

**Katholische Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln**

**Masterstudiengang Suchthilfe
(Master of Science in Addiction Prevention and Treatment)**

MASTER - THESIS

**RÜCKFALLBEARBEITUNG UND -PRÄVENTION
IN DER STATIONÄREN ARBEIT MIT
CHRONISCH MEHRFACH BEEINTRÄCHTIGT
ABHÄNGIGEN**

vorgelegt von:

Günter Sandfort

Erstprüfer:

Herr Wolfgang Scheiblich

Zweitprüfer:

Herr Prof. Dr. Michael Klein

Köln, den 4.12.2003

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Master-Thesis selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

(Günter Sandfort)

Inhaltsverzeichnis

0. <u>Vorwort</u>	7
1. <u>Einleitung</u>	9
2. <u>Der Rückfall als spezifische Krisenform bei substanzabhängigen Menschen</u>	
2.1 Gefahr und Chance - die zwei Seiten des Rückfallgeschehens	12
2.1.1 Rückfalldefinitionen	13
2.1.2 Rückfallhäufigkeiten, -zeitpunkte und -verläufe	14
2.1.3 Einflussfaktoren auf die Rückfallentstehung: Auslöser und Ursachen	16
2.2 Rückfalltheorien und -modelle	18
2.2.1 Lerntheoretische Rückfalltheorien	18
2.2.2 Kognitiv-behaviorale Rückfalltheorien und das sozial-kognitive Modell von Marlatt	19
2.2.3 Psychoanalytische Rückfalltheorien	21
2.2.4 Die systemische Rückfalltheorie	22
2.2.5 Neurobiologische Theorieansätze	23
2.3 Die Rückfallkrise bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen	24
2.3.1 Besondere Zielgruppenmerkmale	24
2.3.1.1 Physische und psychische Beeinträchtigungen	25
2.3.1.2 Soziale und juristische Aspekte	26
2.3.1.3 Schwere des Abhängigkeitssyndroms	27

2.3.2	Der Rückfall im stationären Kontext einer soziotherapeutischen Einrichtung	28
2.3.2.1	Zentrale Merkmale der Konzeption des „Theresien-Hauses“	28
2.3.2.2	Stationäre Rückfallhäufigkeiten und -verläufe	30
2.3.2.3	Interventionsspektrum in Rückfallsituationen	31
2.4	Rückfallprävention	33
2.4.1	Rückfallpräventionsmaßnahmen	33
2.4.2	Rückfallpräventionsprogramme	35
2.4.3	Nachsorge	35
2.4.4	Rückfallvorbeugung mit Medikamenten („Anti-Craving-Substanzen“)	36
2.4.5	Aspekte der rückfallpräventiven Arbeit in der stationären Soziotherapie mit CMA-Klientel	37
3.	<u>Rückfallbezogene Erhebungen in der sozio- therapeutischen Einrichtung „Theresien-Haus“</u>	
3.1	Erhebung zur quantitativen Erfassung von Rückfallereignissen	39
3.1.1	Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign	39
3.1.2	Ergebnis-Darstellung und Diskussion	41
3.2	Erhebung zur Bewertung abstinentzfördernder Wirkfaktoren und rückfallpräventiver Maßnahmen	43
3.2.1	Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign	43
3.2.2	Ergebnis-Darstellung und Diskussion	45

3.3 Erhebung zur Erfassung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall (DIRA-R)	61
3.3.1 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign	61
3.3.2 Ergebnis-Darstellung und Diskussion	62
4. <u>Rückfallbearbeitung und Prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen</u>	
4.1 Der Umgang mit der akuten Rückfallkrise	64
4.1.1 Ethische Grundsätze	64
4.1.2 Akute Kriseninterventionen	67
4.1.3 Das Rückfallgespräch	69
4.2 Strukturelle rückfallpräventive Rahmenbedingungen in der Einrichtung	72
4.2.1 Abstinentes Milieu	72
4.2.2 Abstinenzüberprüfungen	73
4.2.3 Ausgangsregelungen	73
4.2.4 Tagesstrukturierende Angebote – Arbeit und Freizeit	74
4.2.5 Gesundheitsvorsorge	75
4.3 Rückfallprävention mit einzelnen Bewohnern und in Gruppen	77
4.3.1 Rückfallpräventive Einzelgespräche	77
4.3.2 Rückfallpräventives Verhaltenstraining	81
4.3.3 Notfallplanung: Ausrutschervertrag und Abstinenzkarte	82

4.3.4	Pharmakotherapie – Zum Einsatz von „Anti-Craving-Substanzen“	84
4.3.5	Anwendungsmöglichkeiten des S.T.A.R. in indikativen Gruppen	85
4.4	Rückfallprävention im Kontext von Entlassung und Nachsorge	89
4.4.1	Soziale Integrationshilfen: Aufbau eines sozialen Netzwerkes	89
4.4.2	Die Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen	90
4.4.3	Ambulant betreutes Wohnen	91
4.4.4	Weitere Nachsorge-Angebote	93
5.	<u>Schlusswort</u>	95
6.	<u>Kurz-Zusammenfassung (Abstract)</u>	96
7.	<u>Literaturverzeichnis</u>	98
8.	<u>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</u>	105
9.	<u>Abkürzungsverzeichnis</u>	107
10.	<u>Anhang</u>	108

0. Vorwort

Ich möchte an dieser Stelle denjenigen Persönlichkeiten, die meinen beruflichen Prozess in der Suchthilfe bis hin zu dieser Masterarbeit kritisch-konstruktiv und zugleich wohlwollend begleitet haben, herzlich danken für die vielen Inputs, Fachgespräche, Diskussionen und Reflexionen:

Herrn Werner Bensmann als meinem ersten Praxisanleiter und Mentor, der durch sein persönliches Vorbild meine ethischen und klientenbezogenen Grundhaltungen wesentlich mitgeprägt hat;

Herrn Conrad Tönsing als langjährigen und geschätzten Kollegen und Weggefährten im Diözesan-Caritasverband Osnabrück, der mir immer wieder fachliche und menschliche Unterstützung gegeben hat;

Herrn Prof. Dr. Michael Klein und *Herrn Prof. Dr. Joachim Körkel* als Wissenschaftler, von denen ich im Studium viel Basis- und Detailwissen erworben habe;

Frau Dr. Wilma Funke, die in den vergangenen zwei Jahren meine fachliche und persönliche Entwicklung nachhaltig und konstruktiv begleitet hat und

Herrn Wolfgang Scheiblich als wertvollen Begleiter bei der Erstellung meiner Master-Thesis und als Persönlichkeit, von der ich in fachlicher und persönlicher Hinsicht viel gelernt habe.

Ich danke außerdem meinem Dienstgeber, vertreten durch die Geschäftsführer *Herrn Josef Heile* und *Herrn Ulrich Kupczik* sowie dem ehemaligen Caritasdirektor *Herrn Karl-Ludwig Guddorf* für die wohlwollende Unterstützung und die Ermöglichung der Teilnahme am Masterstudiengang.

Meinen Kollegen *Herrn Ludger Klenke* und *Frau Nina Szczupacki* danke ich für das Lektorat und *Herrn Klaus Kaiser* für die Durchführung der Erhebungen mit den Bewohnern des Theresien-Hauses.

Meiner Frau *Edith* gebührt an dieser Stelle ein ganz besonderer Dank: Ohne ihre großartige Unterstützung wäre weder mein berufsbegleitendes Studium in Köln, noch die hier vorliegende Master-Arbeit möglich gewesen, die ich meinen Kindern *Leonard* und *Elena* in herzlicher Liebe widme.

1. Einleitung

Das Thema Rückfallbearbeitung und Rückfallprävention begleitet mich im beruflichen Kontext schon seit vielen Jahren. In unterschiedlicher Intensität habe ich mich theoretisch und konzeptionell, aber auch ganz „lebensnah“ in der Praxis mit dem Rückfallgeschehen auseinandergesetzt:

Zunächst in einer psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete/-abhängige, anschließend in der ambulanten Wohnungslosenhilfe und seit 1997 in einer soziotherapeutischen Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängige Menschen, in der ich als Einrichtungsleiter arbeite.

Eine deutliche inhaltliche Vertiefung und Aktualisierung hat die Rückfallthematik selbstverständlich nochmals im Rahmen des Masterstudiengangs „Suchthilfe“ bekommen.

Ich habe in den zurückliegenden Jahren viele Erfahrungen mit diesem für die Suchthilfe sehr bedeutsamen Thema gesammelt, immer wieder um zahlreiche Facetten ergänzen können und versucht, meine professionelle Haltung und meine Interventionen an die neuen Erkenntnisse anzupassen: Denn nach FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA (1997, S. 295) ist „der Umgang mit möglichen oder tatsächlichen Rückfällen ... zentraler Bestandteil jeder Alkoholismusbehandlung.“

Im Rahmen der Master-Thesis im Studiengang „Suchthilfe“ ist ein suchtrelevantes Thema, dass möglichst in Verbindung mit der eigenen Arbeitsrealität steht, wissenschaftlich zu bearbeiten (vgl. KLEIN, 2003).

Ich habe mich vor diesem Hintergrund entschieden, das Thema „Rückfallbearbeitung und -prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen“ aufzugreifen, da es für meine alltägliche Praxis eine hohe Relevanz hat und nach meinem Kenntnisstand bisher noch keine zielgruppenspezifische, wissenschaftlich begründete Konzeption zu dieser Thematik vorliegt.

Viele soziotherapeutische Einrichtungen verfügen zwar über konzeptionelle Bausteine zum Umgang mit Rückfallkrisen und beschreiben Ansätze der rückfallpräventiven Arbeit; die Innovation dieser Master-Thesis besteht jedoch darin, auf Basis des aktuellen Forschungsstandes sowie auf Grundlage eigener Erhebungen die unterschiedlichen Inhalte und Methoden der Rückfallbearbeitung und -prävention im Kontext der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen zu diskutieren und zu einer praxisnahen Konzeption zusammenzuführen.

Im Anschluss an diese Einleitung wird in Kapitel 2 unter dem Leitsatz „Rückfall als spezifische Krisenform bei substanzabhängigen Menschen“ der theoretische Hintergrund des Rückfallgeschehens unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes beschrieben. Hierbei werden Definitionen, Häufigkeiten und Verläufe von Rückfällen ebenso berücksichtigt, wie Einflussfaktoren und Erklärungsmodelle.

Weiterhin wird das Rückfallgeschehen in besonderer Weise auf die stationäre Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen fokussiert und in diesem Kontext die besonderen Merkmale dieser Zielgruppe aufgegriffen. Das Kapitel schließt mit einer Beschreibung möglicher Maßnahmen und Programme zur Rückfallprävention.

Im 3. Kapitel werden die Ergebnisse rückfallbezogener Erhebungen in der soziotherapeutischen Einrichtung vorgestellt und diskutiert, in der ich selbst als Einrichtungsleiter tätig bin:

Auf Grundlage des vorhandenen Datenmaterials (seit September 1997) wurde untersucht, zu welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes im Theresienhaus Rückfallereignisse vermehrt eingetreten sind.

Außerdem wurde im Rahmen einer Bewohnerbefragung erhoben, welche Wirkfaktoren und rückfallpräventiven Maßnahmen bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz aus Sicht der betroffenen chronisch suchtkranken Menschen eine hohe Relevanz haben.

Eine weitere Befragung gibt Aufschlüsse über Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall.

Im 4. Kapitel wird auf Basis der wissenschaftstheoretischen Grundlagen sowie der Ergebnisse aus den eigenen Erhebungen ein praxisnahes Konzept für die Rückfallbearbeitung und -prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Menschen entwickelt: Der konkrete Umgang mit der akuten Rückfallkrise wird hier ebenso beschrieben wie vielfältige Formen rückfallpräventiver Rahmenbedingungen innerhalb der soziotherapeutischen Einrichtung sowie die Rückfallprävention mit einzelnen Bewohnern und in Gruppen.

„Große Dinge ereignen sich nicht mittags um zwölf Uhr zehn. Sie wachsen langsam (Kurt Tucholsky). Auf dieser Grundhaltung aufbauend lassen sich mit Bedacht vielfältige Präventions- und Interventionsmöglichkeiten nutzen, die einen erneuten Alkoholkonsum unwahrscheinlicher machen und einen frühzeitigen Ausstieg aus der Rückfallspirale ermöglichen“ (KÖRKEL, 2003, S. 52).

Dieser Grundhaltung folgend bedarf es insbesondere der Geduld, um den Menschen, die über einen sehr langen Zeitraum in die Abhängigkeitserkrankung hineingewachsen sind, Zeit zu lassen, aus dieser auch wieder herauszuwachsen: Wenn die Häufung kritischer Lebensereignisse additiv der individuellen Schwelle der Alkoholabhängigkeit sukzessiv näher kommt, dann bedarf es ebenso einer langen Zeit, diese Ereignisse angemessen zu verarbeiten.

Im gesamten Text werden zur semantischen Vereinfachung die traditionellen sprachlichen Gepflogenheiten beibehalten und die männliche Form (Bewohner, Klient, Betreuer, Mitarbeiter, Therapeut etc.) benutzt.

2. Der Rückfall als spezifische Krisenform bei substanzabhängigen Menschen

Eine spezifische Krisenvariante bei substanzabhängigen Menschen ist der so genannte Rückfall – ein sehr häufiges Phänomen, mit dem Alkoholabhängige und ihr soziales Umfeld konfrontiert werden.

Im nachfolgenden Kapitel werde ich das Rückfallgeschehen unter verschiedenen empirischen bzw. theoretischen Gesichtspunkten (Definitionen, Häufigkeiten, Zeitpunkte, Verläufe, Entstehungsbedingungen und Rückfalltheorien) vorstellen.

Im Anschluss werden besondere Merkmale der Rückfallkrise bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen und abschließend die wichtigsten rückfallpräventiven Ansätze und Methoden beschrieben.

2.1 Gefahr und Chance - die zwei Seiten des Rückfallgeschehens

Das Wesen der Krise ist – je nach Ausgang – durch zwei gegensätzliche Merkmale gekennzeichnet: Entweder sie wird bewältigt und führt zu einem Identitätsgewinn oder sie führt bei Scheitern zur Dekompensation (vgl. SCHEIBLICH, 2002).

Das Rückfallgeschehen ist in ähnlicher Weise charakterisierbar: Entweder es bleibt beim sog. „Lapsus“, einem Ausrutscher, der wertvolle Informationen darüber gibt, wie effektivere Bewältigungsstrategien für die Zukunft aussehen könnten (vgl. KANFER, REINECKER & SCHMELZER, 2000) oder es kommt zu einem „ausgewachsenen Rückfall“ in Folge der negativen gedanklichen und gefühlsmäßigen Verarbeitung des vorherigen Ausrutschers, der damit zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung wird (vgl. ARENZ-GREIVING, 2000).

2.1.1 Rückfalldefinitionen

In Literatur und Praxis existiert keine einheitliche Definition des Rückfalls; im Gegenteil – das Spektrum ist groß und hat demzufolge zu unterschiedlichen definitorischen Festlegungen und Operationalisierungen geführt: „Was bei einigen Forschern schon als Rückfall gilt – z. B. eintägiges Trinken ... - wird bei anderen ... zunächst einmal als Ausrutscher verbucht“ (KÖRKEL & LAUER, 1995, S. 159).

Nach VELTRUP (1995, S. 8) ist „die Rückfalldefinition abhängig vom zugrunde liegenden Störungsmodell der Abhängigkeit. Es lassen sich grob medizinisch-psychiatrische Überlegungen, sucht- und psychotherapeutische Sichtweisen sowie Konzepte der Betroffenen und der Selbsthilfeorganisationen voneinander abgrenzen.“

In Anlehnung an FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA (1997, S. 213) können Rückfälle „differenziert werden nach der Alkoholmenge, der Häufigkeit, der Schwere der Folgen sowie der internen und äußeren Situation, in der sich der Rückfall ereignet hat“ und sehen vor diesem Hintergrund verschiedene Rückfallarten.

JANSSEN & KÖRTEL (2002, S. 21f.) definieren den Rückfall als das Symptom einer Überforderungssituation: „Der Mensch kann .. in seiner Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit so beeinträchtigt sein, dass er wieder auf alte, bewährte, aber letztlich schädigende Verhaltensweisen mit dem erneuten Konsum zurückgreift.“

KÖRKEL & KRUSE (2000) unterscheiden zwischen schweren Rückfällen (alternative Begriffe: massive, ausgewachsene oder anhaltende Rückfälle), episodischen bzw. kurzzeitigen Rückfällen („Ausrutschern“) sowie systemischen und den so genannten trockenen Rückfällen.

KÖRKEL & SCHINDLER (2003) ergänzen die vorstehend genannten Definitionen um die dichotome (= enge) Rückfalldefinition (jeglicher Alkoholkonsum nach einer Phase der Abstinenz), den iatrogenen Rückfall (auslösend sind z. B. pharmakologische Substanzen, wie alkoholhaltige oder

stimmungsverändernde Medikamente) sowie die subjektive Rückfalldefinition, nach der ein Rückfall erst nach Übertreten einer selbst definierten Konsumschwelle vorliegt.

In einem ähnlichen Sinne definiert ARENZ-GREIVING (2000, S. 9) das Rückfallgeschehen in Anlehnung an Schneider: „Als rückfällig bezeichnet man jemanden, der trotz seines Vorsatzes zur Abstinenz wieder mit der Einnahme von Suchtmitteln (Alkohol oder Medikamenten) beginnt.“

Hier ist – wie bei der subjektiven Rückfalldefinition – die zuvor selbst definierte Konsumschwelle (Nichtaufrechterhaltung der Abstinenz) überschritten worden.

Wenn im Rahmen dieser Arbeit der Begriff „Rückfall“ verwendet wird, ist damit zunächst die dichotome Definition gemeint, also jeglicher Alkoholkonsum. Auf notwendige Differenzierungen („laps“ vs. „relaps“) wird im Folgenden gesondert eingegangen.

2.1.2 Rückfallhäufigkeiten, -zeitpunkte und -verläufe

„Der erneute Alkoholkonsum nach einer Phase der Abstinenz ist eher die Regel als die Ausnahme“ stellen KÖRKEL & SCHINDLER (2003, S. 11f.) in Anlehnung an umfangreiche Katamnesestudien fest und sind daher in keiner Weise ein „exotisches Phänomen“, sondern „ein (statistisch) normaler Bestandteil des Ausstiegs aus der Sucht“.

Rückfälligkeit stellt sich bei einem Überprüfungszeitraum von vier Jahren bereits bei 54 Prozent der intensiv stationär behandelten Menschen ein (vgl. ARENZ-GREIVING, 2000).

Das Rückfallrisiko ist im ersten Jahr am höchsten (vgl. DILLING & REIMER, 1995); besonders gefährlich ist das erste halbe Jahr, da ca. 60 Prozent der Gesamtgruppe der rückfällig gewordenen Klienten bereits

kurz nach Abschluss der Behandlung rückfällig wird (vgl. JANSSEN, 1996).

Nach KRUSE, KÖRKELE & SCHMALZ (2001) führen Entgiftungsbehandlungen zu höheren Rückfallquoten als mehrmonatige Entwöhnungsbehandlungen, das Rückfallrisiko ist bei Frauen etwas höher als bei Männern und die Rückfallwahrscheinlichkeit bei Therapieabbrechern schließlich deutlich erhöht.

Langfristig am stabilsten sind ehemalige Patienten, die die 6 – 24 Monate nach einer Behandlung die Abstinenz Aufrecht erhalten konnten (vgl. KÖRKELE & SCHINDLER, 2003).

Rückfälle sind dynamische Prozesse – unterschiedlich und offen in ihrem Verlauf:

„Bei der Analyse von Ausrutschern lässt sich zeigen, dass der „erste Schluck“ nicht mit naturgegebener Eigendynamik in die Katastrophe führen muss. Bei genauer Betrachtung gehen Ausrutscher nämlich – wenn überhaupt – meist nicht abrupt in schwere Rückfälle über“ (KRUSE, KÖRKELE & SCHMALZ, 2001, S. 296).

Entscheidend ist in diesem Kontext jedoch, wie der Betroffene einen Ausrutscher innerlich verarbeitet: Gedankliche Selbstabschreibung und Selbstvorwürfe begünstigen den Verlauf des Rückfallgeschehens; so kann der „erste Schluck“ in einem schweren Rückfall enden. Anderen Klienten ist eine schnelle Rückkehr zur Abstinenz möglich.

Aufgrund dieses Umstandes raten KÖRKELE & SCHINDLER (2003, S. 17) dazu, „Ausrutscher weder zu bagatellisieren noch zu dramatisieren“.

Sie sollten deshalb nicht bagatellisiert werden, weil sie – je nach Verlauf – weitreichende persönliche, medizinische und soziale Konsequenzen nach sich ziehen können.

Andererseits sollten sie nicht dramatisiert werden, weil sie zum menschlichen Leben und zur menschlichen Entwicklung dazu gehören. Sie sind keine Eigentümlichkeit von suchtkranken Menschen (vgl. KÖRKEL, 1991).

2.1.3 Einflussfaktoren auf die Rückfallentstehung: Auslöser und Ursachen

Rückfälle können durch vielfältige Auslöser eintreten – sie werden letztlich jedoch durch sich wechselseitig beeinflussende Faktorenbündel verursacht.

Als exemplarisches Beispiel für einen Auslöser sei hier der sog. „trigger“ (ein Situationsmerkmal, das früher mit der Suchtmittelleinnahme verbunden war) erwähnt, der bei einem Klienten eine klassisch konditionierte Reaktion („cue reactivity“) auslösen kann, wie z. B. einen erhöhten Herzschlag oder eine veränderte Aktivität von Nervenzellen im Gehirn, die mit der Erinnerung an die positive Wirkung des Suchtmittels verbunden sind („Suchtgedächtnis“). In der Folge erhöht sich die Rückfallgefahr, auch nach Zeiten langer Abstinenz (vgl. LINDENMEYER, 1999; DEMMEL & RIST, 2001; ZIMDARS, 2002).

KÖRKEL & LAUER (1995), KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ (2001), als auch KÖRKEL & SCHINDLER (2003) sehen übereinstimmend in der Entstehung von Rückfällen drei große Merkmalsbereiche:

Bedingungen in der abhängigen Person sind beispielsweise unangenehme Gefühlszustände (negative Affekte, wie Ängste, Depressivität, Ärger, Enttäuschungen, Kränkungen), spezifische Gedanken und Einstellungen zum Alkohol (Unterschätzung des Risikos potentieller Rückfallsituationen, zu geringe oder zu große Zuversicht, auftretende Schwierigkeiten ohne

Alkohol zu bewältigen), ein unausgewogener Lebensstil, fehlende Bewältigungsfertigkeiten bei Belastung und schließlich Komorbidität.

Bedingungen im sozialen Bezugsrahmen sind u. a. eine mangelhafte soziale Einbindung (Bruchstellen im sozialen Netzwerk), Konflikte im privaten oder beruflichen Bereich, Trinkgewohnheiten in der Familie, einschneidende Lebensereignisse und -bedingungen.

Bedingungen im Suchthilfesystem sind z. B. die Art und Weise, wie mit Ausrutschern umgegangen wird (abrupte Beendigung der Hilfemaßnahme) oder welche Zugangsschwellen für eine Wiederbehandlung bestehen.

Eine große Relevanz haben nach einer Vielzahl von Forschungsstudien unangenehme Gefühle, Trinkanimationen und soziale Konflikte, die gemeinsam etwa 70 % aller Rückfälle verursachen (vgl. KÖRKEL & SCHINDLER, 2003).

Günstige soziale Bedingungen führen nach einer in 1991 durchgeführten Studie von Havassy et al. zu einem geringeren Rückfallrisiko: Soziale Netzwerke (z. B. Zusammenleben mit einer nahe stehenden Person, Vorhandensein außerhäuslicher Freunde, Zugehörigkeit zu organisierten sozialen Gruppen) und abstinentenspezifische (d. h. auf den Umgang mit Gefährdungen bezogene) soziale Unterstützung wirken sich hiernach sehr förderlich aus (vgl. KÖRKEL & LAUER, 1995).

Neben sozialer Unterstützung und einem sozialen Netzwerk sind ein externaler, variabler und spezifischer Attributionsstil, positive Selbstwirksamkeitserwartungen, negative Alkoholkonsumfolgeerwartungen sowie Bewältigungsfertigkeiten weitere „Rückfallantagonisten“ (vgl. KÖRKEL & LAUER, 1995).

2.2 Rückfalltheorien und -modelle

Bereits 1991 ließen sich 19 Theorien über Rückfallentstehung und/oder Rückfallverlauf unterscheiden (KÖRKEL & LAUER, 1995). Alle Theorien und Modelle haben ihre Berechtigung und erklären einen speziellen Teil des Rückfallgeschehens. Einen Alleinerklärungsanspruch kann jedoch kein Ansatz erheben, da beim Rückfallgeschehen biologische, soziale und psychische Faktoren in komplexe Wechselwirkungen treten, so dass einfache Ursache-Wirkungs-Modelle hier viel zu kurz greifen würden (vgl. KÖRKEL & KRUSE, 2000).

Nachstehend werde ich auf die Theorien und Modelle eingehen, die sowohl in Wissenschaft und Forschung (da sie am besten empirisch gestützt sind), als auch in der Praxis den größten Einfluss haben.

2.2.1 Lerntheoretische Rückfalltheorien

Nach dem lerntheoretischen Ansatz (u. a. nach Hunt) beruhen Rückfälle auf starken Assoziationen bzw. Konditionierungen zwischen Trinkstimuli und Trinkverhalten, die nach Phasen, in denen eine Trennung der Stimuli von den Reaktionen erfolgte, wieder in Erscheinung treten und zum Teil mit Alkoholverlangen einhergehen. Nach KÖRKEL & LAUER (1995) konnte eine Reihe empirischer Arbeiten demonstrieren, dass Alkoholabhängige intensiver auf alkoholspezifische Hinweisreize reagieren als Kontrollpersonen.

Der Ansatz der klassischen Konditionierung (u. a. nach Wikler) besagt, dass ursprünglich neutrale (interne und externe) Situationen während der Zeit des Alkoholmissbrauchs zu konditionierten Entzugserscheinungen und damit zu erneutem Konsum führen können. Gleichfalls kann durch klassische Konditionierung ein sehr starkes Bedürfnis zu erneutem Konsum auch ohne Entzugserscheinungen entstehen, das so genannte „cra-

ving“ (vgl. BÜHRINGER, 2000). Konditionierte Auslöser sind individuell sehr unterschiedlich und lösungsresistent, so dass sie noch Jahre andauern können.

Nach LINDENMEYER (1999) belegen zahlreiche Studien die Beteiligung von klassisch-konditionierten Reaktionen am Rückfallgeschehen.

2.2.2 Kognitiv-behaviorale Rückfalltheorien und das sozialkognitive Modell von Marlatt

Die kognitiv-behavioralen Theorien basieren auf dem lerntheoretischen Ansatz und betonen die Bedeutung psychologischer Variablen beim Rückfallgeschehen. Die Rückfalltheorien von Annis, Litman, Marlatt sowie Rollnick und Heather kommen nach KÖRKEL & LAUER (1988) den wissenschaftstheoretischen Anforderungen an Theorien am weitest gehendsten nach.

Während kognitive Rückfalltheorien (hier sind vor allem die von Brown, Rollnick, Heather und Schaefer zu nennen) fast ausschließlich kognitive Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit betonen, berücksichtigen sozialkognitive Rückfalltheorien bei der Erklärung des Rückfallgeschehens neben kognitiven Merkmalen (ungünstige Einstellungen, wie z. B. positive Alkoholwirkungserwartung und negative Selbstwirksamkeitserwartung), Kompetenzdefizite (z. B. Selbstunsicherheit oder defizitäre Konfliktbewältigungsfertigkeiten) sowie soziale und situative Einflussbedingungen als Vorläufer von Rückfällen (vgl. KÖRKEL & LAUER, 1995).

Neben den Modellen von Litman (1977) und Annis (1986) ist die von Alan Marlatt (1985) entwickelte Rückfalltheorie „das differenzierteste, konsistenteste und empirisch am besten gestützte theoretische System zur Erklärung des Eintritts und Verlaufs von erneutem Alkoholkonsum“ (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003, S. 24).

Das Modell ist ein Prozess- oder Kettenmodell, an dessen Ende – je nach Verlauf – ein schwerer Rückfall (im Sinne der vorstehend genannten Definition) stehen kann, der letztendlich das Symptom einer kumulierten situativen Überforderung ist.

Am Anfang des Prozesses steht ein unausgewogener Lebensstil als Nährboden für den zunehmenden Wunsch nach unmittelbarer Selbstbelohnung. Scheinbar unwesentliche Entscheidungen, gekoppelt mit persönlichen Hochrisikosituationen (z. B. unangenehme Gefühlszustände, Konfliktsituationen oder soziale Verführung), unzureichenden Verhaltenskompetenzen (Bewältigungsstrategien) erhöhen die Rückfallgefährdung zusätzlich.

Aufgrund einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung sinkt die Zuversicht, die Belastung alkoholfrei bewältigen zu können bei gleichzeitig hoher Erwartung an den Suchtmittelleffekt (Reduktion der Belastung durch Alkohol). Es kommt zum erstmaligen Wiederkonsum von Alkohol (Ausrutscher), der von kognitiven und emotionalen Prozessen begleitet wird (vgl. KÖRKEL & SCHINDLER, 2003).

Besonders bedeutsam für den weiteren Verlauf, d. h. ob der Ausrutscher zu einem schweren Rückfall führt, ist das Vorliegen eines „Rückfall-schocks“ in Form von Schuld- und Schamgefühlen oder Resignation und weiter sinkender Abstinenzzuversicht. Das Ausmaß eines solchen „Abstinenzverletzungseffektes“ und der damit einhergehenden „kognitiven Dissonanz“ entscheidet wesentlich darüber, ob es beim Ausrutscher bleibt oder ob sich ein massiver Rückfall einstellt (vgl. ZIMDARS, 2002).

Ist die Erwartung an die negativen Folgen einer fortgesetzten Substanz-einnahme hoch und der Grad der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Situation ebenfalls hoch, kann der Ausrutscher bewältigt werden.

Im umgekehrten Fall kommt es zu fortschreitendem Gebrauch bis hin in das alte Konsummuster (vgl. BÜHRINGER, 2000).

2.2.3 Psychoanalytische Rückfalltheorien

Die namhaften Vertreter der psychoanalytischen Ansätze (Mentzel, Pernhaupt, Rost und Wohlfarth) „sehen Rückfälligkeit als Folge intrapsychischer Konflikte ... und/oder (Ich-)struktureller Defizite in der Persönlichkeit des Alkoholkonsumenten an“ (KÖRKEL & LAUER, 1995, S. 165); demnach als Auswirkung „von seelischen Entwicklungsstörungen“ (BÜCHNER, 2002).

KÖRKEL & SCHINDLER (2003) unterscheiden im Wesentlichen drei Modelle:

Die triebpsychologische Theorie sieht die „Triebabfuhr“ als Rückfallauslöser. Tabuisierte Affekte – wie Aggressionen oder sexuelle Impulse – werden ausagiert.

Die objektpsychologische Theorie sieht das Rückfallgeschehen als Ausdruck eines nicht vollständig und befriedigend vollzogenen Ablösungsprozess von der Mutter. Hieraus resultieren ein schwaches positives Selbstbild sowie eine fehlende Konfrontationsfähigkeit mit der Umwelt. „Zurück bleibt ein traumatisches Erlebnis: das idealisierte Objekt (Mutter, Bezugsperson) hat das Kind verlassen. Diese Enttäuschung verhindert die Entwicklung und Stabilisierung ... der Ich-Identität. Das Kind haftet weiter an der Rolle des archaischen Ichs, die Persönlichkeit bleibt von bestimmten, beschützenden Objekten abhängig“ (SOZIALDIENST KATHOLISCHER MÄNNER E. V. KÖLN, 2002). Das Suchtmittel ist das neue Bezugsobjekt.

Die Ich-psychologische Theorie sieht im Rückfallgeschehen das Gegenteil: Nicht Zerstörung, sondern der Versuch der Selbstheilung (im Sinne von Selbstmedikation) steht im Vordergrund: Der Alkohol übernimmt (Ich-) Funktionen, die dem Klienten nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Er dient weiterhin im Sinne eines Reizschutzes der Affektregulation und dem Selbstwertschutz.

Nach psychodynamischer Betrachtungsweise bedeutet Abstinenz demnach „nicht nur die Erlösung von quälenden Krankheitssymptomen der Sucht, sondern auch den schmerzhaften Verzicht auf eine Substanz, die eine wichtige Rolle bei der Regulierung von Affekten, der Abwehr von Kränkungen und der Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls gespielt hat“ (WOHLFAHRT, 1992, S. 159).

2.2.4 Die systemische Rückfalltheorie

Die systemische Theorie (nach Schmidt) sieht die Notwendigkeit, über eine individualisierte Betrachtungsweise des Rückfallgeschehens hinaus zu gehen und das ganze Beziehungssystem mit zu berücksichtigen. Nach dieser Auffassung hat der Rückfall einen „systemischen Sinn“ und auch „systemische Auswirkungen“ (vgl. FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA, 1997). Insofern hat das Rückfallgeschehen die Funktion, beziehungs-dynamische Aspekte zu regulieren.

Der Rückfall ist daher systemisch betrachtet – so paradox es zunächst erscheinen mag – eine beziehungsgestaltende und häufig auch beziehungserhaltende Maßnahme angesichts des Erlebens von Bedrohlichkeiten im (familiären) System. „Insofern liefert die systemische Rückfallperspektive eine wichtige Bereicherung des Verständnisses von Rückfälligkeit um interaktionelle Aspekte“ (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003, S. 34).

2.2.5 Neurobiologische Theorieansätze

Im Rahmen der Hirnforschung, die in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte machte, erhalten neurobiologische Erklärungsansätze eine zunehmende Bedeutung:

Nach LINDENMEYER (1999) können positive Erfahrungen mit Alkohol in den Strukturen des so genannten limbischen Systems dauerhaft engramiert und dadurch jederzeit in entsprechenden Auslösesituationen bzw. bei der erneuten Einnahme von Alkohol spontan reaktiviert werden.

Diese automatisierten Vorgänge werden – wie bereits in Kapitel 2.1.3 erwähnt – als „Suchtgedächtnis“ bezeichnet und wurden bei der Hälfte diesbezüglich untersuchter Alkoholabhängiger festgestellt (vgl. ZIMDARS, 2002).

ZIEGLGÄNSBERGER (2000) spricht in diesem Kontext von Lernvorgängen im assoziativen Erinnerungssystem, von persistierenden Sensibilisierungsvorgängen, die nach jahrelanger Abstinenz wieder zu situativ ausgelösten Rückfällen führen können.

2.3 Die Rückfallkrise bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen

Nach KANFER, REINECKER & SCHMELZER (2000, S. 350) „deutet einiges darauf hin, dass Klienten bei manchen Störungsbildern für den Rest ihres Lebens mit dem Risiko eines Rückfalls zu kämpfen haben. Dieses betrifft in erster Linie Abhängigkeiten und Süchte.“

Umso mehr gilt diese These für schwer suchtkranke Menschen, insbesondere für die Gruppe der sog. „chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen“ (CMA).

Im folgenden Kapitel werde ich auf die besondere Situation dieser Menschen eingehen, deren Beeinträchtigungen in gesundheitlicher, psychischer und sozialer Hinsicht sich besonders auf das Rückfallgeschehen auswirken.

2.3.1 Besondere Zielgruppenmerkmale

Zunächst möchte ich voranstellen, dass es vergleichsweise schwer ist, Zielgruppenmerkmale für den CMA-Personenkreis zu beschreiben, da es sich – trotz verschiedener Klassifikationsversuche – um eine sehr heterogene Gruppe von geschätzten 320.000 bis 400.000 Menschen (STEINGASS, 2003) handelt.

Gemeinsame Merkmale wurden von einer vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Arbeitsgruppe deutscher Forschungsinstitute im Suchtbereich im Sinne eines Definitionsvorschlags entwickelt.

Demnach werden neben einer Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 vier Kriterienbereiche unterschieden (Konsumverhalten, Behandlungserfahrung, gesundheitliche Situation sowie soziale und rechtliche Situation), die zur Klassifizierung zur Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen führen kann (ARBEITSGRUPPE CMA, 1999).

In Zusammenhang mit der Rückfallkrise bei dieser Personengruppe sind einige dieser definitorischen Merkmale relevant und werden in den nächsten Kapiteln diskutiert.

2.3.1.1 Physische und psychische Beeinträchtigungen

Die gesundheitliche Situation ist bei chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen häufig sehr stark belastet. Die ARBEITSGRUPPE CMA (1999) differenziert zwischen körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen:

Demnach stehen die Beeinträchtigungen im physischen Bereich primär mit den nachstehend aufgeführten körperlichen Erkrankungen in Zusammenhang:

Leberzirrhose, Fettleber, chronische Hepatitis, Ösophagusvarizen, chronische Gastritis, chronische Pankreatitis, Tuberkulose, Kardiomyopathie, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, AIDS, Kleinhirnataxie, cerebrale Anfälle, Polyneuropathie, chronische Abszesse, chronische Hauterkrankungen sowie extrem schlechter Zahnstatus.

Aufgrund dieser in aller Regel extremen gesundheitlichen Belastung kann der erneute Konsum von Alkohol bei einem chronisch alkoholkranken, abstinenten Menschen eine gefährliche Notsituation darstellen (vgl. KRAMPE et al., 2001). Daher können Alkoholrezidive – je nach Schweregrad des jeweiligen Krankheitsbildes – auch tödliche Folgen haben (vgl. STEINGASS et al., 2000).

Insofern sind die Folgen eines etwaigen Rückfallgeschehens bei einem chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen individuell vom Grad seiner gesundheitlichen Belastung abhängig. Für die Rückfallprävention hat dieser Umstand eine erhebliche Bedeutung, wie an anderer Stelle noch verdeutlicht wird.

Psychische Beeinträchtigungen bestehen in Zusammenhang mit folgenden Störungsbildern:

Korsakow-Syndrom, hirnorganische Wesensveränderung, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und depressive Syndrome.

Dementsprechend weisen chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige einen hohen Grad an Komorbidität auf (vgl. STEINGASS et al., 2000).

Auch diese Tatsache führt in der Bewertung des Rückfallgeschehens und in den daraus abzuleitenden präventiven Maßnahmen zwangsläufig zu individuellen Rückschlüssen, da ein erneuter Alkoholkonsum bzw. Alkoholmissbrauch, je nach Störung, zu einer weiteren Verschlechterung der ohnehin schon vorhandenen psychischen Beeinträchtigung führen kann.

2.3.1.2 Soziale und juristische Aspekte

Die soziale Situation ist bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen ebenfalls sehr belastet (vgl. MÜLLER-MOHNSEN, HOFFMANN & ROTHENBACHER, 1999).

Der Lebensunterhalt wird zumeist nicht durch ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis sichergestellt, sondern durch den Bezug von Erwerbsunfähigkeitsrente, Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfeleistungen.

Die Wohnsituation ist in der Regel gekennzeichnet durch starke Verwahrlosungstendenzen, oft auch durch institutionelles Wohnen oder Wohnungslosigkeit.

Im sozialen Nahbereich bestehen selten feste Partnerbeziehungen, das soziale Netzwerk ist häufig gekennzeichnet durch suchtbezogene Kontakte und/oder Personen aus dem professionellen Hilfebereich.

Diese ungünstigen Rahmenbedingungen erschweren die Aufrechterhaltung der Abstinenz für die CMA-Klientel erheblich und erhöhen die Wahr-

scheinlichkeit schneller Rückfallrezidive nach vorheriger stationärer Entgiftungsbehandlung deutlich, da das soziale Milieu, in das die Menschen zurückkehren, denkbar ungünstig ist.

Auch die juristische Situation ist nicht selten belastet: Neben Strafverfahren und Verurteilungen (zum Beispiel in Zusammenhang mit Beschaffungskriminalität) ist eine Teilmenge der CMA-Gruppe nicht mehr in der Lage, die persönlichen Angelegenheiten selbständig zu regeln, so dass eine Betreuung im rechtlichen Sinne nach dem Betreuungsgesetz eingerichtet werden musste (vgl. KNORR, 2003).

In Zusammenhang mit dem Rückfallgeschehen hat dieser Umstand insofern eine Relevanz, als dass aufgrund dieser rechtlichen Situation Betreuer „die von ihnen betreute Person in eine geschlossene Einrichtung, z. B. in ein psychiatrisches Krankenhaus unterbringen“ können (KNORR, 2003, S. 106). Diese Einweisung ist dann zulässig, wenn die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung besteht. Dieser Sachverhalt kann – je nach gesundheitlichem Status – bei CMA-Klienten vorliegen.

2.3.1.3 Schwere des Abhängigkeitssyndroms

Das Konsumverhalten von chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen ist unter anderem gekennzeichnet durch regelmäßige Trinkexzesse oder so genanntem „Spiegeltrinken“ (nach ICD-10: F10.225) in einem definierten Zeitkorridor von mindestens 12 Monaten (vgl. ARBEITSGRUPPE CMA, 1999). Diese Merkmale sind nach Definition der Arbeitsgruppe CMA zwei wesentliche Items zur Identifizierung von CMA-Klienten. SCHLANSTEDT & SCHU (1999) bestätigen die Bedeutung diese Kriterien anhand einer empirischen Überprüfung.

Demnach handelt es sich beim CMA-Personenkreis vorrangig um Männer (der Frauenanteil ist deutlich geringer) mit einem langjährigen, schweren

Abhängigkeitssyndrom, bei denen sich Rückfallsituationen vergleichsweise häufiger einstellen:

Es ist empirisch belegt, dass bei Klienten mit schweren Verläufen des Abhängigkeitssyndroms – wie bei „Typ 2“ nach der Typologie von Cloninger – geringere Werte für dauerhafte Abstinenz gemessen werden (vgl. KLEIN, 1992).

Körkel spricht in diesem Zusammenhang von einer vergleichsweise langen Zeit, die Menschen für das *Herauswachsen aus der Sucht* benötigen: „Offenbar „wachsen“ Menschen nicht nur über längere Zeit „in die Sucht hinein“, sondern sie bedürfen auch längerer Zeiträume, um sich ihrer wieder – mit Rückfällen – zu entledigen“ (KÖRKEL & KRUSE, 2000).

Diese These hat gerade für die Arbeit mit der CMA-Klientel eine hohe Bedeutung, da die Entwicklung ihrer Abhängigkeitserkrankung oft einen jahrzehntelangen Verlauf hatte.

2.3.2 Der Rückfall im stationären Kontext einer soziotherapeutischen Einrichtung

Nachfolgend gebe ich einen Überblick über Rückfallhäufigkeiten und deren Verläufe sowie über das entsprechende Interventionsspektrum im Rahmen der stationären Eingliederungshilfe; exemplarisch dargestellt anhand der soziotherapeutischen Einrichtung „Theresien-Haus“, die zunächst kurz vorgestellt wird.

2.3.2.1 Zentrale Merkmale der Konzeption des „Theresien-Hauses“

Das Theresien-Haus – die Einrichtung in der ich als Leiter tätig bin – ist eine so genannte Langzeiteinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige (CMA), d. h. vorwiegend alkoholranke Männer und Frauen

mit 48 Plätzen in Trägerschaft des Diözesan-Caritasverbandes Osnabrück.

Die betroffenen Menschen sind nach einer nicht selten jahrzehntelang dauernden Entwicklung in ihrer Abhängigkeitserkrankung aus eigener Kraft nicht mehr in der Lage, sowohl persönlich als auch in ihren derzeitigen Lebensbezügen, aus dem *circulus vitiosus* ihrer selbst zerstörerischen Abhängigkeitserkrankung auszusteigen. Auch haben die schon bereitgestellten Hilfeangebote der ambulanten wie stationären Suchtkrankenhilfe zur Erreichung längerer Abstinenzphasen bzw. zur Stabilisierung einer dauerhaften Abstinenz nicht ausgereicht oder waren den Klienten aufgrund verschiedenster Umstände nicht – oder nicht mehr – zugänglich (vgl. CARITASVERBAND FÜR DIE DIÖZESE OSNABRÜCK E. V., 2000).

Aufnahme finden chronisch mehrfach beeinträchtigte (primär) alkoholkrankte Personen, die aufgrund ihrer manifesten Suchterkrankung auf Dauer wesentlich seelisch behindert und ohne fremde Hilfe zu einer selbständigen Lebensführung nicht mehr fähig sind (vgl. BECK, 1996).

Primäres Ziel der stationären Hilfe ist es, den Klienten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern und ihnen die Ausübung einer angemessenen und sinnvollen Beschäftigung zu verschaffen.

Dieser Ansatz beinhaltet, dass die persönliche, soziale, berufliche und gesundheitliche Situation des Betroffenen soweit zu festigen versucht wird, dass eine soziale Reintegration möglich wird. Die Aufenthaltszeit ist – je nach individuellem Hilfebedarf – unterschiedlich.

Die Betreuungsleistungen sind darauf ausgerichtet, den Hilfeempfänger nach Abschluss der stationären Eingliederungshilfe zu einer weitestgehend selbständigen Lebensführung zu befähigen. Nach individuellem Bedarf wird im Rahmen der Nachsorge ambulant betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften bzw. in der eigenen Wohnung angeboten.

Das Theresien-Haus ist eine abstinenzorienteerte Einrichtung. Das bedeutet, dass in Anlehnung an das suchtmittelbezogene Zielespektrum für die Suchthilfe (vgl. KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001) eine Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit auf Basis einer dauerhaften Abstinenz die letztendliche Zieloption beschreibt.

Diesem Idealzustand sind jedoch bei der Gruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten alkoholkranken Menschen realistische Zielkategorien voranzustellen, in denen neben einer Sicherung des möglichst gesunden Überlebens die Verlängerung der alkoholfreien Perioden erreicht werden soll.

2.3.2.2 Stationäre Rückfallhäufigkeiten und -verläufe

KÖRKEL (2003) nimmt an, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen gesenkt werden kann, wenn diese Menschen im geschützten Rahmen einer soziotherapeutischen Einrichtung leben.

Diese These ist m. E. n. gerechtfertigt, denn das stationäre Setting bietet vielfältige Möglichkeiten, dem Rückfallgeschehen durch entsprechende Rahmenbedingungen und geeignete Maßnahmen vorzubeugen bzw. die Entstehung eines Rückfalls frühzeitig zu erkennen und mittels geeigneter Hilfeangebote und Interventionen zu stoppen, so dass ein „laps“ (sofern er bereits eingetreten ist) nicht zu einem „relaps“ auswächst.

VELTRUP (1995) gibt diesbezüglich allerdings zu bedenken, dass die Aufrechterhaltung der Abstinenz (und damit das Vermeiden von Rückfällen) als freiwillige Enthaltbarkeit von psychotropen Substanzen definiert wird. Der mehr oder weniger „erzwungene“ Verzicht – z. B. im Rahmen einer stationären Behandlung – ist jedoch als „suchtmittelfreies Intervall“ der ICD-10-Kategorie „gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung“ zuzuordnen.

Daraus lässt sich ableiten, dass in einer abstinenzorientierten Einrichtung das geringere Auftreten von Rückfällen wesentlich darin begründet ist, dass die geschützte Umgebung sich auf das Verhalten der Klienten entsprechend förderlich auswirkt.

In Kapitel 3 sind auf Grundlage vorhandenen Datenmaterials im Theresien-Haus über einen Zeitraum von annähernd 6 Jahren die Rückfallhäufigkeiten dargestellt. Aussagen zu den Verläufen lassen die Erhebungen jedoch nicht zu.

2.3.2.3 Interventionsspektrum in Rückfallsituationen

Die Interventionen in Rückfallsituationen sind in den soziotherapeutischen Einrichtungen sehr unterschiedlich: Sie reichen von der disziplinarischen Entlassung bis hin zur individuellen Rückfallbearbeitung, zu der KÖRKELE (2003, S. 48) ausdrücklich rät: „Im Hinblick auf den Umgang mit stationär rückfälligen Patienten sollte die generelle, oftmals affektgeleitete „disziplinarische Entlassung“ durch die Option einer einzelfallbezogenen Rückfallbearbeitung und Weiterbehandlung ersetzt werden.“

STEINGASS (2003, S. 11) bemerkt zu dieser Thematik, dass Abstinenz lange Zeit nicht nur das Hauptziel, sondern auch Voraussetzung und Bedingung für die Behandlung war: „Es ist paradox, was aber übliche Praxis: von Abhängigen wurde erwartet, dass sie die Krankheitssymptome, wegen derer sie sich in Behandlung begaben, quasi am Eingang zum Heim an der Garderobe ablegen. Und schon vor der Aufnahme, beim Erstgespräch, abstinent, „gesund“ sein sollten.“

Bezogen auf den jeweiligen Einzelfall sind die Aussagen von Körkel und Steingass sicherlich zutreffend. Aus Einrichtungsperspektive ist jedoch gleichsam zu bedenken, welche Auswirkungen das Rückfallgeschehen auf das System, d. h. insbesondere auf die Mitbewohner und Mitarbeiter der

entsprechenden Einrichtung hat. Rückfälle sind nicht nur Krisen für die betroffenen Personen, sondern gleichsam auch schwierige Situationen für den Zimmernachbarn des Rückfälligen, die Wohngruppe und nicht zuletzt für die zuständigen Mitarbeiter. Dementsprechend sind in der Frage des Rückfall-„Handlings“ immer auch die berechtigten (Schutz-) Interessen aller Beteiligten zu sehen.

STEINGASS et al. (2000, S. 22) empfehlen in der Rückfallarbeit mit CMA-Klienten aus dem Rückfallgeschehen zwar Konsequenzen abzuleiten, „jedoch nicht durch Anwendung eines rigiden und unflexiblen „Sanktionskataloges“, sondern individuell unter Berücksichtigung aller Rückfallbedingungen.“ Neben formalisierten Einzelmaßnahmen (z. B. Rückfallgespräch, Dokumentation) sind die Aufgaben und Auflagen höchst unterschiedlich. Diese Notwendigkeit besteht nicht zuletzt deshalb, weil bestimmte Klientenmerkmale eine sehr individuelle Handhabung notwendig werden lässt (weiß der Bewohner bei einem hirnganischen Psychosyndrom was er tut und welche Konsequenzen sein Verhalten haben kann?).

Orientiert an der vorstehend genannten, individuellen Vorgehensweise wird im Theresien-Haus bei einer akuten Rückfallsituation mit dem betroffenen Klienten geklärt, ob aufgrund der insbesondere medizinischen und psychiatrischen Auswirkungen des Rückfalls eine Begleitung und Aufarbeitung in der Einrichtung erfolgen kann oder ob eine Vermittlung in ein (psychiatrisches) Krankenhaus notwendig ist.

Insbesondere bei schwer gesundheitlich beeinträchtigten Bewohner/innen wird – ggf. unter Beteiligung des Hausarztes sowie des gesetzlichen Betreuers – eine Einweisung eingeleitet.

Wichtig ist in jedem Fall ein bedachtes Vorgehen bei Eintreten einer Rückfallkrise – der Verlauf des Krisenmanagements ist wesentlich davon abhängig, ob die entsprechenden Interventionen reflektiert eingesetzt werden und wenig panikartig verlaufen.

2.4 Rückfallprävention

KÖRKEL & SCHINDLER (2003) unterscheiden Maßnahmen zur Rückfallprävention in primäre Rückfallprävention (erneutem Alkoholkonsum wird vorgebeugt) und sekundärer Rückfallprävention (Dauer, Intensität und Folgewirkungen sollen gering gehalten werden). Nach GASTPAR, MANN & ROMMELSPACHER (1999) ist das Ziel der Rückfallprophylaxe – orientiert am Modell von Marlatt und Gordon – die Entwicklung vom „lapse“ zum „relapse“ aufzuhalten; vom Ausrutscher im Sinne eines situativ begrenzten Konsums hin zur Wiederaufnahme des süchtigen Konsumverhaltens. Nachstehend werden einzelne Maßnahmen sowie Programme zur Rückfallprävention vorgestellt und Ansätze in der stationären Soziotherapie beschrieben.

2.4.1 Rückfallpräventionsmaßnahmen

Die nachfolgend beschriebenen Einzelmaßnahmen zur Rückfallprävention (vgl. KÖRKEL & SCHINDLER, 2003) orientieren sich an den Einflussbereichen, die von Marlatt als wesentlich für die Rückfallentstehung und Rückfallverarbeitung angesehen hat: Lebensstil, Hochrisikosituationen, Bewältigungskompetenzen und rückfallbezogene Kognitionen.

Maßnahmen zur Förderung eines ausgewogenen Lebensstils sind demnach die Identifizierung belastender Faktoren im Lebensalltag, der Abbau alltäglicher Belastungen, die gezielte Einplanung angenehmer Dinge in den Tagesablauf sowie der Erwerb von Techniken zur Stressbewältigung. Zur Identifizierung von Rückfallrisiken sind folgende Maßnahmen geeignet: Sensibilisierung für die Möglichkeit eigener Rückfälligkeit, Identifizierung zentraler Rückfallrisiken und belastender Gefühlszustände, Analyse früherer Rückfallepisoden und von Rückfallphantasien/–träumen, Bearbei-

tung und Analyse von Risiko-Checklisten, Erstellen eines Risikotagebuchs sowie gedankliches Ausmalen von Rückfallphantasien.

Zur Verbesserung der Bewältigungskompetenz sind die Meidung oder Verlassen von Hochrisikosituationen, die Entwicklung eines persönlichen Plans zur Bewältigung wiederkehrender belastender Gefühlszustände, das Ablehnungstraining, das soziale Kompetenztraining zum selbstbewussten Ansprechen der eigenen Abhängigkeit und zum Umgang mit Kritik und Anerkennung, die Entwicklung eines persönlichen Plans zum Umgang mit Alkoholverlangen und dem Wunsch nach kontrolliertem Trinken, die gedankliche Rückfallbewältigung, die Ressourcenaktivierung, die Expositionsbehandlung sowie Notfallhilfen und Vereinbarungen mit dem Partner besonders geeignet.

Hilfreiche Maßnahmen zur Veränderung rückfallbezogener Kognitionen sind das Erstellen einer Entscheidungsmatrix, die Entkatastrophisierung von Alkoholverlangen, die Überprüfung eigener Vorstellungen von kontrolliertem Trinken, die Identifizierung einzelner Phasen des Rückfallprozesses und ihrer Bedingungen sowie die kognitive Umdeutung von Ausrutschern.

Auch BÜHRINGER (2000) sieht in Zusammenhang mit der Rückfallprävention die Notwendigkeit, Verhaltensabläufe zu modifizieren, die bisher zum Rückfall geführt haben und nennt folgende Maßnahmen:

Die Identifikation und Vermeidung kritischer (Rückfall-)Situationen, die Modifizierung der Auslöserqualität, den Aufbau von inkompatiblen Verhaltensweisen, die Stärkung der kognitiven Voraussetzungen für die Bewältigung rückfallkritischer Situationen sowie die Schadensminimierung nach Rückfällen.

FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA (1997) sehen die Erarbeitung und das Einüben verschiedener Bewältigungsstrategien in Beziehung zu der jeweiligen Lebenssituation des Betroffenen als zentrale Maßnahme zur Rückfallprävention an.

2.4.2 Rückfallpräventionsprogramme

Orientiert an der Theorie von Marlatt und Gordon wurden mehrere der in Kapitel 2.4.1 genannten Einzelmaßnahmen in verschiedene Präventionsprogramme integriert, die „sich als kognitiv-behaviorale Selbstmanagementprogramme zur gezielten Erweiterung von Handlungskompetenzen und Modifikation ungünstiger Kognitionen verstehen“ (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003, S. 43).

Mehrere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass „nach Marlatts Ansatz durchgeführte Rückfallpräventionsprogramme den erneuten Alkoholkonsum hinauszögern und Dauer, Intensität und Folgewirkungen eingetretener Ausrutscher abmildern“ (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003, S. 44).

Seit 1990 haben sich auf dieser Grundlage mehrere Programme entwickelt; an dieser Stelle sei das von Körkel und Schindler entwickelte, aktuellste Programm genannt: Das so genannte „Strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention“ (S.T.A.R.).

2.4.3 Nachsorge

Die wirksamste Form der Rückfallvorbeugung ist eine intensive Nachsorge im Anschluss an eine alkoholbezogene Behandlung.

Insbesondere die Selbsthilfeorganisationen haben für die Aufrechterhaltung der Abstinenz eine hohe Bedeutung, was anhand mehrerer Studien empirisch belegt ist. So geht eine regelmäßige, mindestens vierjährige Selbsthilfegruppenteilnahme bei Männern mit 71 Prozent Abstinenz einher (vgl. KÖRKEL & KRUSE, 2000).

Jedoch ist nicht für jeden Menschen die Selbsthilfegruppe eine passgenaue Nachsorgelösung. In diesem Fall besteht alternativ die Möglichkeit der Unterstützung durch psychosoziale Beratungsstellen. Zentrales The-

ma in den Nachsorgegesprächen sollte die aktuelle Befindlichkeit sein, denn „es gibt vielfältige Anhaltspunkte dafür, dass ein belastender innerer Stimmungszustand ein zentraler Rückfallvorläufer ist“ (KÖRKEL & KRUSE, 2000, S. 146).

Wichtig ist, dass die ambulanten Nachsorgeangebote (hier im Sinne von Beratung bzw. Psychotherapie) zeitnah, möglichst unmittelbar nach Abschluss einer Behandlung aufgenommen und regelmäßig über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in Anspruch genommen werden (KÖRKEL & LAUER, 1988).

Aber auch regelmäßige Haus- oder Facharztkonsultationen (Ärzte sind oft langjährige und vertraute Bezugspersonen) können im Rahmen der Nachsorge höchst wirksam sein.

Von großer Bedeutung ist es, den Klienten am Entscheidungsprozess für ein auf ihn zugeschnittenes Nachsorgeangebot zu beteiligen und ihn zunächst grundsätzlich für eine regelmäßige Teilnahme zu gewinnen (vgl. KÖRKEL & SCHINDLER, 2003).

2.4.4 Rückfallvorbeugung mit Medikamenten („Anti-Craving-Substanzen“)

Die Wirksamkeit von Medikamenten gegen das Alkoholverlangen, den sog. „Anti-Craving-Substanzen“ zur Rückfallprophylaxe wird sehr kontrovers diskutiert:

Nach Auffassung von KÖRKEL & SCHINDLER (2003, S. 47) sollte die Bedeutung das „Craving“ nicht überbewertet werden, da „das Suchtmittelverlangen keine maßgebliche Rückfallursache darstellt“. Weiterhin stellen sie fest, „dass eine ausschließliche Medikation ohne psychotherapeutische bzw. psychosoziale Maßnahmen auf Dauer so gut wie wirkungslos ist“.

FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA (1997, S. 341) sehen zwar bislang keine verlässlichen Parameter für einen späteren Erfolg oder Misserfolg, halten aber bei folgenden Indikationen den Einsatz von „Anti-Craving-Substanzen“ bei gleichzeitiger Inanspruchnahme psychosozialer Betreuung für denkbar: „Patienten mit wiederholten Alkoholrückfällen, Patienten mit subjektiv starkem „Suchtdruck“ (Craving), Frühfälle von Alkoholabhängigkeit, hochmotivierte Patienten mit guter Compliance für eine entsprechende Behandlung.“

LINDENMEYER (1999) empfiehlt nur bei bestimmten Indikationen im ambulanten Setting eine Behandlung mit Acamprosat von mindestens einem Jahr; im stationären Bereich nur in Ausnahmefällen.

Nach KOLLING (2002) lassen sich bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung unterstützende Effekte durch den Einsatz von Anti-Craving-Substanzen nachweisen. Im Rahmen einer stationären Behandlung hält sie die Gabe – wie Lindenmeyer – jedoch für nicht notwendig.

Schließlich gibt KÜFNER (2003, S. 113) einen sehr lebens- und praxisnahen Hinweis, wie einem solchen anfallartigen Verlangen nach Alkohol begegnet werden kann und schreibt in der Perspektive eines Betroffenen: „Er weiß, dass dieses Verlangen nach kurzer Zeit wieder vorübergeht und kommt darüber hinweg.“

2.4.5 Aspekte der rückfallpräventiven Arbeit in der stationären Sozialtherapie mit CMA-Klientel

Wie bereits in Kapitel 2.1.2 erörtert, ist erneuter Alkoholkonsum nach einer vorausgegangenen Behandlung eher die Regel, als die Ausnahme: „Selbst intensive stationäre Therapien führen zu beachtlichen Rückfallquoten“ (KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001, S. 292). Um so mehr muss

davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bei chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen nach deren Entlassung aus dem stationären Setting deutlich höher ist, da diesen Menschen noch weniger Coping-Strategien zur Verfügung stehen. Rückfälle sind daher „von Zeit zu Zeit als realistische und wahrscheinliche Möglichkeiten einzukalkulieren“ (KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001, S. 314).

Im Sinne einer präventiven Rückfallarbeit sollte deshalb der potentielle Wiederkonsum frühzeitig, offensiv umfassend, aber zugleich auch gelassen thematisiert und auf den Umgang mit Ausrutschern vorbereitet werden (KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001).

Ziel der rückfallpräventiven Arbeit im Rahmen einer soziotherapeutischen Einrichtung ist es, den Bewohnern zu helfen, kritische und rückfallbegünstigende Situationen zu erkennen und die Steuerungsfähigkeit in diesen Situationen durch Entwicklung von Kompetenzen – d. h. in problematischen und schwierigen Situationen geeignete alternative suchtmittelfreie Maßnahmen ergreifen zu können – zu verbessern (vgl. STEINGASS et al., 2000).

Diese Zielsetzung ist insbesondere für Klienten erreichbar, bei denen keine wesentlichen hirnrorganischen Beeinträchtigungen diagnostiziert worden sind. Selbstverständlich orientiert sich dementsprechend die Rückfallprävention an der individuellen Situation des Klienten. Je nach Art und Schwere der zusätzlichen Beeinträchtigungen sind passgenaue Präventionsmaßnahmen erforderlich; insbesondere bei Klienten mit wesentlichen hirnrorganischen Krankheitsbildern beziehen sich diese in erster Linie auf schützende Maßnahmen im Rahmen des stationären Settings.

Wie die Wirksamkeit einzelner rückfallpräventiver Maßnahmen seitens der Klientel eingeschätzt wird, die keine nennenswerte hirnrorganische Beeinträchtigung aufweist, ist in der Ergebnisdarstellung der zu dieser Thematik vorgenommenen Erhebung in Kapitel 3.2 zu entnehmen.

3. Rückfallbezogene Erhebungen in der soziotherapeutischen Einrichtung „Theresien-Haus“

In diesem Kapitel werden drei (eigene) Erhebungen vorgestellt, die verschiedene Aspekte des Rückfallgeschehens unter stationären Rahmenbedingungen einer soziotherapeutischen Einrichtung in Augenschein nehmen.

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit im konzeptionellen Bereich. Die durchgeführten Erhebungen haben das Ziel, Anhaltspunkte für die Konzeptionsfortentwicklung beizutragen.

3.1 Erhebung zur quantitativen Erfassung von Rückfallereignissen

Im Rahmen der ersten Erhebung wurde auf Grundlage vorhandenen Datenmaterials untersucht, zu welchem Zeitpunkt des Aufenthaltes im Theresien-Haus Rückfallereignisse vermehrt eingetreten sind.

3.1.1 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign

Für die Entwicklung rückfallpräventiver Konzeptionsbausteine in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen ist die Frage nach dem Zeitpunkt, an dem sich Rückfallereignisse einstellen, von Bedeutung. Sollte sich eine höhere Anzahl in bestimmten zeitlichen Phasen ergeben, hätte dieses Ergebnis Auswirkungen auf die rückfallpräventive Arbeit in diesem Zeitkorridor, da die rückfallpräventiven Maßnahmen verstärkt werden müssten.

Hinweise aus der jahrelangen Alltagspraxis des Theresien-Hauses zeigen, dass Rückfallsituationen vermehrt in den ersten sechs Monaten des Aufenthaltes auftreten: Zum einen in der „Aufnahmephase“ (während der ers-

ten drei Aufenthaltsmonate), in der die Klienten sich auf eine neue Lebenssituation einstellen und damit eine erhebliche Anpassungsleistung an das neue Milieu erbringen müssen.

Zum anderen in der „Integrationsphase“, in der die Hilfeplanung und damit die individuellen Zukunftsperspektiven thematisiert werden (vgl. CARITASVERBAND FÜR DIE DIÖZESE OSNABRÜCK E. V., 2000).

In dieser Phase (im zweiten Quartal des Aufenthaltes im Theresien-Haus) rückt für viele Bewohner/innen – nach dem sich eine gewisse „Alltagsnormalität“ eingestellt hat – die Frage nach den mittel- bis langfristigen Zielsetzungen zunehmend stärker in den Focus; gepaart mit starken Ambivalenzen bezogen auf die Frage nach Sinn und Zweck der neu gewählten, abstinenten Lebensform.

Vor diesem Hintergrund wurde das rückfallstatistische Datenmaterial im Zeitraum von September 1997 bis Juli 2003 analysiert und in Anlehnung an die dichotome Rückfalldefinition jeglicher Alkoholkonsum (unabhängig von der weiteren Entwicklung vom „laps“ zum „relaps“) dokumentiert und statistisch berücksichtigt.

Die erste Tabelle zeigt die Rückfallhäufigkeiten bezogen auf alle 169 Bewohner, die im Erhebungszeitraum im Theresien-Haus gelebt haben.

Die zweite Tabelle dokumentiert die Zeitpunkte der Rückfallereignisse. In dieser Statistik sind jedoch lediglich Bewohner berücksichtigt worden, die mehr als sechs Monate im Theresien-Haus begleitet worden sind (bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 24,8 Monaten), da die Berücksichtigung aller Klienten – auch derjenigen, die bereits nach wenigen Wochen die Einrichtung wieder verlassen haben – zu einem verzerrten Bild geführt hätte.

3.1.2 Ergebnis-Darstellung und Diskussion

Die Ergebnisse in Tabelle 1 zeigen, dass mehr als die Hälfte der Bewohner im Rahmen der stationären Betreuung bzw. Begleitung bei einer durchschnittlichen Aufenthaltszeit von fast 1 ½ Jahren abstinent geblieben ist. Knapp ein Drittel der Bewohner hatte in dieser Zeit ein bis zwei Rückfallsituationen, lediglich 15,4 Prozent drei Rückfälle und mehr. Insgesamt ist es in knapp sechs Jahren zu 220 dichotomen Rückfällen gekommen. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Mehrheit der Bewohner den gesamten Aufenthaltszeitraum ohne bzw. weitgehend ohne Rückfallsituationen bewältigt hat, zumal der deutlich größere Teil der Rückfallereignisse nicht zum sog. „relapse“ ausgewachsen ist, sondern frühzeitig aufgefangen werden konnte.

Tabelle 1:

**Rückfallhäufigkeiten in der Zeit von
September 1997 bis Juli 2003 (n = 169)**

Rückfallhäufigkeit	Personen	Prozent
Ohne	92	54,4 %
1	33	19,5 %
2	18	10,7 %
3	5	3,0 %
4	4	2,4 %
5	5	3,0 %
6	3	1,8 %
7	3	1,8 %
8	1	0,6 %
9	3	1,8 %
10	1	0,6 %
11	1	0,6 %
<i>Summe</i>	<i>169</i>	<i>100,0 %</i>

Das Ergebnis der Tabelle 2 belegt hingegen, dass im ersten (27) und vor allem im zweiten Quartal (32) mehr Rückfälle aufgetreten sind, als in der Folgezeit des Aufenthaltes. Offensichtlich scheint mit zunehmender Aufenthaltszeit die Rückfallwahrscheinlichkeit geringer zu werden.

Tabelle 2:**Zeitpunkt des Rückfalls (n = 184) bei Bewohnern mit mindestens sechsmonatiger Aufenthaltszeit**

Aufenthaltszeit	Rückfälle
< 3 Monate	27
< 6 Monate	32
< 9 Monate	23
< 12 Monate	17
< 15 Monate	18
< 18 Monate	10
< 21 Monate	7
< 24 Monate	8
< 27 Monate	6
< 30 Monate	5

Diesem Ergebnis folgend ist es sinnvoll, die rückfallpräventiven Maßnahmen zu Beginn des Wohnheimaufenthaltes sowie im 2. Quartal gezielt zu verstärken, da sich die Bewohner in diesen Monaten zunächst in einer Integrationsphase (mit völlig neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen) und anschließend in einer Zielorientierungsphase (in der wesentliche Veränderungsentscheidungen anstehen) befinden.

3.2 Erhebung zur Bewertung abstinentzfördernder Wirkfaktoren und rückfallpräventiver Maßnahmen

In der zweiten Erhebung ist eine Befragung von Bewohner/innen im Theresien-Haus dargestellt, die Auskunft darüber gibt, welche Wirkfaktoren und rückfallpräventiven Maßnahmen bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz aus Sicht der betroffenen chronisch suchtkranken Menschen eine hohe Relevanz haben. Hieraus werden in Kapitel 4 dieser Arbeit konzeptionelle Rückschlüsse abgeleitet.

3.2.1 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign

Die Befragung in Form eines halbstandardisierten Interviews richtete sich an zwei Zielgruppen der Einrichtung:

Die erste Gruppe bestand aus 12 Bewohner/innen (11 Männer und 1 Frau; Altersdurchschnitt: 50,9 Jahre), die mindestens seit 6 Monaten im Theresien-Haus gelebt hat (durchschnittliche Aufenthaltszeit: 3,3 Jahre) und während der stationären Maßnahme mindestens einmal Alkohol (im Sinne des dichotomen Rückfallverständnisses) konsumiert hatte.

Die zweite Gruppe, ebenfalls aus 12 Bewohner/innen bestehend (10 Männer und 2 Frauen; Altersdurchschnitt: 50,5 Jahre) und 6 Monate in der Einrichtung lebend (durchschnittliche Aufenthaltszeit: 2,1 Jahre), ist im Rahmen des stationären Wohnheimaufenthaltes abstinent geblieben.

Die Erhebung, die aus 18 Fragen bestand, wurde von einer externen Person – nach entsprechender fachlicher Vorbereitung und verfahrenstechnischer Einweisung – durchgeführt.

Ein Selektionskriterium bei der Auswahl der Befragten in beiden Gruppen war das Vorliegen einer relevanten hirnrorganischen Beeinträchtigung (z.

B. wenn fachärztlicherseits ein Korsakow-Syndrom oder ein hirnorganisches Psychosyndrom diagnostiziert war). Für diese Bewohner hätte die Befragung zu einer kognitiven Überforderung geführt (Anteil an der Gesamtgruppe: 22 %).

Ein weiteres Kriterium bestand in der Aufenthaltszeit: Bewohner, die weniger als sechs Monate in der Einrichtung gelebt haben, wurden ebenfalls selektiert (Anteil: 26 %). Außerdem standen zwei Bewohner aus der Gruppe der in Frage kommenden Personen für eine Erhebung nicht zur Verfügung.

Die Erhebung verfolgte das Ziel, über die nachstehend aufgeführten Fragestellungen Aufschluss zu geben:

Sofern die Ergebnisse der Befragung in den Gruppen voneinander abweichen würden, greifen die jeweiligen Wirkfaktoren und rückfallpräventiven Maßnahmen in beiden Gruppen unterschiedlich stark und müssten für die gefährdete Gruppe in den Bereichen verstärkt (oder durch weitere Maßnahmen ergänzt) werden, die von der Gruppe der nicht rückfällig gewordenen Bewohner/innen eine vergleichsweise hohe Bedeutung zugeschrieben bekommen haben.

Sollten die Ergebnisse in beiden Gruppen jedoch kaum voneinander abweichen, wirken die rückfallpräventiven Maßnahmen in beiden Gruppen gleichermaßen gut (oder schlecht), so dass voraussichtlich individuelle Faktoren das Rückfallgeschehen maßgeblich beeinflussen.

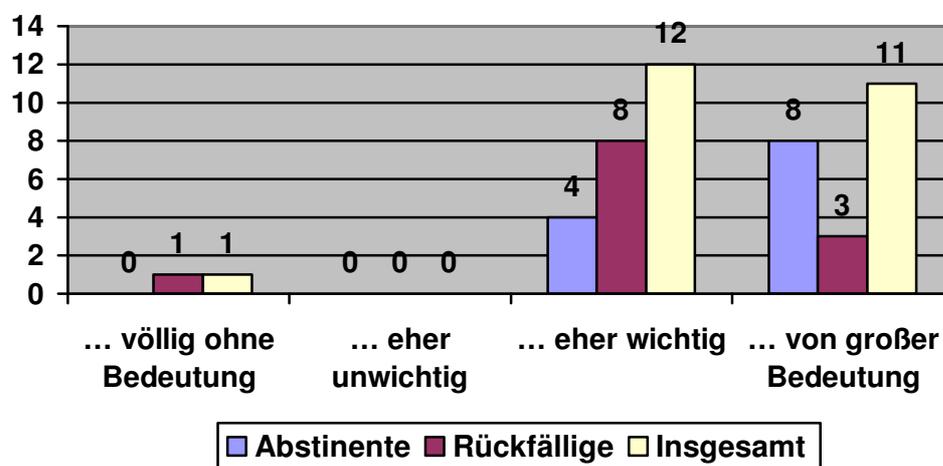
Daraus wäre konzeptionell die Frage nach einer individuellen Krisentherapie – über die allgemeinen Maßnahmen der Einrichtung hinaus – abzuleiten.

3.2.2 Ergebnis-Darstellung und Diskussion

Nachstehend werden die Ergebnisse der Befragung in Abbildungsform dargestellt und die Bewertung der jeweiligen Items durch die Gruppe der „Abstinenten“, die Gruppe der „Rückfälligen“ und das Gesamtergebnis diskutiert.

Abbildung 1:

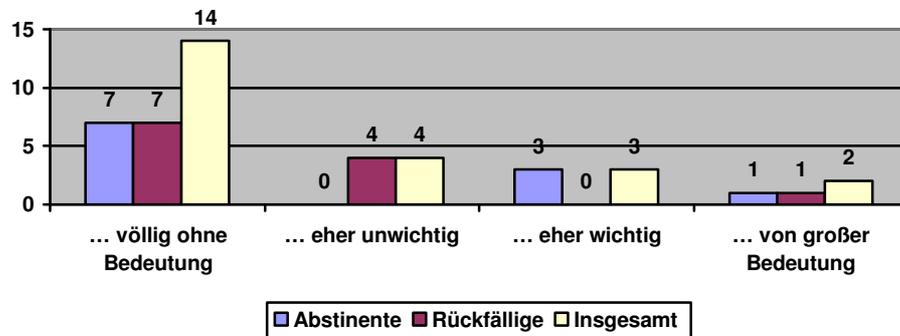
**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist das Alkoholverbot im Theresien-Haus für mich ...**



Das Alkoholverbot im Theresien-Haus ist für alle Befragten – bis auf eine Ausnahme – eher wichtig oder sogar von großer Bedeutung. Für die Gruppe der abstinenten Bewohner/innen hat das Verbot jedoch noch eine deutlich größere Bedeutung und ist offensichtlich sehr verhaltenswirksam und damit aus Sicht der Klienten ein wichtiger rückfallpräventiver Faktor.

Abbildung 2:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist der räumliche Abstand zu den Menschen,
mit denen ich früher getrunken habe, ...**

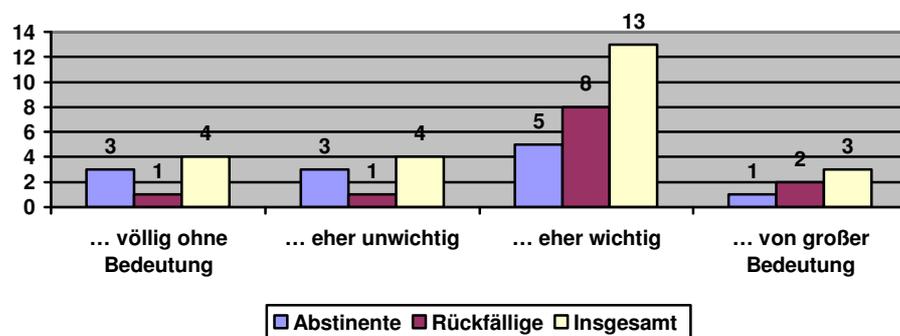


Der räumliche Abstand zu den ehemaligen „Trinkkumpanen“, zum sog. „Milieu“, wird von den meisten Befragten (14) als bedeutungslos bewertet. Für eine Person in jeder Gruppe hat der Abstand jedoch eine große Bedeutung; für drei Bewohner aus der Gruppe der Abstinenten ist die räumliche Distanz eher wichtig.

Dementsprechend ist es für einzelne Klienten sinnvoll, im entsprechenden Einzelfall geeignete Schutzmaßnahmen zu besprechen: wenn ein Klient z. B. beabsichtigt, Orte und Menschen aufzusuchen oder zu besuchen, an und mit denen er zuvor konsumiert hatte.

Abbildung 3:

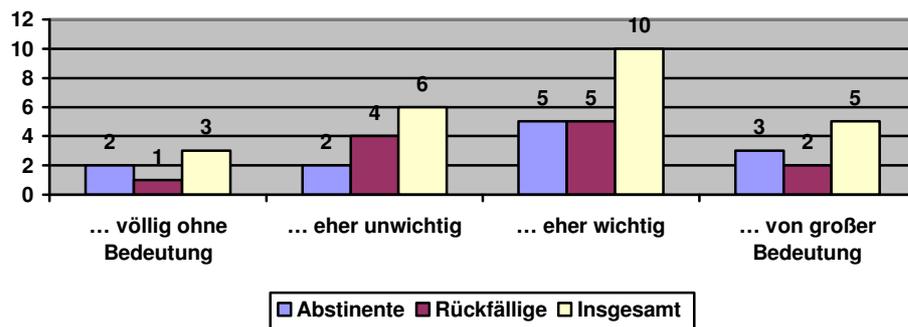
**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
sind die Freundschaften, die ich seit meinem Aufenthalt
im Theresien-Haus geschlossen habe ...**



Der Aufbau von Freundschaften – und die damit verbundene soziale Integration – ist für eine deutliche Mehrheit der Befragten eher wichtig. Für die Gruppe der Rückfälligen hat die Erschließung von tragfähigen sozialen Kontakten einen höheren Stellenwert als für die Gruppe der Abstinente (10/2 zu 6/6, wenn man die zwei Antwort-„Richtungen“ polarisiert). Hieraus lässt sich ableiten, dass sich insbesondere für die Gruppe der rückfälligen Bewohner die Förderung sozialer Kontakte rückfallpräventiv auswirken könnte.

Abbildung 4:

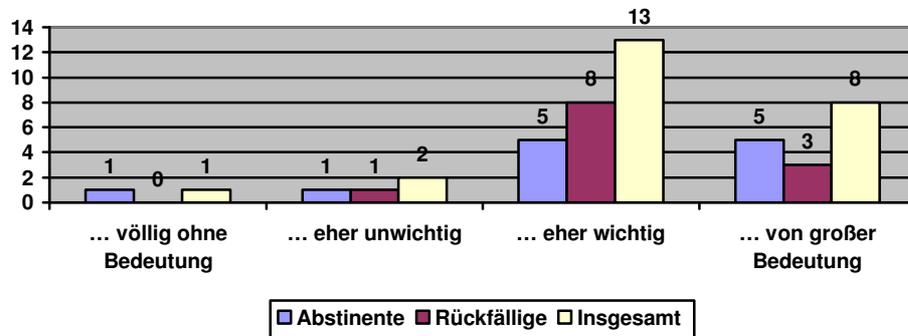
**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
sind die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung im Theresien-Haus
(Billard-Cafe, Sauna, Schwimmbad-, Trödelmarkt- und
Kinobesuche, usw.) für mich ...**



Die Ergebnisse weichen in beiden Gruppen kaum voneinander ab. Insgesamt gesehen werden die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung eher als wichtig bzw. von großer Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Abstinenz angesehen (polarisiertes Verhältnis: 15 – 9).

Abbildung 5:

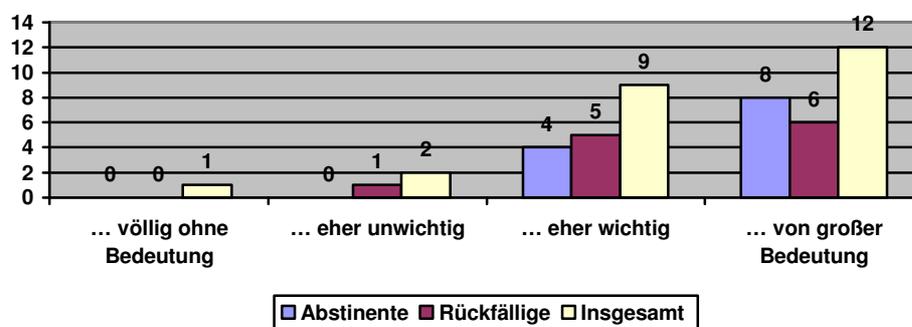
Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ist das Gespräch mit vertrauten Mitarbeitern des Theresien-Hauses, gerade dann wenn es mir nicht gut geht, ...



Insgesamt 21 Bewohner/innen ist das Gespräch mit vertrauten Mitarbeitern eher wichtig oder sie sehen darin eine große Bedeutung; lediglich drei Befragte sehen darin keine Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Beziehungsgestaltung zu den Klienten aus Sicht der Betroffenen für die Aufrechterhaltung der Abstinenz eine vergleichsweise wichtige Rolle spielt. Auffallend ist darüber hinaus, dass die Gruppe der Abstinenten in fünf Fällen (zu drei bei den Rückfälligen) die „große Bedeutung“ herausstellt.

Abbildung 6:

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ist die Art und Weise, wie ich heute mit Problemen umgehe, ...



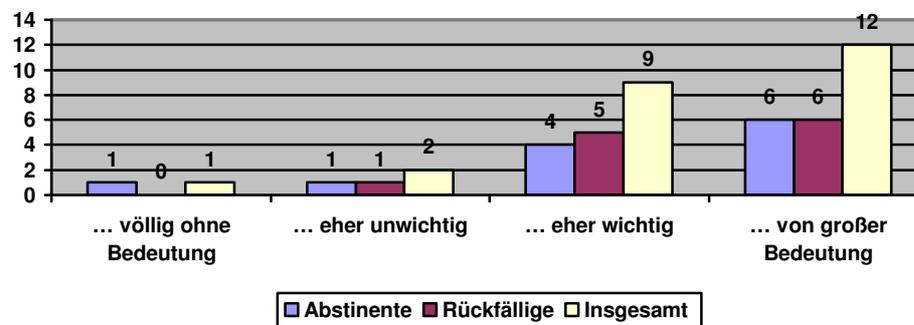
Lediglich ein Klient von allen Befragten hält die Art und Weise der Problembewältigung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz für eher unwichtig. 10 Klienten halten dieses Merkmal für eher wichtig, 13 sehen darin sogar eine große Bedeutung.

Insgesamt gesehen spricht dieses Ergebnis sehr dafür, im Rahmen präventiver Angebote die Problemlösungskompetenzen, aber auch die Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf die positive Bewältigung anstehender Probleme zu erhöhen.

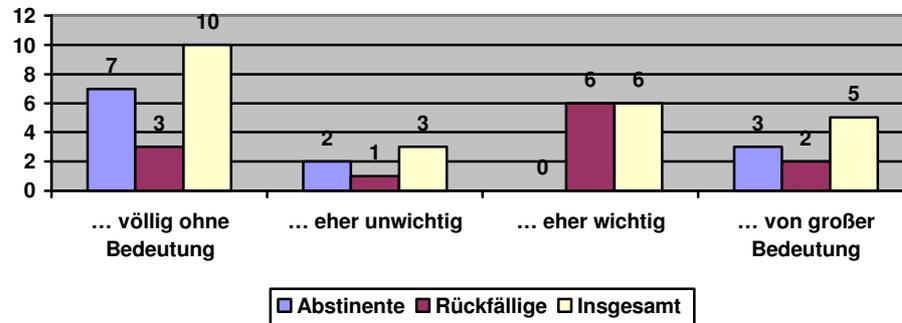
Im Vergleich beider Gruppen wird deutlich, dass die „Abstinente“ diesem Item eine etwas höhere Bedeutung zuschreiben.

Abbildung 7:

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz sind die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Theresien-Haus oder meine (berufliche) Tätigkeit außerhalb der Einrichtung ...



Beide Gruppen sehen in entsprechenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten gleichermaßen eine wichtige Komponente zur Aufrechterhaltung der Abstinenz. Lediglich drei Klienten sehen darin wenig bzw. keine Bedeutung. Dieses Ergebnis zeigt, wie positiv die tagesstrukturierenden Angebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung bewertet werden. Nach Auffassung der Klienten haben sie zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eine relativ hohe Bedeutung.

Abbildung 8:**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
sind Alkoholkontrollen für mich ...**

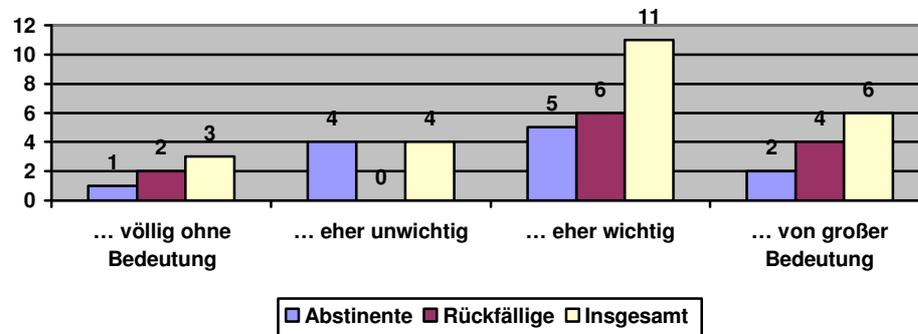
Die Bewertung der im Theresien-Haus durchgeführten Alkoholkontrollen ist im Vergleich zu den anderen Items auffallend unterschiedlich: Während aus der Gruppe der Abstinenten lediglich 3 Klienten den Kontrollen eine große Bedeutung zuschreiben, aber für 7 Personen völlig ohne Bedeutung ist, zeigen die Ergebnisse der Gruppe der Rückfälligen, dass 8 Klienten den Alkoholkontrollen eine eher wichtige oder große Bedeutung zusprechen.

Offensichtlich empfinden die Klienten, die bereits (mindestens) einen Rückfall während ihrer stationären Aufenthaltszeit hatten, die Alkoholkontrollen als wirksame rückfallpräventive Maßnahme, während die abstinenten Gruppe hierin keine maßgebliche Unterstützung sieht.

Diesem Ergebnis folgend ist es sinnvoll, die Abstinenzüberprüfungen für Klienten, die bereits einen Rückfall hatten, im Sinne der Rückfallprävention zu verstärken.

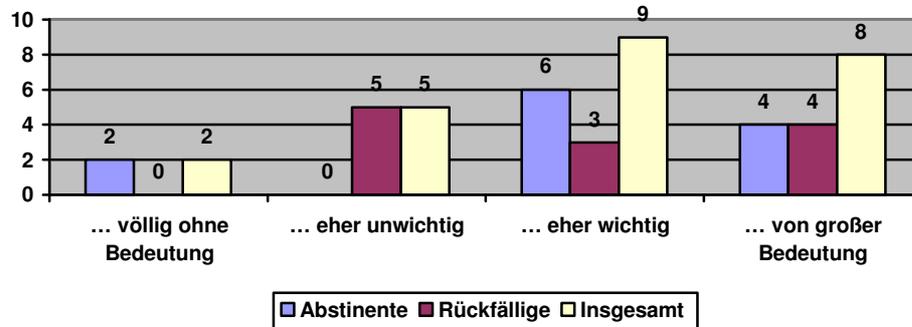
Abbildung 9:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist das Zusammensein oder das Gespräch
mit anderen Bewohnern im Theresien-Haus ...**



Dem Gespräch und dem Zusammensein mit anderen Bewohnern wird insgesamt eine eher wichtige bzw. große Bedeutung zugeschrieben (17 Klienten). Einen höheren Stellenwert hat dieses Item jedoch für die Gruppe der Rückfälligen: lediglich für zwei Klienten hat das Zusammensein bzw. das Gespräch mit Bewohnern keine Bedeutung, während aus der Gruppe der Abstinenten immerhin 5 Klienten diesem Item wenig oder keine Bedeutung zuschreiben.

Die Ergebnisse dieses Items zeigen eine tendenzielle Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Tab. 3, in der ebenfalls die rückfallvorbeugende Wirkung sozialer Beziehungen (Freundschaften) im Theresien-Haus abgefragt wird.

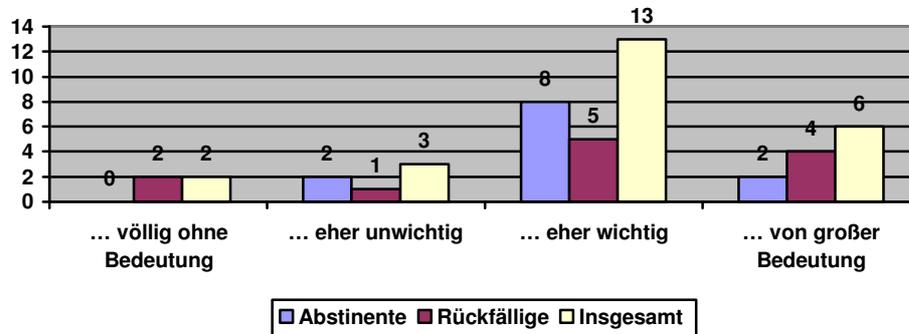
Abbildung 10:**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist die Auseinandersetzung mit meinem Alkoholproblem ...**

Insgesamt gesehen wird diesem Item eine eher wichtige oder große Bedeutung zugeschrieben (17 Klienten), so dass es sinnvoll erscheint, zumindest einer Teilgruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen (bei denen keine gravierende hirnorganische Störung vorliegt) eine intensive Auseinandersetzung mit der Alkoholerkrankung anzubieten.

Die Ergebnisse der Gruppe der Rückfälligen weicht jedoch wiederum von denen der Abstinente ab: 5 Klienten halten die Auseinandersetzung mit dem Alkoholproblem für eher unwichtig; aus der Gruppe der Abstinente sehen lediglich 2 Klienten keine Bedeutung. So scheint die Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung gerade für die Gruppe der Rückfälligen von großer Bedeutung zu sein.

Abbildung 11:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist der geregelte Tagesablauf im Theresien-Haus für mich ...**

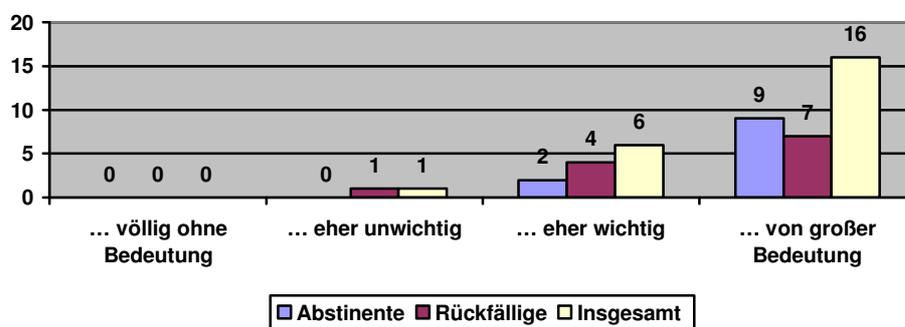


Die geregelte Tagesstruktur hat für knapp 80 Prozent der Befragten eine eher wichtige bzw. große Bedeutung. Die Ergebnisse in den beiden Gruppen weichen nicht in der Tendenz voneinander ab, sondern in der Gewichtung der Bedeutung.

Wichtig ist in diesem Kontext im Hinblick auf die Rückfallprävention, dass der geregelte Tagesablauf mit tagesstrukturierenden Maßnahmen nach Möglichkeit auch am Wochenende und an Feiertagen angeboten wird.

Abbildung 12:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ist der Glaube
an meine Fähigkeit, es jetzt schaffen zu können ...**



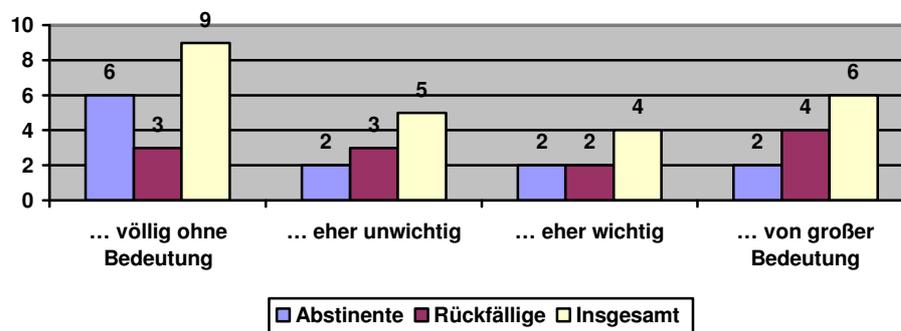
Bis auf eine Ausnahme sind alle Befragten der Auffassung, dass der Glaube an die eigene Fähigkeit, die Suchtstörung zu bewältigen, eher

wichtig (6) bzw. von großer Bedeutung (16) ist. Abweichungen zwischen den Gruppen beziehen sich lediglich auf die Gewichtung: die Gruppe der Abstinente gewichtet das Item höher, als die Rückfälligen.

Diese insgesamt recht eindeutige Einschätzung der Klienten zeigt, dass die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Aufbau von Selbstvertrauen ein zentraler Bestandteil rückfallpräventiver Arbeit sein sollte. Gerade bei Klienten, die bereits einen „laps“ oder sogar einen „re-laps“ im Rahmen des stationären Aufenthaltes hatten, sind beispielsweise negative Kognitionen im Hinblick auf die eigenen Bewältigungsfertigkeiten zu modifizieren.

Abbildung 13:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist die Vereinbarung von Ausgangsregelungen,
zum Beispiel wenn ich „schlecht drauf bin“, ...**

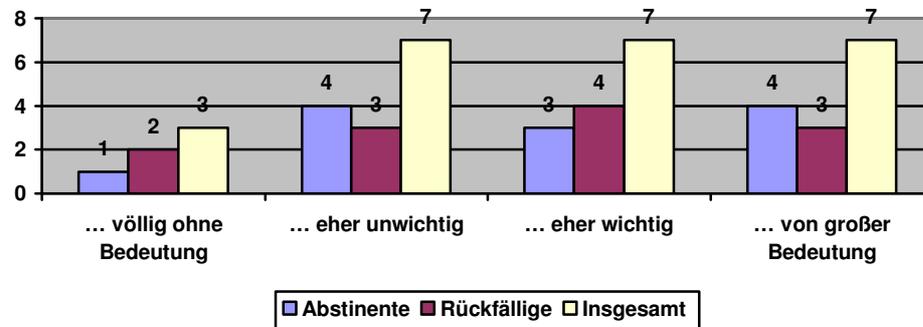


Dieses Item spielt nach mehrheitlicher Auffassung der Befragten eher keine Rolle (5) bzw. wird als völlig ohne Bedeutung betrachtet. Beim Vergleich zwischen den Gruppen wird jedoch deutlich, dass die Rückfälligen der Vereinbarung von Ausgangsregelungen eine höhere Bedeutung beimessen und für sich als rückfallpräventive Maßnahme als sinnvoll ansehen – voraussichtlich auf dem Hintergrund bereits gewonnener Erfahrungen.

Es empfiehlt sich – orientiert am jeweiligen Einzelfall – eine entsprechende Regelung als mögliche Option mit dem Klienten zu besprechen.

Abbildung 14:

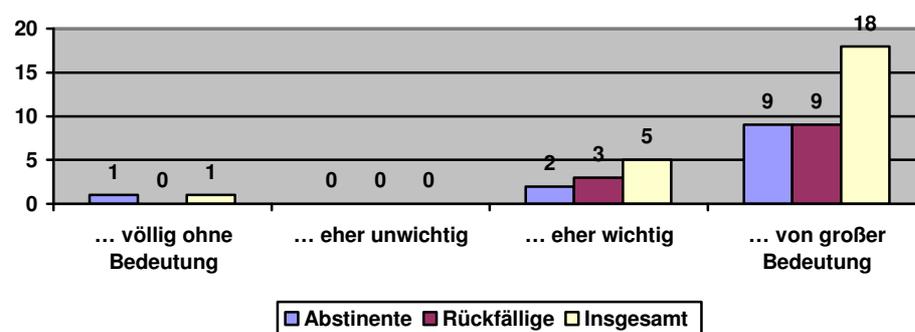
**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
sind die ganz praktischen Hilfen der Mitarbeiter,
zum Beispiel bei Behördenangelegenheiten, ...**



Die praktische Unterstützung seitens der Mitarbeiter wird von 14 Befragten als eher wichtig (7) bzw. von großer Bedeutung (7) eingeschätzt. Dieses Ergebnis ist insofern erklärbar, als dass auch scheinbar leicht zu handhabende behördliche Angelegenheiten sich für eine Teilgruppe der Klienten zu einem Problem „auftürmen“ und damit zu einer Überforderungssituation werden kann, die mit akuter Rückfallgefährdung einhergeht. Unterschiede zwischen „Abstinenten“ und „Rückfälligen“ bestehen nur in sehr geringem Maße. Dementsprechend können für beide Gruppen auch ganz lebenspraktische Hilfen rückfallvorbeugend sein.

Abbildung 15:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
sind die Ziele, die ich erreichen möchte, ...**

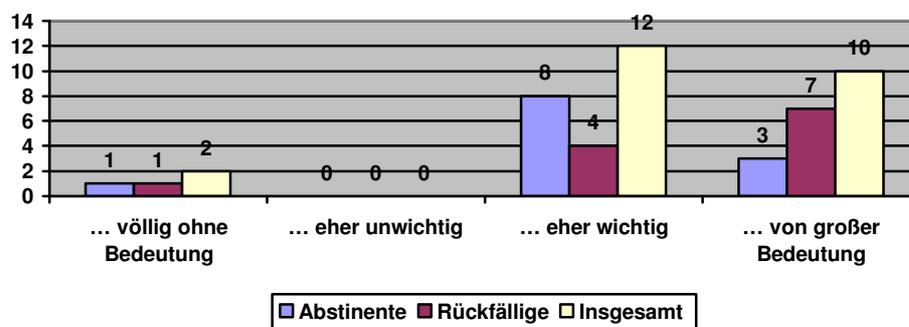


Dieses Ergebnis zeigt, dass für 75 Prozent aller Befragten die angestrebten Ziele im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz von großer Bedeutung sind. Lediglich ein Klient aus der Gruppe der Abstinente hat Kund getan, dass Ziele für ihn im Hinblick auf den Suchtmittelverzicht völlig ohne Bedeutung sind. Beide Gruppen bewerten das Item in etwa gleich.

Im Hinblick auf die Rückfallprävention lässt sich aus dieser Klienteneinschätzung ableiten, dass die Zielorientierung eine entscheidende rückfallpräventive Maßnahme ist, insbesondere wenn es sich um selbst gesetzte Ziele des Klienten handelt, da diese verhaltenswirksamer als fremdbestimmte Ziele sind (vgl. STEINGASS, 2003).

Abbildung 16:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist die Tatsache, dass meine Mitbewohner im Theresien-Haus ebenfalls auf Alkohol verzichten, ...**



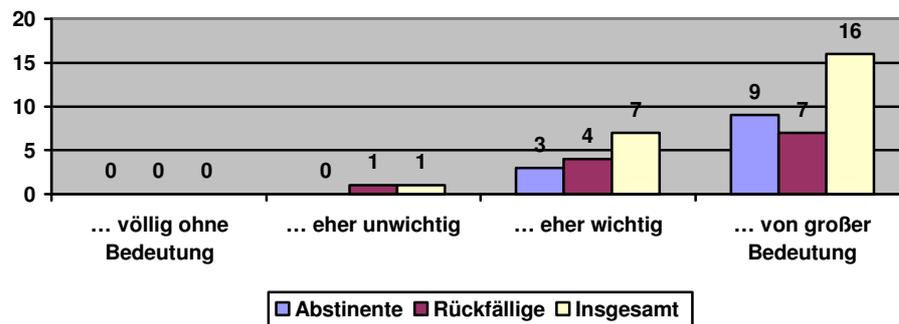
Das Ergebnis der Einschätzung dieses Items zeigt, dass ein alkoholfreies Milieu für die Befragten insgesamt – bis auf zwei Ausnahmen – als eher wichtig (12) eingeschätzt wird bzw. eine große Bedeutung (10) hat. Außerdem ist die Erfahrung, dass andere Personen in einer vergleichbaren Situation sind, unterstützend.

Weiterhin lassen die Zahlen die Interpretation zu, dass das Ausbleiben sozialer Trinksituationen im Schutze der Einrichtung ebenfalls vorbeugend wirkt.

Abweichungen zwischen den Gruppen bestehen nicht tendenziell, sondern in der Gewichtung: Während 7 Klienten der Gruppe der Rückfälligen dem Item eine große Bedeutung geben, sind es in der Gruppe der Abstinente lediglich 3 Personen. Dementsprechend hat dieser Sachverhalt für die Rückfälligen offenbar eine höhere Bedeutung.

Abbildung 17:

**Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz
ist der Gedanke daran, welche gesundheitlichen Folgen
ein Rückfall für mich haben würde, ...**



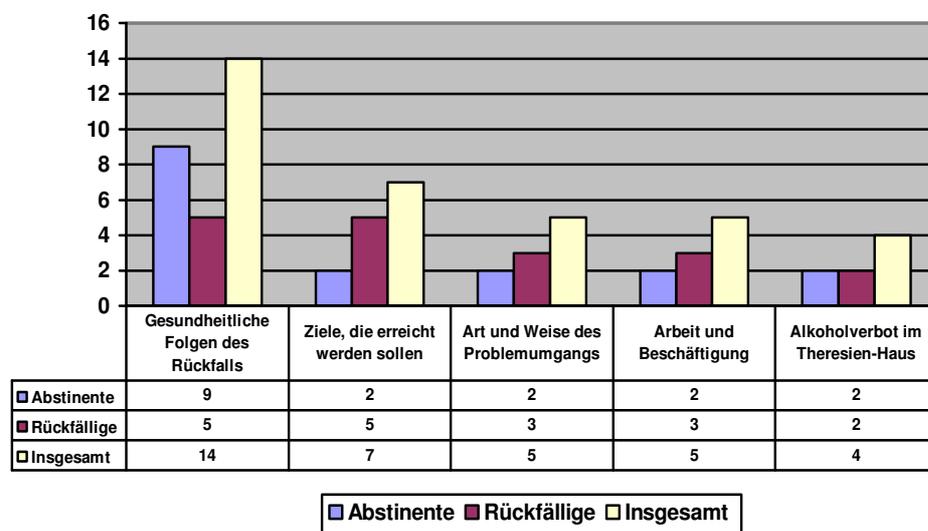
Der Erhalt der Gesundheit – oder anders ausgedrückt: das Vermeiden weiterer, negativer gesundheitlicher Konsequenzen in Folge erneuten Alkoholmissbrauchs – spielt für 23 Befragte eine eher wichtige (7) oder sogar sehr wichtige (16) Rolle. Lediglich ein Klient sieht dieses Item als eher unwichtig an.

Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund erklärbar, als dass für viele chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige aufgrund bereits bestehender erheblicher organischer Schädigungen erneuter Alkoholkonsum weitreichende – ggf. sogar lebensgefährliche – Konsequenzen haben kann.

Insofern kann zur weiteren Bewusstseinsbildung die Aufklärung über die medizinischen Folgen erneuten Alkoholmissbrauchs ein rückfallpräventiver Baustein sein.

Abbildung 18:

**Aussagen mit der wichtigsten Bedeutung
(zwei je befragter Person)
für die Aufrechterhaltung der Abstinenz**



Den negativen gesundheitlichen Folgen des Rückfallsgeschehens wird im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz insgesamt mit Abstand die größte Bedeutung gegeben. Bemerkenswerter Weise wertet die Gruppe der abstinenten Klienten dieses Item besonders hoch; es scheint subjektiv ein ganz wichtiger Aspekt für die abstinente Lebensform zu sein. Die Gruppe der rückfälligen Klienten wertet dieses Merkmal zwar auch als bedeutsam, jedoch längst nicht in dem Maße, wie die Vergleichsgruppe.

Gleichrangig mit dem Item „Gesundheit“ bewertet die Gruppe der Rückfälligen das Item „Zielerreichung“ (5 Nennungen). Die Items „Art und Weise des Problemumgangs“, „Arbeit und Beschäftigung“ sowie „Alkoholverbot

im Theresien-Haus“ werden weiterhin genannt und heben sich in ihrer Bedeutung von den anderen Merkmalen nochmals ab.

Bei einem Vergleich der Mittelwerte der Items wird insgesamt von beiden Gruppen dem der „Zielerreichung“ (3,67) die höchste Bedeutung zugeschrieben, gefolgt von dem Merkmal „Glaube an die Fähigkeit, es jetzt schaffen zu können“ (3,65) sowie „Gesundheitliche Folgen des Rückfalls“ (3,63).

Demzufolge ist im Hinblick auf die rückfallpräventive Arbeit das Treffen expliziter Zielabsprachen offenbar sehr wichtig. Sie sollten „gemeinsam mit der abhängigen Person ... erörtert und im Konsens festgelegt werden“ (KRUSE, KÖRKELE & SCHMALZ, 2001, S. 209).

Außerdem wirken offenbar Interventionen und Maßnahmen zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung rückfallpräventiv, da der Glaube an die eigenen Fähigkeiten ebenfalls sehr hoch bewertet worden ist.

Schließlich ist die Aufklärungsarbeit über die gesundheitlichen Folgen erneuten Alkoholmissbrauchs ebenfalls sinnvoll; insbesondere für die Gruppe der bereits rückfällig gewordenen Klienten.

Entgegen vielfältiger Vorurteile gegenüber chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen (sie werden oft als hoffungslos, erfolglos, unmotiviert und „therapieresistent“ beschrieben) wird aus diesen Ergebnissen deutlich, dass es sich bei diesen Menschen eben nicht um eine Gruppe handelt, deren Entwicklungsmöglichkeiten zwangsläufig stagnieren müssen.

Selbstverständlich ist es Auftrag stationärer soziotherapeutischer Hilfe, bei sehr schwer beeinträchtigten Klienten eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes – soweit wie möglich – zu verhüten und Schwächen, Defizite, Einschränkungen, Unzulänglichkeiten sowie Stagnation zu akzeptieren (vgl. STEINGASS, 2003).

Bei der deutlichen Mehrheit dieser Menschen besteht aber noch viel Entwicklungspotential, wenn vorhandene Ressourcen aktiviert und gefördert werden. Dieses Potential drückt sich schließlich in Hoffnungen, neuer Zuversicht, Wünschen und damit auch in Zielen aus.

3.3 Erhebung zur Erfassung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall (DIRA-R)

Die dritte Erhebung befasste sich unter Anwendung des von Klein et al. entwickelten Fragebogens DIRA (Differentielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige) mit Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall (vgl. KLEIN et al., 1995).

3.3.1 Erkenntnisinteresse und Untersuchungsdesign

Aus der Befragung wird ersichtlich, in welchen Situationen im Jahr vor der Aufnahme in das Theresien-Haus (DIRA-R als retropektive Variante des Inventars) übermäßig Alkohol konsumiert wurde. Die 60 Items des Fragebogens werden drei Situationsbereichen zugeordnet:

- Negative intrapsychische Befindlichkeiten (Selbsterniedrigung, Angstgefühle, Lebensüberdruß, Einsamkeit, Groll und Ärger, Reizbarkeit, Unsicherheit und Schuldgefühle);
- Soziale Trinksituationen (Alkohol angeboten oder geschenkt bekommen, im Urlaub, bei Feiern oder anderen geselligen Anlässen mit Alkohol konfrontiert werden);
- Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit (Willenskraft testen, „Alkohol ist kein Problem mehr“, positive Trinkphantasien, Zweifel an eigener Abhängigkeit).

Die Befragung wurde mit den gleichen Klientengruppen durchgeführt, wie die Erhebung zur Bewertung Abstinenz fördernder Wirkfaktoren und rückfallpräventiver Maßnahmen in Kapitel 3.2. Insofern sei an dieser Stelle auf die dort bereits beschriebenen Rahmenbedingungen verwiesen.

3.3.2 Ergebnis-Darstellung und Diskussion

Die Befragung erbrachte sehr interessante Ergebnisse, denn 8 der 10 häufigsten Ereignisse, in denen übermäßig Alkohol getrunken wurde, waren soziale Trinksituationen. Die Gewichtung der jeweiligen Ereignisse bzw. Situationen wird aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich.

Tabelle 3:

**Trinksituationen im Jahr vor der Aufnahme
in das Theresien-Haus**

Nr.	Ich habe im letzten Jahr vor der Aufnahme in das Theresien-Haus übermäßig Alkohol getrunken, ...	nie (1)	selten (2)	oft (3)	nahezu immer (4)	Mittelwert
1.	... wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war.	2	5	10	6	2,87
2.	... wenn ich alleine war.	4	3	10	7	2,83
3.	... wenn ich auf einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken.	3	5	10	6	2,79
4.	... wenn ich feiern wollte.	4	4	10	6	2,75
5.	... wenn etwas Angenehmes passierte und mir nach Feiern zumute war.	2	7	12	3	2,67
6.	... wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot.	5	4	10	5	2,63
7.	... wenn ich mich einsam fühlte.	6	4	10	4	2,50
8.	... wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte.	5	7	9	3	2,42
	... wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte.	5	7	9	3	2,42
10.	... wenn ich mich mit jemanden richtig gut unterhalten habe.	4	11	6	3	2,33

In der Einzelgewichtung ist jedoch beachtlich, dass den Items „Alleinsein“ bzw. „Einsamkeit“ als negative intrapsychische Befindlichkeit ebenfalls eine hohe Bedeutung zugeschrieben wurde.

Im Vergleich beider Gruppen (abstinente bzw. rückfällige Klienten) sind die sozialen Trinksituationen für übermäßigen Alkoholkonsum gleichermaßen vorrangig verantwortlich (7 bzw. 6 der 10 häufigsten Ereignisse /

Situationen). In der individuellen Gewichtung wird den o. g. Items zur intrapsychischen Befindlichkeit bei der Gruppe der abstinenten Klienten jedoch eine vergleichsweise höhere Bedeutung beigemessen (Platz 1 und 4). In der Gruppe der rückfälligen Klienten stehen die Merkmale auf Platz 3 und 18.

Die Ergebnisse dieser Befragung lassen im Hinblick auf die rückfallpräventive Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen den Rückschluss zu, dass es zunächst positiv wirkt, dass die Klienten in einem „korrigierenden Milieu“ leben, in dem soziale Trinksituationen in Folge des Alkoholverbotes gar nicht erst vorkommen.

Im weiteren Verlauf ist es sinnvoll, außerhalb der Einrichtung vorkommende, relevante soziale Trinksituationen – z. B. bei einer Familienfeier – zu thematisieren und das Verhalten in solchen Hochrisikosituationen zu trainieren. Dieses kann kognitiv als auch durch ganz praktische Übungen in Realsituationen geschehen.

Als negative intrapsychische Befindlichkeit wird vor allem das „Allein- bzw. Einsam-Sein“ als typische Trinksituation herausgestellt. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen eine zentrale, rückfallpräventive Maßnahme darstellt.

Das Ergebnis deckt sich mit der 1991 von Havassy, Hall und Wasserman sowie 1995 von Maffli et al. durchgeführten Untersuchung zur Fragestellung des Bedingungs Zusammenhangs zwischen dem Einfluss des sozialen Netzwerkes einerseits und der suchtmittelfreien Lebensweise (nach einer Alkoholismusbehandlung) andererseits. Beide Untersuchungen kommen zu der Erkenntnis, dass sozial integrierte Klienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe eine deutlich bessere Prognose hatten (vgl. KRUSE, KÖRKELE & SCHMALZ, 2001).

4. Rückfallbearbeitung und Prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen

In diesem Kapitel wird auf Basis der wissenschaftstheoretischen Grundlagen (Kapitel 2) sowie der Ergebnisse aus den eigenen Erhebungen (Kapitel 3) ein praxisnahes Konzept für die Rückfallbearbeitung und -prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Menschen entwickelt und beschrieben.

4.1 Der Umgang mit der akuten Rückfallkrise

Das Rückfallgeschehen in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen bedarf einer sehr differenzierten Betrachtung, denn:

Rückfälle „unterscheiden sich hinsichtlich der Dauer, der Schwere, der Häufigkeit, der Intensität, der psychischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen, sie unterscheiden sich hinsichtlich der Art und Weise der Entdeckung oder Offenlegung, des „Vorsatzes“ oder der „Planung“ sowie der Art und Weise des Umgangs mit dem Rückfall“ (STEINGASS et al., 2000, S. 22)

In diesem Abschnitt wird die individuelle Vorgehensweise beim Auftreten dieser Krisenform im stationären Kontext beschrieben.

4.1.1 Ethische Grundsätze

Bei chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen besteht die Notwendigkeit, jeden Rückfall individuell zu beurteilen und dementsprechend einzelfallbezogene Maßnahmen einzuleiten.

KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ (2001) vertreten die Auffassung, dass sich die Verfahrensweisen bei Rückfallsituationen in soziotherapeutischen Wohnheimen von denen in anderen stationären Settings (z. B. Fachkliniken, Tageskliniken, betreute Wohngemeinschaften) grundsätzlich unterscheiden müssen.

Allein die Tatsache, dass eine disziplinarische Entlassung oftmals nicht möglich oder sinnvoll ist, zwingt zu anderen therapeutischen – oder besser gesagt, pädagogischen Interventionen.

Bei chronisch mehrfach beeinträchtigten, zum Teil bereits hirnorganisch geschädigten Personen sind Rückfälle von Zeit zu Zeit als realistische und wahrscheinliche Möglichkeiten einzukalkulieren, auch unter stationären Bedingungen. Dementsprechend sind die Betreuungsziele realistisch und unter Rückgriff auf ethische Grundsätze zu formulieren (vgl. KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001).

Diese Aussage deckt sich mit den Erhebungen in Kapitel 3.1: Knapp ein Fünftel (19,5 %) der Klientel hatte während des Aufenthaltes im Theresien-Haus einen „laps“ bzw. „relaps“ erlitten; ein weiteres Viertel (26,1 %) der Bewohner zwei oder mehr Konsumsituationen.

In Anlehnung an das suchtmittelbezogene Zielespektrum ist – auch im stationären Kontext – die *Verlängerung der alkoholfreien Perioden* für eine große Gruppe dieser Menschen ein realistisches Ziel. Das *Erreichen dauerhafter Abstinenz* oder gar eine *Lebensgestaltung und Bewältigung in Zufriedenheit* bedeutet jedoch für viele Klienten aufgrund der vorhandenen Beeinträchtigungen sowie auf dem Hintergrund der individuellen Lebenssituation eine wirklichkeitsferne Zielsetzung, die zu erheblichen Soll-Ist-Diskrepanzen führt, sofern es im Rahmen der Hilfeplanung zur Vereinbarung solcher unrealistischen Ziele kommt.

Eine individuelle Zielvereinbarung, die sich jedoch am „Machbaren“ und nicht am „Wirklichkeitsfremden“ orientiert, wirkt sich konsequenterweise auf die Beurteilung von Rückfallsituationen aus:

Dementsprechend führt ein Rückfall in der Regel eben nicht zum Abbruch durch den Klienten und damit zur Beendigung des stationären Hilfeangebotes, sondern – im Gegenteil – zur Vereinbarung weiterer geeigneter rückfallpräventiver Schritte und Maßnahmen.

Sofern jedoch eine prozesshafte Entwicklung zu alten Konsum- und/oder Verhaltensmustern erkennbar wird, ist in Anbetracht der abstinenzorientierten Ausrichtung des Theresien-Hauses eine Vermittlung in ein anderes Betreuungs-Setting (z. B. in eine so genannte „nasse“ Einrichtung) oder in andere niedrigschwellige Betreuungsformen angezeigt.

Bei einem Verstoß gegen zentrale Einrichtungsregeln (z. B. Gefährdung anderer Bewohner, Gewaltanwendung, usw.) ist eine – ggf. auch kurzfristige – Entlassung unausweichlich, um die berechtigten Interessen der Mitbewohner und Mitarbeiter zu schützen.

Bei hirnorganisch wesentlich beeinträchtigten Bewohnern ist in diesem Fall der gesetzliche Betreuer (alternativ: der sozialpsychiatrische Dienst) einzubinden und in der Pflicht, unmittelbar eine verantwortbare Lösung zu entwickeln.

Von diesen seltenen Ausnahmesituationen abgesehen hat das Theresien-Haus für die vergleichsweise schwer beeinträchtigten Bewohner einen Schutzauftrag, denn von einem Menschen soll nichts gefordert werden, was zu erbringen er im Moment nicht in der Lage ist (Sollen setzt Können voraus).

Wenn beispielsweise ein Klient unter Abwägung aller Umstände nicht in der Lage ist, bestimmte rückfallgefährdende (Problem-) Situationen zu bewältigen, sind auf diesem Hintergrund in Abstimmung mit dem gesetzlichen Betreuer geeignete Schutzmaßnahmen zu entwickeln (z. B. eine Barbetragungsverwaltung durch die Mitarbeiter oder die Vereinbarung individueller Ausgangsregelungen).

Bei diesen Entscheidungen ist in jedem Einzelfall abzuwägen, ob und in welchem Umfang – trotz der Forderung nach Selbständigkeit und Autonomie – einschränkende Vereinbarungen hilfreich sein können vor dem Hintergrund unterstellter Übereinstimmung mit dem betroffenen Bewohner.

In Anlehnung an Baum lassen sich in diesem Kontext drei zentrale moralische Normen in der Suchthilfe selbstverständlich auch auf die stationäre Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen übertragen (vgl. SANDFORT, 2002):

- Handle so, dass die Autonomie und Selbstbestimmtheit des anderen gefördert wird!
- Handle so, dass die Person eine möglichst hohe Freiheit erlangt!
- Handle so, dass der Mensch Person werden, sein und bleiben kann!

4.1.2 Akute Kriseninterventionen

Wie bereits beschrieben, kann ein „laps“ zu einem „relaps“ auswachsen und damit vom „Ausrutscher“ zu einer akuten Krisensituation werden, insbesondere dann, wenn ein Rückfall nicht als solcher identifiziert oder vom Klienten nicht offen gelegt wird.

Bei vielen Bewohnern stellt sich – wie nach ICD-10 beschrieben – in Folge des Konsums ein Verlust der Verhaltenskontrolle ein: der unwiderstehliche Drang, Alkohol zu trinken und die fehlende Kontrollfähigkeit bezüglich der Menge und der Beendigung des Konsums (vgl. DILLING, MOMBOUR & SCHMIDT, 1997).

Im Rahmen der akuten Krisenbearbeitung wird mit dem betroffenen Klienten – so weit möglich – geklärt, ob aufgrund der medizinischen und psychodynamischen Auswirkungen des Rückfalls eine Begleitung und Aufar-

beitung in der Einrichtung erfolgen kann oder ob eine Vermittlung in ein (psychiatrisches) Krankenhaus notwendig ist.

Insbesondere bei schwer gesundheitlich beeinträchtigten Bewohnern wird – unter Beteiligung des Hausarztes sowie gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers – eine Einweisung eingeleitet. In diesem Kontext handelt es sich insbesondere um Bewohner, bei denen sich massive Entzugskomplikationen einstellen können oder um Klienten mit schwerwiegenden Leberschädigungen, bei denen bereits der Konsum geringer Alkoholmengen lebensbedrohliche Konsequenzen haben kann.

Sofern sich der intoxikierte Klient – der die lebensbedrohlichen Auswirkungen seines Verhaltens nicht mehr beurteilen kann – weigert, in stationäre Behandlung vermitteln zu lassen, ist bei akuter Selbstgefährdung (sofern der gesetzliche Betreuer nicht erreicht werden kann) eine Einweisung nach dem PsychKG einzuleiten. Diese Form des Krisenmanagements ist zwar eher eine seltene Ausnahme, aber dennoch relevant für die Alltagspraxis.

Wichtig ist in jedem Fall ein bedachtes Vorgehen bei Eintreten einer Rückfallkrise – der Verlauf des Krisenmanagements ist wesentlich davon abhängig, ob die entsprechenden Interventionen reflektiert eingesetzt werden und nicht panikartig verlaufen. Klare Strukturen und Verfahrensweisungen (wie im Rahmen des einrichtungsisernen Qualitätsmanagements beschrieben) geben den Mitarbeitern in diesem Kontext klare Orientierungen und die notwendige Handlungs-Sicherheit.

Weiterhin gilt die in den meisten Krisensituationen bei der Mehrzahl der Bewohner die Maxime: „Rückfall stoppen, entkatastrophisieren, aber nicht verharmlosen, Abstinenz sichern, Selbstwirksamkeitserwartung fördern“ (ZIMDARS, 2002, S. 101).

4.1.3 Das Rückfallgespräch

Vorbemerkung: Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich *nicht* auf die Gruppe der Bewohner des Theresien-Hauses, die an schweren hirnorganischen Erkrankungen leiden (wie bereits in Kapitel 3.2.1 beschrieben, sind davon ca. ein Fünftel der Bewohner betroffen).

Nach einer akuten Rückfallkrise, bzw. nach jedem bekannten Alkoholkonsum, folgt ein sog. Rückfallgespräch mit dem Klienten. Gegebenenfalls werden weitere Personen (z. B. der gesetzliche Betreuer) hinzugezogen. Das Rückfallgespräch hat die Funktion, die Rückfall auslösenden Bedingungen zu ergründen, eine Zielüberprüfung unter Bezugnahme auf die Hilfeplanung vorzunehmen sowie einen Kontrakt über die Konsequenzen und rückfallpräventiven Maßnahmen abzuschließen.

Methodisch ist es empfehlenswert, das „Motivational Interviewing“ nach MILLER & ROLLNICK (1999) anzuwenden, um die mit dem Rückfallgeschehen einhergehenden Ambivalenzen (Konsum vs. Abstinenz) anzuerkennen und zu bearbeiten sowie die Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen (vgl. SANDFORT, 2003): Statt der Äußerung von Enttäuschung oder Kritik ist in diesem Kontext die Vermittlung positiver Wertschätzung sehr wichtig, um das ohnehin in Folge des Rückfallgeschehens beschädigte Selbstbild nicht weiter zu schwächen, sondern – im Gegenteil – den Glauben in die eigenen Bewältigungsfertigkeiten zu stärken.

An dieser Stelle sei im Grundsatz darauf hingewiesen, dass therapeutische Effekte zwar oft unspezifisch, d. h. nicht erklärbar sind, aber die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Klienten offenbar einen Großteil des Behandlungs- bzw. Betreuungserfolges ausmacht und daher einen großen Stellenwert hat.

Zunächst ist es bedeutsam, das Rückfallgeschehen detailliert und soweit wie möglich (nach schweren Intoxikationen sind die Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses gegebenenfalls eingeschränkt) aus der Retroperspektive aufzuarbeiten. Das Gespräch sollte möglichst zeitnah nach abgeschlossener medizinischer Entgiftung bzw. – sofern der Klient nicht zur stationären Behandlung vermittelt wird – in bewusstseinsklarem Zustand geführt werden.

Rückfallauslösende Bedingungen sind in der Regel die in Kapitel 2.1.3 beschriebenen Hochrisikosituationen, wie zum Beispiel unangenehme Gefühle, Trinkanimationen und soziale Konflikte. Diese Bedingungen zu ergründen ist Voraussetzung, um anschließend geeignete rückfallpräventive Maßnahmen mit dem Klienten zu entwickeln und zu vereinbaren.

Es folgt eine Zielüberprüfung: Die individuell im Hilfeplan festgelegten, wichtigsten Ziele werden auf ihre Stimmigkeit hin überprüft. Sollten hier Diskrepanzen offensichtlich werden, ist eine Zielkorrektur notwendig.

Ein Beispiel: Möglicherweise hat der Bewohner seine Fähigkeiten überschätzt („Ich trinke nie mehr“) und verändert seine Zielsetzung („Ich versuche den nächsten Monat abstinent zu bleiben“) nun. Aber nicht nur suchtmittelbezogene Ziele, sondern alle relevanten Zielbereiche (Gesundheit, soziale Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, usw.) werden angesprochen. Die Relevanz der (selbst gesetzten) Ziele für die Aufrechterhaltung der Abstinenz wird in Abbildung 15 der Befragung in Kapitel 3.2 besonders herausgestellt: Für 18 von 24 Bewohnern haben die Ziele, die erreicht werden sollen, eine hohe Bedeutung.

Im nächsten Schritt ist ein Kontrakt über die Konsequenzen des Rückfallgeschehens zu treffen. Vom Verständnis her – und das ist im Rahmen des Gespräches besonders hervorzuheben – dienen die vereinbarten Konsequenzen und Maßnahmen nicht der Sanktion des Rückfälligen, sondern sie sollen dem Betroffenen sowohl Schutz als auch Raum, Zeit und Unter-

stützung für die Rückfallanalyse und – Aufarbeitung geben (vgl. STEINGASS et al., 2000).

Konkret bedeutet dies, dass die Ausgangsregelung verändert wird oder dass vermehrt Abstinenzüberprüfungen in Form von Atemalkoholkontrollen vorgenommen werden. Das Ergebnis der Erhebung in Kapitel 3.2 (siehe Abbildung 8) zur Bewertung der Wirksamkeit von Alkoholkontrollen belegt, dass diese Schutzfunktion von den alkoholrückfälligen Bewohnern selbst mehrheitlich als wichtige Präventivmaßnahme angesehen wird.

Schließlich ist es sinnvoll, im Rahmen des Rückfallgespräches (oder auch in einem weiteren Gespräch, wenn die Themenfülle überfordernd ist) mit dem Klienten Ressourcen und Kompetenzen zu entwickeln, wie zukünftig in entsprechenden Hochrisikosituationen geeignete alternative, suchtmittelfreie Maßnahmen ergriffen werden können, um Rückfälle zu vermeiden oder, wenn sie stattgefunden haben, sie zu beenden und ihre (negativen) Konsequenzen so gering wie möglich zu halten.

Insoweit ist der Rückfall „Anlass, das Erkennen und Bewältigen rückfallprovozierender Situationen zu verbessern“ (SCHERBAUM, 1999, S. 101). So gesehen, hat ein Rückfall auch viele positive Seiten und weitere Entwicklungen ermöglicht.

4.2 Strukturelle rückfallpräventive Rahmenbedingungen in der Einrichtung

Nachfolgend werden die im Theresien-Haus angebotenen strukturellen Rahmenbedingungen beschrieben. Diese Rahmenbedingungen werden im Hinblick auf ihre rückfallpräventive Funktion mit den Ergebnissen der Erhebung (Kapitel 3.2) in Beziehung gesetzt.

4.2.1 Abstinentes Milieu

Im Theresien-Haus besteht ein abstinentes Milieu. Das bedeutet, dass das Aufbewahren und der Konsum von psychotrop wirkenden Substanzen (mit Ausnahme von Nikotin) innerhalb des Gebäudes und auf dem Gelände der Einrichtung untersagt sind.

Diese Regelung bietet für die Menschen in der Einrichtung einen Schutzraum in mehrfacher Hinsicht. Beispielsweise ist das Suchtmittel erst gar nicht verfügbar; insbesondere in Zeiten, in denen aversive Gefühlslagen eine potentielle Konsumsituation begünstigen würden.

Weiterhin besteht ein Schutz vor dem Anblick alkoholischer Getränke oder dem Geruch von Alkohol – in dieser Form wird den Wirkungsweisen der klassischen Konditionierung begegnet und das so genannte „Craving“ gemindert (vgl. Kapitel 2.1.3).

Das abstinente Milieu wird von den Klienten ebenfalls als sehr wichtig eingeschätzt (vgl. Kap. 3.2, Abb. 1 und Abb. 16). 12 Bewohner beurteilen beispielsweise das Alkoholverbot im Theresien-Haus „als eher wichtig“ zur Aufrechterhaltung der Abstinenz; für 11 Bewohner hat es sogar eine hohe Bedeutung.

4.2.2 Abstinenzüberprüfungen

Abstinenzüberprüfungen werden in Form von Atemalkoholkontrollen mit einem speziellen Testgerät (Alcomat, Firma Dräger) vorgenommen. Den Bewohnern ist bekannt, dass jederzeit eine Überprüfung möglich ist; die Regelung ist explizit im Heimvertrag vereinbart.

Wie der Bewohnerbefragung in Kapitel 3.2 zu entnehmen ist, sehen insbesondere rückfällig gewordene Bewohner in den Abstinenzüberprüfungen eine hilfreiche Präventivmaßnahme. Konzeptionell ist hieraus abzuleiten, dass die Abstinenzüberprüfungen für diesen Personenkreis häufiger durchgeführt werden sollte, als für die Vergleichsgruppe der abstinenten Bewohner. Die Frage, ob die Kontrollen strukturiert oder zufällig vorgenommen werden sollten, ist individuell zu klären und steht wesentlich mit der Frage in Zusammenhang, welche Art der Überprüfung im jeweiligen Einzelfall wirksamer ist.

4.2.3 Ausgangsregelungen

Im Theresien-Haus gilt eine dreistufige Ausgangsregelung. In der ersten Stufe kann der Bewohner das Gelände der Einrichtung nur in Begleitung eines Mitarbeiters verlassen. In Ausgangsstufe 2 ist das Verlassen des Grundstücks in Begleitung eines Mitbewohners der Stufe 3 möglich. In Stufe 3 bestehen schließlich keine Einschränkungen. Die Zeitspanne, die ein Bewohner in der jeweiligen Stufe verbringt, wird individuell vereinbart.

Die Ausgangsregelung hat insoweit eine rückfallpräventive Funktion, als dass insbesondere neu aufgenommene Bewohner vor suchtmittelbezogenen Außenreizen (den so genannten „Triggern“) und Hochrisikosituationen (z. B. Gaststättenbesuche) weitgehend geschützt werden. Gleiches gilt für

akut rückfällige Bewohner (im Sinne eines „relaps“), die zur Stabilisierung ihrer Situation einen größeren Schutzraum benötigen.

Bei emotional unangenehmen Gefühlslagen kann zum Selbstschutz ebenfalls eine einvernehmliche Regelung zur vorübergehenden Einstufung in die Ausgangsstufe 1 oder 2 vereinbart werden. Im Rahmen der Befragung (Abb. 13) wurde diesem Item von der Hälfte der Befragten in der Gruppe der rückfälligen Bewohner eine eher wichtige Bedeutung gegeben, so dass die Vereinbarung entsprechender Regelungen im Einzelfall hilfreich sein kann.

4.2.4 Tagesstrukturierende Angebote – Arbeit und Freizeit

Die Lebenssituation vieler chronisch mehrfach beeinträchtigter suchtkrank Menschen war vor der Aufnahme in einer soziotherapeutischen Einrichtung dadurch gekennzeichnet, dass keine Tagesstruktur mehr gegeben war: Stabilisierende Elemente, wie regelmäßige Arbeit oder Beschäftigung, geregelte Einnahme der Mahlzeiten oder die strukturierte Pflege sozialer Beziehungen hat quasi nicht oder kaum stattgefunden.

Insbesondere das Fehlen einer beruflichen oder sinnstiftenden Tätigkeit verstärkt das ohnehin schon negative Selbstbild und nicht zuletzt das erlebte „Vakuum“ führt zunächst zu verstärktem Konsum und Missbrauch und schließlich in die (chronische) Abhängigkeit bzw. stabilisiert diese.

So teilen viele Klienten im Rahmen der Anamnese mit, ein wesentliches Trinkmotiv sei gewesen, dass ihnen in Ermangelung an Alternativen „die Decke auf den Kopf gefallen“ sei und „die Langeweile nicht zum Aushalten“ gewesen wäre.

Vor diesem Hintergrund hat die Ausübung einer sinnstiftenden Beschäftigung (oder gar einer Berufs- und Nebenerwerbstätigkeit), das (Wieder-)

Entdecken von Hobbys und die aktive Gestaltung der Freizeit eine wichtige präventive Funktion und ist daher wesentlicher Bestandteil der Konzeption des Theresien-Hauses.

Viele unterschiedliche Arbeits-, Beschäftigungs-, und Freizeitangebote stellen sicher, dass individuelle Wünsche und Interessenslagen Berücksichtigung finden, aber auch verschiedene Kompetenzen erworben werden können.

Ein geregelter Tagesablauf gibt darüber hinaus für viele Bewohner eine hilfreiche äußere Struktur, bei denen die innere Struktur mit fortgeschrittener Krankheitsentwicklung abhandeln gekommen ist.

Die Ergebnisse der Erhebung (vgl. Abb. 11) belegen, dass 19 von 24 Befragten einen geregelten Tagesablauf für die Aufrechterhaltung der Abstinenz für eher wichtig halten. Auch die Freizeitangebote haben in diesem Kontext eine hohe Bedeutung und werden seitens der Bewohnerschaft als wichtig angesehen (vgl. Abb. 4).

4.2.5 Gesundheitssorge

Ein wesentliches Ziel der stationären soziotherapeutischen Arbeit ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen den Klienten eine weitestgehende Gesundung – nicht nur von der Alkoholabhängigkeit als solche, sondern insbesondere von den zahlreichen Folgeerkrankungen – ermöglicht wird. Wie bereits in Kapitel 2.3.1.1 beschrieben, hat die chronische Abhängigkeitserkrankung in der Regel zu zahlreichen physischen und psychischen Folgeerkrankungen geführt. Bei bestimmten Indikationen kann ein fortgesetzter Alkoholmissbrauch die gesundheitliche Situation dramatisch verschlechtern oder – schlimmstenfalls – sogar zum Tod führen.

Bezogen auf die Rückfallprävention hat dieser Sachverhalt eine große Bedeutung, so dass die Aufklärung um diese negativen Folgewirkungen des (erneuten) Alkoholmissbrauchs, individuell orientiert an der jeweiligen gesundheitlichen Situation, in ausführlicher Form mit dem entsprechenden Klienten – und gegebenenfalls mit dessen gesetzlichen Betreuer – zu erfolgen hat.

So ist es wünschenswert, dass gerade in Situationen der Ambivalenz (Konsum vs. Abstinenz), die Aspekte, die gegen einen erneuten Konsum sprechen, in der vollen Tragweite der zu erwartenden negativen Konsequenzen bewusst werden und damit rückfallpräventiv wirken.

Im Theresien-Haus ist vielen Bewohnern die Tragweite der negativen gesundheitlichen Konsequenzen eines Rückfalls sehr bewusst, wie den Ergebnissen der Befragung zu entnehmen ist (vgl. Tab. 17 und 18): Für 23 von 24 Befragten ist bereits der Gedanke an die gesundheitlichen Folgen eines Rückfalls ein eher wichtiger oder gar hoch bedeutsamer Aspekt zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

4.3 Rückfallprävention mit einzelnen Bewohnern und in Gruppen

In diesem Kapitel werden verschiedene Formen und Möglichkeiten der rückfallpräventiven Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen dargestellt.

Ziel der rückfallpräventiven Arbeit ist es, die Bewohner darin zu unterstützen, kritische und rückfallbegünstigende Situationen zu erkennen und die individuelle Steuerungsfähigkeit zu verbessern (vgl. STEINGASSS et. al, 2000).

Zentrale Merkmale der Rückfallprävention sind die Förderung eines ausgewogenen Lebensstils, die Identifizierung und der Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit Hochrisikosituationen sowie die Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, die das erneute Trinken fördern statt verhindern, z. B. positive Alkoholwirkungserwartungen (vgl. KÖRKELE, 2003).

4.3.1 Rückfallpräventive Einzelgespräche

Im rückfallpräventiven Einzelgespräch werden mit dem Bewohner auf Grundlage seiner Suchtanamnese die kritischen Rückfallsituationen identifiziert: „Dies muss individuell erfolgen und gilt insbesondere im Hinblick auf den Stellenwert konditionierter Entzugserscheinungen, konditionierten Cravings und bestimmter kognitiver Einflussfaktoren wie Erwartungen an einen erneuten Konsum oder die persönliche Einschätzung, rückfallkritische Situationen bewältigen zu können“ (BÜHRINGER, 2000, S. 280). In diesem Zusammenhang ist der Einsatz des Fragebogens DIRA-R als Checkliste hilfreich, mit dem – wie bereits in Kapitel 3.3 erörtert – frühere Hochrisikosituationen identifiziert werden können bzw. alternativ der von KÖRKELE & SCHINDLER (1996) entwickelte „Kurzfragebogen zur Abstinenzsicherheit“ (KAZ-35).

Durch Selbstbeobachtungstraining kann außerdem eine Sensibilisierung für aktuelle Risikosituationen ermöglicht werden (vgl. FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA, 1998). Konkrete Warnsignale sind nach KÜFNER (2003) zum Beispiel das Auftreten alter Krisensituationen, die früher mit Alkohol durchstanden wurden, Gedanken und Phantasien über Alkohol oder das Nachdenken über oder der Konsum von alkoholfreiem Bier.

Nach den Ergebnissen der Befragung in Kapitel 3.3 waren es vor allem soziale Trinksituationen, die als Hochrisikosituationen zu rückfälligem Verhalten geführt hatten (gefolgt von negativen, intrapsychischen Befindlichkeiten).

Nach der Identifikation der jeweils bedeutsamen Risikosituationen ist es möglich, im Rahmen der Einzelgespräche mit dem Bewohner Verhaltensalternativen zu den bisherigen Reaktionsmustern zu entwickeln.

Bezogen auf soziale Trinksituationen kann zum Beispiel mit dem Klienten zunächst das bewusste Vermeiden von entsprechenden Risikosituationen besprochen und vereinbart werden. So empfehlen KÖRKEL & KRUSE (2000, S. 146): „In der Anfangszeit der Abstinenz ... sollten gefährdende Situationen wie etwa Feste, auf denen Alkohol getrunken wird, gemieden werden“.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, zu besprechen, welche Verhaltensmöglichkeiten bestehen, wenn beispielsweise im Rahmen einer Familienfeier alkoholische Getränke angeboten werden.

Durch die kognitive Auseinandersetzung mit diesen Risikosituationen besteht für den Klienten die Möglichkeit, sich gedanklich auf diese kritischen Momente einzustellen und entsprechend vorzubereiten.

Hilfreich ist weiterhin die Kreierung realistischer und zuversichtsspendender Überwindungsrituale für Risikosituationen durch präzise gestellte Fragen, wie „Was haben Sie getan, als Sie dem Suchtdruck in den letzten Wochen widerstanden? Beschreiben Sie alle Einzelheiten ihres Überwindungsrituals (Was haben Sie getan, wie haben Sie gedacht und was hat

Ihnen Kraft und Zuversicht verliehen?) wenn Sie Ihren Suchtdruck überwinden?“ (HESSE, 2003, S. 83).

Um rückfallkritische Situationen (z. B. negative psychische Befindlichkeit) zu bewältigen, bedarf es weiterhin der Stärkung der kognitiven Voraussetzungen, wie die Bewertung der Vor- und Nachteile eines erneuten Konsums oder die Stärkung der positiven Einschätzung abstinenter Verhaltens (vgl. BÜHRINGER, 2000), um gleichsam die Möglichkeit zu geben, gesunde Verhaltensalternativen zu entwickeln.

Außerdem wird mit dem Klienten reflektiert, welche Risikosituationen mit welchen Gedanken, Handlungen oder Methoden bewältigt worden sind bzw. welche Ideen weniger hilfreich waren.

Im Einzelgespräch hat darüber hinaus in rückfallpräventiver Hinsicht die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung eine sehr hohe Bedeutung: Wie bereits in Kapitel 2.2.2 beschrieben, ist es nach Marlatts Modell von entscheidender Bedeutung, wie ein suchtkranker Mensch in einer Hochrisikosituation reagiert: Bei einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung sinkt die Zuversicht, eine Belastung oder Verführungssituation alkoholfrei bewältigen zu können, was die Wahrscheinlichkeit der Suchtmittelleinnahme erhöht.

Hier sind Interventionen, die zu einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung führen, förderlich. Daher gilt es, das Vertrauen in die eigenen Bewältigungskräfte zu stärken, ohne etwaige Selbstüberschätzungen aus dem Blick zu verlieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Besprechen von Strategien zu einer ausreichenden Selbstkontrolle sowie die Entwicklung einer wichtigen kognitiven Grundhaltung: der Überzeugung, dass es sich lohnt, abstinent zu leben (vgl. JANSSEN & KÖRTEL, 2002). Ein wichtiger Stützpfiler für die Abstinenz kann zum Beispiel ein wieder gefundener oder neuer Sinn im Leben sein (vgl. KÖRKEL, 1991).

In diesem Kontext ist es aber ebenso wichtig, eine andere – aber destruktive – Kognition zu modifizieren: Ein Rückfall bedeutet nicht „Alles war vergebens“ und sollte dementsprechend nicht als Anlass genommen werden, alle weiteren Veränderungsbemühungen aufzugeben. Nach KANFER, REINECKER & SCHMELZER (2000) „enthält jeder Misserfolg – oder besser „Lapsus“ – wertvolle Informationen darüber, wie effektivere Bewältigungsstrategien für die Zukunft aussehen können. Aus jedem Rückfall lassen sich folglich konstruktive Präventionsvorschläge ableiten.“

Zentrales Ziel der rückfallpräventiven Einzelgespräche ist es – soweit möglich oder vorhanden – Selbstmanagement-Fertigkeiten zur Prävention künftiger Schwierigkeiten zu entwickeln bzw. zu nutzen (vgl. KANFER, REINECKER & SCHMELZER, 2000). Die wichtigste Aufgabe der Mitarbeiter wäre es dementsprechend, bei der Veränderung pathologischer Automatismen zu helfen: Das bedeutet, die Klienten dabei zu unterstützen, in schwierigen Situationen eben nicht automatisch, sondern verantwortlich zu reagieren (vgl. ZIMDARS, 2002).

Dieser Prozess bedarf jedoch eines intensiven Trainings, das kontinuierlich und über einen längeren Zeitraum erforderlich ist, bevor eine zunächst zwanghafte Selbstregulation übergeht in einen „gesunden“ Automatismus und damit zur neuen Gewohnheit wird.

„Fortgesetzte Selbstregulation, Selbstbeobachtung, gezielte Umsetzung von Bewältigungsschritten [sowie eine] stetige Aufmerksamkeit für Warnsignale von Risikosituationen“ sind sinnvoll und notwendig, „um wieder gänzlich in eigener Regie zu recht kommen zu können“ (KANFER, REINECKER & SCHMELZER, 2000, S. 350).

Letztlich sei an dieser Stelle erwähnt, dass eine große Anzahl der Einzelgespräche – vorbehaltlich einer vertrauensvollen und professionellen Beziehung zwischen Klient und Mitarbeiter – für die Bewohner eine relativ hohe Bedeutung hat und damit schon für sich betrachtet ein wichtiger Präventivfaktor ist. Unter Bezugnahme auf Abb. 5 ist für 21 von 24 Befragten

das Gespräch mit vertrauten Mitarbeitern des Theresien-Hauses – bezogen auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz – eher wichtig bzw. von großer Bedeutung.

4.3.2 Rückfallpräventives Verhaltenstraining

Eine weitere Option in der rückfallpräventiven Arbeit ist ein entsprechendes Verhaltenstraining. Hier sind verschiedenste Formen möglich: In vivo, als auch in Realsituationen können Szenarien entwickelt werden. Das Training kann in unterschiedlichen Settings durchgeführt werden: Einerseits im Rahmen der Einzelgespräche, andererseits aber auch im Rahmen einer indikativen Gruppe (an dieser Stelle sei auf das Kapitel „Anwendungsmöglichkeiten des S.T.A.R. in indikativen Gruppen“ verwiesen).

Die Auswahl des jeweiligen „Trainings-Bausteines“ steht im Kontext mit den individuell bedeutsamen Hochrisikosituationen, als auch in Zusammenhang mit den zu entwickelnden individuellen Bewältigungsfertigkeiten.

Beispielhaft seien einige verhaltenstherapeutische Methoden genannt, die in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen angewandt werden können (vgl. ZIMDARS, 2002):

- Rollenspiel: Die in den Einzelgesprächen ermittelten individuellen Rückfallrisiken werden mittels Rollenspiel bearbeitet.
- Ablehnungstraining gegen soziale Verführung: Im Rollenspiel lernt der Bewohner, bei ihm angebotenen alkoholischen Getränken „nein“ zu sagen, gegebenenfalls ein Alternativgetränk zu bestellen, situationsangemessen sein Verhalten zu erklären (ohne sich dabei rechtfertigen zu müssen) oder die Situation zu verlassen.

- Mentales Training: Positive gedankliche Vorstellung, wie eine Risikosituation mit allen Facetten (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen und Denken) bewältigt werden kann; gegebenenfalls Aufnahme mit Tonband und wiederholtes Abspielen der positiven Kognitionen.
- Expositionsübungen (in vivo), z. B. Konfrontation mit Alkohol innerhalb der Einrichtung und Wahrnehmung der sich unter Umständen einstellenden physiologischen Reaktionen und insbesondere auch das Erleben des Abklingens zu erleben.
- Konfrontation mit Risikosituationen im natürlichen Umfeld: Besuch von Gaststätten, (kognitiv vorbereitetes) Aufsuchen typischer Trinksituationen, Familienheimfahrten (mit emotional belastenden Kontakten), Familienfeiern, usw., um auf diese Weise die Erfahrung zu vermitteln, Versuchungssituationen widerstehen zu können.

4.3.3 Notfallplanung: Ausrutschervertrag und Abstinenzkarte

Eine wichtige Form der Rückfallprävention ist die so genannte „Notfallplanung“. Sie hat die Zielsetzung, im Falle eines erneuten Alkoholmissbrauches einen „laps“ nicht zum „relaps“ auswachsen zu lassen, dass heißt den Rückfall im Sinne der Schadensbegrenzung rasch zu beenden. Nach LINDENMEYER (1999) kommt es darauf an, dass der Klient über einen einfachen und fest eingprägten Notfallplan verfügt. Gemeinsam mit dem Klienten sind diesbezüglich geeignete Schritte zu vereinbaren.

Methodisch bestehen mehrere Möglichkeiten, die Notfallplanung umzusetzen:

Eine Form besteht darin, eine Notfall- bzw. Abstinenzkarte in der Größe einer Kreditkarte für das Portemonnaie anzufertigen. Auf der Abstinenzkarte sind nach ZIMDARS (2002) folgende Angaben zu dokumentieren:

- *Trinksituation sofort verlassen* (erstes Gebot in der akuten Situation: Konsum stoppen).
- *Vertrauensperson informieren* (wer genau kann das sein, Telefonnummer notieren, Ziel: Öffentlichmachen, nicht verheimlichen, Unterstützung finden zum Nüchternwerden, keine – Selbstanklage fördernde – Ursachenforschung betreiben).
- *Ausnüchterung* (wo genau? Z. B. Einrichtung, Entgiftung oder Vertrauensperson).
- *Gezielte Lösung für nächste Risikosituation entwickeln* (Abstinenzzuversicht (wieder)erlangen).

Eine andere Variante besteht im Abschluss eines so genannten „Ausrutschervertrages“ (Notfall-Plan-Vertrag), der unter Rückgriff auf vorhandene soziale Ressourcen eine vergleichbare Funktion erfüllt: „In ihm wird festgelegt, an welche Person sich der Abhängige nach einem Ausrutscher um Hilfe wenden und wie diese Person ihn unterstützen kann“ (KRUSE, KÖRKEL & SCHMALZ, 2001, S. 318).

In dem Vertrag verpflichtet sich der Bewohner zu folgenden 4 Schritten: die Trinksituation zu verlassen, eine Vertrauensperson anzurufen, sich Klarheit über die Risikofaktoren des Ausrutschers zu verschaffen und mit der Vertrauensperson besprechen, was zukünftig gegen die Risiken zu tun ist.

Gleichfalls verpflichtet sich die Vertrauensperson vertraglich, den Klienten so rasch wie möglich durch folgende Aspekte zu unterstützen: den Betroffenen schnell aus der Konsumsituation herauszuhelfen, ihn nicht zu kritisieren oder zu verurteilen, ihm bei der Ursachensuche behilflich zu sein und ihn in der Folgezeit zur Rückgewinnung der Stabilität zu unterstützen.

4.3.4 Pharmakotherapie – Zum Einsatz von „Anti-Craving-Substanzen“

In Kapitel 2.4.4 wurden bereits die Pro- und Contra-Argumente für bzw. gegen den Einsatz so genannter „Anti-Craving-Substanzen“ diskutiert. Auch wenn bezüglich der Wirksamkeit dieser Substanzen bis heute nur vergleichsweise wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, fordert der FACHVERBAND „ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE“ IN MÜNSTER (2002), dass vorurteilsfrei zu prüfen ist, inwieweit „Anti-Craving-Substanzen“, Alkoholantagonisten und andere Medikamente im Rahmen der Rückfallprophylaxe – insbesondere bei chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen – sinnvoll eingesetzt werden können.

In der stationären Arbeit im Theresien-Haus ist aus präventiver Sicht der Einsatz von Campral zwar nicht das „Mittel der Wahl“, wird aber in bestimmten Ausnahmesituationen ergänzend ärztlicherseits verordnet. Hier sind insbesondere die Bewohner im Focus, deren Selbstkontrollmechanismen nur bedingt funktionieren und die daher – auch unter geschützten Rahmenbedingungen – vergleichsweise häufig rückfällig werden, gleichsam aber motiviert sind, ihr Leben ohne Suchtmittel bewältigen zu wollen.

Da nach VELTRUP (1995) die Wahrscheinlichkeit einer Abstinenzbeendigung mit stärker werdendem Craving steigt, ist gerade für den vorstehend genannten Personenkreis (neben den bereits beschriebenen strukturellen

und individuellen Maßnahmen zur Rückfallprävention) auch der ergänzende Einsatz von Campral eine unterstützende Form zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Die in diesem Kontext angesprochenen Bewohner erfüllen im Übrigen die von FEUERLEIN, KÜFNER & SOYKA beschriebenen Kriterien (Inanspruchnahme psychosozialer Betreuung im Setting der Einrichtung, subjektiv starker „Suchtdruck“, frühe Alkoholabhängigkeit) für die entsprechende Verordnung.

4.3.5 Anwendungsmöglichkeiten des S.T.A.R. in indikativen Gruppen

Das „Strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention“ (abgekürzt: S.T.A.R.) wurde im Jahre 2003 in Buchform veröffentlicht und ist für Suchtfachkräfte konzipiert, die in der stationären oder ambulanten Arbeit mit Alkoholabhängigen tätig sind (KÖRKEL & SCHINDLER, 2003). Das Trainingsprogramm ist explizit auch für die rückfallpräventive Arbeit in soziotherapeutischen Einrichtungen vorgesehen.

Das S.T.A.R. ist ein strukturiertes, fünfzehn in sich abgeschlossene Einheiten umfassendes Gruppenprogramm für maximal 12 – 14 alkoholabhängige Teilnehmer.

Jedes Modul dauert ca. 90 Minuten; die Inhalte und der Aufbau des Programms sind verhaltenstherapeutisch orientiert. Die Gruppenteilnehmer sollen im Rahmen des Programms befähigt werden, potentiellen Rückfällen vorzubeugen bzw. eingetretene Rückfälle besser bewältigen zu können.

Folgende Ziele stehen im Mittelpunkt des Rückfallpräventionstrainings (KÖRKEL, 2003, S. 42):

- Enttabuisierung des Rückfalls,
- Wissenserweiterung über zentrale Aspekte des Rückfallgeschehens,
- Förderung einer realistischen Sicht eigener Rückfall-Anfälligkeit,
- Stärkung der Abstinenzmotivation,
- Herausarbeitung persönlicher Rückfallrisiken und Aufbau von Kompetenzen zu deren Bewältigung,
- Stärkung der Zuversicht, Rückfallgefahren meistern zu können,
- Differenzierung der Prozesse, die vom Ausrutscher zum Rückfall führen,
- Entwicklung von Strategien zum Umgang mit Ausrutschern,
- Befähigung zum Rückfallgespräch mit Angehörigen,
- Hinführung zur gezielten Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten.

Im Rahmen der stationären soziotherapeutischen Arbeit ist das Training zur Rückfallprävention mit einem Großteil der Bewohner im Rahmen eines indikativen Gruppenangebotes durchführbar. Voraussetzungen für eine Teilnahme sind ausreichende kognitive Ressourcen, die Bereitschaft der kontinuierlichen Teilnahme sowie aktive Beteiligung.

Da die einzelnen Module didaktisch und methodisch interessant und abwechslungsreich aufgearbeitet und vom zeitlichen Rahmen überschaubar sind, kann das Programm eine sehr hilfreiche Unterstützung zur Rückfallprävention sein.

Es wird ab 2004 im Theresien-Haus mit einer ersten Gruppe erprobt und bei positivem Verlauf sowie hinreichenden Indikatoren zur Wirksamkeit als Standard eingeführt.

Die Inhalte der 15 Module des S.T.A.R sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 4:
Inhalte der Module des S.T.A.R.

Modul 1	Grundinformation über Rückfälligkeit
Modul 2	Abstinenz: Pro & Contra
Modul 3	Hochrisikosituationen
Modul 4	Soziale Situationen (I): Ablehnen von Trinkaufforderungen und Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
Modul 5	Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik
Modul 6	Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung
Modul 7	Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung
Modul 8	Alkoholverlangen („craving“)
Modul 9	Kontrolliertes Trinken
Modul 10	Ausgewogener Lebensstil
Modul 11	Ausrutscher und Rückfall
Modul 12	Umgang mit Ausrutscher und Rückfall
Modul 13	Gespräche mit Angehörigen / Freunden zum Thema „Rückfall“ (I): Gesprächsführung7-blockaden
Modul 14	Gespräche mit Angehörigen / Freunden zum Thema „Rückfall“ (II): Gesprächsinhalte
Modul 15	Nachsorge

Neben der Arbeit mit dem S.T.A.R. haben zwei weiteren Gruppen im Theresien-Haus eine rückfallpräventive Funktion: die gesamte Hausgemeinschaft und im näheren Bezugsrahmen die jeweilige Wohngruppe.

Im Rahmen einer wöchentlich stattfindenden Informationsveranstaltung werden innerhalb der gesamte Hausgemeinschaft Rückfallsituationen – soweit sie in der vergangenen Woche stattgefunden haben – bekannt gemacht und besprochen.

Innerhalb der Wohngruppe wird das Rückfallgeschehen eines Gruppenmitglieds unmittelbar, d. h. spätestens bei der nächsten gemeinsamen Mahlzeit, geöffnet und besprochen. So wird aufkommenden Emotionen

Raum gegeben und gleichsam die Möglichkeit geschaffen, aus der Situation für sich selbst zu lernen.

Die Mitbewohner werden – immer wieder – gebeten, im Interesse des Betroffenen als auch im eigenen Interesse Hinweise und Auffälligkeiten, die auf einen „laps“ hindeuten könnten, offen zu legen.

Diese Transparenz und die damit verbundene offene Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen (wie auch mit der Anbahnung von Ausrutschern) hat eine wichtige präventive Funktion.

4.4 Rückfallprävention im Kontext von Entlassung und Nachsorge

Die Entlassung aus dem geschützten Rahmen der soziotherapeutischen Einrichtung ist für die meisten Bewohner eine wesentliche Zäsur: Die stabilisierenden Strukturen sind nicht mehr vorhanden; Eigenverantwortung und Selbstkontrolle sind wieder in stärkerem Maße gefordert. Da dieser Setting-Wechsel erhebliche Anforderungen mit sich bringt, ist sowohl dem Entlassungsprozess als auch der Nachsorge in rückfallpräventiver Hinsicht eine besondere Bedeutung beizumessen, die im Folgenden näher erläutert wird.

4.4.1 Soziale Integrationshilfen: Aufbau eines sozialen Netzwerkes

Wie bereits in Kapitel 3.3.2 beschrieben, besteht ein Bedingungs Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes und einer suchtmittelfreien Lebensweise: Sozial integrierte Klienten haben demnach eine deutlich bessere Prognose.

Schützende soziale Netzwerke, abstinentenspezifische soziale Unterstützung sowie der gänzliche Verzicht auf den Konsum des Suchtmittels im direkten sozialen Umfeld sind hierbei wichtige schützende soziale Bedingungen nach dem Auszug aus der Einrichtung (vgl. ARENZ-GREIVING, 2000).

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis ist dem Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerkes im Rahmen der stationären Begleitung eine hohe Priorität zu geben.

Im sozialen Bereich stellen die Förderung sozialer Bindungen, die Entwicklung einer abstinenten Lebensweise unter den Sozialpartnern, die Stabilisierung von Partnerschaft und Familie erfolgversprechende Maß-

nahmen zur Rückfallprävention dar; klassische Sozialarbeit nimmt hierbei eine wichtige ergänzende Funktion ein (vgl. KÖRKEL & KRUSE, 2000).

Vor allem im Rahmen der letzten Monate des Aufenthaltes in der Einrichtung ist es von großer Bedeutung, die Außenorientierung der Klienten zu fördern und verschiedene Formen der sozialen Kontaktaufnahme zu unterstützen. Ein besonderes Augenmerk ist auf die infrastrukturellen Gegebenheiten am potentiellen neuen Wohnort zu richten (Selbsthilfeorganisationen, Sportvereine, niedrigschwellige Angebote in kommunalen Einrichtungen, usw.).

Sofern vorhanden, wirken sich soziale Beziehungen im Rahmen einer Berufstätigkeit, auch wenn es sich bei den meisten Klienten um einen Nebenjob handelt, aus der alltagspraktischen Erfahrung ebenfalls stabilisierend aus.

Auch die Beziehungsgestaltung zu (neuen und alten) Freunden außerhalb der Einrichtung sowie zu Angehörigen, die in räumlicher Nähe wohnen, ist – je nach Belastungsgrad der Beziehung und unter vorheriger Abklärung der Umstände – förderlich.

4.4.2 Die Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen

Sowohl während als auch insbesondere nach Beendigung des stationären Aufenthaltes sind die Selbsthilfeorganisationen in mehrfacher Hinsicht in rückfallpräventiver Hinsicht von großer Bedeutung:

Wie bereits in Kapitel 2.4.3 erwähnt, geht nach einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie eine regelmäßige, mindestens vierjährige Selbsthilfegruppenteilnahme nach der stationären Entlassung bei Männern mit 71 % Abstinenz (bei Frauen 46 %) einher (vgl. KÖRKEL &

KRUSE, 2000). Auch ARENZ-GREIVING (2000) sieht Selbsthilfegruppen als effektivste Form der Nachsorge. Nach JANSSEN (1996) ist eine Aufgabe der Selbsthilfe, soziale Isolation abzubauen und den Aufbau oder die Wiederherstellung sozialer Bezüge gebührend zu fördern.

Da gerade diese Funktion für chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängige Menschen von besonderer Bedeutung ist, bieten die Selbsthilfeorganisationen eine besondere Chance:

Einerseits sind sie in der Regel für die Klienten in erreichbarer Nähe zu finden; eine Teilnahme wird meistens nicht durch organisatorische Hemmnisse blockiert.

Andererseits bieten gerade Selbsthilfeorganisationen schützende soziale Bedingungen und neben der wichtigen gegenseitigen Unterstützung in Fragen der Alltagsbewältigung viele Möglichkeiten einer suchtmittelfreien Freizeitgestaltung.

Leider ist die Vermittlung der Klienten in bestehende Selbsthilfestrukturen nicht leicht, da gerade chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängige Menschen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation Integrationsprobleme zeigen; ihnen aber auch vielfach mit einer gewissen „Reserviertheit“ und nicht vorurteilsfrei begegnet wird.

Daher wird zukünftig der Kreuzbund im Theresien-Haus eine Selbsthilfegruppe in der Einrichtung anbieten, um (ressourcenstärkere) Bewohner auf eine spätere Teilnahme außerhalb der Einrichtung vorzubereiten und sie für spätere externe Angebote am zukünftigen Wohnort „zu gewinnen“.

4.4.3 Ambulant betreutes Wohnen

Im stationären Kontext des Theresien-Hauses konnte bei vielen Bewohnern eine Stabilisierung, nach und nach sogar eine deutliche Verbesserung der physischen und der psychosozialen Situation festgestellt werden.

Der damit einhergehende (Wieder-)Gewinn von Selbständigkeit und Autonomie führt konsequenterweise zu dem erneuten Versuch, das Leben eigenständig zu bewältigen.

Nach den Erkenntnissen aus sechsjähriger Praxis reichen Erfolge in der stationären Eingliederungshilfe jedoch in aller Regel für ein völlig eigenständig geführtes Leben allein noch nicht aus.

Die Erfahrungen zahlreicher Betroffener haben gezeigt, dass ihnen der Transfer von Stabilität gebenden Strukturen des Theresien-Hauses in ihr neues Lebens- und Wohnumfeld sowie die eigenverantwortliche Aufrechterhaltung dieser Stabilität gebenden Strukturen nicht gelungen war.

Anstatt dessen fiel ein Teil der ehemaligen Bewohner/innen nach relativ kurzer Zeit wieder in die alten (Über-)Lebensmuster zurück, so dass der Neustart schnell wieder im „nassen“ Chaos endete (vgl. CARITASVERBAND FÜR DIE DIÖZESE OSNABRÜCK E. V., 2002).

Die ambulante Eingliederungshilfe ist (wie die stationäre) als Langzeithilfe zu betrachten, die im Bedarfsfall – z. B. bei Rückfällen und Krisen – auch phasenweise stark intensiviert werden kann.

Vor diesem Hintergrund werden mit dem Hilfeangebot des ambulant betreuten Wohnens einerseits die Erfolgchancen der Bewohner beim Übergang in die Selbständigkeit verbessert und zum anderen – gemessen am individuellen Potenzial und den Ressourcen der Klienten – passgenaue Formen der Eingliederungshilfe angeboten, die ein höheres Maß an Alltagsnormalität ermöglichen sollen.

Die ernsthafte und verbindliche Mitwirkung an der Hilfeplanung und Umsetzung von Zielvereinbarungen sind Voraussetzungen in der ambulanten Eingliederungshilfe. Die Hilfe wird im Sinne eines Case-Managements als Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, wobei den Klienten zu einem möglichst

hohen Grad an Autonomie und Integration in die Gemeinschaft verholfen werden soll.

Das ambulant betreute Wohnen wirkt sich insoweit auch rückfallpräventiv aus, da wichtige supportive Hilfen die Alltagsbewältigung erleichtern und damit das Unterstützungsnetzwerk um eine wesentliche Säule – zumindest für eine gewisse Zeit – ergänzt wird.

4.4.4 Weitere Nachsorge-Angebote

Neben den bereits erwähnten Nachsorgeangeboten bestehen weitere Alternativen, die im Sinne der Rückfallprävention oder aber auch im Sinne von „harm reduction“ hilfreich sein können.

Hier sind zunächst die psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen angesprochen, die – oftmals zunächst als vermittelnde Institution, anschließend auch im Rahmen der Nachsorge – die Stabilisierung der neuen Situation durch entlastende Gespräche begünstigen können.

Sofern Situation und Konstellation es zulassen, ist gegebenenfalls auch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Abschluss der stationären Hilfe denkbar, denn soziotherapeutische Einrichtungen haben auch den Auftrag, Klienten bei entsprechend vorhandenen Ressourcen auf eine anschließende Rehabilitation vorzubereiten.

Eine weitere wichtige Funktion im Sinne der Nachsorge können auch die (Haus-)Ärzte der Klienten haben, sofern eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht und der jeweilige Arzt über ausreichende fachliche Kompetenzen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sowie der Gesprächsführung verfügt.

In größeren Städten sind Tageskliniken für Suchtkranke genauso wichtige rückfallpräventive Anlaufstellen, wie niedrigschwellige, abstinenzorientierte Cafés oder Gaststätten der Wohlfahrtspflege.

Weiterhin verfügt ein nicht unerheblicher Teil der Klienten über einen gesetzlichen Betreuer. Auch wenn die zeitlichen Ressourcen der Betreuer aus finanziellen Gründen in zunehmenden Maße beschränkt werden, so sind sie im Rahmen ihrer Aufgabenstellung in der Pflicht, den persönlichen Kontakt zu der betreuten Person zu pflegen: „Das persönliche Wohlergehen des anvertrauten Menschen darf dem Betreuer unabhängig von dessen Aufgabenkreis nicht gleichgültig werden“ (KNORR, 2003, S. 105).

Der Aufgabenschwerpunkt der Betreuer liegt zwar sicherlich nicht in der primären Rückfallprävention; im Sinne von „harm reduction“ ist über diesen Weg jedoch zumindest sichergestellt, dass der Klient in einer akuten Krise eine Ressource hat, auf die er zurückgreifen kann.

5. Schlusswort

Am 8. August 2003, dem letzten Tag meines diesjährigen Sommerurlaubs, habe ich eine mir über die Jahre sehr lieb gewordene Gewohnheit aufgegeben: das mit vielen Ritualen verbundene Pfeife-Rauchen.

Frei nach Marc Twain („Rauchen aufhören ist ganz leicht. Ich hab´s schon hunderte Male gemacht.“) wagte ich den abrupten Schritt in die Nikotin-Abstinenz mit der so genannten Schlusspunktmethode – wohl wissend, dass der amerikanische Schriftsteller mit seiner humorvollen Bemerkung auf das eigentliche Kernproblem bei allen Abhängigen und damit auch bei Rückfällen hinweist: „Es besteht nicht im Beenden einer alten Gewohnheit, sondern im Beibehalten der neuen“ (JANSSEN, 1996, S. 267).

Ob es mir gelingt, die Abstinenz aufrecht zu erhalten? Meine Chancen stehen nur dann gut, wenn ich das erste halbe Jahr überstehe, denn bis zu diesem Zeitpunkt treten 90 % aller Rückfälle auf. Immerhin wird mit dem von mir bevorzugten Selbstkontrollverfahren eine langfristige Erfolgsrate von 20 bis 25 Prozent erreicht (vgl. UNLAND, 2000). So erahne ich in diesen Tagen, während ich die Masterarbeit verfasse, was es bedeutet, sich zum Beispiel Hochrisikosituationen auszusetzen oder wie das „Craving“ auslösende Phänomen der klassischen Konditionierung im Nichtraucher-Alltag wirkt.

Fazit:

Meine Hochachtung und Wertschätzung für alle Klienten, denen es gelungen ist, ihr Verhalten zu kontrollieren und in diesem Sinne ihre (Suchtmittel-) Freiheit zurück gewonnen haben, ist – nicht zuletzt aufgrund der selbst gesammelten Erfahrungen – erheblich gewachsen.

6. Kurz-Zusammenfassung (Abstract)

Die Master-Thesis „Rückfallbearbeitung und -prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen“ gliedert sich in drei Abschnitte:

Im ersten Teil wird der Rückfall als spezifische Krisenform bei substanz-abhängigen Menschen auf Grundlage der wissenschaftlichen Forschung beschrieben. Neben den zentralen Definitionen, Zahlen und Einflussfaktoren werden die wichtigsten Rückfalltheorien und -modelle sowie Maßnahmen und Programme zur Rückfallprävention vorgestellt. Besonders herausgestellt wird das Rückfallgeschehen bei chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen.

Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse von drei rückfallbezogenen Erhebungen, die in der soziotherapeutischen Einrichtung „Theresien-Haus“ durchgeführt worden sind, vorgestellt und diskutiert. Es handelt sich um Erhebungen

- zur quantitativen Erfassung von Rückfallereignissen,
- zur Bewertung abstinenzfördernder Wirkfaktoren und rückfallpräventiver Maßnahmen sowie
- zur Erfassung von Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall (DIRA-R).

Im dritten Teil wird auf Basis der wissenschaftstheoretischen Grundlagen sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den eigenen Erhebungen ein praxisnahes Konzept für die Rückfallbearbeitung und -prävention in der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Menschen entwickelt und beschrieben.

Der Umgang mit der akuten Rückfallkrise wird ebenso dargestellt wie die präventiven Rahmenbedingungen innerhalb einer abstinenzorientierten

Einrichtung und die rückfallpräventiven Maßnahmen mit einzelnen Bewohnern und in Gruppen.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass

- die Rahmenbedingungen des stationären Milieus,
- selbst gesetzte Ziele (hier insbesondere gesundheitliche Ziele),
- die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung und
- der Aufbau eines sozialen Netzwerkes (auch außerhalb der stationären Einrichtung)

bedeutsame Wirkfaktoren zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bei chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen sind, die in einer soziotherapeutischen Einrichtung leben und durch fachlich qualifizierte Mitarbeiter begleitet werden.

7. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe – Fachverband in den Diakonischen Werken der Evangelischen Kirche von Westfalen und der Lip-pischen Landeskirche (2002). *Verantwortung für mehrfachbeeinträch-tigte abhängige Menschen – ein Rahmenkonzept* (S. 13 - 14). Müns-ter: Druckhaus Dülmen.

Arbeitsgruppe CMA (1999). Definitionsvorschläge zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotro-pen Substanzen. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 45, 6 – 13.

Arenz-Greiving, I. (2000). *Rückfall – Zurückfallen oder weitergehen? In-formationen für Selbsthilfegruppen Suchtkranker und deren Angehö-riger* (S. 9 - 42). Hamm: Hoheneck.

Beck, C. H. (1996). *BSHG – Bundessozialhilfegesetz* (S. 16). München: Beck.

Büchner, U. (2002). Rückfallbearbeitung – psychoanalytisch orientiert. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, 95 - 97.

Bühringer, G. (2000). Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psy-choaktiven Substanzen. In J. Margraf, *Lehrbuch der Verhaltensthe-rapie - Band 2* (S. 277 - 281). (2. Aufl.). Berlin: Springer.

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V. (2000). *Konzeption des Theresien-Hauses*. Osnabrück.

- Caritasverband für die Diözese Osnabrück e. V. (2002). *Konzeption für das Modellprojekt Ambulant Betreuten Wohnen für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Männer und Frauen (CMA) des Theresien-Hauses*. Osnabrück.
- Demmel, R. & Rist, F. (2001). Experimentelle Psychologie. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 158 – 159). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1997). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 Kapitel V (F)* (S. 89 – 100). (2. Aufl.). Göttingen: Huber.
- Dilling, H. & Reimer, C. (1995). *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 89). (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (S. 213 - 342). (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Hesse, J. (2003). Lösungsorientierte Ansätze für chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige“. In H.-P. Steingass, *Chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie* (S. 83). Geesthacht: Neuland.
- Janssen, H.-J. (1996). Der Rückfall. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe* (S. 267 - 272). Freiburg: Lambertus.
- Janssen, H.-J. & Körtel, K. (2002). *Der Rückfall – Eine Handreichung für Suchtbetroffene und Helfer* (S. 20 - 22). Freiburg: Lambertus.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (S. 348 - 350). (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Klein, M. (1992). *Klassifikation von Alkoholikern durch Persönlichkeits- und Suchtmerkmale* (S. 27). Bonn: Druck & Verlag.
- Klein, M. (2003). *Master-Thesis – Hinweise zur Bearbeitung und Abfassung*. Unveröffentlichtes Manuskript. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (1995). Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Diagnostik und Klassifikation. In J. Körkel, G. Lauer, & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 38 – 50). Stuttgart: Enke.
- Knorr, E. (2003). Sinn (und Unsinn?) des Betreuungsrechts. In H.-P. Steingass (Hrsg.), *Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie* (S. 101 - 106). Geesthacht: Neuland.
- Kolling, R. (2002). Pharmakotherapie in der Entwöhnungsbehandlung. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, 92 - 94.
- Körkel, J. (1991). Grundlegende Ergebnisse und Überlegungen für ein neues Verständnis von Rückfällen. In J. Körkel (Hrsg.), *Praxis der Rückfallbehandlung: ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer* (S. 28 - 58). Wuppertal: Blaukreuz.

- Körkel, J. (2003). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In H.-P. Steingass, *Chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie* (S. 24 - 52). Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. & Kruse, G. (2000). *Mit dem Rückfall leben: Abstinenz als Allheilmittel?* (S. 27 - 149). (4. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1988). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik. In J. Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?* (S. 36 - 92). Berlin: Springer.
- Körkel, J., & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und –trends. In: J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S. 159 – 171). Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. & Schindler, C. (1996). Der „Kurzfragenbogen Abstinenzsicherheit“ (KAZ-35) – Ein Instrument zur Erfassung der abstinenzenorientierten Kompetenzzuversicht Alkoholabhängiger. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 42, 156 - 166.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* (S. V-VI; S. 1 - 47). Berlin: Springer.

- Krampe, H., Jahn, H., Wagner, T., Schwabe, U., Sieg, S., Heutelbeck, K., Stawicki, S., Maul, O., Jacobs, S., Poser, W. & Ehrenreich, H. (2001). ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke – Plädoyer für eine Reform der Suchtkrankehilfe. In G. Wienberg & M. Driessen (Hrsg.), *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen* (S. 183). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2001). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln* (S. 114 - 318). (2. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Küfner, H. (2003). *Die Zeit danach: Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungsbehandlung und Selbsthilfegruppe* (S. 110 - 113). (7. Aufl.). Hohengehren: Schneider.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit* (S. 26 – 92). Göttingen: Hogrefe.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg: Lambertus.
- Müller-Mohnssen, M., Hoffmann, M., Rothenbacher, H. (1999). Chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigkeitsranke (CMA) in der psychiatrischen Behandlung – diagnostische und soziale Verlaufsmerkmale. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 45, 45 - 54.
- Sandfort, G. (2002). *Anthropologische und ethische Grundlagen der Suchtprävention und -therapie*. Unveröffentlichtes Protokoll des gleichnamigen Seminars, Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.

- Sandfort, G. (2003). *Anwendungsmöglichkeiten des Motivational Interviewing (MI) im Kontext der stationären Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängigen – dargestellt am Beispiel des Erstgesprächs im Aufnahmeprozess*. Unveröffentlichte Hausarbeit, Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Scheiblich, W. (2002). *Krise*. Unveröffentlichtes Manuskript, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Scherbaum, N. (1999). Grundprinzipien der Therapie. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 95 - 101). Stuttgart: Thieme.
- Schlanstedt, G. & Schu, M. (1999). Empirische Überprüfung eines Vorschlags zur Definition „chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger“. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 45, 22 - 33.
- Sozialdienst katholischer Männer e. V. Köln (2002). *Drogen- und Aidshilfe – Gesamtkonzept für den Fachbereich* (S. 13). Köln.
- Steingass, H.-P. (2003). Suchtkrank, suchtkränker, am suchtkränksten – Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA). In H.-P. Steingass (Hrsg.), *Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie* (S. 8 - 16). Geesthacht: Neuland.
- Steingass, H.-P., Dreckmann, I., Evertz, P., Huf, A., Knorr, D., Kreuels, A., Linder, H. T., Tichelbäcker, H., Verstege, R. (2000). *Soziotherapie chronisch Abhängiger – ein Gesamtkonzept* (S. 17 – 22). Geesthacht: Neuland.

-
- Unland, H. (2000). Raucherentwöhnung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Band 2* (S. 306). (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Veltrup, C. (1995). *Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung* (S. 8 - 200). Münster: Waxmann.
- Wohlfahrth, R. (1988). Sucht und Rückfall aus Ausdruck narzisstischer Störungen. In J. Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?* (S. 159). Berlin: Springer.
- Zieglgänsberger, W. (2000). Belohnungssysteme. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (S. 28). München: Urban & Fischer.
- Zimdars, P. (2002). Verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen bei Rückfällen während abstinenzorientierter Therapie: Von automatischen Reaktionen und bewussten Antworten. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, 98 – 102.

8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tab. 1	Rückfallhäufigkeiten in der Zeit von September 1997 bis Juli 2003 (n=169)	41
Tab. 2	Zeitpunkt des Rückfalls (n=184) bei Bewohnern mit mindestens sechsmonatiger Aufenthaltszeit	42
Tab. 3	Trinksituationen im Jahr vor der Aufnahme in das Theresien-Haus	62
Tab. 4	Inhalte der Module des S.T.A.R.	87

Verzeichnis der Abbildungen im Text (Wirkfaktoren zur Aufrechterhaltung der Abstinenz)

Abbildung 1	45
Abbildung 2	46
Abbildung 3	46
Abbildung 4	47
Abbildung 5	48
Abbildung 6	48
Abbildung 7	49
Abbildung 8	50
Abbildung 9	51
Abbildung 10	52
Abbildung 11	53
Abbildung 12	53
Abbildung 13	54
Abbildung 14	55
Abbildung 15	55

Abbildung 16	56
Abbildung 17	57
Abbildung 18	58

9. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
CMA	Chronisch mehrfach beeinträchtigt Abhängige
DIRA-R	Differentielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhänge (retroperspektiv)
d. h.	dass heißt
et al.	et alii (lateinisch, und andere)
ICD-10	International Classification of Diseases
m. E. n.	meines Erachtens nach
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
S.	Seite
sog.	so genannte(n) / so genanntes
S.T.A.R.	Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

10. Anhang

Fragebogen zu Kapitel 3.2

„Lieber Bewohner / liebe Bewohnerin!

*Seit Sie im Theresien-Haus leben, gelingt es Ihnen, Ihr Leben ohne bzw. weitgehend ohne Alkohol zu bewältigen. **Wir möchten wissen, was Ihnen dabei besonders hilft.***

*Deshalb bitten wir Sie, die nachfolgenden 17 Aussagen zu beurteilen. Sie können sich jeweils zwischen den Antwortmöglichkeiten „völlig ohne Bedeutung“, „eher unwichtig“, „eher wichtig“ oder „von großer Bedeutung“ entscheiden. **Kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der Beurteilung an, die für Sie zutreffend ist.***

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und auch keine Fangfragen. Es geht darum zu erfahren, wie Sie die einzelnen Situationen beurteilen.

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ...

1. ist das Alkoholverbot im Theresien-Haus für mich ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

2. ist der räumliche Abstand zu den Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

3. sind die Freundschaften, die ich seit meinem Aufenthalt im Theresien-Hauses geschlossen habe ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz...

- 4. sind die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung im Theresien-Haus (Billard-Cafe, Sauna, Schwimmbad-, Trödelmarkt- und Kinobesuche, usw.) für mich ...**

völlig ohne Bedeutung.
eher unwichtig.
eher wichtig.
von großer Bedeutung.

- 5. ist das Gespräch mit vertrauten Mitarbeitern des Theresien-Hauses, gerade dann wenn es mir nicht gut geht, ...**

völlig ohne Bedeutung.
eher unwichtig.
eher wichtig.
von großer Bedeutung.

- 6. ist die Art und Weise, wie ich heute mit Problemen umgehe, ...**

völlig ohne Bedeutung.
eher unwichtig.
eher wichtig.
von großer Bedeutung.

- 7. sind die Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Theresien-Haus oder meine (berufliche) Tätigkeit außerhalb der Einrichtung ...**

völlig ohne Bedeutung.
eher unwichtig.
eher wichtig.
von großer Bedeutung.

- 8. sind die Alkoholkontrollen im Theresien-Haus für mich ...**

völlig ohne Bedeutung.
eher unwichtig.
eher wichtig.
von großer Bedeutung.

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ...

9. ist das Zusammensein oder das Gespräch mit anderen Bewohnern im Theresien-Haus ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

10. ist die Auseinandersetzung mit meinem Alkoholproblem ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

11. ist der geregelte Tagesablauf im Theresien-Haus für mich ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

12. ist der Glaube an meine Fähigkeit, es jetzt schaffen zu können ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

13. ist die Vereinbarung von Ausgangsregelungen, zum Beispiel wenn ich „schlecht drauf bin“, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

Zur Aufrechterhaltung meiner Abstinenz ...

14. sind die ganz praktischen Hilfen der Mitarbeiter, zum Beispiel bei Behördenangelegenheiten, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

15. sind die Ziele, die ich erreichen möchte, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

16. ist die Tatsache, dass meine Mitbewohner im Theresien-Haus ebenfalls auf Alkohol verzichten, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

17. ist der Gedanke daran, welche gesundheitlichen Folgen ein Rückfall für mich haben würde, ...

- völlig ohne Bedeutung.
- eher unwichtig.
- eher wichtig.
- von großer Bedeutung.

18. Zusatzfrage:

Was sind für Sie persönlich die Aussagen mit der größten Bedeutung. Nennen Sie bitte die zwei wichtigsten:

1.) _____ 2.) _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen zu Kapitel 3.3 (DIRA-R)

Lieber Bewohner / liebe Bewohnerin!

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von **Situationen und Ereignissen** beschrieben, in denen manche Menschen viel Alkohol zu sich nehmen. Lesen Sie sich die Sätze aufmerksam durch. Antworten Sie dann zu jedem Satz, wie häufig Sie in der betreffenden Situation **bezogen auf das letzte Jahr vor der Aufnahme in das Theresien-Haus** übermäßig Alkohol getrunken haben.

Sie können sich jeweils zwischen den Antwortmöglichkeiten „nie“, „selten“, „oft“, „nahezu immer“ entscheiden.

Kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der Beurteilung an, die Ihrem Eindruck am nächsten kommt. **Sie sollen dabei einschätzen, wie häufig Sie in den beschriebenen Situationen übermäßig Alkohol getrunken haben.** Nur falls Sie zu der Entscheidung kommen, dass eine Situation in den letzten zwölf Monaten vor der Aufnahme in das Theresien-Haus nicht aufgetreten ist, lassen Sie die jeweilige Zeile unbeantwortet.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten und auch keine Fangfragen. Es geht einfach darum zu erfahren, wie Sie die einzelnen Situationen erlebt haben.

Ich habe im letzten Jahr vor der Aufnahme in das Theresien-Haus übermäßig Alkohol getrunken, ...

1. wenn ich mich niedergeschlagen fühlte.

nie selten oft nahezu immer

2. wenn ich meine Gedanken um „das erste Glas“ kreisen ließ.

nie selten oft nahezu immer

3. wenn ich fühlte, dass es niemanden interessierte, was mit mir passierte.

nie selten oft nahezu immer

4. wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot.

nie selten oft nahezu immer

5. wenn jemand im selben Raum trank.

nie selten oft nahezu immer

6. wenn ich bemerkte, dass es niemanden gab an den ich mich wenden konnte.

nie selten oft nahezu immer

7. wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt, probeweise etwas zu trinken.

nie selten oft nahezu immer

8. wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte.

nie selten oft nahezu immer

9. wenn ich Angst hatte.

nie selten oft nahezu immer

10. wenn mich jemand kritisierte.

nie selten oft nahezu immer

11. wenn ich in Urlaub war.

nie selten oft nahezu immer

12. wenn ich mich selbst überzeugt hatte, dass ich inzwischen eine neue Persönlichkeit war und ruhig ein wenig Alkohol vertragen könnte.

nie selten oft nahezu immer

13. wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränks geschenkt bekam.

nie selten oft nahezu immer

14. wenn es zu Hause Zank und Streit gab.

nie selten oft nahezu immer

15. wenn ich auf einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken.

nie selten oft nahezu immer

16. wenn ich dachte, dass ich nie meine Grenzen kennen lernen könnte, wenn ich nicht Alkohol probieren würde.

nie selten oft nahezu immer

17. wenn ich dachte, dass Alkohol kein Problem mehr für mich wäre.

nie selten oft nahezu immer

18. wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte.

nie selten oft nahezu immer

19. wenn ich anfang zu denken, wie kühl und befriedigend ein alkoholisches Getränk jetzt wäre.

nie selten oft nahezu immer

20. wenn ich mich mit jemanden richtig gut unterhalten habe.

nie selten oft nahezu immer

21. wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte.

nie selten oft nahezu immer

22. wenn ich voll Groll und Ärger war.

nie selten oft nahezu immer

23. wenn mir mein Leben zum Hals heraushing.

nie selten oft nahezu immer

24. wenn ich reizbar war.

nie selten oft nahezu immer

25. wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten.

nie selten oft nahezu immer

26. wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen anderer erfüllen kann.

nie selten oft nahezu immer

27. wenn ich mein Trinkproblem auf die leichte Schulter nahm oder gar lächerlich fand.

nie selten oft nahezu immer

28. wenn ich unter großem Druck stand.

nie selten oft nahezu immer

29. wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien.

nie selten oft nahezu immer

30. wenn ich mit einem Freund feiern wollte.

nie selten oft nahezu immer

31. wenn mir jemand den Vorschlag machte, zusammen in eine Kneipe zu gehen.

nie selten oft nahezu immer

32. wenn ich es mir mit jemanden aus meinem Freundeskreis schön machen wollte.

nie selten oft nahezu immer

33. wenn ich dachte, dass ich endlich geheilt sei und mit Alkohol umgehen könne.

nie selten oft nahezu immer

34. wenn ich Alkohol angeboten bekam und mir das Ablehnen peinlich war.

nie selten oft nahezu immer

35. wenn ich alleine war.

nie selten oft nahezu immer

36. wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte.

nie selten oft nahezu immer

37. wenn ich mich selbst als verachtenswert empfand.

nie selten oft nahezu immer

38. wenn ich Angst hatte, dass letztlich alles schief gehen würde.

nie selten oft nahezu immer

39. wenn ich mich entschieden hatte, meine Willenskraft zu testen, indem ich zeigte, dass ich nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören konnte zu trinken.

nie selten oft nahezu immer

40. wenn ich enttäuscht war, weil andere Leute mich enttäuscht hatten.

nie selten oft nahezu immer

41. wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war.

nie selten oft nahezu immer

42. wenn mir alles schief ging.

nie selten oft nahezu immer

43. wenn mich jemand unter Druck setzte, als guter Kamerad einen mitzutrinken.

nie selten oft nahezu immer

44. wenn ich meiner Neugierde nachgehen wollte, ob ich mit Alkohol besser umgehen könne als bisher.

nie selten oft nahezu immer

45. wenn ich mich für etwas schuldig fühlte.

nie selten oft nahezu immer

46. wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgerte.

nie selten oft nahezu immer

47. wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen oder das Leben satt hatte.

nie selten oft nahezu immer

48. wenn ich mich von Familienangehörigen unter Druck gesetzt fühlte.

nie selten oft nahezu immer

49. wenn ich dachte, dass ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig war.

nie selten oft nahezu immer

50. wenn ich es doch noch einmal wissen wollte und dachte, dass mir ein wenig Alkohol nicht schaden kann.

nie selten oft nahezu immer

51. wenn ich zu denken begann, dass ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht.

nie selten oft nahezu immer

52. wenn ich feiern wollte.

nie selten oft nahezu immer

53. wenn ich mir selbst beweisen wollte, dass ich ruhig ein wenig trinken könne, ohne betrunken zu werden.

nie selten oft nahezu immer

54. wenn es zu Hause Krach gab.

nie selten oft nahezu immer

55. wenn ich nervös war.

nie selten oft nahezu immer

56. wenn ich mich wehren wollte.

nie selten oft nahezu immer

57. wenn ich daran zweifelte, dass ich mein Trinken nicht kontrollieren könne.

nie selten oft nahezu immer

58. wenn ich mich einsam fühlte.

nie selten oft nahezu immer

59. wenn ich begann zu erwarten, dass ich im entscheidenden Moment doch noch mit dem Weitertrinken aufhören könne.

nie selten oft nahezu immer

60. wenn etwas Angenehmes passierte und mir nach Feiern zumute war.

nie selten oft nahezu immer

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

