



Krämer

THERAPIE-TOOLS



Transtheoretisches Modell bei stoffgebundenen Süchten



E-Book inside auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dipl.-Psych. Michael Krämer
salus kliniken Hürth
Willy-Brandt-Platz 1
50354 Hürth
m.kraemer@salus-huerth.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29424-9 Print
ISBN 978-3-621-29425-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Daniela Waßmer
Umschlagbild: Lina-Marie Oberdorfer
Herstellung: Marah Ehret
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
Einleitung	10
1 Exploration	15
2 Phase 1: Absichtslosigkeit (Precontemplation)	32
3 Phase 2: Absichtsbildung (Contemplation)	82
4 Phase 3: Vorbereitung (Preparation)	108
5 Phase 4: Handlung (Action)	157
6 Phase 5: Aufrechterhaltung (Maintenance)	202
7 Der Rückfall (Relapse)	231
Literatur	249
Bildnachweis	249

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Exploration

INFO 1	Das Transtheoretische Modell der Veränderung	17
AB 1	Standortbestimmung	19
AB 2	Standortbestimmung Selbsteinschätzung	21
AB 3	Suchtanamnese	23
AB 4	Konsumverlauf	25
AB 5	Diagnosehilfe Substanzabhängigkeit	27
INFO 2	Substanzeinordnung	28
AB 6	Straffälligkeit und Vergehen	29

2 Phase 1: Absichtslosigkeit (Precontemplation)

INFO 3	Was bedeutet Sucht?	36
INFO 4	Was passiert bei Sucht im Gehirn?	38
AB 7	Mythos oder Fakt?	40
AB 8	Bin ich wirklich frei?	44
AB 9	Meine Richtung im Leben	46
AB 10	Zufriedenheitsskala	48
AB 11	Diskussionsstoff	52
AB 12	Eine Geschichte für meinen Sohn	54
AB 13	Stereotype der Abhängigkeit	56
AB 14	Identifikation verdeckter Risiken	58
AB 15	Schadensaufnahme	61
AB 16	Was läuft gut? Was weniger gut?	64
AB 17	Kognitive Dissonanz erkennen	66
AB 18	Fremdwahrnehmung	69
AB 19	Werte entdecken	71
AB 20	Wer solche Freunde hat ...	73
AB 21	Interview mit dem zukünftigen Ich	74
AB 22	Gespräch mit dem zukünftigen Ich	75
AB 23	Geschichte einer Veränderung	78
AB 24	Entscheidungsmatrix	80

3 Phase 2: Absichtsbildung (Contemplation)

INFO 5	Warum aktive Mitarbeit entscheidend ist	85
AB 25	Hilfe annehmen: Warum fällt es mir schwer?	86
AB 26	Wer ist in meinem Team? (Das Fußballspiel)	88
AB 27	Stärkenprofil	91
AB 28	Inspiration: Sprüche für meinen Weg	93
AB 29	Die Wunderfrage	94
AB 30	Was wäre, wenn ...?	96
AB 31	Überzeugungsarbeit	98
AB 32	Ursachentheorie	99
AB 33	Mein Rucksack: Ballast, den ich mit mir trage	101

AB 34	Erkundung der Glaubenssätze	102
AB 35	Die Wasserballmetapher	104
AB 36	Konsumklebstoff	106

4 Phase 3: Vorbereitung (Preparation)

AB 37	Selbstverpflichtung zur Veränderung	112
AB 38	Wochenstimmungsbericht	113
AB 39	Smarte Ziele setzen	115
AB 40	Entscheidungssampel	117
AB 41	Hürdenlauf: Hindernisse erkennen	119
AB 42	Was ich morgen anders mache	121
INFO 6	Das Suchtgedächtnis	123
AB 43	Erkundung des Suchtgedächtnisses	126
AB 44	Teufelskreis der Abhängigkeit	131
INFO 7	Warum konsumieren Menschen Substanzen?	133
AB 45	Warum konsumiere ich?	134
AB 46	Konsumfunktion	136
AB 47	Tageskonsum-Linie	138
AB 48	Ein typischer Suchttag	140
AB 49	Die ersten 30 Tage der Abstinenz	141
AB 50	Brief an mein zukünftiges Ich	143
AB 51	Familienstammbaum	144
AB 52	Offen und ehrlich	147
AB 53	»Ich habe kein Problem mit Alkohol«	149
AB 54	Meine Brücke in die Behandlung	153
INFO 8	Rehabilitation	155

5 Phase 4: Handlung (Action)

AB 55	Konsumlustanalyse	161
AB 56	Konsum-Bedürfnis-Collage	163
AB 57	Alternativen zur Konsumfunktion	165
AB 58	Wer bin ich ohne Konsum?	167
AB 59	Suchtfreie Zeit	170
INFO 9	Was bedeutet Co-Abhängigkeit?	172
AB 60	Wiedergutmachung	174
AB 61	Mein Suchtsystem	176
AB 62	Unterstützungsnetz aktivieren	179
AB 63	Gespräch mit einer wichtigen Bezugsperson	181
INFO 10	Suchtdruck: Was ist das eigentlich?	183
AB 64	Umgang mit Suchtdruck: die Welle surfen	185
AB 65	Triggeranalyse	187
AB 66	Triggerstrategien	189
INFO 11	Cue Exposure: Information	191
INFO 12	Cue Exposure: Anleitung	193
AB 67	Cue Exposure: Vorsorge	197
AB 68	Cue Exposure: Spannungskurve	199
AB 69	Cue Exposure: Nachsorge	200

6 Phase 5: Aufrechterhaltung (Maintenance)

AB 70	Einschätzung des Rückfallrisikos	205
AB 71	Risikoprofil	207
AB 72	Fifty-Fifty (Aufstellung)	209
AB 73	Rückfall-Kochrezept	211
AB 74	Zehn Schritte, um garantiert rückfällig zu werden	213
AB 75	Ein Satz zum Abschied	215
AB 76	Abschiedsbrief an die Sucht	216
AB 77	Was ich dir sagen möchte	218
AB 78	Ablehnungstraining	219
AB 79	Stabilitätsanker	222
AB 80	Schutzmauer	223
AB 81	Notfallpass	224
AB 82	Langeweile: Leerzeit oder Lebenszeit	226
AB 83	Alltagsstruktur	229

7 Der Rückfall (Relapse)

INFO 13	Vorfall und Rückfall	233
INFO 14	Rückfallschock	234
AB 84	Rückfallprotokoll	235
AB 85	Rückfall-Kreisdiagramm	238
AB 86	Gefühle nach dem Rückfall	240
AB 87	Innere Anteile des Rückfalls	243
AB 88	Der Rückfall spricht	246
AB 89	Seilziehen	247

Vorwort

Mein Einstieg als »kleiner PiA« – also als Psychotherapeut in Ausbildung – verlief damals, sagen wir mal: etwas holprig. Eines meiner festen Vorhaben war: *bloß nicht in der Sucht arbeiten* – vermutlich aus einer gut sortierten Sammlung halbgarer Vorurteile heraus. So kam es, dass ich ein Angebot der salus klinik Hürth ausschlug und mich stattdessen an der Universitätsklinik Bonn bewarb. Dort allerdings wies man mich – gleich an Tag eins – der Suchtbehandlung zu. Großartig.

Aus dem anfänglichen Frust wurde allerdings überraschend schnell etwas anderes: Begeisterung. Die Arbeit mit suchtkranken Menschen war intensiv, lebendig, voller Reibungspunkte – und oft alles andere als vorhersehbar. Viele meiner Vorurteile (ein paar wurden aber durchaus bestätigt) lösten sich auf oder veränderten sich durch Verständnis. Die Arbeit mit den Suchtpatient:innen war dabei selten leise, aber fast immer sinnvoll. Also packte ich irgendwann meine Sachen und meldete mich doch noch einmal in Hürth – wo ich heute, viele Jahre später, dieses Vorwort schreibe.

Ich bin also »in der Sucht« geblieben. Aus dem »kleinen PiA« wurde ein Bezugstherapeut, dann eine Teamleitung und schließlich eine therapeutische Leitung. Und trotz aller Jahre gilt: Langweilig wurde es nie.

Was ich über die Zeit aber gelernt habe: Jeder Mensch bringt seine eigene Biografie, seine eigene Geschwindigkeit und seine eigenen blinden Flecken mit. Nicht jede Intervention greift. Nicht jede Methode zündet. Es macht schlichtweg wenig Sinn, eine strukturierte Rückfallprophylaxe durchzuführen, wenn jemand noch gar nicht abstinenzentschieden ist. Es braucht ein therapeutisches oder auch beratendes System, das ... ja, ich wage es zu sagen, obwohl der Satz ordentlich abgegriffen ist: die Patienten und Patientinnen dort abholt, wo sie gerade stehen.

Das Transtheoretische Modell der Veränderung tut genau das. Es bietet Struktur, Orientierung und hilft dabei, die zentrale Frage zu beantworten: *Was braucht dieser Mensch in dieser Phase seines Veränderungsprozesses?*

Das vorliegende Therapie-Tools möchte genau dabei unterstützen. Es versteht sich als roter Faden, als Impulsgeber und als Werkzeugkasten. Es möchte Ihnen helfen, die richtigen Interventionen zur richtigen Zeit auszuwählen, und damit die Therapie wirksam, sinnvoll und manchmal auch ein Stück einfacher zu gestalten.

Ich hoffe, dass Sie am Ende sagen können: *Ja, genau das hat es getan.*

Vielen Dank – und viel Erfolg (und auch Freude) bei Ihrer Arbeit in der Suchttherapie. Und falls Sie mit einem Patienten oder einer Patientin mal wieder eine »extra Runde drehen«: kein Grund zur Sorge. *Umwege erhöhen die Ortskenntnis.*

Hürth, im Januar 2026

Michael Krämer

Einleitung

Veränderung verstehen: eine verhaltenstherapeutische Grundfrage

Veränderung ist ein zentrales Anliegen psychotherapeutischer Arbeit – und zugleich eine ihrer größten Herausforderungen. In der Behandlung psychischer Störungen, insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, ist die Frage »Wie kommt es zu stabiler Verhaltensänderung?« nicht nur eine theoretische, sondern eine täglich erlebbare Herausforderung. Therapeut:innen stehen vor der Aufgabe, Patient:innen zu begleiten, die häufig zwischen dem Wunsch nach Veränderung und der Angst vor deren Konsequenzen hin- und hergerissen sind. Es ist eine therapeutische Realität, dass Menschen nicht dann handeln, wenn sie verstanden haben, dass eine Verhaltensweise problematisch ist, sondern oft erst dann, wenn sie sich innerlich bereit fühlen – und diese Bereitschaft ist meist fragil, schwankend und widersprüchlich.

In der Suchtrehabilitation begegnet man dieser Dynamik in besonderer Ausprägung: Patient:innen, die mit dem Verstand die Notwendigkeit zur Abstinenz erkennen, erleben sich emotional noch an die Substanz gebunden. Andere wiederum zeigen sich hoch motiviert, aber verfangen sich in destruktiven Mustern, wenn Belastung auftritt. Wieder andere leugnen ihr Problem, vermeiden Verantwortung oder bleiben in einem Zustand chronischer Ambivalenz. All das sind keine »Fehler«, sondern Ausdruck der Komplexität von Veränderung bei einer Erkrankung, die neurobiologisch, psychodynamisch, verhaltensbezogen und sozial tief verankert ist. Viele therapeutische Ansätze versuchen zu erfassen, warum Menschen trotz Einsicht nicht handeln, trotz Rückfällen dennoch Fortschritte machen und warum Veränderung oft mehr ein Kreisen als ein Voranschreiten ist (ein klassischer Satz aus der Suchttherapie: »Er muss noch eine Runde drehen«). Das sogenannte Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) schafft mit seinem dynamischen und zyklischen Verständnis von Veränderung einen Bezugsrahmen, der diesen Prozessen gerecht wird. Es ermöglicht, das therapeutische Vorgehen nicht nur am Verhalten, sondern auch am Stadium der Veränderungsbereitschaft zu orientieren.

Veränderung als zyklischer, individueller und nichtlinearer Prozess

Ein zentraler Verdienst des TTM liegt in der Entpathologisierung ambivalenter oder zögerlicher Veränderung. Während klassische Krankheitsmodelle Veränderungen häufig als Folge von Einsicht oder Reife betrachten, erkennt das TTM an, dass Verhalten auch dann veränderungsbedürftig ist, wenn die Person noch keine Veränderungsabsicht hat – und dass therapeutische Unterstützung gerade in dieser Phase notwendig und wirksam sein kann. Das TTM versteht Veränderung als mehrstufigen, rekursiven Prozess, bei dem Rückfälle, Innehalten, Wiederholung und Neuorientierung nicht als Rückschritte, sondern als natürliche Bestandteile eines individuellen Entwicklungsweges betrachtet werden. Diese Sichtweise ist besonders bedeutsam für die Arbeit mit Menschen, die mehrfach Rückfälle erleiden, sich selbst als »Versager« oder »Versagerin« erleben oder durch externe Systeme (Justiz, Sozialleistungsträger) unter Veränderungsdruck geraten. »Noch eine Runde drehen« kann also auch heißen: »Widmen wir uns noch einmal der vorherigen Stufe«. Das Modell bietet hier nicht nur eine theoretische Entlastung, sondern eine praktische Anleitung, wie therapeutisches Handeln sinnvoll abgestimmt und motivierend gestaltet werden kann.

Warum das Transtheoretische Modell in der Suchttherapie so relevant ist

Suchterkrankungen sind nicht nur medizinisch definierte Störungen, sondern tief in den Lebensalltag, die Biografie und die Identität der Betroffenen eingebettet. Der Substanzkonsum ist oft nicht einfach eine schlechte Angewohnheit, sondern erfüllt zentrale psychologische Funktionen: Er bietet kurzfristige Emotionsregulation, soziale Zugehörigkeit, Kontrollillusion, Entlastung von Schmerz oder Leere. Deshalb bedeutet der Verzicht auf Konsum nicht nur, etwas aufzugeben, sondern auch, sich mit dem

auseinanderzusetzen, was der Konsum verdeckt hat. Dieser Prozess ist hochindividuell – und lässt sich weder beschleunigen noch verordnen. Das TTM trägt diesem Umstand Rechnung, indem es nicht nur das »Ob« der Veränderung, sondern auch das »Wann« und »Wie« in den Blick nimmt. Es erlaubt, Patient:innen dort abzuholen, wo sie stehen, und nicht dort, wo wir sie gerne hätten. Dadurch wird der therapeutische Prozess deutlich humaner, realistischer und nachhaltiger.

Gerade in der medizinischen Rehabilitation, in der Rehabilitand:innen nicht selten durch äußere Umstände zur Therapie motiviert sind (z. B. Kostenträger, Führerscheinverlust, gerichtliche Auflagen), kann das Modell helfen, Zwang und Motivation nicht als Gegensätze, sondern als Spannungsfeld zu verstehen, in dem Veränderungsprozesse dennoch angestoßen werden können. Nicht zuletzt stärkt es die therapeutische Haltung: weg vom Anspruch, Veränderung herzustellen – hin zum Ziel, Veränderung zu begleiten.

Therapie beginnt vor der Entscheidung – und hört nach der Umsetzung nicht auf

Ein weiterer bedeutender Aspekt des TTM ist die Erkenntnis, dass Therapie nicht erst mit dem »Ja« zur Veränderung beginnt und nicht mit der Umsetzung endet. Viele Patient:innen befinden sich bereits lange vor dem ersten Schritt in einem inneren Aushandlungsprozess. Sie spüren Unzufriedenheit, erleben Widersprüche und Kontrollverlust, beginnen, über Alternativen nachzudenken. Diese präverbalen, diffusen Prozesse verdienen therapeutische Beachtung – sie sind der psychologische Boden, aus dem spätere Entscheidungen erwachsen. Gleichzeitig endet der therapeutische Auftrag nicht mit dem Verzicht auf Konsum. Die Phase der Aufrechterhaltung ist in vielerlei Hinsicht die anspruchsvollste: Hier entscheidet sich, ob neue Lebensweisen Bestand haben, ob Strategien stabilisiert und in den Alltag integriert werden können. Es ist häufig auch die Phase nach einer Behandlung, in der die »Käseglocke« einer Klinik wegfällt und der Alltag mit all seinen Anforderungen wieder deutlich präsent wird. Die Gefahr eines Rückfalls ist in dieser Phase real (und häufig) – und darf nicht tabuisiert werden.

Das Transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente – vertiefte Darstellung

(1) Entstehung und Grundannahmen. Das Transtheoretische Modell wurde in den frühen 1980er-Jahren von James Prochaska und Carlo DiClemente im Rahmen langfristiger Untersuchungen zur Raucherentwöhnung entwickelt (Prochaska & DiClemente, 1983). Ziel war es, einen Wandel in der beruflichen Praxis anzustoßen, indem Veränderungsprozesse nicht mehr als punktuelles Ereignis, sondern als stromlinienförmiger, zyklischer Verlauf mit spezifischen psychologischen Mechanismen verstanden werden (Prochaska & Velicer, 1997). Das Modell integriert Elemente aus kognitiver Therapie, Verhaltensmodifikation und motivationalen Konzepten – daher die Bezeichnung »transtheoretisch« (Hall & Rossi, 2008). Es folgt dem Paradigma, dass der Erfolg therapeutischer Interventionen davon abhängt, diese genau dann einzusetzen, wenn sie der Phase der Veränderungsbereitschaft entsprechen.

(2) Die Stadien der Veränderung – detailliert betrachtet. Das TTM unterscheidet fünf (manchmal sechs) Stadien, die Menschen durchlaufen – wobei Rückfälle nicht als Fehler, sondern als mögliche Wendepunkte im Verlauf anerkannt werden (Prochaska & DiClemente, 1983). Auf die Darstellung des sechsten Stadiums »Termination – Rückfallfreiheit« wird in diesem Therapie-Tools-Band verzichtet, da die Abstinenz das Ziel der Arbeit ist und die neuen Verhaltensweisen fest integriert sind.

(1) Precontemplation (Absichtslosigkeit)

In dieser Phase besteht bei Betroffenen kaum Veränderungsabsicht, häufig fehlt ein Problembewusstsein. Sie neigen dazu, Risiken zu verharmlosen oder die Möglichkeit einer Veränderung als wenig realistisch zu erachten.

(2) Contemplation (Absichtsbildung)

Patient:innen wägen Vor- und Nachteile ihres Verhaltens ab. Sie zeigen erste Ansätze, den Konsum zu hinterfragen – sind aber noch nicht zu festen Entscheidungen bereit.

(3) Preparation (Vorbereitung)

In diesem Stadium entstehen konkrete Veränderungsabsichten. Rituale wie die Definition von Starttagen (»Ab morgen ...«) und die Suche nach Unterstützung kennzeichnen diese Phase.

(4) Action (Handlung)

Das neue Verhalten wird aktiv umgesetzt. Abstinenz wird initiiert, alternative Strategien erprobt und Begleitung gesucht. Diese Phase erfordert erhebliche Ressourcen und Selbstwirksamkeit.

(5) Maintenance (Aufrechterhaltung)

In dieser Phase stehen Stabilitätsförderung und Rückfallprävention im Vordergrund. Langfristige Motivation wird durch strukturierte Routinen und soziale Unterstützung gesichert.

■ Wichtig • Rückfälle als Wendepunkte

Ein Rückfall muss nicht als Rückschlag verstanden werden, sondern kann auf Lücken im Skills-Transfer oder in der Risikoeinschätzung hinweisen. Die modellinterne Möglichkeit des Rückkehrens in frühere Stadien ermöglicht eine erneuerte und reflektierte Weiterarbeit (Prochaska & DiClemente, 1983).

(3) Prozesse der Veränderung – wie Veränderung gelingt. Die Bewegung von einem Stadium zum nächsten wird durch insgesamt zehn psychologische Transformationsprozesse gesteuert (Prochaska & Velicer, 1997):

(A) Frühe, kognitive Prozesse

- (1) Problemwissen erweitern (Consciousness Raising)
- (2) Emotionale Betroffenheit aktivieren (Dramatic Relief)
- (3) Rückwirkung auf das Umfeld erkennen (Environmental Reevaluation)
- (4) Selbstbild neu überdenken (Self-Reevaluation)
- (5) Nutzung gesellschaftlicher Ressourcen (Social Liberation)

(B) Späte, verhaltensorientierte Prozesse

- (6) Ersatzverhalten für alte Muster (Counterconditioning)
- (7) Umfeld rückfallsicher gestalten (Stimulus Control)
- (8) Soziale Unterstützung aktiv gestalten (Helping Relationships)
- (9) Selbstbelohnung und positive Verstärkung (Reinforcement Management)
- (10) Verpflichtung zu Veränderung (Self-Liberation; Velasquez et al., 2002; Prochaska & DiClemente, 1983)

Diese Prozesse finden in unterschiedlichen Stadien verschiedene Anwendung – z. B. helfen kognitive Prozesse in der Contemplation/ Absichtsbildung, während verhaltensorientierte Prozesse in Action/ Handlung und Maintenance/ Aufrechterhaltung besonders effektiv sind (Hall & Rossi, 2008).

(4) Modulatoren: Decisional Balance, Self-Efficacy, Temptation

- Die Abwägungsbilanz (Decisional Balance) beschreibt das Abwägen von Vor- und Nachteilen. Mit zunehmendem Fortschritt nimmt die Wahrnehmung der Vorteile zu, der Nachteile hingegen ab (Prochaska & Velicer, 1997).
- Selbstwirksamkeit (Self-Efficacy; Bandura, 1977) stärkt die Überzeugung, dem neuen Verhalten treu bleiben zu können – ein prädiktiver Faktor für erfolgreichen Wandel (DiClemente et al., 2004).
- Versuchung (Temptation) gibt an, wie stark der Wunsch nach dem alten Verhalten in bestimmten Situationen ist. Mit steigendem Fortschritt nimmt sie ab (Hall & Rossi, 2008).

Vorteile für die therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung

Das TTM wirkt sich nicht nur auf die Struktur der Interventionen aus, sondern auch auf die Haltung der Therapeut:innen. Es unterstützt eine wertschätzende, akzeptierende und geduldige Grundhaltung, die Veränderung nicht einfordert, sondern begleitet – und damit die Selbstwirksamkeit der Patienten und Patientinnen stärkt, statt sich auf ihre Defizite zu fokussieren (Miller & Rollnick, 2013).

Zudem bietet das Modell eine gemeinsame Sprache, um über Prozesse zu sprechen, ohne moralisch oder wertend zu klingen. Ein Satz wie »Sie wirken aktuell eher im Stadium der Absichtsbildung – lassen Sie uns das nutzen, um Ihre Argumente für und gegen eine Veränderung gemeinsam zu erkunden« wirkt ganz anders als ein impliziter Vorwurf (»Sie müssen sich endlich entscheiden!«).

In Gruppensettings ermöglicht das Modell auch Vergemeinschaftung, etwa durch den Austausch unterschiedlicher Erfahrungen: Was hat mir beim Übergang in die Handlung geholfen? Wie ging ich mit Rückfällen um? Auch Peers können so wertvolle Co-Therapeut:innen werden.

Das TTM hat einen intuitiven Charakter, was sich auch daran ablesen lässt, dass sich das stufenweise Vorgehen auch in anderen Modellen oder Herangehensweisen findet.

Das Transtheoretische Modell und das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA)

Gemeinsamkeiten: Veränderung als Prozess. Beide Ansätze – das TTM von Prochaska und DiClemente und das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker – betrachten Veränderung nicht als einmalige Entscheidung, sondern als dynamischen, phasenartigen Prozess. So betont das TTM die verschiedenen Stadien, inklusive Rückfall, als normalen Prozessschritt (Prochaska & DiClemente, 1983). Das AA-Programm hingegen umfasst mit den ersten Schritten das Eingeständnis (»Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind«) und führt über eine strukturierte Folge von zwölf Schritten, die mit kontinuierlicher Reflexion, Wiedergutmachung und einem gemeinschaftlichen Engagement einhergehen (AA, 2001). Beide Modelle erlauben Zyklizität und die Betonung der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung als eigene Phasen.

Integration in die Suchtbehandlung. Die Verbindung beider Konzepte hat sich in der Praxis bewährt: Studien zeigen, dass höhere AA-Involvierung mit mehr Anwendung von TTM-Prozessen wie Stimulus Control oder Helping Relationships korreliert (z. B. Elston et al., 2011). Zudem nutzen viele Suchttherapieprogramme das TTM systematisch, um Patient:innen durch die Arbeit mit den zwölf Schritten besser zu strukturieren und individuell zu begleiten.

■ Beispiel

- ▶ In der Absichtslosigkeit kann AA-Literatur erste Impulse geben, ähnlich wie die Erweiterung des Problemwissens (Consciousness Raising), Bewusstseinsförderung im TTM.
- ▶ In der Absichtsbildung helfen reflektierende Gruppendiskussionen – vergleichbar der Reflexion im 3. Schritt des AA-Konzepts.
- ▶ In der Handlung unterstützt das regelmäßige Treffen, die Verpflichtung (Self-Liberation) und der Community-Support, die Neuausrichtung zu stabilisieren.

Struktur, Struktur, Struktur. Ein strukturierter Behandlungsrahmen (wie ihn auch das TTM vorgibt) gehört zu den tragenden Säulen moderner Suchttherapie. Dabei geht es nicht nur um organisatorische Effizienz, sondern um psychologisch fundierte Interventionen, die direkt an motivationalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Mechanismen ansetzen. Besonders in therapeutisch-klinischen Einrichtungen, aber auch in ambulanten Settings, zeigt sich: Strukturen geben Halt. Klare Regeln, festgelegte Abläufe und ritualisierte Elemente fördern Eigenverantwortung, Gruppenbindung und die Einhaltung therapeutischer Ziele (Gerstein & Harwood, 1990; SAMHSA, 1997). Diese Stabilität ist vor allem in Phasen emotionaler Dysregulation oder bei hoher Rückfallgefahr zentral. Dabei bietet die Struktur:

(1) Stabilisierung und emotionale Sicherheit

Struktur wirkt entängstigend. In der frühen Abstinenzphase leiden viele Betroffene unter innerem Chaos, Impulsdurchbrüchen und Orientierungslosigkeit. Ein klar geregelter Alltag und klar geregelte Aufgaben vermitteln Vorhersehbarkeit, reduzieren Stress und schaffen ein Gefühl von Kontrolle.

(2) Stärkung der Selbstkontrolle

Feste Tagesstrukturen und geplante Aufgaben fördern die Fähigkeit zur Selbstregulation, die in der Sucht oft stark beeinträchtigt ist. Selbstkontrolle lässt sich – ähnlich wie ein Muskel – durch regelmäßige Übung stärken. Strukturelle Anker helfen dabei, Versuchungssituationen zu überstehen und adaptive Reaktionen einzuüben (Abdel-Salam, 2013). Wichtig ist hier zu wissen: Welche Art von Struktur benötige ich aktuell? So kann Über- oder Unterforderung vermieden werden.

(3) Rückfallprophylaxe durch Aktivität

Leerlauf und Unterforderung gelten als zentrale Risikofaktoren für Rückfälle. Eine sinnvolle, abwechslungsreiche Alltagsstruktur füllt die »Trigger-Zeiten« mit stabilisierenden Elementen wie Bewegung, sozialer Interaktion oder therapeutischen Aufgaben.

(4) Aufbau neuer Routinen und positiver Selbstbilder

Durch wiederholte Erfolgserlebnisse – sei es durch Pünktlichkeit, Durchhaltevermögen, klare Aufgaben oder die Teilnahme an Gruppen – entsteht ein neues Selbstbild. Das Erleben von Wirksamkeit ist ein zentraler Baustein zur Stabilisierung von Identität und Selbstwert.

(5) Förderung von Therapietreue und Motivation

Modular aufgebaute Programme erleichtern die Zielverfolgung, da Fortschritte sichtbar und überprüfbar werden. Dies erhöht nicht nur die Motivation, sondern auch die Compliance.

Zusammenfassung

Veränderung ist selten linear – besonders in der Suchtbehandlung ist sie ein zirkulärer, oft widersprüchlicher Prozess zwischen Einsicht, Ambivalenz und Rückfall. Das Transtheoretische Modell bietet hierfür nicht nur ein theoretisches Gerüst, sondern eine praxisnahe, entlastende Sichtweise auf Veränderung. Ein Arbeitsbuch, das sich an den Stadien des TTM orientiert, schafft deshalb eine klare, nachvollziehbare Struktur, die sowohl Patient:innen als auch Therapeut:innen Orientierung bietet. Es ermöglicht passgenaue Interventionen – zur richtigen Zeit, im richtigen Stadium – und fördert so Motivation, Selbstwirksamkeit und nachhaltige Veränderung.

Fazit

Kurz gesagt: Ein strukturierter Werkzeugkasten nach dem TTM macht aus therapeutischer Komplexität ein handhabbares System – und aus innerer Bewegung eine äußere Veränderung.

Wie Sie dieses Buch verwenden

Um sich bei den Arbeitsblättern schnell zu orientieren, sind alle mit verschiedenen Icons gekennzeichnet. So können Sie sofort erkennen, für wen das jeweilige Arbeitsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen auf den Arbeitsblättern begegnen:



»Therapeut:in«: Dieses Icon kennzeichnet, dass das Arbeitsblatt von den Therapeut:innen selbst verwendet werden soll.



»Patient:in«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.



»Wie sag ich's?«: Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut:innen.

1 Exploration

Eine präzise und strukturierte Exploration ist die Grundlage jeder therapeutischen Arbeit im Suchtbereich. Sie bildet nicht nur den diagnostischen Ausgangspunkt, sondern auch die erste ernst zu nehmende Kontaktaufnahme mit dem Erleben, den Motiven und den Lebensrealitäten der Betroffenen.

In der suchtttherapeutischen Arbeit ist eine fundierte Exploration zugleich auch ein diagnostisches Werkzeug, eine erste Intervention (so führt z. B. die Exploration hinsichtlich devianten Verhaltens unweigerlich zur Reflexion »Was habe ich getan?«) – und ein Ausdruck professioneller Haltung. Eine gut geführte Suchtanamnese ist mehr als eine bloße Datensammlung. Sie ist die Visitenkarte der Behandelnden. Wer hier klar, sicher und differenziert vorgeht, signalisiert: *Hier arbeitet jemand, der sich auskennt*. Eine strukturierte Exploration schafft Vertrauen, zeigt Interesse und vermittelt bereits in der Anfangsphase Orientierung und Halt, in der viele Betroffene sich noch ambivalent oder desorganisiert erleben.

Selbstverständlich gehört zu einer umfassenden Anamnese auch die Exploration biografischer Erfahrungen, der psychosozialen Situation sowie der vorhandenen Ressourcen und Schutzfaktoren oder bisheriger Behandlungen. Diese Aspekte sind für die spätere Therapieplanung essenziell. In diesem Kapitel wird jedoch bewusst darauf verzichtet, diese Themen erneut im Detail zu behandeln. Hierzu liegen bereits zahlreiche etablierte Manuale, Biografiebögen und ressourcenorientierte Arbeitsmaterialien vor, die in vielen Einrichtungen erfolgreich eingesetzt werden und sich in Tools-Büchern von Kollegen und Kolleginnen finden.

Der Fokus dieses Kapitels liegt daher auf der suchtspezifischen Exploration. Ziel ist es, Therapeuten und Therapeutinnen Werkzeuge an die Hand zu geben, mit denen sie suchtrelevante Informationen strukturiert erheben und gleichzeitig die therapeutische Beziehung fördern können.

Die Materialien eignen sich für den Einsatz in jeder Phase des transtheoretischen Modells – je nach Bedarf, Phase und Beziehungsdynamik.

Arbeits- und Informationsmaterial

INFO 1 Das Transtheoretische Modell der Veränderung

Dieses Informationsblatt erklärt die fünf (optional sechs) Phasen des Modells (TTM) nach Prochaska und DiClemente (1983). Es beschreibt typische Gedanken, Haltungen und Herausforderungen in jeder Phase. Das Ziel ist es, Betroffenen ein realistisches Verständnis von Veränderung zu vermitteln, Rückschlüsse zu entstigmatisieren und den Prozesscharakter von Suchtveränderung erfahrbar zu machen.

AB 1 Standortbestimmung

Dieses Arbeitsblatt dient Therapeut:innen zur Einschätzung, in welcher Phase des Transtheoretischen Modells sich eine behandelte Person aktuell befindet. Es enthält Aussagen zu jeder Phase des Modells. Das Ziel ist es, die therapeutische Einschätzung systematisch zu erfassen und so die Passung von Interventionen zur Veränderungsbereitschaft zu verbessern.

AB 2 Standortbestimmung Selbsteinschätzung

Die Einschätzung, in welcher Phase des Transtheoretischen Modells sich Betroffene aktuell befinden, geschieht durch diese Person selbst. Das Arbeitsblatt enthält Aussagen zu jeder Phase des Modells. Das Ziel ist es, die Einschätzung systematisch zu erfassen und so die Passung von Interventionen zur Veränderungsbereitschaft zu verbessern.

AB 3 Suchtanamnese

Mit diesem strukturierten Bogen kann der Konsumverlauf einer Substanz – inklusive Erstkonsum, Entwicklung, Menge, Häufigkeit, Konsumform, Motive und Abhängigkeitssymptome – erhoben werden. Es dient der suchtspezifischen Anamnese und kann von Betroffenen selbst ausgefüllt oder von Therapeut:innen im Gespräch eingesetzt werden. Pro Substanz ist ein separates Blatt vorgesehen.

AB 4 Konsumverlauf

Dieses grafisch orientierte Arbeitsblatt dient der Darstellung der individuellen Konsumgeschichte entlang eines Zeitstrahls – von der Kindheit bis zur Zukunft. Es fördert die Selbstreflexion über Konsummuster, Wendepunkte und Einflussfaktoren.

AB 5 Diagnosehilfe Substanzabhängigkeit

Mit diesem Arbeitsblatt können durch eine strukturierte Checkliste die diagnostischen Kriterien einer Substanzabhängigkeit nach ICD-11 bewertet werden. Sie unterstützt Therapeut:innen bei der Einschätzung, ob eine Substanzabhängigkeit vorliegt. Das Informationsblatt eignet sich für die Aktenführung oder zur gemeinsamen Durchsicht mit Betroffenen.

INFO 2 Substanzeinordnung

Dieses Informationsblatt enthält eine tabellarische Übersicht verschiedener (und gängiger) psychoaktiver Substanzen mit Zuordnung zur ICD-11 und gängigen umgangssprachlichen Bezeichnungen. Sie dient Therapeut:innen als praxisnahe Referenz zur schnellen Einordnung konsumierter Substanzen. Außerdem unterstützt sie Anamnese, Dokumentation und Aufklärung im Gespräch mit Betroffenen.

AB 6 Straffälligkeit und Vergehen

Mit diesem Arbeitsblatt können durch einen Explorationsbogen Gesetzesverstöße mitsamt Hintergründen und Auswirkungen erfasst werden. Er wird ergänzt durch eine strukturierte Selbstreflexion und Bedarfsabfrage und kann schriftlich ausgefüllt oder als Gesprächsgrundlage verwendet werden.