



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Rückfälligkeit bei abstinenz-orientierten Drogenkonsumenten*innen

Deutung und Faktoren

Bachelor-Arbeit zur Erlangung des Abschlusses

Bachelor of Arts: Soziale Arbeit

an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Erstgutachterin:
Prof. Dr. Frauke Schwarting

Zweitgutachterin:
Grit Lehmann

Vorgelegt von:
Imke Scheit

Hamburg, den 13.01.2015

Bewahre mich vor dem naiven Glauben,
es müsste im Leben alles glattgehen.
Schenke mir die nüchterne Erkenntnis,
dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge
eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind,
durch die wir wachsen und reifen!

(Antoine de Saint-Exupéry 1900-1944)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	III
1. Einleitung	1
2. Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente	2
3. Rückfallverlaufsmodell nach Marlatt	5
4. Rückfallentstehungsbereiche nach Körkel und Kruse	8
4.1. Rückfallpatient	8
4.2. Sozialer Kontext.....	10
4.3. Suchthilfesystem	10
5. Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit	11
5.1. Selbstwirksamkeit	11
5.2. Arbeitslosigkeit.....	13
5.3. belastende Lebenssituationen	15
5.4. vorzeitige Therapiebeendigung.....	16
5.5. Direkte Anbindung an Nachsorgeeinrichtungen	18
5.6. Soziale Einbindung.....	19
6. Zwischenresümee	20
7. Vorgehen der empirischen Untersuchung	24
7.1. Untersuchungsfrage	24
7.2. Auswahl der Forschungsmethoden.....	24
7.3. Auswahl der Interviewpartner*in	25
7.4. Entwicklung und Erläuterung des Leitfadens	26
7.5. Durchführung	27
7.6. Nachbereitung.....	27
8. Ergebnisse der Interviews	28
8.1. Rückfallverständnis und Thematisierung von Rückfällen	28
8.2. Arbeit und Selbstfürsorge	31
8.3. Qualität sozialer Beziehungen	33
8.4. Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeitserleben	36
8.5. Impulskontrolle	38
8.6. Akzeptanz der Substanzabhängigkeit.....	39
8.7. Komorbide Störungen	40
9. Diskussion der Ergebnisse	41
10. Abschlussbetrachtung	45
Literaturverzeichnis	47
Internetverzeichnis	50
Abbildungsverzeichnis	50
Anhang I	51
Anhang II extern beigefügt	

Vorwort

In der Praxis von Suchthilfeeinrichtungen wie niedrigschwelligen Angeboten, Beratungsstellen oder Rehabilitationsmaßnahmen gehört die Thematisierung von Rückfälligkeit zum Alltag. Dennoch bleibt darauf aufmerksam zu machen, dass lange nicht jede*r Drogenkonsument*in den eigenen Konsum als problematisch empfindet und somit auch nicht das Ziel verfolgt ein drogenfreies Leben zu führen. Diese Arbeit wendet sich gezielt den Menschen zu, welche den eigenen Konsum als belastend erleben und den Wunsch nach einer Veränderung hin zur Abstinenz bewegen.

Bei meiner knapp dreijährigen Arbeit in einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung im Hamburger Bahnhofsviertel St. Georg wurde für mich deutlich, dass viele Drogenkonsumenten*innen einen sehr ausgeprägten Wunsch haben, abstinent zu leben, gleichzeitig in diesem Prozess jedoch auf vielerlei Hürden stoßen und auch große Angst bei dem Gedanken an ein Leben ohne Drogen entwickeln. Die Gedanken und Gefühle der Drogenkonsumenten*innen sind demnach nicht ausschließlich abstinent-motiviert, sondern durchaus ambivalent. In der vorliegenden Arbeit wird daher nicht von einem abstinent-motivierten, sondern einem abstinent-orientierten Personenkreis ausgegangen. In meinem Berufsumfeld ist mir zudem immer wieder die Verzweiflung vieler Personen aufgefallen, die nach einer längeren cleanen Phase erneut konsumiert hatten und sich daraufhin schuldig fühlten. Sie waren der Meinung versagt zu haben. Andererseits kam es vor, dass Personen ganz bewusst ab und zu mal „naschten“, dies bewusst genossen und danach wieder einen langen Zeitraum clean leben. Diese Beobachtungen und die Frage, weshalb dies einigen Menschen gelingt und anderen nicht, haben zu dieser Arbeit beigetragen.

An dieser Stelle möchte ich dem Interviewpartner und der Interviewpartnerin danken sowie den Kollegen*innen aus dem Drob Inn, die mir immer wieder neue Denkanstöße geben konnten. Ebenfalls bedanke ich mich bei meinen Schwestern für ihre Unterstützung und Geduld, diese Arbeit zu lesen.

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung von Rückfälligkeit im Prozess des Ausstieges aus einem pathologischen Drogenkonsum beleuchtet. Es wird aufgezeigt, wie vielschichtig und umfangreich es einen Rückfall zu betrachten gilt und wie nachvollziehbar er sein kann, selbst dann, wenn bei der betroffenen Person ein realer Abstinenz-Wunsch besteht. Vorweggenommen werden kann dabei schon an dieser Stelle der Arbeit, dass ein Rückfall keine Ausnahme bildet. So hat „etwa ein Drittel der Behandelten [...] ein halbes Jahr nach Behandlungsende erneut ‚sein‘ Suchtmittel konsumiert, nach 1 ½ Jahren bis spätestens 4 Jahren sind es mehr als die Hälfte“ (Körkel 2000a, 504).

Die Arbeit ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden Theorien und Modelle dargestellt die darlegen, wie ein Rückfall entsteht und verlaufen kann. Insbesondere werden Faktoren aus der Literatur herausgearbeitet, die sich als besonders einflussreich auf das Rückfallgeschehen erwiesen haben. Die Zusammenstellung rückfallrelevanter Aspekte geschieht auch unter der Einbeziehung von Studien. Da die Studienlage zur Untersuchung der Rückfälligkeit von Konsumenten*innen illegalisierter, sogenannter harter Substanzen¹ nicht ausführlich vorliegt, bezieht sich der theoretische Teil der Arbeit auch auf Studien, welche ausschließlich mit Alkoholkonsumenten*innen durchgeführt wurden. Diese sind dann entsprechend gekennzeichnet.

Im zweiten Teil der Arbeit folgen die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, die die theoretischen Erkenntnisse um Praxiserfahrungen ergänzen. Durchgeführt wurden Experteninterviews in zwei Suchthilfeeinrichtungen, in denen primär (ehemalige) Konsumenten*innen von Heroin, Kokain und Crack angebunden sind.

Nach der Darstellung der Methode zur Materialerhebung und -auswertung werden die wichtigsten Ergebnisse der Interviews herausgearbeitet. Den empirischen Teil abschließend, folgt eine Diskussion der Ergebnisse der theoretisch herausgestellten Informationen und des aus den Interviews erhobenen Materials.

¹ Gemeint sind von der Autorin insbesondere Heroin, Kokain und Crack.

2. Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente

Einem Rückfall geht immer der Wunsch einer süchtigen Person voraus, ein abstinentes oder teilabstinentes Leben zu führen. Ohne eine vorangegangene Verhaltensänderung im Suchtverhalten kann demnach kein Rückfall stattfinden, da in diesem Fall keine Absicht bestand, die Konsumgewohnheiten zu ändern.

Basierend auf zahlreichen empirischen Arbeiten entwickelten Prochaska und DiClemente das Transtheoretische Modell (nachfolgend nur noch TTM), das Veränderungsprozesse süchtiger Verhaltensweisen abbildet. Das Modell macht „den meist langwierigen Ausstieg aus der Sucht“ (Körkel 2000b, 293) deutlich. Darüber hinaus wird erstmals auch der Rückfall als ein fester Bestandteil des Prozesses der Verhaltensänderung benannt, was den Prozesscharakter von Abhängigkeiten und deren Überwindung besonders hervorhebt. Dabei erhebt das TTM nicht den Anspruch als einzelne Theorie „die gesamte Komplexität von Verhaltensänderungen erfassen“ (Keller 1999, 18) zu können.

Prochaska und DiClemente gehen davon aus, dass sich im Wesentlichen sechs aufeinander aufbauende Stufen definieren lassen (Abbildung 1). Dabei ist es individuell verschieden, über welchen Zeitraum hinweg eine Person in einer Stufe verweilt. Für einen erfolgreichen Veränderungsprozess ist das Durchlaufen aller Stufen relevant (vgl. Keller 1999, 19).

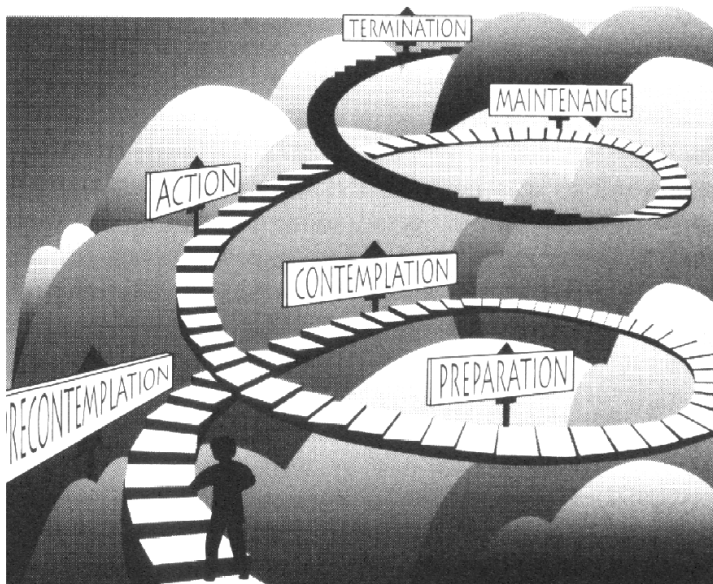


Abbildung 1: Spiralmodell der Verhaltensänderung. (Prochaska, Norcross und DiClemente 1994, 49)

In der ersten Stufe, der *Absichtslosigkeit*

(*recontemplation*), besteht keine Intention für eine Verhaltensänderung. Die Person sieht kein Problem in ihrem Suchtverhalten. Ebenso befinden sich auf dieser Stufe Personen, die mehrfach versucht haben ihr Verhalten zu verändern, nach mehreren

erfolglosen Veränderungsanläufen jedoch resignierten. Diese Phase gilt als die stabilste, da Personen in dieser Phase ohne äußere Einflüsse selten in die nächste Stufe gelangen (vgl. ebd. 20f.). Auslöser für den Übergang in die nächste Phase können zum Beispiel entstehende Probleme im sozialen Umfeld oder ein schlechter Gesundheitszustand sein (vgl. Körkel 2000b, 294).

In der Stufe der *Absichtsbildung (contemplation)* beginnt die betroffene Person sich mit der eigenen Situation auseinanderzusetzen, zunächst jedoch ohne aktiv zu werden. Das eigene Verhalten wird zunehmend als problematisch wahrgenommen. Eine Verhaltensänderung wird jedoch noch nicht in Betracht gezogen, da die Vor- und Nachteile einer Änderung eine Balance bilden und ein Handeln nicht unbedingt nötig erscheint. Es zeigen sich jedoch erste Veränderungstendenzen für die Zukunft. Die Person könnte sich z.B. vornehmen in zwei Jahren abstinent zu leben. So wie die Stufe der *Absichtslosigkeit* ist diese Phase sehr stabil, was Prochaska und DiClemente (1982) in einer Studie über Raucher belegen konnten (vgl. Keller 1999, 21).

In der Stufe der *Vorbereitung (preparation)* befinden sich Personen, die hoch motiviert sind und „unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens“ (ebd. 21) beginnen wollen. Von ihnen wurden bereits erste Schritte in Richtung Veränderung unternommen und oft haben sie konkrete Handlungspläne, wie sie weiter vorgehen wollen. In dieser Phase werden häufig externe Hilfsangebote wahrgenommen, falls dies nicht bereits vorher geschehen ist (vgl. Keller 1999, 21 f.).

Während es sich bei der *Vorbereitungstufe* eher um eine Durchgangsstufe handelt, verlangt die *Handlungsstufe (action)* „ein hohes Maß an Entschlossenheit („*commitment*“) und Engagement“ (ebd. 22). In der *Handlungsstufe* befindet sich jemand, der sein Ziel (z.B. die Abstinenz oder Teilabstinenz) „seit mehr als einem Tag, aber weniger als sechs Monaten beibehalten“ (ebd. 22) konnte. Diese Stufe fordert im Prozess der Verhaltensveränderung die höchste Aktivität der Person. Aufgrund der hohen Anforderungen an die Person ist diese Stufe eine der instabilsten. Personen in dieser Phase weisen nach Prochaska und DiClemente das höchste Risiko auf, wieder in eine frühere Phase zurückzufallen (vgl. ebd. 22). Maßnahmen auf der *Handlungsstufe* können unter anderem die Inanspruchnahme von ambulanten oder stationären Therapieangeboten sein. Diese Stufe kann aber

auch ohne professionelle Unterstützung durchlaufen werden (vgl. Körkel 2000b, 294).

Kann das gewünschte Verhalten länger als sechs Monate aufrechterhalten werden, sprechen Prochaska und DiClemente von der *Aufrechterhaltungsstufe (maintenance)*. Diese Zeitspanne hat sich aufgrund von empirischen Untersuchungen im Bereich der Raucherentwöhnung als entscheidend gezeigt. Ob dies jedoch auf andere Suchtmittel übertragbar ist, muss an dieser Stelle offen bleiben und bedarf weiterer Untersuchungen. In der *Aufrechterhaltungsphase* steht die Person der Aufgabe gegenüber, die in der *Handlungsstufe* erlernten Fähigkeiten weiterzuentwickeln und Copingstrategien zur Rückfallvorbeugung anzuwenden (vgl. ebd. 22). Inwieweit dabei die Teilnahme an Nachsorgeangeboten unterstützend wirken kann, wird an anderer Stelle dieser Arbeit herausgearbeitet.

„Obwohl nach den Annahmen des TTM die jeweiligen Stufen aufeinander aufbauen, ist das lineare Durchlaufen der Phasen von der Absichtslosigkeit bis zur Aufrechterhaltung jedoch eher die Ausnahme denn die Regel“ (ebd. 23). Die Darstellung des TTM als ein Spiralmodell soll diese Tatsache verdeutlichen. Ein Rückfall hat dabei weder die Folge, dass die rückfällig gewordene Person „in eine zirkuläre Endlosschleife gerät“ (ebd. 23), noch sind alle bereits erarbeiteten Erfolge als verloren anzusehen. DiClemente macht darauf aufmerksam, dass „die konstruktive Verarbeitung der Misserfolgserfahrungen vergangener Versuche zur Auswahl günstigerer Strategien führen und somit zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges beitragen“ (ebd. 23) kann. Beispielsweise stellen Prochaska und DiClemente heraus, dass Raucher*innen, die fest entschlossen waren mit dem Rauchen aufzuhören, durchschnittlich fünfmal die Veränderungsspirale durchlaufen. Trotz fehlender Untersuchungen für andere Suchtmittel kann behauptet werden: „Ohne Rückfälle kein Ausstieg aus der Sucht!“ (Körkel 2000b, 295).

Das Modell des TTM macht deutlich, dass die Auseinandersetzung mit Rückfällen in der Praxis der Suchtkrankenarbeit grundlegend ist und den Veränderungsprozess positiv beeinflussen kann. Es bedarf dabei der Vermittlung eines Rückfallverständnisses, in dem jeder Rückfall eine lehrreiche Erfahrung ist, die den ausstiegsorientierten Personen im weiteren Veränderungsprozess konstruktiv nützlich sein kann.

3. Rückfallverlaufsmodell nach Marlatt

Dass ein Rückfall keine Ausnahme im Prozess des Ausstiegs aus der Sucht sondern ein Teil des Ausstiegsprozesses ist, wurde durch das Modell von Prochaska und DiClemente aufgezeigt. In diesem Kapitel wird herausgearbeitet, wie ein Rückfall verlaufen kann.

Die bis heute einflussreichste und differenzierteste Theorie zu Rückfallverläufen geht auf den amerikanischen Psychologen G. A. Marlatt zurück. Marlatt legt der Erklärung von Rückfallverläufen kognitiv-behaviorale Grundannahmen zugrunde. Ein Rückfall wird hiernach „nicht als eine (unvermeidbare) Konsequenz einer körperlichen Disposition, sondern als ein Verhalten begriffen, das sich aus äußeren Umgebungsmerkmalen (situativen Bedingungen), der kognitiven Interpretation dieser Bedingungen sowie überdauernden Denkmustern der Person erklären lässt“ (Körkel 1988, 29). Die kognitiv-behavioralen Theorien verstehen den Rückfall somit als Folge einer psychischen Abhängigkeit.

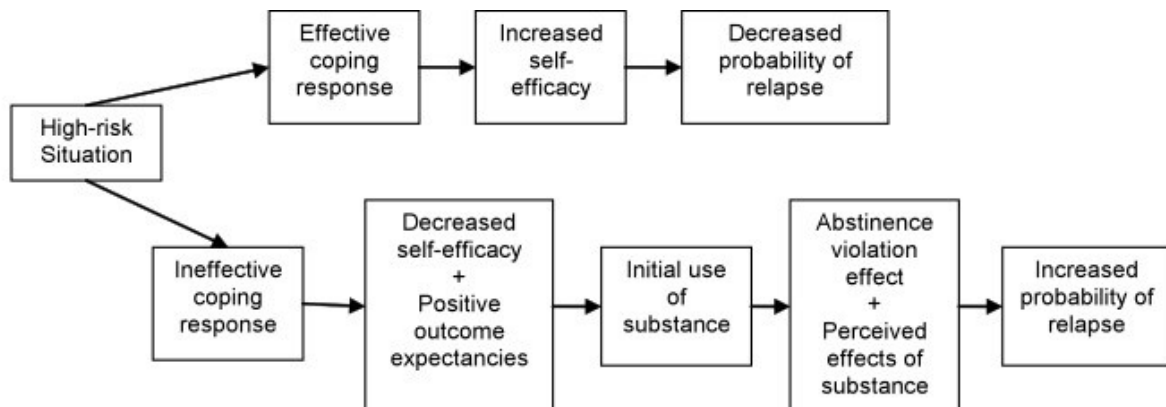


Abbildung 2: möglicher Rückfallverlauf nach Marlatt (Marlatt 2005, 22)

Marlatt geht in seiner Theorie von einem abstinenz-motivierten Personenkreis aus. Den Ausgangspunkt für den erneuten Konsum trotz Abstinenzwunsch sieht Marlatt in Hoch-Risiko-Situationen. Diese sind charakterisiert durch „einen permanent unausgewogenen Lebensstil, der durch zu viele / zu hohe Belastungen, Anforderungen und Pflichten“ (Körkel 1988, 32) entsteht und einen fehlenden Ausgleich zu diesen. Durch dieses Ungleichgewicht wächst der Drang zum erneuten

Konsum. Ob es in einer Hoch-Risiko-Situation zu einem lapse² kommt, ist von kognitiven und emotionalen Bewältigungsstrategien abhängig (Abbildung 2). Das Vorhandensein effektiver Strategien führt zu einer hohen Selbstwirksamkeit³ und somit zur gesteigerten Überzeugung, die Situation auch ohne den Konsum des Suchtmittels bewältigen zu können. Durch die erfahrene Selbstwirksamkeit und Überzeugung in die eigenen Fähigkeiten, sinkt in der Folge auch die Wahrscheinlichkeit eines relapse (vgl. ebd. 32f.). Nicht vorhandene oder mangelhafte Bewältigungsstrategien können jedoch einen Rückfallverlauf in Gang setzen, an dessen Ende mit hoher Wahrscheinlichkeit ein relapse steht.

Während sich eine erhöhte Selbstwirksamkeit als positive Einflussgröße auswirkt, wirken sich eine geringe Selbstwirksamkeit sowie die positive Erwartung an die Wirkung der Substanz negativ auf den Rückfallverlauf aus. Ist die Selbstwirksamkeit gering und/oder werden dem Substanzkonsum positive Folgen zugeschrieben, folgt meist ein lapse. Durch den lapse entsteht eine „kognitive Dissonanz“ (Körkel 1988, 33). Bei der kognitiven Dissonanz kommt es trotz Abstinenzzuversicht zu einem Abstinenzbruch. Was als Reaktion darauf folgt, ist der Abstinenz-Verletzungs-Effekt. Unter dem Abstinenz-Verletzungs-Effekt fasst Marlatt die Kausalattribution zusammen, welche den Übergang von einem lapse zu einem relapse begünstigen (vgl. Jenko 2007, 7). Dies ist zum einen dann der Fall, wenn die Gründe für den Suchtmittelkonsum in eigenen Unzulänglichkeiten gesehen werden und somit eine internale Ursachenzuschreibung stattfindet. „Durch eine Definition des eigenen Selbst als abhängig oder krank, im Sinne von unfähig, die Kontrolle über das süchtige Verhalten aufrecht zu erhalten, kann die erlebte Dissonanz reguliert und eine Erklärung geschaffen werden, die aber durch ihre Stigmatisierung die Aufgabe des Abstinenzziels begünstigt“ (Jenko, 7). Zum anderen zählen zum Abstinenz-Verletzungs-Effekt die emotionalen Reaktionen auf die Kausalattribution, zu denen vor allem Schuld- und Schamgefühle gehören. Geringer fällt der Abstinenz-Verletzungs-Effekt dann aus, wenn die Person den Ausrutscher auf Versuchungen in einer einzelnen Situation zurückführt und somit eine externale

² Der Begriff lapse ist ein von Marlatt eingeführter Begriff zur Beschreibung eines vorerst einmaligen Suchtmittelkonsums als Abgrenzung zum relapse, dem Wiederholen früherer pathologischer Konsumgewohnheiten (vgl. Marlatt 2005, 3).

³ Der Begriff der Selbstwirksamkeit geht auf Bandura zurück. „Self-efficacy is concerned with judgements about how well one can organize and execute courses of action required to deal with prospective situations that contain many ambiguous, unpredictable, and often stressful, elements“ (Bandura, 1981, S. 200f. zit.n. Jenko 2007, 5). Die Selbstwirksamkeit ist nach Bandura entscheidend dafür, wie erfolgreich jemand in unerwarteten und unklaren Situationen agieren kann.

Ursachenzuschreibung stattfindet (vgl. Körkel 1988, 33; Körkel 1995, 62). Außerdem kann ein lapse als lehrreiche Erfahrung angesehen werden, wodurch in zukünftigen Hoch-Risiko-Situationen andere Bewältigungsstrategien als der erneute Suchtmittelkonsum ausprobiert werden. „The individual who views a lapse as a learning experience is more likely to experiment with alternative coping strategies in the future, which may lead to more effective responses in high-risk situations” (Marlatt 2005, 3). Marlatt geht davon aus, dass rückfällig gewordene Personen durch eine externale Ursachenzuschreibung zukünftig eher neue Coping-Strategien ausprobieren werden und somit in Hoch-Risiko-Situation konstruktiver reagieren.

Zusammengefasst ist der Abstinenz-Verletzungs-Effekt das Zusammentreffen von auf den Dissonanzkonflikt internalen Ursachenzuschreibungen und den emotionalen Reaktionen der Person (vgl. Körkel 1988,33). Nach Marlatt erhöht sich beim Zusammentreffen dieser Faktoren die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein lapse zu einem relapse, also dem Aufnehmen von früheren Konsumgewohnheiten, entwickelt.

Ausgehend von seinem Rückfallverlaufsmodell hat Marlatt die *Mindfulness Based Addiction Therapy* entwickelt, welche mittlerweile auch in Deutschland Einzug findet (vgl. Beiglböck, Mayr, Waigmann-Pölzl 2013, 16). In diesem Therapieprogramm sollen die Teilnehmer*innen u.a. lernen, Hoch-Risiko-Situation achtsam zu erleben, um durch das Erkennen solcher Situationen gezielte Copingstrategien anwenden zu können. Durch das Wiedererleben von erfolgreich angewandten Bewältigungsstrategien in Hochrisikosituationen soll ein Lernprozess initiiert werden, durch den die Selbstwirksamkeit gesteigert werden soll (vgl. ebd. 18).

Trotz der Popularität des Rückfallverlaufsmodells von Marlatt bleibt anzumerken, dass die empirischen Beweise noch ausstehen bzw. widersprüchlich sind. In einer Untersuchung von Curry, Marlatt und Gordon 1987 konnte der Einfluss eines Abstinenz-Verletzungs-Effekts bei Raucher*innen in Teilen nachgewiesen werden. Personen, die den lapse eher als eigene Unzulänglichkeit bewerteten, wurden häufiger massiv rückfällig. Ebenfalls führten starke Schuldgefühle zu einer gehäuften schweren Rückfälligkeit (vgl. Körkel 1988, 34).

Die Ergebnisse von Hall et al. (1990) sind jedoch konträr zur Studie von Curry et al. (1987). „Bei Hall et al. (1990) lebten Personen mit starker Selbstverpflichtung zur

Abstinenz nach einem Ausrutscher rascher wieder alkoholfrei als Personen mit eher geringer Selbstverpflichtung zur Abstinenz“ (Körkel 1995, 62).

Welche Rolle die Selbstwirksamkeit im Rückfallverlauf spielt, konnte somit noch nicht genau geklärt werden. Wünschenswert wären aktuelle und suchtmittelspezifische Untersuchungen zu der Einflussnahme von Selbstwirksamkeit auf die Rückfälligkeit.

4. Rückfallentstehungsbereiche nach Körkel und Kruse

Ein Rückfall ist in der Regel nicht monofaktoriell bedingt, sondern ein Phänomen, bei dem mehrere sich wechselseitig beeinflussende Faktoren zu berücksichtigen sind. Körkel und Kruse führen als Faktoren drei wesentliche Entstehungsbereiche auf. Sie verstehen die Rückfallentstehungsbereiche als eine Trias (Abbildung 3) aus rückfälliger Person, Suchthilfesystem und sozialem Kontext des Rückfälligen. Dabei beziehen sie sich auf Ergebnisse aus US-amerikanischen und deutschen Befragungsstudien, die u.a. von Chaney (1978), Marlatt (1979), Scholz (1983) und Schindler (1993) durchgeführt wurden (vgl. Körkel, Kruse 1997, 95 f.)⁴.

4.1. Rückfallpatient

Im Bereich der rückfälligen Person ist ihre psychische Stabilität von zentraler Bedeutung. Häufig jedoch ist die psychische Fragilität bei Drogenkonsumenten*innen so hoch, dass eine psychische Störung diagnostiziert werden kann, was sich auch in steigenden Diagnosezahlen von komorbiden Störungen deutlich macht (vgl. Marschall et al 2009, 252).

Rückfallentstehungsbereiche

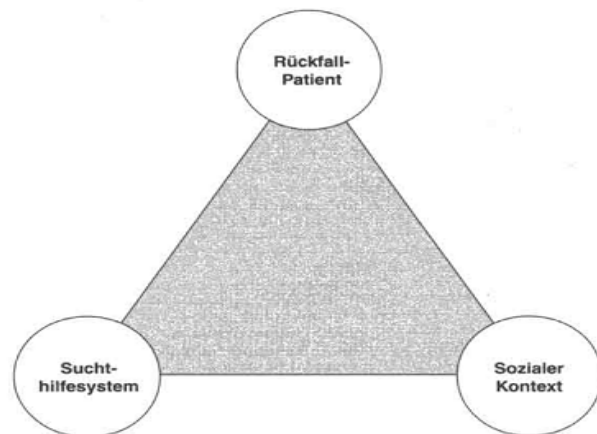


Abbildung 3: Rückfallentstehungsbereiche nach Körkel und Kruse (Körkel, Kruse 1997, 95)

Ein Rückfall ist dabei nicht unbedingt als persönliche Schwäche auszulegen, sondern stellt in erster Linie oft einen Selbstschutz zur Affektregulierung dar. „Im extremsten

⁴ Es bleibt darauf hinzuweisen, dass sich diese Studien ausschließlich auf Alkoholkonsumenten*innen beziehen.

Fall kann ein Rückfall auch einen Suizid verhindern, wenn der Zustand der Abstinenz als extrem quälend und zermürbend erlebt wird.“ (ebd. 99). Körkel und Kruse sprechen dabei vom Suchtmittelkonsum als Selbstmedikation. Die Person greift auf das Suchtmittel zurück, da für sie alternative Bewältigungsmöglichkeiten in der Krise nicht abrufbar sind. Unzureichende Bewältigungsmöglichkeiten führen oft dann zu einem Rückfall, wenn die Person in Situationen gerät, in denen sie mit der Droge selbst oder mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert wird (vgl. ebd. 96 ff.). Die Befragungsstudien von Marlatt et al. zeigen dies deutlich auf, da in erster Linie unangenehme Gefühle als wesentliche Einflussbedingung für einen Rückfall genannt werden. Diese sollen durch den erneuten Suchtmittelkonsum reduziert werden. So gaben in den Studien 38% bis 50% der Befragten an, vor dem Rückfall unangenehme Gefühle gehabt zu haben. Unter anderem werden starke Ängste, innere Leere, permanente Wut oder Schuldgefühle beschrieben. Darüber hinaus können Verlusterlebnisse durch Trennung oder Tod sowie der Verlust des Arbeitsplatzes negative Einflussbedingungen sein. Als förderlich für einen Rückfall werden außerdem intensivierete Gedanken bezüglich der Droge genannt. Es kann beispielsweise das Verlangen bestehen, die Eigenkontrolle zu testen und aus diesem Zwecke verschärft über einen erneuten Konsum nachgedacht werden. Zum anderen kann sich die Überzeugung verfestigen, ein Ausrutscher wäre das Resultat „der eigene[n] Unfähigkeit zur Abstinenz“ (ebd. 100). Dabei ist ein folgender massiver Rückfall sehr wahrscheinlich, was Marlatt als den Abstinenzverletzungseffekt bezeichnet.

Das sogenannte *craving*, also der innere Drang nach einer bestimmten Droge, wird demgegenüber nur sehr selten als explizite Einflussbedingung genannt. Lediglich 3% bis 5% gaben in den Befragungsstudien von Scholz (1983), Sandahl (1984) und Schindler (1993) das Verlangen nach der Droge selbst als Rückfallursache an (vgl. ebd. 97ff.), was die These zum Substanzkonsum als Selbstmedikation zur Affektregulierung von Körkel und Kruse bestärkt. Ebenfalls kommt Küfner zu diesem Ergebnis. „Kommt es im Zusammenhang mit einer Behandlung zur Beendigung des Drogenkonsums (Entzug), so führt dies häufig wegen der hohen Störungsbelastung in allen Lebensbereichen nicht sofort zu einer Besserung der Lebenssituation, sondern zunächst zu einer verstärkten Wahrnehmung der individuellen Probleme und Schwierigkeiten ohne den Schleier der Drogenwirkung“ (Küfner et al. 2006, 626).

4.2. Sozialer Kontext

Über die intrapsychischen Einflussfaktoren hinaus müssen soziale Faktoren Beachtung finden. Der soziale Kontext wird als zweiter Rückfallentstehungsbereich aufgeführt. Die ehemaligen Konsument*innen sind häufig in sozialen Kontexten eingebunden, die mit dem Suchtmittel an sich oder Situationen und Orten, die mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung stehen, verknüpft sind. Insbesondere Konsumaufforderungen durch Freunde, Arbeitskollegen oder die Familie sowie familiäre Spannungen oder einschneidende Lebensereignisse, die „die Abstinenzhaltung langsam untergraben“ (ebd. 103), können einem Rückfall zuträglich sein. Dies ist besonders dann der Fall, wenn zusätzlich Bewältigungsmechanismen bei den potentiell rückfälligen Personen fehlen oder nicht abgerufen werden können. Ebenfalls können Co-Abhängigkeiten⁵ innerhalb der Familie zu neuen Problemen führen. Durch die neuerworbene Abstinenz verlieren ehemalige Verhaltensmuster an Bedeutung und der erneute Konsum kann als Möglichkeit gesehen werden, sich wieder in einem gewohnten Alltag zu bewegen (vgl. ebd. 102 ff.).

4.3. Suchthilfesystem

„Schließlich ist zu bedenken, daß das Behandlungssystem selbst zur »Rückfallanheizung« beitragen kann. Ein schwerer Rückfallverlauf wird u.a. durch die fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Ausrutschern [...], hohe Zugangsschwellen für Wiederbehandlungen [...] Fehlplatzierungen [...] und pauschale ‚disziplinarische‘ Entlassung nach Wiederkonsum begünstigt.“ (Körkel 2000a, 507).

In bestimmten Fällen kann das Suchthilfesystem also ebenfalls Rückfälle begünstigen. Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn Rückfälle während einer Behandlung zur disziplinarischen Entlassung führen, auf Rückfälle nicht vorbereitet wird oder kein geeigneter Therapieplatz gefunden werden kann. Durch eine Fehlplatzierung, z.B. die Wahl einer ambulanten Kurzzeittherapie bei langjähriger starker Drogenabhängigkeit mit einer Persönlichkeitsstörung, kann von einer

⁵ Co-Abhängigkeit beschreibt das Verhältnis einer nicht süchtigen Person oder einer Gruppe von Personen zu einer süchtigen Person. Dabei ist die Beziehung im Wesentlichen davon geprägt, dass Co-Abhängige der konsumierenden Person helfen wollen, ihre Verhaltensweisen und Unterstützungen aber zu einer Aufrechterhaltung der Sucht beitragen (vgl. Fengler 2000, 91).

„vornherein ungünstigen Prognose“ (Körkel, Kruse 199, 105) ausgegangen werden, da in diesem Rahmen keine adäquate Behandlung möglich sein wird. Die Vorbereitung und der integrative Umgang mit Rückfällen muss im Suchthilfesystem fester Bestandteil sein (vgl. ebd. 104 f.).

5. Einflussfaktoren auf Rückfälligkeit

Angelehnt an die Rückfallentstehungsbereiche von Körkel und Kruse werden im folgenden Kapitel Einflussfaktoren aufgezeigt, die darstellen, in welchen Zusammenhängen ein Rückfall zu betrachten ist. Die Autorin wählte diese Einflussfaktoren auch in Hinblick auf Beobachtungen aus der eigenen Praxis, bei denen bestimmte Lebensbereiche von besonderer Relevanz zu sein scheinen. Ebenfalls zog sie den Faktor der Selbstwirksamkeit aufgrund seiner in der Literatur zugeschriebenen Bedeutung als Einflussfaktor für Rückfälligkeit hinzu.

5.1. Selbstwirksamkeit

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung geht auf den Psychologen Albert Bandura zurück. Nach Bandura ist erfolgreiches Handeln im Wesentlichen von zwei korrelierenden Faktoren abhängig. Zum einen sind dies die eigenen Fähigkeiten, zum anderen die eigene Zuversicht und Überzeugung, diese Fähigkeiten sinnvoll einsetzen zu können. Darüber hinaus „beeinflusst die Zuversicht in die eigene Kompetenz sowohl die *Wahl der eigenen Ziele* als auch das *Durchhaltevermögen* während der Verfolgung dieser Ziele.“ (Jenko 2007, 15). Jemand mit einer hohen Selbstwirksamkeit setzt sich zuversichtlich herausfordernde Ziele und erreicht diese eher als jemand mit einer geringen Selbstwirksamkeit, da er „bei Widerständen nicht so schnell aufgibt.“ (ebd. 15)

Wie bereits dargestellt, geht Marlatt in seiner Theorie vom Rückfallverlaufmodell davon aus, dass die Selbstwirksamkeit wesentlichen Einfluss auf den Rückfallverlauf nimmt. Ob eine Person dazu in der Lage ist, Bewältigungsstrategien zu entwickeln und anzuwenden, ist nach Marlatt von der Selbstwirksamkeit der Person abhängig (vgl. ebd. 17).

Der Einfluss abstinenzbezogener Selbstwirksamkeit konnte bereits in einigen Studien aufgezeigt werden. Burling et al (1989) sowie Solomon und Annis (1990) wiesen nach, dass zwischen dem Ansteigen der Selbstwirksamkeitserwartung während einer Behandlung und der Abstinenz nach der Therapie ein Zusammenhang besteht. So zeigten Burling et al auf, dass Patient*innen mit einer, während der Behandlungszeit angestiegenen Selbstwirksamkeitserwartung ein geringeres Rückfallrisiko aufwiesen als Patient*innen mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung. Auch in der Studie von Solomon und Annis wurde eine Korrelation zwischen der erfassten Selbstwirksamkeit, die sich auf die Kompetenz bezog, dem Drang des Substanzkonsums widerstehen zu können, und der Konsummenge drei Monate nach der Beendigung der Behandlung nachgewiesen (vgl. ebd. 18).

Ebenfalls wurde der Zusammenhang zwischen der erlebten Selbstwirksamkeit und den fünf Phasen des transtheoretischen Modells zur Veränderungsbereitschaft nach Prochaska und DiClemente untersucht. „Demel, Beck, Richter und Reker (2004) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Veränderungsbereitschaft nachweisen. In einer Untersuchung von Sklar, Annis und Turner waren die Selbstwirksamkeitswerte auf dem *Drug Taking Confidence Questionnaire* (Annis & Martin, 1985), einem Verfahren zur Erhebung der Bewältigungszuversicht, für die Probanden, die sich in der Handlungs- und Aufrechterhaltungsphase befanden, am höchsten ausgeprägt“ (ebd. 20).

Da die Selbstwirksamkeit ein subjektiv beurteiltes Konstrukt bleibt, ist die Selbsteinschätzung der Klient*innen aussagekräftig und von hoher Relevanz. Demmel weist in diesem Kontext darauf hin, dass sich die Einschätzungen über die subjektiv erlebte Selbstwirksamkeit bei abstinenten Personen im Verlauf des ersten Jahres ähneln. Bei rückfällig gewordenen Klient*innen hingegen zeigt sich eine Dichotomie. Demmel unterscheidet zwischen „Pessimisten“ und „Optimisten“ (Demmel 2002, 454), die sich unter anderem stark in dem Verarbeitungsprozess eines Rückfalls unterscheiden. Während die Pessimisten nach Demmel emotional labiler sind, können sie Rückfallrisiken besser bewerten als Optimisten. Diese hingegen neigen zu einer unrealistischen Einschätzung der Situation und Selbstüberschätzung (vgl. ebd. 454 f.). Zweifelsohne bleibt es eine Aufgabe der Suchtbehandlungseinrichtungen, (ehemaligen) Drogenkonsument*innen zu einer realistischen und förderlichen Selbsteinschätzung zu verhelfen.

5.2.Arbeitslosigkeit

Nach Körkel und Kruse kann die Arbeitslosigkeit als ein Einflussfaktor für Rückfälligkeit in den Bereich der rückfälligen Person eingeordnet werden. So kommt „der Beschäftigung [...] insofern eine besondere Rolle zu, als sie nicht nur wünschbarer Effekt einer Behandlung und Indikator für deren Erfolg, sondern zugleich ein wesentliches Element der Behandlung selbst ist. Ihre Bedeutung für die Rehabilitation liegt unter anderem darin, dass sie als legale Einkommensquelle fungiert, das Selbstwertgefühl fördert und den Rückzug von kriminellen Aktivitäten begünstigt“ (Dobler-Mikola et al. 2000, 34).

Dobler-Mikola macht hiermit deutlich, dass die Vermittlung in Arbeit während einer Drogenrehabilitation über das Ziel der Kostenträger, die Arbeitskraft wiederherzustellen, hinausgeht und darauf nicht reduziert werden sollte. Die (Wieder-) Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses ist vielmehr ein stabilisierender Faktor, durch den das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität gesteigert werden können.

Demgegenüber steht jedoch die hohe Arbeitslosenquote von Drogenkonsument*innen. Nach dem aktuellen Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik⁶ findet sich die höchste Arbeitslosenquote bei den Opioidkonsument*innen. Dies waren in ambulanten Einrichtungen 59%, in stationären Einrichtungen 67%. Die nächsthöchste Arbeitslosenquote weisen Konsument*innen von Stimulanzien⁷ (ambulant: 43%, stationär: 60%) und Kokain (ambulant: 38%, stationär: 57%) auf (vgl. Steppan, Brand et al. 2013, 21 f.).

Zieht man vergleichsweise die allgemeine Arbeitslosenquote der Bundesrepublik hinzu, die im Jahr 2012 bei 6,8% lag, wird deutlich, vor welcher Herausforderung die Suchthilfe steht (vgl. Statistika). So macht Henkel darauf aufmerksam, dass sich „die Arbeitslosigkeit [...] zu einer der größten Herausforderungen entwickelt, mit denen sich die Suchtrehabilitation gegenwärtig konfrontiert sieht“ (Henkel, Zemlin 2005, 154).

Obwohl die Arbeitslosenquote von Opioid-, Stimulanzien- und Kokainkonsument*innen sehr viel höher ist als die der Alkoholkonsument*innen, gibt

⁶ Die Deutsche Suchthilfestatistik bezieht sich auf Daten von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen, welche ihre Arbeit nach den Vorgaben des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe dokumentieren. Im Erhebungsjahr 2012 waren dies 794 ambulante und 198 stationäre Einrichtungen (vgl. Steppan, Brand et al. 2013, 4).

⁷ Zu Stimulanzien werden Stoffe gezählt, welche eine aufputschende Wirkung gemein haben. Dies sind beispielsweise Amphetamine und Methamphetamine (vgl. Gerring, Zimbardo 2008, 186).

es bis heute kaum Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Rückfall von Konsument*innen der sogenannten harten Drogen befassen. Lindenmeyer zeigt anhand von Katamnesestudien⁸ auf, „dass der Zeitpunkt für Rückfälle bei arbeitslosen Patienten signifikant früher liegt wie bei erwerbslosen [sic! gemeint ist *erwerbstätig* Anm. d. Verf.] Patienten: Der Anteil von Rückfällen innerhalb der ersten 3 Monate nach Entlassung lag bei arbeitslosen Patienten etwa doppelt so hoch wie bei erwerbstätigen Patienten“ (Lindenmeyer 2005, 55). So waren von 183 rückfälligen Patient*innen 60,8% arbeitslos bei der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme und nur 36,5% erwerbstätig.

Henkel beziffert das Rückfallrisiko bei Alkoholkonsument*innen für Arbeitslose zweifach höher als für Erwerbstätige. Er zeigte auf, dass arbeitslose Alkoholpatient*innen nicht nur häufiger rückfällig wurden, sondern auch wesentlich häufiger in frühere massive Konsummuster zurückfielen als Erwerbstätige (vgl. Henkel 2008, 221f.).

Aktuelle Studien, die den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Rückfälligkeit von Drogenkonsument*innen anderer Drogen untersuchen, wären wünschenswert. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass bei Konsument*innen harter Drogen eine ähnliche, wenn nicht sogar ausgeprägtere Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfälligkeit besteht als bei Alkoholabhängigen. Nicht zuletzt durch die deutlich höhere Arbeitslosenquote von Drogenabhängigen verschärft sich diese Thematik.

Die Integration in Arbeit innerhalb einer Therapie kann mit Blick auf den Arbeitsmarkt kaum zufriedenstellend bewältigt werden. Thiel, Ackermann und Prinzleve erhoben die Rehabilitationsergebnisse von 766 Therapiebeender*innen in Hamburg unter dem Gesichtspunkt der Integration in Arbeit. Demnach gelang es zwar 86% der Patienten*innen nach fünf Monaten wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, aber die Autoren weisen darauf hin, dass eine qualitative Verschlechterung stattfindet. „Sehr viel weniger besuchten eine Schule, deutlich mehr nahmen an Vorbereitungskursen teil. [...] Gleichermaßen sind auf dem normalen Ausbildungsmarkt wie auch bei alternativen Beschäftigungsträgern die Berufsausbildungsangebote für Jüngere erheblich reduziert worden und in jüngster Zeit werden Umschulungen nahezu nicht mehr bewilligt. Während die Rentenversicherungsträger in wachsendem Maße Wert auf die reale berufliche

⁸ Der Katamnesezeitraum lag dabei bei einem Jahr, über einen Studienzeitraum von sechs Jahren.

Eingliederung legen und sogar überlegt wird, Erfolge in diesem Bereich besonders zu honorieren, werden durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die für die Rehabilitanden zu überwindenden Mauern deutlich höher.“ (Thiel et al. 2004, 187f.)

Um der hohen Arbeitslosigkeit entgegenwirken zu können, bedarf es demnach nicht nur besonderer Leistungen von Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen, sondern darüber hinaus müssten strukturelle Veränderungen des Arbeitsmarktes erfolgen, die einen Berufseinstieg oder Wiedereinstieg ermöglichen und vor prekären Arbeitsverhältnissen schützen.

5.3.belastende Lebenssituationen

Ein weiterer Einflussfaktor für Rückfälligkeit kann das Auftreten von belastenden Lebenssituationen sein. Diese können sich unmittelbar auf den Therapieverlauf auswirken und führen häufig zu vorzeitigen Therapiebeendigungen.

Thiel und Szymalla werteten in ihrer Studie die Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen auf die Therapieergebnisse aus. Untersucht wurden dabei 188 Therapiebeender*innen, die in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft lebten. Als belastende Lebenssituationen wurden definiert:

1. „Vater bzw. Eltern unbekannt,
2. aufgewachsen mit nur einem Elternteil / ohne Eltern,
3. Trennung der Eltern bis 16. Lebensjahr,
4. mindestens ein Elternteil suchtmittelabhängig,
5. Heimaufenthalte / öffentliche Erziehung,
6. häufiger Wechsel des Wohnortes in Kindheit / Jugend,
7. Tod enger Bezugspersonen,
8. schwere körperliche Gewalterfahrungen,
9. sexuelle Gewalterfahrungen,
10. Suizidversuche,
11. Haftaufenthalte,
12. Psychiatrieaufenthalte,
13. Prostitution,
14. eigene schwere Gewaltausübung,
15. andere belastende Erfahrungen (u.a. Unfälle, schwere Erkrankungen, Miterleben von Gewalttaten).“ (Thiel, Szymalla 2006, 127)

Bei der Studie zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Art der Therapiebeendigung (regulär vs. vorzeitig) und dem Vorhandensein belastender Lebenssituationen. So blieben z.B. Klienten*innen ohne schwere körperliche Gewalterfahrungen, Hafterfahrungen oder Suizidversuchen durchschnittlich zwei Monate länger in Therapie. Die Wahrscheinlichkeit, die Therapie regulär zu beenden ist bei dem Fehlen von körperlichen Gewalterfahrungen dreimal erhöht. So beendeten nur 33% der Klienten*innen mit schwerer körperlicher Gewalterfahrung die Therapie regulär. Bei vorhandenen Hafterfahrungen lag die Abbruchquote bei 62% und bei vorangegangenen Suizidversuchen bei 65% (vgl. ebd. 127 ff.)⁹.

Bei der Studie von Thiel und Szymalla bleibt zu bemängeln, dass sich diese Ergebnisse lediglich auf die Erhebung in einer Einrichtung beziehen, dennoch kann „die Hypothese formuliert werden, dass die Häufung belastender Lebensereignisse in der Biographie Drogenabhängiger mit schlechteren Therapieergebnissen in der stationären Drogentherapie einhergeht“ (ebd. 130f.).

Durch die hier aufgezeigten hohen Abbruchquoten und die damit zusammenhängende steigende Rückfallwahrscheinlichkeit wird deutlich, dass das Suchthilfesystem die Bearbeitung der belastenden Lebenssituationen in den Blick nehmen muss. Ob die Etablierung entsprechender spezialisierter Hilfeangebote für das besonders belastete Klientel Hilfe sein kann, bleibt zu untersuchen.

5.4.vorzeitige Therapiebeendigung

Trotz der Bereitstellung von Hilfeeinrichtungen, die auf die individuellen Ausgangslagen der Konsument*innen abgestimmt sind, ist eine durchweg hohe Abbruchquote von Drogentherapien zu verzeichnen, die vor allem in den stationären Bereichen des Suchthilfesystems zu finden ist. Zu dieser Thematik wird in der Literatur immer wieder auf einen Überblick von Roch et al (1992) verwiesen, bei dem die Abbruchquote von Drogenkonsument*innen in einer Drogenlangzeittherapie bei 70% bis 80% liegt (vgl. Kufner 2001, 562). Fast zehn Jahre später konnte Kufner in einer Erhebung von 9.000 Drogenkonsument*innen in 40 Kliniken nach wie vor eine Abbruchquote von 72% aufzeigen. In der aktuellsten Suchthilfestatistik von 2013 werden deutliche geringere Abbruchquoten ermittelt. Dabei wiesen Opioidkonsument*innen im stationären Bereich unplanmäßige Beendigungen von 42%

⁹ Ebenfalls zeigte sich, dass Klienten*innen ohne schwere körperliche Gewalterfahrungen häufiger in Arbeit oder Ausbildung integriert werden konnten.

und Kokainkonsument*innen von 35% auf (vgl. Steppan, Brand et al. 2013, 38 f.). Dieser enorme Rückgang von Therapieabbrüchen in der Statistik könnte damit erklärt werden, dass ein stationär auftretender Rückfall nicht mehr kategorisch zu einer disziplinarischen Entlassung führt, sondern in den Therapieprozess integriert wird.

Erstrebenswert wären Untersuchungen zu aussagekräftigen Gründen für Therapieabbrüche. Bislang kann dabei lediglich auf Kufner et al (1994) verwiesen werden. In einer Vergleichsstudie bezogen sie 34 Therapieeinrichtungen mit ein und erhoben Daten über Abbruchgedanken der Klient*innen in Bezug auf die Unzufriedenheit innerhalb der Therapien und Einrichtungen. 42,2% der Klientel äußerten generellen Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Therapie, 32,3% waren unzufrieden mit den vorgegebenen Regeln oder den Hausordnungen, 28,9% gaben an, nicht mit dem Therapiekonzept einverstanden zu sein, 26,6% waren unzufrieden aufgrund der räumlichen Enge innerhalb der Einrichtung, 18,6% gaben Sanktionen wegen Regelverstößen als Ursache für Abbruchsgedanken an. 18,5% der Klient*innen waren zuversichtlich auch ohne Therapie abstinent leben zu können (vgl. Kufner 1994, 90). An der Erhebung wird deutlich, wie viel Einfluss sowohl die äußeren als auch die inneren Rahmenbedingungen einer Therapieeinrichtung auf den Therapieverlauf haben.

In Bezug auf den Einfluss für einen möglichen Rückfall konstatierten Roch et al, „dass den höchsten Vorhersagewert für einen Rückfall ein Therapieabbruch hat [...]“ (Bühler 2009, 8). Körkel und Bühringer weisen in diesem Zusammenhang ebenfalls darauf hin, dass nach einem vorzeitigen Abbruch der Therapie die Aufnahme ehemaliger massiver Konsumgewohnheiten höchstwahrscheinlich ist. Dabei scheint die Form des Abbruchs, das heißt ob der Abbruch durch eigene Motivation oder disziplinarisch durch die Klinik bedingt war, keinen Einfluss auf das Rückfallgeschehen zu haben (vgl. ebd. 8).

Es bleibt zu erwähnen, dass der Zeitpunkt des Therapieabbruchs ebenfalls eine Rolle spielt. So verweist Kufner darauf, dass ein Therapieabbruch erst nach einer Behandlungsdauer von mindestens sechs Monaten zu einem Anstieg des katamnesticen Therapieerfolgs kam (vgl. Kufner 2001, 563).

5.5. Direkte Anbindung an Nachsorgeeinrichtungen

„In der Rückfallforschung wurde für die verschiedenen psychotropen Substanzen [...] einheitlich aufgezeigt, daß die ersten 3-6 Monate nach Behandlungsende die Zeit des größten Erstrückfallrisikos darstellen. Man kann sich dementsprechend darauf einstellen, daß Rückfälle nach Abschluß der Behandlung bzw. beim Übergang zwischen Behandlungssystemen (z.B. stationärer Therapie und Nachsorge) besonders wahrscheinlich sind“ (Körkel 2000a, 505). Aufgrund der Tatsache, dass die meisten Rückfälle in den ersten Monaten nach einer Entwöhnungstherapie stattfinden und den empirischen Belegen, „dass die regelmäßige Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre Behandlung dem Auftreten von Rückfällen vorbeugt“ (Körkel 2000b, 301), stellt sich die Frage, wie viele Therapiebeender*innen Nachsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen. Da der Begriff der Nachsorge nicht nur auf Nachsorgemaßnahmen im Sinne von staatlich finanzierten Leistungen begrenzt ist, ist es schwierig, genaue Aussagen darüber zu treffen. Der Begriff der Nachsorge umfasst ebenfalls die Teilnahme an Selbsthilfegruppen, ambulanter Suchtberatung, „oder auch das kontinuierliche Gespräch mit einer anderen Person des Vertrauens wie dem Hausarzt.“ (ebd. 301) Körkel verweist jedoch darauf, dass in Deutschland über die Hälfte der Alkoholabhängigen nach einer Entwöhnungsbehandlung überhaupt keine Nachsorgeangebote in Anspruch nimmt (vgl. ebd. 301).

Den positiven Einfluss von Nachsorgemaßnahmen auf das Rückfallgeschehen weisen unter anderem Studien von Chvapil et al 1978, Costello 1980 oder Ahles et al. 1983 nach. Allerdings bedarf es hier aktuelleren Studien, die das Feld der Abhängigen von illegalisierten Drogen und Nachsorge untersuchen. Es konnte aufgezeigt werden, dass Nachsorge nur dann effektiv ist, wenn die Teilnahme an Nachsorgeangeboten regelmäßig und über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten stattfindet (vgl. Körkel 1988, 92f.). Dabei wird die Effektivität der Nachsorge nicht daran gemessen, ob jemand überhaupt erneut konsumiert hat, sondern ob frühere Konsumverhaltensmuster wieder dauerhaft aufgenommen werden oder nicht. Küfner konnte nachweisen, dass 56% derjenigen, die nach einer Therapie erneut konsumierten, sich jedoch einer Selbsthilfegruppe anschlossen, nach vier Jahren (wieder) abstinent lebten. Bei denjenigen, die sich nach einem Rückfall keiner Gruppe anschlossen, waren es hingegen nur 30% (vgl. Körkel 2000b, 302).

Die Teilnahme an einer Nachsorgemaßnahme nach einer Entwöhnungsbehandlung beeinflusst also nicht nur, ob jemand überhaupt erneut konsumiert, sondern im Wesentlichen die Rückfallschwere und den Umgang mit diesem.

5.6. Soziale Einbindung

Als ein wesentlicher Einflussfaktor für die Rückfälligkeit kann im Bereich des sozialen Kontextes der Klient*innen das Maß der sozialen Integration geltend gemacht werden.

Havassy et al (1992) untersuchten in ihrer US-amerikanischen Studie den Zusammenhang zwischen sozialer Einbindung und Rückfälligkeit bei Opioid-, Nikotin- und Alkoholkonsument*innen. Die Katamnesestudie fand in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach erfolgreichem Abschluss der Entwöhnungsbehandlung statt. Die soziale Einbindung wurde unter anderem daran gemessen, ob jemand in Kontakt zu Verwandten stand, in einen festen Freundeskreis integriert war oder einen Lebenspartner hatte. Dabei konnte eine signifikante Korrelation zwischen dem Grad an sozialer Integration und der Rückfälligkeit aufgezeigt werden. Während Personen mit einer geringen sozialen Einbindung zu 90% rückfällig wurden, wurden Personen mit einer hohen oder mittleren sozialen Einbindung lediglich zu 54 bzw. 61% rückfällig. Signifikante Unterschiede zwischen den Suchtmitteln konnten nicht aufgezeigt werden (vgl. Körkel 1997. 101 f.).

Die Bado e.V.¹⁰ ergab beispielsweise für Opioidkonsumenten*innen, dass der Anteil der Personen, welche noch cleane Kontakte besitzen mit anhaltendem Drogenkonsum immer mehr abnimmt. Der Anteil der Klienten*innen, welche noch regelmäßig Clean-Kontakte pflegen konnten lag bei denjenigen, die erst seit Kurzem betreut wurden, bei 32%. Bei Personen die bereits ein Jahr oder länger betreut wurden, hatten lediglich 18% Kontakt zu mindestens einer cleanen Person (vgl. Bado e.V. 2012, 45).

Leonhardt und Mühler machen in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass die soziale Desintegration ein festes Merkmal von chronischen Mehrfachabhängigen ist. „Soziale Auffälligkeit äußert sich letztlich darin, dass Einrichtungen sich um eine Person kümmern beziehungsweise Kontakt zu ihr aufnehmen, um deren Lebensgrundlagen zu sichern. Dieser institutionsbezogener Auffälligkeit geht eine

¹⁰ Die Basisdokumentation wird in Hamburg jährlich erhoben. Insgesamt nahmen 58 Hamburger Suchthilfeeinrichtungen an der Bado 2012 teil.

generelle Auffälligkeit im sozialen Nahbereich des Abhängigen voraus.“ (Leonhardt, Mühler 2010, 25) Durch die Manifestierung des Konsums kommt es häufig zur Zunahme abweichender Verhaltensweisen in Bezug auf Sitten- und die Rechtsnormen. Bei Drogen wie Heroin, Crack und Kokain folgen durch die Illegalisierung unmittelbar Verstöße gegen Rechtsnormen. Aber auch Ordnungswidrigkeiten bedingen zunehmend die soziale Ausgrenzung. Insbesondere Städte definieren auffälliges Verhalten durch Betteln oder Herumlungern als Ordnungswidrigkeit und begegnen diesem mit Sanktionen. „Abgesehen davon, dass der Bruch von Rechtsnormen und dessen Intensität Desintegrationsprozesse beschleunigt, zerstört abweichendes Verhalten gegenüber Sittennormen vor allem die sozialen Beziehungen eines Menschen auf zunächst unbemerkte aber stetige Weise. Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit, Unbeherrschtheit, unangemessene Äußerungen oder Reaktionen, Beleidigungen, Streitlust usw. sind Verhaltensweisen, denen mit Sittennormen entgegengewirkt wird. [...] Die Verminderung dieser Kontrollen verstärkt das Auftreten und die Intensität abhängigkeitsbedingten abweichenden Verhaltens, wodurch die Wahrscheinlichkeit sozialer Auffälligkeit ebenfalls steigt.“ (Leonhardt, Mühler 2010, 25)

Aufzuzeigen, durch welche gesellschaftlichen Strukturen und Mechanismen abhängige Menschen marginalisiert werden, ist im Rahmen dieser Arbeit leider nicht möglich. Dennoch sollte deutlich geworden sein, inwieweit langjährige Drogenabhängigkeit zu sozialer Desintegration führt und dass diese letztlich einen Ausstieg aus der Sucht erschwert.

6. Zwischenresümee

Basierend auf die vorangegangene Auseinandersetzung mit dem theoretischen und empirischen Befund zum Phänomen der Rückfälligkeit können einige zusammenfassende Aussagen getroffen werden.

Prochaska und DiClemente zeigen deutlich auf, dass Rückfälle im Veränderungsprozess als eine häufig vorkommende Phase verstanden werden können und ein zu integrierender Bestandteil im Prozess sind. Dass sich diese Veränderungen immer über einen längeren Zeitraum hinweg vollziehen, macht die Prozesshaftigkeit vom Weg aus der Abhängigkeit deutlich. Ein Rückfall muss dabei keineswegs bedeuten wieder ganz am Anfang zu stehen. Vielmehr ergibt sich durch

einen Rückfall die Möglichkeit neue Strategien zu entwickeln und ihn als lehrreiche Erfahrung für die Zukunft zu nutzen. Resultierend daraus ist die Etablierung des Rückfalls als Prozessbestandteil in der Suchtbehandlung von wesentlicher Bedeutung.

Durch das Rückfallverlaufsmodell nach Marlatt wurde verständlich, dass nicht jeder Rückfall die Wiederaufnahme früherer Konsumgewohnheit zur Folge haben muss. Marlatt unterscheidet dafür zwischen lapse und relapse. Dabei ist für ihn der Abstinenzverletzungseffekt von wesentlicher Bedeutung für den Rückfallverlauf. Denn ob eine Person den Bruch der eigentlich angestrebten Abstinenz auf individuelles Versagen oder ungünstige äußere Bedingungen zurückführt, scheint den Rückfallverlauf wesentlich zu beeinflussen. Auch hier wird deutlich, dass die Verortung des lapse als ‚Ausrutscher‘ der Person hilft, alte Konsumgewohnheit nicht wieder aufzunehmen.

Betrachtet man die Erkenntnisse über die Entstehung von Rückfällen, wird deutlich, dass sich ein Rückfall immer erklären lässt und nicht „vom Himmel fällt“ (Körkel 1988, 95). Dabei können drei wesentliche Entstehungsbereiche unterschieden werden: die rückfällige Person, der soziale Kontext und das Suchthilfesystem. In allen Bereichen können Faktoren auftreten, die dem Entstehen eines Rückfalls zuträglich sind. Rückfälle sind also keinesfalls das Versagen des Einzelnen, sondern multifaktoriell begründbar.

Basierend auf diese Erkenntnisse wurden in der vorliegenden Arbeit zudem relevante Einflussfaktoren für die Rückfälligkeit aufgezeigt. Verschiedene Studien wiesen die Bedeutung der Selbstwirksamkeit, sowohl für die Entstehung und den Verlauf von Rückfällen, als auch für die Stabilisierung in den Veränderungsphasen des Transtheoretischen Modells nach. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit setzten sich höhere Ziele, waren zuversichtlicher diese zu erreichen und zeigten mehr Durchhaltevermögen bei Widerständen. Eine hohe Selbstwirksamkeit darf nicht mit Selbstüberschätzung verwechselt werden und es bedarf der Unterstützung der Klient*innen bei einer realistischen, sich konstruktiv auswirkenden Selbsteinschätzung beziehungsweise Selbstwahrnehmung.

Ebenfalls stellt die hohe Arbeitslosenquote, insbesondere bei Opioid- und Kokainkonsument*innen, eine enorme Herausforderung an die Suchthilfe dar. Es konnte aufgezeigt werden, dass Arbeitslose eher rückfällig werden und häufig wieder alte massive Konsumgewohnheiten aufnehmen. Verstärkt wird diese Problematik

durch die strukturelle Beschaffenheit des Arbeitsmarktes, die eine Vermittlung der Klient*innen in den ersten Arbeitsmarkt so gut wie unmöglich erscheinen lässt.

Das Vorhandensein belastender Lebenssituationen, vor allem erlebte körperliche Gewalterfahrungen, Hafterfahrungen und/oder Suizidversuche, scheinen einem vorzeitigen Therapieabbruch ebenso zuträglich zu sein. An dieser Stelle bedarf es dem Ausbau spezieller Hilfeangebote. Ein Therapieabbruch geht mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem massiven Rückfall einher. In den letzten Jahren konnte ein deutlicher Rückgang an vorzeitigen Therapiebeendigungen verzeichnet werden. Der Rückgang der Abbruchzahlen könnte darauf hinweisen, dass ein Rückfall während einer Therapie nicht mehr kategorisch zum Ausschluss aus der Maßnahme führt, sondern mit der Rückfälligkeit gearbeitet wird.

Darüber hinaus ist die positive Einflussnahme von Nachsorgeangeboten empirisch unbestritten. Aufgeführte Studien zeigen, dass die regelmäßige Teilnahme nicht nur Rückfällen vorbeugt, sondern auch einen positiven Einfluss auf den Verlauf und die Schwere von Rückfällen nimmt. Jedoch scheint nur ein Bruchteil der Therapieabsolvent*innen Nachsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Dies könnte u.a. auf fehlende Plätze in ambulanten Nachsorgeeinrichtungen oder fehlende Vermittlungsbemühungen seitens der Therapieeinrichtungen hindeuten.

Abschließend wurde die soziale Einbindung der abhängigen Person als Einflussfaktor aufgeführt. Eine langjährige Drogenabhängigkeit führt in der Regel zu einer Desintegration oder gar Marginalisierung der abhängigen Person, was den Ausstieg aus einer Sucht erheblich erschwert. Bewiesen wurde, dass Drogenabhängige mit einer geringen sozialen Einbindung signifikant häufiger von Rückfällen betroffen sind als Personen mit mittlerer oder hoher sozialer Einbindung. Daraus resultiert, dass die soziale (Re-)Integration als ein wesentlicher Aufgabenbereich von Rehabilitationsmaßnahmen in der Drogenhilfe intensiver Beachtung finden muss.

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird ein Blick in die Praxis geworfen um herauszustellen, inwieweit die Ergebnisse der theoretischen Auseinandersetzung dieser Arbeit in der Praxis Beachtung finden. Signifikanz für den Abgleich zwischen Theorie und Praxis erscheinen Therapieeinrichtungen, da davon ausgegangen werden kann, dass in ihnen das Thema Rückfälligkeit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Darüber hinaus wurde eine ambulante Nachsorgeeinrichtung für die

Praxisbetrachtung ausgewählt, da der Nachsorge in der Literatur durchweg ein positiver Einfluss auf die Rückfälligkeit zugeschrieben wurde.

7. Vorgehen der empirischen Untersuchung

In den folgenden Unterpunkten soll kurz das Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Interviews beleuchtet werden.

7.1. Untersuchungsfrage

In diesem Teil der Arbeit wird untersucht, inwieweit die an einen Rückfall geknüpften aufgezeigten Bedingungen in der praktischen Arbeit Berücksichtigung finden. Dabei lautet die konkrete Forschungsfrage:

Wie werden Rückfälle in der Arbeit mit Drogenkonsument*innen beurteilt und worin werden zentrale Aspekte der Rückfälligkeit gesehen?

Es werden somit zwei Themenbereiche in der Untersuchung erfragt. Zum einen wird durch die Untersuchung herausgestellt, mit welchem Rückfallverständnis in der Praxis umgegangen wird. Dabei ist sowohl die Bedeutung des Rückfalls für die Professionellen als auch die Bedeutung für die Klient*innen wichtig. Ziel ist es, Aufschluss darüber zu erlangen, ob der Umgang mit Rückfällen einen Wandel erlebt hat und in den Hilfeprozess integriert wurde. Außerdem stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß eine Diskrepanz bei der Wahrnehmung von Rückfall zwischen Betroffenen und Professionellen besteht.

Zum anderen werden basierend auf der praktischen Erfahrung der Interviewpartner*in bereits aufgezeigte rückfallbeeinflussende Faktoren beurteilt und weitere Faktoren angeführt.

7.2. Auswahl der Forschungsmethoden

Als Erhebungsmethode wurde das Experteninterview gewählt, da es sich als qualitative Forschungsmethode besonders eignet um subjektive Einstellungen in Erfahrung zu bringen. Dabei beschreibt der Expertenbegriff *„die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“* (Gläser, Laudel 2010, 12). Wesentlich ist dabei die Rekonstruktion einer sozialen Situation, die durch das Interviewen des/der Expert*in erschlossen werden

soll (vgl. ebd. 13). Für diese Arbeit wurden Expert*innen gewählt, die aufgrund langjähriger beruflicher Erfahrung und Qualifikation Experte*in sind. Gestützt wurde das Interview durch einen Leitfaden.

Die Auswertung des Materials erfolgte durch eine qualitative Inhaltsanalyse. Diese ermöglicht durch eine flexible Kategorien-Bildung und gewissenhafte Codierung, d.h. Einteilung in zuvor gebildete Kategorien, eine Reduzierung der Datenmenge auf informative Elemente des Interviews. Die Vorgehensweise war dabei wie folgt:

Durch das genaue Lesen der Transkripte, unter Berücksichtigung der eigenen theoretischen Vorkenntnisse, wurden die Transkripte auf „vorkommende Themen und deren einzelne Aspekte“ (Schmidt 2000, 449) hin untersucht. Dabei wird dem offenen Interviewleitfaden in dem Sinne Rechnung getragen, als dass die chronologische Reihenfolge nicht beachtet, sondern die Textpassagen thematisch zugeordnet wurden (vgl. ebd. 450). Auf Basis der gefundenen Themen und Aspekte wurden zunächst vage Auswertungskategorien gebildet, die anschließend zu einem Codierleitfaden zusammengestellt wurden. Danach erfolgte die Codierung, bei der das Interviewmaterial nach und nach in die Kategorien eingeteilt wurde, wodurch eine sinnvolle und übersichtliche Ordnung des Materials erreicht wurde. Anhand dieser Kategorien folgte die anschließende Analyse.

7.3. Auswahl der Interviewpartner*in

Die Auswahl der Expertin und des Experten erfolgte unter der Berücksichtigung von Gläser und Laudel. Demnach fanden zunächst Vorüberlegungen dazu statt, welche Einrichtungen über die nötigen Informationen verfügen können (vgl. Gläser/Laudel 2010, 117). Dies geschah mit Berücksichtigung auf die Fragestellung von Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit von Drogenkonsument*innen und der Bedeutung und Verortung von Rückfällen in der Praxis. Zwar kann nicht immer davon ausgegangen werden, dass alle Patienten*innen von Rehabilitationsmaßnahmen einen langfristigen Abstinenzwunsch besitzen, dennoch kann festgehalten werden, dass spätestens hier das Thema der Rückfälligkeit für alle Rehabilitand*innen in den Fokus rückt.

Die Fachklinik Hamburg-Mitte geht in ihrem Konzept ausführlich auf das Phänomen der Rückfälligkeit ein. Darüber hinaus werden in der Rehabilitationsbehandlung der

Fachklinik einige der im theoretischen Diskurs zusammengetragenen Einflussfaktoren mit den Patienten*innen bearbeitet, wodurch die Durchführung eines Experteninterviews in dieser Einrichtung sinnvoll erschien.

Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst über Email an eine allgemeine Email-Adresse. Nach einem Telefonat wurde das Thema in einer Dienstbesprechung dem Team der Fachklinik vorgestellt und überlegt, wer als Interviewpartner*in in Frage kommen würde. Aufgrund langjähriger Erfahrung im Bereich der stationären Drogentherapie und der Leitung von Bezugsgruppen, erklärte sich Frau Giffhorn, Diplom Psychologin in der Fachklinik Hamburg-Mitte, für ein Interview bereit.

Darüber hinaus wurde es von der Autorin für sinnvoll erachtet, ein Interview mit einem Experten aus dem Bereich der Nachsorge durchzuführen, da sich die Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen für äußerst rückfallpräventiv herausgestellt hatte. Die Kontaktaufnahme erfolgte ebenfalls zunächst über eine allgemeine Email-Adresse des Vereins „jugend hilft jugend“ in Hamburg. Da darauf zunächst nicht reagiert wurde, wurde auf persönliche Nachfrage die Email-Adresse des Leiters der ambulanten Nachsorge mitgeteilt. Durch weiteren Email-Kontakt erklärte sich Diplom Sozialpädagoge Herr Heer-Rodiek ebenso für ein Interview bereit. Herr Heer-Rodiek begleitet seit circa 25 Jahren, mit Ausnahme einer ungefähr fünf jährigen Pause, Menschen in der ambulanten Nachsorge. Darüber hinaus ist er als Leiter der ambulanten Nachsorge, sowie Leiter des „Hamburger Fortbildungsinstitutes für Drogen und Aids“ tätig.

7.4. Entwicklung und Erläuterung des Leitfadens

Bei der Entwicklung des Leitfadens wurden ausgehend von der Untersuchungsfrage zwei Themenblöcke gebildet. Das Experteninterview begann jeweils mit einem kurzen Teil zu formalen Angaben über den/die Interviewpartner*in (Anhang II, 2f.). Die Fragen wurden mit Hinblick auf die vorhergegangene Literatur- und Studienrecherche, sowie auf die ausführliche Auseinandersetzung mit den Konzeptionen der Einrichtungen entwickelt. Dabei wurden die Fragen offen und neutral formuliert um den Einfluss auf den/die Interviewpartner*in möglichst gering zu halten. Weitergehende Konkretisierungen wurden in Stichworten hinter der Frage aufgenommen und sollten nur im Bedarf eingeworfen werden. Der Interviewleitfaden wurde lediglich als Orientierung genutzt. Ziel war es, durch die offenen Fragen einen

natürlichen Gesprächsverlauf zu erreichen, der aufgrund einer festen Reihenfolge hätte gestört werden können. Spontane Fragen, die sich während des Gesprächs ergaben, haben somit ebenfalls Platz gefunden ohne den Interviewfluss zu stören. Aufgrund der konzeptionellen und institutionellen Unterschiede der beiden Einrichtungen war es nötig, zwei Leitfäden zu entwickeln. Dabei wurde darauf geachtet, lediglich die konzeptionellen und institutionellen Unterschiede zu berücksichtigen, dabei aber die gleichen Themen beizubehalten. Im abschließenden Teil des Interviews wurden dem/der Interviewpartner*in jeweils Raum gegeben, eigene Überlegungen zur Fragestellung einzubringen.

7.5.Durchführung

Das erste Interview fand mit Frau Giffhorn in ihrem Büro statt. Das Aufnahmegerät wurde erst nach dem allgemeinen Teil eingeschaltet. Da Frau Giffhorn vor der Interviewdurchführung das Zusenden des Leitfadens nicht ausdrücklich wünschte, wurde ihr dieser zur Orientierung vor dem Interview vorgelegt. Während des Interviews herrschte eine angenehme und gesprächsbereite Atmosphäre. Durch das eigene Büro gab es keine Störungen im Interviewverlauf. Während des Interviews aufkommende Fragen wurden notiert und anschließend gestellt, um den Gedanken- und Redefluss der Interviewpartnerin nicht zu unterbrechen. Insgesamt dauerte das Interview 48 Minuten und 52 Sekunden.

Das zweite Interview fand mit Herrn Heer-Rodiek in seinem Büro statt. Der Leitfaden wurde ihm zur Orientierung vorgelegt. Aufgrund starker Hitze wurde ein Fenster geöffnet, wodurch es zu einem stetigen Hintergrundgeräusch kam, was während des Interviews von der Interviewerin als etwas irritierend empfunden wurde. Darüber hinaus verlief das Interview jedoch ebenfalls ohne äußere Störungen. Wie im ersten Interview wurden neue aufkommende Fragen anschließend gestellt um den Interviewpartner nicht zu unterbrechen. Das zweite Interview dauerte 39 Minuten und 22 Sekunden.

7.6.Nachbereitung

Direkt nach den Interviews wurde ein Gedächtnisprotokoll erstellt um möglichst unverfälschte Angaben über die Atmosphäre und eventuelle Störungen zu machen.

Mit der Interviewpartnerin und dem Interviewpartner wurde abgesprochen, dass eventuelle Rück- oder Verständnisfragen telefonisch oder per Email beantwortet werden können, worauf die Interviewerin bei Frau Giffhorn zurückkam.

Die Transkription der Interviews erfolgt jeweils einen Tag nach der Durchführung um das Gespräch durch die noch frischen Eindrücke möglichst unverfälscht aufzuschreiben. Dabei wurden folgende Regeln beachtet: Emotionen, sowie Lacher oder Seufzer wurden in Klammern eingefügt. Gedankenabbrüche wurden durch „ / “ gekennzeichnet. Pausen wurden durch (.) für eine Sekunde, (..) für zwei Sekunden und (...) für drei oder mehr Sekunden kenntlich gemacht. Überschneidungen von Interviewpartnerin, Interviewpartner und Interviewerin zeigen sich durch „ // “. In den Transkripten steht „I“ für Interviewerin und „B“ für Befragte bzw. Befragten.

8. Ergebnisse der Interviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews anhand verschiedener Kategorien dargestellt. Die Entwicklung der Kategorien, sowie die Zuordnung des Materials in die jeweiligen Kategorien, erfolgte über die Auswertung der Transkripte unter der Berücksichtigung der Untersuchungsfrage. Durch die sorgfältige und gewissenhafte Bearbeitung des Interviewmaterials konnte das Material reduziert werden, ohne einen bedeutsamen Informationsverlust befürchten zu müssen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt thematisch und nicht chronologisch. Durch den offenen Charakter des Experteninterviews kam es oft vor, dass Themen später im Gesprächsverlauf noch einmal zur Sprache kamen und somit eine chronologische Darstellung an dieser Stelle nicht sinnvoll gewesen wäre.

8.1. Rückfallverständnis und Thematisierung von Rückfällen

Trotz der konzeptionellen Unterschiedlichkeit der Arbeitsbereiche zeigte sich eine ähnliche Auffassung zur Thematik des Rückfalls bei dem/der Interviewpartner*in, wobei jedoch der Umgang mit einem Rückfall bedingt durch die institutionellen Rahmenbedingungen unterschiedlich ist.

Beide Interviewten distanzieren sich von der Verortung des Rückfalls als ein individuelles Versagen und betonten die Notwendigkeit, den Rückfall in die Arbeit mit

dem/der Klienten*in zu integrieren. „Da hat ein Rückfall, finde ich, 'ne sehr positive Wirkung und ich selber vertrete auch die Meinung, dass eigentlich ein Rückfall während der Therapie total wichtig ist [...]. Damit die merken, wo komme ich an meine Grenzen?“ (Anhang 2, 6).

Gegenüber den Klient*innen wird von beiden Institutionen ein offener und vertrauensvoller Umgang mit Rückfällen angestrebt, was jedoch in der Rehabilitationseinrichtung durch die strengen Vorgaben des Kostenträgers erschwert wird. Demnach führt unter anderem ein Rückfall, der nicht unmittelbar aufgedeckt wird, zu einem Abbruch der Maßnahme, was einen offenen Umgang mit Rückfällen erschwert. Aufgrund dieser Problematik wird versucht alternative Wege zu finden. „Und dann ist es manchmal wenn wir so'n Eindruck haben, dann versuchen wir immer durch die Blume zu vermitteln ‚Naja, manchmal kann's ja sein, dass man irgendwie schon so reingerutscht ist und nicht mehr weiß, wie man da raus kommt, auch da gibt es die Möglichkeit, mal einfach das Gelände zu verlassen und uns anzurufen und zu sagen ‚ich bin jetzt akut rückfällig geworden‘, weil dann kann man zumindest noch unterbrechen und offiziell war es dann ja ein aufgemachter Rückfall. Also wir versuchen denen dann Brücken zu bauen“ (Anhang 2, 28).

In der Nachsorge wird die Auseinandersetzung mit der Rückfälligkeit betont. „Also ein ganz wichtiges Thema der Nachsorge ist immer, ähm, (..) dass Rückfall nicht auch gleichzeitig Versagen ist. Früher war das ja so du bist rückfällig, ja wieder mal versagt. [...] Wir arbeiten mit der Rückfälligkeit. Also da auch, dahin zu kommen, zu sagen, das nicht mehr als Versagen zu sehen, sondern das gehört dazu“ (Anhang 2, 33). Um dies zu verdeutlichen und den Rückfall vom Begriff des Versagens abzugrenzen, wird nicht von Rückfall sondern Konsum gesprochen. „Wir können offen drüber reden, es ist jetzt eben nicht versagt, sondern er hat konsumiert“ (Anhang 2, 32).

In erster Linie sehen beide Interviewten die Notwendigkeit, die erneute Aufnahme ehemaliger massiver Konsummuster zu verhindern und die Person möglichst zu stabilisieren.

Trotz der ähnlichen Auffassung von Rückfall wird dieser in beiden Institutionen unterschiedlich definiert. In der Therapieeinrichtung ist diese Definition an die Vorgaben des Kostenträgers, der Deutschen Rentenversicherung, gebunden. „Wir sehen ja hier jede Substanz gleichwertig als Rückfall. Also ob sie jetzt 'nen Joint rauchen, 'n Alster trinken oder Heroin nehmen. Es wird alles gleich behandelt. Wir

sagen es ist einfach Verletzung der Abstinenzregel Punkt aus, egal auf welchem Weg“ (Anhang 2, 5). Dem gegenüber steht in der Nachsorge die Frage, was überhaupt zu einem Rückfall gezählt werden kann. „Konsumiert. Immer die Frage was ist Rückfall? Jemand ist, äh, heroinabhängig, trinkt dann Alkohol. Ist das Rückfall?“ (Anhang 2, 32). Der Rückfallbegriff ist in der Nachsorge also nicht klar definiert und es erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Klient*innen, was ein Rückfall und was Konsum ist.

Durch die Interviews wurde deutlich, dass die Auffassung von Rückfall bei den Klienten*innen beider Institutionen meist passiver Natur ist. Der Rückfall wird eher als etwas erlebt, das nicht direkt durch eigenes Handeln beeinflussbar scheint. Dies ist auch dann der Fall, wenn durch die Institution versucht wird, dieses Rückfallverständnis zu lösen. „Es gibt (seufzt) ein paar Klienten, die wirklich sagen ‚Ich hab panische Angst vor ‚nem Rückfall‘ [...] Vielleicht kann man es in Drittel. Ein Drittel hat Angst vor'm Rückfall, ein Drittel ist total überheblich, denkt ‚Das passiert mir nicht.‘ Und ein Drittel denkt ‚Ja mein Gott, wenn's passiert, ich kann's nicht beeinflussen, ich bin halt suchtkrank““ (Anhang 2, 5). Dennoch können einige Klient*innen den Rückfall für sich nutzen, was vor allem in Abgrenzung und Ablehnung zum süchtigen Verhalten zu geschehen scheint. „Und ähm manche Klienten sagen Rückfall hat geholfen. Hat irgendwie geholfen um sich nochmal im Klaren/ hatte ich gerade ein Rückfallgespräch mit einem Klienten der sagt ‚Im AKO^[11] hab ich gemerkt, so will ich überhaupt nicht mehr aussehen und ich merke was ich eigentlich erreichen will und wo ich schon stehe, da möchte ich nicht zurück““ (Anhang 2, 6).

Zu Beginn der Nachsorge scheint das Rückfallverständnis der Klient*innen noch an die Abstinenzforderung der Rehabilitationseinrichtungen gekoppelt zu sein und ein Konsum nach der Therapie wird als eigenes Versagen erlebt. „//Also wenn sie// aus den Einrichtungen kommen ist es immer ganz stark als Versagen, hm. ‚Ich war jetzt so lange clean und jetzt bin ich (.) rückfällig geworden.‘ Die nutzen auch immer den Wort rückfällig“ (Anhang 2, 33).

Durch die Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass es große Unterschiede in der Thematisierung von Rückfälligkeit durch die Klient*innen in beiden Institutionen gibt. Während in der Therapieeinrichtung Rückfälligkeit häufig mit Verheimlichung

¹¹ Die Asklepios Klinik Nord umfasst das Angebot zu einem qualifizierten Drogenentzug (vgl. asklepios.com).

einhergeht, ist der Umgang in der Nachsorge wesentlich offener. „[...] und was eben Rückfälle ja mit sich bringen ist das ganze Thema der Manipulation von Urinkontrollen, des Anlügens, des Vertrauensmissbrauch, dieser Verträge der Patienten untereinander [...]“ (Anhang 2, 4). Obwohl in der Rehabilitation an die Offenlegung und den ehrlichen Umgang mit Rückfällen animiert wird, entwickeln sich hier scheinbar Verhaltensmodi zur Vertuschung von Rückfällen. „Aber es sind einfach ganz tief verwurzelte Muster, ne. Dann ist es oft schwer da richtig ranzukommen“ (Anhang 2, 7). Weiterhin führt das Aufkommen von Spice¹², das zurzeit in Urintests nicht nachgewiesen werden kann, sondern nur in sehr kostspieligen Untersuchungen, zu einer besonderen Dynamik unter den Klient*innen. Durch das Verheimlichen des Konsums kann es schnell zu Rückfallwellen in der Gruppe kommen. „[...] wenn einer Rückfall bearbeitet, ist eigentlich eher sowas Schützendes. Weil sich die Leute trotzdem nochmal Gedanken darüber machen. Aber so heimliche Rückfälle, wenn jemand mitkriegt der nimmt was, ‚Ach dann kann ich ja auch was nehmen‘. Dann vertuscht er es [...]“ (Anhang 2, 28). Die Offenlegung von Rückfällen oder auch Rückfallgedanken kann somit einen prophylaktischen Charakter für die Gruppe besitzen.

In der Nachsorge hingegen stellt sich die Thematisierung durch den/die Klienten*innen anders dar. Zu Beginn der Nachsorge, beziehungsweise nach dem Abschluss einer Therapie, ist ein erneuter Konsum ein häufiges Phänomen. „Ähm in der Nachsorge ist das sofort das Thema, sie kommen raus und haben das Gefühl ‚Oh, ich darf ja jetzt, es passiert ja NICHTS MEHR‘. Ich kann einmal/ Das ist eigentlich immer 'n zentrales [...] Thema. Und ein Großteil wird auch erst mal rückfällig“ (Anhang 2, 32). Dieser Rückfall wird jedoch in der Regel offen von den Klient*innen thematisiert.

8.2.Arbeit und Selbstfürsorge

Die Einschätzung über die Bedeutung von Arbeit für die Rückfälligkeit ist teilweise sehr konträr zwischen den beiden Interviewpartnern. Während Frau Giffhorn Arbeit als einen positiven Faktor betrachtet, beurteilt Herr Heer-Rodiek Arbeit eher kritisch. Die Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit beinhaltet nach Frau Giffhorn mehrere positive Aspekte für die Klientel. Die Dazugehörigkeit zur Gesellschaft und die Wertschätzung

¹² Spice ist eine Kräutermischung, welche geraucht eine ähnliche Wirkung wie Cannabis aufweist (vgl. drug-infopool.de)

der Person spielt dabei eine zentrale Rolle. „Ähm es hat in dem Sinne 'ne Funktion, weil's denen einfach das Gefühl gibt ‚Ich bin was wert, ich hab 'ne Aufgabe auch ohne Drogen‘, weil sie 'ne Eingebundenheit und 'ne Verantwortung haben in der Aufgabe“ (Anhang 2, 13). Ebenfalls bietet Arbeit dem/der Klient*in eine Abgrenzung zu illegalen Tätigkeiten. Es ist jedoch oft schwierig die Klient*innen zu einer legalen Arbeit zu bewegen. „Die sagen zum Beispiel ‚Für 1.800 Euro im Monat gehe ich nicht arbeiten.‘ Die kennen halt nur die Summen, die wissen wie man schnell Geld verdient und [...] die sehen oft nicht die Nähe von einer nicht legalen Tätigkeit zur Rückfälligkeit“ (Anhang 2, 15). Betrachtet man die Auswirkungen des Faktors Arbeit auf die Rückfälligkeit, ist es nicht der finanzielle Aspekt, der die entscheidende Rolle spielt, sondern das Erleben von Teilhabe an der Gesellschaft und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens. „Ja aber von der, von dem haltgebenden Faktor ist es weniger der finanzielle Aspekt. weil ja. Also ob sie jetzt (.) Hartz IV bekommen oder 'nen Job mit 1.100 Euro kommt auf's Gleiche raus. Und, ähm, es ist eher ‚Ich hab 'nen Sinn für was ich aufstehe, ich bin wieder Teil der Gesellschaft. Ich bin was wert“ (Anhang 2, 15).

Auch die Klient*innen in der Rehabilitationseinrichtung schreiben der Eingebundenheit in Arbeit eine positive und bedeutende Rolle zu. „Ja. Ja also die meisten unserer Klienten haben keinen Arbeitsplatz, sagen aber ‚In den Zeiten, in denen ich einen Arbeitsplatz hatte, hab ich zumindest 'ne Zeitlang mal clean funktioniert.‘ Und VIELE kommen eben her mit der Haltung ‚Ja ich brauch nur Arbeit und dann ist alles gut“ (Anhang 2, 13). Diese Einstellung beurteilt Frau Giffhorn jedoch als problematisch, da eigene Grenzen häufig nicht richtig abgeschätzt werden und es lediglich zu einer Ablenkung kommt, jedoch nicht zu einer aktiven Auseinandersetzung mit der Thematik. „Ja aber sie können eben oft nicht ihre eigenen Grenzen abschätzen [...] und äh, rutschen dann dadurch wieder in die Rückfälligkeit, aber zumindest hilft es mal, ich sag mal, die Cleanphase zu verlängern“ (Anhang 2, 14). Mit der Vermittlung in Arbeit allein, kann demnach nicht auch eine Stabilisierung erreicht werden. Vielmehr bedarf es der Befähigung zu einem reflektierten Umgang mit Arbeit und Grenzsetzung zum Zweck der Selbstfürsorge. „Und dass sie aber Selbstfürsorge betreiben müssen, dass sie auch mal merken ‚Ok heute sollte ich ein bisschen früher nach Hause, heute ist nicht Fernsehen gut, sondern mal Sport oder 'n Spaziergang oder schönes Essen oder

so'. Da, also das können sie nicht. Selbstfürsorge betreiben ist so eins der größten Defizite auch mit, weil sie es auch verlernt haben“ (Anhang 2, 14).

Wie wichtig der Aspekt ist, in Verbindung mit der Arbeit für sich selbst zu sorgen greift Herr Heer-Rodiek auf. Er sieht in der Erwerbstätigkeit von Klient*innen die Gefahr eines großen Stresspotentials, da es sich dabei eher selten um eine geeignete Arbeit handelt. In diesem Zusammenhang machte er mit Nachdruck auf die Schwierigkeiten der Klient*innen auf dem ersten Arbeitsmarkt aufmerksam. „Aber das Problem ist ja, dass ein Großteil der Klienten, die wir haben, auf dem ersten Arbeitsmarkt relativ große Schwierigkeiten haben. (..) Und, ähm, (..) Ja. Die meisten haben keine Arbeit. Sind entweder in irgendwelchen Maßnahmen oder in Arbeiten, die sie nicht gut finden. Die nicht die Wunscharbeit sind, sondern die sie machen müssen. Und äh, von daher ist es jetzt nicht immer nur haltgebend“ (Anhang 2, 38). Dies steht im Gegensatz zur Einschätzung von Frau Giffhorn. „[...] da ist es dann egal, ob sie Staplerfahrer sind oder auch auf'm Bau arbeiten oder /. Also damit sind sie vollkommen zufrieden“ (Anhang 2, 13f.).

Ein Arbeitsplatz ansich kann nach Herrn Heer-Rodiek nicht per se als positiv betrachtet werden. Für das Erleben der Erwerbstätigkeit als positiv ist es erforderlich, dass der/die Klient*in mit der Arbeit zufrieden ist und sie nicht als ein Stressfaktor erlebt wird. Der Arbeitsplatz sollte darüber hinaus sozial und persönlich haltgebend sein. „Wenn dieser Arbeitsplatz auch soziale Kontakte beinhaltet, also, dass die Leute darüber etwas Kontakt entwickeln. Dann kann der Arbeitsplatz auch haltgebend sein. Also Steigerung des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität. Wenn der Arbeitsplatz, hm, ein Arbeitsplatz ist, äh, dann (..)/ Die Leute abends nach Hause gehen und sitzen alleine mit ihrem Bier, (..) kann es oft noch, äh, ja negativ sein“ (Anhang 2, 41).

8.3. Qualität sozialer Beziehungen

In beiden Interviews wird deutlich, dass sich die soziale Situation der Klient*innen sich in der Regel sehr schwierig gestaltet, was beide Interviewten als rückfallbegünstigend beurteilen.

In den seltensten Fällen kommt es vor, dass ein cleanes und unterstützendes Umfeld gegeben ist. Ist dies der Fall, wird es als stark stabilisierender Faktor eingestuft. „Also jetzt zum Beispiel der eine, den ich erwähnt habe, der so ganz überheblich gesagt hat ‚Ich bau keinen Rückfall‘. Der hat familiäre Unterstützung und der ist an die

Kirche angebunden. [...] Und kriegt permanent 'ne positive Verstärkung und da wird auch immer ganz, ganz deutlich, was das für ein wichtiger Faktor ist“ (Anhang 2, 16). Ein soziale Umfeld, was als stützend und rückfallpräventiv angesehen werden kann, können die meisten Klienten*innen jedoch nicht als Ressource aufweisen. Die sozialen Beziehungen sind meist eher belastend, szenenah und rückfallförderlich. „Und (..) wir machen mit den Patienten immer in Gruppen einmal so ein Modul, das heißt das Soziale Atom, wo wir gucken, ‚welche Menschen stehen mir nah und sind die Menschen die mir nahe stehen wirklich hilfreich?‘ Und da kommt ganz oft raus. ‚Ok es gibt Menschen, die mir Nahe stehen, aber zum Beispiel meine Freundin stresst mich so, dass ich immer wieder rausgehe und saufe (..)‘. Also 'n stützendes soziale Umfeld ist eigentlich die Basis, aber haben die meisten nicht. Kennen die auch nicht und einfach ja und darum werden dann auch viele oft rückfällig, weil sie sagen ‚Meine vertrautesten Personen stehen vor'm Drob¹³“ (Anhang 2, 16).

Insbesondere begünstigt eine langjährige Zeit des massiven Drogenkonsums einen Prozess, in dem die Klient*innen frühere soziale Beziehungen verlieren und stattdessen ein starkes Zugehörigkeitsgefühl zur Szene entwickeln und dort ihre engsten Kontakte bilden. Der Aufbau eines neuen, cleanen Bekanntenkreises stellt eine große Herausforderung dar. „Die meisten, die ich jetzt in der Nachsorge, oder aus den Erfahrungen in den langen Jahren, ähm, haben keine oder ganz, ganz wenig neue soziale Bindungen geknüpft. Meistens ist es dann / Werden alte familiäre Bindungen wieder aufgenommen, als haltgebendes Element. Und äh, es sind meistens eben auch Verbindungen aus den Therapien. (..) Also wenn vielleicht noch was Positives sind. Oft ja eben auch noch Verbindungen eben aus dem Szeneleben.[...] Wenig neue Beziehungserfahrungen. Es sind immer eigentlich alte Beziehungserfahrungen, die eigentlich die Rückfälligkeit, ja eher fördern als, äh, hemmen“ (Anhang 2, 39).

Dabei sind die Gründe für die Kontaktaufnahme zu früheren Bekanntenkreisen leicht zu erklären. „Man muss sich das ja vorstellen. Die haben keine, finden keine neuen Leute, finden keine neuen cleanen Bekannte. Haben aber früher so Zugehörigkeitsgefühl, zum Beispiel auf der Szene oder am Drob Inn gefunden. Oft ist es dann so in der Nachsorge, ja die treffen die dann. Man geht an Hauptbahnhof, zufällig trifft man die dann. Man behält sich ein Gefühl von Zuhause, ein Gefühl von Heimat und das ist immer ein zentrales Thema“ (Anhang 2, 40). Die alltägliche Nähe

¹³ Das Drob Inn ist eine niedrigschwellige Kontakt- und Beratungsstelle in Hamburg St-Georg (vgl. Drob Inn)

zur Szene bleibt auch in der Nachsorge und Rehabilitation bestehen. Hier besteht für den/die Klient*in ein Dazugehörigkeitsgefühl, das nicht zu unterschätzen ist. Dieser Sachverhalt kann als eine Art Szene-Sozialisation betrachtet werden, was beide Interviewpartner*in betonen. Der Zugang zu neuen sozialen Umfeldern fällt der Klientel hingegen sehr schwer. „Also das wirkt noch mehr auf die Rückfälligkeit, als da / Enttäuschungen, es funktioniert nicht, man geht irgendwo hin, fühlt sich fremd, fühlt sich nicht wohl, fühlt sich als Außenseiter“ (Anhang 2, 40). Klienten*innen die zum Beispiel den Schritt wagen, sich einem Sportverein anzuschließen, fühlen sich dabei schnell fremd und finden keinen wirklichen Zugang zu dem Personenkreis. Mit den Personen aus unbekanntem Bereichen fehlen oft gemeinsame Berührungspunkte, Interessen und Lebenserfahrungen. Worin hingegen bei alten Szene-Bekanntschaften das gemeinsame Interesse und die gemeinsamen Berührungspunkt klar sind. „Und, ähm, dann ist es oft ganz schnell wieder, da werden wieder Kontakte geknüpft, die man kennt, die vertraut sind. (...) Und äh die Verbindung oft bei den alten vertrauten Kontakten IST eben der Konsum“ (Anhang 2, 40).

Dabei kann das Gefühl des Fremdseins neben den erlebten drogenbezogenen Erfahrungen auch durch Äußerlichkeiten, wie dem Kleidungsstil ausgelöst werden. „Dann haben wir hier festgestellt, auch die vom Drob, die haben so'n noch so'n 90er Stil, also die sind wirklich so hängengeblieben in so'ner Welt so. Mit so bunten Wuschelhaargummis und hier so die/ Also das ist echt, ne. Das man daran manchmal so sieht, ok die haben einfach total viel verpasst von der Welt. Durch Haft, durch Drob“ (Anhang 2, 17).

Ein weiterer destabilisierender Faktor im sozialen Umfeld können Partnerschaften sein. Diese spielen sich oft innerhalb der Drogenszene ab. Sie sind meist sehr konfliktreich und häufig durch den gemeinsamen Konsum geprägt. „Ähm, Beziehungen haben sie fast alle irgendwie meistens zu problematischen Partnerinnen, also entweder, dass die in irgend'ner Weise auch 'n Konsumproblem haben, aber auch, dass sie, ähm (...), oft immer so instabil sind oder so“ (Anhang 2, 15).

Beziehungen unter Drogenkonsument*innen können dabei verschiedene rückfallfördernde Elemente aufweisen. „Also 'n starker Zusammenhang, der immer wieder da ist, ist immer wieder das Thema Beziehungen. Also, dass Beziehungen

entweder, wenn Beziehungen scheitern, dass da relativ schnell als (..) / Aus der Erfahrung, dass eben Konsum ein schnelles Lösungsmittel ist für Trennungsschmerz, für Bindungsstörungen, also sozusagen, dass das funktioniert. [...] Das zweite ist eben auch [...] beziehungsbindend. Also erlebt man, wenn die Beziehung droht auseinander zu gehen oder Unzufriedenheiten sind, oder Entscheidungen anstehen, eigentlich die Beziehung aufzulösen. Das oft dann, gerade, äh, dass dann auch oft, ja das Paar rückfällig wird. Oder der Partner dann und dann der andere auch. Also dass dann eine Verbindung hergestellt wird über das gemeinsame, also, Konsumieren. Ist'n starker, also erleb ich als starken Rückfallfaktor“ (Anhang 2, 45).

8.4.Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeitserleben

Als eine weitere Einflussgröße auf die Rückfälligkeit kann durch die Interviews die Eigenständigkeit der rückfälligen Person ausgemacht werden. Beide Interviewten sehen in dem Grad der Eigenständigkeit und einem möglichen Rückfall eine Korrelation. Dabei geht eine mangelnde oder verloren gegangene Eigenständigkeit mit einer Verminderung der eigenen Erwartung an die Selbstwirksamkeit einher.

Frau Giffhorn beschreibt insbesondere lange Haftaufenthalte als problematisch, da die Klientel in Haft kaum noch die Möglichkeit bekommt, ihr Leben aktiv zu gestalten und selbst darauf Einfluss zu nehmen. Dies verhindert auch ein mögliches Erleben von Selbstwirksamkeit, was wiederum dazu führt, dass die Eigenverantwortung mit der Zeit abgegeben und nicht mehr selbständig agiert wird. Endet die Haftstrafe oder die Person entscheidet sich zu einer Drogenlangzeittherapie, erfährt die Person eine „Halb-Freiheit“ (Anhang 2, 25). Einerseits ist sie nicht mehr eingesperrt und hat wieder die Möglichkeit, sich frei zu bewegen. Andererseits ist die Therapie an strenge Regeln gebunden, die unter anderem einen erneuten Konsum verbieten und bestimmte Ausgangszeiten vorschreiben. Nicht selten können die Klienten*innen mit der neugewonnenen Eigenständigkeit nicht adäquat umgehen und brechen die Maßnahme ab. „Also wir haben ja viele aus der Haft und (seufzt) Standarderfahrung, jemand der lange in Haft war, kommt hier her, nahtlos, und hat hier eigentlich Freiheit, aber irgendwie doch nicht, weil wir ja eingeschränkte Ausgangszeiten haben. Wird SEHR schnell rückfällig, bricht auch schnell ab, weil die einfach mit dieser Halb-Freiheit noch nicht umgehen und ich denke irgendwie immer, die sollten nach 'ner Therapie, (lächelnd) ist meine persönliche Meinung, erst mal ein halbes

Jahr nochmal schön in die Szene rein, dass sie merken, ‚will ich das oder will ich nicht?‘“ (Anhang 2, 25).

Nicht nur die Länge der Hafterfahrungen kann von großer Bedeutung für das Verlernen von Eigenständigkeit sein, sondern auch die Länge und Intensität der Drogenabhängigkeit an sich, da sich der gesamte Tagesablauf in der Abhängigkeit nur noch um die Droge dreht und kaum noch anderweitig aktiv gestaltet wird. „Ja und ob jemand jetzt lange in Haft war oder lange am Drob stand, beiden wird ja halt so'n Stück der selbständigen Lebensbewältigung genommen“ (Anhang 2, 25).

Durch diesen Verlust der Eigenständigkeit erklärt sich Frau Giffhorn auch die in der Regel sehr geringe Selbstwirksamkeitserwartung der Klientel. „Aber FAST alle Suchtkranken haben 'ne wahnsinnig geringe Selbstwirksamkeitserwartung. Weil sie halt auch schon so oft die Erfahrung gemacht haben, dass es nicht funktioniert, dass sie es nicht steuern können. Und wenn man seit zwanzig Jahren seine, sein Leben in die Hände der Droge gibt, verlernt man, wie man das selber hinkriegt. Und die sind auch hier so, dass sie ganz, ganz hilfebedürftig sind und wegen jedem (.) Kinkerlitzchen irgendwie wollen, dass wir das für sie erledigen, weil sie es einfach nicht mehr können und nicht mehr daran glauben“ (Anhang 2, 11). Dem stufenweisen Wiedererlernen der Eigenständigkeit und dem Erleben von Selbstwirksamkeit kommt somit in der Therapie eine zentrale Rolle zu, denn nur wer darüber verfügt ist dazu in der Lage einem Rückfall entgegen zu wirken.

Diesem Aspekt wird auch in der Nachsorge viel Raum gegeben, um die Eigenständigkeit der Personen zu fördern. „Und äh, das ist ein ganz gutes Setting, also sozusagen das zu reflektieren ‚Was mache ich eigentlich jetzt gerade?‘ Und nicht, dass jemand anders das sieht und beschreibt, was man gerade macht. Sondern, dass man selber in diesen Zustand kommt und, äh, ich finde das unterstützt sehr stark die Selbststeuerung und die Fähigkeit, sich wieder selbst zu steuern, sich wieder selbst beschreiben zu lernen und, äh, ein Feedback in der Gruppe zu bekommen darüber. [...] beide Elemente sozusagen, die, äh Selbststeuerung, also indem man wie gesagt sein Verhalten reflektiert und dann sagt ‚Aha, was mach ich hier eigentlich? Was passiert eigentlich? Wie verhalte ich mich? [...] Was müsste ich eigentlich oder wie hätte ich mich verhalten sollen? Mach ich aber trotzdem nicht‘“ (Anhang 2, 41f.). Durch die Beschreibung und Reflexion der eigenen Situation sollen die Klienten*innen lernen, diese bewusst und als veränderbar wahrzunehmen. Während sie sich in der Therapie lediglich theoretisch

auf die Zeit nach der Therapie und die Konfrontation mit Szene und Droge vorbereiten konnten, sollen sie in der Nachsorge ein Gefühl dafür bekommen, das in der Therapie Erlernte auch in ihrem alten Umfeld anzuwenden, um einem Rückfall aktiv entgegenwirken zu können. „In diesen Zustand zu kommen, wo man ganz schnell das Gefühl hat ‚Mit mir wird etwas gemacht, mit mir passiert etwas. Ich kann gar nicht anders, als wieder zu konsumieren‘. Ähm, daraus lernen sie dann hier ‚Ich kann doch vielleicht noch anders. Es gibt Alternativen, und ich muss aus meinen eingefahrenen dysfunktionalen Gedankengängen und, äh, Handlungsweisen aussteigen und ich, äh, bekomme Alternativen an die Hand.‘ [...] Ich bekomme Alternativen an die Hand und komme in so 'nen ambivalenten Zustand. (.) Weil ich das ja dann umsetzen muss, ich muss mich dann ja entscheiden. Und dann bin ich nicht mehr Opfer, sondern bin ich jemand, der so'n Gefühl hat, selbst etwas gestalten zu können. Und das erleb ich schon, dass es sehr stabilisierend ist. [...] Je mehr sie in den Zustand kommen der Selbststeuerung. ‚Hey ich kann, ich hab Alternativen. Alternative Handlungsmöglichkeiten‘. Und das lernen sie eigentlich erst im, (..) ja in der Nachsorge. Also spüren sie es. Lernen tun sie es vorher schon, aber sie spürn's konkret“ (Anhang 2, 42f.).

8.5. Impulskontrolle

In einem engen Zusammenhang mit der Rückfälligkeit sieht Frau Giffhorn die Impulskontrollfähigkeit der Klientel. Die Erfahrung zeigt, dass auftretende Bedürfnisse unmittelbar gestillt werden müssen und es den Klienten*innen häufig nicht gelingt, diese Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben.

Die geringe Impulskontrollfähigkeit macht sich dabei in allen Lebensbereichen bemerkbar. „Also es fängt ja bei so Kleinigkeiten an, dass wir zum Beispiel beim Mittagessen, wenn wir die begleiten, denen einfach mal freundlich sagen, wie sie sich am Tisch hinsetzen. Oder dass man so aufeinander wartet, oder dass man auch wenn man einen Teller aufgegessen hat, dass wir die dann VERSUCHEN, das ist natürlich schwer, wenn wir da allein dreißig Leute begleiten, versuchen, erst mal in so einem Smalltalk zu, dass sie nicht aufessen, Teller weg und in ihr Zimmer rennen. Oder direkt zur Zigarette“ (Anhang 2, 17).

In der Therapie soll gelernt werden, den Impulsen nicht mehr unmittelbar nachkommen zu müssen, sondern Bedürfnisse auch aushalten zu können. Diese Kompetenz ist für Situationen, in denen jemand mit dem Gedanken spielt wieder zu

konsumieren, unabdingbar. Die Denk- und Handlungsmuster einer mangelnden Impulskontrolle sind jedoch meist tief verwurzelt. „Was hier halt ein großes Thema ist, ist die Impulskontrollfähigkeit. (...) Also (seufzt) lernen, geduldiger zu werden (...). Finde eins der Hauptthemen, womit man immer wieder berührt wird, langfristige Bedürfnisbefriedigung. Das die (...), oft schon (...) also ich mach mit denen immer mal so Übungen und dann kommt eigentlich raus, die meisten Drogenabhängigen haben schon vor Entwicklung der Drogensucht nicht gelernt, kurzfristige Bedürfnisse aufzuschieben, um langfristig was Besseres zu erreichen“ (Anhang 2, 23). In Bezug auf die Rückfälligkeit kann die Kontrolle über die eigenen Bedürfnisse sehr entscheidend sein. Insbesondere in Verbindung mit dem Wunsch, die eigenen Emotionen zu regulieren, wenn diese nur schwer auszuhalten erscheinen. „Dann haben sie irgendwie 'ne Kränkung oder Stress und dann müssen sie sofort halt ein anderes Gefühl herstellen“ (Anhang 2, 29). Dies betont auch Herr Heer-Rodiek: „Aus der Erfahrung, dass eben Konsum ein schnelles Lösungsmittel ist für Trennungsschmerz, für Bindungsstörungen, also sozusagen, dass das funktioniert“ (Anhang 2, 45).

Verläuft es erfolgreich, Klienten*innen dazu zu verhelfen ihre Bedürfnisse aufzuschieben, so dass realisieren können, dass nicht alles unmittelbar passieren muss, kann dies auch zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung führen. „Es ist aber total wichtig. Also wenn sie dann mal lernen, ‚ok es kann auch bis morgen warten und ich kann das auch hinkriegen‘ und dann auch wieder in Kombi mit der Selbstwirksamkeit. ‚Ich glaub auch, dass ich es morgen schaffen kann““ (Anhang 2, 24).

8.6. Akzeptanz der Substanzabhängigkeit

Beide Experten beurteilen die Akzeptanz der Klient*innen gegenüber der eigenen Substanzabhängigkeit als wesentlich im Ausstiegsprozess.

Mit einer konstruktiven Akzeptanz der Abhängigkeit ist keineswegs gemeint, dass die Klientel sich als suchtkrank identifiziert und sich als Opfer dieser Krankheit deklariert. Die Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit soll in Therapie und Nachsorge dahingehend verstanden werden, dass die Person ein realistisches Selbstbild entwickelt und erkennt, dass bestimmte Verhaltensweisen bei dem Wunsch nach Abstinenz zu verändern sind. „Also einmal so der Punkt der Akzeptanz. ‚So ich akzeptiere, dass ich das Problem hab und dass ich einfach bestimmte Sachen

verändern muss.' Und 'ne Selbstwirksamkeit sind schon/ wenn die Faktoren erfüllt sind, dann sind sehr gut Chancen, dass die auch langfristig clean werden können“ (Anhang 2, 11).

Dabei kann die Akzeptanz der Substanzmittelabhängigkeit auch dabei helfen Rückfallverläufe positiv zu beeinflussen. „Es gibt so diese Gruppen, die sagen ‚Ok, dass ab und zu ein Notfall kommt, kann ich nicht verhindern, ist so, muss ich akzeptieren‘ und dann vermittelt man ‚Ja ok wie kann ich einen Rückfall schnell stoppen““ (Anhang 2, 9).

In der Nachsorge ist der Zusammenhang von Rückfall und Akzeptanz häufig dadurch bedingt, dass die Klienten*innen nach einer Therapie wieder mit Leuten konfrontiert werden, die kontrolliert konsumieren können. Dies fördert meistens den Wunsch, ebenfalls kontrolliert konsumieren zu können. An diesem Punkt ist die Realisierung und Akzeptanz der persönlichen Abhängigkeit von hoher Bedeutung, um einen Rückfall vorzubeugen. „Und, äh, damit, mit dieser Konfrontation, äh, das ist dann oft ein ganz starkes Thema. ‚Warum kann ich nicht kontrolliert konsumieren?‘ Kognitiv verständlich, haben sie ja in der Therapie gelernt ‚Aha geht nicht, weil ich bin ja süchtig‘. Ähm gefühlsmäßig ist es aber gar nicht angekommen. Gefühlsmäßig sehen sie die andere Person kann das. (...) und die Vorstellung ‚Wieso kann ich das jetzt nicht mehr?‘ [...] Bei Heroin ist es nochmal was anderes. Heroin ist so 'ne Droge wo dann viele sagen ‚Das weiß ich, das geht nicht mit kontrolliert‘. Aber bei allen anderen Sachen. Bei Koksen, bei THC rauchen oder, äh, ein Bier trinken, ‚Muss man doch können‘. Oder, mal ein Alster, muss doch möglich sein““ (Anhang 2, 36). Bei (noch) fehlender Sensibilität für die eigene Substanzmittelabhängigkeit kommt es beim Wunsch der Klienten*innen, kontrolliert konsumieren zu können, in der Regel zu einem Rückfall. „[...] Aber dann und dann probier' ich das mal aus. Das kann nicht sein, dass ich, äh, mein Leben lang süchtig bin.‘ Also da gehört dann eben auch der Rückfall dazu“ (Anhang 2, 44).

8.7. Komorbide Störungen

Als letzte Kategorie der Interviewergebnisse soll noch die Problematik von komorbiden Störungen genannt werden. Diese noch recht neue Thematik gewinnt in der Arbeit mit Drogenabhängigen zunehmend an Bedeutung, wobei sich das Auftreten komorbider Störungen ebenfalls negativ auf die Rückfälligkeit auswirken kann.

„Aber Fakt ist: wir bekommen immer mehr Leute, jetzt auch in die Nachsorge, die sozusagen, eben nicht nur ein Drogenproblem haben, oder ein Suchtproblem, sondern auch noch ein psychisches Problem. [...] Und die Rückfälligkeit hatte eigentlich eher mit der Psychose zu tun“ (Anhang 2, 46). In der Nachsorge sind immer mehr Klienten*innen zu verzeichnen, die eine starke psychische Belastung mitbringen. Diese zu erkennen und entsprechende therapeutische Angebote zur Verfügung zu stellen, ist für einen Ausstieg grundlegend. In diesem Kontext bemängelt Herr Heer-Rodiek vor allem fehlende geeignete Therapiemöglichkeiten für Klienten*innen mit einer diagnostizierten komorbiden Störung sowie das Fehlen von Diagnosen und die damit einhergehende Vermittlung in ungeeignete Einrichtungen. „Also entweder ist es vorher nicht bekannt oder man nimmt die Person auf, aber hat kein richtiges Konzept für Menschen mit Doppeldiagnosen. [...] Aber, ich glaub man guckt vorher nicht so genau. Dann landen die in den Einrichtungen und dann läuft das klassische Programm ab. Und in der Nachsorge, oder wenn die Personen dann wieder entlassen sind. Dann brechen ja oft Dinge wieder auf. Medikamente werden nicht regelmäßig genommen, ähm, oder falsche Medikamente. Die dann eben auch, äh, die Sucht wieder unterstützen oder dann wieder rückfällig werden, aufgrund der Selbstmedikation“ (Anhang 2, 47).

9. Diskussion der Ergebnisse

Die Durchführung und Auswertung der Interviews hat deutlich gemacht, wie vielschichtig die Rückfallbedingungen für abstinenz-orientierte Konsumenten*innen sein können. Dabei können die in dieser Arbeit beleuchteten Ergebnisse keinesfalls als abschließend zu betrachtet werden.

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse der Interviews noch einmal zusammengefasst und in Verbindung mit den theoretischen Erkenntnissen des ersten Teils diskutiert werden.

Anhand der Interviews konnte bestätigt werden, dass die Deutung des Rückfalls für die Betroffenen den Rückfallverlauf maßgeblich beeinflusst. Wird der erneute Konsum von Klient*in oder Einrichtung als Resultat „der eigenen[n] Unfähigkeit“ (Körkel 1997, 100) verstanden, wirkt sich dies belastend für den gewünschten Ausstiegsprozess aus. Zwar verweisen Interviewpartner und Interviewpartnerin beide darauf, dass die offene und vertrauensvolle Thematisierung eines Ausrutschers grundlegend ist, um einem massiven Rückfall entgegenzuwirken, doch ist dies

aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen nur bedingt möglich. Während Personen in einer Nachsorgeeinrichtung, in der bei erneutem Konsum keine Sanktionen drohen, offen reden und den Rückfall reflektieren können, sind in Rehabilitationsmaßnahmen die Regeln der Kostenträger durchzusetzen. Die klare Abstinenzforderung der Kostenträger macht einen ehrlichen und vertrauensbasierten Umgang mit Rückfällen während einer Therapie zu einer großen Herausforderung. Auf der einen Seite besteht die Wichtigkeit eines ehrlichen Umgangs, auf der anderen Seite steht der erlebte Regelbruch, der Sanktionen nach sich ziehen kann. Diese Widersprüchlichkeit erschwert die Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit dem Rückfallgeschehen. Darüber hinaus begünstigt sie Formen von Vertrauensmissbrauch, beispielsweise durch die Manipulation der Urinkontrollen, welche bereits für sich ein Instrument von Misstrauen darstellen. Diese Rahmenbedingungen wirken sich somit eher rückfallfördernd aus.

Auch die in der Literatur als wichtig benannte Einbindung in Arbeit, konnte durch die Interviews als ein rückfallbeeinflussender Faktor herausgestellt werden. In den Gesprächen mit den Experten wurde deutlich, dass sie dahingehend übereinstimmen, dass ein Arbeitsverhältnis zu einer gesteigerten Lebensqualität und mehr Selbstwertgefühl beitragen kann. Andererseits wurde betont, dass es häufig prekäre Arbeitsverhältnisse sind, in die ehemalige Drogenkonsumenten*innen vermittelt werden. Thiel macht bereits darauf aufmerksam, dass in den letzten Jahren die Möglichkeiten, beispielsweise an Umschulungen teilzunehmen, stark beschränkt wurden (vgl. Thiel et al 2004, 187f.). Insbesondere dann, wenn die gefundene Arbeit nicht den eigenen Wünschen entspricht, sondern aufgenommen werden musste, kann für den/die Klienten*in dadurch Stress und Unzufriedenheit entstehen. Den hohen Anforderungen des Arbeitsmarktes kann jedoch in vielen Fällen kaum nachgekommen werden, eher stellen sie eine Überforderung dar. Von einem profitierendem Einfluss kann dann höchstens noch im Sinne einer Ablenkung gesprochen werden. Dies führt nach Frau Giffhorn lediglich zu einer längeren Clean-Phase, nicht jedoch zur Steigerung der Lebensqualität.

Weiterführend machte Frau Giffhorn im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit auf eine häufig mangelnde Selbstfürsorgekompetenz aufmerksam. Der erlebte Stress kann nicht selbst abgebaut werden, Ruhebedürfnisse werden nicht erkannt. Wo

Personen ohne eine konsumgeprägte Vergangenheit an dieser Stelle auf ihr soziales Umfeld zurückgreifen würden, ist dies nur selten eine Möglichkeit.

Die Interviews bestätigen, dass ein stützendes soziales Umfeld nur sehr Wenigen zur Verfügung steht. In erster Linie bestehen Beziehungen zu Personen innerhalb der Szene. Häufig werden frühere szenenahe Beziehungen wieder aufgenommen, wobei das verbindende Element der Konsum ist und alte Konsummuster schnell wieder aufgegriffen werden. Die Aufnahme neuer cleaner Kontakte ist hingegen nicht einfach zu realisieren. Dabei kommt der Intensität und dem Zeitraum des massiven Substanzkonsums eine große Rolle zu. Je länger und intensiver die Konsumphase war, desto stärker ist meist auch die soziale Desintegration (vgl. Leonhardt, Müller 2010, 25). Erfahrungen aus dieser Lebensphase und erlernten Verhaltensweisen können nicht einfach abgelegt werden. Ehemalige Konsumenten*innen fühlen unter Menschen, die diese Erfahrungen nicht teilen, vielleicht auch nicht nachvollziehen können, schnell fremd, was die Aufnahme tragfähiger Beziehungen erschwert.

Neben der sozialen Desintegration konnte durch die Interviews auch das Verlernen von Eigenständigkeit als ein Merkmal langjährigen, intensiven Drogenkonsums benannt werden. Begünstigt wird dies zum Beispiel durch längere Haftaufenthalte. Aber auch das Durchleben einer längeren intensiven Drogenabhängigkeit prägt den Alltag so, dass die Lebensgestaltung und Entscheidungen mehr und mehr in die Hand der Droge gelegt werden, anstatt selbstbestimmt zu handeln. Als besonders rückfallrelevant zeigte sich dabei das Zusammenwirken von mangelnder Eigenständigkeit und geschwächtem Selbstwirksamkeitserleben. Eine Einschränkung der Handlungsfähigkeit kann eine mögliche Erklärung für die in der Regel sehr unausgeprägte Selbstwirksamkeit der Klienten*innen sein. Häufig steht am Anfang, „dass sie ganz, ganz hilfebedürftig sind und wegen jedem (.) Kinkerlitzchen irgendwie wollen, dass wir das für sie erledigen, weil sie es einfach nicht mehr können und nicht mehr daran glauben“ (Anhang 2, 11). Um an dieser Stelle rückfallvorbeugend wirken zu können, müssen die Klienten*innen dazu befähigt werden, ihre eigene Handlungsfähigkeit wieder wahrnehmen zu können und langfristig die Erwartung an die eigene Selbstwirksamkeit zu stärken. Dabei ist eine gesteigerte Selbstwirksamkeitserwartung unter anderem dahingehend nützlich, als dass sie das Durchhaltevermögen bei der Verfolgung des Abstinenz-Ziels stärkt (vgl. Jenko 2007, 15).

Ebenfalls betonten der/die Interviewpartner*in die Regulierung von Impulsen in diesem Zusammenhang, was bei vielen Klienten*innen eine Schwierigkeit darstellt, da Impulsen meistens unmittelbar nachgegangen wird. Die Zuversicht, Impulse kontrollieren zu können und Bedürfnissen nicht unmittelbar nachkommen zu müssen, kann in konkreten Hoch-Risiko-Situationen (vgl. Marlatt 2005, 3) helfen, erst einmal Abstand zu nehmen und abzuwägen, ob man wirklich konsumieren möchte und mögliche Handlungsmöglichkeiten durchzugehen (vgl. Beiglböck, Mayr, Waigmann-Pölzl 2013, 18). Diese Fähigkeit kann dafür ausschlaggebend sein, ob sich aus einem lapse ein relapse entwickelt.

Ist die psychische Fragilität allerdings so groß, dass von einer psychischen Störung gesprochen werden kann, kann ein Rückfall auch als Selbstschutz dienen und die Regulierung von Affekten notwendig sein. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei besonders belastenden Lebenssituationen, beispielsweise einer posttraumatischen Belastungsstörung ein erhöhtes Risiko besteht, Therapien abzubrechen und somit auch eher wieder erneut massiv zu konsumieren. Dabei sind die Lebensläufe von Drogenkonsumenten*innen in der Regel häufig von besonders belastenden Lebenssituationen geprägt (vgl. Thiel, Szymalla 2006, 127ff.). Das Suchthilfesystem ist hier gefragt, genau abzuschätzen, welche Maßnahmen für betroffene Personen angezeigt wären und entsprechende Möglichkeiten anzubieten. Der Eindruck von Herrn Heer-Rodiek bestärkt die Einschätzung, dass in erster Linie der Substanzkonsum als behandlungswürdig eingestuft wird, obwohl die Abhängigkeit häufig durch eine psychische Störung entstanden zu sein scheint. Eine reine Suchttherapie wäre somit nicht hilfreich, den Abstinenzwunsch aufrecht erhalten zu können.

Darüber hinaus stellt sich die Akzeptanz gegenüber der eigenen Situation als rückfallrelevant heraus. Damit ist jedoch nicht gemeint, sich als Opfer einer Krankheit zu betrachten, auf dessen Verlauf man keinen oder kaum Einfluss ausüben kann. Hilfreich ist es dahingehend, diesen Lebensabschnitt und die dabei gesammelten Erfahrungen als einen Teil von sich zu akzeptieren, um einen Weg zu finden, damit umzugehen. Herr Heer-Rodiek macht darauf aufmerksam, dass Personen, die ein gefestigtes Bild zu sich und ihrem Konsumverhalten haben, zwar hin und wieder noch einmal konsumieren, dies aber in der Regel selbständig wieder einstellen ohne Schuldgefühle zu haben und den Konsum zu steigern.

10. Abschlussbetrachtung

Ziel dieser Arbeit war es, ein möglichst umfangreiches Bild davon zu erhalten, wie ein Rückfall in Theorie und Praxis gedeutet wird und welche Faktoren sich auf Rückfälligkeit auswirken können. Dass Rückfälligkeit ein multifaktoriell bedingtes Phänomen ist, konnte klar gezeigt werden. In einigen Punkten jedoch ist eine deutliche Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis sichtbar geworden, welche zum Abschluss dieser Arbeit Raum finden sollen.

Während in der Literatur stets die Relevanz betont wird, mit einem Rückfall zu arbeiten und diesen nicht als einen Rückschritt zu betrachten, wurde durch die Interviews merklich, dass zumindest die Konsumenten*innen selbst einen Rückfall in der Regel als einen Rückschritt und persönliches Versagen empfinden. Dies ist auch dann der Fall, wenn versucht wird, den Klienten*innen ein akzeptierendes und produktives Rückfallverständnis zu vermitteln. Interessant und ganz deutlich zu betonen ist dabei, dass strukturelle Vorgaben, wie beispielsweise die Sanktionsvorgaben der Kostenträger bei Rehabilitationsmaßnahmen, die Vermittlung dieses Rückfallverständnisses massiv erschweren. Die Anforderungen an Professionelle, in diesem Bereich an die Ehrlichkeit und das Vertrauen der Klienten*innen zu appellieren und gleichzeitig die Möglichkeit oder Pflicht zu haben, Sanktionen auszusprechen, ist nicht zu vereinbaren. Dieser Sanktionsdruck verhindert einen ehrlichen und produktiven Umgang mit einem Rückfall und fördert Manipulation. Anders hat es sich in der Nachsorge gezeigt, wo Klienten*innen ohne Sanktionsdruck offener über Rückfälle sprechen können.

Um in der Zukunft also einen förderlichen Umgang mit einem Rückfall, und darüber hinaus auch von vorne rein eine möglichst erfolgreiche Rückfallvorbeugung in Aussicht zu stellen, bedarf es der Überlegung, strukturelle Veränderung zu etablieren. Dies scheint dringend erforderlich, um für Konsumenten*innen erlebbar zu machen, aus Rückfällen zu lernen und sie zu akzeptieren anstatt Scham und Schuld zu empfinden.

Wendet man sich den herausgearbeiteten rückfallbeeinflussenden Faktoren zu, wurde verständlich, auf wie vielschichtige Art langjähriger massiver Drogenkonsum die Rückkehr zu einem substanzmittelunabhängigen Leben erschwert.

Das Aufnehmen von Arbeit wird oft leichter dargestellt als es umzusetzen ist. Häufig prekäre Arbeitsverhältnisse können Stress und Unzufriedenheit erhöhen, hinzu kommt bei einigen Personen eine unzureichende Selbstfürsorge, die besonders dann

erforderlich ist. Auf der einen Seite steht damit der Wunsch der Klienten*innen, einer Tätigkeit und einem geregelten Tagesablauf nachgehen zu können. Auf der anderen Seite kann dies jedoch schnell zu einer Überforderung oder Unzufriedenheit führen. Es fehlt also auch an dieser Stelle an einem strukturellen Rahmen, um einen ersten Einstieg in den Arbeitsmarkt zu bieten. Denkbar könnten an dieser Stelle beispielsweise Projekte sein, welche in der Konzeption Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung ähnlich sind. Es würde die Möglichkeit einer legalen Tätigkeit, einem Tagesrhythmus und auch dem Aufbau neuer sozialer Kontakte behilflich sein. Gleichzeitig würde der Rahmen geschützt sein und auf die Bedürfnisse der ehemaligen Konsumenten*innen ausgerichtet.

Faktoren wie die Selbstwirksamkeit, Impulskontrolle oder Eigenständigkeit bedürfen eines längeren Hilfeprozesses. Diese Fähigkeiten (wieder) zu erlernen und das Leben wieder selbständig in die Hand zu nehmen, bedarf bei den meisten Menschen wahrscheinlich eine längere professionelle Hilfe als eine einmalige Rehabilitationsmaßnahme. Auch hierfür scheint die regelmäßige Teilnahme an Nachsorge-Angeboten hilfreich und erforderlich.

Die Schwierigkeit der Aufnahme neuer cleaner Kontakte stellt wohl eine der größten Herausforderungen dar. Das Gefühl, sich bei Menschen, welche keine drogenbezogenen Erfahrungen besitzen, fremd zu fühlen, erschwert eine Kontaktaufnahme. Organisierte Unternehmungen, wie Ausflüge und Sportangebote, von Drogenhilfeeinrichtungen, bieten eine recht gute Möglichkeit Personen kennenzulernen, die ebenfalls dahingehend orientiert sind, abstinent zu leben. Dennoch bleibt die große Herausforderung neuen Kontakt zu Personen aufzunehmen, die keinerlei Suchterfahrungen mit sich bringen.

Literaturverzeichnis

Bado e.V. (Hrsg.) (2012): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdokumentation in der ambulanten Suchthilfe und der Eingliederungshilfe. Hamburg

Bandura, A. (1986): Social Foundations Of Thought And Action. A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall

Beiglböck, W.; Mayr, M.; Waigmann-Pözl, S. (2013): Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeit und Grenzen. In: Suchttherapie 14, S. 16-21

Bühler, J.(2009): Die Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit. In: Suchtmed 2009 ; 11. Landsberg: Verlagsgruppe Hüthig Rehm GmbH

Demmel, R. (2002): Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus?. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 48, S. 454-455

Dobler-Mikola, A.; Grichting, E.; Hampson, D. (2000): Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Zürich: Institut für Suchtforschung

Fengler, J. (2000): Co-Abhängigkeit. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, S. 90-96

Gerring, R. J.; Zimbardo, P. G. (2008): Psychologie. München: Pearson Studium

Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Henkel, D.; Zemlin, U. (2005): Themenheft „Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation“ In: Suchttherapie 2005; 6. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 153-154

Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2008): Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 214-241

Keller, S. (1999): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Körkel, J. (1988): Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht?. Berlin: Springer Verlag

Körkel, J.; Schindler, C. (1995): Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Prüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen. In: Körkel, J.; Lauer, G.; Scheller, R. (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 61-79

Körkel, J.; Kruse, G. (1997): Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel?. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Körkel, J. (2000a): Rückfall. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, S. 503-511

Körkel, J. (2000b): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH

Küfner, H.; Denis, A.; Roch, I.; Arzt, J.; Rug, U. (1994): Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Baden-Baden: Nomos Verlag

Küfner, H. (2001): Therapieevaluation. In: Tretter, F.; Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 549-572

Küfner, H.; Metzner, C; Bühringer, G. (2006): Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen, H.-U.; Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin: Springer, S. 613-636

Leonhardt, H.-J.; Mühler, K. (2010): Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag

Lindenmeyer, Johannes (2005): Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland-Verlag, S. 45-60

Marlatt, G.A.; Donovan, D.M. (2005): Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press

Marschall, U.; Ullrich, W.; Sievers, C. (2009): Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In: Repschläger, U. (Hrsg.): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse

Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; Di Clemente, C.C. (1994): Changing for good. New York: William Morrow and Company

Schmidt, C. (2000): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U.; von Kardoff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Steppan, M.; Brand, H.; Künzel, J.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Suchtforschung

Thiel, G.; Ackermann, R.; Prinzleve, M. (2004): Rehabilitationsergebnisse von 766 Therapiebeendern in den Hamburger Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige. In: Suchttherapie 2004; 5. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 180 - 190

Internetverzeichnis

Asklepios (2014): Station O 32B - Qualifizierter Entzug von illegalen Drogen mit therapeutischem Behandlungsansatz. Verfügbar unter: http://www.asklepios.com/nord_O32A. Asklepios (Stand Dezember 2014)

Jenko, D.M. (2007): Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und Rückfallrisiko in einer klinischen Stichprobe alkoholabhängiger Probanden, unv. Diss., Westfälische Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.). Verfügbar unter: <http://d-nb.info/989455718/34> (Stand Mai 2014)

Statistika (2014): Arbeitslosenquote in Deutschland im Jahresdurchschnitt von 1995 bis 2014. Verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1224/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-seit-1995/> (Stand November 2014)

Drob Inn (2014): Drogen- und Suchthilfe Kontakt- und Beratungsstellen. Verfügbar unter: <http://jugendhilfe.de/Juhi-ein2.html> (Stand: November 2014)

Drug-Infopool (2012): Spice, Lava-Red, Kräuterdroge. Verfügbar unter: http://www.drug-infopool.de/rauschmittel/spice_lava_red_kraeuterdrogen.html (Stand Dezember 2014)

Tügel, C.; Brinker, H.; Klemisch, D.; Kreye, U. (2012): Konzept Fachklinik Hamburg-Mitte. Hamburg: jugendhilfe e.V. Verfügbar unter: <http://www.jugendhilfe.de/juhi-info.html> (Stand Juni 2014)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spiralmodell der Verhaltensänderung.	2
Abbildung 2: möglicher Rückfallverlauf nach Marlatt.....	5
Abbildung 3: Rückfallentstehungsbereiche nach Körkel und Kruse	8

Anhang I

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 10.01.15

Unterschrift der Verfasserin