

Drogenabhängigkeit und Alkoholkonsum – Kontrolliertes Trinken als Zukunftsperspektive?

Unveröffentlichte Hausarbeit.

Autorin: Monika Pennekamp.

Inhalt

Seite 2

1. Einführung

Seite 4

- 2. Drogenabhängige in stationärer Langzeitbehandlung zwischen Abstinenz und Konsum
 - 2.1. Abstinenzentscheidung, Abstinenzzuversicht und Konsumwünsche
 - 2.2. Rückfälligkeit
 - 2.3. Exemplarische Untersuchung der Patient/innen des Bonner Adaptionenzentrums „Ausweg“
 - 2.3.1. Rückfälle während der Behandlung differenziert nach Suchtmitteln
 - 2.3.2. Selbsteinschätzung der Patient/innen bezüglich des Vorliegens einer Alkoholproblematik
 - 2.3.3. Selbsteinschätzung und Rückfälligkeit mit Alkohol

Seite 9

- 3. Kontrolliertes Trinken
 - 3.1. Selbstkontrollverfahren
 - 3.2. Das Konzept des kontrollierten Trinkens nach Körkel

Seite 16

- 4. Einschätzungen von Drogenabhängigen zum kontrollierten Trinken
 - 4.1. Untersuchungsgruppe und Vorgehensweise
 - 4.2. Persönliche Bewertung des Konzeptes des kontrollierten Trinkens durch die Teilnehmer der Gruppe
 - 4.3. Ergebnis der individuellen Einschätzungen und Bewertungen

Seite 20

5. Resümee

Seite 21

6. Literaturverzeichnis

1. Einführung

Das Bonner Adaptionszentrum „Ausweg“ ist eine stationäre Adaptionseinrichtung im Zentrum von Bonn. Es steht in Trägerschaft der VFG g B-GmbH und ist darüber mit vielfältigen Einrichtungen der Drogen- und Gefährdetenhilfe vernetzt. Die Einrichtung wendet sich an von illegalen Drogen abhängige Menschen ab 18 Jahren, die in der Regel vor der Adaption eine stationäre Entwöhnungstherapie regulär abgeschlossen haben. Hauptziele der Adaptionsbehandlung sind die Entwicklung einer zufriedenen abstinenten Lebensführung, und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die Einrichtung verfügt über 18 Plätze. Die therapeutische Ausrichtung ist verhaltenstherapeutisch. Während der Behandlung besteht ein Verbot psychotrope Substanzen zu konsumieren.

In meiner Arbeit beobachte ich bei den Patienten häufig Rückfälle mit illegalen Drogen, aber vor allem mit Alkohol, während der Adaptionsbehandlung oder in der ersten Zeit nach der Behandlung. Meistens bleibt es hier nicht bei Vorfällen, sondern Patienten begeben sehr schnell zurück in die Situation, die vor Behandlungsbeginn bestand, nämlich ein exzessiver Drogen- und Alkoholkonsum, der eine entsprechende gesundheitliche und soziale Verelendung nach sich zieht.

Wir kontrollieren den möglichen Konsum von Alkohol bei den Patienten durch regelmäßige Atemluftkontrollen (mehrmals in der Woche). Zusätzlich nehmen wir seit einiger Zeit die Möglichkeit wahr, Urinproben im Labor auf Alkohol untersuchen zu lassen. Ein Alkoholkonsum in den letzten 48-72 Stunden ist dadurch nachweisbar. Möglicherweise ist die Anzahl der (bekannt gewordenen) Alkoholrückfälle dadurch angestiegen.

Viele Patienten äußern den Wunsch, künftig Alkohol zu trinken, einerseits weil dieses aus ihrer Sicht der gesellschaftlichen Normalität entspricht, aus der sie keinesfalls ausgegrenzt werden wollen. Andererseits wird in den Gesprächen auch immer wieder der Wunsch der Patienten deutlich, sich zu berauschen, wenn schon nicht mehr mit dem bevorzugten Suchtmittel, dann wenigstens mit Alkohol. Diese Wünsche bestehen unabhängig von der individuellen Problematik bezüglich Alkohol.

Die Zuweisungsdiagnose aus den Entwöhnungskliniken lautet meistens „Polytoxikomanie“ (ICD10: F19.2). Nur selten wird eine Alkoholabhängigkeit bei unseren Patienten diagnostiziert. Die Rolle des Alkohols bleibt also in der Zuweisung undeutlich. Erst die Suchtanamnesen der Patienten führen zu klareren Ergebnissen. Hier ist meistens zu erkennen, dass zumindest zeitweilig im Leben des Patienten ein abhängiger exzessiver Konsum von Alkohol vorgelegen hat, oder auch dass Alkohol in einem ergänzenden Konsummuster mit Opiaten, Substitutionsmitteln und Benzodiazepinen stand.

Dennoch beharren viele Patienten auf dem Standpunkt, keine Probleme mit Alkohol zu haben und daher auch künftig trinken zu können. Dieses verwirklicht sich dann häufig mit fatalen Folgen. An dieser Stelle wird oft die Gefahr der Suchtverlagerung angeführt. Es mag sein, dass Drogenabhängige, die bislang nur illegale Drogen konsumierten, zu Alkoholikern werden können. Mir persönlich ist allerdings kein solcher Fall bekannt. Ich beobachte bezüglich des Alkoholkonsums unserer Patienten folgende Fälle:

- Ein Rückfall mit Alkohol wird für den Patienten zum Anlass illegale Drogen gleichzeitig zu konsumieren, aufgrund der Enthemmung oder auch des Abstinenzverletzungseffektes.

- Ein Rückfall oder mehrere mit Alkohol führen zum späteren erneuten Konsum illegaler Drogen, weil die Hemmschwelle gesenkt ist oder der Patient durch den Alkoholrausch nicht die erhoffte Befriedigung erfährt.
- Ein Rückfall mit Alkohol bleibt ein einmaliger „Ausrutscher“. Der Patient bleibt anschließend längere Zeit abstinent.
- Der Patient hat vermeintlich einen Rückfall mit Alkohol. Dieser ist Start eines zwar nicht moderaten, aber letztendlich unauffälligen Konsums von Alkohol.

Insbesondere die ersten beiden Fälle treten häufig ein. Dieses ist eine äußerst unbefriedigende Situation für alle Beteiligten. Zwar hat sich die Adaptionseinrichtung, in der ich arbeite, bis heute insoweit geöffnet, dass über Konsumwünsche offen gesprochen werden darf und auch das Konzept des kontrollierten Trinkens regelmäßig theoretisch vorgestellt wird. Zu großen Veränderungen bei den Alkoholrückfällen führte das bisher nicht.

Auch die Literatur gibt zu dem Thema des Alkoholkonsums von Drogenabhängigen äußerst wenig her. Dennoch habe ich dieses Thema gewählt, um mir selber mehr Klarheit zu verschaffen und weil ich es für eines wichtigsten Themen in der Arbeit mit Drogenabhängigen halte.

Im folgenden werde ich mich theoretisch mit Abstinenz, Konsumwünschen und Rückfälligkeit beschäftigen und anschließend eine Gruppe von Patienten darstellen in den Punkten Rückfälligkeit und Selbsteinschätzung.

Als eine Möglichkeit im Umgang mit Konsumwünschen werde ich das Konzept des kontrollierten Trinkens von Körkel darstellen. Selbstkontrollverfahren als theoretische Grundlagen werden zuvor eingeführt.

Im weiteren beschäftige ich mich mit den Einschätzungen von Patienten bezüglich des kontrollierten Trinkens, die ich in der Praxis erhoben habe und nehme Bezug auf den Zusammenhang von Selbsteinschätzung und Rückfälligkeit.

Am Ende werde ich erste Erkenntnisse zusammenfassen.

2. Drogenabhängige in stationärer Langzeitbehandlung zwischen Abstinenz und Konsum

2.1. Abstinenzentscheidung, Abstinenzzuversicht und Konsumwünsche

Körkel und Kruse beschreiben 1997 in ihrem Buch „Mit dem Rückfall leben“ eine gesellschaftliche Situation in der so getan würde, als ob Abhängige nach einer Entgiftungsbehandlung und Entwöhnungstherapie in der Regel zur Abstinenz gelangen. Wer eine Behandlung durchlaufen habe, gelte seitens der Kosten- und Leistungsträger als gesund. Dieses sei illusionär und im Gegensatz dazu, denke die Mehrheit der Bevölkerung, dass Abhängige grundsätzlich rückfällig würden und jede Mark für sie zum Fenster hinausgeworfen sei. Während bei anderen psychischen Erkrankungen bereits die Verhinderung einer Verschlechterung als Erfolg gelte, lege die Psychiatrie die Messlatte bei Suchtkranken so hoch, dass bei einem Rückfall alle therapeutischen Bemühungen als vergeblich und der Rückfällige als Versager angesehen würde.

Man könnte annehmen dass Drogenabhängige, die eine Entwöhnungstherapie abgeschlossen haben, über eine stabile Abstinenzentscheidung verfügen. Dieses natürlich auf dem Hintergrund, dass in allen stationären Einrichtungen Abstinenz zumindest während der Behandlung zwingend von den Patienten gefordert wird. Körkel und Schindler stellten 1999 fest, dass nach einem halben Jahr Therapie 6,3% der Befragten angaben, auch nach der Therapie Drogen nehmen zu wollen, also keine Abstinenzentscheidung getroffen hatten. 31,3 % wollten eine längere Zeit clean sein, also verfügten über eine befristete Abstinenzentscheidung. 62,5 % nannten als ihr Ziel das totale Cleansein, also hatten eine umfassende Abstinenzentscheidung getroffen. (Derartige Zahlen stimmen weder mit meinen Praxiserfahrungen noch mit denen zahlreicher Kollegen/innen überein. Dazu weiter unten mehr.)

In einem sozial-kognitiven Modell des Rückfalls von Marlatt und Gordon (1985) werden drei Hauptfaktoren für Rückfälle benannt:

- Rückfallrisikosituationen

Das Rückfallrisiko ist vor allem in unausgewogenen Lebenssituationen und durch scheinbar irrelevante Entscheidungen des Betroffenen erhöht.

- Bewältigungsfertigkeiten

Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls hängt vom Vorhandensein und der Verfügbarkeit alternativer Bewältigungsfertigkeiten ab, die sowohl aktiv-bewältigend als auch passiv-vermeidend sein können.

- Abstinenzzuversicht

Unter Abstinenzzuversicht wird die Überzeugung des Abhängigen verstanden, in einer Rückfallrisikosituation über effektive Alternativen anstelle des früheren Konsumverhaltens zu verfügen. Es wird angenommen, dass die Ausprägung der Abstinenzzuversicht direkten Einfluss auf die Bewältigung von Risikosituationen hat, und dass die Abstinenzzuversicht mit der Zahl erfolgreich bewältigter Situationen zunimmt.

Abstinenzzuversicht kann als spezifizierte Selbstwirksamkeitserwartung im Umgang mit Suchtmitteln verstanden werden. 1997 wurde in der Fachklinik Bad Tönisstein eine Untersuchung beendet, die den Zusammenhang zwischen Abstinenzzuversicht und Katamnese-Ergebnissen erfragt. 319 Patienten wurden bei ihrer Aufnahme zu

ihrer Abstinenzzuversicht befragt. Im Rahmen der Katamnese standen 198 Antworten zur Verfügung. Davon gaben 132 Personen an abstinent und 66 Personen rückfällig zu sein. Eine hohe Abstinenzzuversicht zu Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung ging im Durchschnitt mit einem positiven Katamnese-Ergebnis einher.

Bader schreibt bei Rink 2004: „Die zunehmende Verfügbarkeit von Drogen jeglicher Art hat in den letzten Jahren zu einer Senkung der Hemmschwelle gegenüber dem Drogenkonsum auch in Therapieeinrichtungen geführt. Immer häufiger und offener nehmen Klienten für sich in Anspruch, auch nach einer Therapie Alkohol zu trinken oder Haschisch zu rauchen... Auch wenn die Begründung „Alkohol war nie mein Problem, deshalb kann ich auch trinken“ die Dynamik des Suchtverhaltens verkennt und deshalb nicht akzeptiert werden kann, so muß andererseits konstatiert werden, dass nicht wenige Drogenabhängige trotz gelegentlichem Alkohol- oder Haschischkonsum über lange Zeiträume durchaus unauffällig bleiben und sozial integriert sind... Psychische Krisen unterschiedlichen Ausmaßes (gehören) zum Lebensalltag und mit dem regelmäßigen Suchtmittelkonsum (sind) die Hemmschwellen bereits gesenkt. Ein „Umsteigen“ auf die Hauptdroge ist somit jederzeit möglich.“¹

Laut Körkel weist eine beachtliche Zahl Heroinabhängiger, auch derer in Substitutionsprogrammen, schwere behandlungsbedürftige Alkoholprobleme auf. Das Mortalitätsrisiko dieser Gruppe sei deutlich erhöht. Dennoch würden fast 90 % der in stationären Abstinenztherapien sich befindenden Drogenabhängigen keine Alkoholabstinenz anstreben (unveröffentlichte Diplomarbeit von Feder, 2003). Körkel zieht hier den Schluß, dass Konsumreduktionen als Risikominderung in Betracht zu ziehen sind.

In Anlehnung an das kontrollierte Trinken von Körkel wurde das Programm KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) entwickelt, bei dem es um den kontrollierten Konsum illegaler Drogen geht. Im entsprechenden Seminarprogramm zu KISS heißt es, dass nahezu alle Konsumenten illegaler Drogen eine Suchtbehandlung durchlaufen mit der Absicht auch künftig Drogen zu konsumieren, legale, vor allem Alkohol und Zigaretten, wie illegale. Insbesondere der Konsum von Substanzen die vor der Behandlung unproblematisch oder in Maßen konsumiert wurden, erscheine vielen Klienten selbstverständlich. Dieses führe zuweilen zu Komplikationen während einer Drogenbehandlung, beispielsweise durch Alkoholorückfälle, oder auch nach der Behandlung, wenn ein maßvoller Konsum nicht gelinge.

Einerseits seien die Vorstellungen der Drogenabhängigen über kontrollierten Konsum diffus, andererseits seien Therapeuten/innen nicht befähigt mit den Konsumwünschen der Klienten angemessen umzugehen.

Der Wunsch Alkohol trinken zu können, ist nur allzu verständlich. Lindenmeyer schrieb 2004 bei Rink: „Beispielsweise erleben viele Patienten aufgrund der kulturellen Integriertheit von Alkohol die therapeutisch begründete Aufforderung konsequenter Alkoholabstinenz als Kränkung ihres Selbstwertgefühls bzw. als soziale Ausgrenzung.“²

Wenn Drogenabhängige in Behandlung den Wunsch äußern künftig Alkohol zu trinken, wird häufig auch das Argument der Gefahr der Suchtverlagerung angeführt.

Bereits 1992 stellten Weber und Schneider in ihrer Studie „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“ fest: „Mitunter dient der Gebrauch anderer Drogen wie Alkohol und Cannabis der Bewältigung von Opiatsehnsüchten. Ein Problem der Suchtverlagerung ist jedoch bei den von uns interviewten Selbstaussteigern nicht auszumachen.“³

2.2. Rückfälligkeit

Unter einem Rückfall während einer stationären Behandlung Drogenabhängiger wird hier jeder Konsum von Drogen, Alkohol oder (nicht verordneten) Medikamenten verstanden. Eine Differenzierung in Vorfälle und Rückfälle findet an dieser Stelle nicht statt.

Küfner u.a. berichten über eine Untersuchung von Rückfällen Drogenabhängiger in stationären Einrichtungen aus 1994. Demnach kam es bei 23,4% aller regulär entlassenen Patienten während der Behandlung zu Rückfällen mit irgendwelchen Suchtmitteln. Bei den vorzeitig entlassenen Patienten waren es 25,6%. Da auch Rückfälle nicht öffentlich werden, liegt die Schätzung der Rückfälle aller Patienten durch die Einrichtungen bei 29,6%. Bei der Gesamtzahl von Rückfälle nehmen die mit Alkohol die größte Zahl mit 18,3% der Gesamtpatienten ein. Rückfälle mit Drogen werden auf 17,7% geschätzt, mit Medikamenten auf 5,4%.

2.3. Exemplarische Untersuchung der Patienten/innen des Bonner Adaptionzentrums „Ausweg“

Die folgenden Angaben beziehen sich auf alle Patienten, die in den ersten sechs Monaten in 2005 im Bonner Adaptionzentrum „Ausweg“ entlassen wurden. Dabei wird Bezug genommen auf Daten aus der Basisdokumentation (BADO) und auf Angaben, die die Patienten selbst im Rahmen der Aufnahmediagnostik machten.

2.3.1. Rückfälle während der Behandlung differenziert nach Suchtmitteln

Im angegebenen Zeitraum wurden 37 Patienten und Patientinnen aus dem Ausweg entlassen. Dabei wurden 19 Personen regulär entlassen, 7 Personen brachen die Behandlung ab und 11 Personen wurden disziplinarisch entlassen.

Entlassungsformen

Regulär	19
Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis (Abbruch)	7
Disziplinarisch	11
Patienten	37

Insgesamt waren 17 von 37 Patienten während der Behandlung rückfällig, das entspricht einem Anteil von 45,9%. 9 Personen waren einmal rückfällig mit Alkohol, 3 waren zweimal mit dem Konsum von Alkohol auffällig. Eine Person konsumierte Alkohol und Drogen gleichzeitig. Das bedeutet das 35,1% aller Patienten auffällig wurden durch den Konsum von Alkohol während der Behandlung. 3 Personen konsumierten einmalig illegale Drogen während der Behandlung. Eine Person erlitt zwei Drogenrückfälle. Rückfälle mit Medikamenten wurden nicht bekannt.

Rückfälle		Anteil
kein Konsum	20	54,1%
Alkohol, einmal	9	24,3%
Alkohol, zweimal	3	8,1%
Alkohol und Drogen	1	2,7%
Drogen, einmal	3	8,1%
Drogen, zweimal	1	2,7%
Patienten	37	100%

2.3.2. Selbsteinschätzung der Patienten/innen bezüglich des Vorliegens einer Alkoholproblematik

Im Rahmen der Aufnahmediagnostik werden alle Patienten anhand eines Fragebogens um eine Selbsteinschätzung ihres bisherigen Konsums gebeten. Eine Frage lautet: „Glauben Sie, dass bei Ihnen eine Alkoholproblematik vorliegt?“ Bei der Frage ist „Ja“ oder „Nein“ anzukreuzen.

Von 37 Patienten antworteten 10 mit „Ja“, 25 kreuzten „Nein“ an. 2 Patienten machten keine Angaben. Prozentual bedeutet das, dass nur 27% aller Patienten bei sich eine Alkoholproblematik sahen, während 73% dem nicht zustimmten.

Getrennt nach Geschlechtern ergab sich bei den Frauen eine Gesamtzahl von 4, von denen 3 bei sich eine Alkoholproblematik sahen. Bei den 37 Männern sagten 7 „Ja“, 24 sahen keine Probleme, 2 antworteten nicht. Besonders auffällig waren die Antworten der Patienten aus dem osteuropäischen Raum (in der Regel sogenannte Russlanddeutsche): Von 8 Patienten gaben 7 an kein Alkoholproblem zu haben, einer machte keine Angaben.

Selbsteinschätzung	Gesamt	Frauen	Männer	davon Osteuropäer
Alkoholproblematik	10	3	7	-
keine Alkoholproblematik	25	1	24	7
keine Angaben	2	-	2	1

2.3.3. Selbsteinschätzung und Rückfälligkeit mit Alkohol

Die Adaptionsbehandlung im Bonner Adaptionszentrum ist eine abstinentorientierte stationäre Behandlung. Daraus erfolgt, dass sich die Patienten zu Beginn der Behandlung vertraglich verpflichten, während der Behandlung keine psychotropen Substanzen wie illegale Drogen, Alkohol oder Medikamente zu konsumieren. Da alle Patienten drogenabhängig sind, zumeist mit der Zuweisungsdiagnose F19.2 (Polytoxikomanie) nach ICD10, sollte man eine Häufung von Rückfällen mit illegalen Drogen vermuten. Nur 27% aller Patienten geben an ein Problem mit Alkohol zu haben. Es stellt sich die Frage warum dennoch 35,1% aller Patienten mit Alkohol rückfällig waren. Eine Verbindung der Daten miteinander zeigt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der bestätigenden Selbsteinschätzung über das Vorliegen eines Alkoholproblems und den Rückfällen mit Alkohol gibt. Betrachtet man alle 13 Personen, die einen Alkoholrückfall hatten, hinsichtlich ihrer Selbsteinschätzung, so zeigt sich, dass 4 Personen bei sich eine Alkoholproblematik sahen, 7 hatten „Nein“ angekreuzt, 2 Personen hatten keine Angaben gemacht. Extrem auffällig war das Mißverhältnis bei den Patienten osteuropäischer Herkunft: Von 8 Patienten, die alle der Meinung waren, kein Problem mit Alkohol zu haben,

erlitten 5 einen Rückfall mit Alkohol, was einem Anteil von 62,5% dieser Personengruppe entspricht.

Selbsteinschätzung der alkoholrückfälligen Patienten bezüglich des Vorliegens einer Alkoholproblematik

Zustimmung	keine Zustimmung	davon osteurop. Herkunft
4	9	5

Die vorliegenden Zahlen weisen deutlich darauf hin, dass drogenabhängige Patienten in der Adaptionbehandlung sich überwiegend nicht von Alkohol abhängig oder durch Alkohol gefährdet sehen. Diese Aussage ist nicht als Hinweis zu verstehen, dass es den Patienten leicht fällt auf den Konsum von Alkohol zu verzichten, sondern, dass entgegen der Abstinenzausrichtung der Entwöhnungsbehandlung und der Adaptionseinrichtung, der Wunsch besteht künftig Alkohol zu konsumieren. Etwa jeder 4. Patient nimmt die Umsetzung dieses Wunsches für sich bereits während der Adaption in Anspruch, bzw. wird auffällig indem er Alkohol konsumiert, obwohl nach eigenen Angaben keine Alkoholproblematik vorliegt. Dieses ist ein besonders verbreitetes Phänomen bei männlichen Patienten osteuropäischer Herkunft.

-
- 1) Bader bei Rink, 2004
 - 2) Lindenmeyer, 1999
 - 3) Weber, Schneider, 1992

3. Kontrolliertes Trinken

3.1. Selbstkontrollverfahren

Seit Beginn der 70er Jahre gibt es gesellschaftlich ein großes Interesse an Methoden der Selbstkontrolle und Selbstmanagementtherapie. Dahinter verbergen sich unterschiedliche theoretische Ansätze und praktische Verfahren.

Ansätze der Selbstkontrolle beruhen auf klassischen verhaltenstherapeutischen Prinzipien. Für Skinner (1953) war Selbstkontrolle aus funktionaler Sicht nicht von Fremdkontrolle zu unterscheiden. Aus seiner Sicht können „Reaktionen der Person selbst die Funktion der Steuerung anderer Verhaltensmuster des Individuums übernehmen. Unter Selbstkontrolle ist demnach die Fähigkeit eines Individuums zu verstehen, eigenes (problematisches, konflikthafte) Verhalten durch andere Verhaltensweisen zu steuern, d.h. in ihrer zukünftigen Auftrittswahrscheinlichkeit zu verändern“¹. Die Aktivitäten einer Person werden zu auslösenden oder kontrollierenden Stimuli für die eigenen Reaktionen.

Der Selbstkontrolle liegen drei verschiedene theoretische Prinzipien zugrunde:

- Kognition und Motivation
- Hierarchische Struktur
- Interaktion

Für die Veränderung von Problemverhalten reicht Wissen allein zumeist nicht aus, erst das Vorhandensein bestimmter Kognitionen im Sinne von Deutungen und Bewertungen können in der Regel zu einem Wunsch nach Verhaltensänderung führen.

Eine hierarchische Struktur ist in der individuellen Bewertung und Einschätzung menschlichen Verhaltens zu finden. Dabei werden Handlungen in ihrer Auswirkung vom Individuum selbst immer wieder mit einem persönlichen Sollwert verglichen.

Nach Bandura kann menschliches Verhalten nicht nur auf den Einfluß der Umgebung zurückgeführt werden. Der Mensch als informationsverarbeitendes Wesen verarbeitet Eindrücke kognitiv und beeinflusst mit seinem Denken und Verhalten wiederum die Umwelt. Der Mensch bewegt sich in einem Raum von Selbstkontrolle (Freiheit) und Fremdkontrolle (Abhängigkeit).

Selbstregulation, Selbstkontrolle und Selbstmanagement

Nach Kanfer findet Kontrolle in 3 Determinanten statt: Die α -Variable umfaßt die Situation, das konkrete Verhalten, einschließlich aller Einflüsse der externen Umgebung. Die β -Variable beinhaltet alle Kognitionen einer Person, wie Wahrnehmungen, Vorstellungen, Erinnerungen, Erwartungen, Denken und Problemlösen. In der γ -Variable finden sich kurzfristige und überdauernde Einflüsse aus dem biologisch-somatischen Bereich.

Bei der Selbstkontrolle steht die β -Variable stark im Vordergrund.

Unter **Selbstregulation** versteht man den Prozeß mit dessen Hilfe eine Person ihr eigenes Verhalten im Hinblick auf die Erreichung eines (selbstgesteckten) Zieles steuert. Laut Kanfer gliedert sich der Prozeß in 3 Stufen:

1. die Selbstbeobachtung, in der der Ist-Zustand registriert wird,
2. die Selbstbewertung in der eine Abgleichung mit dem Soll-Zustand bzw. den eigenen Standards stattfindet,
3. die Selbstverstärkung.

Selbstkontrolle bezeichnet einen Spezialfall von Selbstregulation, nämlich bei Vorliegen eines Konfliktes. Weitere Voraussetzung ist, dass weder die α - noch die γ -Kontrolle stark ausgeprägt sind. Für die Selbstkontrolle lassen sich zwei Arten von Konflikten ausmachen.

1. Widerstehen einer Versuchung

Hier geht es darum, dass eine Person auf kurzfristig angenehme Konsequenzen verzichtet, um langfristig negative Konsequenzen eines Verhaltens zu vermeiden oder um langfristig positive Konsequenzen zu erzielen.

2. Heldenhaftes Verhalten

Eine Person führt ein Verhalten aus, obwohl sie dadurch kurzfristig unangenehme Konsequenzen erfährt um für sich langfristig positive Konsequenzen (C^+ oder C^{\wedge}) zu erzielen.

Unter **Selbstmanagement** versteht man die Fähigkeit einer Person, eigenes Verhalten durch Anwendung konkreter Strategien zu steuern oder zu verändern. Selbstmanagement ist ein Meta-Modell des therapeutischen Prozesses, dessen wichtigstes Ziel es ist, den Patienten zur Bewältigung seiner Probleme zu bewegen und zu befähigen.

Methoden der Selbstkontrolle

Grundsätzlich ist der Therapeut im Prozeß des Selbstmanagement als professioneller Helfer zu verstehen, der den Patienten bei der Erreichung selbst gewählter Ziele unterstützt. Im Verlauf der Intervention soll der Patient die Elemente der Intervention zunehmend selbständig übernehmen, das heißt die therapeutische Hilfestellung tritt schrittweise in den Hintergrund. Bei den Methoden der Selbstkontrolle steht die Veränderung des Selbstregulationssystems (β -Kontrolle) im Zentrum der Behandlung, das heißt der Patient soll lernen, verhaltenstheoretische Strategien zur Veränderung seiner eigenen Probleme anzuwenden. Von Selbstkontrolle spricht man, wenn eine Person den langfristigen Konsequenzen eines Verhaltens größere Bedeutung beimißt, als den kurzfristigen Konsequenzen, und deshalb beispielsweise ihren Alkoholkonsum reduziert.

Bei einem Selbstkontrollprogramm besteht die Aufgabe des Therapeuten zunächst darin durch Information, Erklärung, Hilfestellung usw. den Patienten zu motivieren entsprechend aktiv zu werden.

Die wichtigsten Methoden der Selbstkontrolle sind:

1. Selbstbeobachtung und Selbstaufzeichnungen des eigenen Verhaltens
2. Selbstverstärkung und Selbstbestrafung
3. Stimuluskontrolle
4. Contract management.

1. Selbstbeobachtung und Selbstaufzeichnungen des eigenen Verhaltens

Selbstbeobachtung ist die erste Stufe eines Veränderungsprozesses. Sie dient dazu Probleme näher zu spezifizieren, Problemverhalten genauer zu erfassen und die angestrebten Ziele zu präzisieren. Ziel von Selbstbeobachtung und Selbstaufzeichnungen ist es den Patienten zu befähigen, die Zusammenhänge

eigenen Verhaltens zu erkennen, und somit aktiv an der Erstellung einer Verhaltensanalyse (funktionales Bedingungsmodell) mit zuarbeiten, wodurch die Zusammenhänge für ihn transparent werden. Selbstbeobachtung weist in der Regel reaktive Effekte auf, das heißt, dass allein das Beobachten und Registrieren des eigenen Verhaltens zu einer Verhaltensänderung führt. Dieses erklärt sich einerseits durch die Unterbrechung einer problematischen Verhaltenskette durch das Aufzeichnen und andererseits durch die verstärkenden und bestrafenden Effekte die der Selbstbeobachtung immanent sind.

Methoden der Selbstbeobachtung sind:

- Verhaltenstagebücher (Aufzeichnungen des Problemverhaltens in Stichworten unter Erfassung situativer Merkmale, wie Zeit, Ort usw.)
- Strichlisten (beispielsweise die Anzahl gerauchter Zigaretten wird gezählt)
- Stoppuhren (die Dauer des Problemverhaltens wird gemessen)
- Graphische Schemata (die Auftretenshäufigkeit eines Verhaltens im zeitlichen Verlauf wird im Bild festgehalten)

2. Selbstverstärkung und Selbstbestrafung

Eine Person bietet sich selbst einen realen oder symbolischen belohnenden Reiz dar um die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhalten zu erhöhen (z.B. eine besondere materielle Sache, Eigenlob, gezielter Einsatz alltäglicher Verstärker, wie eine Kaffeepause usw.). Die Auftretenswahrscheinlichkeit problematischen Verhaltens wird verringert durch die Selbstdarbietung eines aversiven Reizes (z.B. die Selbstverpflichtung für jede gerauchte Zigarette eine bestimmte Geldsumme an eine politisch konträre Partei zu spenden).

3. Stimuluskontrolle

Verändert eine Person ihre Umgebung (physisch, sozial) so, dass ein Zielverhalten wahrscheinlicher, bzw. ein Problemverhalten unwahrscheinlicher wird, spricht man von Stimuluskontrolle (Beispiel: bei Alkoholproblemen keinen Alkohol im Haus haben). Interne Stimuli einer Person können durch verbale Selbstinstruktionen entsprechend in ihrer Wirkung beeinflusst werden.

4. Contract Management

Kontrakte bzw. Verhaltensverträge sind eine spezifische Form der Intervention in der Verhaltenstherapie. Sie bringen Klarheit für Patienten und Therapeuten. Sie haben die Aufgabe, spezifische Verhaltensweisen in Gang zu setzen, klare Zielsetzungen zu formulieren und die Konsequenzen des Zielverhaltens genau festzulegen. Im Rahmen der Selbstkontrolle kann eine Person auch einen Vertrag mit sich selbst abschließen. Laut Kanfer sollten bei Verhaltensverträgen einige Bedingungen beachtet werden:

- das zu kontrollierende Verhalten sollte präzise beschrieben sein
- Gegenseitigkeit aller beteiligten Personen
- positive Konsequenzen für die Einhaltung des Vertrages sollten festgelegt werden
- das Zielverhalten sollte beobachtbar sein, zumindest von der Person selbst
- allein die Abgabe von (Änderungs-) Versprechen sollte nicht ausreichen
- es sollte auf positive Erfahrungen bisheriger Selbstkontrollversuche Bezug genommen werden
- der Konflikt der Person selbst sollte zum Anlass genommen werden, ein effektives Selbstkontrollverhalten mit Hilfe des Therapeuten zu etablieren.

Selbstkontrollverfahren versetzen Patienten in die Lage ihre Probleme zunehmend unabhängig vom Therapeuten zu verändern. Die so gewonnenen Erfahrungen lassen sich auch auf künftige Problemsituationen anwenden.

1) Reinecker, 1999

3.2. Das Konzept des kontrollierten Trinkens nach Körkel

Bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde über das kontrollierte Trinken als Behandlungsziel von Suchtkranken vor allem in den USA diskutiert. Aktuell hat Professor Körkel das Thema im deutschsprachigen Raum wieder aufgebracht. Die politische Resonanz ist positiv, da man sich davon verspricht, bisher schwer erreichbares Klientel mit geringen Mitteln gesellschaftlich integrieren zu können.

Im Folgenden wird das Konzept des kontrollierten Trinkens erläutert. Anschließend werden die wichtigsten Argumente der Befürworter und der Gegner des kontrollierten Trinkens skizziert.

Körkel unterscheidet zwischen *kontrolliertem* Trinken, *normalem* Trinken und *moderatem* Trinken von Alkohol. Von kontrolliertem Trinken wird gesprochen wenn jemand sein Trinkverhalten an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. an Trinkregel ausrichtet. Normales Trinken bezeichnet ein Verhalten, nach dem jemand ohne vorherigen Trinkplan aus der Situation heraus entscheidet, ob er Alkohol (weiter) trinkt oder nicht. Als moderates Trinken wird ein Alkoholkonsum bezeichnet, der in keiner Hinsicht Probleme nach sich zieht. Die Grenzwerte für einen moderaten Alkoholkonsum werden aktuell, laut Körkel, diskutiert bei 10g Ethanol bei Frauen und 20g Ethanol (entspricht 0,5 Liter Bier) bei Männern. Die Richtlinien der WHO gehen noch einem Konsum in doppelter Höhe aus. Kein Konsum von Alkohol wird angeraten bei Schwangerschaft, beim Führen eines Kraftfahrzeuges und bei der Einnahme von Medikamenten, die mit Alkohol Wechselwirkungen erzeugen.

Kontrolliertes Trinken kann, muß aber nicht mit moderatem Trinken deckungsgleich sein.

Kontrolliertes Trinken kann erlernt werden durch:

- autodidaktisch zu bearbeitende Selbsthilfebroschüren
- therapeutisch angeleitete Programme im Einzel- oder Gruppenformat
- Selbsthilfegruppen mit dem Ziel des kontrollierten Trinkens
- ärztliche Kurzinterventionen.

Die verschiedenen Programme beinhalten im wesentlichen folgende Trainingsschritte:

1. Aneignung von Grundinformationen über Alkohol
2. Beobachtung, Registrierung und Analyse des Trinkverhaltens
3. Stärkung der Veränderungsmotivation
4. Festlegung von Konsumzielen
5. Auswahl von Strategien zur Konsumbegrenzung
6. Aufbau sozialer Kompetenzen
7. Aufbau eines Belohnungssystems
8. Aktivierung alkoholfreier Formen der Freizeitgestaltung
9. Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Belastungen ohne Alkohol

10. Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen.

Bei kontrollierten Trinken werden zwei Dinge unter Kontrolle gebracht, nämlich die Alkoholmenge bzw. das Trinkmuster und die Umstände des Konsums. Praktisch heißt das, dass die Trinkmenge wochenweise vorab festgelegt wird, die tägliche und wöchentliche Alkoholmenge, sowie eine Anzahl alkoholfreier Tage. Die Trinkmenge orientiert sich am bisherigen Konsumniveau und an persönlich realistischen, motivierenden Zielen.

Zusätzlich werden die Rahmenbedingungen des Alkoholkonsums festgelegt, die Trinkzeiten, die Trinkorte, das soziale Umfeld, die Getränkereihenfolge und die Trinkgeschwindigkeit beispielsweise.

Körkel kritisiert, dass sich in Deutschland die Suchtkrankenhilfe ausschließlich am Ziel der Abstinenz orientiert („Abstinenzzielmonopol“). Er führt vielfältige Argumente an, warum das kontrollierte Trinken als gleichberechtigte Alternative in das Leistungsangebot aufgenommen werden sollte.

1. ethische Argumente

Abstinenz als ausschließliches Behandlungsziel widerspricht laut Körkel dem Selbstbestimmungsrecht entsprechend der Grundrechte des Konsumenten. Aus seiner Sicht werden Patienten häufig gegen ihren Willen zur Abstinenz gezwungen, beispielsweise unter Drohung des Abbruchs der Behandlung, des Verlustes des Arbeitsplatzes usw..

Außerdem stellt er fest: „Sollen setzt Können voraus“. Er meint damit, dass das Abstinenzziel ethisch nur dann gerechtfertigt ist, wenn die Person zu einer abstinenten Lebensweise fähig ist. Personen mit schweren sozialen Beeinträchtigungen sind dieses seiner Ansicht nach nicht.

2. geringer Erreichungsgrad von Problemkonsumenten

Körkel belegt anhand von Untersuchungsergebnissen, dass nur ein geringer Teil der ca. 2 Millionen Alkoholabhängigen vom Suchthilfesystem erreicht wird. Die große Zahl der Personen mit riskantem und mißbräuchlichem Konsum wird in der Regel gar nicht erreicht. Gründe hierfür liegen in der Befürchtung gesellschaftlicher Stigmatisierung als „Alkoholiker“ und in der Unvorstellbarkeit totaler Abstinenz.

3. Förderung des therapeutischen Prozesses

Die Vorgabe der Abstinenz als erzwungenes Ziel jeder Suchtbehandlung, führe zu einer Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses, da eine große Zahl von Patienten persönlich keine Abstinenz anstrebe, sondern nur sich aufgrund äußeren Druckes in eine solche Behandlung begäbe. Ein offener Zieldialog in der Suchtbehandlung führe dazu, dass

- ehrliche Aussagen und Kooperativität gefördert würden
- klare und verbindliche Zielvereinbarungen getroffen würden
- Behandlungsabbrüche und andere Formen des Widerstandes vermindert würden
- Therapeuten sich nicht mehr wie Detektive oder Polizisten verhalten müßten
- Patienten aus eigener Erfahrung heraus Zielveränderungen vornehmen könnten, auch sich in Richtung Abstinenz umentscheiden könnten.

4. Konkurrenzfähigkeit auf dem Suchthilfemarkt

In Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen seien alternative, insbesondere ambulante Angebote erforderlich.

Körkel führt umfangreiche Untersuchungen über die Wirksamkeit von Programmen zum kontrollierten Trinken an und bezieht sich auch auf Erfahrungen in dieser Hinsicht aus anderen Ländern, beispielsweise aus Australien. Er erläutert, dass es aus seiner Sicht, den typischen Alkoholiker nicht gibt, sondern dass die Wirkungsweise der Programme zum kontrollierten Trinken auf Menschen mit Alkoholproblemen in ihrer Wirkungsweise höchst unterschiedlich sein können. Er hält es für unwahrscheinlich, dass bereits „trockene“ abstinent lebende Alkoholiker durch die Programme zum erneuten Konsum verführt würden.

Körkel nimmt auch Bezug auf den sogenannten „Kontrollverlust“. Die diagnostischen Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 und auch DSM-IV beinhalten „verminderte Kontrollfähigkeit“ als ein mögliches aber nicht zwingend notwendiges Kriterium. Sie sprechen aber nicht von „Kontrollverlust“ im Sinne einer Dichotomisierung (man hat ihn oder man hat ihn nicht). Sinnvoller schein die Konzipierung von Kontrollfähigkeit als quantitative Größe.

Naturgemäß hat das kontrollierte Trinken viele Kritiker. Die im folgenden dargestellten Argumente erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Noch 1999 tat Johannes Lindenmeyer in seinem Buch „Alkoholabhängigkeit“ das kontrollierte Trinken als unrealistisches Therapieziel für die Behandlung von Alkoholabhängigen ab, mit den Argumenten: „...“

- der Therapieauftrag der Leistungsträger sieht dauerhafte Abstinenz als einziges Therapieziel vor,
- alle Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige orientieren sich am Abstinenzparadigma,
- ein Nebeneinander von Kontrolliertem Trinken und Abstinentenorientierung ist in stationären Entwöhnungseinrichtungen nicht praktikabel.“¹

2004 schreibt Lindenmeyer bei Rink über das so genannte „Suchtgedächtnis“. Danach entsteht während der Entwicklung einer Suchterkrankung eine Sensitivierung des menschlichen Belohnungssystems auf suchtmittelspezifische Stimuli. Diese betrifft nicht die angenehme Wirkung von Suchtmitteln, sondern die im Belohnungssystem entstehende Anreizfunktion eines Suchtmittels. Das bedeutet, obwohl der Suchtkranke keine positive Wirkung der Droge mehr erlebt, sondern sogar unangenehme Effekte auftreten, steigt das Verlangen nach dem Suchtmittel angesichts suchtmittelspezifischer Stimuli. Es deute alles darauf hin, dass es sich dabei um eine dauerhafte, neurostrukturelle Veränderung des Gehirns handle, die auch nach erfolgreicher Entzugsbehandlung unverändert fortbestehe. Die Einnahme geringer Suchtmittelmengen führe im Sinne eines „Primingeffektes“ zu einer noch stärkeren Aktivierung der Antizipationseffekte im Belohnungssystem, was zu verstärktem Verlangen und verstärkter Suchtmittelaufnahme führe. Die Selbstkontrolle der Suchtkranken sei häufig durch die Toxizität des Suchtmittels dauerhaft geschädigt, aber insbesondere seien die Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und das Gedächtnis durch die suchtspezifische Sensitivierung des Belohnungssystems beeinträchtigt. Folglich sei ein kontrollierter Konsum für Suchtkranke nicht möglich.

Auch Friedel Harnacke wandte sich 2003 in Warstein gegen das kontrollierte Trinken als Option für Suchtkranke. Dabei nannte er vier Argumente:

1. Suchtdruck (Craving) trete auch bei Abstinenz auf
2. Abhängige erlebten immer wieder ein unwiderstehliches Verlangen weiter zu trinken, so dass vorgenommene Trinkmengen nicht eingehalten werden könnten.

3. Körperliche, aber vor allem psychische Entzugserscheinungen führten häufig dazu, dass Suchtkranke erneut konsumieren

4. Bereits kleine Mengen Alkohol zeigten eine physiologische Wirkung. Konkret habe Alkohol Einfluss auf die Botenstoffe im Gehirn, speziell das Dopamin, welches mitverantwortlich sei für die Stimmungslage. Ein niedriger Dopaminspiegel führe zu depressiven Verstimmungen. Durch Alkohol werde der Dopaminspiegel angehoben, was die Stimmung der Person im positiven Sinne verändere. Bei weiterem Alkoholkonsum würde allerdings der Dopaminspiegel wieder sinken und die gedrückte Stimmungslage setze wieder ein.

Abschließend stellt der Autor fest: „Für Abhängige dagegen stellt „Kontrolliertes Trinken“ ein unkontrollierbares und unkalkulierbares Risiko dar.“² Dabei verweist er auch auf die Gefahr, dass Abhängige durch ein kurzfristiges Funktionieren des kontrollierten Trinkens zu der Selbsteinschätzung kämen, nicht abhängig zu sein.

1) Lindenmeyer, 1999

2) Landschaftverband Westfalen-Lippe, 2005

4. Einschätzungen von Drogenabhängigen zum kontrollierten Trinken

4.1. Untersuchungsgruppe und Vorgehensweise

Patienten des Bonner Adaptionszentrums „Ausweg“ sollten mit dem Konzept des kontrollierten Trinkens vertraut gemacht werden und anschließend eine persönliche Bewertung dazu abgeben. Es handelt sich hier natürlich nicht um eine Untersuchung, die wissenschaftlichen Kriterien genügt, sondern eher um eine Stichprobe, die zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema anregen kann.

Befragt wurden 8 Patienten einer Therapiegruppe im Juli 2005. Das methodische Vorgehen teilte sich auf zwei Gruppensitzungen auf. In der ersten Gruppensitzung wurde den Patienten das Konzept des kontrollierten Trinkens nahegebracht, in Anlehnung an das Modul 9 „Kontrolliertes Trinken“ aus dem Trainingsprogramm S.T.A.R. von Körkel und Schindler im Buch „Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen“. In der folgenden Sitzung wurde das Thema wiederholt, indem die Teilnehmer gebeten wurden, mitzuteilen, was ihnen in Erinnerung geblieben ist, von der letzten Sitzung. Anschließend wurde ein Filmbeitrag aus dem Gesundheitsmagazin „Visite“ (NDR, 08.05.05) über das kontrollierte Trinken gezeigt. Nach dem Film wurde den Teilnehmern ein selbst entwickelter Fragebogen zur Bewertung des Konzeptes vorgelegt. Die Beantwortung dieser Fragebögen ist hier im weiteren Gegenstand der Betrachtung.

Das Modul 9 aus S.T.A.R. verfolgt die Ziele, dass die Teilnehmer:

- sich mit ihren Wünschen nach kontrolliertem Trinken auseinandersetzen
- normales und kontrolliertes Trinken unterscheiden lernen
- Regeln für kontrolliertes Trinken kennenlernen
- für mögliche Gefahren sensibilisiert werden
- Kompetenzen im Umgang mit Wünschen nach kontrolliertem Trinken erwerben

Dazu wird folgendermaßen vorgegangen:

1. Begrüßung und Einführung in das Thema
2. Erkundung persönlicher Vorstellungen zum kontrollierten Trinken unter Anwendung des Arbeitsbogens 9.1. Anschließend werden die Antworten in der Gruppe zusammengetragen.
3. Der Gruppenleiter gibt Information über „normales“ und „kontrolliertes“ Trinken.
4. Die Gruppe sammelt gemeinsam Inhalte eines möglichen Trinkplanes
5. Anhand des Arbeitsbogens 9.2 werden die Teilnehmer gebeten, sich einen persönlichen Trinkplan aufzustellen. Anschließend erläutert der Gruppenleiter die Gefahren des kontrollierten Trinkens.
6. Der Gruppenleiter erläutert Regeln zum Umgang mit Wünschen nach kontrolliertem Trinken
7. Zum Abschluß faßt der Gruppenleiter die Inhalte der Sitzung noch einmal zusammen und händigt den Teilnehmern ein entsprechendes Informationsblatt aus.

Der Fragebogen zur Bewertung des kontrollierten Trinkens für die zweite Sitzung ist auf der folgenden Seite in verkleinerter Form abgebildet.

Fragebogen zum kontrollierten Trinken

Name

Datum

1. **Wie gefällt Ihnen das vorgestellte Konzept des kontrollierten Trinkens?**
2. **Was ist daran aus Ihrer Sicht positiv?**
3. **Was ist daran aus Ihrer Sicht negativ?**
4. **Kommt das vorgestellte kontrollierte Trinken für Sie in Frage?**
5. **Wenn nein, warum nicht?**
6. **Wollen Sie künftig Alkohol trinken?**
7. **Wenn ja, welche Regeln setzen Sie sich dafür?**

4.2. Persönliche Bewertung des Konzeptes des kontrollierten Trinkens durch die Teilnehmer der Gruppe

Die folgenden Antworten der 8 Teilnehmer wurden inhaltlich so belassen, wie sie von den Teilnehmern gegeben wurden. Sie wurden allerdings zusammengefaßt und sprachlich etwas überarbeitet.

Die Frage 1 „Wie gefällt Ihnen das vorgestellte Konzept des kontrollierten Trinkens?“ wurde beantwortet mit „Gut“ (3x), „Gut mit Einschränkungen“ (3x) und „Nicht gut“ (2x).

Die Frage 2 „Was ist aus Ihrer Sicht daran positiv?“ erhielt folgende Antworten:

- Entwicklung von Abhängigkeit verhindern (2x)
- Über Trinkverhalten nachdenken(2x)
- Alkoholikern helfen
- Abstinenzentscheidung möglich
- Austausch in der Gruppe
- Mengen reduzieren
- Trinkplan und Selbstbeobachtung
- Nichts

Zu Frage 3 „Was ist aus Ihrer Sicht daran negativ?“ wurde folgendermaßen beantwortet:

- Risiko der Selbstüberschätzung
- Die Sucht bleibt als Problem
- Nichts

- Weiter trinken dürfen, Alkohol bleibt wichtig
- Kann doch nicht gut gehen
- Unvorstellbar, nach Plan zu trinken, reicht mir niemals
- Ich will nicht trinken
- Ich will mich nicht auseinandersetzen
- Für mich wäre ein Drogenrückfall sicher
- Alkohol in Mengen schadet der Gesundheit

Frage 4 „Kommt das vorgestellte kontrollierte Trinken für Sie in Frage?“ ergab:

Ja 1x

Ich kann kontrolliert trinken 1x

Unsicher, eher nicht 1x

Nein 5x

Die Frage 5 „Wenn nein, warum nicht?“ wurde 5mal mit der Suchterkrankung im allgemeinen, bzw. auch bezüglich Alkohol, beantwortet. Ein Teilnehmer befürchtete über Alkohol mit Drogen rückfällig zu werden.

Die Frage 6 „Wollen Sie künftig Alkohol trinken?“ antworteten:

Ja 2x

Nein 5x

Vielleicht 1x

Unter Frage 7 „Wenn ja, welche Regeln setzen Sie sich dafür?“ brachte folgende Antworten:

- nur begrenzte Mengen in Gesellschaft
- nur an Wochenenden
- sehr selten
- Nein sagen können zu Alkohol bei einer Party
- Zu Hause kein Alkohol
- kein Besäufnis

4.3. Ergebnis der individuellen Einschätzungen und Bewertungen

Die oben aufgeführten Antworten zeigen, dass in der Gruppe ein grundsätzliches Interesse am Konzept des kontrollierten Trinkens vorhanden war. Auch bewiesen die Teilnehmer an diesem Thema ihre Fähigkeit zur differenzierten Auseinandersetzung damit. Während das Konzept allgemein überwiegend positiv beurteilt wurde, zeigten die Teilnehmer wenig persönliche Offenheit für das kontrollierte Trinken, obwohl vermutet werden kann, dass bei den meisten Patienten Konsumwünsche vorhanden sind. Für die konkrete Umsetzung des kontrollierten Trinkens gab es vielfältige Ideen.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden die Antworten der Fragen 4 und 6 mit einander in Beziehung gesetzt, nämlich die Frage, ob das kontrollierte Trinken für die Person in Frage komme, mit der Konsumententscheidung bezüglich Alkohol. Dabei stellte sich heraus, dass alle Antworten kongruent waren.

Zusätzlich konnte ich feststellen, dass die Mehrzahl (5) der Teilnehmer der Befragung während ihrer Behandlung mit Alkohol rückfällig waren. Dieses betrifft alle Personen, die trinken wollten, aber auch Personen, die definitiv nicht trinken wollten.

	Frage 4 nein / Frage 6 nein	Frage 4 ja / Frage 6 ja	Ich kann kon- trolliert trinken / Frage 6 ja	Frage 4 unsich- er / Frage 6 vielleicht
Anzahl	5	1	1	1
davon Rückfall	3	1	1	-

Sicherlich hängt die Häufung der Rückfälle mit Alkohol mit der plötzlichen großen Verfügbarkeit von Alkohol nach der stationären Entwöhnungstherapie während der Adaption zusammen. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse jedoch eine große Ambivalenz bei den Patienten, bezüglich des Konsums von Alkohol. Es steht das „nicht trinken wollen, sollen, dürfen oder können“ gegenüber dem Wunsch Alkohol zu konsumieren. Zwar unterschreiben die Patienten bei Adaptionbeginn einen Vertrag, in dem sie unter anderem zusichern während der Adaption keinen Alkohol zu trinken, aber selbst die Person, die behauptete einen kontrollierten Umgang mit Alkohol zu haben, war nicht willens oder in der Lage, den Vertrag einzuhalten.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind für mich ein deutlicher Hinweis, dass die Auseinandersetzung um den Konsum von Alkohol nicht offen geführt wird in der Adaptionseinrichtung. Diese mangelnde Offenheit sehe ich zunächst auf seiten der Patienten, die mit dem Gedanken spielen Alkohol während oder nach der Adaption zu trinken, darüber aber keine (langen, quälenden) Auseinandersetzungen mit den Therapeuten führen zu wollen, die letztendlich auch nicht offen sind, da sie auf das Abstinenzparadigma festgelegt sind. Auch befürchten Patienten aus ihren Erfahrungen früherer Behandlungen heraus, Sanktionen, wenn sie zu ihrem Wunsch, Alkohol zu konsumieren, stehen.

5. Resümee

Die Abstinenzzuversicht eines Patienten wirkt sich aus auf die Rückfallwahrscheinlichkeit, im Sinne, dass eine hohe Zuversicht die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls senkt und die Erfahrung, Risikosituationen bewältigen zu können, stabilisierend wirkt. Abstinenzzuversicht setzt allerdings eine Abstinenzentscheidung voraus. Diese hat eine große Zahl Drogenabhängiger in stationären Behandlungen zumindest bezüglich Alkohol nicht getroffen. Laut einer Untersuchung streben fast 90% aller Patienten keine Alkoholabstinenz an. Patienten nehmen für sich in Anspruch Substanzen wie Alkohol, mit denen sie bislang vermeintlich keine Probleme hatten, nach oder bereits während der Behandlung zu konsumieren. Trotz vieler fachlicher Bedenken gibt es auch Drogenabhängige denen ein unauffälliger Konsum von Alkohol gelingt.

Die Problematik zeigt sich auch im Bonner Adaptionszentrum „Ausweg“. Im ersten Halbjahr 2005 schätzen dort $\frac{3}{4}$ aller Patienten ein, kein Problem mit Alkohol zu haben. Gleichzeitig wurden 35,1% aller Patienten auffällig mit einem Alkoholrückfall. Die Einschätzung kein Problem mit Alkohol zu haben und daher auch das Recht zu haben, Alkohol zu trinken, scheint ein besonders verbreitetes Phänomen bei den männlichen Patienten osteuropäischer Herkunft zu sein.

Deutlich wurde auch, dass bei den Patienten ein Wunsch nach „normalem“ Trinken und weniger nach „kontrolliertem“ oder gar „moderatem“ Trinken besteht. Trinken können, wie andere auch, das heißt situativ entscheiden, ob man (weiter) trinkt oder nicht. Wie groß dabei die Sehnsucht nach dem Rausch ist, kann hier nicht ermessen werden.

Dennoch – Patienten haben ein Bewußtsein über die Zusammenhänge ihrer Suchterkrankung und dem Risiko des Alkoholkonsums. Sie bewegen sich in der Ambivalenz des Wissens um die Gefahren und dem Wunsch zu konsumieren. Hier ist eine offenere Auseinandersetzung zwischen Patienten und Therapeuten erforderlich.

Kontrolliertes Trinken als Selbstkontrollverfahren setzt Motivation voraus. Diese habe ich nur begrenzt vorgefunden. Möglicherweise steht es in der Verantwortung der abstinenzorientierten stationären Einrichtungen diese Motivation mit den Patienten zu erarbeiten, statt auf der Abstinenz als Allheilmittel zu beharren.

Dabei ergeben sich vielfältige Probleme. Körkel schreibt, dass sich beim kontrollierten Trinken die Trinkmenge am bisherigen Konsumniveau orientieren sollte. Patienten aus Entwöhnungsbehandlungen haben in der Regel eine monatelange Abstinenz hinter sich, eine Orientierung daran kann nur Abstinenz bedeuten. Das Konsumniveau vor der Behandlung lag zum Teil bei lebensbedrohlichen Alkoholmengen, kann also auch kein Maßstab sein.

Wenn es denn ein „Suchtgedächtnis“ gibt, wie ist dieses mit dem kontrollierten Trinken vereinbar? Werden die Betroffenen nicht unnötigen Qualen ausgesetzt?

Wenn kontrolliertes Trinken eine Alternative ist, so reicht es nicht aus, diese während einer monatelangen Behandlung nur theoretisch zu erlernen. Wie anderes Zielverhalten sollte das kontrollierte Trinken unter therapeutischer Begleitung eingeübt werden. Hier könnte die Notwendigkeit neuer Einrichtungen mit neuen Konzeptionen entstehen.

6. Literaturverzeichnis

GK-Quest Akademie: Seminarprogramm August 2005 bis Juni 2006, Heidelberg

Körkel, Kruse: Mit dem Rückfall leben, 1997, Bonn

Körkel, Schindler: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen, 2003, Berlin, Heidelberg

Küfner u.a.: Suchtmittelleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen, bei Körkel, Lauer, Scheller: Sucht und Rückfall, 1995, Stuttgart

Landschaftsverband Westfalen-Lippe: 10. Stillenberger Gespräche, 2005, Münster

Lindenmeyer: Alkoholabhängigkeit, 1999, Göttingen

Reinecker: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 1999, Tübingen

Rink: Die Suche nach der Kontrolle, 2004, Geesthacht

Schneider u.a.: Abstinenzzuversicht, ein Konstrukt zur Vorhersage des Katamnese-Ergebnisses?, bei Fachverband Sucht: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, 2000, Geesthacht

Weber, Schneider: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen, 1992, Münster