

Entwicklung des Manuals

Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen bietet breit gefächerte Hilfsmöglichkeiten für Patienten mit einer Suchterkrankung an. Dabei werden sowohl Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung als auch mit einem Missbrauch von Suchtmitteln angesprochen. Schaltstelle des Suchtbereichs ist die Suchtambulanz, welche die Patienten auf die Entgiftungsstation oder auf die Psychotherapiestation vermittelt. Dort wird eine Kurzzeitbehandlung für Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit und einer komorbiden psychischen Störung angeboten. Nach den stationären Behandlungen stehen ambulante Unterstützungsangebote sowie eine Tagesklinik für Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung als weitere Bestandteile der Suchtkrankenhilfe zur Verfügung. Dieses Manual entstammt dem in der Tübinger Universitätsklinik angewendeten psychoedukativen und psychotherapeutischen Gruppentherapieprogramm für substanzbezogene Störungen aus den Bereichen Alkohol, Medikamente, Cannabis und andere illegale Drogen.

Qualifizierte Entgiftung

Die qualifizierte Entgiftung bezeichnet einen Prozess, der - außer der somatischen Behandlung des Entzugssyndroms - auf die Schaffung und Förderung einer Abstinenzmotivation ausgerichtet ist. Ziel ist neben einer Stabilisierung eines abstinenter Verhaltens die Vermittlung in eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Mittel im Rahmen der qualifizierten Entgiftung sind angesichts der begrenzten Zeit, die dem Patienten seitens der Kostenträger in psychiatrischen Einrichtungen gewährt wird, auf Techniken der motivierenden Gesprächsführung und Psychoedukation beschränkt.

Bei der Psychoedukation steht die Wissensvermittlung über Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltende Faktoren der Suchterkrankungen im Vordergrund. Die Patienten erhalten Informationen über ihre Erkrankung, die sie brauchen, um in Zukunft verantwortungsvoll mit ihr umzugehen. Die funktionale Bedeutung des Konsums und der dysfunktionalen Lebensstile werden in den Mittelpunkt gestellt. Oft muss der unspezifische Wunsch nach einem »neuen Leben« konkre-

tisiert werden: Was möchte der Patient durch seine Abstinenz erreichen? Welche Dinge zeichnen die Abstinenz für ihn aus? Nicht zuletzt sollen die Betroffenen Werkzeuge an die Hand bekommen, die sie für den Erhalt ihrer Abstinenz einsetzen können. Diese Werkzeuge umfassen allgemeine Kompetenzen zur kognitiven Arbeit sowie spezielle Fertigkeiten zum Umgang mit dem Suchtmittel. Strategien zur Verhinderung weiterer Rückfälle und die Bewältigung bisheriger Rückfallereignisse haben ihren festen Platz in der qualifizierten Entgiftung.

Patientenkollektiv und Behandlungssetting

Die Zusammensetzung stationärer und tagesklinischer Patientengruppen kann sehr heterogen sein. Sowohl Alkohol- als auch Drogenabhängigkeit sind eine Indikation für die Aufnahme einer Behandlung. Tagesklinische Behandlungskonzepte nehmen auch in der suchtspezifischen Therapie zu. Laut Lotz-Rambaldi und Kollegen (2002) ist eine tagesklinische Rehabilitationsbehandlung für alkoholranke Menschen im Vergleich zum vollstationären Angebot bezüglich wesentlicher Outcome-Variablen wie Reduktion psychischer Belastung, Abstinenzquoten und Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durchaus vergleichbar. Die Heterogenität der Gruppe hat dabei große Vorteile.

Beispiele:

- Erleichterung der Perspektivenübernahme bei Patienten, die noch sehr bagatellisierend sind
- Patienten, die auf eine lange Suchtkarriere zurückblicken, können diejenigen, die sich erstmalig in Behandlung befinden, aus der Sicht des Betroffenen gut und glaubwürdig auf typische Denkfehler, Rationalisierungen und Bagatellisierungstendenzen hinweisen
- Verschiedene Substanzen können verschiedene Aspekte einer Abhängigkeitserkrankung hervorheben. So finden wir im Bereich Alkohol eine Vielzahl körperlicher Schäden als Beispiel für negative Folgen des Konsums. Berichte von opiatabhängigen Patienten verdeutlichen das Konstrukt des Suchtdrucks usw.

Das vorliegende Behandlungsprogramm kann in allen Stadien einer Suchterkrankung vermittelt werden.

Patienten, die sich zwar Sorgen um ihren eskalierten Alkoholkonsum machen, sich aber noch nicht von einem Suchtmittel abhängig ansehen, junge Menschen, die mittlerweile auf ihren Cannabiskonsum nicht mehr verzichten können, aber von der Umgebung zu einer Behandlung aufgefordert werden und Patienten, die wiederholt zur Entgiftung von Alkohol oder Drogen und einer weiteren Behandlung vorstellig werden, können profitieren. Auch substituierte Personen, die einen Beikonsum von Alkohol, Benzodiazepinen oder illegalen Substanzen entwickelt haben

und therapeutische Hilfe brauchen, um auf diesen wieder verzichten zu können, können das Gruppenangebot sinnvoll nutzen.

Günstig sind niedrighschwellige Behandlungsangebote, in die Betroffene schnell aufgenommen werden und wo sie Kriseninterventionen zur Rückfallabwehr oder Rückfallunterbrechung durchlaufen können. Eine tagesklinische Behandlung kann nicht stattfinden, wenn starke körperliche Entzugszeichen zu erwarten oder in der Vorgeschichte ein Entzugsdelir oder ein Krampfanfall aufgetreten sind.

Eine Herausforderung, aber ebenso auch eine Chance, für die Patienten in einer ambulanten oder teilstationären Therapie ist der Umgang mit den Tages- und Nachtstunden, in denen keine Behandlung stattfindet. Sie müssen eigenverantwortlich mit ihrem Abstinenzbemühen umgehen. Das hilfreiche Element an dieser Herausforderung ist, dass die Betroffenen in der Therapie erlernte Strategien zur Rückfallprophylaxe sowie zur Rückfallbewältigung und ihre Notfallpläne erproben können. Die »Käseglocke«, die Patienten in stationären Behandlungen oft bemängeln, gilt hier nur bedingt. Eindrücklich ist das Beispiel eines unserer substituierten Patienten, der zunächst stationär unter Clomethiazol von seinem Alkoholbeigebrauch entgiftet hatte. Erst als er im Rahmen unserer tagesklinischen Behandlung in seine Wohnung ging, wurde ihm wieder bewusst, dass er diese notfallmäßig verlassen hatte, um den Schutz der Klinik aufzusuchen. Er fand viele leere und halbleere Bier- und Weinflaschen vor, die Suchtdruck auslösten. Ihm gelang die Entsorgung der Überreste seiner Konsumzeit mit Hilfe der tagesklinischen Unterstützung, ohne direkt wieder zu trinken.

Neben der Vermittlung der Strategien und Inhalte während der Gruppensitzungen müssen die Patienten auch in ihrem Alltag begleitet werden. Einige neigen dazu, sich sehr schnell besonders schwierigen Situationen auszusetzen. Bspw. wird der konsumierende Freundeskreis weiterhin aufgesucht, das Suchtmittel behält seine Präsenz und das »Standhaftbleiben« dient zur Steigerung des Selbstwerts. Therapeuten sollten immer auf das große Risiko hinweisen, das mit solchen »Feuerproben« verbunden ist. Patienten unterschätzen häufig die Zeitdauer, die sie benötigen, um in der Therapie Schutzmechanismen zu erwerben, mit denen sie solche Extremsituationen gut überstehen.

Die Heterogenität der Patientengruppe wird gelegentlich von Patienten, die wegen illegaler Drogen in Behandlung sind, kritisch gesehen. Sowohl von Betroffenen als auch von Therapeutenseite werden die Unterschiede zwischen Abhängigen von Alkohol und illegalen Drogen betont. In den letzten Jahren bauen sich diese Vorurteile auf Seiten der Therapeuten ab, nicht zuletzt aufgrund der Erfahrung, dass die gemeinsame Behandlung Sinn macht und das Behandlungsprogramm gut an die Bedürfnisse beider Gruppen angepasst werden kann. Patienten tauschen sich vielmehr für beide Seiten gewinnbringend aus. Schnell erkennt sich ein junger Mann, der wegen Amphetaminkonsums in Behandlung ist, vielleicht in Schilderungen eines älteren alkoholkranken Patienten wieder, der von seinen Strategien berichtet, den Alkoholkonsum vor seiner Partnerin zu verbergen.

Allgemeine psychotherapeutische Grundlagen und Methoden

Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Gemeinsame therapeutische Arbeit erfordert zunächst eine gute Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten. Insbesondere in der Suchttherapie kann es passieren, dass sehr therapieerfahrene Patienten am Gruppenprogramm teilnehmen. Sie bringen Erwartungen an den Therapeuten sowie Erfahrungen mit, die Vergleiche ermöglichen. Gruppenmitglieder, die sich erstmalig in Behandlung begeben, sind eventuell sehr vorsichtig: Was erwartet mich? Wie wird mir der Therapeut gegenüber treten? Kann ich meine Schwächen zeigen?

Die folgenden Merkmale einer Therapeut-Patienten-Beziehung sind bezüglich ihrer positiven Wirkung untersucht bzw. belegt (Zimmer 2008):

- Empathie und Verständnis: Förderlich ist das Vermitteln von Verständnis für die Belange des Patienten, ohne störungsbezogene Verhaltensweisen zu verstärken.
- Therapeutische Allianz: Hier steht das gemeinsame Arbeitsbündnis im Vordergrund. Am günstigsten ist eine freiwillige Therapieteilnahme. Liegt Vertrauen vor, können gemeinsame Anliegen und Ziele verfolgt werden.

Hinweise für einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung gibt es auch für:

- *Wertschätzung*: Im besten Fall verbessert die Wertschätzung des Therapeuten die Selbstakzeptanz des Patienten.
- *Kongruenz und Echtheit*: Der Therapeut kann mit offenen Äußerungen bezüglich der eigenen Person als Modell fungieren und den Patienten dazu anregen, sich mehr zu öffnen.
- *Rückmeldung*: Es gibt verschiedene Formen konstruktiver Rückmeldung, die in der Therapie eingesetzt werden:
 - *Validierung*: Durch die Rückmeldung des Therapeuten, dass das Denken und Fühlen des Patienten nachvollziehbar und verständlich ist, können Erfahrungen mit Invalidierung korrigiert werden.
 - *Anerkennung von Bemühungen*: Das Streben nach Veränderungen und das Aufzeigen von kompetentem Verhalten werden vom Therapeuten kontinuierlich verstärkt. Die positive Rückmeldung findet nicht erst mit Erreichung des letzten Teilzieles statt.

- *Subtile Verstärkungsprozesse*: Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung findet auch auf der nicht-bewussten Ebene statt. Durch Aufmerksamkeit und Beachtung werden bestimmte Äußerungen oder Verhaltensweisen des Patienten verstärkt.
- *Angstreduktion*: Eine Psychotherapie bietet einen Rahmen, in dem auch über Themen gesprochen werden kann, die in anderen Kontexten aufgrund von Angst oder Scham unausgesprochen bleiben.
- *Neues Konzept und neue Sprache*: Die Therapie verhilft den Patienten zu einem besseren Verständnis ihrer Probleme. Unklarheiten werden beseitigt, die Probleme werden durch die Entwicklung eines Konzeptes greifbarer. Es lassen sich leichter neue Perspektiven erarbeiten.

Ambivalenz

Ambivalenz tritt in der Suchttherapie häufig auf. Die Entscheidung für ein suchtmittelfreies Leben verlangt den Betroffenen viel Kraft ab. Dies lässt die Fortsetzung des Konsums vielleicht wieder attraktiv erscheinen. Aus einer Ambivalenz kann eine Veränderungsmotivation entstehen, sofern sie vom Therapeuten nicht als Widerstand oder mangelnde Krankheitseinsicht eingestuft wird (Demmel 2008).

Motivational Interviewing (MI)

Der motivationale Ansatz der Gesprächsführung von Miller und Rollnick (2002) ist in der Suchttherapie unverzichtbar und soll die hier beschriebene Gruppentherapie durchweg begleiten. Eine der wichtigsten therapeutischen Annahmen in diesem Ansatz ist, dass Patienten keineswegs unmotiviert, häufig aber ambivalent sind. Damit ergibt sich als Ziel in der ersten Phase des Motivational Interviewings (MI) die Förderung der Änderungsmotivation. Im zweiten Schritt wird an der Festigung der Ziele, des Weges dorthin und eines planvollen Herangehens gearbeitet. Dabei stehen bei der Arbeit mit MI die vier folgenden Prinzipien im Vordergrund (in Anlehnung an Körkel und Veltrup 2003):

- *Versetze dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können*: Dies umfasst das respektvolle Zuhören und den Versuch, die Sicht des Patienten zu verstehen und zu akzeptieren. Dies heißt nicht, dass man seinen Einstellungen damit zustimmt.
- *Entwickle Diskrepanzen*: Die Abhängigkeit von einem Suchtmittel steht häufig in Kontrast zu den eigenen Zielen und Werten. Ein Aufzeigen dieser Diskrepanz kann einer angestrebten Veränderung mehr Bedeutung geben.

- *Gehe mit dem Widerstand, anstatt dich gegen ihn zu stellen:* Machtkämpfe innerhalb des Therapiegesprächs sollen vermieden werden. Ein Ringen um Recht und Unrecht bringt keine Veränderung mit sich. Im besten Fall versucht der Therapeut, den Widerstand des Patienten aufzunehmen und daraufhin seine Gesprächsführung zu ändern: Widerstand wird in diesem Kontext nicht als Angriff gesehen! Der Therapeut versucht immer, die Reaktionen des Patienten nachzuvollziehen.
- *Stärke die Zuversicht des Patienten zur Veränderung:* Durch die entsprechende Gestaltung des Gesprächs kann der Therapeut die Zuversicht des Patienten zur Veränderung stärken. Hilfreich ist das Aufzeigen von früheren Erfolgen und das Herausfiltern von Äußerungen des Patienten, die Zuversicht ausdrücken.

Für die Umsetzung dieser Prinzipien sind sieben Methoden von Bedeutung (in Anlehnung an Körkel und Veltrup 2003):

- *Offene Fragen stellen:* Offen gestellte Fragen lassen sich nicht mit »Ja.« oder »Nein.« beantworten, sondern verlangen dem Patienten eine Mitteilung seiner Meinung ab (*»Warum haben Sie Ihrer Meinung nach die Trinkmenge gesteigert?«*). Dadurch setzt er sich aktiv mit dieser Frage auseinander.
- *Aktives Zuhören:* Der Therapeut soll sein Interesse und seine Aufmerksamkeit zum Ausdruck bringen. Dies gelingt gut mit einer mimisch und gestisch teilnehmenden Haltung und mit intermittierenden Zusammenfassungen des vom Patienten Mitgeteilten.
- *Würdigung:* Der Therapeut äußert seine Wertschätzung für das, was der Patient sagt oder tut. Damit wird auch eine positive therapeutische Beziehung gefördert (*»Die restlichen Vorräte zu entsorgen, war sicherlich eine große Herausforderung für Sie.«*).
- *Methoden zu Förderung von »change talk«:* Folgende Strategien helfen dem Patienten, Diskrepanzen in der eigenen Haltung zu spüren und Äußerungen zu tätigen, welche die Möglichkeit einer Veränderung mit einbeziehen.

Strategie	Beispiel
offene Fragen	<i>»An welcher Stelle Ihres Lebens sind Sie aktuell mit den Folgen Ihres Drogenkonsums konfrontiert?«</i>
Wichtigkeitsrating	<i>»Wie wichtig ist Ihnen die Veränderung der aktuellen Situation?«</i>
4-Felder-Entscheidungsmatrix	Pro und Contra von Konsum und Clean-Sein werden aufgeführt.
Veränderungsmotive erkunden	<i>»Wie würde Ihre Familie darauf reagieren, wenn Sie keinen Alkohol mehr trinken?«</i>

Extrementwicklungen erfragen	» Wenn es sich zum Schlechten entwickeln würde, wie ginge es Ihnen dann in einem Jahr?«
Rückschau halten	» Wie ging es Ihnen in den zwei Jahren, in denen Sie keine Benzodiazepine eingenommen haben?«
Zukunft nach Konsumreduktion imaginieren	» Welche Vorstellungen verbinden Sie mit einem abstinenten Leben?«
Lebensziele explorieren	» Was wären Ihre Erwartungen an den Kontakt zu Ihren Kindern?«... » Würde ein fortgesetzter Heroinkonsum diese gefährden?«

- *Methoden des Umgangs mit Widerstand:* Die folgenden Strategien helfen, mit Verhaltensweisen der Patienten umzugehen, die Einwände und Vorbehalte ausdrücken.

Strategie	Beispiel
einfaches Widerspiegeln	P: » Ich habe das Gefühl, Sie wollen mich hier zum Alkoholiker abstempeln.« T: » Sie sehen sich selbst nicht als so schwer betroffen und wollen auch nicht, dass ich es so sehe.«
überzogenes Widerspiegeln	P: » Cannabis ist doch eine natürliche Substanz, wieso sollte das überhaupt schaden.« T: » Eine Droge ohne Chemie sollte man ohne Bedenken konsumieren können.«
Widerspiegeln der Ambivalenz	P: » Also ich kann ja sehen, dass ich mit dem Alkohol ziemlich übertrieben habe. Aber ich kann mir nicht vorstellen, wie ich ein gutes Essen ohne ein Glas Rotwein genießen soll.« T: » Sie merken, dass Sie etwas verändern müssen, aber mit dem kompletten Verzicht können Sie sich nicht anfreunden.«
Verschiebung des Fokus	P: » Sie sprechen immer von Abstinenz. Aber erklären Sie mir mal, wie ich vom Heroin loskommen soll, wenn alle meine Bekannten auch konsumieren!« T: » Ich verstehe gut, dass Sie diese Frage beschäftigt, aber sprechen wir heute zunächst einmal über ...«

Umdeuten	<p>P: »In der letzten Zeit lag mir mein Chef immer wieder in den Ohren und hat mich aufgefordert, etwas gegen das Kiffen zu unternehmen.«</p> <p>T: »Wahrscheinlich ist er Ihnen damit auf die Nerven gegangen. Aber es scheint so zu sein, dass Sie ihm wirklich etwas bedeuten.«</p>
Zustimmung mit einer Wendung	<p>P: »Hier geht es immer nur darum, dass ich Schwierigkeiten mit Drogen bekommen habe, und dass es so nicht weitergeht. Aber dass ich auch viele Dinge gut gemacht habe, das scheint hier nicht zu interessieren.«</p> <p>T: »Stimmt, wir haben viel über die Dinge gesprochen, die nicht gut gelaufen sind. Natürlich ist es auch wichtig, die andere Seite anzuschauen. Ich bin gespannt, was Sie berichten können.«</p>
Herausstellen der eigenen Wahlfreiheit	<p>P: »Wenn ich Ihnen jetzt sage, dass ich heute mit Freunden in die Disko gehe, dann sind Sie vermutlich nicht begeistert.«</p> <p>T: »Sie haben die Diskobesuche selbst als Risiko eingeschätzt. Es ist Ihre Entscheidung, wann Sie sich dieser Situation wieder aussetzen. Das entscheiden nur Sie.«</p>
mit der Position des Gegenübers konform gehen	<p>T: »Wenn Sie so berichten, wie gut Ihnen ein kühles Bier geschmeckt hat, dann ist wirklich die Frage, ob man das aufgeben möchte.«</p>

- *Methoden zur Förderung von »confidence talk«:* Durch diese Strategien soll die Zuversicht des Patienten, etwas verändern zu können, gestärkt werden.

Strategie	Beispiel
evokative Fragen	T: »Was spricht dafür, dass eine Veränderung möglich wäre?«
Zuversichts-Rating	T: »Auf einer Skala von 0 bis 10, wie sicher sehen Sie sich in ihren Möglichkeiten, etwas verändern zu können? Was hat Sie dazu gebracht, sich an dieser Stelle einzustufen?«
Rückblick auf vergangene Erfolge	T: »Wie haben Sie es in der Vergangenheit geschafft, abstinente Phasen einzurichten? Welche Schwierigkeiten mussten Sie dafür überwinden?«

Ansprechen persönlicher Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten	T: »Auf welche Ihrer Fertigkeiten können Sie bauen, wenn Sie etwas verändern möchten? Welche Person könnte Sie unterstützen?«
Brainstorming	T: »Wir versuchen jetzt mal alle Ideen mit einzubeziehen, die Ihnen für die Umsetzung der Veränderung hilfreich sein können. Egal wie realistisch sie erscheinen.«
Weitergabe an Informationen und Empfehlungen	Der Therapeut macht den Patienten mit den vorhandenen Möglichkeiten, die er in bestimmten Situationen hat, vertraut: »Für viele sind Selbsthilfegruppen eine wichtige Anlaufstelle, andere profitieren mehr von Einzelgesprächen bei der Suchtberatung ...«
Umdeuten	P: »All meine Versuche haben mich nicht dorthin gebracht, wo ich hin wollte. Jetzt sitze ich wieder in einer Therapie.« T: »Die Erfahrungen, die Sie gesammelt haben, sind dadurch nicht verloren: Welches waren denn Schritte, die positiv und hilfreich waren?«
Thematisieren hypothetischer Veränderungen	T: »Stellen Sie sich vor, Sie haben es geschafft und sind in einem Jahr immer noch drogenfrei. Was könnte Sie dort hingebraht haben?«

- *Zusammenfassungen:* Sie dienen dazu, die Auseinandersetzung mit Argumenten pro und contra Veränderung aufrecht zu halten, in dem die wichtigsten besprochenen Punkte am Ende eines Abschnitts oder einer Sitzung zusammengefasst werden.

In der zweiten Phase des MI rücken dann, nach Aufbau einer Änderungsmotivation, die Zielvereinbarung und der Aufbau eines Änderungsplans in den Vordergrund. Im letzten Schritt sollte mit dem Patienten eine Verbindlichkeit für den Veränderungsplan hergestellt werden.

Kognitive Dissonanz

Ein wichtiger Bestandteil motivationaler Prozesse ist die kognitive Dissonanz. Das Konstrukt wurde von Festinger in seiner »Kognitiven Dissonanztheorie« (1957) beschrieben.

Sind die Kognitionen einer Person übereinstimmend, also konsonant, werden Verhalten und Erleben der Person stabilisiert. Ist sie mit widersprüchlichen, dis-

sonanten Kognitionen beschäftigt, kann dies innere Anspannung und damit eine Veränderung im Verhalten auslösen, da das Individuum die Anspannung reduzieren möchte (Haisch und Haisch 2007). Das Ausmaß der Dissonanz zwischen zwei Kognitionen bestimmt die Motivation zur Veränderung. Im Fall der Suchtpatienten stehen sogenannte erlaubniserteilende Gedanken in Konflikt mit dem Abstinenzwunsch. Ein Patient kann bspw. überzeugt sein, dass der Konsum von Alkohol die beste Möglichkeit darstellt zu entspannen (erlaubniserteilender Gedanke: »Mit einem Glas Wein würde ich schnell zur Ruhe kommen.«). Eine dazu dissonante Kognition, die eine Verhaltensänderung mit sich bringen könnte, wäre, in Zukunft ohne Suchtmittel auskommen zu wollen, gepaart mit dem Wissen, dass bei länger bestehendem Alkoholkonsum verstärkte Nervosität auftritt und damit die Entspannung erschwert wird. Im besten Fall ermöglicht die Dissonanz zwischen den Kognitionen eine Verhaltensänderung dahingehend, alternative Entspannungstechniken auszuprobieren. Abhängige Patienten können aber auch andere Strategien an den Tag legen, um die Dissonanz zu überwinden. Diese sind durch die Sucht etabliert:

- Überbewertung der positiven Aspekte des Konsums
- mangelnde Wahrnehmung der negativen Aspekte des Konsums
- negative Sicht der Abstinenz
- unrealistische Selbstkontrollüberzeugung.

Bringt der Therapeut immer mehr Argumente an, um den Patienten zu einer Abstinenz zu »überreden« und »Druck« aufzubauen, wird der Betroffene zunehmend in die Reaktanz gehen. Dies bezeichnet man dann als Konfrontations-Leugnungs-Falle (Körkel und Veltrup 2003).

Eine zu ausgeprägte, als sehr unangenehm erlebte Dissonanz kann Veränderung verhindern. Dies wäre bei einem zu konfrontativen Ansatz in der Psychotherapie der Fall, in dem der Betroffene mit dissonanten Annahmen überschüttet wird und dem Gefühl der zunehmenden Anspannung und des Ausgeliefertseins nur die »bewährten« Techniken des Suchtmittelkonsums zur Überwindung negativer Affekte entgegensetzen kann.