mit Drogen füllen. Somit ist es

zur dauerhaften Abstinenz notwendig, Interessen und Ziele und die Fähigkeit diese zu verfolgen zu entwickeln. Die Grundlage hierzu ist ebenfalls der Zugang zum Selbst.

Kompetenzen zur Selbstmotivierung werden auch optimal durch die Arbeit mit inneren Bildern gefördert. Petzold (2006) stellt anhand der „neolithischen Jäger“, die mittels Höhlengemälde die bevorstehende Jagd vorbereitet haben dar, dass die Jäger sich durch die Bilder und Imaginationen intentional auf mögliche Gefahren und deren Bewältigung vorbereitet haben. Dies ist auch heute als Prozess bei der Aktivierung von Handlung zu beobachten. Innere gedankliche Prozesse und Bilder führen zu einer Handlungsaufnahme. Wie jedoch ist diese gestaltet, damit sie tatsächlich zur Aktivierung führt? Nimmt sich jemand die Zeit zu träumen? Wie sehen diese Träume aus? Fördern oder verhindern sie eine Aktivierung? (vgl. Petzold/Orth 2006, S.598) Dies sind Fragen, die dem Klienten zur Selbstbeobachtung mitgegeben werden sollten. Durch die Selbstbeobachtung und gemeinsame Reflektion mit dem Therapeuten können dysfunktionale Gedanken, die die Motivation lähmen, erkannt und in der Zukunft positiv motivierende Gedanken dagegensetzt werden. Zur Entwicklung von Selbstregulation und zur Aktivierung des Erlebens selbstkongruenter Ziele ist es notwendig auf Therapien zurückzugreifen, die erlebnisorientierte, kreative und körperbezogenen Methoden verwenden. Die funktionsdiagnostischen Erkenntnisse der Volitionsforschung sind nicht auf ein bestimmtes therapeutisches Konzept festgelegt (vgl. Kuhl/Hartmann 2004, S.46). Sie können in die verschiedenen therapeutischen Schulen integriert werden und zur Erweiterung dieser dienen und ermöglichen die Objektivierung von bisher nur intuitiv erfassbaren Methoden (vgl. ebd., S.46).

### **5.3 Zusammenfassung**

Die Methoden, die in der Veränderung problematischen Verhaltens in der Handlungs- und Aufrechterhaltungsstufe als hilfreich von Prochaska & DiClemente identifiziert wurden sind daran beteiligt Selbststeuerungskompetenzen zu vermitteln. In den überwiegend verhaltenstherapeutischen und kognitiven Methoden ist ein deutlicher Schwerpunkt in der Vermittlung von Selbstkontrollfähigkeiten. Im weiteren Verlauf der Therapie sollten jedoch zunehmend auch therapeutische Methoden einfließen, die einen schrittweisen Zugang zum Selbst und das Erlernen von Selbstregulation ermöglichen.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Beschäftigung mit der Volition in der modernen Psychologie bietet die Möglichkeit, Willensprozesse differenziert zu betrachten. Aus einem globalen Willensbegriff, der in der Vergangenheit zu den pauschalen und stigmatisierenden Urteilen von „Willensschwäche“ und „Unwilligkeit“ bei Abhängigkeitskranken geführt hat, entwickelt sich im Zuge der Erforschung volitionaler Prozesse ein zunehmend differenzierter diagnostischer Ansatz. Aus diesem können individuelle therapeutische Angebote abgeleitet werden. Im Rahmen dieser Arbeit nahm die Betrachtung der volitionalen Kompetenzen der Selbststeuerung, Selbstkontrolle und Selbstregulation, eine zentrale Rolle ein.

Es konnte aufgezeigt werden, dass die psychische Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol, Heroin und Kokain im häufigen Zusammenhang mit Defiziten in der Entwicklung von Selbstregulation stehen. Die Substanzen können dem Betroffenen zunächst „helfen“, die Handlungsfähigkeit durch Beruhigung negativer Affekte oder Aktivierung positiver Affekte, zu erhalten oder durch die Wirkung der Substanz auf das Belohnungszentrum, Handlung beziehungsweise das Gefühl der Wirksamkeit, komplett zu ersetzen. Selbstregulative Kompetenzen können sich während einer Abhängigkeitserkrankung kaum weiterentwickeln. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sich die Ausgangssituation in Bezug auf Stresssensibilität und Entfremdungsphänomene durch neurophysiologische Prozesse, aber auch durch traumatisierende und kränkende Erlebnisse während der Abhängigkeit, noch weiter verstärken.

Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle wird während einer Abhängigkeit durch die zu ihrer Aufrechterhaltung notwendigen Kompetenzen teilweise gefördert. Für die stationäre Suchttherapie bedeutet dies, dass zunächst die häufig gut entwickelten Kompetenzen zur Selbstkontrolle gestärkt werden können. In der Regel wird dies bereits durch die angebotenen therapeutischen Konzepte umgesetzt. Eine Therapie, die jedoch nur Selbstkontrollkompetenzen fördert oder ein strenges Regelsystem, gekoppelt mit Sanktionen bei Regelverstößen, die gesamte Therapiezeit über aufrechterhält, läuft Gefahr, zu einer weiteren Entfremdung des Betroffenen beizutragen. Eine zufriedene Abstinenz kann so häufig nicht erreicht werden und auf längere Sicht ist ein Rückfall, beziehungsweise das Entstehen anderer psychischer Erkrankungen wahrscheinlich.

Deshalb ist es notwendig innerhalb der stationären Therapie, die Entwicklung selbstregula-

tiver Prozesse zu fördern. Der dazu notwendige Zugang zum eigenen Selbst muss behutsam Schritt für Schritt angebahnt werden, vor allem um Retraumatisierung und Dekompensation zu vermeiden. Es konnten dazu einige Vorschläge gemacht werden, wie der Zugang zum Selbst niedrigschwellig gefördert werden kann. Hier wären beispielhaft noch einmal die drei Alternativen zur Entscheidungsgrundlage und das Entwickeln selbstgewählter Regeln und Vorsätze zu erwähnen. Grundlegend für den Selbstzugang ist jedoch vor allem eine therapeutische Haltung geprägt von Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung. Nur wenn das Selbst des Therapeuten in der Arbeit aktiv dabei ist, kann auch das Selbst des Betroffenen sich auf die Begegnung einlassen! Weiterhin spielen kreative, künstlerische und körperorientierte Verfahren bei der Entwicklung von selbstregulativen Fähigkeiten eine bedeutende Rolle.

Da die Selbstregulation eng mit Prozessen der rechten Gehirnhemisphäre verknüpft ist, ist für die Zukunft zu hoffen, dass ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit selbstregulationsstärkender Methoden auf neurophysiologischer Grundlage gelingt. Dadurch wäre die Anerkennung dieser Therapien als eine Leistung der Krankenkasse wahrscheinlich und diese könnten in der Praxis einen bedeutsameren Stellenwert gegenüber den klassischen Therapiemethoden, wie kognitiver Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Ansätze, einnehmen und diese sinnvoll ergänzen.

**Quellenverzeichnis:**

Achtziger, Anja/Gollwitzer, Peter M.: Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg 2006, S.277-302.

Böning, Jobst: Zur Neurobiologie und Psychopathologie süchtigen Verhaltens. In: Wanke, Klaus & Bühringer Gerhard: Grundstörungen der Sucht. Heidelberg 1991.

Braun, Benjamin: Wille, Freiheit, Alkoholabhängigkeit: Was hält eine Abhängigkeit wesentlich aufrecht? Eine Suche nach Erklärungen aus persönlichkeitspsychologischer Sicht. Diplomarbeit FB Psychologie. Universität Bielefeld 2010.

Braun, Karl-Heinz/Gekeler, Gert: Psychische Verelendung, Heroinabhängigkeit, Subjektentwicklung. 2. Auflage. Köln 1983.

Brunstein, Joachim: Implizite und explizite Motive. In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg 2006, S.235-251.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 6. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden Baden 2007.

Dilling, H./Mombour, W/Schmidt, M.H.(Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2004.

Dorsch, Friedrich: Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 12. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1994.

Drosdowski, Günther/Müller, Wolfgang/Scholze-Stubenrecht, Werner/Wermke, Matthias (Hrsg.): Duden Band 5 Fremdwörterbuch. 5., neu bearbeitete Auflage. Mannheim-Wien-Zürich 1990.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Suchtbericht 2004.

Dunselmann, Ron: An der Stelle des Ich. Rauschdrogen und ihre Wirkung. Stuttgart 1996.

Estermann, Josef: Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition. Berlin 1997.

Feuerlein, Wilhelm: Alkoholismus. Warnsignale Vorbeugung Therapie. 5., aktualisierte Auflage. München 2005.

Flammer, August: Erfahrung der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern-Stuttgart-Toronto 1990.

Haasen, Christian/Zurhold, Heike/Prinzleve, Michael: Safer Use. Kokain und Crack. In: Stöver, Heino/Prinzleve, Michael (Hrsg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfsangebote. Freiburg im Breisgau 2004, S.129-138.

Hartmann, Hans-Peter/Lohmann, Kerstin: Selbstregulation. In: Geißler, Peter (Hrsg.): Was ist Selbstregulation. Eine Standortbestimmung. Gießen 2004.

Hartmann, Klaus/Kuhl, Julius: Der Wille in der Verhaltenstherapie. In: Petzold, Hilarion G./Sieper, Johanna (Hrsg.): Der Wille in der Psychotherapie. Band II: Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren. Göttingen 2004, S.7-44.

Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz: Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg 2006, S.1-9.

Hüther, Gerald: Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille. Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung und Suchttherapie. In: Petzold, Hilarion G./Sieper, Johanna: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Band II. Bielefeld und Locarno 2008, S.463-472.

Jungbluth, Hans Joachim: Drogenhilfe. Eine Einführung. Grundlagentexte Sozialpädagogik/Sozialarbeit. Weinheim und München 2004.

Kanfer, Frederic H./Reinecker, Hans/Schmelzer, Dieter: Selbstmanagementtherapie. Ein

Lehrbuch für die klinische Praxis. Heidelberg 1991.

Keller, Stefan/Velicer, Wayne F./Prochaska, James O.: Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht. In: Keller, Stefan: Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau 1999, S.17-44.

Khantzian, Edward: Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit. In: Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hrsg.): Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens. Freiburg im Breisgau 1996.

Klingemann, Harald: „Selbsteilung“: System- und Lebensperspektiven. In: Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch, Henning: Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden 2007, S.195-212.

Körkel, Joachim: Grundlegende Ergebnisse und Überlegungen für ein neues Verständnis von Rückfällen. In: Körkel, Joachim (Hrsg.): Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. 2. Auflage. Wuppertal 1998, S.13-63.

Kruse, Gunther/Körkel, Joachim/Schmalz, Ulla: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. 2. Auflage. Bonn 2001.

Kuhl, Julius: Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2001.

Kuhl, Julius: Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg 2006, S.303-329.

Kuhl, Julius: Der Wille ist frei und determiniert: Funktionsanalyse und Diagnostik von Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit. In: Lampe, Ernst-Joachim/Pauen, Michael/Roth, Gerhard (Hrsg.): Willensfreiheit und rechtliche Ordnung. Frankfurt am Main 2008, S.99-125.

Kuhl, Julius/Hartmann, Klaus: Funktionsdiagnostik von Selbststeuerungs- und Persönlichkeitsstörungen. In: Petzold, Hilarion G./Sieper, Johanna (Hrsg.): Der Wille in

der Psychotherapie. Band II. Systemische, verhaltenstherapeutische und integrative Verfahren. Göttingen 2004, S.45-94.

Ladewig, Dieter/Graw, Peter: Entwicklungschancen Drogenabhängiger. Weinheim und Basel 1985.

Martens, Jens-Uwe/Kuhl, Julius: Die Kunst der Selbstmotivierung. Neue Erkenntnisse der Motivationsforschung praktisch nutzen. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart 2009.

Miller, William R./Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau 1999.

Möller, Peter/Prinzleve, Michel: Der Mythos von Crackmonstern und hilflosen Helfern. In: Stöver, Heino/Prinzleve, Michael (Hrsg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfsangebote. Freiburg im Breisgau 2004, S.203-215.

Petry, Jörg: Alkoholismustherapie. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Mainz und Bremen 1996.

Petzold, Hilarion G./Sieper, Johanna: Wille, Wollen, Willensfreiheit, Willenstherapie. In: Petzold, Hilarion G./Sieper, Johanna (Hrsg.): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination. Band I. Bielefeld und Locarno 2008, S.253-328.

Petzold, Hilarion G./Orth, Ilse: „Der schiefe Turm fällt nicht...weil ich das will!“ - Kunst, Wille, Freiheit. In: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis. Band II. Bielefeld und Locarno 2008, S.593-693.

Prochaska, James O./Norcross, John C./DiClemente, Carlo C.: Jetzt fange ich neu an. Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. Deutsche Erstausgabe. München 1997.

Rheinberg, Falko: Motivation. 7., aktualisierte Auflage. Stuttgart 2008.

Ritz-Schulte, Gudula/Schmidt, Pamela/Kuhl, Julius: Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie. Göttingen 2008.

Sachse, Rainer: Klärungsorientierte Psychotherapie. Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003.

Sachse, Rainer/Schlebusch, Peter/Leisch, Markus: Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus. Aachen 2002.

Schlebusch, Peter/Kuhl, Julius/Breil, Janine/Püschel, Oliver: Alkoholismus als Störung der Affektregulation – Ein Störungsmodell auf der Basis der PSI-Theorie. In: Sachse, Rainer/Schlebusch, Peter (Hrsg.): Perspektiven Klärungsorientierten Psychotherapie 2006.

Schmidt, Lothar: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart-Berlin-Köln 1997.

Schmidt, Torsten: Drogenhilfe und Graumarkt. Beispiele Amsterdam und Bremen. Opladen 2002.

Stacheit, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. 15. Auflage. Frankfurt am Main 2007.

Stiensmeier, Joachim/Heckhausen, Heinz: Kausalattribution von Verhalten und Leistung: In: Heckhausen, Jutta/Heckhausen, Heinz (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Heidelberg 2006, S.355-392.

Strubbe, Nadine: Der Weg zum dauerhaften Konsum von Heroin und Kokain. Falldokumentation (Analysen und Interpretationen) von Marco P. und Anne P. Saarbrücken 2007.

Thabe, Sabine: Drogen und Stadtstruktur. Opladen 1997.

Velt, Manfred: Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsychologischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht eines Praktikers der Integrativen Therapie. In: Petzold, Hilarion/Sieper, Johanna: Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band II. Psychotherapie des Willens – Theorie,

Methoden und Praxis. Bielefeld und Locarno 2008, S.416-461.

Vogelsang, Monika: Der lange Weg zur Suchttherapie - Im Spannungsfeld zwischen Tradition und Innovation. In: Schuhler, Petra/Vogelsang, Monika: Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Lengerich 2006, S.1-25.

Vogelsang, Monika: Imaginative Verfahren in der Suchttherapie. In: Schuhler, Petra/Vogelsang, Monika: Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis. Lengerich 2006, S.106-129.

Wehorsky, Andreas: Zum Kompetenzkompass der Selbststeuerung. In: Geisler, Peter (Hrsg.): Was ist Selbstregulation? Eine Standortbestimmung. Gießen 2004, S.153-177.

Wilde, Hilde/Spreyermann, Christine: Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin. Freiburg im Breisgau 1997.

#### **Fachzeitschriften:**

Bandura, Albert: Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, (1982) S. 122-147.

Forstmeier, Simon/Rüddel, Heinz: Zur Überlegenheit von Selbstregulation über Selbstkontrolle in Psychotherapie und psychosomatischer Rehabilitation. In: Verhaltenstherapie 15 (2005) S. 158 – 166.

Kuhl, Julius/Kaschel, Rainer: Entfremdung als Krankheitsursache: Selbstregulation von Affekten und integrative Kompetenz. In: Psychologische Rundschau 55 (2004), H.2; S.61–71.

#### **Internetquellen:**

Barkowsky, Angela: Funktionelle Aspekte schädlichen Konsums. Dissertation Medizin. Hamburg 1998.

URL: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=958178070> (Stand: 22.07.2010).

Barsch, Gundula: Das Hilfesystem für Menschen mit Drogenproblemen oder Gewusst wo und wie geholfen werden kann! Fachhochschule Merseburg

URL: <http://www.fh-merseburg.de/-barsch/Inhalte/drogenarbeit/10Drogenhilfesystem.pdf>

(Stand: 9.09.2010).

Landeszentrale für Gesundheitsförderung. Suchtprävention.

URL: <http://www.bestrong-beclean-feelgood.de/html/heroinsucht.html> (Stand:

24.07.2010).

DHS. Daten und Fakten.

URL: <http://www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php> (Stand: 24.07.2010).

Kuhl, Julius: Eine neue Persönlichkeitstheorie.

URL: [http://www.diffpsycho.uni-osnabrueck.de/vorles/.../PSI-light\\_Kuhl2005.pdf](http://www.diffpsycho.uni-osnabrueck.de/vorles/.../PSI-light_Kuhl2005.pdf) (Stand:

9.5.2010)

**Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Sperlingsau, den

.....

.....

( Katarina Schale)