

Evaluationsstudie zu dem Rehabilitationsprogramm COREA-B der Impuls GmbH

**Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation
COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL
für alkoholauffällige Kraftfahrer**

R. Sachse, M. Leisch, Th. Schülken und B. Urbaniak

Evaluationsstudie zu dem Rehabilitationsprogramm COREA-B der Impuls GmbH

**Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation
COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL
für alkoholauffällige Kraftfahrer**

R. Sachse, M. Leisch, Th. Schülken und B. Urbaniak

Bochum, im Juli 2010

Impressum

Sachse, R., Leisch, M., Schülken, Th. und Urbaniak, B. (2010). Evaluationsstudie zu dem Rehabilitationsprogramm COREA-B der Impuls GmbH. Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer.

Projektleitung: Prof. Dr. Rainer Sachse

Anschrift: Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4
44787 Bochum
Tel.: 0234-6405775
Internet: www.ipp-bochum.de

Durchführung: Dipl.-Psych. Markus Leisch und Dipl.-Psych. Birgit Urbaniak

Anschrift: Psychologische Gemeinschaftspraxis tales institut
Bismarckstr. 62a
44135 Dortmund
Tel.: 0231-2009320
Internet: www.tales-institut.de

Wissenschaftliche
Begleitung: Dr. phil. Theo Schülken (Dipl.-Psychologe)
set – social management, evaluation & trainings

Prof. Dr. Rainer Sachse: Dipl.- Psych. und Psychologischer Psychotherapeut; Supervisor BDP / DGVT. Leiter des (staatl. anerkannten) Ausbildungsinstituts *Institut für Psychologische Psychotherapie (IPP)*, für die Ausbildungsgänge: Interaktionelle Verhaltenstherapie und Klärungsorientierte Psychotherapie. Fachautor zahlreicher wissenschaftlicher Artikel und Bücher zur Psychologischen Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Seit 1998 Forschung im Bereich der Verkehrspsychologie.

Markus Leisch: Dipl.-Psych. / Psychologischer Psychotherapeut mit Ausrichtung Klärungsorientierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Geschäftsführer in der Gemeinschaftspraxis Tales Institut; langjährige Tätigkeit in den Bereichen Psychotherapieforschung, Diagnostik, Evaluation. Freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Psychologische Psychotherapie (Prof. R. Sachse). Seit 1999 Forschung im Bereich der Verkehrspsychologie. Fachautor.

Dr. phil. Theo Schülken (Dipl.-Psych.): Geschäftsführer von set – social management, evaluation & trainings. Forschung und Lehre; Soziale Gruppenarbeit nach KJHG & JGG; Marktforschung; Customer Relationship Management; Diversity Management; Evaluationen im Bereich Driver Improvement; Führungskräfte-Training; Teamentwicklung und Coaching; Mitarbeiterbefragung; Wiss. Beratung und Begleitung von Forschungsprojekten.

Birgit Urbaniak: Dipl.-Psych. / Psychologische Psychotherapeutin mit Ausrichtung Klärungsorientierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Geschäftsführerin in der Gemeinschaftspraxis Tales Institut. Langjährige Tätigkeit in den Bereichen Psychotherapie und –forschung, Verkehrspsychologische Beratung und Rehabilitation. Rehabilitation und gutachterliche Tätigkeit bei Berufsunfähigkeit. Dozentin (z.B. IBZ – Bildungseinrichtung der International Police Association). Lehrbeauftragte und Fachautorin.

Inhaltsverzeichnis

Impressum	3
Autorenbeschreibung	4
Zusammenfassung / Abstract	8
1. Einleitung	9
2. Das Rehabilitationsprogramm COREA-B	13
2.1. Die Impuls GmbH	13
2.1.1. Entwicklung der Rehabilitation COREA-B	13
2.1.1.1. Gründe für die Veränderungen an der Gesamtkonzeption CONTROL und REAL	14
2.1.1.2. Integrierte Konzepte aus ZM, CONTROL und REAL in COREA-B	16
2.2. Das Fachkonzept der Rehabilitation COREA-B	16
2.2.1. Klientel / Teilnehmer der Rehabilitation	16
2.2.2. Ziele des neuen Rehabilitationskonzeptes COREA-B	16
2.2.2.1. Ziele der Teilnehmer	16
2.2.2.2. Ziele der Impuls-Partner	17
2.2.3. Methoden der Rehabilitation	18
2.2.3.1. Grundlagen der REVT- Therapie	18
2.2.3.2. Grundlagen des Lösungsorientierten Ansatzes (LOA)	20
2.2.3.3. Modelllernen	22
2.2.3.4. Gruppendynamische Prozesse	22
2.2.3.4.1. Besonders Merkmal der offenen Gruppe: Die Redundanzschleife	24
2.2.4. Methodik nach den alten Konzepten CONTROL und REAL	25
2.2.5. Methodik nach dem neuen Fachkonzept COREA-B	26
2.2.5.1. Umsetzung der Module BASIS-A, CONTROL und REAL	30
2.2.5.1.1. Das Modul BASIS-A	31
2.2.5.1.2. Die Module CONTROL und REAL	35
2.4. Rahmenbedingungen	37
2.4.1. Qualitätssicherung	37
2.4.2. Programmpflege und Evaluation	38
3. Theoretischer Hintergrund der Alkoholproblematik	39
3.1. Psychologische Komponenten eines Alkoholproblems	39
3.1.1. Problem-Einstieg	40
3.1.2. Bedingungsfaktoren der Störungsentwicklung	41
3.1.2.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	41
3.1.2.2. Stressmanagement-Fähigkeiten	42
3.1.2.3. Handlungs-Lage-Orientierung	43
3.1.2.4. Übernahme von Verantwortung / wahrgenommene Kontrolle	44
3.1.2.5. Alexithymie	45
3.1.2.6. Selbstakzeptierung	46
3.1.2.7. Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten	46
3.1.2.8. Wissensdefizit	47
3.2. Implikationen der Alkoholproblematik und ihrer Folgen sowie ihrer Entstehungsbedingungen für das Therapiegeschehen	47
3.2.1. Diagnostik	47
3.2.2. Problemeinstieg / Bedingungsfaktoren	49
3.2.3. Bearbeitungsprobleme: Vermeidung und Verleugnung	50
3.2.4. Veränderung psychologischer Bedingungsfaktoren	51
3.2.5. Sicherung von Alkoholverzicht / Trinkkontrolle	52

4.	Hypothesen	53
4.1.	Das MPU-Ergebnis	54
4.2.	Intrapsychische Veränderungen	54
4.2.1.	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	54
4.2.2.	Stressmanagement-Fähigkeiten (SVF)	55
4.2.3.	Handlungs-Lage-Orientierung (HAKEMP)	55
4.2.4.	Übernahme von Verantwortung / wahrgenommene Kontrolle (IPC)	55
4.2.5.	Alexithymie (TAS)	56
4.2.6.	Selbstakzeptierung (SESA)	56
4.2.7.	Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	57
4.3.	Einstellungsänderung und Wissenszuwachs	57
4.3.1.	Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)	57
5.	Methoden	58
5.1.	Stichprobengewinnung	58
5.2.	Durchführungsphasen und zeitlicher Ablauf der Evaluation.	58
5.2.1.	Beginn- und Planungsphase	59
5.2.2.	Datenerhebung	59
5.2.3.	Dateneingabe und Datenauswertung	62
5.2.4.	Datenschutz	62
5.3.	Messung der Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme	63
5.3.1.	Die medizinisch-psychologische Untersuchung	63
5.3.2.	Psychodiagnostische Testverfahren	63
5.3.2.1.	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	63
5.3.2.2.	Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	64
5.3.2.3.	Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg (HAKEMP)	66
5.3.2.4.	Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)	67
5.3.2.5.	Toronto- Alexithymie- Skala- 26 (TAS-26)	68
5.3.2.6.	Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)	68
5.3.2.7.	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	69
5.3.3.	Einstellungsänderung und Wissenszuwachs: Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)	70
5.4.	Kontrollgruppen- Problematik	71
6.	Ergebnisse	75
6.1.	Stichprobenbeschreibung (Soziodemografie)	75
6.1.1.	Stichprobenumfang und Teilnahme an Programmmodulen	75
6.1.2.	Geschlechtsverteilung, Nationalität und Durchschnittsalter.	77
6.1.3.	Schulabschluss	78
6.1.4.	Berufstätigkeit.	79
6.1.5.	Familienstand und Kinder im Haushalt	79
6.2.	Stichprobenbeschreibung (Vorgeschichte)	81
6.2.1.	Beginn der Rehabilitation, vorausgegangene MPU und Interventionen.	81
6.2.2.	Anlass gebende Trunkenheitsfahrt: BAK, Tageszeit, Restalkohol	83
6.2.2.1.	Trunkenheitsfahrt mit Unfallfolge, Straftaten und OWiG	85
6.2.3.	Delikte außerhalb des Straßenverkehrs	86
6.2.4.	Fahrpraxis	87
6.2.5.	Bisherige verkehrsrelevante Sanktionen	88
6.2.6.	Angegebener Alkoholverzicht	89
6.3.	MPU-Bestehensquote	90
6.4.	Ergebnisse der psychologischen Skalen	91
6.4.1.	Skalenanalysen / Reliabilitäten der eingesetzten Messinstrumente	91

6.4.2.	Wirksamkeit der Programme hinsichtlich der psychologischen Variablen (Psychodiagnostik)	93
6.4.2.1.	Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B – Varianzanalytische Auswertungen	93
6.4.2.2.	Effektstärken	100
6.4.3.	Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)	103
6.4.3.1.	Skalenanalytische Befunde – Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation - Alkohol (IVR-A)	104
6.4.3.2.	Varianzanalytische Auswertungen – Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)	105
7.	Zusammenfassung und Diskussion	107
7.1.	MPU-Bestehensquote	109
7.2.	Psychodiagnostische Kennwerte	111
7.3	Ausblick	115
8.	Literaturverzeichnis	119
	Anhang	127
A)	Tabellenverzeichnis	127
B)	Abbildungsverzeichnis	128
C)	Abkürzungsverzeichnis	129
D)	Vorgeschichtsdaten (VOD)	131
E)	Soziodemografische Angaben (DEMO)	133
F)	Psychodiagnostische Messinstrumente	134
F1)	Allgemeine Instruktion (Prä- und Post- Messung)	134
F2)	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	136
F3)	Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)	136
F4)	Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)	137
F5)	Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	138
F6)	Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg (HAKEMP)	141
F7)	Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)	142
F8)	Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)	143
F9)	Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation-ALKOHOL (IVR-A)	145
G)	Datenschutz: Information und Einwilligungserklärung	146
H)	Arbeitsmaterialien	148
H1)	Kurzanleitung	148
H2)	Reha- Abbruch / Ende- und Verweigerungs- Analyse	150

Zusammenfassung / Abstract

Zur Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Rehabilitation COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL für alkoholauffällige Kraftfahrer

Die verkehrspsychologische Rehabilitation COREA-B für alkoholauffällige Kraftfahrerinnen und -kraftfahrer wurde über einen Zeitraum von vier Jahren evaluiert. Entgegen geläufiger Zwei-Gruppen-Designs stellen die Autoren ein Modell vor, welches die Einbeziehung intrapsychischer Messung zur Erfassung der Wirksamkeit von verkehrspsychologischen Rehabilitationsprogrammen beinhaltet. Die Wirksamkeit der Rehabilitation COREA-B wurde anhand verschiedener Selbstbeurteilungsfragebögen im Prä-Post-Design sowie der Einstellungsänderung und dem Wissenszuwachs ermittelt. Datengrundlage bildeten 245 KlientInnen. Varianzanalytische Befunde konnten die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms COREA-B insgesamt belegen. Signifikante Veränderungen innerhalb der psychodiagnostischen Kennwerte weisen auf ein gesteigertes Problembewusstsein und die Aneignung konstruktiver kognitiver Bewältigungsstrategien der KlientInnen im Prä-Post-Vergleich hin. Darüber hinaus werden diese positiven Befunde durch eine sehr hohe MPU-Bestehensquote (92,2%) belegt.

1. Einleitung

Die verkehrspsychologische Rehabilitation COREA-B, der Impuls GmbH (s. Punkt 2.1.), für alkoholauffällige Kraftfahrer¹, wurde in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Wirksamkeit überprüft. Damit sollte die qualitative Güte der Rehabilitation COREA-B, mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL, durch die Feststellung der Wirksamkeit und der Wirkfaktoren der Interventionen dargestellt werden. Somit erwartete die Impuls GmbH eine Aussage darüber, welche internalen Veränderungen bei den Klienten festzustellen waren. Dieses Vorgehen unterstreicht den Prozess bezogenen Charakter der Studie, wodurch u.a. neue Erkenntnisse zur Qualitätssicherung, hinsichtlich der Konzeption und den Anforderungen an die Verkehrstherapeuten und deren Aus- und Fortbildung, hervorgebracht werden sollten. Neben dem hypothesengesteuerten Vorgehen bietet die Studie zudem einen explorativen Aspekt, der einen Einblick in die „Black Box“ psychischer Prozesse bei alkoholauffälligen Kraftfahrern geben sollte.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Re-Evaluation der ersten COREA Studie (vgl. Sachse et al., 2008) bzw. eine Zusatzstudie, die notwendig wurde, da die Rehabilitationsprogramme im neuen Fachkonzept COREA-B insgesamt verkürzt durchgeführt wurden. Eine Verkürzung der Trainings um 50% im Programm CONTROL und 33% im Programm REAL stellt eine extreme inhaltliche Veränderung der Konzepte dar. Dieses behält auch dann Gültigkeit, wenn Trainingsinhalte unverändert bleiben und die Anzahl der Sitzungen nicht verkürzt werden, denn auch dann verändern sich die Rahmenbedingungen, in denen der Klient sich und seine persönliche Situation reflektieren kann, d.h. Trainings bedeuten immer auch, dass erlerntes Wissen und Kompetenzen in vivo, also im individuellen Setting und Kontext, ausprobiert werden müssen. Ob für diese Erfahrungen durch die (zeitliche) Verkürzung der Trainings noch ausreichend Zeit bleibt, sollte u.a. durch die vorliegende Re-Evaluation festgestellt werden.

Die Stichprobe bestand aus Kraftfahrern, die nach einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) vom Gutachter die Empfehlung erhalten haben, an einer verkehrspsychologischen Rehabilitation teilzunehmen. Die vorliegende Rehabilitation, mit den o.g. Programmen, wurde für Kraftfahrer entwickelt, die wiederholte Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss begangen haben, oder ein Fahrzeug im Straßenverkehr bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 ‰ bzw.

¹ Der Lesbarkeit ist die einseitige Verwendung des Geschlechts geschuldet.

einer Atemalkoholkonzentration von 0,8 mg/l oder mehr geführt haben und deren Fahreignung infolgedessen in Zweifel steht.

Während das primäre Ziel der Klienten darin bestand, die Fahrerlaubnis wiederzuerlangen, sollten als übergeordnete Ziele der verkehrspsychologischen Intervention die Förderung der allgemeinen Verkehrssicherheit und das individuelle Bedürfnis nach Mobilität verknüpft werden. Dementsprechend lag der Evaluation die Absicht zu Grunde, in diesem Bereich eine konsistente Verbindung zwischen den (1.) Programminhalten (Fachkonzeption in Form von Verkehrstherapeutenhandbuch), (2.) den qualitätssichernden Vorgaben sowie (3.) überprüfbaren Outcome-Effekten herzustellen. Diese sollten wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien genügen.

Voraussetzung für die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis durch die Führerscheinstelle war in der Regel eine erfolgreiche MPU- Begutachtung, nach Abschluss der Rehabilitation. Die erneute Teilnahme an einer MPU war für alle Klienten bindend.

Als Kriterium für die Wirksamkeit wurden psychodiagnostische Maße herangezogen, die mit Hilfe standardisierter und wissenschaftlich abgesicherter Fragebögen ermittelt wurden. Für die Erhebung der psychodiagnostischen Daten wurden Fragebögen aufgrund ihrer inhaltlichen Passung und empirischen Bewährung ausgewählt. Bei allen Skalen war eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Klienten gegeben. Gemessen wurden kognitive und emotionale Veränderungen in Bezug auf Einstellung, Verhalten und Verantwortung bei der Teilnahme am Straßenverkehr. Damit sollte belegt werden, wodurch das Rehabilitationskonzept wirkt. Ein besonderer Aspekt ist hierbei, dass die im Rahmen der psychodiagnostischen Erhebungen ermittelten Daten sich unmittelbar auf das wissenschaftlich begründete Behandlungskonzept beziehen.

Die Autoren konnten bereits zeigen, dass zeitliche Veränderungen in den Gruppen CONTRAL und REAL (vgl. Sachse et al., 2008), hinsichtlich der eingesetzten psychodiagnostischen Messverfahren, in den Zeiträumen stattfinden. Diese Veränderungen sind jedoch nicht so ausgeprägt, dass per se davon ausgegangen werden kann, dass diese bei einer zeitlichen Verkürzung der Programme nach wie vor zu beobachten sind. Ein Großteil der von uns 2008 eingesetzten Messinstrumente war so konzipiert, dass sie im Sinne einer State-Trait-Differenzierung auf die Erfassung langfristiger und stabiler Veränderungen abzielten. Ob solche Veränderungen auch bei verkürzten Rehabilitationsprogrammen, mit den eingesetzten Messinstrumenten, zu beobachten sind, sollte mit der Re-Evaluation ermittelt werden.

Die Fragebögen der COREA-B Evaluation umfassten nur etwa die Hälfte der Items der ursprünglichen COREA-A Studie von 2008. Dies wurde aus (zeit-) ökonomischen Gründen bewusst geplant. Damit sollte der Erfahrung entgegengewirkt werden, dass entweder komplette Fragebögen oder auswertungsbedingt kritisch viele Items von den Probanden unbeantwortet bleiben, wenn der zeitliche Aufwand zur Beantwortung der Fragen zu groß bzw. zu komplex ist. Damit sollte zusätzlich überprüft werden, ob eine Reduzierung der Items ohne Auswirkung auf die Gütekriterien der Messinstrumente, u.a. auch im Hinblick auf zukünftige Evaluationen, bleibt.

Der Zeitraum der Evaluation erstreckte sich über vier Jahre, in denen Daten von 245 Klienten ausgewertet wurden. Die Fragebögen wurden den Probanden der Programme BASIS-A und CONTROL zu zwei Messzeitpunkten (Prä- Post Design) gegeben; Klienten des Programms REAL erhielten die Inventare zu drei Messzeiten (Prä- Inter- Post Design): Vor Beginn des Moduls BASIS-A, nach Ende des Moduls CONTROL und schließlich zum Ende des Moduls REAL. Wir sahen aus methodischen Gründen von einer Kontrollgruppe ab (s. Punkt 5.4.).

Kapitel 2 beschreibt die vorliegende Rehabilitation COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL hinsichtlich Zielgruppe, inhaltlicher Konzeption, Setting, zeitlichem Ablauf, Qualifikation der Verkehrstherapeuten und Qualitätssicherung.

Kapitel 3 befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund für alkoholauffällige Kraftfahrer, die aufgrund des Führens eines Kraftfahrzeugs unter Alkoholeinfluss im Verkehrszentralregister des Kraftfahrt-Bundesamtes registriert sind und den sich daraus ergebenden Anforderungen an therapeutische Angebote.

Kapitel 4 umfasst die aus dem theoretischen Hintergrund abgeleiteten Hypothesen.

Kapitel 5 expliziert die methodische Umsetzung. Hier werden insbesondere auf die Stichprobengewinnung, den zeitlichen Ablauf der Evaluation, auf das Wirksamkeitsmaß psychodiagnostische Verfahren, auf die Kontrollgruppenproblematik sowie auf die statistische Auswertung detailliert eingegangen.

Kapitel 6 beginnt zunächst mit der Beschreibung der Stichprobe anhand soziodemografischer Daten und verkehrsrelevanter Vorgeschichtsdaten. Im Anschluss daran

werden die Ergebnisse der psychologischen Skalen (Reliabilitäten der Messinstrumente, Effektstärken, Gruppenvergleiche) präsentiert.

Kapitel 7 schließt die Darstellung der Evaluation ab. Die geschilderten Ergebnisse werden im Hinblick auf die Hypothesen und die Frage der Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme BASIS-A, CONTROL und REAL diskutiert sowie ein Gesamtfazit (Ausblick) gezogen.

2. Das Rehabilitationsprogramm COREA-B

Die nachfolgend dargestellten Inhalte und der theoretische Hintergrund des Rehabilitationsprogramms COREA-B basiert zu einem wesentlichen Teil auf den Fachkonzepten CONTROL und REAL (vgl. Impuls GmbH, 1998a, 1998b). Die Konzeption der Evaluation orientierte sich inhaltlich an diesen Vorgaben sowie an dem Ergänzungsmanual von Teichmann und Veltgens (2006). In diesem Kapitel findet der Leser somit eine ausführliche aber nicht vollständige Wiedergabe der Fachkonzepte für die Rehabilitation alkoholauffälliger Kraftfahrer. Die für die Evaluation notwendigen theoretischen Ergänzungen, die nicht aus den o.g. Fachkonzepten stammen, wurden von den Autoren der Evaluation entsprechend der Quelle kenntlich gemacht.

2.1. Die Impuls GmbH

Die Impuls GmbH, mit Sitz in Köln, wurde im Januar 1998, als Tochter der TÜV Rheinland Group, gegründet. Seit dem 01. Juni 2010 ist die Impuls GmbH ein souveränes Unternehmen und ist damit nicht länger der TÜV Rheinland Group angehörig. Ziele des Unternehmens sind die Entwicklung und Vermarktung innovativer Angebote auf dem Gebiet der medizinischen, insbesondere aber der psychologischen Dienstleistungen und zwar in den Bereichen Verkehrspsychologie und Gesundheitsmanagement.

2.1.1. Entwicklung der Rehabilitation COREA-B

Die Impuls GmbH entwickelte zwischen 2005 und 2006 die verkehrspsychologische Rehabilitation COREA-B mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL. Zielsetzung war die Bereitstellung eines wissenschaftlich begründeten Rehabilitationsprogramms – ohne direkter Rechtsfolge –, für Kraftfahrer, denen die Fahrerlaubnis entzogen wurde, da sie wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss begangen haben oder einmalig mit einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 ‰ oder mehr auffällig wurden (Teichmann & Veltgens, 2006).

Das zu evaluierende Rehabilitationsprogramm COREA-B resultierte darüber hinaus aus den jährlich stattfindenden Weiterbildungsveranstaltungen der Verkehrstherapeuten und stellt damit ein modernes und Praxis bezogenes Rehabilitationskonzept dar, in dem ein Vorgehen systematisch weiterentwickelt wurde, das u.a. bereits in den evaluierten und bewährten Rehabilitationsprogrammen CONTROL, REAL mit Ziel- und Motivationsphase (ZM) (vgl. Sachse et al., 2008) berücksichtigt wurde.

2.1.1.1. Gründe für die Veränderungen an der Gesamtkonzeption CONTROL und REAL

Der Anlass für die Modifikation der Gesamtkonzeption ZM-Phase, CONTROL und REAL ist die Antizipation eines veränderten Gesamtumfeldes wettbewerbender verkehrspsychologischer Dienstleistungen und Ausrichtungen. Um die Konkurrenzfähigkeit zu sichern, bei gleichzeitiger Optimierung des fachlichen Qualitätsstandards, modifizierte die Impuls GmbH, nach gemeinsamer Abstimmung mit den Impuls-Partnern, die bisherige Gesamtkonzeption verkehrspsychologischer Dienstleistungen. Unter fachlich-inhaltlichen Gesichtspunkten entsprechen die Konzeptveränderungen den Erfahrungsauswertungen aus einer 8 Jahre währenden verkehrspsychologischen Praxis (Teichmann & Veltgens, 2006).

Die Veränderungen der verkehrspsychologischen Programme CONTROL und REAL umfassen folgende Parameter:

- Entfall des Parallelangebots von CONTROL und REAL, stattdessen Zusammenfassung der Teilnehmer in einer gemeinsamen offenen Gruppe.
- Entsprechend sind die Gruppensitzungen für beide Zielgruppen gleich lang, sie dauern 195 Minuten.
- Es handelt sich bei COREA-B um drei Programmmodule, die alle durch die Teilnahme an Gruppensitzungen gekennzeichnet sind: Programmmodul BASIS-A, CONTROL und REAL (s. Abb. 2.1-1).
- Das Programmmodul BASIS-A stellt dabei unter anderem eine durch Gruppenprozesse erweiterte Entscheidungsdiagnostik dar.
- Gleichzeitig beinhaltet BASIS-A vermehrt rehabilitative Anteile.
- Am Ende des Programmmoduls BASIS-A ist die fachlich begründete Entscheidung zu treffen, ob die Teilnahme an CONTROL und REAL indiziert ist.
- Ein fachlich indizierter Wechsel eines Teilnehmers von CONTROL und REAL wird erleichtert.
- Der zeitliche Gesamtumfang des Programms REAL wird beibehalten bzw. für CONTROL erweitert.
- Das Programm CONTROL, obligatorisch kombiniert mit dem vorausgegangenen Programmmodul BASIS-A, wird dem Klient eine insgesamt viermonatige Rehabilitationsphase ermöglichen. Beim Programm REAL werden die entsprechenden Eckdaten beibehalten.

Zusammengefasst bestehen damit wesentliche Veränderungen im Vergleich zum bisherigen Vorgehen in folgenden Punkten:

1. Die gemeinsame Teilnahme von CONTROL- und REAL-Teilnehmern in einer offenen Gruppe.
2. Eine um zwei Gruppensitzungen erweiterte ZM-Phase, die als Programmmodul BASIS-A auch rehabilitative Prozesse beinhaltet.
3. Die viermonatige Teilnahme an dem Programmmodul CONTROL in Verbindung mit dem Programmmodul BASIS-A.
4. Eine standardisierte Gruppensitzungsdauer von 195 Minuten, alle zwei Wochen.

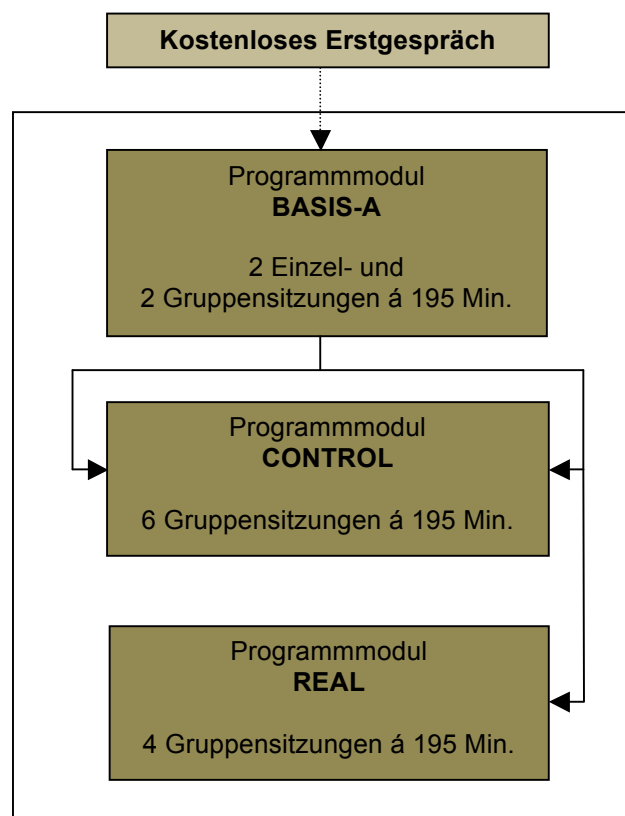


Abb. 2.1-1: Schematische Darstellung der Programmmodule der Rehabilitation COREA-B.

2.1.1.2. Integrierte Konzepte aus ZM, CONTROL und REAL in COREA-B

Die inhaltliche Konzeption der Programme CONTROL und REAL (vgl. Impuls GmbH, 1998a, 1998b), mit dem integrierten Modul ZM-Phase, wurde beibehalten. Die theoretische Ausrichtung, insbesondere die enge Anlehnung an die *Rational-Emotive-Verhaltenstherapie* (REVT) wird auch weiterhin praktiziert. Dies gilt auch für die Ziele der Rehabilitationen (s. Punkt 2.2.2). Die Taktung der Gruppensitzungen ist auch bei COREA-B 14-tägig vorgesehen. Die Ratenzahlungsmöglichkeiten haben sich für die Klienten auch in der modifizierten Rehabilitation nicht geändert. Der Gesamtumfang für das Programm REAL umfasst nach wie vor 54 Einheiten. Die Eckdaten bzgl. der Gruppengröße wurden für das gesamte Programm COREA-B übernommen. Ebenso findet mit jedem Klienten Einzelarbeit in der Gruppe zur Erreichung relevanter Ziele für eine Rehabilitation statt; dies gilt auch für die Einbeziehung der Gruppe zur Erreichung dieser Ziele. Am Ende der Rehabilitation erhält jeder Klient eine Teilnahmebescheinigung.

2.2. Das Fachkonzept der Rehabilitation COREA-B

2.2.1. Klientel / Teilnehmer der Rehabilitation

Hinreichend bekannt und diskutiert sind Art und Motive alkohol-, drogen- oder verkehrsauffälliger Teilnehmer. Es handelt sich um Personen, die die Fahrerlaubnis wegen Trunkenheit am Steuer verloren haben und seitens der Behörde aufgefordert wurden, eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) durchzuführen. Dabei kann es sich um Klienten handeln, die noch keine MPU absolviert haben, als auch solche, die eine oder mehrere Untersuchungen mit negativem Ausgang hinter sich haben. Ebenfalls unterschiedlich sind Vorerfahrungen mit psychologischen Maßnahmen oder therapeutischen Interventionen. Manche Teilnehmer sind gänzlich unerfahren, andere haben Kurse / Therapien durchlaufen und sind mit psychologischem Denken vertraut.

2.2.2. Ziele des neuen Rehabilitationskonzeptes COREA-B

2.2.2.1. Ziele der Teilnehmer

Zuvorderst muss erwähnt werden, dass es eine generelle Gleichheit der Motive und Ziele der Teilnehmer nicht gibt. Es lassen sich jedoch aus den Erfahrungen

der Impuls-Partner Aussagen darüber machen, welche Ziele die Klienten anstreben. Dazu gehören:

- Wiedererlangen der Fahrerlaubnis;
- schnelles Durchlaufen einer Rehabilitation;
- preiswerte Problemlösung;
- wenig zeitlicher Aufwand;
- keine Infragestellung der eigenen Person / Motive / Einstellungen;
- Wahrung des eigenen Selbstbildes;
- Verhindern, als Alkoholiker dargestellt zu werden;
- Interesse an inhaltlicher Auseinandersetzung, z.B.: „Warum ist das passiert? Was kann ich tun, damit das nicht mehr passiert?“

2.2.2.2. Ziele der Impuls-Partner

Nachdem vorangegangen die Ziele der Klienten dargestellt wurden, werden an dieser Stelle die allgemeinen Ziele der Rehabilitation bzw. der Impuls-Partner mitgeteilt:

- *Einsichten* (Motive für die Delikte; Erklärungen bzgl. des Zusammenhangs von individuellen Lebensumständen / Einstellungen und der Auffälligkeit; Motive für das exzessive Trinken).
- *Problembewusstsein* (Zusammenhänge zwischen individueller Disposition und Trunkenheitsfahrt; Wissen / Akzeptanz um den problematischen Umgang mit Alkohol in der Vergangenheit; Bewusstsein darüber, dass Alkoholmissbrauch betrieben wurde; Klarheit über die auch in Zukunft bestehenden „Glatteisstellen“ für Rückfälle).
- *Wissensvermittlung / -erarbeitung* (Tattag: Trinkmengen; früheres Trinkverhalten: Menge – Häufigkeit; heutiges Trinkverhalten: Menge – Häufigkeit; Alkohol-, -abbau).
- *Einstellungsänderungen* (Was ist heute anders als früher? Wo lag das psychologische Problem, das zu den Delikten geführt hat und wie gehe ich damit heute anders um? Welche alternativen Bewertungen / Kognitionen helfen mir heute, unangemessene Bewertungen / Gefühle / Verhaltensweisen auszuschalten?).
- *Verhaltensänderungen* (Alternative Verhaltensmuster in bisher problematischen / belastenden Situationen; kontrolliertes Trinken bzw. Abstinenz).

- *Sicherstellung* des veränderten Repertoires (Wie kann ich sicherstellen, dass keine Delikte mehr geschehen werden? Wie kann ich neue Bewertungen / Gefühle / Verhalten stabil umsetzen?).

Die oben genannten Ziele der Klienten und der Impuls-Partner machen deutlich, wie unterschiedlich die Ziele sein können / oftmals sind. Es sei an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen, wie verschieden auch die Motive unter den Teilnehmern sind. Es gilt in den Gruppensitzungen den verschiedenen Bedürfnislagen gerecht zu werden. Auf welche Art und Weise dies geschehen kann, wird nachfolgend beschrieben.

2.2.3. Methoden der Rehabilitation

Die Grundlage der Arbeit mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL bildet die *Rational- Emotive Verhaltenstherapie* (REVT) nach Albert Ellis. Die REVT hat sich bereits im früheren Rehabilitationsprogramm bewährt (vgl. Sachse et al., 2008) und konnte darüber hinaus ihre Wirksamkeit auch im Programm K 70, ein Kurs zur Wiederherstellung der Fahreignung gemäß § 70 FeV, für alkoholauffällige Kraftfahrer, zeigen (vgl. Sachse et al., 2009).

2.2.3.1. Grundlagen der REVT- Therapie

Die (REVT) wurde 1955 von Albert Ellis entwickelt und ist sowohl gesprächs- als auch verhaltensorientiert. Sie gehört zu der Gruppe der kognitiven Verhaltenstherapien. Die Grundannahme der REVT ist, dass der Mensch als zielorientiertes und soziales Wesen daran leidet, von blockierenden Einstellungen und Gefühlen an der Erreichung von Zielen gehindert zu werden. Die REVT setzt an gegenwärtigen und vergangenen Konflikten auf der Einstellungs-, Gefühls und Verhaltensebene an und vermittelt dem Klienten, dass er mit Hilfe seiner eigenen geistigen Kräfte lernen kann, Gefühle und Verhalten aktiv zu verändern (Schwartz, 2006).

Die REVT basiert auf dem *ABC- Modell*, d.h. ein auslösendes äußeres oder innerpsychisches Ereignis (*A = aktivierendes Ereignis*) wird aufgrund bestimmter bewusster oder unbewusster Überzeugungen, Bewertungsmuster, Einstellungen oder Lebensregeln (*B = Bewertung*), die in der auslösenden Situation getriggert werden, bewertet. Diese Bewertung der Ereignisse ruft als Konsequenz (*C = Konsequenz*) emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen (z.B. Wut, Angst, Zorn) hervor. Wird ein Ereignis als irrelevant bewertet, führt dies zu keiner emotionalen Reaktion, eine

angenehme Bewertung ruft positive Emotionen hervor und aversive Einschätzungen führen zu negativen Emotionen. Nach Ellis werden psychische Störungen durch irrationale Überzeugungen bedingt. Irrationale Überzeugungen lassen sich nach Ellis (1993) in vier Grundkategorien zusammenfassen:

1. *Absolute Forderungen*: Wünsche werden zu absoluten Forderungen („Ich muss XY machen!“).
2. *Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen*: Statt einzelner Eigenschaften, wird die ganze Person als minderwertig bewertet („Ich bin ein Versager!“).
3. *Katastrophisieren*: Negative Ereignisse werden überbewertet („Es wäre absolut fürchterlich, wenn XY!“).
4. *Niedrige Frustrationstoleranz*: Glaube, negative Ereignisse nicht aushalten zu können („Ich könnte es nicht ertragen, wenn XY!“).

Viele irrationale Überzeugungen stellen eine Verknüpfung von absoluten Forderungen (Kategorie 1) und Bewertungen (Kategorien 2-4) dar. Die Forderung, alles schaffen zu müssen, führt bei Nichterfüllung z.B. zu der Schlussfolgerung, wertlos zu sein oder es nicht aushalten zu können (Ellis, 1993).

In der Therapie bzw. in der Rehabilitation COREA-B werden Selbst- und Fremdwahrnehmung in den Focus gestellt und überprüft, inwieweit eigene Überzeugungen selbstwertdienlich oder –schädlich sind, sodass die Klienten lernen können, sich selbst und ihre Lebensweise zu akzeptieren und die Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. Die Modifikation der Einstellungen erfolgt z.B. durch den *sokratischen Dialog*. Dadurch werden die aktuellen Überzeugungen kritisch durch eine Auseinandersetzung mit ihrer Zweckmäßigkeit, ihrer Logik oder ihrer empirischen Belegbarkeit hinterfragt. Der Verkehrstherapeut bedient sich dabei in der Regel offener Fragen und versucht damit, den Klienten anzuleiten, eigene Widersprüche zu erkennen. Als Methode dienen dafür u.a. Vorstellungsübungen (*emotive Disputation*), in denen aversive Gefühle getriggert und verändert werden, Verhaltensübungen (*behaviorale Disputation*), bei denen sich Klienten z.B. einer ambivalenten (Konflikt-) Situation aussetzen, um ihre dysfunktionalen Bewältigungsstrategien in Bezug auf Trennen von Trinken und Fahren zu bearbeiten, mittels Identifikation automatischer Gedanken, Einschätzung kognitiver Verzerrungen und Veränderung der dysfunktionalen Kognitionen. In der Gruppe wird erarbeitet, welche Gedanken unmittelbar mit dem Auftreten der gegenwärtigen aversiven Gefühle verknüpft sind. Kognitive Verzerrungen werden mit den Klienten erarbeitet und in ein Teufelskreismodell der Sorgen, Zweifel, Befürchtungen und Vermeidungen integriert. Zwischen den Gruppen-

sitzungen werden Hausaufgaben gestellt, damit die neuen Einsichten im Alltag umgesetzt (getestet) werden und zur nächsten Sitzung im Plenum besprochen werden können. Zusammengefasst kann die Funktionsweise der REVT wie nachfolgend beschrieben werden:

- Selbstanalyse über Selbstbeobachtung spezifischer Situationen, wobei sich die Selbstbeobachtung auf Gedanken, Gefühle und deren Konsequenzen bezieht. Sie erfolgt einerseits retrospektiv (für die jeweilige Problemsituation), als auch aktuell.
- Irrationale Anteile der Gedanken, Überzeugungen, Bewertungen erarbeiten/einsehen/akzeptieren (= die Kognitionen als unangemessen ansehen).
- Suche nach der Entstehung der unangemessenen Kognitionen, die das Viel-Trinken bewirkt haben (= Suche nach den Kognitionsketten, deren Ende „zwangsläufig“ – aus der Sicht der Betroffenen –, Trinken nach sich zieht).
- Alternative, günstigere Gedanken, Überzeugungen, Bewertungen suchen.
- Neues in ausgewählter Situation umsetzen (= Übungen).
- Übung anhand weiterer, verschiedener Situationen.
- Suchen eines übergreifenden Prinzips in den unterschiedlichen Situationen (Welches gemeinsame Muster haben alle Situationen? Was hat das mit mir zu tun?).
- Aus der Erkenntnis heraus, weitere Übungen, Veränderungen, Stabilisierungen des Erreichten.

2.2.3.2. Grundlagen des Lösungsorientierten Ansatzes (LOA)

Kognitive Therapieansätze sind überwiegend problemzentriert und zu wenig ressourcen- und lösungsorientiert angelegt (Eschenröder, 1992; Walen et al., 1982). Eschenröder plädiert zum Zwecke einer Förderung und Beschleunigung der kognitiven Umstrukturierung für ein Vorgehen, das Zielvorstellungen und Ressourcen von Betroffenen in den Prozess der Verhaltensänderung einbezieht. Damit werde vermieden, dass der Verkehrstherapeut in die Rolle des Besserwissers gerät (Ellis, 1991) und dadurch Widerstände hervorruft oder dass die Analyse irrationaler Gedanken beim Klienten das Auftreten des sogenannten Symptomstress (sekundäres ABC) begünstigt. Symptomstress bedeutet, dass der Betroffene nicht nur ein primäres emotionales und verhaltensmäßiges Problem (C) entwickelt hat, sondern dass dieses C zu einem neuen Auslöser (A') für eine weitere irrationale Bewertung (B') wird („Wie schrecklich, dass ich dieses Problem habe“!). Das dadurch hervorgerufene

sekundäre emotionale Problem C' (z.B. Angst vor der eigenen Angst / Ärger über den eigenen Ärger / Scham über das eigene Schuldgefühl) steht einer Aufarbeitung des primären Problems entgegen und ist vorrangig aufzulösen.

Der LOA (De Shazer, 1992) enthält sich im Unterschied zur REVT weitgehend einer Problemanalyse und beschäftigt sich vorrangig mit Vorstellungen über Zeiten, in denen das Problem gelöst sein wird (*time projection*), und dem Erarbeiten adäquater Lösungswege. Der LOA geht von folgenden Prämissen aus (Berg & Miller, 2006):

- Jeder Klient verfügt über zielfördernde Verhaltensmuster, die bisher unberücksichtigt geblieben sind bei dem Versuch, das zur Debatte stehende Problem zu lösen.
- Zu einer guten Behandlung gehört es, dem Klienten jene Stärken, Ressourcen und gesunde Eigenschaften zu entlocken, die zur Lösung des Problems nötig sind.
- Es gibt Phasen und Ausnahmesituationen, in denen das Problemverhalten noch nicht vorhanden war. Verkehrstherapeut und Klient suchen nach Zeiten und Ausnahmesituationen, in denen das Problem kein Problem war.

Bei der Suche nach Lösungen und Ressourcen stehen drei Möglichkeiten zur Verfügung:

- Die Problemgeschichte wird untersucht und erfragt, wann ein Klient in der Lage war, sein Problemverhalten zu unterdrücken. Solche Ausnahmen deuten auf Fähigkeiten/Ressourcen, die vom Klienten nicht (mehr) registriert werden, für eine Verwirklichung dauerhafter Lösungen des Problemverhaltens – aber nutzbar gemacht werden können.
- Fragen nach vergangenen Erfolgen, zeitweiligen Besserungen und kleinen Fortschritten.
- Aufgaben, auf positive Erfahrungen zu achten.
- Exploration konstruktiver Denk- und Verhaltensmuster aus unproblematischen Lebensbereichen und deren Nutzbarmachung für die Lösung des Problemverhaltens.

Lösungsorientierte Fragen lenken die Gedanken der Klienten, die oft in ständig unproduktiven Wiederholungen des Problems verharren, in eine andere Richtung und beschleunigen eine Besserung des Problemverhaltens.

Nach Eschenröder (1992) lässt sich das Grundprinzip der REVT (Gedanken beeinflussen Gefühle und Verhaltensweisen) überzeugender vermitteln, wenn nicht nur Problemsituationen nach dem ABC- Schema analysiert werden, sondern auch

untersucht wird, welche modifizierte Gedanken in Ausnahmesituationen eine Rolle gespielt und zu anderen Verhaltensweisen geführt haben.

2.2.3.3. Modelllernen

In die Arbeit in der Rehabilitation COREA-B fließen neben den Erkenntnissen aus klassischer und kognitiver Lerntheorie auch die des Modelllernens ein. Belohnung, Bestrafung und kognitive Prozesse gehen ein in das so genannte *Soziale Lernen* oder *Lernen am Modell* (Bandura, 1969). Geliebte, bewunderte Personen werden zu Modellen, die nachgeahmt und imitiert werden, besonders dann, wenn das Verhalten dieser Modelle als erfolgreich wahrgenommen wird; Belohnungen und Bestrafungen sind nicht nur dann wirksam, wenn sie selbst erfahren werden, sondern auch dann, wenn akzeptierte Modelle sie erhalten. Nachahmung und Imitation können sich auf die gesamte Bandbreite von einfachen Bewegungsabläufen und Verhaltensweisen bis hin zu komplexen Überzeugungen, Normen und Wertsystemen erstrecken. Je intensiver sich die emotionalen Bindungen in einer Gruppe entwickeln, umso günstiger sind die Voraussetzungen, eigene Standpunkte zu überprüfen und erwünschtes Sozialverhalten von Modellen zu übernehmen.

Eine Verhaltensänderung bzw. die einer Veränderung vorangehende Übernahme von Überzeugungen, Wertvorstellungen oder sozialen Normen wird nach der Theorie der kognitiven Dissonanz (z.B. Festinger, 1962) dann in Gang gesetzt, wenn im kognitiven Bereich unter Entscheidungsdruck gleichzeitig zwei unvereinbare Inhalte auftreten, also ein Konflikt gegeben ist zwischen unstimmgigen Informationen oder unvereinbaren Normen. Die Auseinandersetzungen mit den Überzeugungen, Einstellungen und Meinungen des Verkehrstherapeuten und/oder anderer Gruppenmitglieder erzeugen kognitive Dissonanzen zwischen den eigenen, sozial unerwünschten Einstellungen und vorgegebenen Normen und Regeln.

Authentisches Verhalten des Verkehrstherapeuten, Nutzung und Förderung gruppendynamischer Prozesse zur Förderung interpersoneller Bindungen, sozial-integrative Verhaltensweisen wie Betonung der Eigenverantwortlichkeit der Klienten, geeignete Fragen, Erbitten von Vorschlägen, Vermittlung von Informationen usw. stehen auf der Agenda des Verkehrstherapeuten.

2.2.3.4. Gruppendynamische Prozesse

Die Entscheidung zu Gunsten eines (offenen) Gruppensettings bzgl. der Umsetzung des Rehabilitationsprogramms COREA-B ist sinnvoll, weil psychologisch

orientiertes Veränderungs-Training in der Gruppe Dynamiken in Gang setzen kann, die die Weiterentwicklung und Verhaltensänderung jedes einzelnen Klienten begünstigt (vgl. Schelp et al., 1990).

Das Erkennen der individuellen Konsummotive sowie das Verändern von gewohnheitspflichtigem Alkoholkonsum werden durch dieses Setting gefördert bzw. als Mittel zur Veränderung eingesetzt. Gruppendynamische Wirkmechanismen können gezielt kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Techniken unterstützen.

Einen besonderen Vorteil bietet hierbei das Prinzip der *Offenen Gruppe*: Sie unterscheidet sich von anderen Gruppen bzw. sozialen Gebilden in erster Linie dadurch, dass bis zur Erreichung der maximalen Gruppengröße neue Teilnehmer jederzeit Aufnahme finden.

Damit finden auch Personen, die anfangs nur extrinsisch bzw. vordergründig motiviert sind ihren Alkoholkonsum einzustellen oder einzuschränken, in ihrer brüchigen Entscheidungsphase, einen unmittelbaren Zugang zu einem problemlösenden Angebot.

Wenn die Gruppensituation an sich schon als besonders lebensecht, d.h. der sozialen Wirklichkeit entsprechend angesehen wird, so gilt dies in besonderer Weise für die offene Gruppe. So sind z.B. auch Freizeitgruppen und Kollegenkreise soziale Gebilde, bei denen immer wieder neue Mitglieder hinzukommen und andere ausscheiden.

Bei relativ homogenen Gruppen können sich bestimmte „Widerstandsmuster“, die den Bearbeitungsprozess hemmen, gegenseitig verstärken. Es kommt dann zu wenig zielführenden Solidarisierungsprozessen, zumal häufig die eigenen Trinkmotive maskiert werden. Die Gefahr, dass sich die Teilnehmer dann in ihren unerwünschten Bagatellisierungstendenzen gegenseitig „aufschaukeln“, ist relativ groß.

Die inhomogene Bewusstseinslage bezüglich der Klienten in dem Rehabilitationsprogramm COREA-B wird vom Verkehrstherapeuten gezielt widerstandsmindernd eingeplant. Denn häufig werden Gruppenprozesse dadurch kompliziert, dass sich die Mitglieder in ihren ineffektiven Bewertungsmustern gegenseitig verstärken und Umbewertungen damit blockieren („Ich schaffe es sowieso nicht, auf Dauer Alkoholverzicht zu üben!“). Ist das soziale System jedoch eher heterogen, wie dies durch die offene Gruppe erreicht werden kann, setzt in der Regel zwischen den Gruppenmitgliedern ein adäquater Korrekturprozess ein. Häufig wird dabei der Korrektur durch ein erfahreneres Gruppenmitglied, das schon länger teilnimmt, mehr Glauben geschenkt als dem Hinweis des Verkehrstherapeuten allein. Sinngemäß gilt dies im Übrigen auch für Empfehlungen, die von einem Gruppenmitglied an ein anderes gerichtet werden.

Nach Ellis (1982) kann die Erfahrung, dass andere vergleichbare Probleme haben und sie diese aushalten können, bereits entlastende Auswirkungen haben. Eigene dysfunktionale Bewertungsmuster können auf diesem Wege leichter als unangemessen erfahren werden, „stellvertretende“ Realitätsüberprüfungen beschleunigen den Veränderungsprozess. Zum anderen kann die miterlebte Umsetzung von erarbeiteten Zielen die Rehabilitation COREA-B als kontrollierbare und positiv besetzte Individualaktion verdeutlichen. Vorhandene Ressourcen können für den Umstrukturierungsprozess aufgedeckt und nutzbar gemacht werden.

Zu den gruppendynamischen Techniken zählen u.a.:

- *Blitzlicht*: Der Verkehrstherapeut fordert alle Klienten auf, sich zur momentanen Befindlichkeit zu äußern oder anzugeben, was ihnen im Moment durch den Kopf geht. Diese Technik aktiviert die Teilnehmer, gibt dem Plenum eine individuelle Rückmeldung über jeden Teilnehmer und kann der aktuellen Sitzung neue inhaltliche Impulse geben.
- *Brainstorming*: Der Verkehrstherapeut fordert alle Klienten auf, Vorschläge zur Lösung eines Problems zu unterbreiten. Dadurch wird die Selbstexploration der Teilnehmer angestoßen.
- *Feedback/Hot Chair*: Verkehrstherapeuten oder Gruppenmitglieder teilen anderen in der Gruppe mit, wie sie deren Verhalten erleben und bewerten. Feedback veranlasst zur Überprüfung eigener Überzeugungen und verstärkt bestimmte Verhaltensweisen.
- *Gespräche mit Bezugspersonen*: Klienten vom Typ „Besucher“ (z.B. „Bei mir ist alles in Ordnung! Was zu ändern war, habe ich bereits geändert!“) bieten dem Verkehrstherapeuten keine Ansatzpunkte für das Durcharbeiten aktueller Problemlagen. Um im „Besucher“ den „verborgenen Kunden“ zu finden, kann der Verkehrstherapeut solche Teilnehmer auffordern, Personen ihres Vertrauens zu befragen, ob und welche Veränderungen sie sich von ihm wünschen.

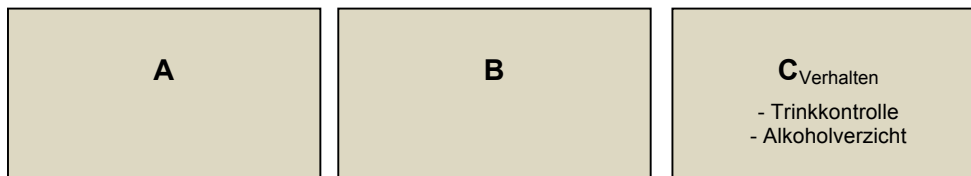
2.2.3.4.1. Besonderes Merkmal der offenen Gruppe: Die Redundanzschleife

Insbesondere in lerntheoretischer Hinsicht sind dem Konzept der offenen Gruppe besondere Vorteile zuzuschreiben. Gruppendynamische Prozesse, wie eine herausgebildete soziale Identität und die auf Grund der Fluktuation notwendige Bereitschaft zur Integration haben zur Folge, dass alle Klienten häufiger als in geschlossenen Gruppen zum Grundansatz der Intervention zurückkehren: die neuen Gruppenmitglieder haben das berechtigte Bedürfnis, den bisherigen Verlauf und die

bisherigen Inhalte nachzuvollziehen. Durch diese redundante Wiederholung bereits bekannter Inhalte und dem Grundkonzept, dass jede Sitzung mit so genannten Basics beginnt, die in jeder Sitzung gleich sind, kommt es bei Teilnehmern, die bereits mehrere *Redundanzschleifen* miterlebt haben, zu einer tieferen Elaboration der Lösungskonzepte und somit zu einem besseren Behalten. Der aus der Redundanz im wörtlichen Sinne resultierende Mehraufwand bei der Übertragung der inhaltlichen Botschaft hat zudem die Funktion, dass Verständnisprobleme und Kommunikationsstörungen reduziert werden.

2.2.4. Methodik nach den alten Konzepten CONTROL und REAL

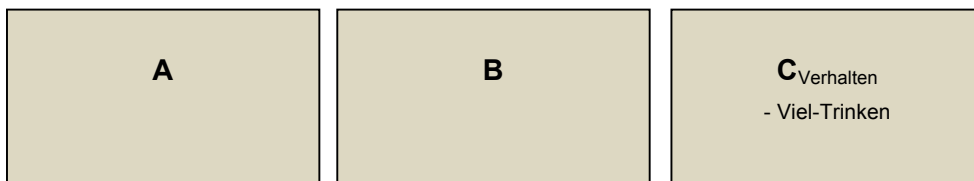
Die bisherige Unterscheidung hinsichtlich CONTROL und REAL resultierte aus unterschiedlichen Verhaltenszielen, einmal die Trinkkontrolle, zum anderen der Alkoholverzicht. Es wurde nach der ZM-Phase festgelegt, ob ein Klient in der Lage ist, zum kontrollierten Trinken zu gelangen oder dieses nicht mehr erreichen kann, ergo auf Alkoholkonsum verzichten müsse. Damit wurde ein Ziel definiert, genauer gesagt ein Verhaltensziel. Auf dieses Ziel wurden die Bewertungen ausgerichtet (z.B. „Wenn ich anfangs zu trinken, wird es bei mir wieder mehr werden und ich werde die Kontrolle verlieren.“; „Kontrollverlust führt zu langfristig negativen Gefühlszuständen und Konsequenzen.“). Im Verständnis der REVT wird hierbei $C_{\text{Verhalten}}$ fokussiert:



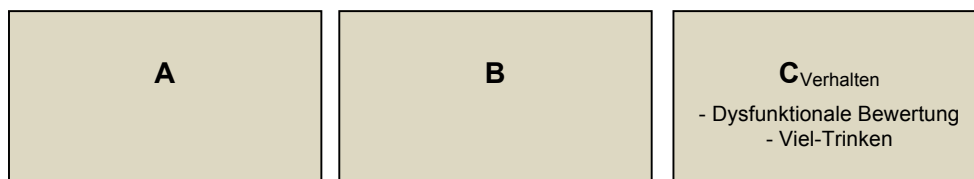
Genannte Vorgehensweise hat Vorteile, da sie ein eindeutiges Ziel definiert. Klienten haben dadurch klare Vorgaben und können die eigenen Bewertungen mit diesem Ziel harmonisieren. Da es sich, wie oben gezeigt wurde, um unterschiedliche Ziele handelt, müssen entsprechend unterschiedliche Methoden durchgeführt werden. Dies gilt umso mehr, als dass von der Prämisse ausgegangen wird, Klienten von CONTROL und Klienten von REAL seien generell unterschiedlich. Würde man diese beiden Gruppen zusammen behandeln, käme es zu allergrößten Schwierigkeiten und Konflikten. Des Weiteren geht man davon aus, eine Klientel könne nicht von anderen profitieren (wiederum aus der Überlegung, es handele sich um verschiedene Populationen).

2.2.5. Methodik nach dem neuen Fachkonzept COREA-B

Nachdem zuvor die Methodik innerhalb des alten Fachkonzeptes kurz erläutert wurde, soll nun die neue, modifizierte Umsetzung des Rehabilitationsmodells COREA-B dargestellt werden. Eine Änderung der Konzeption bedeutet zunächst eine Abkehr vom erwünschten Verhaltensziel als Grundlage für weiteres Prozedere. In den Mittelpunkt gestellt werden soll die Problematik, die die Ursache des Verlustes der Fahrerlaubnis darstellt. Zu aller erst ist die Ursache ein beobachtbares Verhalten:



Und bezüglich der Problematik ist es wiederum wichtig, deren Entstehung zu berücksichtigen. Im Fall der Teilnehmer von verkehrspsychologischen Rehabilitationen gilt daher:

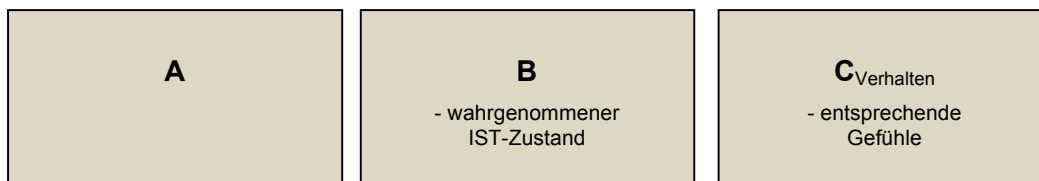


Nach dem Verständnis der REVT liegen die Ursachen für eine Verhaltensweise in den Bewertungen, die eine Person vornimmt. Es gilt die Regel: [**B**] bestimmt [**C**]. Eine dysfunktionale Bewertung muss also der Grund dafür sein, dass Menschen viel trinken. Einem laienhaften Verständnis („Weil ich viel getrunken habe, habe ich den Führerschein verloren“, oder: „Wegen der guten Stimmung und weil alle getrunken haben, ist das passiert.“) wird ein psychologisches Modell gegenüber gestellt, das weitergehende, in der Person selbst liegende Motive offenbaren kann. Die Grundüberlegung ist, Menschen bewegen sich selbstbestimmt durch das Leben. Sind in der Person selbst gelegene Ursachen für Fehlverhalten erkannt, kann genau an dieser Stelle angesetzt werden und die Person ist in die Lage versetzt, selbstbestimmt zu agieren. Geschieht das, macht sie das Richtige an der richtigen Stelle.

Im nächsten Schritt ist zu klären, weshalb Personen dysfunktionale Bewertungen vornehmen (in deren Folge es zu Fehlverhalten kommt). Es gibt hier zwei Ursachen:

- Vermeidung / Reduktion von Unangenehmem;
- Beibehaltung / Steigerung von Angenehmem.

An dieser Stelle wird eine weitere Komponente von [**C**] evident: Gefühle. Nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2005) ist die Ausgangssituation für Problemlöse-Aktivitäten die wahrgenommene Diskrepanz zwischen IST- und SOLL-Zustand. Ein von der Person wahrgenommener IST-Zustand beruht auf der individuellen Bewertung der jeweiligen Situation [**B**] und ist verbunden mit dazu gehörenden Gefühlen ($C_{\text{Gefühle}}$). Dabei sind sowohl positive, als auch negative Gefühle möglich:

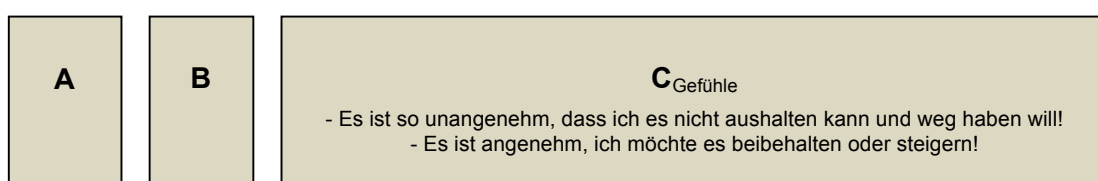


Die nunmehr vorhandenen Gefühle werden im nächsten Schritt bewertet. Wiederum ist die vorgenommene Bewertung individuell verschieden. Zu Clustern zusammengefügt ergeben sich daraus zwei Möglichkeiten:

1. Es ist so unangenehm, „dass ich es nicht aushalten kann und weg haben will!“
2. Es ist angenehm, „ich möchte es beibehalten oder steigern!“

Bezeichnet man diese Bewertungen als SOLL-Zustand, ergibt sich die oben beschriebene Diskrepanz, die eine Problemlöse-Aktivität auslöst. Zu beachten ist auch, dass dieser Mechanismus bereits durch Antizipation in Gang gesetzt werden kann, also nicht notwendigerweise real existierende aktivierende Ereignisse vorhanden sein müssen.

Die Problemlöse-Aktivität umfasst einerseits die Idee, was ich tun kann, um den SOLL-Zustand zu erreichen, aber auch die Wahl des Mittels, mit dessen Hilfe ich realiter gewünschten Zustand erreiche:



Somit ist die Konsequenz der dysfunktionalen Bewertungen eine für das Individuum günstige. Genau an dieser Stelle wird das Denkmodell der Verhaltensziele (Trinkkontrolle vs. Alkoholverzicht) problematisch bzw. stößt auf Grenzen. Verhaltensverschreibungen sind nur kurzfristig wirksam und zwar dann, wenn der Druck groß genug ist. Dieser Druck ist (aus der Sicht des Klienten) meist external verursacht. Das kann der Wunsch nach dem Wiedererlangen der Fahrerlaubnis sein, der Hinweis der Ehefrau oder des Anwaltes, drohender Verlust des Arbeitsplatzes, aber auch dezente Hinweise des Verkehrstherapeuten, nur auf diese Weise eine MPU bestehen zu können.

Wenn der individuellen Motivationsstruktur des Klienten nicht entsprochen wird, kann keine dauerhafte Änderung im Denken/Verhalten erfolgen. Solange für den Klienten eigene, dysfunktionale Bewertungen funktional Gefühle im gewünschten Sinn verändern, wird er dauerhaft „zwangsläufig“ entsprechende Mittel einsetzen und an seinem Verhalten festhalten.

Das Vorangegangene verdeutlicht, dass es drei Aspekte gibt, die die letztendliche Konsequenz des Viel-Trinkens begünstigt:

1. Individuelle Bewertungen einer an sich neutralen Ausgangssituation als Auslöser von bestimmten Gefühlszuständen.
2. Bewertung von Gefühlen als nicht aushaltbar oder ausbaubar.
3. Bewertung, Alkohol sei das Mittel der Wahl, erwünschte Gefühlszustände zu generieren.

Die genannten Aspekte sind nicht als vollständig zu verstehen. Für die vorliegende Modifikation der bisherigen Manuale CONTROL und REAL sind sie diejenigen, die in den Vordergrund gerückt werden müssen.

Um dem Fehlverhalten Viel-Trinken zu begegnen, ist es notwendig, Bewertungen zu modifizieren. Transferiert auf die Programmdurchführung von CONTROL und REAL bedeutet dies:

- Alle Klienten haben beschriebene Bewertungen praktiziert.
- Als Konsequenz der Bewertungen wurde Viel-Trinken betrieben.
- Als Folge des Viel-Trinkens wurde der Trink-Fahr-Konflikt zugunsten Fahren gelöst.
- Es kam zu einer/mehreren Trunkenheitsfahrten.
- Es kam zu Auffälligkeiten und Entzug der Fahrerlaubnis.

In der Rehabilitation COREA-B, für alkoholauffällige Kraftfahrer, sind notwendigerweise beschriebene Bewertungen zu bearbeiten. Mit der Bearbeitung werden sich die Konsequenzen auf der Verhaltensebene modifizieren. Somit steht nicht das Verhaltensziel im Fokus der Aufmerksamkeit, sondern die dysfunktionalen Bewertungen.

Da alle alkoholauffälligen Kraftfahrer die gleichen Mechanismen durchlaufen, sind auch alle Klienten in Programmen gut aufgehoben, die diese Problematik zentral angehen. Eine Trennung zwischen solchen Klienten, die Trinkkontrolle als Verhaltensziel haben und solche, die auf Alkohol verzichten müssen, ist damit nicht mehr haltbar. In der Rehabilitation werden aus den „Laienproblemen“ der Klienten psychologische Probleme generiert und diese dann auf psychologische Art und Weise gelöst. Die Programme BASIS-A, CONTROL und REAL sind mit der Methodik der REVT auf diese Ziele ausgerichtet und bieten von daher für alle Klienten die Möglichkeit, tiefgreifende und stabile Änderungen zu etablieren.

Oben beschrieben wurde eine Äquivalenz aller Klienten. Dabei wurde ein strikt psychologischer Standpunkt eingenommen. Aus dieser Sicht ist es kein Problem, alle alkoholauffälligen Kraftfahrer in einer Rehabilitation zusammenzubringen.

Neben der psychologischen Komponente muss allerdings auch der alkoholspezifische Faktor, oder auch Missbrauchsfaktor, berücksichtigt werden. De facto gibt es hinsichtlich der Alkoholproblematik (verstanden als die Stärke des Alkoholmissbrauchs) gravierende Unterschiede:

- Alkoholmissbrauch mit der Möglichkeit, Trinkkontrolle wieder zu erlangen;
- Abstinenzbedürftiger Alkoholmissbrauch.

Erstere Gruppe (CONTROL-Klienten) hat ein psychologisches Problem, das gelöst werden muss (s.o.). Zusätzlich brauchen sie Informationen über Alkoholauf- und -abbau sowie (neben den entsprechenden modifizierten Bewertungen) Instrumente, kontrolliertes Trinken in vivo durchzuführen.

Abstinenzbedürftige Alkoholmissbräucher haben neben dem psychologischen Problem ein zweites, tiefgreifendes Problem entwickelt, nämlich ein Problem im Umgang mit Alkohol, dass auf Dauer kein kontrolliertes Trinken zulässt. Es ist diesen Klienten durchaus möglich, (phasenweise) bei singulären Anlässen kontrolliert zu trinken. Auf Dauer aber wird es immer wieder zu Kontrollverlusten kommen. Diese Personen haben nicht den Alkohol im Griff, sondern der Alkohol hat sie im Griff, ohne dass zwingend eine Suchtproblematik besteht. Ziel einer Rehabilitation ist es, diese Doppel-Problematik einsehbar/bewusst zu machen. Im Fall von REAL-Klienten ist das zweite

Ziel das Erreichen eines zufriedenen Alkoholverzichts sowie Instrumente, den Alkoholverzicht jederzeit und an allen Orten beizubehalten.

Oben genannte Unterschiede sind bei der Durchführung der Rehabilitationsprogramme zu beachten, da ansonsten wichtige Teile der Problembearbeitung verloren gehen.

2.2.5.1. Umsetzung der Module BASIS-A, CONTROL und REAL

In den vorangegangenen Unterkapiteln wurden im Wesentlichen die Gründe dargestellt, die für eine Modifikation der Programme CONTROL und REAL sprachen. Nachfolgend wird die praktische Umsetzung der neuen Rehabilitationsprogramme BASIS-A, CONTROL und REAL erläutert.

Die Ziele für die Gesamtrehabilitation sind zweigeteilt:

1. Angemessene und valide Diagnostik in Zusammenarbeit mit dem Klienten im Modul BASIS-A mit dem Ergebnis, die indizierte Rehabilitation zu durchlaufen.
2. Bearbeitung der für den Klienten relevanten Themen in den Modulen REAL und CONTROL.

Wie bereits an anderer Stelle berichtet, sollen in den Rehabilitationen zweierlei Ziele erreicht werden:

1. Einsicht in das psychologische Problem und Modifikation der dysfunktionalen Bewertungen.
2. Darauf aufbauende konkrete Verhaltensmodifikationen, die abhängig sind von der Tiefe der Missbrauchsproblematik. Gemeint sind hiermit die Verhaltensziele *Kontrolliertes Trinken* oder *Alkoholverzicht*.

Die zweite Frage bleibt im vorliegenden Ergänzungsmanual eher im Hintergrund. Sie ist Gegenstand der grundlegenden Arbeit jedes Verkehrstherapeuten und wird bei entsprechenden Veranstaltungen (Supervision, Regionaltreffen, Jahrestreffen) detailliert behandelt. Darüber hinaus beschäftigen sich auch die weiterhin gültigen Manuale REAL und CONTROL mit Strategien/Techniken/Interventionsmöglichkeiten, wie die Verhaltensziele erreicht werden können.

2.2.5.1.1. Das Modul BASIS-A

Das neue Programmmodul BASIS-A besteht aus vier Teilen:

1. Einzelsitzung I
2. Gruppensitzung I
3. Gruppensitzung II
4. Einzelsitzung II

Wie bereits oben beschrieben, soll am Ende des Moduls BASIS-A eine sichere diagnostische Einschätzung bzgl. der Problemtiefe vorliegen.

Im Vergleich zur bisherigen Zielfindungs- und Motivations-Phase ist der erste Vorteil darin zu sehen, dass eine längere Zeit zum Sammeln von Argumenten besteht, um valide entscheiden zu können, welches Rehabilitationsprogramm für den Klienten geeignet ist. Hinzu kommt eine sogenannte *Live-Beobachtung* in Gruppensituationen. Kann der Klient in Einzelgesprächen ein *Image* von sich aufbauen und daran festhalten, ergibt sich in den Gruppensitzungen die Möglichkeit, mehr „Realitätsnähe“ herzustellen, d.h. durch „normale“ Diskussionen, mit „normalen“ Menschen, die ähnliche Hintergründe aufweisen, werden eher „normale“ Meinungen geäußert.

Ebenfalls günstig ist, „Kollegen bzw. Leidensgenossen“ in den Gruppensitzungen zu sehen. Oftmals berichten Klienten von der Erfahrung, nach den ersten Gruppensitzungen, erleichtert gewesen zu sein, „weil auch andere den gleichen Mist gemacht haben“, oder sie merken, dass „ich nicht der Einzige bin“. Diese Erfahrung bietet die Möglichkeit, sich zu öffnen, sich selbst aus einer geänderten Perspektive zu sehen, Problembewusstsein aufzubauen.

Das Splitten in zwei Einzelsitzungen mit einem Abstand von circa einem Monat bringt darüber hinaus für den Klienten eine längere Phase der Beschäftigung mit dem Thema Alkohol und vermehrte Bereitschaft zu Einsichten/Erkenntnissen und eine tiefgreifende Fundierung der Entscheidung für das eine oder das andere Rehabilitationsmodul.

Im Folgenden werden die vier Bestandteile von BASIS-A näher betrachtet und beschrieben:

ad Einzelsitzung I:

Nachdem im Infogespräch alle notwendigen formalen Dinge über den Ablauf des Programms geklärt wurden, ist in der Regel auch eine Bindung (Arbeitsbeziehung) zum Klienten aufgebaut worden sowie erste Widerstände/Hindernisse/Zweifel aus dem Weg geräumt.

Einzelsitzung I stellt eine erste Näherung an inhaltliche Ziele dar. Dabei müssen die Ziele des Verkehrstherapeuten und die Bedürfnisse des Teilnehmers berücksichtigt werden. Der Klient soll möglichst angstfrei und authentisch über sich reden. Er soll Vertrauen zum Verkehrstherapeuten fassen und den Eindruck gewinnen, an der richtigen Stelle zu sein. Der Verhaltenstherapeut sollte schon hier erste Ziele des Klienten eruieren und einen Eindruck der Motivlage für die Auffälligkeit und die Problemtiefe gewinnen. Und er sollte Angebote auf der Beziehungsebene machen bzw. die Beziehung vertiefen.

Inhaltlich sollte in der Einzelsitzung I der Tattag/die Tattage im Vordergrund stehen. Diese Geschehnisse sind meist noch gut im Gedächtnis und können am leichtesten wiedergegeben werden. Der Verkehrstherapeut hört diese Geschichte mit dem „dritten Ohr“ (psychologische und emotionale Inhalte hören) und fragt an psychologisch wichtigen Stellen nach (ohne therapeutisch tätig zu werden). Das kann ein emotionaler Inhalt sein, aber auch ein Unverständnis des Klienten („Weiß nicht, wieso das passieren konnte.“). In dieser Weise wird ein emotionaler Kontakt hergestellt/vertieft, andererseits aber auch der Weg bereitet für die psychologische Betrachtungsweise, die in der Rehabilitation fokussiert wird. Der Klient erlebt, welche Inhalte/Denkrichtungen in der Rehabilitation relevant sind.

Eine weitere Möglichkeit stellt die Exploration der Trinkgewohnheiten dar, um Motive und Bewertungen zu entdecken. Aber auch Beschreibungen dessen, was heute alles anders ist und dass „es mir nie wieder passieren wird“, sind Ansatzpunkte um Bewertungen zu erarbeiten. Beschreibt der Klient, was heute alles anders ist, liegen darin geänderte Bewertungen vor, die auf Vollständigkeit und Ergänzung prüfbar sind. Im ungünstigsten Fall sind es lediglich Verhaltensänderungen, die als solche zu erkennen sind und durch Änderungen der Bewertungen ergänzt werden müssen. Auf alle Fälle ist es Material, mit dem es möglich ist, diagnostische Aufschlüsse zu erhalten und Aufgaben für die Rehabilitation zu erarbeiten.

Unter Umständen ist es dem Verkehrstherapeuten bereits möglich, schon nach der Schilderung des Tathergangs ein A-B-C-Schema aufzubauen. Dieses sollte zunächst den Charakter einer Arbeitshypothese für ihn selber haben, d.h. eine Rückmeldung an den Klienten sollte nicht erfolgen.

Anschließend werden Ziele für die weiteren Sitzungen von BASIS-A aufgestellt. Dabei sollte die Erwartung nicht zu hoch gehängt werden. Allgemeine Aussagen wie: „Ich will erst einmal schauen“ oder: „Schauen, welches Programm für mich infrage kommt“, sind wieder als Bahnung zu verstehen, sich weiter mit dem Thema der Rehabilitation zu beschäftigen. Der Verkehrstherapeut achtet zudem darauf, dass erste Ziele für BASIS-A erarbeitet werden, ohne dabei Ziele zu erheben, die erst im späteren Verlauf

der Rehabilitation bearbeitet werden wie: „Wie errechne ich die Blutalkoholkonzentration? / Wie verhalte ich mich in der MPU? / Warum habe ich an dem Tag so viel getrunken?“

Daneben wird im Modul BASIS-A die Meinung des Klienten hinsichtlich seines zukünftigen Trinkverhaltens erfragt. Diese Meinung wird zur Kenntnis genommen, aber noch nicht diskutiert.

Ist von Anfang an klar, welches Programm besucht werden wird (dies ist vornehmlich bei REAL der Fall, sollten trotzdem Ziele für BASIS-A vereinbart werden.

ad Gruppensitzung I:

Einen wesentlichen Ansatzpunkt in der Gruppe stellt das Modelllernen dar (Bandura, 1971). Dadurch ist es möglich, stellvertretend einen Klienten, mit ähnlicher Symptomatik, in der Sitzung zu explorieren. Dabei ist es wichtig, dass der Verkehrstherapeut die Informationen von Einzelsitzung I gewahrt hat, um angemessene Klienten auszuwählen.

Diesem Aufforderungscharakter kann sich der betreffende Klient nur sehr schwer entziehen. Dadurch wird es in zweierlei Hinsicht zu einem Ergebnis kommen. Einmal wird der neue Klient auf eine Problematik aufmerksam und beschäftigt sich damit. Zum anderen wird er eine Beziehung zwischen dem Gesagten und der eigenen Geschichte herstellen.

Anschließend wird der neue Klient direkt angesprochen. Es werden Fragen aufgeworfen, die zum Nachdenken anregen wie: „Kann ich meine Hand dafür ins Feuer legen, dass ich nie wieder unkontrolliert trinke? / Wie häufig kam es zu unkontrolliertem Trinken in der Vergangenheit? / Was bewirkt bei mir unkontrolliertes Trinken? / Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, in Zukunft kontrolliert mit Alkohol umzugehen?“ In Aussicht gestellt werden Antworten auf diese Fragen, damit der Klient eine Orientierung/einen Haltepunkt hat und sich sicher fühlt. Ansonsten kann es passieren, dass er verunsichert „dicht macht“, sozusagen in „Widerstände“ geht.

Für den Verkehrstherapeuten ist es wichtig, die Äußerungen des Klienten unter diagnostischen Gesichtspunkten zu betrachten. Dazu sind die Antworten einmal zu sehen als eigenständige Meinungen des Klienten. Sie sind jedoch auch durch den Verkehrstherapeuten zu bewerten und einzuschätzen.

Neben dem Modelllernen stehen dem Verkehrstherapeuten weitere Interventionen zur Verfügung wie: Diskussionen über Trinkkontrolle, Eruiierung früherer Trinkmengen, eigene Ressourcen zum Erreichen von Zielen, d.h. in der Sitzung ist das Expertenwissen des Verkehrstherapeuten von Bedeutung, damit dem anvisiertem Ziel nähergekommen wird.

ad Gruppensitzung II

Wiederum wird die Sitzung zu einem Teil der neuen Klienten gewidmet, um weitergehende Informationen zu gewinnen. Günstig ist es, die in der ersten Einzelsitzung vereinbarten Ziele – falls sie inhaltlich mit der Trinkproblematik befasst sind –, zu aktivieren. Ist das nicht der Fall, wird die Entscheidung *Trinkkontrolle* oder *Alkoholverzicht* besprochen. Hier sollte der Verkehrstherapeut sich Zurückhaltung auferlegen und eher als Moderator agieren. Der Klient begründet seine Entscheidung und nennt Ressourcen, die ihm helfen, sich in Zukunft wirklich daran zu halten. Die übrigen Klienten im Plenum fragen nach, tun eigene Meinungen kund, äußern Zweifel in Frageform oder geben persönliche Statements ab. Der Verkehrstherapeut sollte die Diskussion wertfrei leiten, egomanische Ausflüge Einzelner bremsen und Themenzentriertheit gewährleisten.

Auch bei sprachlichen oder intellektuellen Beschränkungen einzelner Klienten sollte der Verkehrstherapeut das Curriculum der Gruppensitzung II durchführen:

- Um die Argumente des Klienten kennen zu lernen;
- damit der Klient „sich bekennt“;
- um Rückmeldungen Gleichgesinnter zu erfahren;
- um die eigene Entscheidung noch einmal durchdenken zu können.

Zum Abschluss geben die „erfahrenen“ Klienten Rückmeldung, ob sie die Entscheidung für *Trinkkontrolle* oder *Alkoholverzicht*, im konkreten Einzelfall, für günstig erachten oder nicht.

ad Einzelsitzung II

Die zweite Einzelsitzung dient dazu, eine Entscheidung zu treffen, welches weitere Programmmodul der Klient durchlaufen soll. Zunächst wird der Klient gebeten, eine Rückmeldung zu geben, wie die bisherigen Sitzungen bei ihm angekommen sind und welche Entscheidung er für sich getroffen hat. Der Verkehrstherapeut ist sich dabei des Problems bewusst, dass sich der Klient durch dieses Vorgehen oftmals gezwungen sieht, seine Position gegen alle anderen Meinungen zu verteidigen. Andererseits ist es im therapeutischen Sinn wünschenswert, die Entscheidung des Klienten zu hören und wertzuschätzen. Aus dieser Problematik heraus sollte jeder Verkehrstherapeut für sich die für ihn gangbarste Variante auswählen, um Authentizität zu bewahren.

Es folgt die Einschätzung des Verkehrstherapeuten und die Begründung, warum er das eine oder das andere Modul empfiehlt.

Stimmen die Meinungen überein, werden weiterführende Ziele besprochen, die in den folgenden Sitzungen angegangen werden können. Hier äußern beide Interaktionspartner ihre Meinungen, entweder als eine Art Brainstorming oder anhand der in den vorangegangenen Sitzungen gefundenen Fragen und gewonnenen Eindrücken.

Sind die Meinungen unterschiedlich, wird in eine Diskussion eingetreten, in der beide Parteien ihre Meinungen vertreten. Der Verkehrstherapeut bringt an dieser Stelle seine Expertise aktiv zum Einsatz. Er rekurriert einmal auf Situationen in den Gruppensitzungen (Widersprüche und dysfunktionale Bewertungen des Klienten), stellt wissenschaftliche Erkenntnisse vor (Rückfallwahrscheinlichkeiten bei Mehrfachauffälligen; hohe Promillewerte und Schwere der Problematik; Folgen von dysfunktionalen Bewertungen; externale Attribuierung etc.) und macht die psychologische Sichtweise deutlich. Die psychologische Sichtweise ist eine andere als die Alltagswahrnehmung. Hier werden Faktoren wie Automatismen, Grundannahmen, Vorbewusstes oder Unbewusstes angeführt, um dem Klienten zu verdeutlichen, dass es eine „Wahrheit hinter der Wahrheit“ gibt. Deutlich werden sollte die Orientierung an den Zielen des Klienten wie:

- Bestehen der MPU;
- Behalt der Fahrerlaubnis nach bestandener MPU;
- Problemlösung;
- Stabilisierung, falls ein Problem bereits angegangen wurde;
- langfristige Zufriedenheit.

Welche dieser – oder auch andere, an dieser Stelle nicht erwähnte –, Argumente den Ausschlag geben, kann hier nicht vorweggenommen werden. Sicher ist jedoch, dass eine Entscheidung erzielt wird.

2.2.5.1.2. Die Module CONTROL und REAL

Durch das Zusammenfassen von CONTROL und REAL kann auch innerhalb eines Rehabilitationsprogramms gewechselt werden. Es besteht somit 14-tägig die Gelegenheit, Festlegungen zu überprüfen und ggf. zu verändern.

Das verkehrspsychologische Programm CONTROL wurde für diejenigen Klienten entwickelt, bei denen - unter Gesichtspunkten der Fahreignung -, eine Missbrauchsdiagnose zu stellen ist und für die unter fachlichen Maßgaben ein kontrollierter Umgang mit Alkohol als noch erlern- und stabilisierbar angesehen wird. Diese

Zielgruppe entspricht der Klientel, die der sog. Hypothese 3 der Beurteilungskriterien zuzuordnen ist (Schubert & Mattern, 2005).

Das generelle Ziel von CONTROL besteht darin, diejenigen Einstellungen und Verhaltensweisen angemessen zu beeinflussen, die in der Vergangenheit für das Zustandekommen der Alkoholauffälligkeit bzw. für den inadäquaten Umgang mit Alkohol verantwortlich waren. Im Rahmen einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte, die dieses problematische Trinkverhalten zur Folge hatte, soll der zukünftige Umgang mit Alkohol derart strukturiert und kontrollierbar gemacht werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auffallens im Straßenverkehr als vertretbar gering einzustufen ist.

Eine ausführliche Darstellung der Programmdurchführung findet der Leser im Handbuch des Programmmoduls CONTROL (s. Impuls GmbH, 1998a).

Das Rehabilitationsprogramm REAL ist eine verkehrspsychologische Intensiv-rehabilitation für alkoholauffällige Fahrer, bei denen aus fachlichen Erwägungen heraus eine *Trinkkontrolle* – im Sinne eines gemäßigten, weiterhin betriebenen Alkoholkonsums –, auf Dauer als nicht einhaltbar angesehen wird. Die Teilnehmer an diesem Rehabilitationsprogramm nehmen analog zu CONTROL nach einem kostenlosen Vorgespräch zunächst vor dem Gruppenprogramm an dem Programmmodul BASIS-A in Form von Einzel- und Gruppensitzungen teil.

Das Programm REAL ist ein verkehrspsychologisches Angebot für gravierendere Ausprägungsgrade innerhalb der fahreignungsbezogenen Kategorie des Alkoholmissbrauchs. Hier ist i.d.R. nicht nur eine intensivere Problembearbeitung gefordert, sondern gleichzeitig ist das Rehabilitationsziel einer „Trinkkontrolle“ perspektivisch als unrealistisch zu bewerten (vgl. Hypothese 2 der Beurteilungskriterien, Schubert & Mattern, 2005).

Einerseits ist die Alkoholproblematik in den derzeit praktizierten Kursen zur Wiederherstellung der Fahreignung gemäß § 70 FeV nicht ausreichend behandelbar, *weil Alkoholverzicht zu fordern ist*, andererseits ist die Alkoholproblematik aber noch nicht zwingend einer Therapie oder stationären Behandlung bedürftig, d.h. für die Klienten von REAL ist grundsätzlich Alkoholverzicht als zu stabilisierendes Verhaltensziel angezeigt, das durch dieses spezielle Rehabilitationsprogramm in den Mittelpunkt der Auseinandersetzungsprozesse gestellt wird. Außerdem zeigt sich bei diesen Klienten eine gesteigerte Alkoholtoleranz, verbunden mit verminderter Steuerungsfähigkeit. Die Teilnahmedauer entspricht den besonderen Klärungs- und Bewältigungsanforderungen an diese Klientel, so wie sie von den *Begutachtungsstellen für Fahreignung* (BfF) erwartet werden.

Eine ausführliche Darstellung der Programmdurchführung findet der Leser im Handbuch des Programmmoduls REAL (s. Impuls GmbH, 1998b).

2.4. Rahmenbedingungen

2.4.1. Qualitätssicherung

Träger verkehrspsychologisch orientierter Programme zur Rehabilitation alkoholauffälliger Fahrer sollten folgende Qualitätsanforderungen erfüllen (Veltgens, 2002):

- a) Die Programminhalte orientieren sich an einem wissenschaftlich begründeten, verkehrspsychologischen Behandlungskonzept.
- b) Es existiert ein dokumentiertes System der Qualitätssicherung bzgl. Aus- und Weiterbildung sowie Supervision der Verkehrspsychologen.
- c) Die „Wirksamkeit“ der verkehrspsychologischen Programme wird überprüft (Evaluation).

Die Programminhalte der Module BASIS-A, CONTROL und REAL wurden unter den folgenden Zielparametern entwickelt:

- Verkehrspsychologische Interventionen müssen durch ein effektstarkes psychotherapeutisches Verfahren begründet werden.
- Verkehrspsychologische Interventionen müssen sich an fahreignungsdiagnostischen Beurteilungshypothesen, -kriterien- und -indikatoren orientieren.
- Die Zielgruppen müssen spezifiziert sein.
- Innerhalb der Klasse des Alkoholmissbrauchs sind unterschiedliche Interventionsangebote für verzichtpflichtige und trinkkontrolllernfähige Klienten notwendig.
- Verkehrspsychologische Interventionen müssen der besonderen motivationalen Ausgangslage der Klienten Rechnung tragen.
- Es müssen eindeutige Regeln der Indikation/Kontraindikation Berücksichtigung finden.

Die Rehabilitationsprogramme werden in der Regel von Diplom-Psychologen durchgeführt. Zu einem geringen Anteil werden Therapeuten mit einem anderen gleichwertigen Studienabschluss akzeptiert. Ergänzend sollten grundsätzlich therapeutische Zusatzausbildungen und Erfahrungen mit der spezifischen Klientel vorliegen. Ist Letzteres nicht vollständig erfüllt, werden zur Kompensation

bedarfsgerechte, intensivierete Einweisungsergänzungen, in den nachfolgend dargestellten Bereichen der obligatorischen Grundeinweisung, durchgeführt.

Die Qualifikation der Verkehrspsychologen wird durch spezifische Weiterbildungsangebote des Trägers und zwar mit externen und internen Referenten, kontinuierlich erweitert. Der Qualitätsstandard wird durch regelmäßige Fachsupervision gesichert. Diese erfolgt im Rahmen des vom Träger festgelegten Supervisionskonzeptes (Festlegung von Supervisoren, Supervisionsinstrumenten und Supervisionsrhythmen). Neben der Sicherstellung, dass das Rehabilitationsmodell in seinen definierten Zielsetzungen auch durch den Einzelnen realisiert wird, sollen im Rahmen der *kollegialen Supervision* vor allem individuelle, aktuelle Problemlagen definiert und aufgelöst werden.

Durch ein Qualitätssicherungssystem ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Arbeit der Verkehrstherapeuten die kontinuierliche Einhaltung der Qualitätsstandards und der Modelltreue erfüllt.

Zentrales Ziel ist die konstante Zufriedenheit der Auftraggeber der Impuls GmbH (Klienten, Führerscheinstellen). Um dieses Ziel zu gewährleisten ist ein Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH) erstellt, das, zusammen mit spezifischen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Kompetenzen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Systemabläufe regelt.

2.4.2. Programmpflege und Evaluation

Auf eine Modifikation der Rehabilitationsdurchführung, die aufgrund von wirtschaftlichen oder fachlichen Änderungen notwendig werden, werden die Verkehrstherapeuten umgehend durch den fachlichen Leiter für verkehrspsychologische Rehabilitationen hingewiesen; das Rehabilitationsprogramm wird in diesen Fällen zeitnah ergänzt. Der Beauftragte des Qualitätsmanagements und der fachliche Leiter für verkehrspsychologische Rehabilitationsprogramme der Impuls GmbH sprechen mit den jeweiligen Autoren der Rehabilitationskonzepte notwendige Änderungen des Programms ab und überprüfen die vorgenommenen Änderungen und deren Umsetzung.

Die Überprüfung der Wirksamkeit (Evaluation) der Rehabilitation COREA-B wurde nach einem, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden, Bewertungsverfahren durchgeführt. Während der Laufzeit der Evaluation fanden keine weiteren Veränderungen statt, die das Evaluationskonzept hätten infrage stellen können.

3. Theoretischer Hintergrund der Alkoholproblematik

Dieses Kapitel befasst sich mit den theoretischen Grundlagen der Alkoholproblematik, zum einen in Bezug auf psychologische Komponenten wie Problemeinstieg, Bedingungsfaktoren der Störungsentwicklung, zum anderen mit den therapeutischen Implikationen, die sich aus der Theorie ergeben. Dieses ist für das Verständnis des Evaluationsdesigns und die Ableitung der Forschungshypothesen notwendig. Das Kapitel zeigt weiterhin auf, dass die zentralen Ansatzpunkte in der Rehabilitation COREA-B, mit den Programmen BASIS-A, CONTROL und REAL, verortet sind. Sie können somit auch gemessen werden.

3.1. Psychologische Komponenten eines Alkoholproblems

In der Klinischen Psychologie geht man davon aus, dass es notwendig ist, eine Theorie über das psychische „Funktionieren“ einer Störung, also eine Störungstheorie zur Verfügung zu haben, aus der gezielt und theoretisch begründet Therapiemaßnahmen und therapeutische Strategien abgeleitet werden können (Sachse, 1998a, 1998b, 1999). Nur wenn bekannt ist, welche psychologischen Prozesse bei einer Störung eine zentrale Rolle spielen und wie diese psychologischen Faktoren miteinander interagieren, kann man therapeutische Ansatzpunkte und Strategien ableiten. Dieses gilt ebenfalls für die Messung der Wirksamkeit verkehrspsychologischer Interventionen.

Die im Folgenden dargestellte Störungstheorie geht von unterschiedlichen Komponenten des Alkoholproblems aus. Sie nimmt an, dass es verschiedene „Einstiege“ in die Problematik gibt, um unter Zuhilfenahme des Alkohols gezielt die Konfrontation mit unangenehmen Problemaspekten zu vermeiden.

Die Theorie nimmt darüber hinaus an, dass Einstiegsfaktoren allein (z.B. die Intention, Problem-Konfrontation zu vermeiden) zur Entwicklung einer Suchtproblematik nicht ausreichen: Es müssen weitere psychologische Faktoren hinzukommen, die eine Fixierung der Person auf den Alkohol ermöglichen. Zum Beispiel kommt Alkohol als „Problembewältigungsmaßnahme“ dann in Betracht, wenn der Person alternative Problembewältigungs-Strategien fehlen (vgl. Lindenmeyer, 1998, 1999).

Außerdem wird angenommen, dass sowohl psychologische Prozesse (wie ein „Teufelskreis“) als auch physiologische Mechanismen zu der Alkoholproblematik im engeren Sinne, d.h. zu der Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik führen (vgl. Arend, 1994; Antons & Schulz, 1990). Dabei ist zu beachten, dass die Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik Folgen nach sich zieht, die ebenfalls therapeutisch

berücksichtigt werden müssen, wie z.B. soziale Folgen (z.B. Trennung des Partners, soziale Isolation), berufliche Folgen (z.B. Entlassung), gesundheitliche Folgen (z.B. Schädigung der Leber) (vgl. Lindemeyer, 1998, 1999).

Darüber hinaus wird davon ausgegangen - und das ist von sehr großer therapeutischer Bedeutung -, dass die jeweilige Suchtproblematik einer Person nicht allein durch sein Trinkverhalten, die sozialen, beruflichen oder gesundheitlichen Folgen usw. bestimmt werden kann, sondern dass die die Problementwicklung ursprünglich determinierenden Faktoren auch weiterhin wesentlicher Bestandteil der jeweiligen Alkoholproblematik sind. Auf diese Aspekte wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

3.1.1. Problem-Einstieg

Psychologisch kann man davon ausgehen, dass die konsumatorischen Faktoren von Alkohol nicht ausreichen, um ein Suchtproblem zu initiieren. Andernfalls wäre jeder Alkohol-Konsument süchtig. Weder der Geschmack von Alkohol allein macht süchtig, noch seine sedierende, seine enthemmende oder seine anderen Wirkungen (vgl. Antons & Schulz, 1990). Damit sich eine Suchtproblematik entwickeln kann, muss eine „psychologische Funktionalität“ hinzukommen: Alkohol wird konsumiert, um damit etwas Bestimmtes zu erreichen, was psychologisch bedeutsam ist und was die Person (vermeintlicher oder realistischer Weise) nicht auf andere Art erreichen kann. Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um einen zentralen Einstiegsfaktor handelt. Das psychologisch mit Hilfe von Alkohol zu Erreichende kann unterschiedlicher Art sein, z. B.:

- erzeugt Alkohol einen Zustand von Gelassenheit, innerer Ruhe o. ä., den die Person, z.B. aufgrund (massiver) psychischer Probleme und Belastungen nicht auf andere Weise herstellen kann;
- macht Alkohol einen andauernden Zustand von Frustration, des Erlebens eigenen Scheiterns, eigener Erfolglosigkeit erträglich: Ängste werden gedämpft, Grübelgedanken werden vermindert, Selbstvorwürfe abgemildert u. ä.;
- wird Alkohol benutzt, um massive, akute oder chronische Krisen, Belastungen, Überforderungen, Probleme „abzuschalten“: Mit Hilfe von Alkohol kann das Problem zwar nicht gelöst werden, eine Konfrontation damit kann aber sehr wirksam vermieden werden.

Wir gehen davon aus, dass vor allem die extreme Vermeidung von Problemkonfrontationen, die Personen mit Alkoholproblemen aufweisen, das Alkoholproblem konserviert. Aus psychologischer Sicht ist Alkoholkonsum bei akuten Problemen,

Ängsten, usw. ein Vermeidungs- und kein (funktionales) Problemlösungsverhalten (Wieser, 1972). Anstatt sich dem Problem zu stellen und sich um eine Lösung zu bemühen, wird das Problem „abgeschaltet“ und damit eigene Lösungsanstrengungen vermieden.

Eine Person, die bereits Alkoholkonsum als Bewältigungs-Strategie gewählt hat, um mit ihren Ausgangsproblemen umzugehen, wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die gleiche Strategie wählen, um mit den sich verschlimmernden Problemen umzugehen.

3.1.2. Bedingungsfaktoren der Störungsentwicklung

Alkoholkonsum zur „Problemabschaltung“ allein reicht aber nicht aus, um die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Alkoholproblems psychologisch zu erklären. Es ist theoretisch keineswegs zwangsläufig, dass eine Person überhaupt belastende Probleme durch Alkohol „abschaltet“. Ob sie diese Lösung wählt, hängt von einer Reihe weiterer psychologischer Faktoren ab, wie z.B. vom Ausmaß der Bewältigungsfähigkeiten, die ihr in einer Krise zur Verfügung stehen. Wer sehr gute Fähigkeiten hat, mit Belastungen umzugehen, hat kaum Veranlassung, Belastungen durch Alkohol „abzuschalten“. Wer jedoch über keinerlei Bewältigungsfähigkeiten verfügt, kann Alkohol angemessen finden, weil es das einzige Mittel ist, das hilft. Diese „Strategie“ muss also auf bestimmte Voraussetzungen bei einer Person treffen, damit ein Alkoholproblem entsteht.

Einige besonders relevante psychologische Faktoren sollen im Folgenden benannt und in den nächsten Abschnitten erläutert werden: Selbstakzeptierung und Selbstwirksamkeitserwartung, Stressmanagement-Fähigkeiten, Kontrollüberzeugungen, Handlungs-Lage-Orientierung, Selbstakzeptierung, das Konstrukt der Alexithymie, Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten und psychoedukative Verfahren (Einstellungsänderung in Verbindung mit Wissenszuwachs). Diese sind insofern von großer Bedeutung, da sie Ansatzpunkte der therapeutischen Intervention darstellen, die für die Rehabilitation COREA-B gewählt wurden. Der Nachweis der Wirksamkeit dieser Interventionen ist ein zentrales Forschungsanliegen der vorliegenden Evaluation.

3.1.2.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Die allgemeine optimistische Selbstüberzeugung bzw. Selbstwirksamkeitserwartung einer Person bedeutet, dass sie intrinsisch darauf vertraut, eine

schwierige Lage meistern zu können, wobei der Erfolg der Aktion der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Diese psychologischen Komponenten basieren auf dem Selbstwirksamkeitskonzept (perceived self-efficacy), das Bandura 1977 formulierte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997) ausmacht. Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch), sondern auch deduktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein) statt (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Personen, die nur in einem geringen Ausmaß davon überzeugt sind, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können, erleben dies als Mangelzustand, im Sinne eines Kompetenzdefizites, der von negativen Gefühlen (Angst, Depression) begleitet werden kann oder zu aversiven Affekten führt, die mit Impulskontrollverlust, Alienation etc. einhergehen können. Betroffene versuchen solche aversiven Zustände häufig durch den Konsum von Drogen oder Alkohol zu regulieren. Dabei wird diese Art und Weise negativen Affekt zu kompensieren bzw. negative Gefühle „wegzumachen“ von der Person, nicht selten, als kompetentes Verhalten (schön-) gerechnet.

3.1.2.2. Stressmanagement-Fähigkeiten

Stressmanagement-Fähigkeiten sind psychologische Verarbeitungs- oder Handlungskompetenzen, mit deren Hilfe eine Person gut mit Belastungen umgehen kann, sowohl mit Alltagsbelastungen, als auch mit ungewöhnlichen Belastungsereignissen (Chaney, 1989; Hall et al., 1991; Marlatt, 1985; Monti et al., 1988, 1990; Rist et al., 1989). Hohe Fähigkeiten mit Belastungen umzugehen implizieren Fähigkeiten zum Entkatastrophisieren, Herunterspielen, sich Entspannen, Erholen und Abgrenzen können, sowie ein gutes soziales Netzwerk. Niedrige Fähigkeiten implizieren Katastrophisierungen, Hochspielen von Bedrohungen, mangelnde Abgrenzungs-, Entspannungs- und Erholungsunfähigkeit sowie fehlende soziale Unterstützung.

Theoretisch ist eine Person, die nur über geringe Fähigkeiten der Stressbewältigung oder dysfunktionale Strategien verfügt, deutlich „anfälliger“ für Alkohol als Problembewältigungsmaßnahme als eine Person, die hohe Fertigkeiten aufweist, mit Belastungen umzugehen.

Stengel (2003) führt aus, dass ein Zusammenhang zwischen dysfunktionalen Stressverarbeitungsstrategien und Alkoholabhängigkeit dahingehend bestehe, dass erlebte Stressbelastung, Verfügbarkeit von dysfunktionalen Copingstrategien und die

Erwartung an den Alkohol als Problemlöser, das Ausmaß der Alkoholabhängigkeit bestimmen. In seiner Untersuchung fand er, dass Alkoholiker im Vergleich zu gesunden Probanden zu Beginn der Behandlung signifikant höhere Werte in dysfunktionalen Stressbewältigungsstrategien und niedrigere Werte in funktionalen Strategien aufwiesen. Durch die Therapie konnten die funktionalen Stressverarbeitungs-kompetenzen durchweg verbessert werden.

Während sich Therapieabbrecher und regulär entlassene Patienten hinsichtlich ihrer Stressbewältigungsstrategien nicht unterschieden, d.h. sich anhand der Stressverarbeitung keine Vorhersage über die Beendigung einer Behandlungsmaßnahme treffen lässt (Caspari und Kyprianou, 1997), fand Slusarek (1993), dass Rückfälle aus der Abstinenz mit negativen Stressverarbeitungsstrategien (Resignation, Selbstmitleid und Selbstbeschuldigung) in Verbindung stehen, während nicht-rückfällige Abstinenzler rückfallgefährdenden Situationen mit positiven Copingstrategien wie Herunterspielen, Reaktionskontrolle und positiver Selbstinstruktion begegneten.

3.1.2.3. Handlungs-Lage-Orientierung

Das Konzept der Handlungs-Lage-Orientierung wurde von Kuhl (1994) entwickelt. Handlungs-Orientierung umschreibt einen Verarbeitungsmodus, bei dem Personen Informationen gezielt nutzen, Entscheidungen treffen, gezielt handeln, sich wenig ablenken lassen und auf Misserfolge mit vermehrter Anstrengung reagieren. Handlungs-Orientierung impliziert die Fähigkeit, Handlungen trotz Misserfolg weiterzuführen und nicht lange über Misserfolge oder Ursachen der Misserfolge zu grübeln. Sie beinhaltet das Nachdenken über Problemlösungen und die Möglichkeit, aktiv zu handeln, um möglichst schnell neue Versuche zu starten.

Lage-Orientierung umschreibt einen Modus, bei dem Personen lange grübeln, Informationen ungerichtet sammeln, sich nur schwer entscheiden können, wenig zielgerichtet handeln und auf Misserfolg mit Resignation reagieren (vgl. Kuhl, 1987a, 1987b, 1999). Lage-Orientierung impliziert Aufgeben und Paralyse nach Misserfolg, langes Grübeln über die Ursachen von Misserfolg und Selbstvorwürfe, sowie kaum Nachdenken über Problemlösungen und sich nicht trauen, neue Versuche zu starten. Eine hohe Lage-Orientierung, zusammen mit einer belastenden Lebenssituation, führt zu einer eher passiven Haltung dem Problem gegenüber: Zu Grübeln, Selbstvorwürfen, endlosem Analysieren u.a., jedoch nicht zur Bildung von Intentionen, nicht zum Treffen konkreter Entscheidungen, nicht zu aktivem Handeln. Eine hohe Lage-Orientierung begünstigt die Konstruktion eigener Hilflosigkeit (Seligman, 1979) und damit das

Verwenden einer passiv-palliativen Bewältigungs-Strategie (Janke et al., 1978, 1985), wie das Konsumieren von Alkohol zum „Problemabschalten“.

Palfai, McNally und Roy (2002) konnten an College-Studenten, die *Binge-Drinking* (Besäufnisse) praktizierten, zeigen, dass nur bei Probanden mit hohen Werten in Handlungs-Orientierung, die Motivation zur Reduktion alkoholbedingter Konsequenzen, wie z.B. Trunkenheitsfahrten, auch in Verhaltensänderungen mündete. Lage-Orientierte Probanden hielten trotz Änderungswünschen an ihren gesundheits-schädigenden Trinkgewohnheiten fest. Ausgehend von der Annahme, dass sich hohe Werte in wahrgenommener Handlungskontrolle günstig auf die Überwindung von Alkoholproblemen auswirken (Stiensmeier-Pelster, Meyza & Lenzen, 1989), sollte sich die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms COREA-B in einer Zunahme der Handlungs-Orientierung widerspiegeln, da das Rehabilitationsprogramm auf Aufdeckung und Aktivierung bestehender Ressourcen sowie Kompetenzerweiterung zur Optimierung zielführender Bewältigungsstrategien abzielt.

3.1.2.4. Übernahme von Verantwortung / wahrgenommene Kontrolle

Personen können die Überzeugung aufweisen, dass sie selbst die Verantwortung für ihr Handeln und ihre Entscheidungen tragen und dass sie selbst damit auch die Verantwortung für Fehlentscheidungen und Probleme übernehmen müssen; oder aber sie können die Überzeugung haben, dass sie für ihr Handeln nicht oder nur wenig verantwortlich sind, dass ihr Leben von anderen beeinflusst wird, die dann auch die Verantwortung für Probleme usw. übernehmen sollten (Drasgow et al., 1974; Johnson et al., 1991; Krampen & Nispel, 1978).

Hohe Verantwortung impliziert die Übernahme der Verantwortung für und ein Bedürfnis nach Kontrolle über das eigene Leben, für Erfolge und Misserfolge, sowie die Überzeugung, dass man Probleme selbst lösen muss. Niedrige Verantwortung impliziert die Abgabe von Verantwortung an andere, die Attribuierung von Misserfolgen auf Situationen, andere Personen usw., die Überzeugung, dass man durch andere Personen „erlöst“ werden muss, sowie ein Bedürfnis danach, im Leben einen „Führer“ zu haben.

Mangelnde Übernahme von Verantwortung ist besonders förderlich bei der Entwicklung passiv-palliativer, problemvermeidender Bewältigungs-Strategien: Die Person nimmt an, dass sie für ihre Probleme, für ihr Handeln insgesamt keine Verantwortung hat und dass es deshalb unsinnig und ungerechtfertigt ist, ein Problem aktiv anzugehen. Die Person hat die Annahme, dass „man sowieso nichts machen

kann“ und dass man, da man nicht verantwortlich ist, auch gar keine Veranlassung sieht, aktiv zu handeln. Solche Annahmen schließen oft alle aktiv-problembewältigenden Strategien vollständig aus dem kognitiven Horizont der Person aus: Es bleiben überhaupt nur noch passiv-palliative Strategien übrig. Die wirksamste passiv-palliative Bewältigungs-Strategie ist aber das Einnehmen von Drogen und die davon einfachste, verfügbare und akzeptabelste ist Alkoholkonsum.

Es gibt Hinweise darauf (Stengel, 2003), die allerdings noch wenig empirisch untermauert sind, dass Personen mit Alkoholproblemen in ihrer Biographie systematisch das Meiden von Verantwortung lernen: Entweder durch elterliche Modelle, die selbst keine Verantwortung übernehmen oder als interaktionelle Schutz-Strategie, um zu vermeiden, für alles und jedes zur Verantwortung gezogen zu werden. Möglicherweise spielt also der psychische Faktor Vermeiden von Verantwortung bei Personen mit Alkoholproblemen eine besondere Rolle. Stengel (2003) konnte z. B. zeigen, dass sich bei Alkoholabhängigen eine erfolgreiche Therapie in der Verringerung von Externalität/mächtige Andere sowie Externalität/Fatalismus widerspiegelt, wohingegen die Werte für Internalität unverändert blieben. Ähnliche Ergebnisse berichten Beiglböck und Feselmayer (1987). In ihrer Untersuchung an Alkoholikern in stationärer Therapie zeigte sich ein Absinken der Externalität, allerdings auch ein Anstieg der Internalität in der zweiten Therapiephase, die sich der Behandlung zugrunde liegender Persönlichkeitsstörungen widmete. Sowohl Stengel (2003) als auch Lierzer (1988) fanden, dass ihre alkoholabhängigen Probanden und Probandinnen zu Beginn der Therapie höhere Werte in Externalität aufwiesen als Kontrollpersonen ohne Suchtproblematik.

3.1.2.5. Alexithymie

Klinische Untersuchungen bestätigen einen Zusammenhang von hohen Alexithymiewerten und Alkoholabhängigkeit (Cecero und Holmstrom, 1997; Croissant, Hölzl und Olbrich, 2002; Loas et al., 2000), sowie von Alexithymie und Alkoholmissbrauch bei gesunden Probanden (Helmers und Mente, 1999). Je größer die Schwierigkeiten der Probanden sind, ihre eigenen Gefühle zu erkennen und zu beschreiben, desto eher neigen sie zu Alkoholkonsum und –abhängigkeit. Ziolkowski, Gruss und Rybakowski (1995) fanden, dass Abstinenzzeiten negativ mit Alexithymie zusammenhängen, d.h. dass Alkoholiker mit zunehmender Abstinenzzeit einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen entwickeln. Ziolkowski et al. (1995) sowie Loas et

al. (1997) schlagen daher vor, hohe Alexithymiewerte als Prädiktor für Rückfallgefährdung anzusehen.

3.1.2.6. Selbstakzeptierung

Eine geringe Selbstakzeptierung äußert sich u.a. in einem Erleben von Mangel an der Erfüllung von wichtigen Beziehungsmotiven, wie z.B.: Anerkennung, Akzeptanz und Wichtigkeit. Kann ein Defizit nicht ausgeglichen werden, können kompensatorische Mittel gewählt werden, die zumindest kurzfristig zu einer Reduktion depressiver Episoden beitragen können. Die Bereitschaft frustrierte Motive, aber auch Sorgen und Probleme, mit Hilfe von Alkohol „abzustellen“, stellt einen starken Anreiz für viele Personen dar, eine geringe Selbstakzeptierung nicht internal zu klären und psychologisch nachhaltig zu verbessern, sondern sie (spontan) zu lindern und zu verdrängen.

3.1.2.7. Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten

Die Selbstmanagementfähigkeit einer Person bezieht sich sowohl auf Ressourcen, die bereits erfolgreich eingesetzt werden, wie Fähigkeiten, neue Situationen konstruktiv bewältigen zu können. Letzteres bezieht sich auf die alltäglichen Anforderungen, aber auch auf die Bereitwilligkeit und intellektuelle Kompetenz, von therapeutischen Interventionen zu profitieren und die neuen Erkenntnisse psychologisch nutzbringend integrieren zu können. Ein wichtiger Aspekt ist die Veränderungsmotivation eines z.B. alkoholauffälligen Kraftfahrers, der ein verkehrspsychologisches Angebot in Anspruch nimmt, um eine positive Begutachtung bei einer MPU zu erreichen. Wer seinen Führerschein verloren hat, ist in der Regel motiviert Hilfe anzunehmen, z.B. in Form einer Therapie oder Rehabilitation. Eine Therapiemotivation bedeutet aber noch nicht, dass die Person auch willens ist, internale bzw. kognitive Umstrukturierungen ihres Einstellungs- und Verhaltenssystems zuzulassen. Erst eine intrinsische Veränderungsmotivation bildet hier sozusagen die Grundlage dafür, von rehabilitativen Angeboten auch nachhaltig profitieren zu können, d.h. auch nach mehreren Jahren nicht wieder durch eine Trunkenheitsfahrt auffällig zu werden.

In diesem Zusammenhang spielt auch *Coping* einen wichtigen Aspekt innerhalb der Selbstmanagementfähigkeit. Sowohl *aktives Coping*, im Sinne der Veränderung der Situation, als auch *passives Coping*, im Sinne einer Anpassung an die Situation, sind wichtige psychologische Kompetenzen einer Person, um sich (sozialen) Anforderungen

nicht hilflos ausgesetzt zu fühlen. Es ist davon auszugehen, dass in dem Maße, in dem sich eine Person als selbstwirksam erlebt und Einfluss auf ihre Umgebung ausüben kann, in dem Maße wird sich ihre Frustrationstoleranz steigern. Dies ist gerade bei alkoholauffälligen Kraftfahrern eine wichtige Ressource, um belastende Situationen aushalten und bewältigen zu können.

3.1.2.8. Wissensdefizit

Neben den voran beschriebenen allgemeinen psychologischen Bedingungsfaktoren der Alkoholproblematik, können defizitäre Wissensbestände über z.B. Trinken und Fahren und Alkohol im Allgemeinen die Alkoholproblematik von Kraftfahrern mit determinieren. Das eigens für diese Studie konstruierte und aus der Praxis stammende *Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation – Alkohol* (s. Anhang F9) soll als störungsspezifisches Messmittel die Einstellungsänderungen und den Wissenszuwachs bei den Klienten erfassen. Es orientiert sich direkt an den in den Veranstaltungen vermittelten Inhalten (psychoedukatives Verfahren).

3.2. Implikationen der Alkoholproblematik und ihrer Folgen sowie ihrer Entstehungsbedingungen für das Therapiegesehen

Die ausgeführten Bedingungsfaktoren der Alkoholproblematik beziehen sich nicht allein auf die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Alkoholproblems, sondern sie wirken unmittelbar auf das therapeutische Geschehen und die Interaktion zwischen Verkehrstherapeut und Klient.

3.2.1. Diagnostik

Auf der Grundlage des psychologischen, medizinischen und sozialen Wissens über Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch ist zunächst eine ausführliche Diagnostik zu betreiben und ein individuelles Fallkonzept zu erstellen, das die Grundlage der Behandlung darstellt (Arend, 1994; Grawe et al., 1996; Lindenmeyer, 1999; Schmidt, 1997). Grundsätzlich befasst sich die Problemanalyse bei einer Alkoholproblematik in erster Linie mit Problemaspekten, die sich direkt auf das Suchtverhalten beziehen (Lindenmeyer, 1998, 1999; Sobell & Sobell, 1992). Der Verkehrstherapeut sollte aber auch wissen, welche sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Folgen sich bei einer Alkoholproblematik des Klienten bereits eingestellt haben und dass Abklärungen eventueller innerer Krankheiten oder

neurologischer Befunde vorgenommen werden sollten. Diagnostik und Analysen sollten daher umfassen:

- Klärung der Frage, ob Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit vorliegt?
- Analyse des Trinkverhaltens: Was wird in welchen Mengen wann getrunken?
- Situationsanalyse: Welche Situationen fördern, welche hemmen das Trinkverhalten? Z. B. in welchen Situationen ist der Klient besonders anfällig für einen Rückfall?
- Kognitionsanalyse: Welche Gedanken fördern, welche hemmen Trinkverhalten? Welche Attributionen verwendet der Klient? Gibt es Selbstabwertungen, Selbstkritik, Selbstinstruktionen?
- Analyse der Funktionalität des Trinkens: Was wird durch Trinken erreicht? Was wird vermieden?
- Analyse weiterer Problembereiche: Z.B. Ängste, Depressionen, sexuelle Störungen, Partnerprobleme; in welcher Beziehung stehen sie zum Alkoholproblem?
- Lebensumfeldanalyse: Beziehungen, Beruf, soziales Netzwerk; welche dieser Komponenten fördern, welche hemmen Trinkverhalten?
- Analyse von Co-Abhängigkeiten (Kellermann, 1986; Oppl, 1992; Rennert, 1990; Wegscheider, 1981; Wegscheider-Cruse, 1984; Wilson-Schaef, 1986): Stabilisieren Beziehungspartner das Alkoholproblem?
- Analyse von Alternativ-Verhalten: Stehen dem Klienten andere Problembewältigungs-Strategien zur Verfügung?
- Analyse von Ressourcen: Welche Kompetenzen stehen dem Klienten zur Verfügung? Was kann der Klient gut, was traut er sich zu?
- Wie reagiert der Partner des Klienten auf das Problem?
- Hat der Klient bereits beruflich Probleme? Welcher Art?
- Hat der Klient seinen Führerschein eingebüßt? Mit wie viel Promille? Hat er Auflagen der MPU?
- Welche gesundheitlichen Probleme manifestieren sich bereits?

Diese Diagnostik findet bei dem Rehabilitationsprogramm COREA-B statt. Darüber hinaus erfolgt der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung (Veltgens & Teichmann, 2006).

3.2.2. Problemeinstieg / Bedingungsfaktoren

Dies sind zunächst die Prozesse, die zum Problemeinstieg geführt haben, also die psychologischen Bedingungsfaktoren des Alkoholproblems. Es ist für diese Problemaspekte sehr sinnvoll und therapeutisch indiziert, dass Klienten eigene affektive und kognitive Schemata klären und verändern. Rehabilitationsprogramme sollten demnach bewirken, dass durch sie:

- die Annahme, Alkohol sei ein Mittel zur Problemlösung, in Frage gestellt wird: Klienten sollen erkennen, dass die Annahme, die Einnahme von Alkohol bzw. das Realisieren anderer Sucht-Verhaltensweisen löse ein Problem, nicht zutreffend und sogar dysfunktional ist, da sie dazu führt, das Problem zu stabilisieren und zu verschlimmern. Die Klienten sollen erkennen, dass es notwendig ist, andere, effektive Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Beck et al., 1997);
- die Handlungs-Orientierung der Klienten deutlich steigt, d.h. Klienten lernen, mit Misserfolg umgehen zu können, bestehende Probleme zielorientiert zu analysieren. Sie sollten volitionale Kompetenzen erwerben wie das Treffen und Durchhalten von Entscheidungen, Abschirmen gegen Versuchungen usw. Im Zuge dessen sollten Klienten in die Lage versetzt werden, eigene Motive, Ziele, Bedürfnisse zu repräsentieren und ihr Handeln und ihre Entscheidungen darauf auszurichten;
- die Autonomie deutlich steigt. Die Klienten sollten lernen, Verantwortung für ihre Probleme und deren Veränderung zu übernehmen, sie sollten Autonomie entwickeln und lernen, sich mehr auf sich und weniger auf andere zu verlassen;
- internale Kontrollüberzeugungen entwickelt werden, sowie ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle und nach Übernahme von Verantwortung entsteht, d.h. Klienten sollen stärker davon überzeugt sein, dass sie *selbst* ihr Handeln und ihr Leben bestimmen; dies ist psychologisch auch wesentlich für die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes;
- sich das Selbstkonzept der Klienten deutlich verbessert, dass ihre Selbstwirksamkeitserwartungen, ihr Selbstvertrauen und ihre Tendenz, Probleme aktiv anzugehen, deutlich zunimmt. Dazu gehört, dass Klienten in der Lage sein sollten, eine eigene Domäne, einen eigenen Lebensbereich zu definieren und diesen gegen andere abzugrenzen: dies ist eine wesentliche Voraussetzung zur Entwicklung einer personalen Identität;
- die Bewältigungsfähigkeiten der Klienten im Umgang mit Problemen, Konflikten und Stress deutlich verbessert wird. Klienten sollen lernen, Anforderungen,

Belastungen und Bedrohungen wahrzunehmen, zu analysieren, realistisch einzuschätzen und das eigene Denken zu entkatastrophisieren usw.

3.2.3. Bearbeitungsprobleme: Vermeidung und Verleugnung

Vermeidungs- und Verleugungsverhalten (oft auch als „Widerstand“ bezeichnet), kommt im therapeutischen Prozess häufig vor (Caspar, 1985; Caspar & Grawe, 1980). Da jede Veränderung ambivalent ist, ist Vermeidung auch ein normales therapeutisches Phänomen (Sachse, 1997a; Caspar & Grawe, 1981, 1985). Das Ausmaß von Vermeidung, das Psychotherapie-Klienten im Therapieprozess realisieren, ist jedoch stark störungsabhängig: So realisieren Klienten mit Angststörungen nur wenig Vermeidung, Klienten mit Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeiten realisieren dagegen Vermeidung in hohem Maße (Sachse, 1997b). Klienten mit Alkoholproblemen vermeiden systematisch, sich mit dem Alkoholproblem auseinanderzusetzen oder auch nur zu konstatieren, dass so etwas wie ein Alkoholproblem überhaupt besteht.

Vermeidung ist langsam transparent zu machen, zu bearbeiten und aufzuheben (Sachse, 1997c, 1998a), insbesondere durch eine spezifische Klärungs-/ Motivierungsphase. Es ist von zentraler Bedeutung, die Problembearbeitung der Klienten zu verbessern, denn bei starker Vermeidung ist es oft nicht einmal möglich, im Therapieprozess ein Problembewusstsein zu schaffen, das Problem angemessen zu definieren bzw. eine nötige Änderungsmotivation zu schaffen: Ohne Problemdefinition und ohne Änderungsmotivation kommt jedoch kein konstruktiver Therapieprozess in Gang. Es ist deswegen unerlässlich, dass Strategien zum Einsatz kommen, die Klienten mit ihrer Vermeidung konfrontieren, die Klienten dazu veranlassen, die Gründe der Vermeidung zu bearbeiten und die den Klienten funktionale Bearbeitungsstrategien vermitteln.

Die massive Bedrohung des Selbstbildes des Klienten führt erfahrungsgemäß zu kognitiven Dissonanzprozessen, die sich in „Abwehrhaltung“ ausdrücken. Diesem wird bei den Rehabilitationsmodulen BASIS-A, CONTROL und REAL entgegengewirkt, indem die Zielvorstellungen der Klienten ernst genommen werden und eine angemessene Berücksichtigung der individuellen Problementstehung stattfindet. Darüber hinaus wird der Klient aktiv in die Diagnosefindung eingebunden, erlebt damit Selbstwirksamkeit und dass er vom Verkehrtherapeuten nicht einfach „abgestempelt“ wird. Dies erhöht die Therapiemotivation und das Vertrauen in den Verkehrstherapeuten. Durch das Offene-Gruppe-Setting wird eine Verminderung von

Vermeidungs- und Verleugnungstendenzen ermöglicht: Klienten erleben, dass andere die gleichen Probleme haben wie sie, wodurch die Auseinandersetzung mit eigenen Problemanteilen erleichtert wird.

3.2.4. Veränderung psychologischer Bedingungsfaktoren

Die Erarbeitung von Zieldefinitionen (Alkoholverzicht / Trinkkontrolle) im sozialen Umfeld und in der Gruppe führt zu erlebter Handlungskontrolle und Glaube an die eigene Effektivität. Klienten machen die positive Erfahrung: „Ich kann aus meinen Erfahrungen lernen!“, und dies führt zu internaler Veränderungsmotivation.

Der Fokus der Rehabilitation COREA-B liegt auf Erkennung und Bearbeitung kognitiver und emotionaler Verarbeitungsmuster und auf einer Auseinandersetzung mit den individuellen Ursachen der Alkoholproblematik und der individuellen Lerngeschichte. Dazu erfolgt ein Training in Selbstbeobachtung und die Vermittlung der Haltung: „Der Mensch hat eine starke Kontrolle über Fühlen und Handeln, ist Umwelteinflüssen nicht passiv und machtlos ausgeliefert“, womit schon auf Veränderung der Lage-Orientierung und die Übernahme von Verantwortung abgezielt wird. Ziel ist die Erreichung von Eigenverantwortlichkeit.

Weiterhin geht es um die Veränderung der identifizierten dysfunktionalen Verhaltensmuster durch kognitive Umbewertungsprozesse, sowie um Einleitung und Etablierung von Verhaltensänderungen und Erprobung neuer Handlungsspielräume. Dies erfolgt unter Anwendung von Methoden wie der *Rational-Emotiven Verhaltenstherapie* (z.B. Ellis, 1982); durch Modelllernen in der Gruppe; sowie einem *Lösungsorientierten Ansatz* (z.B. De Shazer, 1992; Berg & Miller, 2006). Es gilt, vorhandene Kompetenzen zu aktivieren und zu erweitern, gegebenenfalls neue aufzubauen. Vorhandene Ressourcen (z.B. ein soziales Netzwerk) sollen erkannt und einer Nutzung zugänglich gemacht werden. Neue Ressourcen sollen in der Gruppe aufgebaut werden. Es soll verdeutlicht werden, dass Kompetenzen und Ressourcen des Klienten zur Problembewältigung taugen und eine echte Alternative zum Trinken darstellen.

Für den Transfer neuer Verhaltensweisen in den Lebensalltag der Klienten dient zunächst die Umsetzung der neuen Fertigkeiten in der Gruppe, dann folgen Hausaufgaben im sozialen Umfeld der Klienten, die in der anschließenden Sitzung ausgewertet werden. Es wird darauf geachtet, dass alle vorgesehenen Themenblöcke von jedem Klienten bearbeitet werden.

3.2.5. Sicherung von Alkoholverzicht / Trinkkontrolle

Weiterhin sind psychologische Prozesse dahingehend zu beeinflussen, dass der Klient befähigt wird, einen stabilen Alkoholverzicht bzw. Trinkkontrolle zu erreichen. Er muss in der Lage sein, einer Versuchung zu widerstehen. Das impliziert z.B., dass er Angebote von Alkohol in sozialen Kontexten sozialverträglich ablehnen können muss. Über eine solche soziale Fertigkeit verfügen Klienten mit Alkoholproblematik jedoch oft nicht; daher ist es wesentlich, ein gezieltes Ablehnungstraining durchzuführen (Annis, 1986; Litman, 1986; Westerholt, 1993).

Viele Klienten mit Alkoholproblemen verfügen ganz allgemein über geringe soziale Kompetenzen; dies ist jedoch sehr ungünstig, da es die Klienten für soziale Konflikte und Schwierigkeiten anfällig macht und so das Belastungsniveau wieder stark erhöhen kann. Daher sollte ein Rehabilitationskonzept die Möglichkeit vorsehen, mit den Klienten ein soziales Kompetenztraining durchzuführen (z.B. Marlatt und Gordon, 1985).

Abschließend kann damit gesagt werden: Alkoholverzicht bzw. Trinkkontrolle sollen durch die Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien zum Trinken und ein gezieltes Ablehnungstraining gesichert werden. Weitere unterstützende Interventionen zur Rückfallprävention stellen die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit Misserfolg, die Steigerung sozialer Kompetenzen sowie Problemlösetraining dar.

4. Hypothesen

Gegenstand der vorliegenden Evaluationsstudie ist das verkehrspsychologische Rehabilitationsprogramm COREA-B. Die Wirksamkeit dieses Rehabilitationskonzepts gilt es zu überprüfen bzw. zu belegen. Als Kriterien hierfür sind folgende externe und interne Kennwerte vorgesehen:

1. Ergebnis der medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU),
2. intrapsychische Veränderungen auf Seiten der Klienten (Prä-Post-Vergleich), gemessen durch psychodiagnostische Verfahren sowie
3. die Einstellungsänderung und Wissenszuwachs in Bezug zur Alkoholproblematik der Klienten mittels dem *Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation-ALKOHOL* (IVR-A).

Bei den psychodiagnostischen Verfahren handelt es sich um Selbstbeurteilungsinstrumente, die bereits im Rahmen klinischer Untersuchungen an alkoholabhängigen Klienten angewendet wurden und sich dort für den Therapiefortschritt, z.B. für die Sicherung des Alkoholverzichts und Trinkkontrolle, als aussagekräftig erwiesen haben. Dabei gehen wir davon aus, dass die psychologischen Faktoren, die bei Alkoholabhängigen in die Abhängigkeit führten und die bei den Klienten des Rehabilitationsprogramms COREA-B zu Trunkenheitsfahrten führten, vergleichbar sind. Wir stützen uns bei dieser Annahme auf Studien an nicht-klinischen Probanden, die in Bezug auf problematischen Alkoholkonsum zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich relevanter Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Handlungs-Orientierung und Zugang zum Emotionssystem gelangt sind (Helmers & Mente, 1999; Palfei, McNally & Roy, 2002).

Wünschenswert wäre weiterhin, auch die internen Kriterien Einstellungsänderung, Wissenszuwachs und intrapsychische Veränderungen mit anderen empirischen Studien zu vergleichen. Somit könnte die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms COREA-B noch deutlicher belegt werden. Unseres Wissens liegen hierzu jedoch keine Studien vor, die es erlauben, die von uns gefundenen Ergebnisse mit diesen in Beziehung zu setzen.

Wir erwarten nach den bisherigen Ausführungen die im Folgenden beschriebenen Beziehungen:

4.1. Das MPU-Ergebnis

Voraussetzung für die Neuerteilung der Fahrerlaubnis ist in der Regel ein positives MPU-Gutachten nach Beendigung des Rehabilitationsprogramms. Die Wirksamkeit der Programmmodule BASIS-A, CONTROL und REAL sollte sich dementsprechend darin zeigen, dass ein Großteil der Klienten die MPU nach Beendigung des jeweiligen Rehabilitationsprogramms besteht. Daher gehen wir davon aus, dass die Verteilung in die beiden Gruppen *Positive MPU* und *Negative MPU* von einer empirischen Gleichverteilung abweicht und wesentlich mehr Klienten in der Gruppe *Positive MPU* vertreten sind.

4.2. Intrapsychische Veränderungen

Während es sich bei der medizinisch-psychologischen Untersuchung um Fremdbeurteilungen (externes Kriterium) handelt, werden intrapsychische Veränderungen innerhalb des Rehabilitationsprogramms durch diverse Selbstbeurteilungsfragebögen vor und nach der Rehabilitation erhoben. Bei allen eingesetzten Skalen ist eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Klienten gegeben.

4.2.1. Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist psychologisch eine wichtige Ressource, eigenes Vertrauen darin zu setzen, schwierige Situationen meistern zu können, wobei der Erfolg internal attribuiert wird, d.h. der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung stellt eine adäquate intrinsische Motivation gegen Alkoholmissbrauch und Trinkexzesse dar, insbesondere bei Personen, die in ihrer Biografie Alkohol als „*Coping*“ oder Vermeidungsstrategie konsumierten, um unangenehme oder angstbesetzte Situationen zu umgehen.

Wir gehen davon aus, dass sich für die Klienten der Rehabilitation COREA-B bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. der allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugung in der erwarteten Richtung vor und nach dem jeweiligen Rehabilitationsprogramm zeigen.

4.2.2. Stressmanagement-Fähigkeiten (SVF)

In der klinischen Psychologie werden grundsätzlich positive von negativen (dysfunktionalen) Stressverarbeitungsstrategien unterschieden. Wir gehen daher davon aus, dass bei den Klienten des Rehabilitationsprogramms COREA-B, ähnlich wie bei Alkoholikern, Alkoholauffälligkeiten in einem direkten Zusammenhang mit dysfunktionalen, negativen Stressverarbeitungsstrategien stehen, während positive Strategien eher defizitär ausgeprägt sind.

Aufgrund der Zielsetzung des Rehabilitationsprogramms, zielführende Bewältigungsstrategien zu vermitteln, erwarten wir, dass im Verlauf der Rehabilitation negative Stressverarbeitungsstrategien abgebaut und positive aufgebaut werden.

4.2.3. Handlungs-Lage-Orientierung (HAKEMP)

Handlungs-Lage-Orientierung stellt innerhalb unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine *aktive* Handlungs-Orientierung einer *passiven* Lage-Orientierung gegenüber. Hieraus kann auf die Veränderungsmotivation der Klienten geschlossen werden. Personen, die dazu tendieren, ihre Probleme eher als gegeben hinzunehmen und zu ertragen, werden aus eigener Initiative kaum Anstrengungen in Richtung einer konsequenten Problemlösung unternehmen.

Wir erwarten, dass Probanden nach Beendigung der Rehabilitation eine stärkere Handlungs-Orientierung aufweisen. Dieses nehmen wir für die Bereiche nach Misserfolg und bei der Handlungsplanung an.

4.2.4. Übernahme von Verantwortung / wahrgenommene Kontrolle (IPC)

In der psychologischen Forschung werden drei Facetten der Kontrollüberzeugungen unterschieden (Krampen, 1981): (1) Internalität, (2) Externalität / mächtige Andere und (3) Externalität / Fatalismus. Erstere bezieht sich auf das Erleben eigener Handlungsmöglichkeiten, die beiden übrigen Dimensionen fokussieren auf die erlebte Fremdsteuerung durch andere Menschen oder das Schicksal.

Das Rehabilitationsprogramm COREA-B zielt u.a. auf ein personenbezogenes Aufdecken des Bedingungsgefüges ab, das den Alkoholmissbrauch und die Trunkenheitsfahrten der Klienten zur Folge hatte. Der Eigenanteil der Probanden an ihrer Problematik und damit auch ihre Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten sollen deutlich

herausgearbeitet werden. Eine Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme sollte sich demnach darin zeigen, dass sich dieses Subziel in einer statistisch bedeutsamen Veränderung über die Zeit in den IPC-Skalen zur Kontrollüberzeugung (Krampen, 1981) widerspiegelt. Insbesondere sollten beide Werte für Externalität zum letzten Messzeitpunkt niedriger ausgeprägt sein, während wir für internale Kontrollüberzeugungen in der Postmessung stärker ausgeprägte, bzw. zumindest gleich bleibende Werte erwarten.

4.2.5. Alexithymie (TAS)

Das Konzept der Alexithymie umfasst die Fähigkeit von Personen, einen Zugang zu ihren eigenen Empfindungen zu entwickeln. In dem Maße, indem eine Person Zugang zu eigenen Gefühlen und Zielen besitzt, diese also erkennen und benennen kann, wird sie Lösungsmöglichkeiten in der eigenen Person suchen und von psychologischen Interventionen profitieren.

Wir gehen davon aus, dass eine internale emotionale Perspektive bei den meisten alkoholauffälligen Teilnehmern innerhalb des therapeutischen Prozesses schwach ausgeprägt ist und erst entwickelt werden muss. Das Rehabilitationsprogramm COREA-B zielt mit dem personenbezogenen rational-emotiven Therapieansatz gerade darauf ab, die interne Gefühlsverarbeitung zu analysieren und zu modifizieren und sollte daher bei Wirksamkeit Veränderungen auf den Skalen: *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen* und *Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen*, die wir für die vorliegende Studie herangezogen haben, bewirken. Da hohe Werte dabei einem geringen Zugang zu den eigenen Gefühlen und Schwierigkeiten bei deren Benennung entsprechen, erwarten wir, dass bei beiden Skalen die Mittelwerte zwischen den beiden Messzeitpunkten statistisch bedeutsam absinken.

4.2.6. Selbstakzeptierung (SESA)

Selbstakzeptierung ist ein guter Indikator für die im Rahmen von Interventionsprogrammen erzielten Veränderungen. Erfolgreiche Interventionen zeichnen sich durch eine höhere Selbstakzeptanz der Klienten nach der Intervention im Vergleich zum Beginn der Programme aus. Gerade bei Personen mit Alkoholproblemen ist zu Beginn der Intervention ein geringes Selbstwertgefühl zu erwarten, das bei den betroffenen Personen z.B. eine Quelle für soziale Ängste

darstellt, die sie durch den Konsum von Alkohol zu kompensieren versuchen (Stengel, 2003).

Wir gehen davon aus, dass sich für die Probanden der Rehabilitation COREA-B, bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Selbstakzeptanz in der erwarteten Richtung vor und nach dem jeweiligen Rehabilitationsprogramm zeigen.

4.2.7. Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Basierend auf der Annahme von Antonovsky (1979, 1987), wonach gesundheitsrelevante Ressourcen den Gesundheitszustand beeinflussen, sollte die gezielte Psychoedukation und die Trainings innerhalb der jeweiligen Rehabilitation zu funktionalen Selbstmanagementfähigkeiten führen und dementsprechend die Klienten befähigen, zukünftig einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu realisieren bzw. auf Alkohol zu verzichten, insbesondere in subjektiv erlebten Belastungssituationen.

Wir gehen davon aus, dass sich für die Probanden der Rehabilitationsprogramme bedeutsame Veränderungen hinsichtlich der Aktivierung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten in der erwarteten Richtung vor und nach dem jeweiligen Rehabilitationsprogramm zeigen.

4.3. Einstellungsänderung und Wissenszuwachs

4.3.1. Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)

Um ebenfalls Einstellungsänderungen und Wissenszuwachs bei den Klienten zu erfassen, wurde im Rahmen der Evaluationsstudie ein neues Messinstrument konstruiert, welches einen direkten Bezug zur Alkoholproblematik und zur Teilnahme am Straßenverkehr aufweisen sollte. Hierzu wurde in Kooperation mit den Verkehrstherapeuten die störungsspezifische Skala *Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation – ALKOHOL (IVR-A)* entwickelt.

Bei den Einschätzungen bzgl. der Einstellungsänderung und Wissenszuwachs erwarten wir zeitliche Veränderungen zwischen dem ersten und letzten Messzeitpunkt. Die Probanden sollten zur Postmessung bedeutend funktionalere Einstellungen und adäquates Wissen in Bezug zur Alkoholproblematik und Teilnahme am Straßenverkehr aufweisen.

5. Methoden

Im folgenden Kapitel werden Stichprobengewinnung, Studiendesign und Datenverarbeitung sowie die Messung der Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms COREA-B beschrieben. Die Wirksamkeit der jeweiligen Rehabilitationsprogramme wurde anhand psychodiagnostischer Maße erhoben.

5.1. Stichprobengewinnung

Die Stichprobe bestand aus alkoholauffälligen Kraftfahrern, die nach einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) vom Gutachter die Empfehlung erhalten hatten, an einer Rehabilitation teilzunehmen, bzw. aus Personen, die sich nach einem Beratungsgespräch bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF) für eine Rehabilitation entschieden oder auf anderem Wege zur Impuls GmbH fanden. Abgesehen von Interessenten, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht an einer Rehabilitation teilnehmen durften, fand keine weitere selektive Aufnahme der zu untersuchenden Stichprobe statt, d.h. prinzipiell konnte jeder Klient des Rehabilitationsprogramms COREA-B in die Stichprobe aufgenommen werden. Die Aufnahme der Probanden in die Stichprobe wurde durch die Verkehrstherapeuten vorgenommen.

5.2. Durchführungsphasen und zeitlicher Ablauf der Evaluation

Das Rehabilitationsprogramm COREA-B wurde über einen Zeitraum von vier Jahren evaluiert. Nachfolgend wird detailliert der zeitliche Ablauf der Evaluationsstudie im Hinblick auf Planung, Datenerhebung / -verarbeitung und Auswertung der Befunde dargestellt. Tabelle 5.2-1 zeigt die Planungs- und Durchführungsphasen der Evaluation.

Tab. 5.2-1: Planungs- und Durchführungsphasen der Evaluation.

2005	▪ Beginn der Evaluation und Planungsphase ab Dezember.
2006	▪ Beginn der Datenerhebung (Psychodiagnostik) im September.
2009	▪ Ende der Datenerhebung (Psychodiagnostik) im November.
2010	▪ Auswertung der psychodiagnostischen Befunde. ▪ Präsentation der Ergebnisse und des Forschungsberichtes.

5.2.1. Beginn- und Planungsphase

Die Planungsphase der Studie begann im Dezember 2005 und konnte im Juli 2006 abgeschlossen werden. Bis dahin wurden die Inventare (s. Abb. 5.2.-1) für die psychodiagnostische Untersuchung ausgewählt und zu Fragebogenbatterien (s. Anhang F) zusammengefasst. Für die Beschreibung der Stichprobe und Subgruppenbildung wurden die Items für den soziodemografischen Fragebogen (s. Anhang E) generiert und zudem anhand des MPU-Gutachtens ein Fragebogen konstruiert, der die Vorgeschichtsdaten (s. Anhang D) der Klienten erfasste. Für den korrekten Ablauf der Studie erhielten die Verkehrstherapeuten eine Kontrollliste (s. Anhang H2), wodurch die korrekte Vergabe der Fragebögen an die Probanden sichergestellt wurde. Die Verkehrstherapeuten erhielten eine Handanweisung (s. Anhang H1) zur Durchführung der Datenerhebung, die alle Termine und den organisatorischen Ablauf enthielt. Im August 2006 wurden die Erhebungsinstrumente den Verkehrstherapeuten zugeschickt. Somit konnte die Datenhebung, wie geplant, im September 2006 beginnen.

5.2.2. Datenerhebung

Für die Evaluation des Rehabilitationsprogramms COREA-B wurden zu drei Messzeiten unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt (s. Tab. 5.2-2). Die Datenerhebung begann im September 2006 und endete im November 2009.

In Abbildung 5.2-1 sind die Inventare dargestellt, die für die Evaluation verwendet wurden. Dabei wurden Kurzskalen eingesetzt, die in einer früheren Studie (Sachse et al., 2008) entwickelt wurden. Die Praxis hat gezeigt, dass es unbedingt notwendig ist, den Ablauf bei der Datenerhebung möglichst gering zu halten, um die *Compliance* der Klienten zu erhöhen. Diesem Umstand wurde mit dem Einsatz der Kurzskalen Rechnung getragen.

Alle Items der Kurzskalen, abgesehen von den neu hinzugenommen Items der Inventare SWE und FERUS, wiesen in der Untersuchung von Sachse et al. (2008) eine mittlere Itemschwierigkeit auf, um Decken- oder Bodeneffekte zu vermeiden. Damit sollten diese Items auch in der Evaluation von COREA-B über genügend Varianz verfügen, um veränderungssensibel auf die Interventionen der Rehabilitationsprogramme COREA-B zu reagieren.

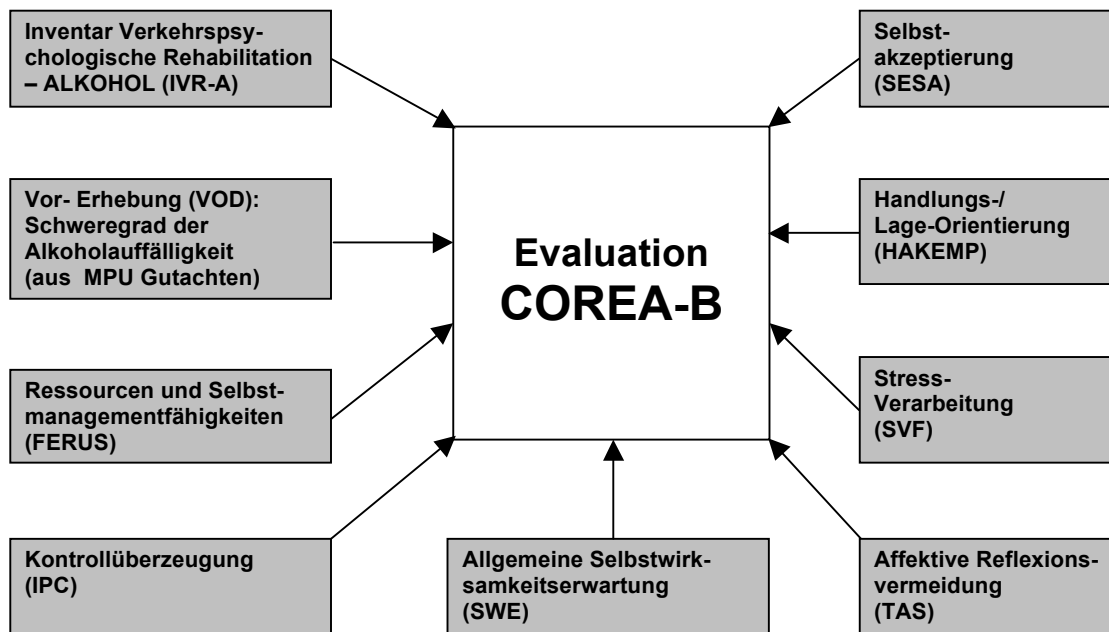


Abb. 5.2.-1: Überblick Messinstrumente für die Evaluation von COREA-B.

In Tabelle 5.2-2 sind die kompletten Inventare und die für die vorliegende Studie verwendeten Kurzskalen mit der jeweiligen Anzahl der Items und den Skalen gegenübergestellt.

Tab. 5.2-2: Gegenüberstellung von kompletten Inventaren und den daraus gekürzten Kurzskalen für die vorliegende Studie.

Inventarname*	Inventar komplett		Kurzskalen*	
	Anzahl Items	Skalen	Anzahl Items	Skalen
SWE [F2]	10	Selbstwirksamkeitserwartung	10	Selbstwirksamkeitserwartung
SESA [F3]	29	Selbstakzeptierung	10	Selbstakzeptierung
IPC [F4]	8 8 8	Internalität Externalität (Machtlosigkeit) Externalität (Fatalismus)	5 5 5	Internalität Externalität (Machtlosigkeit) Externalität (Fatalismus)
SVF [F5]	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	Bagatellisierung Herunterspielen durch Vergleich mit anderen Schuldabwehr Ablenkung von Situationen Ersatzbefriedigung Suche nach Selbstbestätigung Situationskontrollversuche Reaktionskontrollversuche Positive Selbstinstruktion Bedürfnis nach sozialer Unterstützung Vermeidungstendenz Fluchttendenz	4 6 2 5 -- 5 4 4 3 -- 6 4	Bagatellisierung Herunterspielen durch Vergleich mit anderen Schuldabwehr Ablenkung von Situationen -- Suche nach Selbstbestätigung Situationskontrollversuche Reaktionskontrollversuche Positive Selbstinstruktion -- Vermeidungstendenz Fluchttendenz

Fortsetzung Tab. 5.2-2	6 6 6 6 6 6 6	Soziale Abkapselung Gedankliche Weiterbeschäftigung Resignation Selbstbemitleidung Selbstbeschuldigung Aggression Pharmakaeinnahme	-- -- 2 6 -- -- --	Resignation Selbstbemitleidung
HAKEMP [F6]	12 12 12	Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung Handlungsorientierung bei der Tätigkeitsausführung	9 8 --	Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung
TAS [F7]	7 5 6	Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen Extern orientierter Denkstil	4 4 --	Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
FERUS [F8]	12 12 7 9 6 10 10	Veränderungsmotivation Coping Selbstbeobachtung Selbstwirksamkeit Selbstverbalisation Hoffnung Soziale Unterstützung	12 9 7 7 -- -- --	Veränderungsmotivation Coping Selbstbeobachtung Selbstwirksamkeit

* Alle Items der nachfolgend genannten Inventare sind im Anhang F gelistet: HAKEMP= Handlungs- / Lage-Orientierung; IPC= Kontrollüberzeugung; SESA= Selbstakzeptierung; SVF= Stress- Verarbeitung; SWE=Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung; TAS= Affektive Reflexionsvermeidung; FERUS=Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten.

Mit der Prä-Messung (s. Tab. 5.2-3) erhielten die Probanden die psychodiagnostische Fragebogenbatterie (s. Anhang F) und den soziodemografischen Fragebogen (s. Anhang E). Außerdem wurde ihnen eine Einwilligungserklärung (s. Anhang G) für die Speicherung und Verarbeitung ihrer Daten vorgelegt. Vor und nach der Rehabilitation CONTROL erhielten die Probanden jeweils die komplette Fragebogenbatterie (Prä- und Post-Messung (1). Teilnehmer des Programms REAL erhielten zudem nach Abschluss ihres Programms erneut die komplette Testbatterie, die sogenannte Post-Messung (2).

Die Vorgeschichtsdaten (s. Anhang D) der Klienten wurden, anhand des MPU-Gutachtens, von den Verkehrstherapeuten erhoben. Fehlende Angaben wurden direkt beim Klienten erfragt.

Alle ausgefüllten Erhebungsinstrumente und Einwilligungserklärungen wurden von den Verkehrstherapeuten zwischen Januar 2007 und Januar 2010 an die Impuls GmbH – Zentrale geschickt, deren Mitarbeiter alle Erhebungsinstrumente zu festgelegten Terminen (Rücklauf) an den Projektleiter schickten.

Tab. 5.2-3: Überblick Messinstrumente und Messzeitpunkte des Rehabilitationsprogramms COREA-B.

	Messzeitpunkte	Messinstrumente*
Prä - Messung	Vor der ersten Sitzung (BASIS-A).	VOD, DEMO, SWE, SESA, IPC, SVF, HAKEMP, TAS, FERUS, IVR-A
Post - Messung (1)	Nach der letzten Sitzung (CONTROL).	SWE, SESA, IPC, SVF, HAKEMP, TAS, FERUS, IVR-A
Post - Messung (2)	Nach der letzten Sitzung (REAL).	SWE, SESA, IPC, SVF, HAKEMP, TAS, FERUS, IVR-A

* DEMO= Soziodemografische Angaben (s. Anhang E); VOD= Vorgeschichtsdaten (s. Anhang D); Psychodiagnostik (s. Anhang F); HAKEMP= Handlungs- / Lage- Orientierung; IPC= Kontrollüberzeugung; IVR-A= Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation – ALKOHOL; SESA= Selbstakzeptierung; SVF= Stress-Verarbeitung; SWE= Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung; TAS= Affektive Reflexionsvermeidung; FERUS=Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten.

5.2.3. Dateneingabe und Datenauswertung

Die Dateneingabe erfolgte jeweils direkt im Anschluss an den Datenrücklauf zum Projektleiter. Durch die unverzügliche Eingabe der Daten konnten diese gleichzeitig auf Vollständigkeit hin überprüft werden, d.h. fehlende Einwilligungserklärungen, nicht mitgeteilte MPU-Ergebnisse usw. konnten somit den Verkehrstherapeuten zeitnah rückgemeldet werden, sodass die fehlenden Informationen und Dokumente nachträglich von den Klienten eingeholt werden konnten.

5.2.4. Datenschutz

Alle psychodiagnostischen Fragebögen wurden in Kuverts geliefert und konnten somit nach der Beantwortung der Fragen von den Klienten verschlossen werden, sodass weder die Verkehrstherapeuten noch andere Mitarbeiter der Impuls GmbH Einsicht in die Antworten der Probanden erlangen konnten. Es wurden nur die Fragebögen ausgewertet und gespeichert, für die dem Projektleiter eine Einwilligungserklärung (s. Anhang G) des Teilnehmers vorlag.

Vor der Eingabe und Weiterverarbeitung der Daten beim Projektleiter erhielten alle gelieferten Fragebögen, von einer vom Projektleiter autorisierten Person, eine Kennnummer. Dadurch konnten sowohl die Einwilligungserklärungen als auch alle personenbezogenen Angaben von den Fragebögen entfernt und die Inventare somit anonymisiert der Auswertung zugeteilt werden.

5.3. Messung der Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme

Nachfolgend wird die Vorgehensweise der Wirksamkeitsmessung anhand psychodiagnostischer Instrumente beschrieben. Die psychodiagnostischen Testverfahren werden dabei ausführlich erläutert.

5.3.1. Die medizinisch-psychologische Untersuchung

Die MPU wird von der Fahrerlaubnisbehörde (i.d.R. die Führerscheinstelle des zuständigen Landesamtes) angeordnet und von einer Begutachtungsstelle für Fahreignung (BfF) (früher: Medizinisch-Psychologische Untersuchungsstelle) durchgeführt. Diese sogenannten MPU-Unternehmen unterliegen der regelmäßigen Kontrolle der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und sind zur Einhaltung umfangreicher gesetzlicher Bestimmungen verpflichtet. Damit kann die MPU als aussagekräftiges externes Kriterium für die Darstellung der Wirksamkeit der Rehabilitationsprogramme BASIS-A, CONTROL und REAL angesehen werden.

5.3.2. Psychodiagnostische Testverfahren

Neben der Erhebung der Stichprobenmerkmale mittels Vorgeschichtsdaten und soziodemografischen Angaben wurden psychodiagnostische Testverfahren eingesetzt. Die eingesetzten Fragebögen sind innerhalb der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung etabliert und hinreichend validiert. Auf alkohol- und verkehrsspezifische Instrumente wurde wegen der Gefahr sozial erwünschtem Antwortverhaltens verzichtet. Stattdessen wurde, in Zusammenarbeit mit den Verkehrstherapeuten, ein eigens aus der verkehrspsychologischen Praxis konstruierter Fragebogen (IVR-A) entwickelt, der Einstellungsänderung und Wissenszuwachs der Klienten erfragen sollte. Bei allen Skalen sollte aber eine Relevanz für psychische Prozesse bei alkoholauffälligen Kraftfahrern gegeben sein.

5.3.2.1. Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die *Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) ist über 20 Jahre hinweg in redaktionell nur leicht veränderten Versionen eingesetzt worden. Die verwendeten Items in dieser Studie entsprechen der aktuellsten Version. Die Skala SWE wird bei Erwachsenen und Jugendlichen eingesetzt (12 Jahre bis ins hohe Alter). Sie dient der Persönlichkeitsdiagnostik auf Gruppenebene.

Die Skala SWE ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 10 Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Es misst die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Das Instrument ist auf der Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy) entstanden, das Bandura erstmalig 1977 formuliert hatte und das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1977) ausmacht. Es ist als ein situations-spezifisches Konstrukt gedacht, wobei der Grad an Spezifität variieren kann. Allgemeine SWE stellt dazu einen extremen Pol dar und beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserwartungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt. Die Skala SWE misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. Die Skala SWE soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen (Jerusalem, 1990; Schwarzer, 1994).

Es handelt sich um eine eindimensionale Skala von 10 Items. Im Laufe von zwei Jahrzehnten haben zahlreiche Studien gute psychometrische Kennwerte für die Skala hervorgebracht. Beim Vergleich von 23 Nationen streuten die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) zwischen $\alpha = ,76$ und $\alpha = ,90$, in allen deutschen Stichproben zwischen $\alpha = ,80$ und $\alpha = ,90$. Kriterienbezogene Validität ist gegeben durch zahlreiche Korrelationsbefunde mit anderen relevanten Variablen. Es gibt enge positive Zusammenhänge zum dispositionalen Optimismus und zur Arbeitszufriedenheit und enge negative Zusammenhänge zu Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzungen (Bedrohung, Verlust), usw. (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

5.3.2.2. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

Der *Stressverarbeitungsfragebogen* (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) erfasst Stressverarbeitungsstrategien, die eine Person einsetzt, weil sie glaubt, damit Zustände übermäßiger psychischer und somatischer Erregung in Folge von äußeren oder inneren, geplanten oder außerplanmäßigen Ereignissen zu reduzieren. Diese können aktionaler Art (Handlungen) und intrapsychischer Art (Gedanken, Vorstellungen, etc.) sein. Der Fragebogen erfasst dabei situationsunabhängige Verhaltensweisen des Probanden, die dieser unabhängig von ihrer Funktionalität zur

Bewältigung von Stress etabliert hat, d.h. es kann sich durchaus um dysfunktionale Verhaltensweisen handeln.

Von den ursprünglich 19 Skalen des Fragebogens wurden für die Evaluationsstudie 12 mit je 2 bis 6 Items ausgewählt (s. Anhang F5), die sich bereits bei Ising et al. (2001) für eine Reduktion der Datenstruktur in Form einer Faktorenanalyse als geeignet erwiesen hatten. Für jedes Item, bei denen es sich um mögliche Reaktionen auf allgemein formulierte Stresssituationen handelt, schätzen die Probanden die Wahrscheinlichkeit ihrer Reaktionen auf einer 5-stufigen Skala von 0 = gar nicht, bis 4 = sehr wahrscheinlich, ein. Die ausgewählten Skalen, mit Beispielantworten auf die vorgegebene Stresssituation: „Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...“ lauten:

- *Bagatellisierung*: „...sage ich mir, alles ist halb so schlimm.“
- *Herunterspielen durch Vergleich mit anderen*: „... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.“
- *Schuldabwehr*: „...sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen.“
- *Ablenkung von Situationen*: „...lenke ich mich irgendwie ab.“
- *Suche nach Selbstbestätigung*: „...verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten.“
- *Situationskontrollversuche*: „...überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau.“
- *Reaktionskontrollversuche*: „...sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.“
- *Positive Selbstinstruktion*: „...sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben.“
- *Vermeidungstendenz*: „... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen.“
- *Fluchttendenz*: „...versuche ich, mich der Situation zu entziehen.“
- *Resignation*: „...bin ich deprimiert.“
- *Selbstbemitleidung*: „...frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste.“

Die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) der Subtests des SVF liegen zwischen $\alpha = ,66$ und $\alpha = ,92$. Die Wiederholungszuverlässigkeit (nach ca. 4 Wochen) liegen zwischen $\alpha = ,69$ und $\alpha = ,86$. Die Konstrukt-Validität zeigt, dass die durch den SVF erfassten Stressverarbeitungsmaßnahmen zeitlich stabil sind und mindestens für

vorgestellte Belastungssituationen hohe intersituative Konsistenz bzw. Situationsgeneralität aufweisen. Die Vorhersage-Validität weist, trotz Einschränkungen, stabile Korrelationen in der erwarteten Richtung mit den erlebten Belastungsreaktionen in realen Belastungssituation aus und auch die Beziehungen zwischen den erfassten Bewältigungsstrategien und den in realen Belastungssituationen angewandten Bewältigungsstrategien sind über mehrere Bedingungen (Situationen, Stichproben) reproduzierbar (Janke et al., 1985).

5.3.2.3. Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg (HAKEMP)

Der Test *Handlungskontrolle nach Erfolg und Misserfolg* (HAKEMP) von Kuhl (1990) stellt innerhalb unterschiedlicher Rahmenbedingungen eine aktive Handlungs-Orientierung einer passiven Lage-Orientierung gegenüber. Hieraus kann auf die Veränderungsmotivation der Klienten geschlossen werden. Personen, die dazu tendieren, ihre Probleme eher als gegeben hinzunehmen und zu ertragen, werden aus eigener Initiative kaum Anstrengungen in Richtung einer konsequenten Problemlösung unternehmen.

Der Test (s. Anhang F6) umfasst zwei Skalen zwischen 8 bis 9 Items, die eine bestimmte Situation beschreiben, zu der zwei Antwortmöglichkeiten bestehen. Die eine steht für Handlungs-Orientierung, die andere für Lage-Orientierung und der Proband soll durch Ankreuzen deutlich machen, welche eher auf ihn zutrifft. Für die handlungsorientierte Antwort wird ein Punkt vergeben, für die lageorientierte Antwort nicht, sodass maximal zwischen 8 und 9 Punkte für die entsprechende Skala erreicht werden können. Je höher der Punktwert, desto höher die Handlungs-Orientierung des Probanden. Die beiden Skalen lauten:

- *Handlungsorientierung nach Misserfolg*: erfasst, ob sich eine Person nach einem Misserfolg oder einem unangenehmen Ereignis noch lange mit diesem gedanklich beschäftigt, oder schnell zu anderen Aktivitäten übergehen kann. Beispiel: „Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird...a)...lasse ich mich davon nicht lange beirren. b)...bin ich zuerst wie gelähmt.“
- *Handlungsorientierung bei der Handlungsplanung*: erfasst, ob eine Person Schwierigkeiten hat, eine Handlung, die sie sich vorgenommen hat, auch zu beginnen. Beispiel: „Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste...a)... dann fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen. b)... fange ich meist ohne weiteres an.“

Beide Skalen weisen eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs alpha) zwischen $\alpha = ,70$ und $\alpha = ,82$ auf (Kuhl und Kázan, 1997).

5.3.2.4. Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)

Der *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen* (Krampen, 1981) misst, in welchem Ausmaß eine Person ihr Verhalten als selbst gesteuert bzw. Verhaltensfolgen als selber verursacht erlebt. Dies ist die kognitive Voraussetzung für eine internale Problemsicht sowie für die Bereitschaft, Veränderungen bei sich selbst durchzuführen. Eine Person, die andere oder Zufälle als Ursache ihrer Schwierigkeiten ansieht, wird kaum bereit sein, ihr eigenes Verhalten zu verändern. Der IPC umfasst drei Skalen mit jeweils fünf Items (s. Anhang F4):

I-Skala: Internalität, d.h. die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt, z.B.: „Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.“ Ein niedriger Wert auf dieser Skala bedeutet ein geringes Maß an Selbstbestimmung, ein sehr hoher deutet dagegen auf Selbstüberschätzung hin.

P-Skala: Externalität, die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigeren) Personen, z.B. „Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.“ Ein hoher Wert auf dieser Skala steht dafür, dass sich eine Person als machtlos und abhängig von anderen Personen erlebt.

C-Skala: Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen, z.B.: „Ich habe oft einfach keine Möglichkeit, mich vor Pech zu schützen.“ Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet, dass sich eine Person als dem Schicksal ausgeliefert erlebt.

Die interne Konsistenz (Formula 8 nach Kuder-Richardson) der Skalen liegt zwischen $r = ,91$ und $r = ,98$, die Testhalbierungs-Reliabilität zwischen $r = ,55$ und $r = ,80$ und die Test-Retest-Reliabilität zwischen $r = ,78$ und $r = ,90$. Die Validität ist durch

Gruppenvergleiche, die Beziehung der Skalen zu anderen Persönlichkeitsmerkmalen und durch Faktorenanalysen gesichert (Krampen, 1981).

5.3.2.5. Toronto- Alexithymie- Skala- 26 (TAS-26)

Die *Toronto-Alexithymie-Skala-26* (TAS-26) von Kupfer, Brosig und Brähler (2001) erfasst, inwieweit eine Person Zugang zu ihren eigenen Empfindungen hat, d.h. diese wahrnehmen, sprachlich ausdrücken und damit psychisch verarbeiten kann. Von den 4 TAS-26 Skalen wurden 2 mit jeweils 4 Items für die Evaluation ausgewählt (s. Anhang F7). Die Items sind als Aussagen formuliert und sollen vom Probanden in fünffacher Abstufung von 1= trifft gar nicht zu, bis 5 = trifft völlig zu, hinsichtlich ihres Zutreffens eingeschätzt werden. Die Skalen erfassen folgende Dimensionen:

- *Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen:* Hohe Werte sprechen dafür, dass der Klient Schwierigkeiten hat, eigene Gefühle und deren physiologische Begleiterscheinungen in adäquater Weise wahrzunehmen. Im Extremfall ist er nicht in der Lage, emotionale und begleitende physiologische Veränderungen adäquat einzuordnen (4 Items, z.B.: „Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin“).
- *Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen:* Hohe Werte in dieser Skala deuten somit auf Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin, da ein Teil der Kommunikation eingeschränkt oder im Extremfall fehlend ist, d.h. den Probanden fällt es schwer, ihre Emotionen zu zeigen und zu beschreiben (4 Items, z.B.: „Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden“).

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der einzelnen Skalen liegt zwischen $\alpha = ,67$ und $\alpha = ,84$. Die dreifaktorielle Faktorenlösung (in der Originalversion) entspricht der, die auch in einer englischsprachigen Studie berichtet wurde. Außerdem gibt es eine Vielzahl von Hinweisen auf die Konstruktvalidität, so z.B. Zusammenhänge mit verschiedenen Skalen des Leipziger Stimmungsfragebogens und des FBeK, die der Erwartung entsprachen (Kupfer et al., 2001).

5.3.2.6. Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)

Die *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung* (SESA) von Sorembé und Westhoff (1985) erfasst das Selbstwerterleben, welches sich als ein globaler Maßstab für die im Rahmen einer Intervention erzielten Veränderungen bewährt hat, d.h.

Therapieerfolge korrelieren positiv mit hohen Werten des Selbstwörterlebens. Eine Person, die sich als ausreichend kompetent einschätzt, ihre Probleme zu lösen, wird sich selbst im Vergleich zu einem Zeitpunkt, an dem sie dazu nicht in der Lage war, als „wertvoller“ erleben.

Das Inventar besteht aus 10 Items (s. Anhang F3), zu denen die Probanden in fünf Abstufungen ihre Zustimmung, bzw. ihre Ablehnung ausdrücken können, z.B.: „Ich glaube, ich bin ziemlich schwierig.“ Maximal können 50 Punkte erreicht werden. Je höher der Punktwert, desto größer die Selbstakzeptanz des Klienten.

Die interne Konsistenz (Formula 20 nach Kuder-Richardson) des Tests liegt bei $r = ,83$. Entsprechend der zugrunde liegenden Theorie haben Erwachsene im Durchschnitt höhere Werte in der Selbstakzeptierung als Jugendliche, Nicht-Klienten wesentlich höhere Werte als Depressive (Sorembe und Westhoff, 1985).

5.3.2.7. Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS)

Mit FERUS (s. Anhang F8) liegt ein Messinstrument vor, welches gesundheitsrelevante Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten erfasst. Basierend auf der Annahme von Antonovsky (1979, 1987), wonach gesundheitsrelevante Ressourcen den Gesundheitszustand beeinflussen und unter Berücksichtigung der Selbstmanagement-Therapie nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) wurden sieben verschiedene Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten auf Skalenebene (vgl. Tab. 5.2-2) zu einem Fragebogen, mit insgesamt 66 Items, zusammengestellt. Von diesen Skalen wurden die Skalen *Veränderungsmotivation*, *Coping*, *Selbstbeobachtung*, und *Selbstwirksamkeit* für die vorliegende Studie ausgewählt:

- Die Items der Skala *Veränderungsmotivation* spiegeln die drei Komponenten der Änderungsmotivation nach Kanfer et al. (1996) wieder: a) es existiert ein negativer Ausgangszustand; b) es existiert ein noch nicht realisierter positiver Zielzustand und c) es existieren potentielle Mittel und Wege vom Ausgangszustand zum Zielzustand zu gelangen.
- Die Items der Skala *Coping* spiegeln sowohl aktives Coping im Sinne der Veränderung der Situation als auch passives Coping im Sinne einer Anpassung an die Situation wieder. Grundlage bildeten auch hier die Ausführungen von Kanfer et al. (1996).
- Die Items der Skala *Selbstbeobachtung* wurden konstruiert auf dem Hintergrund des Erkennens kritischer Situationen und von Hinweisreizen, die

zu negativen Konsequenzen führen (Kanfer et al., 1996). Ein Item wurde der deutschsprachigen Form des Self-Control-Schedule (SCS-D; Jacobi, Brand-Jacobi, Westenhöfer & Weddige-Diedrichs, 1986) entnommen.

- Die Items der Skala Selbstwirksamkeit sind angelehnt an den Fragebogen Allgemeine Selbstwirksamkeit-Kurzform (WIRKALLI-K) von Jerusalem und Schwarzer (1986). Es sollen Überzeugungen subjektiver Kontrollierbarkeit bzw. Kompetenzerwartungen in verschiedenen Anforderungssituationen (Jerusalem & Schwarzer, 1986) erfasst werden.

Die ermittelte Profilreliabilität über alle Skalen ist mit $rt_{\text{prof}} = ,74$ als befriedigend zu bewerten. Im Rahmen kriterienbezogener Validitätsstudien liegen für jede Skala Korrelationskoeffizienten mit konstruktähnlichen (konvergente Validität) und konstruktfernden (diskriminative Validität) Skalen vor.

Die Untersuchung zur faktoriellen Validität zeigte einen Hauptfaktor, der die Items der Skalen Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstverbalisation und zum Teil Selbstbeobachtung sowie Hoffnung repräsentiert. Die Skalen Veränderungsmotivation, soziale Unterstützung und mehrere Items der Skala Hoffnung zeigten sich faktoriell eigenständig und homogen.

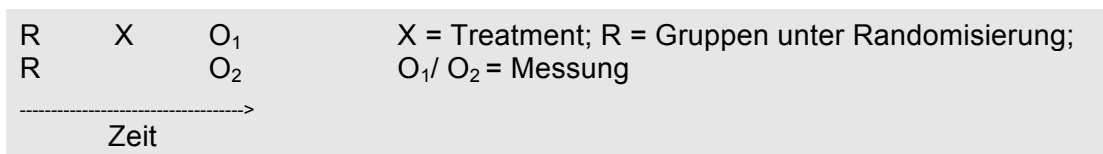
Die Interskalenkorrelationen ergaben sehr hohe Ergebnisse zwischen den Skalen Coping und Selbstverbalisation ($r = ,82$) sowie Selbstwirksamkeit ($r = ,87$). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Skala Coping ein ähnliches Persönlichkeitsprofil erfasst wie die anderen beiden Skalen.

5.3.3. Einstellungsänderung und Wissenszuwachs: Inventar Verkehrspsychologische Rehabilitation, Alkohol (IVR-A)

Um die Einstellungsänderungen und Wissenszuwachs bei den Klienten zu erfassen, wurde im Rahmen der Evaluationsstudie ein neues Messinstrument konstruiert, welches einen direkten Bezug zur Alkoholproblematik und zur Teilnahme am Straßenverkehr aufweisen sollte. Hierfür wurden halbstandardisierte Fragebögen an die Verkehrstherapeuten verteilt und auf Grundlage der Antworten Items konstruiert, die in einem nächsten Schritt von Experten hinsichtlich Plausibilität, Verständlichkeit, sozialer Erwünschtheit und Eindeutigkeit überprüft wurden. Letztendlich resultierten aus diesen Analysen 10 Items zur Erfassung der Einstellungen zum Alkohol im Straßenverkehr (s. Anhang F9).

5.4. Kontrollgruppen- Problematik

Um die Wirksamkeit von Kursangeboten, Rehabilitationen oder therapeutischen Programmen zu belegen werden häufig sogenannte Experimentalgruppen mit (vermeintlichen) Kontrollgruppen in Beziehung gesetzt. Ein solches Design soll die Wirksamkeit belegen. Auch im Bereich der verkehrspsychologischen Rehabilitation und Kursen zur Wiederherstellung der Krafftfahreignung gemäß § 70 FeV wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Untersuchungen dargestellt, denen ein solches (wissenschaftliches) Vorgehen zugrunde liegt. Dieses hatte zur Folge, dass z.T. polemische Diskussionen und Stellungnahmen zur Validität dieser Kontrollgruppen erfolgten. Meist wurden Kontrollgruppen herangezogen, die hinsichtlich wichtiger soziodemographischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Blutalkoholkonzentration etc.) parallelisiert wurden. Weiterhin war es wichtig, dass die Kriteriumsvariable (z.B. Legalbewährung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes) vergleichbar war. Ferner musste gewährleistet werden, dass nicht unterschiedliche Treatmentbedingungen miteinander konfundiert waren. So versprach man sich, die Wirksamkeit der verkehrspsychologischen Programme zu belegen. Dieses ist nach Meinung der Autoren immer noch ein notwendiges Bestreben. Jeder Ansatz, Licht in das Dunkel der Wirksamkeitsfaktoren zu bringen, ist wichtig. Allerdings verfolgen die Autoren einen anderen (ergänzenden) Ansatz. Es wird hierbei per se auf die Bestimmung einer solchen Kontrollgruppe verzichtet. Stattdessen werden die Ergebnisse in Relation zu bereits bestehenden Programmen gesetzt. Dahinter stehen folgende Überlegungen: Die Messung individueller kausaler Effekte (ICE) ist grundsätzlich nur möglich, wenn auch eine Kontrollgruppe erhoben wird. Im Gegensatz zur *one-shot-Fallstudie*, in der nur Veränderungen durch die „Manipulation“ (z.B. Rehabilitationsprogramme) gemessen werden, haben sog. Nur-Nachtest-Kontrollgruppendesigns den Vorteil, die Minimalforderungen an einen echten experimentellen Versuchsplan zu erfüllen. Ein solches Design sehe dann folgendermaßen aus:

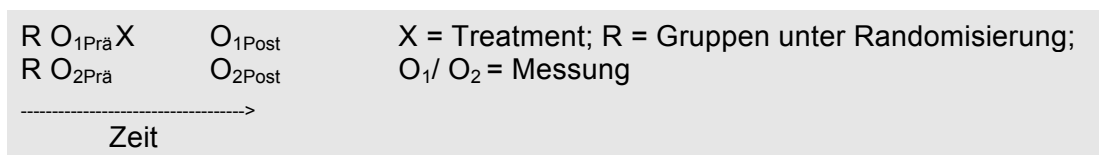


Allerdings setzt ein solches Vorgehen unbedingt eine Zuordnung in Kontroll- und Treatmentgruppe per Randomisierung voraus. Ist dieses nicht der Fall, kann auf keinen Fall von Wirksamkeit oder Kausalitäten gesprochen werden.

Mit der vorliegenden Studie befinden wir uns allerdings nicht im Bereich von Laborexperimenten, sondern können hier allenfalls von einem Ex-post-facto-Experiment bzw. Feldexperiment sprechen. Von daher ist eine randomisierte Zuordnung aus methodischen Gründen unmöglich. Matchingprozeduren können dabei helfen, die fehlende Randomisierung zu kompensieren:

1. Matchingprozeduren stellen eine gezielte Zuordnung von bestimmten Untersuchungseinheiten zu Experimental- und Kontrollgruppe dar.
2. Ihr Ziel ist es, dafür Sorge zu tragen, dass Experimental- und Kontrollgruppen vor dem Treatment gleich sind.
3. Reine Matchingprozeduren sind immer ein schlechteres Substitut einer Randomisierung.
4. Matching kann jedoch mit Randomisierung kombiniert werden, beispielsweise in der Form, dass nach der Bildung von gleichartigen Paaren innerhalb dieser Paare wiederum nach Zufall entschieden wird, welcher der Partner in Experimental- oder Kontrollgruppe zugewiesen wird.

Ist eine Randomisierung nicht möglich oder die Gefahr, dass Fehler in der Randomisierung auftreten eher hoch, kann die Wirkung der Intervention (Treatment) nur noch bestimmt werden, wenn eine Vormessung in beiden Gruppen stattfindet. Damit „erkauft“ man sich allerdings das Problem, dass nun nicht sicher ist, ob die Unterschiede beider Gruppen auf die Intervention zurückzuführen ist oder aber auf die Vormessung. Ein solches Design würde dann folgendermaßen aussehen:

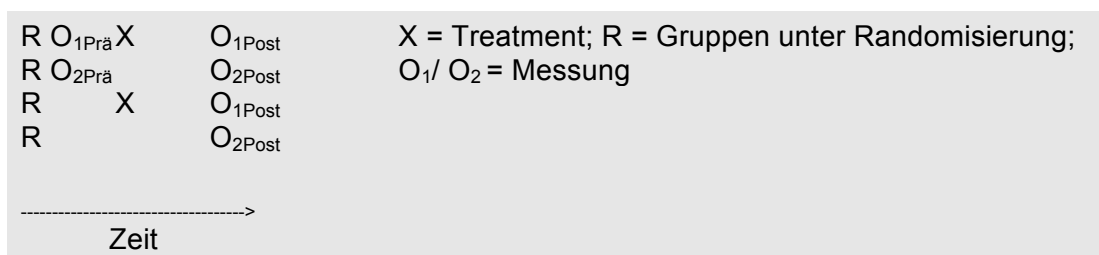


Grundsätzlich ist es wichtig, die (mögliche) Beeinträchtigung der internen und externen Validität zu berücksichtigen:

1. Experimental- und Kontrollgruppe sind *nicht wirklich gleich*, sondern unterscheiden sich (Fehler der Zuweisungsprozedur).
2. Endogene Faktoren können Einfluss auf abhängige Variable (AV) haben. Probanden verändern sich während des Untersuchungszeitraums in der AV, ohne dass dies auf die unabhängige variable (UV) zurückzuführen wäre (z.B. Entwicklungsprozesse, die nichts mit dem Treatment zu tun haben).

3. Externale Faktoren können, unabhängig vom Treatment, Einfluss auf die AV haben (z.B. Faktoren, die nicht unter unserer Kontrolle liegen, beispielsweise unterschiedliche Kontrollgruppen).
4. Teilnehmer der Experimental- und/oder Kontrollgruppe wissen etwas über das Treatment bzw. Treatmentunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe und werden in ihren Reaktionen dadurch (und nicht durch das Treatment) beeinflusst.
5. Veränderungen in der AV stehen zwar in Zusammenhang mit dem Treatment, aber der *dahinter liegende Prozess ist ein anderer* als der durch die Forscher hypostasierte (*Treatment misidentification*). z.B. Versuchsleitereffekte.
6. Die externe Validität betrifft vor allem die Frage der Verallgemeinerbarkeit der gefundenen Effekte. Ein wesentlicher Faktor, welcher die externe Validität beeinflusst besteht darin, dass die identifizierten Effekte der UV auf die AV von Kontextbedingungen abhängig sind. Hierbei handelt es sich um so genannte Interaktionseffekte (Zusammenwirken von AV und einer weiteren Variable):
 - AV wirkt unter der Bedingung x, aber nicht unter der Bedingung y;
 - AV wirkt unter der Bedingungen x in Form a, unter der Bedingung y in Form b.

Die beste Variante stellt der sog. Solomon-Vier-Gruppen-Plan dar. Durch diese experimentelle Anordnung kann sowohl die Randomisierung geprüft werden als auch die Effekte von Intervention und Vormessung bestimmt werden:



Wir sind der Meinung, dass das externe Kriterium *MPU-Ergebnis* ein wichtiges Kriterium zum Nachweis der Wirksamkeit von Rehabilitationsprogrammen ist.

Ein derartiges Kriterium darf unserer Meinung nach jedoch nicht als alleiniges Kriterium herangezogen werden, aus folgenden Gründen:

1. Ein Vergleich mit MPU-Bestehensquoten aus anderen Rehabilitationsprogrammen beinhaltet die Gefahr gemeinsamer Fehlervarianz: Beide Rehabilitationsprogramme weisen sehr geringe negative Ergebnisse auf. Woran kann das liegen?
 - Sie sind beide wirksam!? Ein Rehabilitationsprogramm ist wirksamer als das andere!?
2. Spontanremissionen können nicht widerlegt werden: Derartige Rehabilitationsprogramme haben lediglich einen bestrafenden Charakter, die Inhalte spielen keine Rolle = Es wirkt, aber keiner weiß warum!?
3. Prozesse können nicht verfolgt werden: Rehabilitationsprogramme fungieren als *Black-Box*. Lediglich der *Output* wird erfasst. Eingangsvoraussetzungen und psychische, kognitive sowie behaviorale Prozesse und Veränderungen können nicht erfasst und somit auch nicht belegt werden.

Darüber hinaus ist der Einsatz multipler Messungen wichtig, um die oben beschriebenen Validitätsprobleme zu kompensieren.

Ein Vorgehen nach dem Solomon-Vier-Gruppen-Plan wäre demnach für unser Forschungsanliegen optimal. Durch die Erhebung zusätzlicher psychodiagnostischer Variablen können wir die weiteren Validitätsprobleme in angemessener Form kompensieren. Allerdings zeigen unsere Ausführungen auch, dass die oben beschriebenen Matchingbedingungen erfüllt sein müssen, um tatsächlich die Wirksamkeit des Rehabilitationsprogramms „kausal“ zu belegen.

Experten sind sich insgesamt einig, dass eine Kontrollgruppe in dem von uns untersuchten Bereich nur schwer zu realisieren ist. Aus diesen Gründen verzichten wir auf eine Kontrollgruppe und wählen stattdessen ein anderes Vorgehen: Die MPU-Bestehensquoten unserer Untersuchung werden mit denen anderer aus früheren Untersuchungen verglichen.

Dieser Weg ist ein Kompromiss. Er ist jedoch vor allen Dingen vor dem Hintergrund eines ökonomischen Vorgehens ein vertretbarer.