

***Manual***  
***TOPPS-Checkliste***  
**(Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score)**  
**- *Orientierung in der Alkoholismustherapie* -**

Sabina Stawicki, Katja Ribbe, Thilo Wagner,  
Claudia Bartels, Hannelore Ehrenreich und Henning Krampe  
Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin, Hermann-Rein-Str. 3, 37075 Göttingen

Die TOPPS-Checkliste kann zu jedem Zeitpunkt der Therapie einen Überblick über den aktuellen Stand der individuellen Therapieprozesse eines alkoholkranken Patienten geben und zur Planung und Anpassung weiterer Behandlungsstrategien genutzt werden.

Sie ist eine Zusammenstellung von acht Items, die jeweils auf einer 6-stufigen Ratingskala bewertet werden, wobei es wichtig ist, darauf zu achten, die volle Bandbreite der Skala von 0 bis 5 auszunutzen. Neben expliziten Äußerungen des Patienten sollen auch die Stimmung, non- und paraverbale Kommunikation, Hinweise auf Ausgeglichenheit bzw. innere Unruhe berücksichtigt werden.

Mit 4 der 8 Items werden wichtige Suchtprozesse beurteilt, die im Rahmen der Rückfallforschung Beachtung gefunden haben, so dass dieses Instrument ganz speziell für die Therapiebeurteilung von Suchtpatienten konzipiert ist.

Die Auswertung erfolgt über die Bildung eines Mittelwertes aller acht Items, wobei zunächst eine Invertierung der Items 3, 5, 6 und 7 vorgenommen werden muss. Dieser Wert wird als Therapie-Orientierung nach Prozess-Prädiktions-Score (TOPPS) bezeichnet und kann einen Wert zwischen 0 und 5 annehmen, wobei ein hoher Wert einen positiven Stand der Therapieprozesse und somit eine aktuell eher positive Prognose hinsichtlich der Rückfallgefahr des Patienten darstellt. Allerdings ist es auch wichtig, die Bewertung der einzelnen Items zu beachten. Bei Auffälligkeiten in einem oder mehreren der acht Prozesse sollten individuell angepaßte Präventionsstrategien integriert werden, die explizit auf eine Verbesserung der entsprechenden Risikoprozesse zielen.

Das gemeinsame Merkmal aller TOPPS-Items ist, dass sie anzeigen, inwieweit das aktuelle Verhalten und Erleben eines Patienten in einer konkreten Therapiesitzung langfristig mit Abstinenz assoziiert ist oder ein Rückfallrisiko anzeigt. Dass es sich nicht um stabile Merkmale, sondern um spezifische Prozesse handelt, die veränderbar sind, macht den psychotherapeutischen Wert des TOPPS aus. Mit geeigneten psychotherapeutischen Interventionen lassen sich die verschiedenen Prozesse gezielt für jeden Patienten individuell ausgerichtet beeinflussen, so dass der TOPPS als Orientierungshilfe bei der lang- und kurzfristigen Therapieplanung und Rückfallprophylaxe dienen kann.

## Beschreibung der Items

### **Item 1: Erfahrung von Ressourcen**

Erfahrung von Ressourcen mißt, wie gut der Patient subjektiv seine eigenen *internen* Möglichkeiten, Eigenarten und Potentiale, Stärken sowie *externe* Ressourcen/Hilfsquellen erkennt und erlebt und sich über seine Situation bewusst ist (z. B. Familie, Beruf, Geld, Wohnung).

### **Item 2: Abstinenzzuversicht**

Abstinenzzuversicht erfaßt, wie zuversichtlich der Patient ist, in riskanten Rückfallsituationen einem Alkoholkonsum widerstehen zu können.

In der Rückfallforschung, insbesondere in Anlehnung an Marlatt & Gordon (1995), wurden vier typische Situationen identifiziert, die mit einem Rückfall in Verbindung stehen können. Diese Situationen sind:

Unangenehme Gefühle: traurig, enttäuscht, frustriert, erschöpft, energielos, lustlos, hoffnungslos, abgelehnt werden, unfair behandelt werden, Fehlschläge, etwas geht schief, sich ärgern, Probleme/Konflikte bei der Arbeit, mit Freunden oder in der Familie

Angenehme Gefühle: alles gelingt gut, man ist zufrieden, entspannt, etwas Angenehmes ist eingetreten

Sozialer Druck: Alkohol wird angeboten oder geschenkt, Kneipe, Feier, Restaurant, besondere Anlässe feiern, Versuchungen, Geselligkeit, Verführung

Austesten der Trinkkontrolle: "Alkohol ist kein Problem", "ich bin geheilt", glauben, doch trinken zu können, Grenzen kennen lernen, kontrolliertes Trinken

### **Item 3: Vermuteter Suchtdruck**

Bei der Einschätzung des vermuteten Suchtdrucks soll beurteilt werden, inwieweit ein Patient auffälliges Verhalten zeigt, das erfahrungsgemäß oft vor einem Rückfall auftritt, ohne bewusst vom Patienten als Alkoholverlangen erlebt zu werden:

- Vermutet der Therapeut Suchtdruck beim Patienten (typische Intuition: "Der will trinken.")?
- Ist der Patient unruhig, nervös, angespannt, getrieben, erregt?
- Ist der Patient gereizt, sucht er Streit oder beschwert er sich über Therapeuten ("Spalten")?

Zur Auswertung muss dieses Item invertiert werden:

0 → 5; 1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1; 5 → 0

**Item 4: Rückfallwachsamkeit**

Die Rückfallwachsamkeit beschreibt, inwieweit der Patient darauf achtet, sich auf riskante Rückfallsituationen vorzubereiten, hierunter fallen z. B. die Einrichtung von alkoholfreien Zonen, das Üben von Alkoholablehnungssituationen und das Analysieren und Einschätzen von Rückfallrisiken.

**Item 5: Rückfallgefahr**

Die Bewertung der Rückfallgefahr eines Patienten ist ein Globalurteil, in dem neben den Einschätzungen der individuellen Abstinenzzuversicht, des Suchtdrucks und der Rückfallwachsamkeit insbesondere alle zusätzlichen externen Hinweise berücksichtigt werden sollen, die auf einen drohenden Alkoholkonsum hinweisen können.

**Beispiele:** Belastende Lebenssituationen; Fehlen von funktionalen Bewältigungsfertigkeiten; Spekulation über kontrolliertes Trinken; Bericht über positive Urinbefunde; Alkohol in der Wohnung; unreflektierten Besuch von Partys oder Familienfeiern, bei denen Alkohol konsumiert wird.

Zur Auswertung muss dieses Item invertiert werden:

0 → 5; 1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1; 5 → 0

**Item 6: Dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme**

Dysfunktionale Problembearbeitung aktueller Probleme bedeutet, dass der Patient sich gesundheitsschädlich, destruktiv und in unangemessener Weise mit seinen aktuellen Problemen und ihren Bedingungen auseinandersetzt.

**Probleme** sind Sachverhalte, die der Patient als emotional belastend oder herausfordernd erlebt und mit denen er sich auseinandersetzen möchte, um sie besser zu ertragen oder zu ändern.

**Aktuelles Problem:** Alle Ereignisse während der Therapie (seit dem Erstkontakt mit dem Therapeuten, z. B. ambulantes Infogespräch, Notaufnahme, Entgiftung) gelten als aktuell.

**Dysfunktionale Problembearbeitung bedeutet:**

- Unangemessene oder sehr rudimentäre Beschreibung des Problems (z. B. Unter- oder Übertreibung bzgl. der Schwere des Problems); starke Schwierigkeiten, das Problem konkret und umfassend zu benennen; Bagatellisierung
- Unangemessene Beschreibung des Zielzustandes (z. B. "Unter 1500,- €nehm ich erst gar keinen Job an")
- Fehlende, unvollständige oder unrealistische Problemlösefertigkeiten

- Problembearbeitungen, bei denen Andere zu Schaden kommen
- Typische **kognitive Fehler** (z. B. negatives Selbstbild, Zukunftspessimismus und negatives Bild der Mitmenschen; dysfunktionale Maximierung von Problemen; selektive Wahrnehmung; Gedankenlesen, Übergeneralisierung, Personalisierung, Negativismus, Schwarz-Weiss-Denken; Katastrophisierung)
- *Ausschließliches* Klagen über Verletzungen, Beschwerden, Probleme (z. B. Schmerzen, Unwohlsein, Krankheit)
- Aussagen mit starker Konnotation von Angst, Unsicherheit, Sorgen, Depressivität, Lustlosigkeit, Antriebsschwäche, Ideenlosigkeit, Leere
- Jegliche Art von **kognitiver passiver Vermeidung**: Weigerung, sich mit einem Problem zu beschäftigen; Ausweichen auf ein neutrales Thema; passive, zögerliche, zweifelnd-unsichere, klagende, gehemmte, handlungslähmende, hilflose Auseinandersetzungen

**Beispiele:** Vernachlässigung oder Schädigung der Mitmenschen ("Gestern habe ich meine Frau erstmal richtig angebrüllt") // Negative Selbstbewertungen ("Ich bin ein Versager, Verlierer, Taugenichts") // niedrige Selbstwirksamkeitserwartung ("Ich kann das nicht") // pessimistische Ergebniserwartungen ("Es muss schiefgehen") // rigide und perfektionistische Normen ("Ich muss immer pünktlich sein") // dysfunktionale Bewertungen, Kognitionen und Attributionen ("Dies ist mir gelungen, aber ich hatte nur Glück", "Der denkt wohl, ich habe keine Ahnung", "Es liegt an mir, das der XX so böse war", "Der XX ist ja völlig unfähig"), hoffnungslose Berichte über erfolglose Auseinandersetzungen (z. B. "Der Sachbearbeiter hat mich einfach links liegen lassen" ⇒ "ich bin ein Nichts") // fehlende Bewältigungsfertigkeiten (z. B. Unfähigkeit, die Bedingungen eines aktuellen Tages mit Alkoholverlangen zu identifizieren) // "Ich will sofort wieder einen Beruf haben", "Meine Frau soll mir sofort wieder vertrauen" // fehlendes Krankheitsbewusstsein ("Eigentlich bin ich nicht süchtig") // Projektion (z. B. "Die anderen Patienten haben so starke Probleme") // plötzlicher Themenwechsel bei belastendem Thema (z. B. Überspringen auf ein anderes Thema während eines Problemlösungsprozesses)

**direkte Bagatellisierung:** ("Hier wird immer nur über Alkohol gesprochen") // Nicht-Erkennen der Notwendigkeit einer Änderung ("Ich kann ganz gut so wie bisher weiter leben"; "Richtig abhängig bin ich eigentlich nicht") // dysfunktionale Überzeugung von Autonomie ("Ich schaffe es auch alleine") // die Überzeugung, ohne Risiko Schnapspralinen essen zu können oder irgendwann einmal kontrolliert trinken zu können // "Es ist ein Problem der Willensstärke"

**indirekte Bagatellisierung:** Weigerung, ein wichtiges Thema zu bearbeiten (z. B. "An meinen Rückfall vor 2 Wochen denke ich einfach nicht mehr"; "Frühwarnzeichen für den Rückfall gab es nicht" als spontane Antwort auf die Aufforderung zur Bearbeitung der Rückfallbedingungen) //

Leugnung/Vermeidung (z. B. "Es ist alles wieder bestens", "Es macht mir gar nichts aus, über den Rückfall vor der Gruppe zu berichten"; "Es geht mir prima" bei gleichzeitiger Schilderung von offensichtlichen Problemen im Verlauf des Gesprächs, sowohl durch Patient als auch Therapeut)

Zur Auswertung muss dieses Item invertiert werden:

0 → 5; 1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1; 5 → 0

### **Item 7: Dysfunktionales Therapieengagement**

Dysfunktionales Therapieengagement beschreibt eine destruktive Beschäftigung mit dem Therapieverlauf, z. B. fehlende Behandlungsmotivation, kein Interesse an Zusammenarbeit und im Extremfall Abneigung.

**Beispiele:** "Ich hab mir noch keine Gedanken darüber gemacht, ob ich Ihnen sagen würde, wenn es mir schlecht geht" // "Morgen kann ich gar nicht zum Therapiegespräch kommen, ich muss zum Kindergeburtstag" // "Ich komme nicht! Es regnet" // "Nach 7 Stunden Arbeit kann ich nicht auch noch meine Zeit bei der Therapie vergeuden" // Beim Zu-Spät-Kommen erklärt ein für Unpünktlichkeit bekannter Patient "Es war kein Parkplatz frei"

Zur Auswertung muss dieses Item invertiert werden:

0 → 5; 1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1; 5 → 0

### **Item 8: Subjektives Krankheitskonzept**

Die Skala zum subjektiven Krankheitskonzept erfasst, wie differenziert und elaboriert die persönlichen Vorstellungen des Patienten hinsichtlich seiner Alkoholabhängigkeit sind, und sie reicht von Verleugnung bis zum elaborierten Störungsmodell.

1. **Verleugnung:** Der Patient spekuliert darüber, dass er eigentlich gar nicht krank sei und kein Alkoholproblem habe, dass er auch reduziert trinken könne. Macht andere für seinen starken Alkoholkonsum verantwortlich.
2. **Bagatellisierung:** Der Patient denkt, er habe eigentlich gar nicht so viel getrunken oder hätte jederzeit weniger trinken können, spielt die Folgeschäden herunter.
3. **Undifferenzierte Vorstellungen:** Der Patient zeichnet sich durch deutliche Unwissenheit über die eigene Störung aus (z. B. kann er sich unter dem Begriff "Alkoholproblem" nichts vorstellen und weiß auch nicht, dass es auf ihn zutrifft).

4. **Charakterschwäche, Wille:** Der Patient schämt sich für die Sucht und sieht sie als Zeichen eines persönlichen Makels. Er gibt sich die Schuld, klagt sich an, lässt keine alternativen Erklärungen zu. Er ärgert sich über seine eigene Schwäche, sein Versagen und seine Willenlosigkeit.
5. **Krankheit, Störung - nicht elaboriert:** Der Patient sieht die Alkoholkrankheit als Störung an, sieht die Ursachen bzw. aufrechterhaltene Bedingungen z. B. in der Lerngeschichte, familiär und/oder biologisch bedingt, gibt sich selber und anderen keine Schuld, verleugnet nicht. Er merkt, dass das Trinken ihm oder anderen deutlichen Schaden zugefügt hat.  
Bei der Stufe "nicht elaboriert" sieht sich der Patient zwar als alkoholkrank, erkennt aber wesentliche Teile der Krankheit nicht. Z. B. unterschätzt er die Krankheitsdauer, die soziale Beeinträchtigung oder das Ausmaß der körperlichen Folgeschäden.
6. **Krankheit, Störung - elaboriert:** Der Patient ist sich in vollem Ausmaß über die Entwicklung, Schäden, Beginn und Dauer der Störung bewusst.