

Kapitel 1

Theoretischer Hintergrund

Das Vorgehen im Rückfallpräventionstraining folgt dem sozial-kognitiven Modell (vgl. Bandura, 1977, 1986; Marlatt, 1985). Zum besseren Verständnis dieser theoretischen Sichtweise werden im Folgenden die grundlegenden Annahmen zur Abhängigkeitsentwicklung, dem Aufbau von Veränderungsmotivation sowie dem Verständnis von Rückfälligkeit im Veränderungsprozess so prägnant, wie es für die konkrete Arbeit im Rückfallpräventionstraining (R.P.T.) notwendig ist, erläutert. Darüber hinaus werden einige empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit der Rückfallprävention nach dem Modell von Marlatt und Gordon (1985) vorgestellt.

1.1 Anmerkungen zum Störungsbild „Alkoholabhängigkeit“

Die Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten und schwersten psychischen Störungen, mit massiven Auswirkungen auf Betroffene, Angehörige, das Gesundheitswesen und die Gesellschaft im Allgemeinen. Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V. sind über 1,5 Millionen Bundesbürger alkoholabhängig und bedürfen einer Behandlung. Etwa 42.000 Menschen sterben direkt oder indirekt an den Folgen des Alkoholkonsums und der volkswirtschaftliche Schaden (durch Unfälle, Behandlungskosten, Fehlzeiten, etc.) beträgt ca. 40 Mrd. DM pro Jahr (DHS, 2000). Es würde jedoch zu kurz greifen, sich nur auf den Anteil der Bevölkerung zu konzentrieren, der Alkohol abhängig konsumiert, da das Krankheitsbild Alkoholabhängigkeit in den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit der legalisierten Droge Alkohol eingebettet ist.

1.1.1 Verbreitung des Alkohols in der Gesellschaft

Dass Alkohol einen festen Platz in der Alltagskultur hat, ist für jeden unmittelbar zu sehen. Aufgrund seiner Vielseitigkeit ist Alkohol die Droge Nr. 1. Wir leben in einer alkoholbejahenden Gesellschaft. In der Werbung, in Restaurants und Lokalen, bei sozialen Anlässen – überall

spielt Alkohol eine wichtige Rolle. Der (mäßige) Konsum von Alkohol ist für die Mehrheit der Bevölkerung ein Teil ihrer sozialen Identität, „Alkohol gehört einfach dazu“. Gemeinsamer Konsum erzeugt soziale Zugehörigkeit und bedeutet für abstinent lebende Alkoholiker eine oftmals schwierige Auseinandersetzung mit einem subjektiv erlebten Außenseitertum. Neben den zahlreichen Gelegenheiten, bei denen Alkohol konsumiert wird, stellt vor allem die (unmittelbare) Wirkungsweise von Alkohol einen Grund für die Beliebtheit des Trinkens dar. Alkohol hat sowohl eine stimulierende als auch eine beruhigende Wirkung und kann daher auch gezielt zur Beeinflussung der Stimmung und des Verhaltens eingesetzt werden. Alkohol lässt viele Situationen angenehmer, stimmungsvoller oder weniger schwierig erscheinen. Unter Alkoholeinwirkung fühlen sich Menschen mutiger, euphorischer oder aber auch entspannter, um nur einige Beispiele zu nennen.

Alkohol als Wirtschaftsfaktor

Der Konsum von Alkohol ist nicht nur ein Bestandteil der Alltagskultur, sondern vor allen Dingen ein Wirtschaftsfaktor. 1999 wurden für Alkoholika ca. 27,5 Mrd. Euro ausgegeben, wobei die Steuereinnahmen bei ca. 3,5 Mrd. Euro lagen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Werbewirtschaft eine bedeutende Rolle. Sie beeinflusst mit ihren Botschaften sowohl die Ausprägung von Wirkungserwartungen als auch die Kaufentscheidung für bestimmte Produkte. Meist geschieht dies durch eine Kopplung von Produkt und Stereotype über Glück, Wohlbefinden und Erfolg. Alkohol zu trinken bedeutet dann z.B. dem Alltag davon zu segeln („sail away ...“), Besonderes zu krönen („... wenn einem soviel Gutes wiederfährt, ...“), intensiv zu leben („... keine Kompromisse ...“) oder kurz und bündig „Glück, Glück, Glück“. Die massive Berieselung der Bevölkerung mit diesen Werbebotschaften lassen sich die Hersteller einiges kosten: So wurden 1999 insgesamt 542,5 Mio. Euro für Werbezwecke ausgegeben (372 Mio. Euro für Bierwerbung, 21 Mio. Euro für Weinwerbung und 41,5 Mio. Euro für Sektwerbung; Hüllinghorst, 2000).

Durchschnittlicher Alkoholkonsum in der Bevölkerung

Der pro Kopf Verbrauch der Gesamtbevölkerung lag im Jahr 1999 bei ca. 10,6 Liter reinen Alkohols. Diese Menge entspricht ca. 127,5 Liter Bier, 18,0 Liter Wein, 4,9 Liter Schaumwein oder 5,9 Liter Spirituosen. Ausgehend von den Angaben zu Trinkmenge und -häufigkeit kann man bei Männern von einem durchschnittlichen Tageskonsum von ca. 34 g reinen Alkohols ausgehen. Das entspricht etwa 0,75 Liter Bier oder ca. 0,4 Liter Wein. Bei Frauen liegt der durchschnittliche Konsum bei ca. 15 g reinen Alkohols. (Zum Vergleich: Von einem schädlichen Gebrauch wird bei Männern ab einer täglichen Menge von 30 bis 40 g reinen Alkohols gesprochen. Bei Frauen liegt dieser Wert bei ca. 20 g.; Kraus & Bauernfeind, 1998).

Konsumverteilung

Repräsentativen Umfragen zufolge gebrauchen 16% der 18- bis 59-Jährigen Alkohol „riskant“. Davon können 2,4 Mio. (5%) als Alkoholmissbräucher und 1.5 Mio. (3%) der über 18-Jährigen als alkoholabhängig eingestuft werden (DHS, 2000). (Da sich die Angaben zur Konsummenge auf Selbsteinschätzungen und -aussagen beziehen, ist davon auszugehen, dass die Verbreitung gesundheitsgefährdenden Konsums wesentlich größer ist.)

Geht man weiterhin davon aus, dass ca. 5% der Erwachsenen keinen Alkohol konsumieren, also abstinent leben und fasst man diese Einzelergebnisse zusammen, so könnte sich (bei einer angenommenen Gesamtpopulation von 50 Mio. Erwachsenen) etwa folgendes Bild der Konsumverteilung ergeben (Abb. 1):

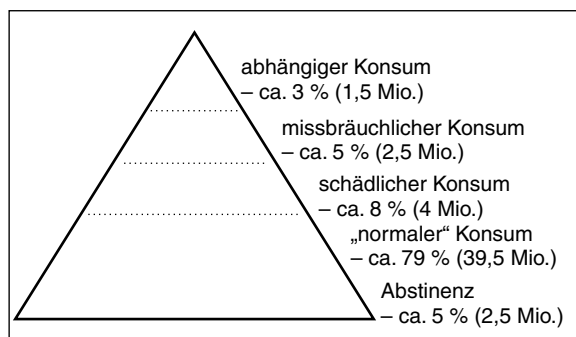


Abbildung 1:

Konsumverteilung in der deutschen Bevölkerung (18- bis 59-Jährige) nach Ergebnissen der DHS (Jahrbuch Sucht, 2001)

In der Bundesrepublik haben demnach etwa 4 Millionen Menschen schwerwiegende Probleme im Umgang mit Alkohol und setzen ihn trotz negativer Konsequenzen zur Alltagsbewältigung ein (Alkoholmissbrauch) bzw. sind bereits alkoholabhängig und im engeren Sinne behandlungsbedürftig. Weitere 4 Millionen Menschen pflegen schädliche Trinkgewohnheiten und können als gefährdet betrachtet werden.

1.1.2 Diagnostische Kriterien für Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit

Während in der Bevölkerung eine vereinfachte Sichtweise der Gefährdung durch Alkohol verbreitet ist (auf der einen Seite das „normale“ Trinken, auf der anderen Seite die „Alkoholiker“), machen die genannten Zahlen deutlich, dass es ein großes Potenzial riskanter Konsummuster mit zunehmendem Gefährdungspotenzial gibt. Die Alkoholabhängigkeit stellt dabei nur die Spitze des Eisbergs dar.

Viele Betroffene, die als alkoholabhängig diagnostiziert wurden, sind sich oft selbst nicht im Klaren darüber, wie sie missbräuchlichen Konsum von Abhängigkeit unterscheiden können. Dabei erscheint es gerade für Betroffene wichtig, ihre Alkoholgefährdung selbst kritisch einschätzen zu können, also über „Diagnosewissen“ zu verfügen, da diese Selbsteinschätzung eine bedeutsame motivationale Voraussetzung für die Verhaltensänderung im Sinne einer abstinenten Lebensführung darstellt (vgl. das Modell von Prochaska & DiClemente, 1992). Im Folgenden sollen deshalb die Kriterien sowohl für Missbrauch als auch für Abhängigkeit kurz dargestellt werden.

Da im ICD-10 (Dilling et al., 1993) schädlicher Gebrauch nur allgemein aufgeführt wird, sollen an dieser Stelle die konkreteren Formulierungen des DSM-IV (Saß et al., 1998) Verwendung finden: Alkoholmissbrauch liegt nach den Kriterien des DSM-IV vor, wenn ein sozial unangepasster Alkoholkonsum zu einer Schädigung in körperlicher, sozialer oder psychischer Hinsicht führt und es innerhalb des letzten Jahres zu einer Reihe von Problemen in diesen Bereichen gekommen ist (Abb. 2).

1. Eine Art des Alkoholkonsums, der in den letzten 12 Monaten zu einer gesundheitlichen, sozialen oder psychischen Beeinträchtigung in mindestens *einem* dieser Bereiche geführt hat:
 - wiederholter Alkoholkonsum, der zu schwerwiegender *Beeinträchtigung bei Arbeit, Haushalt oder Schule* (gehäufte Abwesenheit, verminderte Leistungsfähigkeit, Vernachlässigung wesentlicher Interessen) führt,
 - wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, die mit besonderen *Gefahren* bei Alkoholkonsum verbunden sind (z. B. Autofahren, Arbeit an laufenden Maschinen),
 - wiederholten *Problemen mit Polizei und Gesetz* wegen Vergehen unter Einfluss von Alkohol (z. B. das alkoholisierte Führen eines KFZ),
 - fortgesetztem Alkoholkonsum trotz wiederholter *sozialer oder interpersoneller Probleme*, die durch den Alkoholkonsum verursacht werden (z. B. körperliche Gewalt, Eheprobleme).
2. Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch *nicht* erfüllt.

Abbildung 2:

Diagnostische Kriterien des Alkoholmissbrauch nach DSM-IV (Saß et al., 1998)

Eine Alkoholabhängigkeit hingegen zeigt sich in Problemen auf der körperlichen, der psychischen und der sozialen Ebene. Verlangen, zunehmende Kontrollminderung („Kontrollverlust“), Toleranzentwicklung und Entzugswirkung sind hierbei die zentralen Kriterien, die eine Abhängigkeitsdiagnose begründen. Im ICD-10 sind diese diagnoserelevanten Kriterien beschrieben (Abb. 3).

Eine absolut trennscharfe Unterscheidung von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit ist jedoch kaum möglich. Es scheint einen Graubereich im Übergang vom missbräuchlichem zum abhängigen Konsum zu geben, in dem der fortgesetzt schädigende Alkoholkonsum allmählich in psychische Abhängigkeitssymptome, wie Zentrierung des Denkens auf das Suchtmittel, oder zunehmendes Verlangen nach dem Suchtmittel übergeht, bevor „Leitsymptome“ wie Kontrollminderung, Toleranzentwicklung oder Entzugssymptomatik auftreten.

Wenn jemand beginnt, an seinen Symptomen zu leiden und er sich deswegen zu einer Therapie entschließt, wird es seine Veränderungsmotivation stärken, wenn er im Verlauf der Therapie seine bisherigen Erfahrungen im Umgang mit dem Suchtmittel Alkohol differenzierter interpretieren kann. Ein theoretisches Modell der Abhängigkeitsentwicklung, das viele dieser komplexen Zusammenhänge zwischen den „Anfälligkeiten“ der Person, den Anforderungen der Umwelt und

- Mindestens *drei* der folgenden sechs Kriterien waren innerhalb der letzten 12 Monate gleichzeitig vorhanden:
1. Ein *starker Wunsch* oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
 2. Eine *verminderte Kontrollfähigkeit* bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
 3. Ein *körperliches Entzugssyndrom* bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch alkohol-spezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
 4. Nachweis einer *Toleranz*: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Mengen notwendig (die Tagesmengen von Alkoholabhängigen würden bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen).
 5. Fortschreitende *Vernachlässigung* anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
 6. *Anhaltender Alkoholkonsum* trotz Nachweis *eindeutiger schädlicher Folgen* (wie z. B. Leberschädigung, kognitiver Leistungsminderung oder Arbeitsplatzverlust).

Abbildung 3:

Diagnostische Kriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 (Dilling et al., 1993)

den subjektiv verfügbaren Bewältigungsfertigkeiten aufgreift, ist das sozial-kognitive Lernmodell. Dieses Modell bildet im vorliegenden Manual den theoretischen Rahmen, unter dem die Erfahrungen der Teilnehmer interpretiert und geordnet werden. Die Grundannahmen des Modells sollen deshalb im Folgenden skizziert werden.

1.1.3 Sozial-kognitives Modell der Abhängigkeitsentwicklung

Im sozial-kognitiven Lernmodell, das auf dem Konzept einer sozialen Lerntheorie nach Bandura (1977, 1986) beruht, wird Abhängigkeit als gelerntes Gewohnheitsmuster gesehen, das stark von der sozialen Lerngeschichte und von Erwartungen an die Wirksamkeit des Alkoholkonsums geprägt wird. Konkrete Erfahrungen im Umgang mit Alkohol verstärken diese Einstellungen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Habitualisierung. Der Alkoholkonsum erscheint zunehmend attraktiver und wird zur vorrangigen Strategie für die Stimmungsregulierung und den Umgang mit Problemen. Durch das Auftreten drogenspezifischer Mechanismen (Toleranzentwicklung, Entzugssymptomatik) beginnt ein Teufelskreis, der in eine Verhaltensabhängigkeit führt.

Zentrale Annahmen des sozial-kognitiven Modells

Im Einzelnen basiert das Modell auf folgenden Annahmen (vgl. Abrams & Niaura, 1987):

- Das Trinkverhalten wird als ein Bestandteil der psychosozialen Sozialisation erlernt. In diese individuelle Lerngeschichte fließen Vorbilder aus der Familie, der sozialen Bezugsgruppe oder auch der Öffentlichkeit (Werbung) mit ein und führen zur Ausprägung von bestimmten Erwartungen und Überzeugungen, wie man am besten mit bestimmten Situationen umgehen kann. Kann man in seiner Umgebung beobachten, dass Alkohol entspannt, mutiger macht, einen Stress leichter ertragen lässt oder auch dazu beiträgt, sozial akzeptiert zu werden, so begünstigen diese Erfahrungen den Erwerb positiver Alkoholwirkungserwartungen. Das bedeutet auch, dass alternative Bewältigungsformen in den Hintergrund treten. Man verfügt also nur in einem begrenzten Maß über die Freiheit, sein Verhalten aus einem bestimmten Repertoire auszuwählen, da dieses Repertoire stark vom sozialen Kontext abhängig ist.
- Im weiteren Verlauf bestimmt auch die individuelle Verstärkergeschichte die qualitative und quantitative Ausprägung des Trinkverhaltens. Die biphasische Wirkung des Alkohols, der sowohl anregend und stimulierend, als auch beruhigend und dämpfend wirkt, beeinflusst ebenfalls das Trinkverhalten in Situationen, in denen Alkohol funktional eingesetzt und durch das Erleben eines unmittelbar positiven Effektes (im Sinne klassischer Konditionierungsprozesse) verstärkt wird.
- In diesem Zusammenhang spielt auch die individuelle Vulnerabilität eine Rolle, in die neben biologischen Aspekten (z.B. eine erhöhte Alkoholtoleranz) auch Defizite in der sozialen Kompetenz, Persönlichkeitsdispositionen oder gering ausgeprägte Kompetenzerwartungen mit einfließen. In der Auseinandersetzung mit einer konkreten Situation kommt es zu einer komplexen Interaktion dieser Faktoren. Wenn die Situationsanforderungen die Bewältigungskompetenzen übersteigen und Stress entsteht, erscheint durch positive Alkoholwirkungserwartungen das Risikoverhalten als mögliche Stressbewältigung attraktiver. Nach dieser Sichtweise wird der Alkoholkonsum immer mehr zu einem „erwartungsgesteuerten Bewältigungsverhalten“ in als stressreich erlebten Situationen (Schwarzer, 1992).
- Ein wichtiger, vermittelnder Aspekt ist auch

die Kompetenzerwartung. Ist diese für alternative Bewältigungsformen gering, die Alkoholwirkungserwartungen aber hoch besetzt, steigt die Wahrscheinlichkeit für vermehrte Episoden des Alkoholmissbrauchs.

- Die unmittelbar positiven Alkoholeffekte werden als Gewinn erlebt und verstärken das Verhalten. Die im Verlauf der Trinkgeschichte zunehmend häufiger auftretenden negativen Folgen des Trinkens, werden erst mit einer gewissen Verzögerung, also nicht zugleich mit der unmittelbar positiv wirksamen Suchtmittelwirkung, erlebt und erlangen so über lange Zeit keine verhaltensändernde Wirkung.
- In diesem Zusammenhang verstärkt auch der Toleranzerwerb das Trinkverhalten und dadurch wächst die Gefahr der Ausprägung psychischer und physischer Abhängigkeitssymptome.
- Der Betroffene gerät in einen Teufelskreis aversiver Trinkfolgen oder auch negativer Reaktionen der Umwelt auf seinen Alkoholmissbrauch. Dieses setzt ihn unter Stress, den er auf Grund gering ausgeprägter Bewältigungsalternativen nicht adäquat bewältigen kann und so wiederum auf das vertraute „Bewältigungs“mittel Alkohol zurückgreifen muss. Die dadurch zunehmenden Probleme verstärken ihrerseits das Verlangen nach der dämpfenden Wirkung des Alkohols.
- Dieser Teufelskreis führt zu ausgeprägten sozialen, körperlichen und psychischen Problemen, die in eine Alkoholabhängigkeit führen können.

Bewertung des sozial-kognitiven Modells

Während in der Gesellschaft meist ein moralisches Modell der Sucht vorherrscht („Willensschwäche“), führte das Krankheitsmodell der Abhängigkeit seit den 60er Jahren (vgl. Jellinek, 1960) dazu, das Bild der charakterlichen Minderwertigkeit zu relativieren. 1968 wurde die Alkoholabhängigkeit als Krankheit höchststrichterlich anerkannt und damit sowohl der Status einer offiziellen Krankheit erreicht (mit Folgen für Krankenschreibung, Kündigungsschutz, etc.), als auch die Kostenübernahme der Behandlung gesetzlich geregelt. Mit dem Krankheitsmodell der Abhängigkeit ist jedoch die Gefahr verbunden, dass Betroffene die Behandlungsverantwortung Experten überlassen, zumal die Betonung körperlicher Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeit eine Haltung des „Ausgeliefertseins“ eher fördert. Man unterzieht sich als Patient einer Be-

handlung, in der der Arzt als Experte für das Krankheits-, Diagnose- und Behandlungswissen angesehen wird (zumal das den Erfahrungen im Umgang mit anderen Krankheiten entspricht) und gibt damit Eigenverantwortung ab.

Nach der Sichtweise des sozial-kognitiven Modells werden die Betroffenen zwar auch teilweise entlastet, da sie auf die Bedingungen und Rollenmodelle ihrer Sozialisation sowie die gesellschaftlich akzeptierte und durch Werbung verstärkte Haltung zu Alkohol und Trinken keinen Einfluss hatten. Im Gegensatz zum Krankheitsmodell ist der Betroffene jedoch weniger Patient (lat.: „der Erduldende“), sondern übernimmt die Hauptrolle im Prozess der Verhaltensänderung. Dies bedeutet, dass die Entscheidung über den Ausstieg aus der Sucht und die Gestaltung einer abstinenter Zukunft im Wesentlichen in der Hand des Betroffenen selbst liegt. Es geht darum, dass er sein zukünftiges Verhalten unter Kontrolle bringt und neue, positive und „gesunde“ Verhaltensweisen im Umgang mit Problemen aufbaut. Die Kompetenzerwartung, also die Überzeugung, seine alternativen Bewältigungskompetenzen zukünftig auch in kritischen Momenten anwenden zu können, spielt dabei eine herausragende Rolle. Marlatt bezeichnet das sozial-kognitive Lernmodell daher auch als „Selbstkontrollmodell“ (Marlatt, 1985).

Diese Veränderung abhängiger Gewohnheitsmuster gestaltet sich als ein komplexer Prozess, der im Folgenden näher erörtert werden soll.

1.2 Veränderung: Von der Ambivalenz zur Handlung

Was motiviert Menschen, sich aus einer Verhaltensabhängigkeit zu befreien? Prochaska, DiClemente et al. (1992) haben sich ausführlich mit dem Thema Veränderung beschäftigt und ein Modell entwickelt, das auch den Rückfall als Teil des Veränderungsprozesses einschließt.

1.2.1 Das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente

Ausgehend von Befunden, dass der Ausstieg aus einer Abhängigkeit oft erst in mehreren Anläufen gelingt, haben sie wesentliche Prozesse dieses Ausstiegs in ihrem Modell beschrieben, das 6 Phasen annimmt, die für einen Veränderungsprozess charakteristisch sind. Sie beschreiben den Entwöhnungsprozess als zirkulär, das heißt, dass diese Phasen mehrfach durchlaufen werden können. Es bedarf also meist einer Reihe von Versuchen, von einer Abhängigkeit loszukommen, bevor eine dauerhafte Verhaltensänderung (z.B. Abstinenz) möglich wird. Im Einzelnen sind es die Phase der Vorüberlegung, des Nachdenkens, der Entscheidung, der Handlung, der Aufrechterhaltung und des Rückfalls (Abb. 4).

Im Folgenden sollen die einzelnen Phasen kurz erläutert werden.

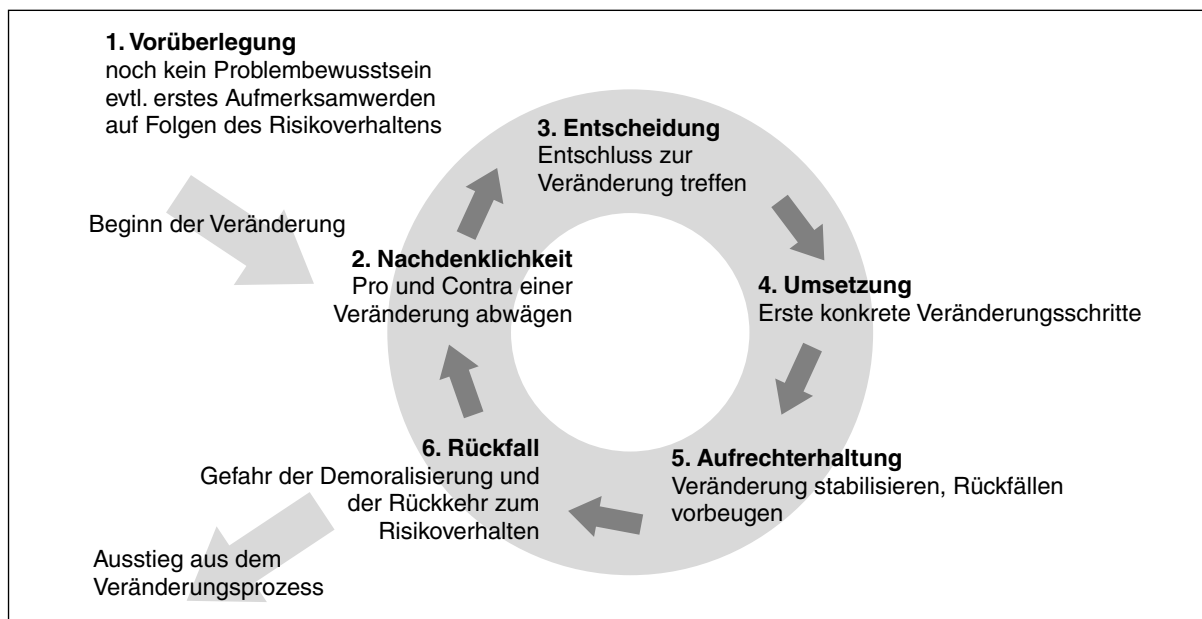


Abbildung 4:
Das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente (1992)

Phase der Vorüberlegung („Precontemplation“)

Ein Alkoholiker in dieser Phase würde sich nicht als abhängig einschätzen, ein Problembewusstsein ist noch nicht gegeben. Sollte es dennoch zu einer Behandlung kommen, würde dies vor allem auf Grund äußeren Drucks geschehen. Ein Rückfall nach einer solchen „erzwungenen“ Behandlung wäre sehr wahrscheinlich. Wird er jedoch auf die Folgen seines Risikoverhaltens aufmerksam (z.B. durch Informationen über den angegriffenen Gesundheitszustand) und kommt es in der Folge zu einem Nachdenken über den eigenen Alkoholkonsum, beginnt der Veränderungsprozess mit der:

Phase des Nachdenkens („Contemplation“)

In dieser Phase findet ein Prozess statt, in dem die Vorteile einer Veränderung mit den Kosten verglichen werden. Dabei werden zum einen vermehrt Ergebniserwartungen berücksichtigt, die für eine Veränderung sprechen (Pro-Argumente im Sinne von: *„Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, könnte ich meine Leberwerte verbessern. Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, würde ich von meinen Kindern wieder akzeptiert.“*). Zum anderen werden sie mit Ergebniserwartungen abgewogen, die gegen diese Veränderung sprechen (Contra-Argumente wie: *„Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, würde ich bei Feiern ein Trauerkloß sein. Wenn ich mit dem Trinken aufhöre, wüsste ich nicht, wie ich mit meiner Einsamkeit klarkommen sollte“* u.v.m.). Der Betroffene beginnt sich mit Veränderungsmöglichkeiten auseinander zu setzen. Das Ringen um eine Verbesserung seiner Situation und die Furcht vor der Veränderung sind jedoch mit großer Ambivalenz, einem innerlichen Hin- und Hergerissensein, verbunden.

Phase der Entscheidung („Determination“)

In dieser Phase führt dann das Ergebnis dieses inneren Abwägens zu einem Entschluss. Es kommt entweder zu einer Festlegung auf ein bestimmtes Ziel im Umgang mit Alkohol, z.B. zu einer Veränderung des Alkoholkonsums („kontrolliertes“ Trinken, bzw. völlige Abstinenz), oder aber es bleibt alles „beim alten“. Dies würde vorerst den Ausstieg aus dem Veränderungsprozess bedeu-

ten. In dieser Phase wirkt das konkrete Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten unterstützend und stabilisierend.

Die Entscheidungsphase markiert im konstruktiven Fall den Übergang von der motivationalen Phase zur (volitionalen) Phase der Handlungsausführung (vgl. auch Heckhausen, 1989).

Umsetzungsphase („Action“)

In dieser Phase wird der gefasste Entschluss, z.B. mit dem Trinken aufzuhören, konkret in die Tat umgesetzt. Der Betroffene unterzieht sich beispielsweise einer Entgiftung, besucht eine Selbsthilfegruppe und schafft sich ein trockenes Umfeld. Allerdings sind dies die ersten, unsicheren Schritte, die noch nichts über den Bestand der Veränderung aussagen. Dieser Umstand wird am besten durch den Ausspruch von Mark Twain charakterisiert, der von sich selbst behauptete: *„Mit dem Rauchen aufzuhören ist einfach, ich habe es selbst schon hundert Mal getan.“*

Phase der Aufrechterhaltung („Maintenance“)

In dieser Phase kommt zum Ausdruck, dass eine gerade begonnene Veränderung noch gefährdet ist und dass die Entscheidung zur Veränderung besonders in der Konfrontation mit den ersten Schwierigkeiten auch wieder in Frage gestellt werden kann. Es geht also darum, den Entschluss im Alltag beizubehalten und die Veränderung stabil aufrechtzuerhalten. Gelingt es, diesen Weg zu festigen und Rückfälle zu verhindern, wäre ein dauerhafter Ausstieg aus dem Problem erreicht („Permanent Exit“). Unterstützend wirken in dieser Phase vor allem konkrete Handlungsstrategien wie Stimuluskontrolle (Vermeidung von alkoholbesetzten Situationen), Gegenkonditionierung („gesunde“ Verhaltensalternativen) und soziale Unterstützung. Vor allem Untersuchungen zum Ausstieg aus dem Rauchen zeigen, dass es bei der Verhaltensänderung häufig zu Rückschlägen, also Rückfällen kommt.

Phase des Rückfalls („Relapse“)

Gerade bei einer noch instabilen Verhaltensänderung besteht das Risiko, in kritischen Situationen auf das vertraute Problemverhalten zurückzugreifen, man also einen Rückfall „baut“. Kommt es in

dieser Phase zu einem erneuten Konsum, besteht die Gefahr, gänzlich aus dem Veränderungsprozess auszusteigen und die bisherigen Veränderungsbemühungen aufzugeben („*Ich schaffe es nicht, es hat doch sowieso keinen Sinn*“). Gelingt es jedoch, einen neuen Versuch zur Abstinenz zu unternehmen und sich weiter um ein suchtmittelfreies Leben zu bemühen, steigen die Chancen, sich weiter zu festigen.

In dieser Konzeption wird der Rückfall als eine Lernmöglichkeit in den Veränderungsprozess miteinbezogen. Entwöhnung ist dann kein einmaliger Vorgang, bei dem es mit dem Verzicht auf das Suchtmittel und einer Behandlung „getan“ ist, sondern schließt eine Reihe von Versuchen mit ein, dauerhaft abstinent zu leben. Nach dieser Sichtweise erscheint es unsinnig, den Rückfall isoliert zu betrachten und als Misserfolg zu sehen. Stattdessen kann der Rückfall eine Reihe von Informationen über die Stärke der Veränderungsmotivation, Risikosituationen oder auch über Besonderheiten der Lebenssituation geben. Voraussetzung dafür ist aber die Bereitschaft des Betroffenen, sich mit der Rückfallkrise intensiv auseinander zu setzen und aktiv an der weiteren Abstinenz zu arbeiten.

1.3 Zum Rückfall

Das Thema Rückfall ist in der Suchtherapie nach wie vor ein „heißes Eisen“. Ein Rückfall wird häufig noch als Misserfolg einer Behandlung gesehen, eine Sichtweise, die bei Betroffenen, deren Angehörigen, Kostenträgern und/oder Behandlern weitverbreitet ist. Nach wie vor gilt Abstinenz als das „harte Kriterium“ bei der Be-

wertung eines Behandlungserfolges. Hohe Rückfallquoten selbst nach längerfristigen, stationären Entwöhnungsbehandlungen scheinen dies auf den ersten Blick zu belegen. Rückfälle stellen – besonders in der Langzeitperspektive – keineswegs die Ausnahme, sondern eher die Regel dar (vgl. Körkel & Kruse, 1993).

1.3.1 Rückfallquoten (der „1. Blick“)

Nach empirischen Untersuchungen sind ein Jahr nach einer stationären Therapie ca. ein Drittel der Patienten rückfällig, nach 10 Jahren sogar drei Viertel. In der Abbildung 5 sind drei Studien dafür beispielhaft aufgeführt.

Entgiftungsbehandlungen, die in der Regel zwischen 1 bis 3 Wochen andauern, haben noch höhere Rückfallquoten zu verzeichnen. Nach einer Studie von Veltrup sind 1 Jahr nach Behandlungsende 84% der Patienten rückfällig (Veltrup, 1995, nach Körkel & Lauer, 1995).

Diese Zahlen wirken auf den ersten Blick ernüchternd, scheinen sie doch die Schwarz-Weiß-Sicht von Rückfall als Misserfolg und Abstinenz als Erfolg zu bestätigen. Weitere Katamneseergebnisse scheinen diese eingeschränkte Sichtweise jedoch zu relativieren:

- Im internationalen Vergleich weist das differenzierte Suchthilfesystem, das in Deutschland seit der gerichtlichen Anerkennung der Alkoholkrankheit (1968) aufgebaut wurde, durchaus gute Ergebnisse auf. Während z.B. in den USA über 90% der Patienten 4 Jahre nach einer (allerdings kürzeren) stationären Entwöhnungsbehandlung rückfällig werden

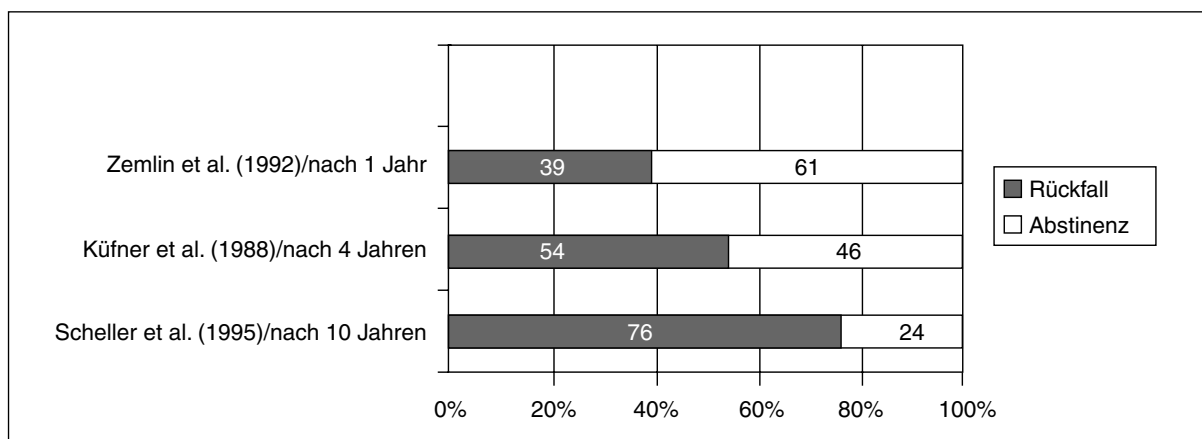


Abbildung 5:

3 Studien zum Rückfall nach stationärer Entwöhnung (nach Kruse, Körkel & Schmalz, 2000, S. 292)

(Polich et al., 1981; nach Körkel, 1996), sind es nach deutschen Untersuchungen etwas über 50% (Küfner et al., 1988; nach Körkel, 1996).

- Alkoholabhängige weisen im Vergleich zu anderen Suchtformen (z. B. harten Drogen) keine höheren Rückfallraten auf und sind in ihren Rückfallquoten mit anderen psychischen Erkrankungen vergleichbar (Körkel & Lauer, 1995).

1.3.2 Erscheinungsbild

Sowohl der Rückfall selbst als auch der weitere Verlauf nach dem „1. Glas“ sind jedoch weit komplexere Phänomene, als durch die ausschließliche Fixierung auf Rückfallquoten deutlich wird. Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass es „den“ Rückfall so nicht gibt. In der Literatur, wie auch von Betroffenen werden verschiedene Formen des Rückfalls beschrieben. Um die mögliche Vielschichtigkeit von Rückfällen anzuzeigen, sollen einige Arten des Rückfalls im Folgenden kurz angeführt werden:

- „Enge Rückfalldefinition“: Danach ist jeglicher Konsum eines Suchtmittels nach einer Phase der Abstinenz als Rückfall zu werten, egal ob es sich um ein Glas oder einen massiven Trinkexzess gehandelt hat. Diese Definition wird häufig in der Suchtbehandlung vertreten und liegt auch vielen Katamnesestudien zugrunde (Körkel & Lauer, 1995).
- „Trockener“ Rückfall: Davon wird vor allem in Kreisen der Anonymen Alkoholiker (AA) gesprochen, wenn ein Betroffener wieder in sein altes, früher mit dem Suchtmittelkonsum verbundenes Verhalten zurückfällt, ohne jedoch zu trinken. Das Verhalten ist z. B. gekennzeichnet durch Großspurigkeit, Sprunghaftigkeit, oder auch durch rigide und schnelle Urteile über andere (Schneider, 1996).
- „Fehltritt“: Damit wird ein kurzfristiger und geringfügiger Alkoholkonsum bezeichnet, der unter gewissen Umständen (ernsthafte Reflexion, Anknüpfen an die Abstinenz) ein einmaliger Vorfall bleiben kann. Oft liegen die Ursachen in Überforderungssituationen (Marlatt, 1985).
- „Schwerer“ Rückfall: Damit ist ein Rückfall in das alte Trinkmuster in Bezug auf Menge, Trinkfrequenz oder Trinkdauer gemeint (Marlatt, 1985).
- „Schleichender Rückfall“: So wird ein Rückfallverlauf bezeichnet, bei dem der Versuch, wieder „kontrolliert“ zu trinken am Anfang steht. Nach einem scheinbaren Erfolg (es tritt

kein Entzug auf, Trinkmenge und Häufigkeit können oft über längere Zeit tatsächlich unter Kontrolle gehalten werden) kommt es jedoch zu einem Abrutschen in das frühere, unkontrollierte Trinkverhalten, wobei zunehmend körperliche und psychische Entzugssymptome auftreten (Schneider, 1996).

1.3.3 Weitere Ergebnisse (der „2. Blick“)

Während ein erster Blick auf die Rückfallquoten vor allem deutlich macht, wie häufig Rückfälle, auch nach längerfristigen stationären Entwöhnungsbehandlungen auftreten, sind 3 Ergebnisse der Rückfallforschung für die Rückfallprävention besonders bedeutsam (nach Körkel & Lauer, 1995):

- Im ersten halben Jahr nach Therapieende besteht das größte Risiko, rückfällig zu werden. So waren in der bereits oben angeführten Studie von Veltrup (1995) 42% der Patienten bereits einen Monat nach Entgiftungsende rückfällig. Nach der Studie von Küfner (1988) waren 4 Wochen nach einer stationären Entwöhnung ebenfalls bereits 37,1% der Patienten rückfällig. Weitere Studien bestätigen diese Häufung von Rückfällen an der Schnittstelle zwischen Therapieende und ambulanten Nachsorgemöglichkeiten.
- Kontinuierliche Abstinenz nach einer einmaligen Therapie scheint für viele Betroffene ein eher unrealistisches Ziel zu sein. Ergebnisse von Längsschnittstudien weisen darauf hin, dass Abhängige im Laufe der Jahre mehrfach zwischen Abstinenz und Trinken hin und her pendeln. Während sich aus der „Endabrechnung“ des gesamten Katamnesezeitraums höhere Rückfallquoten ergeben, finden sich bei den einzelnen Befragungszeiten (z. B. nach 6, 18 oder 48 Monaten in der Studie von Küfner, et al., 1988) deutlich weniger Rückfälle.
- „Fehlritte“, also kurzfristige Trinkepisoden, gehen nicht zwangsläufig in schwere Rückfälle über (obwohl damit dieses Risiko natürlich mit all den drohenden, schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgen, nicht ausgeschlossen ist). Vielen Betroffenen scheint es zu gelingen, diese Trinkepisoden begrenzen zu können. In der Studie von Küfner et al., (1988) berichteten mehr als die Hälfte (53,5%) der Betroffenen, 18 Monate nach Therapieende nur einen „Rückfall“, der nicht mehr als 3 Tage andauerte.