



Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler

Rückfallprävention

für Chronisch Mehrfachgeschädigte
Abhängigkeitskranke

LAMBERTUS

Hans-Jürgen Leonhardt
Kurt Mühler

Rückfallprävention für
Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke

Hans-Jürgen Leonhardt
Kurt Mühler

Rückfallprävention für
Chronisch Mehrfachgeschädigte
Abhängigkeitskranke

Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer
Beeinflussung kognitiv-emotionaler Ressourcen

Für Ute und Franz

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei der
Deutschen Bibliothek erhältlich.

Alle Rechte vorbehalten

© 2010 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Rombach Druck- und Verlagshaus GmbH & Co KG, Freiburg
ISBN 978-3-7841-2012-6

Inhalt

KAPITEL 1	13
DEFINITION UND NEUERE FORSCHUNGEN ZUM RÜCKFALL	13
1.1 VERSCHIEDENE PERSPEKTIVEN AUF DAS EREIGNIS RÜCKFALL	15
1.1.1 Zum Begriff des Rückfalls therapierter Abhängigkeitskranker	15
1.1.2 Rückfall während der Therapie – Ursachen und Reaktionen darauf	17
1.1.3 Rückfall nach der Therapie – die besondere soziale Situation von CMA	19
1.2 AKTUELLE FORSCHUNGEN ZU ENTSTEHUNG UND VERLAUF VON ABHÄNGIGKEIT	32
1.2.1 Abhängigkeit als Schicksal?	32
1.2.2 Abhängigkeit als Lernvorgang	37
1.2.3 Die Aktivität des Suchtgedächtnisses trotz Therapie – Erscheinungsformen im Therapiealltag	46
1.3 STRIKTE ABSTINENZ ALS UNVERZICHTBARE VORAUSSETZUNG FÜR DIE SICHERUNG ZURÜCKGEWONNENER PARTIELLER LEBENSFÄHIGKEIT VON CMA ...	48
KAPITEL 2	55
WIRKUNGEN VON LANGZEITTHERAPIE AUF KOGNITIVE FÄHIGKEITEN VON CMA	55
2.1 ATTRIBUTION UND KOHÄRENZ –INDIKATOREN PSYCHOSOZIALER INTEGRATION UND THERAPIEBEDARFS	61
2.1.1 Objektive und subjektive Kriterien psychosozialer Entwicklung	61
2.1.2 Die Erhebung von Attributionsstil und Kohärenzsinn im VRA e.V.	64
2.1.3 Grundannahmen und Hypothesen	74
2.1.4 Ergebnisse	77
2.2 LANGZEITTHERAPIE UND ZEITBEWUSSTSEIN	89
2.2.1 Vorbemerkung: objektive und subjektive Auffassungen über die Zeit	89
2.2.2 Zwei theoretische Konzepte der sozialen Zeit	90
2.2.3 Zeit im Alltag	92
2.2.4 Zeitwohlstand und Zeitstress	94
2.2.5 Zeit im Leben von CMA	97

2.2.6	Beschreibung des Anliegens der Untersuchung	100
2.2.7	Beschreibung der Erhebungsinstrumente	101
2.2.8	Prüfung der Anwendbarkeit der Instrumente.....	106
2.2.9	Theoretische Erwartungen an die Messung der Dimensionen des Zeitbewusstseins von CMA	114
2.2.10	Empirische Befunde zum Zeitbewusstsein von CMA	116
2.3	SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DEN THERAPIEEFFEKTEN FÜR DIE RÜCKFALLPRÄVENTIVE ABSTINENZSICHERUNG	150
KAPITEL 3		155
DIE AUBENWOHNGRUPPE – ERSTES MITTEL DER WAHL FÜR RÜCKFALLPRÄVENTION BEI CMA		155
3.1 SOZIALPORTRÄT AUBENWOHNGRUPPE HAUS WACHAU		157
3.1.1	Ausgangspunkt	158
3.1.2	Bestand der Feldforschung	159
3.1.3	Überblick der Positionen aus den Interviews.....	161
3.1.4	Ergebnisse	175
3.2 AUBENWOHNGRUPPE UND CMA – BESONDERHEITEN DER RÜCKFALLPRÄVENTION.....		181
KAPITEL 4		189
SCHLUSSBETRACHTUNG.....		189
LITERATURVERZEICHNIS.....		195
DIE AUTOREN		204

VORBEMERKUNG ZUR IDEE DIESES BUCHES

Rückfallprävention für CMA verdient eine gesonderte Beachtung. Wie wir versucht haben nachzuweisen (Leonhardt/Mühler 2006), ist diese Gruppe von Alkohol- und Medikamentenabhängigen besonders nachhaltig psychisch und somatisch geschädigt, so dass verbreitete generelle Therapieziele, wie zum Beispiel die Rückgewinnung von arbeitsmarktrelevanten Fähigkeiten, für CMA ausgeschlossen sind. Das hat unserer Meinung nach auch Folgen für Maßnahmen der Rückfallprävention und die Bewertung von Therapieerfolgen dieser Abhängigengruppe.

Der Ausgangspunkt unserer Arbeit orientiert sich an folgenden Aspekten der Rückfallprävention:

Einerseits muss erfolgreiche Therapie zur dauerhaften Abstinenz befähigen, andererseits wird aber erst mit neuesten Forschungen die Schwere einer solchen Forderung deutlich. Mit diesem Buch soll deshalb zum einen die Forderung dauerhafter Abstinenz für therapierte Alkohol- und Medikamentenabhängige nicht relativiert werden. Zum anderen wollen wir aber einen Nachweis dafür erbringen, dass zumindest für CMA die Abstinenzforderung nur unter bestimmten Bedingungen überhaupt realistisch ist. Damit ist nicht gemeint, wir würden darauf eingehen, ob die Abstinenzforderung zumutbar ist. Unserer Auffassung nach muss sie bestehen bleiben. Alles andere würde die Sinnhaftigkeit von Therapie als Lebenshilfe und Rückeroberung von zumindest partieller Eigenständigkeit in der Lebensführung in Frage stellen. Allerdings meinen wir, dass die dauerhafte Einhaltung der Abstinenz nicht vom Betroffenen allein geleistet werden kann.

Die Besonderheit sozialer Reintegration von CMA

Folgende Sachverhalte sind unserer Auffassung nach im Rahmen der Rückfallprävention von CMA zu berücksichtigen:

Erstens ist der Umfang und das Tempo der sozialen Reintegration nach der Therapie von ausschlaggebender Bedeutung. Dabei spielt auch eine Rolle, welchen Grad die Desintegration vor der Therapie erreicht hatte. Soziale Integration ist aber nicht bereits das Medium der Rückfallprävention schlechthin, sondern an deren Wirksamkeit ist das Vorhandensein sozialer Anreize zur Abstinenz und zur Generierung von Potentialen des Aufbaus eines positiven Selbstbewusstseins gebunden. Bei CMA – und dies sei vorweg betont

– ist von einem hohen Grad an sozialer Desintegration auszugehen sowie von eingeschränkten Ressourcen der Rückgewinnung sozialer Integration. Unter Berücksichtigung des eben Festgestellten geht es aber nicht um soziale Reintegration schlechthin, sondern um deren abstinenzunterstützende Wirkung. Darauf, dass dies für CMA eine besondere Schwierigkeit darstellt, werden wir ausführlich eingehen.

Zweitens müssen Forschungsergebnisse der Neuropsychologie Beachtung finden, welche die Annahme nahelegen, dass Therapie, im Falle von echter Abhängigkeit¹, auch nicht annähernd einen psychischen Zustand wie vor der Abhängigkeit erzielen kann. Vielmehr sind die psychischen Spuren der Abhängigkeit selbst, damit sind nicht die psychischen Folgen der Abhängigkeit wie Morbus Korsakow oder Demenz gemeint, stabil, das heißt, sie können nicht beseitigt werden. Das Suchtgedächtnis bleibt auch nach erfolgreicher Therapie, das heißt, zum Beispiel langjähriger Abstinenz, im mehr oder weniger vollen Umfang bestehen.

Außenwohngruppen als erstes Mittel für die Rückfallprävention

Unsere Ausgangsposition im Hinblick auf Rückfallprävention besteht deshalb darin, dass CMA unter Berücksichtigung beider Aspekte unter den therapierten Abhängigkeitskranken eine besonders schlechte Ausgangsposition für die dauerhafte Einhaltung von Abstinenz aufweisen. Deshalb hat diese Arbeit zwei Zielstellungen: Erstens einen Nachweis dafür zu erbringen, dass Langzeittherapie nur in sehr kleinen Schritten die psychische Selbststeuerung erhöhen kann und Entlassung nach der Therapie auch bei Vorhandensein einer gewissen sozialen Integration ein enormes, das heißt über dem Durchschnitt der Therapierten liegendes Rückfallrisiko enthält. Zweitens wollen wir eine Möglichkeit aufzeigen, die unserer Meinung nach derzeit die wirksamste Form der Rückfallprävention nach der Langzeittherapie darstellt: die Außenwohngruppe. Unsere Begründung der Bedeutung von Außenwohngruppen basiert gerade auf diesen neueren Forschungsergebnissen und der damit einhergehenden Aufwertung von dauerhafter Abstinenz für die Rückfallprävention von CMA. Damit wollen wir keineswegs die Bedeutung ambulant betreuten Wohnens in Frage stellen. Uns geht es darum herauszustellen, dass zum Beispiel die Entscheidung Außenwohngruppe oder ambulant betreutes Wohnen für CMA einer von anderen Abhängigen gesonderten Betrachtung und Bewertung bedarf.

Das Gleiche gilt auch für einen weiteren Sachverhalt, der in der Diskussion zwischen medizinischen, therapeutischen Einrichtungen und den Kostenträ-

¹ Als Unterscheidung zwischen Vieltrinkern und Abhängigen.

gern eine bedeutsame Rolle spielt: das Therapieziel eines in gewissen Grenzen erfolgenden Wiedereintritts in den Arbeitsmarkt.

Zurück in den Arbeitsmarkt?

Einige Bemerkungen zu dieser mitunter kontrovers diskutierten Fragestellung. Zweifellos sollte Therapie generell dieses Ziel haben. Die Frage aber ist, ob es auch für CMA gilt. Die Geschichte der Begrifflichkeit „CMA“ und die Auseinandersetzungen um eine Definition waren getragen von der Intention, auf eine Gruppe von extrem hoher Abhängigkeit und Schädigung infolge des Alkoholmissbrauchs aufmerksam zu machen. Das bedeutet in erster Linie, dass es zu „durchschnittlichen“ Abhängigen beziehungsweise Vieltrinkern nicht lediglich einen quantitativen, sondern einen qualitativen, grundsätzlichen Unterschied in der Bestimmung des Abhängigenstatus gibt. Dabei geht es um zwei Momente: Zum einen sollte beachtet werden, dass die Abhängigkeit bei CMA chronifiziert ist. Mit anderen Worten, CMA bleiben abhängig, auch nach der Therapie. Wenn also Therapieerfolge gesichert werden sollen, dann muss Abstinenz gehalten werden. Das kann kein CMA allein für sich leisten. Diese Zusammenhänge hatten wir im vorangegangenen Abschnitt kurz erläutert. Rückfallprävention für CMA heißt deshalb eben auch, dass, in welcher Weise auch immer, soziale Kontrolle zur Sicherung der Abstinenz organisiert werden muss. Das bedeutet eben auch, dass ein Agieren auf dem Arbeitsmarkt ein erhebliches Rückfallpotential aktivieren würde. Zum anderen unterliegt der Grad physischer und psychischer Schädigung ebenfalls der Chronifizierung. Daran ändert sich auch nichts, wenn der individuelle Umfang der Schädigung zwischen CMA variiert, also manche CMA „fitter“ sind als andere. Der Umfang der Grundschädigung qualifiziert sie ebenfalls als eine spezifische Abhängigengruppe. Damit wird eine Begrenzung der Therapieziele augenfällig.

Etwas ganz anderes stellt die Diagnostizierung des Abhängigenstatus CMA dar. Lange Zeit galt ein Patient im Auge des diagnostizierenden Arztes als CMA. Das ist auch heute weitgehend noch so. Nun gibt es aber eine Definition und theoretische Auffassung über CMA, welche als ein Kriterium dazu dienen können, auch Diagnostik zu beurteilen. Dabei geht es speziell um die Genesung von CMA. Der Begriff des CMA verliert seinen medizinischen und therapeutischen Wert und letztlich seinen Sinn, wenn potentiell auch für CMA in Aussicht steht, mehr oder weniger medizinisch und sozial rehabilitiert werden zu können. Die im Einzelfall gelingende Rehabilitation und der Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt ist deshalb nicht trotz des CMA-Status gelungen, sondern weil der CMA-Status im strengen Sinn nicht vorlag. Das ist mitnichten ein Vorwurf an die Diagnostik, sondern soll darauf

aufmerksam machen, dass es in Einzelfällen außerordentlich schwierig ist, eindeutig zu bestimmen, ob ein Abhängiger überhaupt ein CMA ist oder nicht. Wenn zum Beispiel ein Abhängiger entweder über ein latentes Erholungspotential aufgrund seines Lebensalters, seiner Bildung oder seines wieder aktivierbaren sozialen Kapitals verfügt oder nicht chronifiziert abhängig ist, steht grundsätzlich erfolgreiche Rehabilitation als Therapieziel. Der feine Unterschied besteht nun darin, dass, wenn Einzelfälle der erfolgreichen Rehabilitation zu verzeichnen sind, dies nicht heißt, dass CMA wie alle anderen Abhängigen medizinisch und sozial rehabilitierbar sind, sondern dass eben der CMA-Status bei der Eingangsdiagnose nicht eindeutig vorlag beziehungsweise zu ermitteln war. Das bedeutet, dass in manchen Fällen das Erscheinungsbild von CMA durchaus gegeben sein kann oder eine eindeutige Diagnose gar nicht möglich ist. Wenn also aufgrund einer solchen Sachlage dann im Nachhinein an der Diagnose festgehalten wird und dadurch die Auffassung entsteht, ein CMA wäre mehr oder weniger vollständig rehabilitiert, dann erübrigt sich im Grunde der CMA-Begriff. Das ist deshalb der Fall, weil CMA dann nicht mehr qualitativ, sondern „nur“ noch quantitativ von den anderen Alkoholabhängigen unterschieden wären, das heißt, man kann sie als Gruppe nicht abgrenzen. Mit dem Begriff des CMA verbindet sich die in Jahrzehnten gewonnene medizinische und therapeutische Erfahrung, dass es Alkoholabhängige gibt, die sich in einer besonders prekären, mit anderen Abhängigen nicht gleichzustellenden Situation befinden. So wie es in allen anderen medizinischen Ressorts nie eine 100 Prozent sichere Diagnostik geben kann, so ist dies erst recht nicht bei der sehr komplizierten (psychisch, physisch und sozial bedingten) Situation von CMA möglich. Also, die Korrektur einer Diagnose im Verlauf einer Therapie ist kein Sündenfall, sondern ein Gebot, mit dem man adäquat umgehen muss. Vielmehr unverzeihlich wäre es, stattdessen die theoretischen und praktischen Grundlagen zu verwerfen, auf denen die Diagnose beruht.

Die Definition von CMA, auf die wir uns beziehen

Zur Problematik der Definition von CMA haben wir uns sehr ausführlich geäußert und verweisen deshalb auf Leonhardt/Mühler (2006). Hier soll deshalb nur die Definition wiedergegeben werden:

Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- beziehungsweise anderer Substanzkonsum zu schweren beziehungsweise fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher beziehungsweise fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat beziehungsweise führt, so dass er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen

kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist. (Leonhardt/Mühler 2006, S. 27)

Das Feld empirische Feld unserer Untersuchungen

Der Verein zur sozialen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (VRA) e.V. wurde 1993 gegründet und betreibt seine Einrichtungen im Südosten von Leipzig, und zwar

Haus am Park mit 50 Betten,

Haus Güldengossa mit 48 Betten,

Außenwohngruppen *Haus Wachau* mit 22 Betten.

Geplant sind das Einrichten von weiteren Außenwohngruppen, Betreute Wohnformen sowie möglicherweise eine Pflegestation für die Klienten, die aufgrund ihres zunehmenden schlechten Gesundheitszustandes (Pflegestufen) spezifisch betreut werden müssen, quasi Heimatrecht haben, und somit in der ihnen vertrauten Umgebung bleiben könnten.

Der VRA e.V. hat zur Zeit 43 Mitarbeiter, und zwar Diplomsozialarbeiter, Diplomsozialpädagogen, Diplompädagogen, Diplomsportlehrer, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und Hauswirtschaftsdamen.

Der Verein ist nach DIN EN ISO 9001:2008 und DEGEMED-Verfahren zertifiziert, Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen e.V., im Fachverband Sucht e.V. und in regionalen Fachgesellschaften.

Anliegen des Buches

Das Anliegen dieser Arbeit kann wie folgt zusammengefasst werden: Das Rückfallrisiko, zu verstehen als erneutes dauerhaftes Trinken, ist für CMA aufgrund der Chronifizierung der Abhängigkeit um ein Vielfaches höher als bei anderen Abhängigen. Deshalb ist dauerhafte Abstinenz von entscheidender Bedeutung für die Sicherung des Therapieerfolgs (*Kapitel 1*). Wiederum ausschlaggebend dafür ist die Rückgewinnung sozialer Integration. Wegen der Besonderheit der Situation von CMA geht es dabei aber nicht um soziale Integration schlechthin, sondern um die Integration in soziale Beziehungen, die abstinenzfördernd sind und möglichst selbst abstinent leben. Zugleich kann es aber nicht darum gehen, dass therapierte CMA Objekte informeller Sozialkontrolle sind. Vielmehr vertreten wir die Auffassung, dass gewisse kognitive Fähigkeiten vorhanden sein müssen, um abstinenzfördernde Anreize aus den sozialen Beziehungen aufzunehmen und für

die Selbststeuerung zu verarbeiten. Daraus ergeben sich die zwei Schwerpunkte dieses Buches: der Einfluss von Therapie auf die kognitive Konstitution der CMA (*Kapitel 2*) und die Organisation und Erfahrungen mit Außenwohngruppen (*Kapitel 3*).

Die Publikation beinhaltet Ergebnisse eines Projekts „Soziales Kapital und Rückfallprävention bei CMA“ das seit 2008 von Kurt Mühler und Hans-Jürgen Leonhardt unter Mitarbeit von Sarah Jahn und Christian Schmidtke durchgeführt wird. Christian Schmidtke hat im Rahmen einer Teilstudie Therapiewirkungen im Maßregelvollzug untersucht (*Kapitel 2.1*), während Sarah Jahn ein Sozialportrait der Außenwohngruppe von Chronisch Mehrfachgeschädigten Alkoholabhängigkeitskranken erarbeitete (*Kapitel 3.1*).

Kapitel 1

Definition und neuere Forschungen zum Rückfall

1.1 VERSCHIEDENE PERSPEKTIVEN AUF DAS EREIGNIS RÜCKFALL

1.1.1 Zum Begriff des Rückfalls therapierter Abhängigkeitskranker

Die Bedrohung abstinenter Verhaltens ist eine permanente. Sie tritt sowohl während als auch nach einer Therapie auf. Die Sicherung von Therapieerfolgen gegen einen Rückfall ist deshalb auch eine permanente Aufgabe. Das Rückfallgeschehen selbst hat vielfältige Auswirkungen. Diese treten nicht nur individuell für den Betroffenen und Personen auf, die in enger Beziehung zu ihm stehen, sondern sind auch von erheblicher sozialer Bedeutung. Erkenntnisse über aggregierte Prozesse des Rückfalls enthalten ein umfangreiches Potential der Beeinflussung öffentlicher Meinung und politischer Entscheidungen und können sich nachhaltig auf die soziale Akzeptanz und öffentliche Unterstützung des Therapiegeschehens auswirken. Einfach ausgedrückt bedeutet Rückfall die Negation einer Therapie. Jeder Rückfall führt zu enormen psychischen Belastungen des unmittelbar Betroffenen und stärkt jene verbreiteten Stereotype, denen zufolge Abhängigkeitskranke willensschwach sind.

Die Definition des Rückfalls impliziert deshalb bereits auch ein gewisses theoretisches Element, weil mit ihr das Maß der Strenge oder Toleranz einer Bewertung der Alkoholeinnahme bestimmt wird. Gelegentlich wird in Arbeiten zum Rückfall auf eine explizite Definition verzichtet, weil es ohnehin klar scheint, was als Rückfall gelten soll. Feuerlein zum Beispiel definiert: „Rückfälle sind häufige Ereignisse im Verlauf des Alkoholismus und auch eines therapeutischen Prozesses“ (Feuerlein 1996, S. 77). Das ist keineswegs eine präzise Definition. Dennoch macht diese Bestimmung auf zweierlei aufmerksam. Rückfall ist keine Ausnahmeerscheinung. Obgleich sie dem Laien als das Schreckgespenst erscheint, ist Rückfall empirisch keine Seltenheit und noch nicht das Ende erfolgreicher Abstinenz. Des Weiteren verdeutlicht diese Bestimmung, dass Rückfall keine Erscheinung ist, die ausschließlich nach einer Therapie auftreten kann, sondern auch mehr oder weniger häufig während Therapien auftritt (vgl. Lindenmeyer, Veltrup, Kirschenbauer 1999). Auf die besondere Behandlung dieses Ereignisses bei CMA kommen wir später zurück. Wenngleich mit Feuerlein keine Bestimmung dessen geleistet wird, worin das Kriterium eines Rückfalls besteht, so wird doch immerhin ein anerkannter Eindruck von der empirischen Wahrscheinlichkeit seines Auftretens vermittelt. Was soll nun aber unter Rückfall verstanden werden?

Die wohl strikteste Definition besteht darin, jegliche Alkoholeinnahme während selbst gewählter Abstinenz als Rückfall zu bezeichnen (Kruse 2000, S. 288). Eine solche Definition unterschätzt das tatsächliche Aufkommen von Rückfällen und differenziert nicht nach der Schwere eines Rückfalls. Dennoch kann die empirische Anwendung dieser Definition den Nachweis der großen Verbreitung des Rückfallgeschehens erbringen. Darüber hinaus erlaubt sie aber, die Zahl und den Anteil jener Therapierten empirisch zu bestimmen, denen es gelingt, strikt abstinenz zu leben. Gerade diese Therapiesicherung ist für CMA von eminenter Bedeutung.

Es sind in der Literatur auch Meinungen anzutreffen, Rückfall an Hand der Schwere der Alkoholeinnahme zu bestimmen. Ein solches Vorgehen benötigt die Bestimmung eines normativen Kriteriums, ab wann von schwer gesprochen werden kann. Dies ist möglich aus medizinischer, sozialer oder persönlicher, subjektiver Sicht. Die medizinische Indikation würde in der Überschreitung der für Männer und Frauen ausgegebenen Werte (40 beziehungsweise 20g Reinalkohol pro Tag) bestehen. Einen sozialen Normwert gibt es in dieser Form nicht, weil die Toleranz der Alkoholeinnahme sowohl von der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, einem Berufszweig aber auch der Zugehörigkeit zu Gruppen mit bestimmten Überzeugungen stark variieren kann. Die persönliche Festlegung eines Normwerts und die Rückfalldefinition als dessen Überschreitung ist ungeachtet der möglichen Varianz und hohen subjektiven Willkürlichkeit schon deshalb ungeeignet, weil der Kontrollverlust zum Krankheitsbild des Abhängigen gehört. Bedeutsam an diesem Vorgehen ist aber, nicht jede Alkoholeinnahme gleichermaßen zu behandeln, sondern zwischen Alkoholeinnahmen zu differenzieren.

Eine solche Möglichkeit bietet die Unterscheidung zwischen Rückfallepisoden und Rückfall (Marlatt 1985). Diese Differenzierung ermöglicht es, einerseits die große Verbreitung von Alkoholeinnahme während der selbst gewählten Abstinenz nicht zu ignorieren und andererseits solche Episoden von der Aufgabe der Abstinenz zu unterscheiden. Erst letzteres markiert einen tatsächlichen Rückfall. Eine solche Sichtweise begünstigt die Auffassung, wonach die Erhaltung von Abstinenz während und nach der Therapie ein sehr konfliktreicher Prozess ist, in dem Rückschläge in den meisten Fällen fester Bestandteil sind. Erst wenn solch ein Rückschlag dauerhaft wird, sollte dies als Rückfall bezeichnet werden. Wir sind allerdings der Meinung, darauf kommen wir später ausführlich zurück, dass jegliche Form dauerhaften Trinkens von vorn herein als Rückfall einzustufen ist. Wir sind deshalb der Meinung, dass kontrolliertes Trinken oder gebessertes Trinken, wie dies gelegentlich bezeichnet wird, bei Abhängigkeitskranken den Abbruch der Abstinenz bedeutet (Körkel, Lauer 1992, S. 15). Wenn das Therapieziel, und wir vertreten diese Auffassung uneingeschränkt, darin besteht, Grund-

lagen für eine dauerhafte Abstinenz zu schaffen, dann definiert sich Rückfall daraus, dass kein abstinentes Verhalten mehr möglich ist, auch wenn dies vielleicht intolerant oder unmodern erscheinen mag. Wenn man Abhängigkeit als Krankheit definiert und dies zu erreichen war ein sehr langer Weg, dann heißt dies wie bei jeder anderen Krankheit, dass ihre Symptome und Folgen nicht durch den Betroffenen kontrolliert oder beseitigt werden können. Der Kontrollverlust ist Teil der Erkrankung. Wenn also Abhängigkeitskranke wieder dauerhaft trinken, dann schließt dies per Definition des Krankheitsbegriffs die Kontrollfähigkeit aus. Bei CMA wiegt dies besonders schwer, weil von einer chronischen Erkrankung auszugehen ist.

Die Differenzierung zwischen Rückfallepisode und Rückfall ermöglicht weiterhin den Übergang zum Eintreten des Rückfalls als Beendigung abstinenten Verhaltens prozesshaft zu modellieren. Die Analyse dieses Übergangs stellt den Schwerpunkt der Rückfallforschung überhaupt dar.

Wir definieren Rückfall als das Auftreten sich zyklisch oder unregelmäßig ereignender Episoden oder dauerhafter Alkoholeinnahme, gleichgültig in welchem Umfang die Alkoholeinnahme geschieht. Spätestens dann, wenn Abstinenz nicht als Regelfall des Alltagsverhaltens einer Person gelten kann, sondern als außeralltägliche Sonderform (punktuelle Abstinenz, Entgiftung o.ä.) auftritt, hat sich der Rückfall manifestiert.

1.1.2 Rückfall während der Therapie – Ursachen und Reaktionen darauf

Wie im Kapitel 1.2.3 bezüglich des Suchtgedächtnisses näher zu untersuchen sein wird, gilt grundsätzlich, dass das Suchtgedächtnis nicht zu löschen ist und somit, wie bekannt, auch nach Jahren der Alkoholabstinenz einen Rückfall anstoßen kann. Im Allgemeinen ist gesichert, dass Suchtimpulse zum Teil unbewusst oder vorbewusst ausgelöst werden. Alkoholkranken, die eine medizinische Rehabilitation erfahren, kann vermittelt werden, dass das Suchtgedächtnis nicht die Gnade des Vergessens hat und eine lebenslange Fixierung des Kranken darstellt. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden die Patienten trainiert, mit dieser Situation umzugehen, zum Beispiel sich abzulenken, darüber mit anderen Patienten oder mit den Bezugstherapeuten zu sprechen etc. und die dafür vorher trainierten Situationen abzurufen. Häufig erfährt man, dass der Suchtdruck anders als wirkliche Bedürfnisse wie Durst oder Hunger schon nach Minuten, spätestens nach einer Stunde vorbei sei. Ein aktives Umgehen mit dem Suchtdruck setzt aber für den Patienten ein im Rahmen des Möglichen klares Denken und gesunde Anteile im kognitiv-emotionalen Bereich voraus. So

ist es in der medizinischen Rehabilitation durchaus verständlich, nach einem aufgearbeiteten Alkoholrezidiv von einem „Beginn eines Neuanfanges“ zu sprechen.

Nachfolgend ein Beispiel für ein vorbewusstes Alkoholrezidiv:

Ein 36-jähriger überangepasster chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (CMA), der allen als ein Geizkragen bekannt ist, bei der Stationsschwester aber eine höhere Summe Geldes zur Aufbewahrung hinterlegt hat, ist seit einigen Tagen verhaltensauffällig: mürrisch und streitsüchtig. Er lässt sich nach der Therapiezeit von der Stationsschwester einen Teil seines Geldes aushändigen, weil er sich im nahe gelegenen Einkaufsmarkt eine Jacke kaufen möchte, und kommt gegen 23.00 Uhr sturzbetrunken in die Einrichtung zurück. In der Aufarbeitung des Rückfalls stellte sich heraus, dass der Klient seit Tagen sein Alkoholrezidiv imaginiert hat, sich aber, weil er sich angepasst verhalten wollte, dies nicht mitgeteilt hat, so dass es zwangsläufig zu seinem Fehlverhalten kommen musste:

Es handelt sich also hier um einen chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken, dessen wesentliche Funktionen aufgrund seiner chronischen Erkrankung deutlich eingeschränkt sind, so dass Reflexionen über seine Erkrankung kaum möglich sind, eine Steuerungsfähigkeit kaum vorhanden ist.

Dies bedeutet, dass hier der Rückfall nicht zwingend der „Beginn eines Neuanfanges“ ist, sondern dass das therapeutische Klima insofern hilfreich sein muss, als der Rückfall nicht als Versagen des Betroffenen gesehen wird. Was Not tut, ist hier ein unterstützendes Verhalten. Andererseits muss genau abgewogen werden, dass bei CMA eine klare Hausordnung gegeben sein muss, die Rezidive sanktioniert. Im Allgemeinen hat sich bewährt, den Klienten nach einem zweiten oder dritten bekannt gewordenem Alkoholrezidiv in eine andere Einrichtung für CMA zu verlegen, damit er unter anderen Bedingungen einen Neuanfang haben kann.

Nachfolgend ein Beispiel für ein unbewusstes Alkoholrezidiv:

Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke haben nicht nur deutliche kognitive Defizite, sondern sind auch emotional auffällig verkrustet. Dass sie ihr Leben nicht mehr selbstbestimmend und eigenverantwortlich führen können zeigt auch, dass bei ca. 60 Prozent der CMA, die in soziotherapeutischen Langzeiteinrichtungen leben, Betreuungen eingerichtet sind.

Ein bislang eher unauffälliger 50-jähriger Klient, mit Ansätzen einer neuen Lebensbilanzierung, mit zunehmendem Selbstwertgefühl und dem Postulat:

„Ich saufe nie wieder.“ geht in der Vorweihnachtszeit nach Therapieende in den nahe gelegenen Einkaufsmarkt, dort wird am Eingang kostenlos Glühwein angeboten. Ohne zu überlegen greift der Klient zu. Nach dem zweiten oder dritten Probegläschen wird er weggeschickt, kauft sich von seinem wenigen Geld noch eine Flasche Schnaps und kommt betrunken in die Einrichtung zurück.

Die Aufarbeitung des Rückfalls gestaltete sich äußerst schwierig, da der Klient den Automatismus seines Rückfalles nicht begreifen konnte, die Flucht nach vorn antrat und mit diffusen Versagensängsten die Einrichtung verlassen wollte, um in eine Obdachloseneinrichtung zu gehen.

1.1.3 Rückfall nach der Therapie – die besondere soziale Situation von CMA

Wie wir gesehen haben, bedroht Rückfall den Therapieerfolg von Anfang an. Es soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Bedingungen nach der Therapie die Abstinenz gefährden. Rückfallursachen sind in der einschlägigen Forschung gut systematisiert (Marlatt 1985). Deshalb soll es im Folgenden um spezielle Bedingungen im Hinblick auf CMA gehen. Den Kern der folgenden Ausführungen bilden zwei empirische Untersuchungen zu Alkoholabhängigen generell und eine zweite zur Abstinenz von CMA nach der Therapie.

In der Literatur zum Rückfallgeschehen wird übereinstimmend die Rückgewinnung und der Ausbau sozialer Integration gesehen. Soziale Integration betrachten wir vor allem von drei Merkmalen bestimmt: Familie, Arbeit und Wohnen (Leonhardt/Mühler 2006, S. 33). In der einschlägigen Literatur werden vor allem die Wiederaufnahme von Familienbeziehungen und einer geregelten Tätigkeit als entscheidend für die Rückfallhemmung genannt. Insgesamt, von einzelnen Lebensbereichen abgesehen, stellt ein intaktes persönliches Netzwerk mit starken und schwachen sozialen Bindungen eine grundlegende und unverzichtbare rückfallhemmende Bedingung dar (zum Beispiel Körkel/Lauer 1995, Röhrle 1994). Im Folgenden wollen wir die spezifische Situation erläutern, in der sich CMA nach einer Soziotherapie im Hinblick auf die Ausbildung dieser zentralen Bedingung der Rückfallprävention befinden. Es geht also darum, welche speziellen Voraussetzungen sozialer Beziehungen für CMA erfüllt sein müssen, wenn nicht schon soziale Beziehungen schlechthin als rückfallpräventiv angesehen werden sollen und welche Schwierigkeiten sich für CMA einstellen, um soziale Beziehungen überhaupt aufzunehmen

Zur ambivalenten Wirkung sozialer Beziehungen auf die Stabilität der Abstinenz

Eng damit in Beziehung stehend werden als weitere Bedingungen abstinenzspezifische Unterstützung und der Verzicht auf Alkohol zumindest im Kernnetzwerk (enge, starke Bindungen) gesehen (Veltrup 1995, Kruse 2000). Des Weiteren fällt auf, dass hinsichtlich der Standardmerkmale neben dem persönlichen Netzwerk vor allem persönliche Merkmale beziehungsweise Fähigkeiten genannt werden, die als rückfallhemmend gelten. Dazu gehören der Attributionsstil, positive Selbstwirksamkeitserwartungen, negative Alkoholkonsumerwartung und positive Bewältigungsstrategien (Körkel/Lauer 1995). Mit anderen Worten, die soziale Integration stellt Ressourcen bereit, die der Betroffene zur Erarbeitung dieser Merkmale nutzen kann. Je geringer demnach die soziale Integration ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich diese rückfallhemmenden Merkmale der Selbststeuerung ausbilden. Wir haben es demnach im Kern mit einer Wechselwirkung zwischen sozialen Voraussetzungen und individueller kognitiver Verarbeitung zu wirksamer individueller Selbststeuerung zu tun.

Es stellt sich die Frage, worin dieses Potential eines persönlichen Netzwerkes besteht? Es gehört zu den großen sozialwissenschaftlichen Entdeckungen des 20. Jahrhunderts, die Bedeutung von personaler Interaktion für das Selbstbild eines Menschen nachgewiesen zu haben. Zum Beispiel Cooley, Homans, Mead haben unter verschiedenen Aspekten theoretische Annahmen gebildet, wonach das Selbstbild eines Menschen aus seinen sozialen Interaktionsbeziehungen hervorgeht. Cooley (1902) bezeichnete das Selbst als eine Art Spiegel der sozialen Beziehungen eines Menschen. Homans wies an Hand von empirischen Daten in einer Sekundäranalyse einen Zusammenhang zwischen Interaktion, Aktivität und Gefühl nach (Homans 1970). Über Interaktion nähern sich die Interagierenden in ihren Urteilen, Meinungen und Gefühlen an. Das geschieht keineswegs symmetrisch, denn es steht auch mit den Ressourcen dieser Personen in Zusammenhang. So finden manche Menschen mehr Anerkennung als andere, ohne dass letztere mit dieser sozialen Beziehung unzufrieden wären. Ein bedeutsamer Effekt, der aus Interaktionsbeziehungen hervorgeht, ist soziale Anerkennung, Bestätigung. Zugleich bildet soziale Anerkennung ein grundlegendes menschliches Bedürfnis (Fischer/Wiswede 2002, Aronson 2006, Bierhof 2006). Dies kann nicht eigenständig befriedigt werden. Im Gegenteil, die Bestätigung des eigenen Tuns und Identität ist ein Produkt aus sozialer Interaktion und der kognitiven Verarbeitung der Interaktionsresultate. Das ist nun für das Verhalten von ausschlaggebender Bedeutung. Das Bedürfnis nach Bestätigung realisiert sich in einem bestimmten Verhalten, mit dem Bestätigung zu erzielen versucht wird. Damit wird deutlich, dass Verhalten in Interaktions-