

STEPHAN RINCKENS

»Eine Ausrede findet sich immer!«
Die subjektive Rückfallbegründung
alkoholabhängiger Patienten



STEPHAN RINCKENS

**»Eine Ausrede findet sich immer!«
Die subjektive Rückfallbegründung
alkoholabhängiger Patienten**

Über den Zusammenhang zwischen
subjektiven Rückfallbegründungen und
Ergebnissen psychometrischer Testverfahren

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884143537

Stephan Rinckens. »Eine Ausrede findet sich immer!« Die subjektive

Rückfallbegründung alkoholabhängiger Patienten. Über den Zusammenhang zwischen subjektiven Rückfallbegründungen und Ergebnissen psychometrischer Testverfahren.

ISBN 3-88414-353-0

Zugel.: Univ.-Diss., 2003

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2003

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Marina Broll, Dortmund

Druck:

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

1. Einleitung	12
1.1 Ausgangspunkt und Zielsetzung der Untersuchung	12
1.2 Fragestellung der Untersuchung	14
2. Literaturübersicht	16
2.1 Entwicklung der Alkoholismus- und Rückfallforschung	16
2.2 Definitionen des Rückfalls bei Alkoholabhängigkeit	16
2.3 Epidemiologie des Alkoholrückfalls	18
2.4 Rückfallverläufe	19
2.5 Rückfalltheorien	21
2.5.1 Das moralische Rückfallmodell	22
2.5.2 Das medizinische Rückfallmodell	23
2.5.3 Sozial-kognitive Rückfallmodelle	26
2.5.4 Subjektive Rückfallmodelle	30
2.5.5 Weitere Rückfallmodelle	30
2.5.6 Das Protagonisten-Antagonisten-Modell	31
2.6 Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit und den weiteren Rückfallverlauf	31
2.6.1 Merkmale der abhängigen Person	32
2.6.2 Merkmale des sozialen Umfeldes	34
2.6.3 Merkmale der Behandlung	40
3. Methodik	41
3.1 Untersuchungsort und -zeitraum	42
3.2 Erhebungsmethode	42
3.2.1 Datenerhebung auf der Station KP2	42
3.2.2 Datenerfassung über die Krankenhausverwaltung	43
3.2.3 Datenerfassung über die Stadtverwaltung	44
3.3 Erhebungsinstrumente	44
3.3.1 Entwicklung und Anwendung einer Basisdokumentation	44
3.3.2 Das halbstrukturierte Interview: Die Haltungen der Patienten	45

3.3.3	Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA)	51
3.3.4	Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)	52
3.3.5	Münchener Alkoholismus Test (MALT)	54
3.5	Statistische Methoden der Datenauswertung	55
3.6	Zusammenfassung der Fragestellung	56
4.	Ergebnisse	58
4.1	Beschreibung des Untersuchungsfeldes	58
4.1.1	Beschreibung der Stadt Frankfurt/Oder und der soziodemographischen Veränderungen seit der Wiedervereinigung 1990	58
4.1.2	Patienten mit Störungen durch Alkohol im Klinikum Frankfurt/Oder	61
4.1.3	Patienten mit Störungen durch Alkohol in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000	62
4.2	Beschreibung der Untersuchungsgruppe und der Untergruppen	64
4.2.1	Die Daten der Basisdokumentation	64
4.2.2	Die Ergebnisse des Diagnostischen Inventars zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA)	74
4.2.3	Die Ergebnisse des Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI)	75
4.2.4	Die Daten des MALT in der Gesamtgruppe	85
4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	85
5.	Diskussion	88
5.1	Aufbau und Methodik	88
5.2	Diskussion der Ergebnisse	89
5.2.1	Gesellschaftliche Veränderungen in Frankfurt/Oder seit der Wende 1989/90	90
5.2.2	Häufigkeit der Diagnose einer Störung durch Alkohol im Klinikum Frankfurt/Oder	91
5.2.3	Die auf der Grundlage der subjektiven Rückfallbegründungen und Selbsteinschätzungen gebildeten Untergruppen	92
5.2.4	Unterschiede in der Lebenssituation und im Krankheitsverlauf zwischen der Gesamtgruppe und den gebildeten Untergruppen	93
5.2.5	Unterschiede in der Bedeutung der Rückfallsituationen über die Untergruppen und zu Vergleichsuntersuchungen	97
5.2.6	Unterschiede im Inkongruenzerleben und der Inkongruenzverarbeitung über die Untergruppen und zu Vergleichsuntersuchungen	98
5.2.7	Die Bedeutung der gesellschaftlichen Veränderungen seit der »Wende« auf die Lebenssituation und Entwicklung der Untergruppen	100

5.3	Schlussfolgerungen	102
5.3.1	Folgerungen für die Therapie und Behandlungsplanung	102
5.3.2	Folgerungen auf gesundheitspolitischer Ebene	103
5.3.3	Folgerungen auf gesellschaftspolitischer Ebene	104
5.3.4	Folgerungen für die Beziehungsgestaltung und Hinweise auf gesellschaftliche Entwicklungszusammenhänge	104
6.	Zusammenfassung	109
7.	Literaturverzeichnis	111
8.	Diagramme, Tabellen und Abbildungen	117
Diagramm 1:	Entwicklung der Einwohnerzahlen der Stadt Frankfurt/Oder	117
Diagramm 2:	Entwicklung der Bevölkerung in Frankfurt/Oder nach Altersgruppen	117
Diagramm 3:	Entwicklung der Familienstände in % der Einwohner in Frankfurt/Oder	118
Diagramm 4:	Entwicklung der Anzahl der Arbeitslosen in Frankfurt/Oder	118
Diagramm 5:	Geschlechterverteilung	119
Diagramm 6:	Aufteilung nach den Wohnorten	120
Diagramm 7:	Aktuelle Lebenssituation	121
Diagramm 8:	Aktuelle Partnerschaftssituation	122
Diagramm 9:	Wohnsituation der Untersuchungsgruppe	123
Diagramm 10:	Häufigkeit des Kontaktes zur Mutter	124
Diagramm 11:	Angaben zur Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Mutter	125
Diagramm 12:	Häufigkeit des Kontaktes zu den Kindern	126
Diagramm 13:	Zufriedenheit mit dem Kontakt zu den Kindern	127
Diagramm 14:	Berufsausbildung	128
Diagramm 15:	Einkommenssituation	129
Diagramm 16:	Aufenthaltsdauern beim Indexaufenthalt	130
Diagramm 17:	Anzahl der Aufenthalte in der Abteilung für Psychiatrie in den Jahren 1991 bis 1999	131
Diagramm 18:	Kumulative Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie in den Jahren 1991 bis 1999	132
Diagramm 19:	Häufigkeit der Aufnahmen in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000	133

Diagramm 20: Kumulative Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000	134
Diagramm 21: Häufigkeit früherer stationärer Entzugsbehandlungen	135
Diagramm 22: Häufigkeit früherer stationärer Entwöhnungsbehandlungen	136
Diagramm 23: Häufigkeit bisheriger Selbsthilfegruppenkontakte	137
Diagramm 24: Häufigkeit der einzelnen Zugangswege zur stationären Aufnahme	138
Diagramm 25: Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe während des untersuchten stationären Aufenthaltes	139
Diagramm 26: Anzahl der Wiederaufnahmen in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2001	140
Diagramm 27: Kumulierte Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2001	141
Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen im Diagnostischen Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA)	142
Tabelle 2: DIRA: Ergebnisse für das empirische Signifikanzniveau α^*	143
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen im Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)	144
Tabelle 4: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI): Ergebnisse für das empirische Signifikanzniveau α	146
Tabelle 5: Ergebnisse im Münchener Alkoholismus Test (MALT)	148
Tabelle 6: Vergleichende Beschreibung unterschiedlicher Stichproben stationär behandelter Abhängigkeitskranker (ergänzt nach Wienberg 1993)	149
Abbildung 1: William Hogarth, Beer Street 1750/51	106
Abbildung 2: William Hogarth, Gin Lane 1750/51	107
9. Anhang	151
Anhang I: Basisdaten	151
Anhang II: Interviewprotokollbogen	156
Anhang III: Diagnostisches Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA)	157
Anhang IV: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)	160
Anhang V: Münchener Alkoholismustest (MALT)	170
Danksagung	173

»Jeder Dialog setzt eine gemeinsame Sprache voraus,
oder besser: er formt eine gemeinsame Sprache.«

Hans-Georg Gadamer

**Für meine Eltern,
meine Kinder
und meine Freunde –
die mich haltenden Kulturen**

1. Einleitung

1.1 Ausgangspunkt und Zielsetzung der Untersuchung

»Eine Ausrede findet sich immer!« Diesen Satz hört man in Gesprächen über Alkoholabhängigkeit und Rückfall immer wieder. In diesem Satz spiegelt sich die im Alltag und auch unter Ärzten (REIMER und FREISFELD 1984) weit verbreitete moralische Rückfalltheorie wider. Der Rückfall wird dann als Ausdruck von Willensschwäche und innerer Haltlosigkeit verstanden, die nachträglich vor sich selbst und anderen gerechtfertigt werden müssen. Steht dieser Satz am Beginn einer stationären Behandlung eines alkoholabhängigen Menschen, wird durch ihn eine wirkliche Begegnung und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zumindest sehr erschwert.

Mit diesem Satz wird nicht nur die Erkrankung geleugnet, sondern auch der Blick auf Verständnismöglichkeiten und Entwicklungswege des Einzelnen, die ja in den »Ausreden« enthalten sein können, verstellt. Wer die subjektiven Rückfallgründe als Ausreden wertet, leugnet, indem er den Rückfall als Folge der Willensschwäche versteht, die nachgewiesenen und beschriebenen Zusammenhänge zwischen Suchterkrankung, Rückfälligkeit und Lebenssituation (HENKEL 1996a, 1996b und 1998b; BECKER, LEITNER und SCHULZ 1986, KÖRKELE und LAUER 1988 und 1995). Dabei wird die Einflussmöglichkeit jedoch nur scheinbar ganz zum Patienten verlagert. Gleichzeitig wird in der Bewertung des subjektiven Verständnisses als Ausrede dem Einzelnen sein Verständnis seines Lebenszusammenhanges und sein Recht auf die Entwicklung eines eigenen Selbstverständnisses abgesprochen. Damit stellt der Satz von der Ausrede eine typische »double-bind«-Situation (WATZLAWICK 1985) her: »Du bist allein verantwortlich und kannst selbst entscheiden – aber ob dein Selbstbild zutreffend ist, entscheide ich!« Obwohl dem Patienten die Kontrolle seines Verhaltens und seines Selbstverständnisses zugesprochen und die Übernahme von Verantwortung auch von ihm eingefordert wird, manchmal mit erheblichen Schuldzuweisungen und Konsequenzen, verbleibt die eigentliche Definitionsgewalt doch beim anderen. Diese Erfahrung schwächt die Selbstwirksamkeitserwartung weiter, die, den vorliegenden Studien zur Rückfallprognose folgend (ANNIS und DAVIS 1989), für die weitere Prognose von großer Bedeutung ist.

Natürlich kann jemand irren und weitere, hinter den von ihm selbst wahrge-

nommenen Gründen liegende Zusammenhänge übersehen – für die meisten von uns ist das im Alltag sogar sehr wahrscheinlich – trotzdem hilft es bei der Erkenntnis der Zusammenhänge, der Vervollständigung der Wahrnehmung, der Entwicklung des Selbstverständnisses und dem Aufbau und der Stärkung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Lebenssituation und das eigene Handeln nicht weiter, wenn der eigene Beitrag und Ansatz zum Situationsverständnis bereits zu Beginn der Behandlung durch eine solche Bewertung ausgeblendet wird.

So sieht auch BATESON (1988) im Rückfall des Alkoholabhängigen eine zumindest subjektive Berichtigung eines Irrtums, wenn er schreibt: »Wenn ihn sein Stil des nüchternen Lebens zum Trinken treibt, dann muss in diesem Stil ein Irrtum oder etwas Pathologisches angelegt sein; und die Intoxikation muss zu einer – zumindest subjektiven – Berichtigung dieses Irrtums führen. Mit anderen Worten: verglichen mit seiner Nüchternheit, die in gewisser Weise ›falsch‹ ist, muss seine Intoxikation in gewisser Weise ›richtig‹ sein. Der alte Spruch ›in vino veritas‹, könnte eine viel tiefere Wahrheit enthalten, als man gemeinhin annimmt.« (BATESON, S. 402) Das Verständnis des Rückfalls als subjektive Berichtigung eines Irrtums im nüchternen Lebensstil könnte dann durch das Verständnis dieses Irrtums und der Möglichkeiten der Berichtigung wichtige Hinweise für die Therapie geben. Das Verständnis des Rückfalls als Folge von Willensschwäche oder Haltlosigkeit verstärkt jedoch andererseits den Einfluss des »symmetrischen Stolzes«, der nach Bateson gerade kennzeichnend für die Beziehungsstruktur des Alkoholikers ist und wesentlich zur Rückfälligkeit beiträgt. Interessanterweise wird allerdings gerade in der Suchtforschung und in der Beschreibung der Behandlungsziele von Suchtfachkliniken den Begriffen von Selbstbestimmung, Autonomie, Willensbildung und Willensstärke eine große Bedeutung zugemessen.

»Jeder Dialog setzt eine gemeinsame Sprache voraus, oder besser: er formt eine gemeinsame Sprache.« In diesem Zitat von Hans-Georg Gadamer (GADAMER 1960, hier zitiert nach »Dialog«, 2000) wird die Spannung zwischen Voraussetzung und Entwicklung einer gemeinsamen Sprache zu Beginn eines Dialogs und eben auch in einer therapeutischen Begegnung beschrieben. Eine Spannung die beiderseitigen Mut und Bereitschaft zum Kennenlernen verlangt. Es kommt also darauf an, dass sich in der Begegnung beide Partner auch darauf einlassen, den Verständnisrahmen des anderen kennen zu lernen.

Ausgehend von diesen Überlegungen haben mich in der Begegnung mit alkoholabhängigen Patienten die subjektiven Rückfallbegründungen als Ausdruck ihres Selbstverständnisses, ihres Verständnisses der eigenen Lebenssituation und ihres eigenen lebensgeschichtlichen Zusammenhanges besonders interessiert. Damit waren auch der Wunsch und die Erwartung verbunden, durch einen gemeinsamen Blick auf die Wirklichkeit und deren Möglichkeiten zur Entwicklung eines »Wirklichkeitssinns« und eines »Möglichkeitssinns« zu finden und

aus dem hilflosen Dilemma des Beklagens der Willensschwäche der Alkoholabhängigen und der Forderung nach Willensstärke herauszufinden.

1.2 Fragestellung der Untersuchung

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, auch im Forschungsansatz dem Bemühen um eine »gemeinsame Sprache« Rechnung zu tragen. Es wurden daher Untersuchungsmethoden aus der qualitativen und der quantitativen Forschung kombiniert. So wurden die Patienten in einem Interview zu ihrem Verständnis ihres Rückfalls befragt, wurden soziodemographische Daten zur Lebenssituation und zum Krankheitsverlauf erhoben und psychologische Testuntersuchungen zum Rückfallverständnis und zum eigenen Inkongruenzerleben durchgeführt. Ausgehend von der Überlegung, dass die Lebenssituation im jeweiligen sozialen Umfeld für den Verlauf der Erkrankung und eben auch für die Rückfälligkeit von Bedeutung sind, wurden auch die Situation und die Entwicklung des Ortes der Untersuchung, der Stadt Frankfurt/Oder, wie sie sich in den statistischen Daten der Stadtverwaltung darstellen, untersucht. Die Ergebnisse dieser unterschiedlichen Betrachtungsweisen wurden dann zu einem Gesamtbild zusammengeführt.

Dabei sollten insbesondere die folgenden Fragen geklärt werden:

1. Wie bilden sich die gesellschaftlichen Veränderungen und die Veränderungen in der Lebenssituation der Bevölkerung der Stadt seit der politischen Wende und der Wiedervereinigung 1989/90 in den statistischen Daten der Stadtverwaltung ab?
2. Wie häufig werden im Klinikum Frankfurt/Oder insgesamt Störungen durch Alkohol diagnostiziert und entspricht dies der auf der Grundlage der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung und der Lebenssituation in Frankfurt/Oder erwarteten Häufigkeit?
3. Unterscheiden sich Alkoholabhängige hinsichtlich ihrer subjektiven Rückfallbegründungen, und lassen sich auf der Grundlage dieser Selbsteinschätzungen innerhalb der Untersuchungsgruppe Untergruppen feststellen?
4. Unterscheidet sich die Gesamtgruppe von Vergleichsgruppen anderer Untersuchungen bzw. unterscheiden sich die Untergruppen in Bezug auf ihre Lebenssituation, den Krankheitsverlauf und den Rückfallverlauf, wie sich diese in den allgemein erfassten Sozialdaten widerspiegeln?
5. Unterscheiden sich die Untergruppen in Bezug auf die Bedeutung einzelner Situationen für die Rückfallauslösung?
6. Unterscheiden sich die Untergruppen hinsichtlich des eigenen Inkongruenzerlebens und der Inkongruenzverarbeitung?
7. Besteht zwischen den gesellschaftlichen Veränderungen seit der Wiedervereinigung sowie den Veränderungen der Lebenssituation in der Stadt und der

Lebenssituation der hier untersuchten Gruppe im Allgemeinen bzw. der einzelnen Untergruppen im Besonderen ein Zusammenhang?

Für die praktische therapeutische Arbeit sind die Ergebnisse dieser Untersuchung insofern von Bedeutung, als durch das bessere Verständnis der subjektiven Begründungen, der auslösenden Situationen und der individuellen Verarbeitung die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und das Verständnis der Lebenssituation gefördert wird. Ein besseres Verständnis der eigenen Lebenssituation zu gewinnen und auf die eigene Situation Einfluss nehmen zu können, stellt selbst schon einen wichtigen Aspekt seelischer Gesundheit dar. Gesundheitspolitisch ergeben sich aus den hier vorgestellten Überlegungen Hinweise für die Bedeutung ambulanter Gruppen und Selbsthilfegruppen, für die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus, aber auch mit Einrichtungen der Obdachlosenhilfe, des Arbeitsamtes etc. In gesellschaftspolitischer Perspektive werden die Bedeutung von Arbeit und Familie, von Bildungsmöglichkeiten, von Sozialkontakten und der Teilhabe am öffentlichen Leben als haltgebende Strukturen für die Gesundheit des Menschen hervorgehoben.

Und schließlich können sich, um auf Bateson und Gadamer zurückzukommen, auch Hinweise auf den »Stil des nüchternen Lebens« ergeben, der nach Bateson möglicherweise »falsch« ist und der durch die Intoxikation und den Rückfall gewissermaßen korrigiert wird. Diese Hinweise sind jedoch nur zu eruieren, wenn im Gespräch mit dem Patienten nach einer »gemeinsamen Sprache« (GADAMER 1960) gesucht wird.

2. Literaturübersicht

2.1 Entwicklung der Alkoholismus- und Rückfallforschung

Überblicke über die Forschung zum Thema Rückfälle bei Alkoholabhängigen finden sich bei KÖRKELE und LAUER (1988 und 1995) sowie bei KÖRKELE (1996 und 1999). Danach sei zwar im Verlauf der neunziger Jahre eine Zunahme der Forschungsarbeiten festzustellen, und auch ein differenzierteres und vielfältigeres Theorieverständnis des Rückfalls entstanden. Es stehe jedoch noch immer nur wenig prozessorientiertes Wissen über individuelle Rückfallverläufe und über deren Klassifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Doch dieses Wissen sei für die Weiterentwicklung des Hilfesystems sowie für die individuelle Therapieentwicklung dringend erforderlich. Körkel führt diesen Mangel darauf zurück, dass die Forschung zunächst von dichotomen Forschungsansätzen zur Erfassung der Abstinenz bzw. des erneuten Suchtmittelkonsums ausgegangen sei. Diese Forschungsansätze entstammten mehr den Bemühungen, einen Wirksamkeitsnachweis der Entwöhnungsbehandlungen zu erbringen, seien eher abstinenz- und weniger prozessorientiert gewesen und hätten vielfach versucht, mit dichotomen Fragebögen über unterschiedlich lange Katamnesezeiträume die Rückfälligkeit zu erfassen. Dabei hätten Prozessvariablen nicht in die Betrachtung eingehen können. Für zukünftige Studien wünscht Körkel eine stärkere Ausrichtung am Prozess der Rückfälligkeit, sodass der zeitliche Verlauf sowie innere und äußere Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Rückfällen deutlicher werden könnten und die Analyse rückfallhemmender Faktoren ein größeres Gewicht bekommen könnte.

2.2 Definitionen des Rückfalls bei Alkoholabhängigkeit

In einem ganz allgemeinen Sinn definiert MARLATT (1985) einen Rückfall als ein Versagen oder Aufgeben der Bemühungen einer Person, ein beliebiges Zielverhalten zu unterlassen, abzuändern oder zu modifizieren. In der Literatur zur Alkoholrückfälligkeit wird der Rückfall sehr unterschiedlich definiert und operationalisiert. Nach KÖRKELE und LAUER (1988) lassen sich sechs unterschiedliche Rückfalldefinitionen unterscheiden. Während in der Behandlungspraxis weiterhin

»enge« Rückfalldefinitionen überwiegen, sind in der Rückfallforschung inzwischen unterschiedliche »weite« und z. T. auch subjektive Rückfalldefinitionen zur Anwendung gekommen.

Entsprechend der abstinenzenorientierten Ausrichtung der meisten Behandlungseinrichtungen überwiegt in der Praxis und bei den meisten Selbsthilfegruppen weiterhin die so genannte »enge« Rückfalldefinition. Danach gilt ein Alkoholabhängiger als rückfällig, wenn er nach einer Phase erzwungener oder selbst gewählter Abstinenz erneut Alkohol in beliebiger Form, Menge oder Dauer zu sich nimmt. Auch für die meisten Katamnesestudien, die primär auf den Nachweis der Wirksamkeit einer Entwöhnungsbehandlung ausgerichtet waren und bei denen in einem dichotomen Aufbau die Patienten in »rückfällig« und »nicht rückfällig« unterteilt wurden, kommt meist diese Rückfalldefinition zur Anwendung. Dabei gehen die Studien bei »konservativer« Berechnung in Bezug auf die nicht erreichten Patienten von einer Rückfälligkeit aus oder schließen diese Patienten bei »liberaler« Berechnung aus der Untersuchung aus. Besonders in den Selbsthilfegruppen wird dieses Rückfallverständnis noch durch den Begriff des so genannten »trockenen« Rückfalls ergänzt: Von einem »trockenen« Rückfall wird dann gesprochen, wenn mit dem früheren Trinken zusammenhängende Verhaltensweisen wieder auftreten. Diese können als Warn- und Vorläufersymptome eines »nassen« Rückfalls verstanden werden und dadurch für Risikosituationen sensibilisieren. Allgemeine Merkmale eines trockenen Rückfalls konnten bisher jedoch nicht beschrieben werden (ZERRATH 1999, zit. nach KRUSE, KÖRKEL und SCHMALZ 2000, S. 288).

Diesen »engen« Rückfalldefinitionen können »weite« Rückfalldefinitionen gegenübergestellt werden. Dabei wird die Entscheidung über Rückfälligkeit von unterschiedlichen individuellen, medizinischen oder sozialen Kriterien abhängig gemacht. Nach MARLATT (1979) liegt ein Rückfall dann vor, wenn eine selbst aufgestellte Regel bezüglich des Konsumverhaltens nach einer Zeit der Einhaltung dieser Regel verletzt wird. Hier wird die Entscheidung über die Rückfälligkeit also von einem individuellen Maßstab abhängig gemacht. Nach FEUERLEIN (1989) ist von einem Rückfall auszugehen, wenn nach Einhaltung einer Abstinenz erneut in körperlich schädigendem Ausmaß oder die soziale bzw. die individuelle Norm übersteigendem Ausmaß getrunken wird. Hier werden also neben individuellen Kriterien auch medizinische bzw. soziale Maßstäbe zur Beurteilung herangezogen. Die im Verlauf der Rückfallforschung gewonnene Erkenntnis, dass der erste Konsum von Alkohol nach einer Zeit der Abstinenz noch nicht zwingend zur Etablierung des früheren Trinkmusters führt, hat zu der von MARLATT (1985) eingeführten Differenzierung zwischen Ausrutscher (»lapse«) und Rückfall (»relapse«) geführt. Von einem Ausrutscher wird dabei bei einem einmaligen oder kurzzeitigen Alkoholkonsum und von einem Rückfall erst bei Rückkehr zum früheren Konsummuster gesprochen. Der »Ausrut-

scher« kann also als eine Variante einer weiten Rückfalldefinition verstanden werden. In Fortführung dieser Überlegungen, die sich darum bemühen, den prozesshaften Charakter des Rückfalls zu erfassen, wird dann auch ein »schwerer Rückfall« gewissermaßen als »weiteste« Rückfalldefinition unterschieden, wenn erneut körperliche Abhängigkeitssymptome auftreten oder der Betroffene durch seinen Alkoholkonsum im Alltag beeinträchtigt wird (LAUER und SOHNS 1994).

SCHMIDT (1988) spricht von einem »systemischen Rückfall«, wenn durch den Veränderungsprozess eines Familienmitglieds innerhalb einer Familie Spannungen und Konflikte auftreten und es entweder zu erneutem Alkoholkonsum des Abhängigen oder zu einer anderen Symptomentwicklung auch eines anderen Familienmitglieds kommt.

LAUER und SOHNS (1994) haben in ihrer Untersuchung Alkoholabhängige zu ihren subjektiven Rückfalldefinitionen befragt und diese mit den Bestimmungsstücken professioneller Rückfalldefinitionen in der Rückfallforschung verglichen und festgestellt, dass die meisten Probanden Variationen der »engen« Rückfalldefinition beschrieben. Die Hälfte der Probanden forderte zusätzlich das subjektive Abstinenzziel als Kriterium. Ein Viertel der Probanden explizierte eine Variante einer »weiten« Rückfalldefinition. Dabei divergieren diese Definitionen stärker als bei den »engen« Definitionen und kurzfristiger Alkoholkonsum konstituierte noch keinen Rückfall. Als Kriterien wurden zwar die Verletzung individueller Trinkregeln oder – bei den »weitesten« Definitionen – das erneute Auftreten von Entzugssymptomen, körperlichen Folgeschäden oder die Beeinträchtigung des Alltagslebens genannt, nicht jedoch die Verletzung sozialer oder medizinischer Normen, wie FEUERLEIN (1989) sie aufführt.

In der vorliegenden Untersuchung haben alle Patienten die Kriterien des schweren Rückfalls also der weitesten, großzügigsten Rückfalldefinition erfüllt, da alle nach ihrer Aufnahme ein Alkoholentzugssyndrom entwickelten. In dieser Untersuchung ist jedoch auch kein Vergleich mit anderen Studien zur Prävalenz oder Inzidenz von Rückfällen nach stationärer Entzugsbehandlung beabsichtigt. Es geht hier vielmehr um eine Beschreibung der jeweiligen subjektiven Begründungen und Zusammenhänge, sodass die Rückfalloperationalisierung wie oben dargestellt ausreichend ist.

2.3 Epidemiologie des Alkoholrückfalls

Die Abstinenzraten nach einer abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung liegen zwar höher als die Spontanheilungsquote (Süss 1995), trotzdem ist der Rückfall des Alkoholabhängigen der vorliegenden Literatur zufolge nach wie vor ein häufiges Ereignis und eher die Regel als die Ausnahme. KÜFNER, FEUERLEIN

und HUBER (1988) berichten, dass 54 % der zuvor über zwei, vier oder sechs Monate in einer Fachklinik zur Alkoholentwöhnung behandelten 1410 Patienten nach vier Jahren phasenweise oder kontinuierlich Alkohol konsumiert haben. 42 % ohne eine positive Veränderung im Trinkverhalten und 12 % in Form eines episodischen Rückfalls oder »sozialen Trinkens«. Bei LÄNGLE und SCHIED (1990) wird über eine kumulative Rückfälligkeit von 74 % über zehn Jahre berichtet und bei SCHELLER, KLEIN und ZIMM (1995) liegt die kumulative Rückfälligkeit über fünf Jahre bei 66 % und über zehn Jahre mit 76 % in der selben Größenordnung. In der 7-Jahre-Katamnese von MAFFLI et al. (1995, zitiert nach KÖRKELE 1996) wird bei 84,9 % der 915 im Durchschnitt 5,5 Monate stationär zur Entwöhnung behandelten Patienten erneuter Alkoholkonsum beschrieben. 63,4 % schätzten sich selbst als rückfällig ein oder wurden von den Untersuchern als rückfällig eingeschätzt, weil eine Alkoholmenge von 60 g bei Frauen bzw. 80 g bei Männern Alkohol täglich während der letzten sechs Monate überschritten wurde. 21,5 % hatten Alkohol getrunken, ohne dies selbst als Rückfall zu werten oder die Konsumobergrenzen zu überschreiten. Nach MISSEL et al. (1997) hatten 52,5 % von 3028 zwischen sechs und 26 Wochen in einer Suchtfachklinik behandelten Patienten nach einem Jahr erneut Alkohol getrunken. KOCH et al. (1992, zitiert nach KÖRKELE 1996) berichten zwar über nur 26 % Rückfällige nach vier Jahren, jedoch stellt die ihrer Studie zugrunde gelegte Stichprobe in Bezug auf Prognosevariablen eine positive Auswahl sozial gut integrierter Patienten dar. Nach FEUERLEIN (1987 und 1990) werden 50–60 % der Alkoholabhängigen nach längerer Zeit wieder so rückfällig, »dass Probleme in gesundheitlicher und/oder sozialer Hinsicht entstehen«. Er bezieht sich dabei auf eine Sichtung europäischer Längsschnittuntersuchungen mit einer Katamnesedauer von über vier Jahren. Dabei sind die Rückfälle in den ersten Monaten nach der Behandlung am häufigsten.

Der überwiegende Teil dieser Studien bezieht sich dabei auf Katamneseuntersuchungen nach Entwöhnungsbehandlung. Da die zur Entwöhnungsbehandlung in den Fachkliniken der Rentenversicherungsträger aufgenommenen Patienten im Vergleich zu den zur Entzugsbehandlung in einer pflichtversorgenden allgemeinpsychiatrischen Abteilung aufgenommenen Patienten bereits eine positive Auswahl in Bezug auf die Prognosevariablen darstellen, ist für den Verlauf nach einer Entzugsbehandlung eher mit höheren Rückfallraten zu rechnen.

2.4 Rückfallverläufe

Berücksichtigt man bei der Auswertung der oben aufgeführten Katamneseuntersuchungen die jeweiligen Untersuchungszeitpunkte nach Abschluss der Behandlung, wird deutlich, dass Veränderungen im Trinkstatus über den Katamnesezeitraum auf-

treten: Ein Teil der Rückfälligen wird abstinent und ein Teil der Abstinenter wird rückfällig.

So findet man in den Studien zum Katamnesezeitpunkt 30–40 % rückfällige Patienten, während es bei kumulativer Betrachtung, wie oben ausgeführt, mehr sind. Diejenigen Patienten, die in den ersten Monaten nach der Behandlung abstinent bleiben, haben dann auch weiterhin die bessere Prognose bezüglich der Abstinenz. So blieben von den nach zwei Jahren abstinenten Patienten in der 10-Jahres-Katamnese von LÄNGLE und SCHIED (1990) 86 % auch während der folgenden acht Jahre abstinent. Auch FEUERLEIN (1987 und 1990) kommt in seiner Übersicht über europäische Katamneseuntersuchungen zu dem Schluss, dass »gelegentliche kleine Rückfälle, die aber vom Patienten mit oder ohne fremde Hilfe wieder aufgefangen werden«, relativ häufig sind. Weiterhin muss hier auch eine Besserung des Trinkverhaltens (geringere Trinkmengen) trotz dauerhafter Rückfälligkeit im Sinne der »engen« Rückfalldefinition berücksichtigt werden. GLENN und PARSONS (1991) stellten in ihrer Studie fest, dass der Alkoholkonsum bei den rückfälligen Männern im Durchschnitt nur 38 % und bei den rückfälligen Frauen nur 19 % des vorherigen Konsums betrug.

Diese Daten weisen darauf hin, dass der Rückfall des Alkoholabhängigen – ähnlich wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen – ein häufiges, besonders in den ersten Wochen nach einer Behandlung und in den Übergängen zwischen einzelnen Behandlungsformen auch sehr wahrscheinliches Ereignis ist. Weiterhin ist der Rückfall im Einzelfall auch ein sehr ernstes und für den Betroffenen wie auch seine Umgebung belastendes oder auch gefährdendes Ereignis. Insbesondere da auch die Mortalität bei den dauerhaft Rückfälligen erhöht ist (LÄNGLE und SCHIED 1990). Gleichzeitig wird deutlich, dass der Alkoholrückfall ein prozesshaftes Geschehen ist, bei dem der »erste Schluck« nicht zwangsläufig sofort zum »schweren« Rückfall führt. Vielmehr scheint es so zu sein, dass Abhängige nicht nur über längere Zeit in die Sucht hineinwachsen, sondern auch längerer Zeiträume bedürfen, »um sich ihrer wieder – mit Rückfällen – zu entledigen« (KÖRKEL 1996, KRUSE, KÖRKEL und SCHMALZ 2000).

Diese Erkenntnis hat dazu geführt, in der Forschung zum Thema Alkoholrückfall nicht nur die Rückfälligkeit als solche zu erfassen, sondern auch Prognosevariablen und Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit und den Rückfallverlauf zu berücksichtigen sowie Fragen der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Integration am Arbeitsplatz, Familiensituation und Partnerschaft u. Ä.) zu untersuchen. KÖRKEL und LAUER (1995) stellen jedoch fest, dass trotz vermehrter Forschungsaktivität zum Thema Alkoholrückfall und erster Prozessstudien zu Rückfallverläufen »immer noch wenig prozessorientiertes Wissen über individuelle Rückfallverläufe sowie ihre Klassifizierungsmöglichkeiten vorhanden ist«.

2.5 Rückfalltheorien

Mit dem breiteren Forschungsansatz wurde in den letzten Jahren auch ein breiteres Spektrum an Rückfalltheorien entwickelt. Die jeweiligen Rückfalltheorien der Patienten und der Therapeuten beeinflussen sowohl deren Begegnung und Beziehungsgestaltung als auch deren jeweilige Bewertung der geschilderten Ereignisse und sind daher wichtig für den weiteren Behandlungsverlauf. Im Folgenden sollen die wichtigsten Rückfalltheorien, Modelle und Ansätze kurz dargestellt werden:

In der Rückfallforschung der letzten 20 Jahre wird häufig auf das von PROCHASKA und DiCLEMENTE (1982 und 1983) entwickelte Modell der Verhaltensänderung zurückgegriffen. Sie beschreiben den Prozess der Verhaltensänderung als eine Spirale mit sechs Stufen. Der Prozess beginnt mit der Phase des Aufmerksamwerdens (Precontemplation). In dieser Phase beginnt das Nachdenken über das eigene Konsumverhalten, ausgelöst durch alarmierende medizinische Befunde oder Warnungen aus der Familie oder dem beruflichen Umfeld. In der zweiten Phase, der Phase des Abwägens (contemplation), werden die Gründe für und gegen eine Verhaltensänderung abgewogen. In der dritten Phase wird die Entscheidung für oder gegen eine Verhaltensänderung getroffen. In der vierten Phase werden dann entsprechende Handlungsschritte (the act of quitting) entwickelt und erprobt. Diese Schritte machen Veränderungen im Verhalten erforderlich, die es zu klären, vorzubereiten und zu unterstützen gilt. In der fünften Phase geht es um die Aufrechterhaltung dieser Veränderungen im Lebensalltag und die Entwicklung einer dauerhaften »trockenen Zufriedenheit«. Durch verschiedene Belastungen kann es in der sechsten Phase zu einem Rückfall kommen, der möglicherweise für den Betroffenen die einzige ihm noch erkennbare Bewältigungsmöglichkeit darstellt. Es kommt dann darauf an, mit dem nächsten Schritt wieder in diesen Prozess der Verhaltensänderung einzutreten und nicht im dauerhaften Rückfall zu bleiben. Prochaska und DiClemente haben dieses Modell an unterschiedlichen Abhängigkeiten untersucht und festgestellt, dass z. B. ein Raucher mit festem Vorsatz zur Veränderung und Einleitung entsprechender Schritte diese Spirale durchschnittlich fünfmal durchläuft, bis ihm ein dauerhafter Ausstieg gelingt. Rückfälle gehören also offenbar zu einem Prozess der Verhaltensänderung. In der Praxis ermöglicht das Modell eine Orientierung, die eine Zuordnung von Unterstützungsmaßnahmen und Hilfestellungen zu den einzelnen Phasen ermöglicht.

2.5.1 Das moralische Rückfallmodell

Das »moralische Modell« ist nach HENKEL (1998a) in den 30er-Jahren des 19. Jahrhunderts entstanden. In dieser Zeit seien in Deutschland erstmals Alkoholismus und Armut als miteinander verbundene Massenphänomene aufgetreten. Die Verarmung weiter Bevölkerungskreise, die Massenarbeitslosigkeit und der Zerfall der bis dahin sichernden sozialen Strukturen in einer Zeit des Übergangs von einer Agrarstruktur zur Industrialisierung und von einer feudalen zu einer bürgerlichen Ordnung, hätten dazu geführt, dass die Armen »nicht nur materiell depriviert, sondern auch sozial entwurzelt« wurden. Gleichzeitig sei gerade hochprozentiger Alkohol durch den Preissturz in dieser Zeit erstmals auch der armen Bevölkerung in großem Umfang zugänglich gewesen und die Trinkformen hätten sich in dieser Zeit mit der Privatisierung der Lebensformen und aufgrund der Entwurzelung und Vereinzelung von sozial-rituell eingebundenen Konsummustern zu individualisierten Konsummustern verändert. Dies alles habe zur starken Zunahme des Alkoholkonsums gerade hochprozentiger Getränke, der so genannten »Branntweinpest«, geführt. Als Reaktion darauf hätte sich in den 30er-Jahren die Mäßigkeits- und Temperenzbewegung als Massenbewegung entwickelt. Diese sei in den konservativen Kreisen des Kleinbürgertums, das selbst durch die Veränderungen verunsichert und bedroht gewesen sei, beheimatet gewesen. Henkel sieht das Ziel der Temperenzbewegung und des in ihr entwickelten moralischen Modells der Abhängigkeit darin, das Trinkverhalten der Bevölkerung an die »Normen des innengesteuert-selbstkontrollierten, bürgerlich rationalen Lebensstils anzupassen« und damit den Konstituierungsprozess der bürgerlichen Gesellschaft abzusichern. Infolge der Aufklärung und der weiteren Entwicklung der gesellschaftlichen Verhältnisse habe »[...] die rationale Planung des eigenen Lebens, individuelle Lebenskontrolle und Eigenverantwortlichkeit zunehmend an Bedeutung [gewonnen und] somit auch die Internalisierung bisher von außen kontrollierter Verhaltensmuster [...]«. Die Temperenzbewegung habe das Problem fehlender Selbstkontrolle unter Vernachlässigung der materiellen und sozialen Lebensverhältnisse der Menschen zu einem »Phänomen moralischer Devianz« verkürzt und mithin bloß normativ reagiert.

In ihrer Sichtweise war die Selbstdisziplin im Umgang mit Alkohol dann nicht mehr das Ergebnis, sondern die Voraussetzung einer »bürgerlich-rationalen Lebensführung«. Gleichzeitig trug nach dem Verständnis der Temperenzbewegung der Alkohol wieder zur »Willensschwäche, Disziplinlosigkeit und Amoralität« bei, sodass der »Branntweintrinker«, der ohnehin schon moralisch stigmatisiert war, weil er die »bürgerliche Leistungsethik« verletzte, Ursache und Folge seines Trinkens zu verantworten hatte und damit weiter moralisch stigmatisiert wurde. Er war gewissermaßen »selbst schuld«, und eine Veränderung war ihm auch nicht möglich, da ja die Willensschwäche gleichzeitig Folge und Ursache seines

Alkoholkonsums war. Ansätze zur Erforschung der Rückfälligkeit konnten vor diesem Hintergrund nicht entstehen.

KÖRKELE und LAUER (1995) stellen dann in ihrer Übersicht auch fest, dass die »moralische Rückfalltheorie, nach der Rückfälle durch innere Haltlosigkeit bzw. Willens- und Charakterschwäche zustande kommen, [...] bis heute die wissenschaftliche Erforschung des Rückfallphänomens nicht stimuliert, sondern tautologische ›Begründungen‹, wonach Rückfällige per definitionem charakter-schwach sind, perpetuiert [hat]«. Trotzdem ist dieses Modell im Alltag immer noch weit verbreitet.

2.5.2 Das medizinische Rückfallmodell

Unter dem medizinischen Modell lassen sich Theorien, die dispositionelle, genetische oder neurobiologische Faktoren in den Vordergrund stellen, zusammenfassen. Das Modell geht nach der Diskontinuitätsannahme davon aus, dass sich Alkoholiker aufgrund körperlicher Eigenschaften qualitativ von ebenfalls Alkoholtrinkenden, aber nicht Abhängigen unterscheiden. Der »qualitative Unterschied« wird mit dem Phänomen des Alkoholverlangens und des Kontrollverlustes begründet und in bislang noch nicht nachgewiesenen biochemischen oder genetischen Besonderheiten des Patienten gesehen. Die zweite für das medizinische Modell konstituierende Annahme ist die Irreversibilitätsannahme, nach der die Alkoholkrankheit auch durch Behandlung nie ausheile, sondern nur durch lebenslange Abstinenz zum Stillstand gebracht werden könne. Mit diesen Annahmen wurde die Alkoholabhängigkeit schließlich 1968 durch das Bundessozialgericht in Kassel als Krankheit auch im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannt (KÖRKELE und LAUER 1988). Krank ist nach diesem Modell die angenommene und bis jetzt allerdings noch nicht nachgewiesene genetische oder biochemische Andersartigkeit des Patienten, die zu Kontrollverlust und Alkoholverlangen führe (BARTHELS 1991). Während also im moralischen Modell der Abhängige und die bei ihm konstatierte Willensschwäche sowohl für das Problem (Alkoholabhängigkeit) als auch für dessen Lösung (Abstinenz) allein verantwortlich ist, ist der Patient im medizinischen Modell zunächst weder für das Problem noch für dessen Lösung verantwortlich. In diesem Sinn hat es mithin den entscheidenden Vorteil, dass der Abhängige nicht zusätzlich moralisch stigmatisiert wird, sondern im Gegenteil durch das Verständnis der Abhängigkeit als Erkrankung Anspruch auf Behandlung bekommt und diese auch eher selbst einfordern kann.

Nach HENKEL (1998a) kam das Konzept des Alkoholismus als Krankheit ebenfalls Anfang des 19. Jahrhunderts auf. Die Ursachen wurden »in den sozialen Verhältnissen und in den chemischen Wirkungen des Alkohols auf den

menschlichen Organismus« gesehen. Dabei variierte die Bedeutung, die den einzelnen Faktoren – soziale Verhältnisse einerseits und chemische Wirkungen des Alkohols andererseits – zugeschrieben wurde, auch innerhalb des Krankheitsmodells erheblich, insbesondere bei der Bewertung des Zusammenhanges zwischen Alkoholabhängigkeit und Armut. Zum Teil hielten die Vertreter dieses Modells auch »an der moralischen Haltlosigkeit, Willensschwäche und Lasterhaftigkeit als mitentscheidende ätiologische Faktoren fest, wodurch die Trunksucht zur Krankheit des Willens wurde, und die Überführung des Lasterhaften bzw. des Bösen in das Kranke auf halbem Wege stecken blieb« (HENKEL 1998a). Für die Abstinenzverbände, die sich während der zweiten Antialkoholbewegung in den 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts bildeten, war die »Trunksucht ein Konglomerat aus Willensschwäche und Krankheit und die individuelle Trinkerrettung nur durch totale Enthaltbarkeit denkbar« (HENKEL 1998a). Ein Konzept, das auch von den sich in den 30er-Jahren bildenden Selbsthilfegruppen übernommen wurde.

Ergänzt wurde dieses Modell im ausgehenden 19. Jahrhundert noch durch das Konzept des biologischen Determinismus und das Konstrukt der alkoholischen Degeneration. Nach Henkel entstand diese Denkrichtung vor dem Hintergrund einer Rechtfertigungskrise der bürgerlichen und kapitalistischen Gesellschaft, die die Enttäuschung der »Hoffnung auf Wohlstand für alle« rechtfertigen musste. Dazu wurden die Gründe für Alkoholabhängigkeit und Armut auf den Einzelnen verschoben und durch die Lokalisierung im »Biologischen« auch der Erwartung nach sozialer Gleichheit und Gerechtigkeit die Grundlage entzogen. »Mit der Degenerationslehre war ein Instrument geschaffen, die soziale Schichtung der Gesellschaft, speziell die Existenz des Lumpenproletariats als Ergebnis eines evolutionären Naturprozesses zu erklären.« (HENKEL 1998a) Damit ging keineswegs eine Entschuldung des Abhängigen einher: Erstens wurde der Abhängige als »natürlich« Minderwertiger stigmatisiert und zweitens war er nicht nur Opfer seiner Natur, sondern durch die angenommene Vererbung auch »zugleich moralisch schuldhafter Verursacher der unterstellten biologischen Degeneration« seiner Nachkommen.

Während also in dem ursprünglichen medizinischen Krankheitskonzept, nach dem die Ursachen in den sozialen Verhältnissen und den chemischen Wirkungen des Alkohols auf den Organismus lagen, der Trunksüchtige ein prinzipiell behandelbarer Kranker war, entstand mit der Degenerationstheorie das Bild des unheilbar Kranken. Diese Sichtweise steigerte sich in der Folgezeit bis zu den sozialdarwinistischen und rassenhygienischen Vorstellungen und Handlungen bereits in der Weimarer Republik und bis zur Zwangssterilisation und Ermordung von psychisch Kranken und eben auch von Alkoholabhängigen im Nationalsozialismus.

Obwohl die Ursprünge des medizinischen Rückfallmodells bis zu Benjamin

RUSH (1745–1813) ins frühe 19. Jahrhundert zurückreichen, geht seine moderne Formulierung, mit den oben genannten Annahmen der Diskontinuität und der Irreversibilität sowie der Akzeptanz als Krankheit vergleichbar anderen körperlichen oder seelischen Erkrankungen auf JELLINEK (1960) zurück, der dieses Modell in den 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts beschrieben hat. Seitdem wurde dieses Konzept von vielen Institutionen und Organisationen übernommen. Nicht nur der Aufbau der Behandlungs- und Versorgungsstrukturen, sondern auch die Rückfallforschung wurde lange von diesem Konzept und dem hierin enthaltenen dichotomen Behandlungs- und Evaluationsansatz, »abstinente« oder »rückfällig«, bestimmt.

Nach MARLATT (1985) liegt ein wesentlicher Vorteil des Konzeptes darin, dass es den Abhängigen der persönlichen Verantwortung für das »Problemverhalten« enthebt und damit zu einer Entstigmatisierung beiträgt und eine größere Therapiebereitschaft ermöglicht. Gleichzeitig sieht er aber darin auch den wesentlichen Nachteil dieses Modells: Wenn der Abhängige dessen Annahmen übernehme, sei es wahrscheinlicher, dass er sich in die »passive Rolle des Opfers« begeben. Forschungen zeigten zu dem, dass Menschen die genetische oder konstitutionelle Erklärungsmodelle für ihre Erkrankung erhielten, weniger persönliche Bewältigungsmöglichkeiten sehen und eher bei emotionaler Belastung trinken als Menschen, die ein Erklärungsmodell sozialen Lernens vermittelt bekamen (FISCHER und FARINA 1979, zitiert nach MARLATT 1985). Das medizinische Krankheitsmodell ermögliche einem Patienten, sich als alkoholkrank zu verstehen und von da aus das größere Risiko zu erkennen und zu berücksichtigen. Wenn dieses Modell übernommen, die Risikosituationen wahrgenommen und berücksichtigt und eine Abstinenz eingehalten würde, sei »alles gut«. Bei einem Rückfall räche sich das Konzept jedoch, da der Kontrollverlust bereits nach geringem Alkoholkonsum Teil des Konzeptes sei und es daher »zwangsläufig« zum vollständigen Rückfall komme (»always one drink away from drunk«). Der weitere Rückfallverlauf nach einer ersten eingenommenen Alkoholmenge wird als zwangsläufiger Prozess ohne Steuerungs- und Einflussmöglichkeit des Einzelnen gesehen. In dieser Erwartungshaltung sieht Marlatt eine sich selbst erfüllende Prophezeiung. Nach BRICKMAN (1982, zitiert nach MARLATT 1985) lässt sich dieses Krankheitsmodell nicht nur auf Situationen anwenden, in denen Personen »Opfer einer Erkrankung« seien, sondern auf alle Situationen, in denen Personen als an Einflüsse, die außerhalb ihrer Kontrolle liegen und bleiben, ausgeliefert angesehen werden. Zwar werden die Personen dann nicht mehr für ihre »Schwäche« bestraft, sondern erhalten Anspruch auf »Behandlung«, jedoch werde dadurch die Abhängigkeit von äußeren Einflussfaktoren gefördert. Nach Brickman wird der Einzelne im medizinischen Modell als weder für das Problem noch für die Lösung verantwortlich gesehen, und demnach benötige er Behandlung.

Ein körperlich fassbares Korrelat, wie Jellinek es für das Alkoholverlangen und den Kontrollverlust angenommen hat (JELLINEK 1960), konnte bislang zwar nicht nachgewiesen werden, aber in der neueren neurobiologischen Forschung wurden in den vergangenen Jahren Veränderungen in verschiedenen Transmittersystemen bei Alkoholabhängigkeit nachgewiesen. Dabei werden die Ursachen für die festgestellten Veränderungen im Transmittergleichgewicht z. T. in einer primär veränderten Anlage und z. T. als durch den Alkohol selbst ausgelöst verstanden (ROMMELSPACHER 1993 und 1998). Zwar kann die Frage nach Ursache oder Folge der festgestellten Veränderungen noch nicht eindeutig entschieden und somit das medizinische Modell mit der Diskontinuitätsannahme bis jetzt weder bestätigt noch widerlegt werden, doch konnten auf dieser Grundlage pharmakologische Strategien zur Rückfallprophylaxe entwickelt und eingesetzt werden.

An diesen beiden Punkten – dem unterstellten, aber bis heute noch nicht nachgewiesenen körperlichen Korrelat der angenommenen körperlichen Abweichung des Alkoholkranken vom Gesunden einerseits und der Erschwerung persönlicher Verantwortungsübernahme durch den Abhängigen andererseits – setzt auch BARTHEL'S' (1991) Kritik an dem Krankheitskonzept der Alkoholabhängigkeit an. Er bezeichnet das Vorgehen in diesem Modell, vom beobachteten Verhalten (Alkoholverlangen und Kontrollverlust) auf nicht nachgewiesene biologische Veränderungen zu schließen in Anlehnung an einen Begriff von Eugen Bleuler als ein Beispiel von »autistisch undiszipliniertem Denken«. Weiterhin weist er darauf hin, dass selbst wenn es gelänge, organische Veränderungen als Korrelate dieses Verhaltens zu zeigen, damit noch nicht bewiesen wäre, dass diese Veränderungen tatsächlich auch das veränderte Verhalten verursachen und damit auch nicht bewiesen wäre, dass es sich dabei um »Funktionsstörungen« handle. Weiterhin kritisiert Barthels, dass innerhalb des medizinischen Modells die Begriffe der Autonomie, der Verantwortung und der Selbstkontrolle nicht verankert werden können, sondern eher untergraben werden. Das Konzept der Krankheit unterlaufe die persönliche Verantwortungsübernahme und das Bewusstsein für die Steuerbarkeit des eigenen Verhaltens und forcieren so eine Form der Entmündigung.

2.5.3 Sozial-kognitive Rückfallmodelle

Die sozial-kognitiven Theorien zur Abhängigkeit und zum Rückfall gehören zu den »psycho-sozialen Modellen menschlichen Erlebens und Verhaltens« (KÖRKEL und LAUER 1988). Sie haben sich aus den lerntheoretischen Theorien zu Sucht und Abhängigkeit entwickelt. Hier werden neben behavioralen Kompetenzdefiziten (z. B. Selbstunsicherheit, fehlende Konfliktlösungsstrategien, fehlende

Entspannungsmöglichkeiten ...) sowie sozialen und situativen Einflussbedingungen auch kognitive Merkmale (positive Alkoholfolgeerwartungen, negative Selbstwirksamkeitserwartung u. Ä.) berücksichtigt. Damit gehen diese Theorien über den Rahmen reiner verhaltenstherapeutischer Konzepte hinaus. Sie stehen in direktem Widerspruch zu den Grundannahmen des medizinischen Modells: Im Gegensatz zur Diskontinuitätsannahme des medizinischen Modells gehen diese Modelle von einer Kontinuität der verschiedenen Trinkstile aus. Der Übergang zwischen »normalem« Konsum und schwerer Abhängigkeit gilt als fließend und könne auf Grundlage der gleichen Lernmechanismen und Erfahrungen verstanden werden. Im Gegensatz zur Krankheitsannahme des medizinischen Modells, wird die Abhängigkeit als gelerntes Verhalten verstanden, das grundsätzlich beeinflussbar bleibt. In diesen Modellen wird der Begriff der Abhängigkeit bevorzugt, da der Konsum als von äußeren Bedingungen und inneren Verarbeitungsprozessen abhängig verstanden wird. Im Gegensatz zur Irreversibilitätsannahme des medizinischen Modells, gehen diese Modelle von einer grundsätzlich möglichen Veränderung des gelernten Verhaltens aus.

Demzufolge gilt der Rückfall hier auch nicht als unausweichliche Konsequenz einer körperlichen Disposition, sondern als ein von äußeren und inneren Einflussfaktoren abhängiges Verhalten, das sich erklären und verändern lässt.

Nach BRICKMAN (s. o.) ist der Abhängige in diesen Theorien nicht für die Entstehung oder Verursachung seiner Probleme verantwortlich; er wird jedoch für die Entwicklung von Lösungen in die Verantwortung genommen. Ihm wird mithin eine aktivere Rolle in der eigenen Lebensgestaltung zugewiesen. Unter den sozial-kognitiven Theorien wurde den Modellen von Annis, Litman und Marlatt in der Rückfallforschung besondere Aufmerksamkeit zuteil.

2.5.3.1 Rückfalltheorie nach Annis

ANNIS und DAVIS (1989) sehen, ausgehend von Banduras Selbstwirksamkeitstheorie, in der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) des Alkoholabhängigen einen entscheidenden Faktor für dessen Verhalten in einer Hochrisikosituation und für den weiteren Rückfallverlauf. Ausschlaggebend für die Selbstwirksamkeitserwartung seien dabei die gedankliche Bewertung der Situation und die aus der eigenen Erfahrung in der Vergangenheit abgeleitete Einschätzung der eigenen Verhaltensmöglichkeiten. Nach KÖRKELE und LAUER (1995) konnten mehrere Studien, von diesem Ansatz ausgehend, nachweisen, dass ein starker Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung bzw. eine hohe SWE am Ende einer Behandlung weitere Abstinenz nach Abschluss der Behandlung begünstigt. Nach SCHINDLER und KÖRKELE (1995) führt eine »ungünstige, internal stabile Ursachenerklärung vergangener Ausrutscher« im Sinne einer angenommenen »Unfähigkeit zur Ab-

stinenz« zu einer geringeren prospektiven SWE. Sie regen daher die Analyse der Beziehungen verschiedener kognitiver Komponenten in der Rückfallverarbeitung an.

2.5.3.2 Rückfalltheorie nach Litman

LITMAN und Mitarbeiter (1986) haben einzelne Komponenten des Rückfallprozesses untersucht. Sie unterteilen ihn in vier Bereiche, die das weitere Trinkverhalten gemeinsam entscheidend beeinflussen: Die »gefährdenden« Bedingungen, die sie mit dem Relapse Precipitants Inventory (RPI) untersucht haben, unterteilen sie in unangenehme emotionale Zustände, gefährdende Situationen sowie euphorische Gefühle und nachlassende kognitive Wachsamkeit. Das Bewältigungsverhalten für solche Risikosituationen und die Einschätzung der Effektivität dieses Verhaltens unterteilen sie in »positives Denken«, »negatives Denken«, »Ablenkung und Vermeidung« sowie »Einholung sozialer Unterstützung«. Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls und das Gefühl, selbst ein hilfloses Opfer zu sein, beeinträchtigen nach Litman eine aktive Rückfallbewältigungsstrategie.

2.5.3.3 Rückfalltheorie nach Marlatt

Ein Modell, in dem mehrere kognitive, soziale und verhaltensbezogene Komponenten und deren Wechselwirkungen berücksichtigt werden, wurde von MARLATT (1979, 1985 und 1989) entwickelt. Danach erlebt sich der Abhängige, ausgehend von einem unausgewogenen Lebensstil und scheinbar unbedeutenden Entscheidungen (z. B. Einkauf von Getränken für Gäste), noch unter Kontrolle bis eine Hochrisikosituation (s. a. LITMAN 1986) seine Selbstwirksamkeitserwartung in Frage stellt. Gelingt es ihm nun, diese Situation ohne erneuten Suchtmittelkonsum zu bewältigen, führt dies zu einem Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung und damit zu einem Unwahrscheinlicherwerden eines erneuten Rückfalls. Stehen ihm für die Situation keine geeigneten Bewältigungsreaktionen zur Verfügung oder können sie von ihm nicht erkannt werden, sinkt seine Erwartung, die Situation meistern zu können. Wenn er gleichzeitig positive Erwartungen mit der erneuten Einnahme des Suchtmittels verbindet, steigt die Wahrscheinlichkeit des Ausrutschers oder Rückfalls weiter an. Durch die erneute Suchtmittelleinnahme bei vorher bestehender Abstinenzabsicht kommt es zu einem inneren Widerspruch zwischen Verhalten und Absicht. Diesen Widerspruch und dessen Verarbeitung bezeichnet Marlatt als Abstinenzverletzungseffekt (AVE). Das Ausmaß des AVE hänge dabei von der investierten Energie einerseits und von der subjektiven

Ursachenzuschreibung andererseits ab. Wird der Grund in stabilen, situationsunabhängigen eigenen Merkmalen (z. B. Willensschwäche) gesehen, so sei der weitere Verlauf ungünstiger, als wenn die Ursachen in variablen, spezifischen, situationsabhängigen und äußeren Bedingungen gesehen werde, und insbesondere, wenn eigene Einflussmöglichkeiten auf den weiteren Verlauf gesehen werden können. Die subjektive Einschätzung der eigenen Verhaltensmöglichkeiten des Abhängigen ist danach von großer Bedeutung für den weiteren Rückfallverlauf.

Die besondere Bedeutung all dieser Modelle für die Rückfallforschung liegt nach KÖRKELE und LAUER (1995) und MARLATT (1985 und 1989) darin, dass sie den Blick auf Einflussmöglichkeiten und auf die Veränderbarkeit des Verhaltens freigeben und damit aus der schuldzuweisenden Sicht des moralischen Rückfallmodells einerseits und der Ausweglosigkeit suggerierenden Sichtweise des medizinischen Modells andererseits heraushelfen sowie in der Forschung den Weg für die Suche nach Einflussfaktoren eröffnen und den Blick auf den Prozess der Rückfälligkeit fördern, statt nur die Tatsache der Rückfälligkeit zu erfassen.

BARTHELS (1991) steht den sozial-kognitiven Konzepten kritischer gegenüber. Den Hauptnachteil dieser Konzepte sieht er darin, dass der Mensch »innerhalb des behavioralen Subjektmodells [...] über eine gewisse Gleichsetzung mit Tieren auf seine organismischen Dimensionen reduziert und als unter Kontrolle der Umwelt stehend angesetzt« wird (BARTHELS 1991, S. 50). Durch die im Versuchsaufbau akzentuierte Sicht von außen würden Aspekte wie Autonomie, innen geleitete Kognitivität, Reflexivität und Rationalität tendenziell ausgeschlossen. Auch die Konzepte von Verantwortung und Selbstkontrolle gingen damit über den Rahmen des verhaltenstheoretischen Modells hinaus, da hierzu erforderlich sei, »dass eine Person absichtlich und planvoll ihr Verhalten an bestimmten selbst gesetzten Zielvorstellungen ausrichtet und in Bezug auf diese Zielvorstellungen verändern kann« (BARTHELS 1991, S. 65). Dies erfordere die Annahme eines reflexiven Subjektes, das sich Wissen aneignet, überprüfen und zu planvoll intentionalem Handeln verwenden kann. Barthels stimmt zwar zu, dass die sozial-kognitiven Modelle eine Erweiterung des behavioralen Ansatz darstellen, kritisiert jedoch gleichzeitig, dass sie von ihrem Aufbau her die Innensicht des Individuums nicht berücksichtigen könnten und durch den Versuch der Erweiterung die Entwicklung eines subjektiven Forschungsansatzes behindern. Ein wesentlicher Kritikpunkt sowohl am medizinischen Modell wie auch den rein verhaltenstheoretischen und sozial-kognitiven Modellen ist für Barthels, dass beide durch ihre »reduktionistisch-mechanomorphe Sichtweise des Alkoholikers die Möglichkeit [ignorieren], dass ein Individuum gemäß seinem Selbstverständnis und seinen Zielvorstellungen *handelt*« (BARTHELS 1991, S. 69). Er plädiert daher dafür, dass auch in der Forschung von einem Menschenbild eines »(potenziell) reflexiv-rationalen, handlungsfähigen Subjekts« (S. 85) und damit von

der intentionalen Sinnhaftigkeit menschlichen Tuns, d. h. vom Handeln ausgegangen wird. Die auf niedrigerer Ebene konzeptualisierten Begriffe des Verhaltens und des Tuns dürften erst hinzugezogen werden, wenn das Handlungskonzept nachweislich nicht angewendet werden könne.

2.5.4 Subjektive Rückfallmodelle

Subjektive Rückfalltheorien haben nach Körkel und Lauer für die weitere Erforschung des Rückfalls als Prozess eine besondere Bedeutung, da dem »subjektiven Überzeugungswissen ein eigenständiger Beitrag beim Ablauf von Rückfallprozessen zugeschrieben werden kann« (KÖRKELE und LAUER 1988, S. 45). Bisher gibt es Ansätze zur Rekonstruktion subjektiver Rückfalltheorien bei LAUER und SOHNS (1994) und SOHNS und LAUER (1995). In einer Anwendung des Forschungsprogramms Subjektive Theorien (FST) von Groeben und Scheele hat BARTHEL (1991) in seiner Arbeit subjektive Theorien von rückfälligen und abstinenter Alkoholabhängigen nach dem Heidelberger Struktur-Lege-Verfahren untersucht. Inwieweit solche subjektiven Theorien dann auch als handlungsleitend – von außen beobachtet – angesehen werden können, muss erst noch durch weitere Forschungen geklärt werden. Jedenfalls zeigt die Untersuchung, dass Alkohol trinken auch bei Abhängigen nicht nur als Tun oder Verhalten, sondern auch als rationale Handlung kategorisiert und verstanden werden kann. In einem nächsten Schritt müssten diese subjektiven Theorien dann mit den wissenschaftlichen Theorien der Professionellen und mit objektiven Außenkriterien verglichen werden.

2.5.5 Weitere Rückfallmodelle

Nach den psychodynamischen Rückfalltheorien wird der Rückfall als Folge intrapsychischer Konflikte und/oder Ich-struktureller Defizite in der Persönlichkeit angesehen. Sozialpsychologische Ansätze sind den Übersichtsarbeiten KÖRKELE und LAUER (1988 und 1995) zufolge bisher nur wenig verfolgt worden und sollten bei weiteren Studien stärker berücksichtigt werden, »weil sie (...) die vielfach nur atheoretisch-korrelativ »entdeckte« soziale Dimension in der Rückfallforschung theoretisch verankern« (KÖRKELE und LAUER 1995). Nach der systemischen Rückfalltheorie dienen Rückfälle der Beziehungsregulation innerhalb des Bezugssystems, in dem Sinne, dass in der Abstinenzphase auftretende Konflikte wieder eingedämmt werden sollen.

2.5.6 Das Protagonisten-Antagonisten-Modell

Keines der monokausalen Modelle kann jedoch für sich genommen alle Aspekte der Alkoholabhängigkeit und des Rückfalls erklären. Dies hat zur Entwicklung des Protagonisten-Antagonisten-Modells (KÖRKELE und LAUER 1995) geführt. Dieses Modell bietet die Möglichkeit, monokausale Erklärungen zu überwinden und neben Risikofaktoren auch rückfallhemmende Faktoren in die Rückfalltheorie mit einzubeziehen. Das Modell hat große Ähnlichkeit mit dem Stress-Vulnerabilitäts-Konzept nach CIOMPI (1994) in der Schizophrenieforschung. Neben rückfallbegünstigenden Merkmalen werden auch rückfallhemmende Faktoren auf jeweils unterschiedlichem Strukturniveau berücksichtigt. Zu den rückfallbegünstigenden Faktoren gehören: stabiles Vulnerabilitätsniveau, über längere Zeit wirksame Stressoren, kritische Lebensereignisse, Aspekte der inneren Verarbeitung des »Ausrutschers«.

Zu den rückfallhemmenden Faktoren gehören: soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, Bewältigungsfertigkeiten, negative Alkoholkonsumfolgeerwartungen, positive Selbstwirksamkeitserwartung, externaler, variabler und spezifischer Attributionsstil. Nach diesem Modell muss es selbst bei deutlicher Ausprägung der Rückfallprotagonisten nicht zwangsläufig zu einem Rückfall kommen. Vielmehr kann eine Risikosituation durch Rückfallantagonisten auf verschiedenen Ebenen entschärft werden. Es kommt also mehr auf das Wechselspiel von Protagonisten und Antagonisten als auf das absolute Ausmaß der Protagonisten an. Ein solches Modell öffnet Patienten und Therapeuten mehr Spielraum und Einflussmöglichkeiten und fördert über die damit verbundene positive Selbstwirksamkeitserwartung einen der wesentlichen Rückfallantagonisten. Außerdem kann in diesem Modell die Multikonditionalität des Rückfallgeschehens gut dargestellt werden und es ermöglicht am ehesten, die Wechselwirkungen zwischen einzelnen Faktoren zu untersuchen.

2.6 Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit und den weiteren Rückfallverlauf

Infolge der stärkeren Berücksichtigung der sozial-kognitiven Rückfalltheorien sind in den letzten Jahren auch die Einflussfaktoren auf die Rückfälligkeit verstärkt untersucht worden. Ein Literaturüberblick findet sich bei KÖRKELE und LAUER (1988 und 1995) und KÖRKELE (1996 und 1999).

Die Einflussfaktoren lassen sich in a) Merkmale der abhängigen Person, b) Merkmale des sozialen Umfeldes und c) Merkmale der Behandlung einteilen. Dabei weist Körkel ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den meisten Untersuchungsergebnissen lediglich um jeweils beobachtete Zusammenhänge handelt

und dass die Studien keine Schlussfolgerung darüber zulassen, ob die dargestellten Faktoren Ursache oder Folge der Abhängigkeit bzw. der Rückfälligkeit sind.

2.6.1 Merkmale der abhängigen Person

Auf Seiten der abhängigen Person werden dabei emotionale und kognitive Faktoren unterschieden, auf die z. T. schon weiter oben bei der Darstellung der sozial-kognitiven Rückfalltheorien eingegangen wurde. Bei den emotionalen Faktoren überwiegen den meisten Studien zufolge unangenehme intrapsychische Befindlichkeiten unterschiedlichen Ursprungs als Rückfallauslöser die seltener genannten angenehmen Befindlichkeiten und Gefühlszustände als Trinkanlässe. Bei den kognitiven Faktoren werden von Körkel und Lauer positive Alkoholfolgeerwartungen, geringe Selbstwirksamkeitserwartungen und geringe soziale Kompetenzen bzw. Bewältigungskompetenzen, fehlende Verpflichtung zur Abstinenz und Überschätzen der eigenen Kontrollfähigkeit als bedeutsame Faktoren hervorgehoben.

VELTRUP (1995) fand, dass 70,4 % der von ihm in einem halbstandardisierten Interview befragten Patienten unangenehme emotionale Zustände und 81,3 % der Patienten positive Alkoholfolgeerwartungen zum Zeitpunkt der Rückfälligkeit angaben und 37,5 % über eine Vorentscheidungsphase berichteten. KÖRKELE (1996) verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Schweizer 7-Jahres-Katamnese von MAFFLI et al. (1995, zitiert nach KÖRKELE 1996), in der an erster Stelle Rückfallgründe angegeben werden, die negative Gefühle oder Zustände beinhalten. In der Untersuchung von RIST, WATZL und COHEN (1989) an 189 Patienten gaben zwei Drittel aller rückfälligen Patienten eine »gedrückte Stimmung« im Zusammenhang mit dem Rückfall an; 80 % der Patienten gaben an, bei dem Rückfall alleine gewesen zu sein, 30 % meinten, bereits einige Tage zuvor und 52 % unmittelbar vor dem Rückfall ein Verlangen nach Alkohol gespürt zu haben. EASTMAN und NORRIS (1982) beschreiben in ihrer Studie ebenfalls die Bedeutung von Selbstunzufriedenheit als Faktor für die Rückfallentstehung. Sie weisen gleichzeitig auf die Bedeutung kognitiver Faktoren, z. B. der positiven Alkoholfolgeerwartung, und situativer Aspekte für die aktuelle Auslösung eines Rückfalls hin. In ihrem Verständnis ist der Alkoholrückfall eine Handlung, da der Rückfällige trinke, weil er die Person sein wolle, als die er sich unter dem Einfluss von Alkohol erlebt, und vom Alkohol erwarte, zu dieser Person zu werden.

SCHINDLER und KÖRKELE (1995) weisen in ihrer Untersuchung an 60 jungen (durchschnittlich 27 Jahre alten) Alkoholabhängigen die Bedeutung emotionaler Faktoren nicht nur für die Entstehung, sondern auch für den weiteren Verlauf des Rückfalls nach. Dabei heben sie hervor, dass sowohl starke negative

wie auch starke positive rückfallbezogene Emotionen den weiteren Rückfallverlauf hemmen. Und dass starke positive Gefühle nach einem Rückfall die Zuversicht, in späteren Risikosituationen nicht rückfällig zu werden, erhöhen, während starke negative Emotionen diese Zuversicht schwächen. Die Autoren plädieren daher dafür, sich zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung nicht auf ein situationsbezogenes Verhaltenstraining zu beschränken, sondern zur Änderung des Überzeugungsmusters von Abstinenz und Rückfälligkeit die emotionalen Komponenten stärker zu berücksichtigen. Die Einengung der Sichtweise auf Schuld- und Schamgefühle stabilisiere einen für den weiteren Verlauf ungünstigen stabilen, internalen Attributionstil.

Nach der Untersuchung von SOHNS und LAUER (1995), in der mithilfe einer aus dem Forschungsprogramm zu subjektiven Theorien abgeleiteten Dialog-Konsens-Methode das Handlungswissen von 29 alkoholabhängigen Männern zu ihrem Alkoholrückfall rekonstruiert wurde, sahen 54 % von ihnen unangenehme Stimmungszustände als auslösend an. Bei 35 % standen diese im Zusammenhang mit »zwischenmenschlichen Konflikten« und bei 19 % entstanden diese ohne »direkten Einfluss anderer Personen«. Jeweils 12 % gaben ein »Austreten der eigenen Kontrollfähigkeit«, »Drang oder Versuchung« bzw. »sozialen Druck mit Aufforderungen zum Mittrinken« an. 10 % verwiesen auf »angenehme emotionale Zustände« als Rückfallauslöser. Bei der Untersuchung der kognitiven Faktoren stellten die Autoren fest, dass 58 % der Interviewten die Rückfallgefahr in der Situation nicht bewusst war. Eine Kompetenzerwartung wurde überhaupt nur von sieben Personen formuliert. Auch aus der subjektiven Sicht verfügten nur 20 % der Untersuchten über Bewältigungsstrategien, die sich allerdings als ineffektiv herausstellten. 16 der 29 Untersuchten berichteten über positive Alkoholfolgeerwartungen unmittelbar vor dem Rückfall und 15 von ihnen fanden diese Erwartungen nach dem Rückfall zunächst auch bestätigt. 21 der 29 Probanden verstanden ihren Rückfall als absichtsvolles und intentionales Verhalten und damit als Handlung. Der von Marlatt angenommene Abstinenzverletzungseffekt konnte von ihnen in der subjektiven Sicht nicht als bedeutsam für Rückfall oder weiteren Rückfallverlauf rekonstruiert werden.

SANDAHL (1984) hat die Interviewstudie von Marlatt an einer Gruppe schwedischer Alkoholabhängiger wiederholt und dabei ein ähnliches Verteilungsmuster der Rückfallauslöser gefunden. 50 % der von ihm interviewten Patienten gaben intrapersonale Rückfallauslöser an. Dabei standen negative emotionale Zustände mit 40 % im Vordergrund. 4 % gaben Drang und Verlangen und jeweils 2 % negative körperliche Zustände, positive emotionale Zustände oder ein Austreten der eigenen Kontrollfähigkeit als Rückfallauslöser an. Bei den interpersonalen Auslösern überwogen zwischenmenschliche Konflikte mit 31 %, gefolgt von sozialem Druck mit Aufforderung zum Trinken mit 17 % und positiven emotionalen Zuständen mit 2 %. Weiterhin stellte Sandahl Zusammenhänge zwischen

Persönlichkeitsfaktoren und den jeweiligen Rückfallauslösern fest. So fand er, dass die Gruppe derer, die intrapersonale Rückfallauslöser angaben, niedrigere Werte im Intelligenztest und eine hohe Neigung zu Muskelanspannung und somatisierter Ängstlichkeit zeigte, während Personen, die »sich nicht leicht an die Auffassungen anderer anpassten«, eher interpersonelle Situationen als Rückfallauslöser angaben und impulsive Patienten eher in Situationen mit sozialem Druck und Aufforderung zum Trinken rückfällig wurden.

Ausgehend von der Überlegung, dass Alkoholiker durch ähnliche Erfahrungen im Verlauf ihrer Suchtkarriere infolge spezifischen Generalisierungslernens gemeinsame abweichende Persönlichkeitseigenschaften entwickeln, die dann wiederum auch in der Rückfallsituation mit den Situationsmerkmalen interagieren, haben SCHELLER und LEMKE (1994) die Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen bei rückfälligen Alkoholikern im Verlauf einer Entwöhnungsbehandlung, bei abstinenten Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe und bei Nicht-Alkoholikern untersucht. Sie stellten dabei fest, dass die rückfälligen Alkoholiker häufiger problemvermeidende Copingstrategien einsetzten und häufiger versuchten, Probleme durch den Einsatz von Suchtmitteln zu lösen und eine geringere Kompetenzüberzeugung aufwiesen. Die Hypothese einer verstärkten externalen Kontrollorientierung der Rückfälligen gegenüber den anderen beiden Gruppen konnte nicht bestätigt werden.

Moos (1988) hat die Bedeutung von Copingstrategien bei alkoholabhängigen Patienten sechs Monate, zwei Jahre und zehn Jahre nach Behandlung untersucht und dabei festgestellt, dass erwartungsgemäß der Einsatz aktiver kognitiver Copingstrategien mit einer besseren und passiv vermeidende Copingstrategien mit einer schlechteren Prognose bezüglich Alkoholkonsum, körperlichen Symptomen und Depressionen korrelierte. Für die vorliegende Untersuchung ist dabei interessant, dass Moos bei in geordneten und intakten Familienverhältnissen lebenden Menschen bzw. unter der Selbstbestimmung förderlichen Bedingungen arbeitenden Menschen aktivere kognitive und behaviorale Copingstrategien und weniger Vermeidungshandeln feststellen konnte.

2.6.2 Merkmale des sozialen Umfeldes

Auch bei den Merkmalen des sozialen Umfeldes kann zwar keinem Merkmal eine alleinige Bedeutung für die Rückfälligkeit zugeschrieben werden (KÖRKELE und LAUER 1988), doch ergeben sich in mehreren Untersuchungen regelhaft wiederkehrende Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren im Umfeld und Alkoholabhängigkeit bzw. Rückfälligkeit. Bei den Bedingungen nach Abschluss einer Behandlung sind einerseits Konflikte im privaten Umfeld, Konflikte am Arbeitsplatz, aber auch Alkoholversuchungssituationen und vor allem das Vorhandensein

bzw. die Ausprägung eines sozialen Netzwerks (Arbeit, Partnerschaft, Familie, Ausbildung, Hobbys, Freunde, Interessensgemeinschaften u. Ä.) für die Rückfallgenese von Bedeutung. Weiterhin sind risikoreiche Alltagssituationen und kritische Lebensereignisse von Bedeutung.

So untersuchten HAVASSY und HALL (1991) in ihrer prospektiven Studie mit Alkoholabhängigen, Heroinsüchtigen und Rauchern den Zusammenhang von Intensität und Art der sozialen Unterstützung für die Rückfälligkeit. Dabei wurde die soziale Integration (gemessen an einem Index aus Kontaktpersonen, Freunden, Zugehörigkeit zu einer organisierten Gruppe und Familienstand) untersucht. Berücksichtigt wurde insbesondere die Erfahrung dieser Integration in der Art und dem Erleben von emotionaler Unterstützung (»emotional support«), die Erfahrung von wahrgenommener Verfügbarkeit handlungsbezogener Unterstützung (»instrumental support«), die Häufigkeit negativer Unterstützung bzw. interpersoneller Konflikte (»negative support or interpersonell conflict«) sowie die Häufigkeit abstinenzspezifischer Unterstützung (»abstinence-specific support«). Dabei stellten die Verfasser fest, dass die Stärke des sozialen Netzwerks allgemein (»structural support«) und insbesondere ein höheres Maß an Integration sowie eine bestehende Partnerschaft mit einer geringeren Rückfallwahrscheinlichkeit einhergingen. Abstinenzspezifische Unterstützung ging ebenfalls mit einer niedrigeren Rückfallwahrscheinlichkeit einher. Drogenkonsum unter den unmittelbaren Bezugspersonen erhöhte, wenn auch nicht signifikant, die Rückfallwahrscheinlichkeit. Drogenkonsum im Freundeskreis zeigte keinen Einfluss auf die Rückfälligkeit. Havassy und Hall gehen daher davon aus, dass die Integration in ein soziales Netzwerk von größerer Bedeutung ist als die Frage des Drogenkonsums innerhalb dieses Netzwerks. Neben der Förderung abstinenzspezifischer Unterstützung sollte in der Therapie das Augenmerk daher nicht nur auf der Drogenabhängigkeit verweilen, sondern auf die Förderung der sozialen Fähigkeiten der Patienten generell gerichtet werden.

Die Ergebnisse von Havassy und Hall werden nach KÖRKEL und LAUER (1995) auch durch die Ergebnisse der Schweizer Katamnesestudie von Maffli bestätigt. Soziale Verankerung geht ihr zufolge mit einer Tendenz zu unproblematischem Umgang mit Suchtmitteln einher. Für die Rückfallprävention sind daher die Förderung sozialer Bindungen, die Entwicklung einer abstinenten Lebensweise unter den Sozialpartnern sowie die Stabilisierung von Partnerschaft und Familie wichtig.

ROSENBERG (1983) fand bei einer vergleichenden Untersuchung von je 25 rückfälligen bzw. nicht rückfälligen Alkoholabhängigen, dass die nicht rückfälligen über stärker ausgeprägte Bewältigungsfähigkeiten in Problemsituationen verfügten, mehr positive und weniger negative Lebensereignisse seit Abschluss der Behandlung erfahren hatten, mehr Unterstützung von Familie und Freunden erfuhren, angenehmere Lebensumstände erlebten, über mehr Ansprechpartner

zur Problembewältigung verfügten und mehr Unterstützung durch ein strukturelles Netzwerk (»structured network«) erlebten. Sie hatten jedoch keinen häufigeren Kontakt zu diesem Netzwerk als die rückfälligen Patienten. Auch VELTRUP (1995) beschreibt in seiner bereits geschilderten Untersuchung bei 64,3 % der Interviewten belastende Lebensereignisse als subjektiv bedeutsam empfundene Rezidivvorläufer. Aber auch positive Lebensereignisse wurden in 5,4 % der Fälle als bedeutsame Rezidivvorläufer erlebt, und abstinenzgefährdendes Verhalten wurde von 51,8 % wahrgenommen. Dabei konnte Veltrup zwei Untergruppen unterscheiden: Einige Gruppenmitglieder, »die vor allem alkoholismusbezogene, abstinenzgefährdende Verhaltensweisen beschreiben, und zweitens eine Subgruppe, die vor allem das Auftreten belastender Lebensereignisse mit ihrem späteren Rezidiv in Verbindung bringt«. Dabei wurden Partnerschaftskonflikte mit 23,2 % am häufigsten genannt.

BECKER, LEITNER und SCHULZ (1986) haben in ihrer Untersuchung die soziale Situation von alkoholabhängigen Patienten nach einer drei- bis sechswöchigen Entzugsbehandlung untersucht. Unter Berücksichtigung der Lebensbereiche Arbeit und Beruf, Partnerschaft, Freizeitgestaltung, Wohnverhältnisse, finanzielle Situation und institutionelle bzw. juristische Schwierigkeiten ging Abstinenz drei Monate nach Entlassung mit größerer Stabilität der sozialen Situation einher. Insbesondere ein gesichertes Arbeitsverhältnis, eine weiterhin existierende Partnerschaft und ein Einkommen über 1000,- DM gingen mit einem besseren Behandlungserfolg bezogen auf die Abstinenz und einer besseren psychischen Verfassung gemessen an Patientenmerkmalen zu Selbstbewusstsein, Frustrationstoleranz, Depressionen und Suizidgefahr einher. Zwischen der subjektiv erlebten Belastung in den einzelnen Bereichen der sozialen Situation und der psychischen Verfassung einerseits und dem Behandlungserfolg andererseits bestand kein Zusammenhang. Auf der Grundlage der genannten Faktoren des sozialen Umfeldes konnten drei Cluster gebildet werden. Die Gruppe der »sozial Abgesicherten« mit stabilem sozialem Umfeld zeigte mit 50 % die höchste Abstinenzrate, im Vergleich zu den anderen Untergruppen eine bessere psychische Verfassung mit höherem Selbstbewusstsein, größerer Frustrationstoleranz, geringerer Depressivität und Suizidgefährdung. Die »Arbeitslosen zwischen Hoffnung und Resignation« hatten alle noch eine eigene Wohnung und damit noch eine gewisse soziale Absicherung. Ihr psychisches Befinden wurde als »widersprüchlich« beschrieben: Einerseits zeigten sie ein niedriges Selbstbewusstsein und eine geringe Frustrationstoleranz, andererseits zeigten sie sich emotional vergleichsweise stabil mit geringer Suizidgefährdung. Die dritte Gruppe der »sozial Hoffnungslosen« hatten alle weder einen Arbeitsplatz noch eine Wohnung und von den zwölf Patienten hatte nur je einer einen Partner bzw. mehr als 1000,- DM zur Verfügung. Die Abstinenzrate lag in dieser Gruppe mit 17 % am niedrigsten. Sie wurden überwiegend über die Rettungsstelle und häufig nach einem

Suizidversuch aufgenommen und zeigten auch auf den anderen Achsen die schlechteste psychische Verfassung. Bei all diesen Beobachtungen handelt es sich allerdings nur um Korrelationen. Auch wenn über die Wirkrichtung dieser Zusammenhänge auf Grundlage dieser Daten keine Aussage gemacht werden kann, kann man den Schlussfolgerungen von Becker, Leitner und Schulz trotzdem zustimmen, wenn sie fordern, dass in der Entzugsbehandlung vor allem Maßnahmen eingesetzt werden, die sich auf die soziale Situation und das Umfeld der Patienten bzw. auf deren Fähigkeiten beziehen, dieses System zu verbessern und zu nutzen. In der Gesamtgruppe hatten immerhin noch 39 % einen Arbeitsplatz, die Dauer der Arbeitslosigkeit betrug im Mittel nur zehn Monate, und 23,9 % lebten in fester Partnerschaft zusammen. Allerdings war die Wohnsituation der Gruppe ungünstiger als in der vorliegenden Untersuchung: 58 % hatten eine eigene Wohnung und 30,5 % lebten in einem Übergangwohnheim oder einem Obdachlosenwohnheim.

GUNDEL (1980) weist in ihrer Untersuchung darauf hin, dass qualitative und quantitative Rollenunterlastung sowie eine Kontrollinkompetenz der Komplementärrolleninhaber sowohl im gesellschaftlichen Bereich (z. B. Arbeitgeber und Kollegen) als auch im privaten Bereich (Familie, Partnerschaft, Freundeskreis) mit einer starken Tendenz verbunden sind, den Einzelnen »haltlos« zu machen, und damit dazu führen können, dass aus einem riskanten »utilitaristischen« Alkoholkonsum eine manifeste Alkoholabhängigkeit werde. Aus dieser Perspektive kann die politische Wende durch den Wegfall haltgebender Strukturen auch als ein Verlust von Kontrollkompetenz der Komplementärrolleninhaber beschrieben werden.

NINGEL (1995) fasst die Ergebnisse seiner Interviews mit Alkoholabhängigen zu ihren sozialen Netzwerken und ihren Erwartungen an diese dahingehend zusammen, dass der emotionalen Unterstützung durch das Netzwerk im Sinne von Erleben positiver Gefühle, Nähe, Vertrauen, Engagement, Akzeptanz der eigenen Person und der eigenen Gefühle sowie das Wissen um einen aktiven Zuhörer eine besondere Bedeutung zukomme. Und zwar sowohl für das Erreichen der Therapieziele der Behandlungsinstitution als auch im Erleben der Patienten. Gleichzeitig bestehe eine große Unsicherheit in Bezug auf die eigenen Möglichkeiten zur Mobilisierung von Unterstützung im sozialen Netzwerk. Er leitet daraus die Forderung ab, der Fähigkeit zur Mobilisierung sozialer Unterstützung im Rahmen der Behandlung einen größeren Stellenwert zu geben.

AMANN (1988) hat bei einer Gruppe von 60 Alkoholabhängigen und einer Vergleichsgruppe von 30 Nicht-Abhängigen die Größe und Qualität der sozialen Netzwerke untersucht. Sie stellte fest, dass in der Gruppe der Abhängigen kleinere Netzwerke beschrieben werden. Dabei war der Bereich der Familienangehörigen in beiden Gruppen gleich groß, während der Bekannten- und Freundeskreis in der Gruppe der Abhängigen deutlich kleiner war. In der Kontakt-

frequenz und der Dauer der Beziehungen unterschieden sich die Netzwerke nicht. Absolut betrachtet erhalten und geben Alkoholabhängige in ihren Netzwerken weniger Unterstützung, sowohl unter Berücksichtigung der materiellen als auch der informationsbezogenen und emotionalen Unterstützung. In Relation zur Netzwerkgröße ist dieser Unterschied nur für den Bereich der materiellen Unterstützung signifikant.

WRIGHT (1976, zitiert nach AMANN) konnte ebenfalls zeigen, dass die Netzwerke von akut Alkoholabhängigen deutlich kleiner sind als die einer Vergleichsgruppe von Abhängigen, die ein Jahr lang rückfallfrei geblieben waren.

Einen Zusammenhang zwischen Rückfallfreiheit bzw. gebessertem Trinkverhalten und Parametern der sozialen Integration fanden auch PFEIFFER, FAHRNER und FEUERLEIN (1988) in ihrer Katamnesestudie zur ambulanten Behandlung Alkoholabhängiger. Dabei erlebten die Rückfälligen größere Schwierigkeiten und geringere Zufriedenheit in Bezug auf Wohnen, Arbeitssituation, Partnerschaft, Freizeit und Einkommenssituation. Über die Wirkrichtung dieses Zusammenhanges kann nach dieser Untersuchung keine Aussage gemacht werden.

VAILLANT (1989) kommt in seiner Langzeitstudie über Rückfall und Rückfallprophylaxe an Hand von Kumulativaufzeichnungen der Lebensgeschichte von 100 schwer und langjährig Alkoholabhängigen und 100 Heroinabhängigen zu dem Ergebnis, dass geringer Familienzusammenhalt, Arbeitslosigkeit und instabile Partnerschaften und das insgesamt wenig geordnete Sozialverhalten nicht nur zur Auslösung der Suchterkrankung, sondern auch zur Rückfälligkeit beitragen. Aus der Untersuchung der Wirksamkeit verschiedener Interventionen und Behandlungsverfahren schließt er, dass für die Prognose die vorherige Fähigkeit des Abhängigen zu geordnetem Verhalten und das Entdecken alternativer Verstärkerquellen wichtig sei und alle »äußeren Eingriffe, die eine gewisse Ordnung in das Leben eines Patienten außerhalb der Klinik bringen« (z. B. Selbsthilfegruppen, Substitutionsprogramme, Bewährungsaufgaben), im Zusammenhang mit dauerhafter Abstinenz standen. Arbeit und Beschäftigung vermittelten Struktur, und Struktur sei unvereinbar mit weiterem Suchtverhalten. Bei den Auflagen dürfe nicht nur die Aufgabe bestimmter Verhaltensweisen gefordert, sondern müsse die Etablierung alternativer Verhaltensweisen gefördert werden. Aufgabe sei daher nicht die Entgiftungsbehandlung, sondern die Rückfallprophylaxe durch Hilfe bei der Strukturierung des Lebens der Suchtkranken.

RENN (1988) weist in seiner Untersuchung zu gesellschaftlichen Wurzeln der Sucht darauf hin, dass Veränderungen der gesellschaftlichen Faktoren insbesondere während kritischer Lebensphasenübergänge, und das subjektive Erleben solcher Änderungen Suchtmittelkonsum bzw. -missbrauch auslösen und somit als Initialzündung einer Suchtentwicklung fungieren können. Dabei könnten andererseits dem verstärkten Suchtmittelkonsum auch gesellschaftsstabilisierende Funktionen zugeschrieben werden. Auch unter diesem Aspekt kann

die »Wende« wahrscheinlich für einen Teil der Patienten der vorliegenden Untersuchung als destabilisierender Faktor gesehen werden.

KOSKI-JÄNNES und JOHANSSON (1988) haben 43 alkoholabhängige Patienten in einer Klinik in Helsinki zu ihren Rückfallsituationen und -verläufen interviewt, und dabei abweichend von den Ergebnissen von Marlatt und Sandahl festgestellt, dass die Männer der Untersuchungsgruppe mehr bei abnehmenden äußeren Einschränkungen und die Frauen mehr in Verbindung mit negativen emotionalen Zuständen rückfällig wurden. Sie führen das auf die besonderen soziokulturellen Normen zum Trinkverhalten der finnischen Männer zurück, durch die die Kontrolle über den Alkoholkonsum schon traditionell mehr nach außen verlagert sei. Weiterhin stellen sie fest, dass in vielen der berichteten Rückfallgeschichten dem Rückfall eine Auflösung von Ritualen, die den Mitgliedern einer Gesellschaft neben einem Gefühl der Orientierung und des Haltes auch ein stärkeres oder schwächeres Gefühl der Identität vermitteln, sowie der Zusammenbruch des Gefühls, Teil eines größeren Ganzen zu sein, das Nüchternheit oder Mäßigung von ihnen erwarte, vorausgehe. Insofern sei in der Rückfallsituation nicht nur das von Marlatt hervorgehobene Kontrollgefühl des Einzelnen entscheidend, sondern es stehe auch das Zugehörigkeits- und das Identitätsgefühl auf dem Spiel, wenn man sich für oder gegen erneuten Alkoholkonsum entscheide.

Auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit und Rückfälligkeit wird in der Literatur häufig eingegangen. Ein Überblick hierzu findet sich bei HENKEL (1987, 1996a und b, 1998b). Danach führt Arbeitslosigkeit zu einer Polarisierung im Alkoholkonsum, d. h. zu einer Abnahme des konvivialen und einer Zunahme des drogenhaften oder utilitaristischen Konsums. Keine Bevölkerungsgruppe hat eine höhere Alkoholismusrate als die Arbeitslosen und insbesondere die Langzeitarbeitslosen. Weiterhin finden sich unter Arbeitslosen fortgeschrittenere Konsummuster und mehr Alkoholfolgeschäden als unter Berufstätigen. Es steht zwar außer Zweifel, dass insbesondere langjährig Alkoholabhängige auch überproportional häufig ihren Arbeitsplatz verlieren, aber massive Alkoholprobleme entwickeln sich gerade auch in Folge von Arbeitslosigkeit. Bis zu 30 % der Arbeitslosen bildeten zumindest zeitweise drogenhafte Konsummuster aus, und es kommt häufig zu einer Expansion des Suchtverhaltens. Besonders gefährdet sind Arbeitslose, die ihre Lebenssituation als besonders belastend erleben und nur wenig soziale Unterstützung erfahren sowie die Gruppe derer, die bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit alkoholabhängig gewesen sind. Die Alkoholkontrollkompetenz wird durch die arbeitslosigkeitsbedingte Minderung der Lebenskontrolle noch weiter reduziert. Arbeitslosigkeit ist eine zugespitzte Risikosituation, die zu psychosozialen Problemen führt, die generell bedeutsame Motive für drogenhaften Alkoholkonsum darstellen, und gleichzeitig werden durch die Arbeitslosigkeit die Ressourcen zu ihrer Bewältigung erheblich geschwächt. Arbeitslosigkeit führt zur Reduktion der Lebensressourcen nicht nur in finanziel-

ler, sondern vor allem auch in sozialer und psychischer Hinsicht. Dies führt insbesondere bei Langzeitarbeitslosigkeit dazu, dass das eigene Leben immer weniger selbst beeinflusst werden kann. Besonders in einer Arbeitsgesellschaft stellt Arbeitslosigkeit einen Faktor mit hoher psychopathogener Potenz dar. Da das Muster eines drogenhaften Alkoholkonsums in unserer Gesellschaft bereits verankert ist und auch tradiert wird und Alkohol relativ billig ist, erweist sich sowohl individuell wie gesellschaftlich die Wahrscheinlichkeit als besonders hoch, dass drogenhafter Alkoholkonsum als Bewältigungsversuch bei Arbeitslosigkeit zunimmt. Zwar können Konflikte am Arbeitsplatz und insbesondere die ungewisse Situation eines Arbeitsplatzes auch als Belastungsfaktoren gewertet werden, insgesamt scheint jedoch nach den oben zitierten Untersuchungen die Tatsache eines gesicherten Arbeitsverhältnisses die Prognose bezüglich eines Rückfalles zu bessern. Vor diesem Hintergrund kommt den von PÖRKSEN und WESSEL (1998) in einem Literaturüberblick zusammengestellten Zahlen zur Arbeitslosigkeit unter Abhängigkeitskranken in psychiatrischen Kliniken große Bedeutung zu: Zwischen 25 und 60 % der zur stationären Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus aufgenommenen Patienten waren arbeitslos, in einzelnen Untersuchungen bis zu 50 % davon länger als ein Jahr.

2.6.3 Merkmale der Behandlung

Bei den Behandlungsvariablen wird zwischen ambulanter, stationärer, teilstationärer Behandlung, Dauer der Behandlung, Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung, Zwangsbehandlung und freiwilliger Behandlung, medikamentösen Rückfallprophylaxestrategien und einzelnen therapeutischen Ansatzpunkten unterschieden. KRUSE, KÖRKEL und SCHMALZ (2000) weisen darauf hin, dass Defizite im Suchthilfesystem zu den wichtigen Rückfallfaktoren gehören. Fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Ausrutschern, hohe Zugangsschwellen, Wahl ungeeigneter Behandlungseinrichtungen, z. B. die Entscheidung für eine stationäre Kurzzeitbehandlung für Patienten mit ungünstiger Prognose oder abrupte Behandlungsabbrüche nach Rückfälligkeit könnten zum Rückfall beitragen. In diesem Zusammenhang weisen WIENBERG (1992, 2001) und PÖRKSEN (1996) auch auf die Notwendigkeit der besseren Kooperation zwischen den »drei Säulen« der Suchtkrankenhilfe hin. PÖRKSEN stellte hierzu 1996 fest, dass zwischen den drei Sektoren der Suchtkrankenhilfe – der Suchtkrankenhilfe im engeren Sinne getragen von den Rentenversicherungsträgern und den Kommunen (Sektor I), der psychosozial-psychiatrischen Basisversorgung (Sektor II) und der medizinischen Basisversorgung (Sektor III) – abgesehen von Berührungspunkten in den Randzonen, kaum Kooperationsbeziehungen bestünden und dadurch eine angemessene Versorgung der Gesamtbevölkerung nicht gewährleistet sei.

3. Methodik

In der vorliegenden Untersuchung wird versucht, ausgehend von dem Selbstverständnis des Betroffenen, dessen Verständnis seiner Lebenssituation und seines Alkoholrückfalls zu der Außensicht durch die Professionellen und deren Situationsauffassung in Beziehung zu setzen. Dabei sollen die sich wandelnden Lebensbedingungen in der Region, in der die Untersuchung vorgenommen wurde, als Hintergrund der individuellen Entwicklung mit berücksichtigt werden. Zur Beschreibung dieses Hintergrundes wird auf die statistischen Daten der Stadtverwaltung Frankfurt/Oder zur Bevölkerungsentwicklung, zur Arbeitslosigkeit, zur Altersstruktur und zur Größe der Haushalte und zum Sozialhilfeeat der Stadt zurückgegriffen.

Im folgenden Schritt wird die Untersuchungsgruppe als Teil der Gesamtgruppe der Patienten des Klinikums Frankfurt/Oder, bei denen im Jahr 2000 eine Störung durch Alkohol festgestellt wurde, beschrieben. Zu diesem Zweck wurde auf die Daten der Krankenhausverwaltung, die im Rahmen der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V erfasst und an die Krankenkassen weitergeleitet werden, zurückgegriffen.

Entsprechend der Absicht, die subjektive Innensicht und die Außenwahrnehmung zueinander in Beziehung zu setzen, werden auf die Untersuchungsgruppe sowohl quantitative wie qualitative Forschungsmethoden angewandt. Zunächst werden auf der Grundlage der Ergebnisse halbstrukturierter Interviews und deren inhaltsanalytischer Auswertung Kategorien entwickelt, die eine Unterteilung der Gesamtgruppe in fünf Untergruppen ermöglichen. Auf der Grundlage dieser Gruppenbildung werden danach die Ergebnisse der soziodemographischen sowie der testpsychologischen Untersuchungsmethoden zu den in die Interviews eingegangenen subjektiven Rückfallbegründungen in Beziehung gesetzt. Bei den soziodemographischen Daten werden Fragebögen zur Lebensgeschichte, zur aktuellen Lebenssituation und zum Krankheitsverlauf, und bei den testpsychologischen Untersuchungen werden standardisierte und an anderen Untersuchungsgruppen bereits validierte Tests, die die Rückfallsituation und die Inkongruenzdynamik der Patienten erfassen sollen, eingesetzt.

3.1 Untersuchungsort und -zeitraum

Die Untersuchung fand in dem Zeitraum von Mai bis November 2000 an der Abteilung für Psychiatrie im Klinikum Frankfurt/Oder statt, an der der Autor seit 1999 als Oberarzt tätig ist. Über den Zeitraum dieses halben Jahres wurden nach Möglichkeit alle auf der Station KP2 aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten in die Untersuchung einbezogen. Innerhalb der Abteilung ist die Station KP2, entsprechend dem Abteilungskonzept, auf die Behandlung von Patienten mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (überwiegend alkoholabhängige Patienten) und gerontopsychiatrische Patienten spezialisiert. Die Behandlung der beiden Gruppen erfolgt in zwei weitgehend selbstständigen und unabhängigen Stationsgruppen. Die Abteilung hat die psychiatrische Pflichtversorgung für die Stadt Frankfurt/Oder und die angrenzenden Landkreise übernommen.

3.2 Erhebungsmethode

3.2.1 Datenerhebung auf der Station KP2

3.2.1.1 Organisation der Datenerhebung

Der Forschungsansatz wurde an der Praxis ausgerichtet, und mithin folgte auch der Untersuchungsgang den Abläufen auf der Station KP2. Nach Aufnahme auf der Station erfolgte eine ausführliche internistisch-neurologische Untersuchung der Patienten sowie eine psychiatrische Exploration. Die erhobenen Befunde wurden in der Krankengeschichte frei dokumentiert. Bei der ebenfalls frei dokumentierten Anamnese lag der Schwerpunkt auf der Erfassung der Aufnahme-situation, der aktuellen sozialen Situation und der Suchtanamnese sowie einer allgemeinen und biografischen Anamnese. Nach Abschluss der Behandlung wurde ein ebenfalls frei formulierter Arztbrief verfasst. Diese Daten wurden zur Ergänzung der weiter unten dargestellten Erhebungsinstrumente herangezogen.

Im Laufe der stationären Behandlung wurden die Patienten im Rahmen der oberärztlichen Visite über die geplante Untersuchung informiert und um ihre Mitarbeit gebeten. Es wurde dann ein gesonderter Gesprächstermin mit dem Untersucher vereinbart. Dieser Termin lag möglichst kurz vor der geplanten Entlassung des Patienten, um eine möglichst geringe Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten der Patienten durch Intoxikation bzw. Entzugssyndrom zu gewährleisten. Bei dem Interviewtermin wurde nochmals das ausdrückliche Einverständnis des Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung eingeholt. Die Gespräche wurden überwiegend vom Autor selbst, der den Patienten bereits aus

seiner Funktion als Oberarzt der Abteilung bekannt war, geführt. Insofern sind in die Gesprächsführung auch Informationen aus der Behandlungssituation eingegangen. Während des Urlaubs des Autors wurden die Interviews dankenswerter Weise von einer Kollegin einer benachbarten Suchtklinik in Vertretung durchgeführt. Die Kollegin war zuvor dem Pflegepersonal vorgestellt worden und sie wurde nun ihrerseits durch das Pflegepersonal den Patienten vorgestellt. Die Patienten wurden auch in dieser Zeit im Rahmen der Visite und der Stationsgruppen durch den Stationsarzt und das Pflegepersonal über den Rahmen und die Hintergründe der Untersuchung informiert. Um eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Untersuchern zu erzielen, wurden vor dem Urlaub des Referenten einige Interviews gemeinsam durchgeführt.

3.2.1.2 Ablauf der Untersuchungsgespräche

Die Untersuchungsgespräche fanden nach einem einheitlichen, festgelegten Ablaufplan statt. Nach einem kurzen Einführungsgespräch, in dem nochmals über die Untersuchung, die Schweigepflicht des Untersuchers, die Art der Datenauswertung informiert und das Einverständnis des Patienten eingeholt wurde sowie Raum für etwaige Fragen oder auch aktuelle Probleme oder Sorgen gegeben wurde, erfolgte zunächst die Erhebung der persönlichen und sozialen Daten zur Lebenssituation und zum Krankheits- und Behandlungsverlauf, die unter dem Begriff Basisdaten zusammengefasst wurden. Daran schloss sich das Interview zur Rückfallsituation und dem eigenen Rückfallverständnis an. Im Anschluss wurde das Diagnostische Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA) (KLEIN et al.1995), das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) (SPELERER, HELGERT und ROESNER 1997 und 1999) und zum Abschluss der Münchener Alkoholismus Test (MALT) (FEUERLEIN 1979) erhoben.

3.2.2 Datenerfassung über die Krankenhausverwaltung

Zusätzlich wurde auf die von der Krankenhausverwaltung nach den Bestimmungen des § 301 Sozialgesetzbuch V zur Abrechnung mit den Kostenträgern erhobenen Daten zurückgegriffen. Die Daten zu Aufnahme- und Entlassungsdatum, Verlegungen innerhalb des Krankenhauses, Haupt- und Nebendiagnosen bei Entlassung oder Verlegung sowie zum Wohnort und Alter der Patienten wurden in anonymisierter Form von der Krankenhausverwaltung zur Verfügung gestellt und statistisch analysiert. Auf diese Weise konnte untersucht werden, bei wie vielen der Patienten im Klinikum Frankfurt/Oder bzw. in der Abteilung für Psychiatrie eine Störung durch Alkohol diagnostiziert wurde und wie sich die Un-

tersuchungsgruppe in Bezug auf die oben genannten Daten von der Gesamtgruppe unterscheidet. Weiterhin kann dargestellt werden, welche der Patienten mit einer Störung durch Alkohol auf der hierfür vorgesehenen Station KP2 behandelt wurden und welche trotz Aufnahme auf der Station KP2 infolge frühzeitiger Entlassung nicht in die Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden. Weiterhin konnten mit Hilfe der Daten der Verwaltung auch die stationären Voraufenthalte der Patienten der Untersuchungsgruppe im Klinikum Frankfurt in den zurückliegenden zehn Jahren erfasst werden.

3.2.3 Datenerfassung über die Stadtverwaltung

Aus den statistischen Unterlagen der Stadtverwaltung wurden Informationen zur Bevölkerungs- und Stadtentwicklung in den zurückliegenden zwanzig Jahren zur Verfügung gestellt.

3.3 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden nun die eingesetzten Erhebungsinstrumente dargestellt.

3.3.1 Entwicklung und Anwendung einer Basisdokumentation

Im Klinikum Frankfurt war zum Zeitpunkt dieser Untersuchung noch keine psychiatrische Basisdokumentation etabliert. Auf einer systematischen Basis wurden lediglich über die Verwaltung die Daten erfasst, die auch den Kostenträgern jeweils im Zusammenhang mit den Bestimmungen des SGB V mitgeteilt werden. Für die Belange dieser Untersuchung wurde daher zunächst in Anlehnung an verschiedene Basisdokumentationssysteme ein eigenes System entwickelt.

Für die im Rahmen dieser Untersuchung interessierende Fragestellung fehlen in den herkömmlichen psychiatrischen Basisdokumentationssystemen wesentliche Daten insbesondere zur Suchtanamnese, zur Dichte und Intensität des sozialen Netzes sowie zur subjektiven Zufriedenheit mit diesem Netz, und schließlich zur suchtspezifischen Vorbehandlung und zu suchtspezifischen Begleit- und Folgeerkrankungen. In den in den Suchtfachkliniken üblichen ausführlichen speziellen Dokumentationssystemen wiederum sind diese Daten zwar sehr ausführlich erhoben, jedoch übersteigen diese Bögen den im Rahmen einer entzugsorientierten Krankenhausbehandlung mit einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. zwölf Tagen praktikablen Rahmen. So wurde in Anlehnung an diese Bögen ein eigener Dokumentationsbogen erstellt (s. Anhang I). Dabei wurde die-

ser Basisdokumentationsbogen im Verlauf der Untersuchung weiterentwickelt. So wurde zum Beispiel die Bedeutung des sozialen Netzwerkes im Erleben der Patienten im Verlauf der Untersuchung immer deutlicher, sodass Fragen zu diesem Netzwerk, Hobbys und Interessen, allgemein den Ressourcen von Unterstützung erst nachträglich aufgenommen wurden. Soweit möglich, wurden diese Informationen dann von den vorherigen Patienten entweder direkt oder aus den Krankengeschichtsunterlagen nachexploriert. Für die Dateneingabe und -auswertung dieser Bögen wurde eine Auswertungsmaske im Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) erstellt.

3.3.2 Das halbstrukturierte Interview: Die Haltungen der Patienten

3.3.2.1 Durchführung der Interviews

Die Interviews folgten jeweils der Erhebung der Basisdaten. Hier sind in die Gesprächsführung auch Themen aus dem Behandlungskontext mit eingegangen. Die Interviews wurden als leitfadengestützte Interviews geführt und ihr Inhalt während des Gesprächs auf einem Protokollbogen (s. Anhang II) protokolliert.

3.3.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Wie der Basisdokumentationsbogen, wurde auch der Leitfaden für das halbstrukturierte Interview in Abhängigkeit von den gemachten Erfahrungen im Verlauf der Untersuchung weiterentwickelt. In den Protokollbogen im Anhang sind beispielhaft die gestellten Fragen eingetragen. Unter der Überschrift »Sucht-anamnese« wurden Aussagen zum Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung, zu individuellen Trinkgewohnheiten, -mustern und -mengen notiert. Unter der Überschrift »Rückfallsituation und -verlauf« wurden Aussagen zum situativen Zusammenhang des letzten Alkoholrückfalls vor der stationären Aufnahme, die Beschreibung des eigentlichen Rückfalls, der begleitenden Gefühle und Gedanken sowie Aussagen zum Rückfallverlauf bis zur stationären Aufnahme notiert. Unter der Überschrift »Abstinenzabsicht und -zuversicht« wurden Aussagen zur Abstinenzabsicht vor dem erfragten Rückfall sowie zur Abstinenzabsicht und -zuversicht zum Gesprächszeitpunkt dokumentiert. Unter der Überschrift »Alkoholfolgeerwartung« wurden Aussagen zur erwarteten Wirkung des Alkohols sowie die subjektiv bewussten Trinkmotive erfasst. Unter der Überschrift »Abstinenzenerwartung« wurden Aussagen des Patienten darüber, welche Erwartungen, Hoffnungen wie auch Befürchtungen, er mit einer Abstinenz ab dem Gesprächszeitpunkt verbindet, protokolliert. Unter der Überschrift »Selbstwirksamkeitserwartung und Ressourcen« wurden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die

Zuversicht, von dieser Behandlung an Abstinenz einhalten zu können, und auf die wahrgenommenen Unterstützungs- und Gefährdungsmomente dieser Absicht bezogen.

3.3.2.3 Inhaltsanalytische Auswertung der Interviews

Bei der Auswertung der Interviews wurde besonders berücksichtigt, welche Haltung der Patient in dem Gespräch zu sich selbst und zu seiner Umgebung eingenommen hatte und welche Bedeutung er dieser Haltung für seine Alkoholabhängigkeit, seinen Rückfall und seine Trinkgründe, für die Einschätzung seiner Abstinenzmotivation und -zuversicht und für seine eigenen Bewältigungsressourcen beimaß. Ausgehend von der Überlegung, dass eine unzureichende Entwicklung eines zur Steuerung und Kontrolle des eigenen Verhaltens fähigen Ichs oder dessen Schwächung im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung oder unter den unmittelbaren Umgebungseinflüssen bzw. durch aktuelle Lebenskrisen den weiteren Verlauf der Erkrankung prägt und auch für das Erleben der Rückfälligkeit und die Bewältigung der Rückfallsituation von Bedeutung ist, wurden auf der Grundlage der Informationen aus den Interviews die folgenden fünf Untergruppen gebildet: Die, die Ansprüche an sich haben (1), die Integrierten (2), die Außengeleiteten (3), die Ambivalenten (4) und die Haltlosen (5). Die Bildung der Untergruppen erfolgte unter der Hypothese, dass sich über die Untergruppen hinweg Unterschiede in der Art und Ausprägung der Rückfallgefährdung zeigen und dass sich daraus Rückschlüsse für unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte ergeben. Die aus den Patientenaussagen gebildeten Kategorien stehen so am Beginn der weiteren Auswertung der Daten. Von hier aus werden nun andere Perspektiven entwickelt und geprüft.

Im nächsten Arbeitsschritt wurden alle 92 Patienten von zwei unabhängigen Experten einer dieser Kategorien zugeordnet. Das Ergebnis dieser Zuordnung wurde dann gemeinsam erörtert und durch die dabei geführten Diskussionen wurden die Abgrenzungen zwischen den Kategorien und die Kriterien, die zur Zuordnung zu der einen oder anderen Gruppe führten, weiter geklärt. Im dritten Arbeitsschritt wurden die Patienten durch die beiden unabhängigen Experten auf der Grundlage der Interviewnotizen und der Ergebnisse der Einzelfall-erörterungen sowie nach den getroffenen Vereinbarungen zur Abgrenzung der Kategorien nochmals endgültig den Kategorien zugeordnet. Dies führte in 28 der 92 Fälle zu einer Änderung der Zuordnung.

Im Folgenden werden die einzelnen Untergruppen zunächst in ihrer Abgrenzung gegeneinander dargestellt.

3.3.2.4 Die Haltungen der Patienten

3.3.2.4.1 Die Gruppe derjenigen, die noch Ansprüche an sich selbst hatten

Wurden in dem Gespräch vom Patienten Erwartungen an sich selbst und nicht nur Kontrollerwartungen an die Umgebung oder die Formulierung eines eigenen Verzichts zu Gunsten der Erwartungen anderer, die er nicht enttäuschen wolle, ausgedrückt, so wurde der Patient der Gruppe derer, die noch Ansprüche an sich selbst stellen, zugeordnet. Zum Beispiel wurde in dem Ausdruck von Scham über den eigenen Rückfall, verbunden mit dem Anspruch an sich selbst, die Achtung vor sich selbst wiederzugewinnen, von den eigenen Kindern anerkannt werden zu können und sich auch dem eigenen Vater gegenüber behaupten zu können, dessen entwertendes und kränkendes Verhalten wiederholt der Anlass für den Rückfall gewesen sei, ein fortdauernder Selbstanspruch gesehen. Auch in der selbstkritischen Sicht, den eigenen Rückfall durch mangelndes »Verantwortungsbewusstsein« und Abbruch der Selbsthilfegruppenbesuche ausgelöst zu haben, verbunden mit dem Wunsch andere Stressbewältigungsmöglichkeiten zu erlernen, um die Integration in Partnerschaft und Familie nicht zu gefährden, führte zur Einordnung in diese Gruppe. Ebenso die Erkenntnis, nicht genug für sich selbst getan zu haben und einen ausgewogeneren Lebensstil entwickeln zu wollen. Eine erhaltene selbstkritische Einstellung verbunden mit Erwartungen und Forderungen an sich selbst, wie sie sich auch in einem Gefühl der Scham, der Peinlichkeit oder des Ärgers oder der Enttäuschung über sich selbst ausdrücken können, führte zur Einordnung in diese Gruppe.

Die Abgrenzung zur folgenden Gruppe der Integrierten bestand darin, dass sich ihr Selbstanspruch nicht nur darauf bezog, selbst einen entscheidenden Beitrag zur Erhaltung ihrer Integration zu leisten, sondern dass sie für ihr Selbstbild und ihre Zukunft eigene Vorstellungen formulierten. Es fanden sich häufiger Aussagen zur Selbstwirksamkeitserwartung und positive Abstinenzfolgerwartungen, aber auch häufiger Äußerungen zur Unzufriedenheit mit sich selbst und nicht nur mit der eigenen Situation oder ganz allgemein den äußeren Umständen. Es fand sich eben auch eine stärkere Wahrnehmung eigener Unzulänglichkeit.

Beispiele hierfür:

Nr. 10: Nach Streit mit dem Vater habe er sich vor Wut und Kränkung Wein gekauft; bevorstehender Besuch der Kinder motiviere ihn zur Abstinenz (dies spricht zunächst für »außengeleitete« Motivation für Rückfall und Abstinenz); im Weiteren beschreibt er jedoch auch den Wunsch, er wolle von seinen Kindern anerkannt werden können; hierin ist ein noch vorhandener Selbstanspruch zu erkennen.

Nr. 45: Er wolle Achtung vor sich selbst wiedergewinnen; wolle wieder mehr erleben können, zielstrebig sein können; Rückfall durch Schichtdienst und Aufgabe der Selbsthilfegruppenbesuche sowie nach Unfall und Verlust der Tagesstruktur durch Arbeitsunfähigkeit; sei zuversichtlich; Abstinenz sei Willensfrage.

3.3.2.4.2 Die Gruppe der noch Integrierten

Im Gegensatz zur vorangegangenen Gruppe hoben die Integrierten sowohl in ihren Rückfallbegründungen als auch in ihren Abstinenzmotiven häufig die Bedeutung ihrer nächsten Bezugspersonen hervor. Im Gegensatz zu den weiter unten beschriebenen Außengeleiteten wird jedoch bei den Integrierten noch die eigene Aktivität zur Aufrechterhaltung der Beziehung wahrgenommen. Zumindest wird der von der Umgebung angebotene Halt angenommen oder auch vor dem Rückfall dafür gesorgt, dass die Umgebung »rettend« eingreifen kann. Häufig wird auch die Bedeutung der eigenen Aktivität, wie z. B. die aktive Mitarbeit in der Selbsthilfegruppe oder der Einsatz für andere betont. Integration wird also hier als ein wechselseitiges Geschehen verstanden. Auch die angegebenen Trinkgründe weisen oft auf die Bedeutung der Umgebung und das Gefühl der Zugehörigkeit hin. So finden sich hier häufiger Hinweise zum ursprünglich konvivialen Trinkmuster und auch bei den weiteren Alkoholfolgeerwartungen und Abstinenzenerwartungen spielen die Hoffnung auf Erhalt der noch wahrgenommenen Integration und die Befürchtung vor weiterer Desintegration sowohl im sozialen Kontext als auch die Furcht vor persönlicher Desintegration durch abschreckend wahrgenommene körperliche und seelische Folgeerscheinungen eine im Vergleich zu den anderen Gruppen größere Rolle. Entsprechend wird bei den Selbstwirksamkeitserwartungen häufiger auf die erhoffte Unterstützung durch die unmittelbaren Bezugspersonen und abschreckende Erkenntnisse zur Alkoholabhängigkeit verwiesen. Äußerungen über Gefühle tauchen seltener auf als bei der vorherigen Gruppe. Die Betroffenen sind in ihrer ganzen Selbstwahrnehmung außen orientierter.

Beispiele hierfür:

Nr. 37: Auf Montage in konvivialem Ausmaß getrunken; darüber in Abhängigkeit geraten; wolle überhaupt nicht mehr trinken; höchstens zum Feiern; er habe noch Job, Familie, Gehalt; er habe keine Gründe zum Trinken; schaffe das auch so.

Nr. 41: Hat zwar noch Ansprüche; diese beziehen sich jedoch nicht auf eigene Entwicklung, sondern auf die Aufrechterhaltung der Integration; hier will er durchaus selbst zu beitragen; insofern ist er nicht nur außengeleitet, aber er verlässt sich auch sehr stark auf diese Integration durch seine Frau.

Nr. 56: Beginn mit 17 Jahren; Kontrollverlust nach Tod der Tochter; danach abstinent für sieben Jahre; nächster Kontrollverlust nach Trennung vom Partner; danach kontrolliert getrunken; Kontrolle wieder mit Arbeitsplatzverlust verloren; sie trinke jetzt bei zu viel Stress und Unruhe zu Hause; sie hätte besseren Kontakt zur Tochter und zu den Eltern.

3.3.2.4.3 Die Gruppe der Ambivalenten

Die Ambivalenz erstreckt sich hier nicht nur auf die Motivation zum Weitertrinken bzw. zur Abstinenz, sondern auf eine grundlegendere Unsicherheit in der eigenen Orientierung zwischen Innen und Außen: Alleine geht es nicht und mit den anderen auch nicht. Diese Unsicherheit erstreckt sich eben auch auf die eigene Wertsetzung, und so werden als Trinkgründe in dieser Gruppe neben Partnerschaftskonflikten vor allem Aspekte des Erleichterungstrinkens, der dadurch herbeigeführten Entspannung oder des Gedanken-und-Sorgen-vergessen-Wollens genannt. Trinken scheint ein Lösungsversuch für das Quälende der Ambivalenz zu sein. Entsprechend werden auch bei den Rückfallgründen Unsicherheit und Beeinflussbarkeit häufiger als auslösend genannt.

Beispiele hierfür:

Nr. 3: Zu Hause immer Streit mit seiner Frau gehabt; das habe er nicht ausgehalten. Jetzt lebe er alleine und halte es auch nicht aus; hier auf Station fühle er sich abstinent wohl; das müsse doch draußen auch gehen; er bleibe aber doch unsicher und ängstlich und wisse nicht, was er selbst tun könne (d. h. Wunsch und Überlegung erkennbar; es wird aber keine Entscheidung getroffen).

Nr. 25: Sieht trotz vieler Außengründe auch noch Außenchancen, ist jedoch zögerlich und skeptisch, sie zu ergreifen, nach dem Muster: Ja, aber ...!

3.3.2.4.4 Die Gruppe der Außengeleiteten

Sowohl bei den Rückfallbegründungen als auch bei den Abstinenz-erwartungen und den Wirksamkeitserwartungen verschiebt sich in dieser Gruppe der Schwerpunkt nach außen. Im Gegensatz zu den Integrierten tritt jedoch hier die eigene Aktivität und überhaupt die Wahrnehmung eigener Einflussmöglichkeiten in den Hintergrund. Und im Gegensatz zu der folgenden Gruppe der Haltlosen wird die Bedeutung des Außen noch akzeptiert ja geradezu auf dessen Kontrolle gebaut. Die Auslöser werden außen gesehen (z. B. Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte, Verführung durch Freunde und Bekannte). Aber auch zur Bewältigung macht sich diese Gruppe von den Bedingungen draußen abhängiger, erwartet fast schon deren Kontrolle. Gleichzeitig wird in dieser Gruppe besonders häufig die Bedeutung des eigenen Willens betont. Haltgebende Strukturen, sei es in Partnerschaft oder Arbeit, Halt in Gesellschaftsstrukturen, Halt durch Rituale und Gewohnheiten, aber auch in geschützten Wohneinrichtungen werden häufiger thematisiert. Und zwar sowohl als Wunsch nach Unterstützung als auch als Klage über das Versagen oder den Verlust dieser Strukturen bei der eigenen Rückfälligkeit.

Beispiele hierfür:

Nr. 8: Habe wegen Stress mit dem Chef und weil er zu Hause Kontrollverlust und Aggressivität befürchtet habe, getrunken; zum Entzug von Kollegen ermutigt; mit neuer Arbeit sei er auch zuversichtlich zur weiteren Abstinenz.

Nr. 14: Enttäuschung über Partnerin; schlucke Ärger und Konflikte herunter; Strenge habe ihm geholfen; Aufzählung der sozialen Folgeschäden; Betonung der Bedeutung von Ritualen.

Nr. 48: Beginn des Missbrauchs seit der »Wende«; Kontrollverlust mit Arbeitslosigkeit; seit Tod des Freundes »ständig besoffen«; verlässt sich jetzt auf das Aufpassen der Freunde.

3.3.2.4.5 Die Gruppe der Haltlosen

In der Schilderung der Lebenssituation und Anamnese fällt bei dieser Gruppe der zunehmende Verlust der sozialen Beziehungen in Familie, Partnerschaft und Arbeit und der Verlust der Wohnung auf. Ganz nach dem Motto: »Alkohol ist ein ausgezeichnetes Lösungsmittel ... !« sind in dieser Gruppe sowohl die äußeren haltgebenden Strukturen als auch der innere Halt bereits weit gehend aufgelöst. Dabei spielen sowohl Aspekte der Lebensgeschichte und primären Persönlichkeitsentwicklung als auch äußere Einflüsse und Ereignisse während des Krankheitsverlaufs und die Auswirkungen der Droge Alkohol selbst eine Rolle. Das Außen erscheint zwar noch in den Rückfallbegründungen und manchmal auch als diffuse Hoffnung, es wird aber nicht mehr als handlungsbestimmend oder haltgebend erlebt. Typische Schilderungen sind z. B.: nach der »Wende« den Überblick verloren; Arbeit verloren; Mietschulden; Wohnungsverlust. Bei den Rückfallbegründungen wird häufig direkt die Haltlosigkeit mit fehlender Abstinenzmotivation und die desolante Lebenssituation genannt.

Wenn unangenehme innere Befindlichkeiten benannt werden, dann im Gegensatz zu den vorangehenden Gruppen seltener Gefühle der Scham, der Peinlichkeit oder des Ärgers über sich selbst oder andere, sondern eher Minderwertigkeitsgefühle, Einsamkeit, Langeweile, Interessenverlust oder unbestimmte Enttäuschungsgefühle. Eine Abstinenzmotivation ist oft kaum vorhanden: »In der Umgebung trinke ich sowieso weiter!« oder »Es schmeckt halt!« oder »Ich hab halt einen Jieper darauf!«. Die Folgen und Schäden sind ihnen dabei oft ziemlich deutlich bewusst.

Die bei der Gruppe der Außengeleiteten beobachtete Betonung der Bedeutung des eigenen Willens ist in dieser Gruppe nicht mehr feststellbar. Oft werden einfach die Verhältnisse verantwortlich gemacht und beschrieben, dass das Leben anders gar nicht mehr auszuhalten sei. Positive Abstinenzenerwartungen bleiben sehr blass und fiktiv; es scheinen eher selbst als unrealistisch eingestufte Träume als konkrete Zukunftserwartungen oder Hoffnungen zu sein. Die Beziehung zur eigenen Zukunft ist verloren gegangen. Sie wird nicht mehr als eine selbst gestaltbare oder zumindest mitgestaltbare erlebt.

Beispiele hierfür:

Nr. 1: Beziehung wegen Alkohol gescheitert; »dann habe ich den Halt verloren und bin abgestürzt; ich bin aus der Gesellschaft herausgefallen; kann nur mit äußerer

Kontrolle abstinent bleiben aber rebelliere auch gegen Befehle; unter Alkohol werde ich reizbar; trinke daher lieber alleine zur Entspannung und zum Verdrängen der Probleme«; (er denkt zwar noch nach; spürt auch den »grimmigen Blick« seiner Mutter; wehrt sich aber auch gegen Einschränkungen; entscheidet sich gegen sie und damit auch gegen den angebotenen Halt).

Nr. 15: Kann viel vertragen; »Ehe versoffen«; Abstinenz nur in geschützten Einrichtungen; will jetzt keine Abstinenz; Veränderung jetzt nur mit Veränderung der Voraussetzungen draußen (Partnerin, Kontakt zum Sohn, Beschäftigung haben) möglich; er sieht jedoch dazu keine eigene Bereitschaft; keine Anstrengung erkennbar.

Nr. 31: keine Abstinentenzzuversicht; weil die anderen auch trinken würden; sieht sich selbst als haltlos; habe Halt verloren in Arbeitslosigkeit; keinen Lohn; keine Wohnung; Obdach; auch im neuen Umfeld werde getrunken.

Nr. 36: Sie habe die Kontrolle mit der Trennung von den Kindern und ihrem Partner verloren; noch hat sie zwar ihre Arbeit, aber die hält nicht mehr wirklich; kennt ihre suizidale Gefährdung; trinke trotzdem.

Nr. 38: Mit Tod der Mutter den Halt verloren; könne nicht Nein sagen; könne auch nicht dran vorbeigehen; Abstinentenzzwillen habe er nicht; aber der Überlebenswillen sei wieder da.

3.3.3 Differenzielles Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA)

In der Rückfallforschung wurde die Bedeutung einzelner Situationen für das Zustandekommen eines Alkoholrückfalls untersucht (ANNIS 1986, LITMAN 1986, MARLATT 1985). Dabei wird angenommen, dass solche Situationen Hochrisikosituationen darstellen, für die der Abhängige über eine unzureichende Bewältigungskompetenz verfügt. MARLATT (1985) weist dabei darauf hin, dass für die Definition einer Hochrisikosituation die subjektive Bewertung der Risikohaftigkeit entscheidend ist. In seinen Interviews zu Rückfallsituationen und -verläufen hat er die intra- und interpersonellen Determinanten des Rückfalls untersucht. Er hat dabei festgestellt, dass in seiner Gruppe die Risikosituationen am häufigsten als intrapersonale Risikosituationen beschrieben werden konnten und dass in dieser Gruppe negative Befindlichkeiten als Auslöser als am bedeutsamsten eingeschätzt wurden.

ANNIS (1986) und LITMAN (1986) entwickelten dann von diesen Vorüberlegungen ausgehend im angloamerikanischen Raum jeweils Fragebogeninstrumente zur Erfassung der Hochrisikosituationen. Für den deutschsprachigen Raum wurden diese Instrumente von Klein und seinen Mitarbeitern übersetzt und zum Differenziellen Inventar zur Erfassung von Rückfallsituationen für Alkoholabhängige (DIRA, s. Anhang III,) (KLEIN et al. 1995) zusammengestellt.

Die testtheoretischen Kriterien sind von Klein publiziert (KLEIN et al. 1995), sodass an dieser Stelle darauf verwiesen werden kann.

Im DIRA werden in 60 Items rückfallgefährdende Situationen beschrieben, für die der Patient jeweils das Ausmaß der selbstempfundenen Gefährdung auf einer Skala von 1 bis 4 (Ich habe Alkohol getrunken, wenn ...: nie – selten – häufig – oft) angibt. Das DIRA liegt in einer retrospektiven, einer prospektiven und einer katamnestic Fassung vor. In der vorliegenden Untersuchung wurde die retrospektive Fassung (»Ich habe Alkohol getrunken, wenn ...«) eingesetzt. Die Items wurden von KLEIN et al. (1995) faktorenanalytisch drei Skalen zugeordnet: Negative intrapsychische Befindlichkeiten (NEGINTRA), Soziale Trink-situationen (SOZTR) und Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit (TEST).

In der bei dieser Untersuchung angewandten Gesamtform gehören zu der Skala »Negative Intrapsychische Befindlichkeiten als Rückfallauslöser« (NEGINTRA) 28 Items, in denen nach Gefühlen der Selbsterniedrigung, des Lebensüberdrußes, der Einsamkeit, der Reizbarkeit, der Unsicherheit, nach Gefühlen von Groll und Ärger und nach Angst- und Schuldgefühlen gefragt wird.

Bei den 16 Items der Skala »Soziale Trinksituationen als Rückfallauslöser« (SOZTR) wird nach Situationen gefragt, in denen den Patienten Alkohol angeboten oder geschenkt wurde oder bei denen sie im Urlaub bzw. bei Feiern oder anderen geselligen Anlässen mit Alkohol konfrontiert wurden.

Bei den zehn Items der Skala »Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit als Rückfallauslöser« (TEST) wurde nach vor dem Rückfall entwickelten Vorstellungen, die eigene Willenskraft testen zu wollen, nach Zweifeln an der eigenen Abhängigkeit, nach positiven Trinkfantasien und der Vorstellung, dass Alkohol »kein Problem« mehr darstelle, gefragt.

In der vorliegenden Untersuchung soll nun geprüft werden, ob sich zwischen der von Klein untersuchten Gruppe von in einer Fachklinik zur Entwöhnungsbehandlung aufgenommenen Patienten und den hier in der psychiatrischen Abteilung am Allgemeinkrankenhaus zur Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten Unterschiede in der Bewertung der Risikohaftigkeit der verschiedenen im DIRA operationalisierten Situationen feststellen lassen und ob sich die auf der Grundlage der Interviewaussagen unterschiedenen Gruppen innerhalb dieser Untersuchung in der Bewertung der Risikohaftigkeit der verschiedenen Situationen unterscheiden.

3.3.4 Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)

EASTMAN und NORRIS (1982) haben untersucht, ob das Trinkverhalten von strengen Antialkoholikern (lifelong abstainers), Personen mit konvivialem Trinkverhalten ohne alkoholbezogene Probleme (neither past nor present alcohol-related

problems) und von Alkoholabhängigen (Rückfälligen und nicht Rückfälligen) als persönlich funktionelles Verhalten verstanden werden kann. Sie haben dabei festgestellt, dass die Gruppe der Alkoholabhängigen eine größere Selbstunzufriedenheit (self-dissatisfaction), verstanden als unangenehme Spannung zwischen ihrem Selbstbild und ihrem Idealbild, wahrnimmt und dass sie, im Gegensatz zu den Antialkoholikern und den konvivialen Trinkern ohne Alkoholprobleme, eher erwarten, durch den Alkohol zu der Person zu werden, die sie sein wollen. Dieser Unterschied in der Selbstunzufriedenheit und die beschriebene positive Alkoholfolgeerwartung zur Bewältigung dieser Unzufriedenheit war bei der Gruppe der Rückfälligen tendenziell noch ausgeprägter als bei den nicht Rückfälligen. Dabei wurde in allgemeiner Form nach der Selbstwahrnehmung im nüchternen Zustand, im Idealszustand, nach der angenommenen Außenwahrnehmung, im Zustand, wenn jemand gerne »ein Glas« trinken wollte, im Zustand nach einem Glas sowie in einem mäßig betrunken bzw. sehr betrunkenen Zustand gefragt.

Der Unterschied zwischen Idealbild und Selbstbild, die Wahrnehmung dieser Spannung und die als Selbstaktualisierung beschriebene Tendenz, Selbstbild und Idealbild einander anzunähern, sind zentrale Bestandteile der Theorie der Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Im Rahmen des Inkongruenzmodells psychischer Störungen wurde von Speierer dieser wahrgenommene Unterschied auch als Inkongruenz und die Verarbeitung dieser Inkongruenz sowie deren Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Menschen als Inkongruenzdynamik bezeichnet (SPEIERER 1994). Störungssymptome werden in diesem Modell entweder als unmittelbare Folgen der Inkongruenz oder als Folgen des Erlebens der Inkongruenz, als Inkongruenzäquivalente, verstanden. Zur Eingangs-, Prozess- und Ergebnisdiagnostik in der Psychotherapie entwickelten Speierer und Mitarbeiter das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI, s. Anhang IV) (SPEIERER, HELGERT und ROESNER 1997 und 1999). Hier werden in fünfstufig zu beantwortenden Aussagen Hypothesen zur Nosologie, Ätiologie, Phänomenologie bzw. Symptomatologie psychischer Störungen operationalisiert.

Die Inkongruenzdynamik wird in 15 Merkmalskalen und neun Bereichsskalen dargestellt. Die fünfzehn Merkmalskalen können in drei Gruppen eingeteilt werden: Sechs Q-Skalen erfassen die Inkongruenzquellen und die subjektive Störungstheorie des Patienten; sechs I-Skalen erfassen die Inkongruenzäquivalente und Inkongruenzsymptome, d. h. die erlebten Auswirkungen der Inkongruenz in Vergangenheit und Gegenwart; drei K-Skalen erfassen die Kongruenzäquivalente, d. h. die salutogenen Ressourcen und gesunden Erfahrungsanteile der Person. Die 15 Merkmalskalen werden nochmals zu neun Bereichsskalen zusammengefasst, die jeweils Gesamtwerte angeben für die: gesunden Selbstkonzeptanteile (RIAI B1), die gegenwärtig gesunden Erfahrungen im Sinne einer Kongruenz und der »fully functioning person« (ROGERS 1991)(RIAI B2), die sozialkommunikativen Inkongruenzquellen in der Gegenwart und in der Vergangenheit (RIAI B3), die

psychopathogene Belastung einer Person durch sozialkommunikative sowie dispositionelle und lebensereignisbedingte Inkongruenzquellen (RIAI B4), die im Bewusstsein gegenwärtigen pathogenen Inkongruenzerfahrungen und deren Folgen (RIAI B5), die pathogenen Inkongruenzerfahrungen und deren Folgen in der Vergangenheit und Kindheit (RIAI B6), die Summe der pathogenen Inkongruenzerfahrungen in der Gegenwart und in der Vergangenheit (RIAI B7), die Belastung einer Person durch Leitsymptome von ICD- bzw. DSM-definierten Störungen in der Gegenwart (RIAI B8), die Belastung durch Leitsymptome in der Vergangenheit und Kindheit (RIAI B9). Die teststatistischen Daten zur Reliabilität, Spezifität und Validität sind von SPEIERER, HELGERT und ROESNER (1997) veröffentlicht, sodass hier auf diese Veröffentlichung verwiesen werden kann.

Das RIAI liegt in zwei Halbformen A und B vor (SPEIERER, HELGERT und ROESNER 1999). In der vorliegenden Arbeit wurde die 184 Items umfassende Halbform A eingesetzt. Die Daten wurden nach Eingabe in die elektronische Datenverarbeitung mit der von Herrn Speierer freundlicherweise zur Verfügung gestellten Auswertungsdatei im SPSS analysiert. Es sollte geprüft werden, ob sich die Gesamtgruppe dieser Untersuchung von den von SPEIERER (1998 und 1999) bereits untersuchten Gruppen alkoholabhängiger Patienten und ob sich die auf der Grundlage der Interviewauswertung gebildeten Untergruppen innerhalb der eigenen Untersuchungsgruppe auch in den Testergebnissen bzw. in ihrem Testprofil im RIAI voneinander unterscheiden.

3.3.5 Münchener Alkoholismus Test (MALT)

Der Münchener Alkoholismus Test (MALT, s. Anhang V,) besteht aus einem 24 Items umfassenden Selbstbeurteilungsteil (MALT-S) und einem sieben Items umfassenden Fremdbeurteilungsteil (MALT-F) (FEUERLEIN 1977 und 1979). Im Selbstbeurteilungsteil entscheidet der Patient bei 24 Aussagen zu seinem Alkoholkonsum, zu wahrgenommenen Reaktionen seiner Umgebung, Entzugssymptomen, eigenen Gedanken und Erlebnissen im Zusammenhang mit seinem Alkoholkonsum, ob diese Aussagen für ihn zutreffen oder nicht. Im Fremdbeurteilungsteil gibt der Untersucher aus Untersuchungsbefunden und Anamnese bei sieben Items die ungefähre Trinkmenge in ml Alkohol an, ob Alkoholfolgeerkrankungen (Lebererkrankung, Polyneuropathie, Delir) aufgetreten sind und ob Familienangehörige schon einmal wegen der Abhängigkeit ihres Angehörigen Rat gesucht haben. Die Werte der Untertests werden unter vierfacher Wertung des Fremdbeurteilungsteiles zu einer Gesamtpunktwertung zusammengezogen. Der maximale Punktwert beläuft sich auf 52 Punkte. Ab einem Punktwert von elf Punkten wird von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen. Der MALT wurde als Suchtest zur Feststellung von Alkoholabhängigkeit bei Patienten in

bestimmten Untersuchungsgruppen bzw. als Test zur Bestätigung einer klinischen Verdachtsdiagnose entwickelt und in der Alkoholismusforschung auch als standardisierbares Außenkriterium für die Alkoholabhängigkeit der Patienten einer Untersuchungsgruppe eingesetzt.

In der vorliegenden Untersuchung soll nun geprüft werden, ob sich zwischen den auf der Grundlage der Interviewaussagen gebildeten Untergruppen in der Selbst- und Fremdbeurteilung zur Alkoholabhängigkeit Unterschiede ergeben und ob sich Unterschiede in den Trinkmengen ergeben.

3.5 Statistische Methoden der Datenauswertung

Die mit den oben dargestellten Instrumenten erhobenen Daten wurden mit der elektronischen Datenverarbeitung unter Anwendung des Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 10.0) analysiert. Dabei wurden zunächst die nominalen Daten des Basisfragebogens nach Häufigkeit und Verteilung innerhalb der Gesamtgruppe und über die aus der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviewnotizen gebildeten Untergruppen hinweg mit einfachen Methoden der Verteilungsanalyse nominaler Daten ausgewertet. Die Daten aus den Testuntersuchungen (DIRA, RIAI und MALT) wurden mit Methoden zur ordinalen und metrischen Verteilungsanalyse im Vergleich zu vorliegenden Untersuchungen sowie auf ihre Verteilung über die gebildeten Untergruppen hinweg untersucht. Dabei wurde bei der Auswertung des DIRA die Gesamtpunktwertung in jeder der drei Subskalen zunächst durch die zugehörige Itemanzahl jeder Subskala dividiert, um so einen mittleren Antwortwert zu erhalten, der dem ursprünglichen Fragebogaufbau mit seiner Skalierung von »nie« (1) über »selten« (2) und »oft« (3) bis zu »nahezu immer« (4) entspricht. Als Vergleichswert für die DIRA-Werte wurden die von KLEIN et al. (1995) veröffentlichten Skalenwerte einer Gruppe von 228 zu einer Entwöhnungsbehandlung aufgenommenen Patienten einer Fachklinik herangezogen. Da in der vorliegenden Arbeit eine überarbeitete und erweiterte Version des DIRA-Fragebogens angewendet wurde, wurden in diesem Vergleich nur die Items berücksichtigt, die bereits von Klein in der selben Zusammensetzung angewendet und an seiner Untersuchungsgruppe validiert worden waren. Die von ihm gebildeten Unterformen A und B wurden entsprechend wieder zur Gesamtform, die auch in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kam, zusammengeführt. Als Vergleichswerte für die Testergebnisse im RIAI wurden die Werte einer von SPEIERER (1999) untersuchten Gruppe von 47 Patienten herangezogen, die nach einer »Entgiftungsbehandlung entlassen« wurden. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind für die Skalen des DIRA in Tabelle 1 und für die Skalen des RIAI in Tabelle 3 eingetragen.

Zur Überprüfung der Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen der

Untersuchungsgruppe und den Vergleichsgruppen konnte bei einer Gruppengröße von größer als 50 der einfache T-Test eingesetzt werden. Die zu überprüfende Nullhypothese (H_0) lautete dann: Der Mittelwert (μ) der Untersuchungsgruppe auf der jeweiligen Skala des DIRA bzw. des RIAI entspricht in seinem Niveau dem Mittelwert (μ_0) in den entsprechenden Skalen in der Vergleichsuntersuchung von Klein bzw. Speierer. Die Werte für das empirische Signifikanzniveau α^* sind für das DIRA in Tabelle 2 und für das RIAI in Tabelle 4 eingetragen. Für Werte kleiner 0,05 bzw. 0,01 muss die formulierte Nullhypothese verworfen werden und kann gleichzeitig die Alternativhypothese zum entsprechenden Signifikanzniveau angenommen werden.

Nach Überprüfung der Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test konnte der einfache T-Test auch zur Prüfung der Signifikanz der Mittelwertunterschiede zwischen den beiden größten Untergruppen – der Außengeleiteten (K_4) und der Haltlosen (K_5) – und der Gesamtgruppe (UG_{ges}) eingesetzt werden. Die Werte für das empirische Signifikanzniveau α^* sind wiederum in den Tabellen 2 und 4 dargestellt.

Mit dem Kruskal-Wallis-Test konnte geprüft werden, ob die Merkmale im DIRA und RIAI über die Untergruppen hinweg homogen verteilt sind oder aber ob sich hier statistisch signifikante Abweichungen von einer angenommenen homogenen Verteilung zeigen. Die Werte sind wieder in den Tabellen 2 und 4 dargestellt.

Da die Untergruppen als unverbundene Stichproben angesehen werden können, konnte zur Prüfung der statistischen Signifikanz der gefundenen Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen auf den jeweiligen Skalen des DIRA und des RIAI trotz der geringen Gruppenstärke in einzelnen Gruppen der Mann-Whitney-U-Test auf der Grundlage der Rangbildung eingesetzt werden. Die entsprechenden Werte für das empirische Signifikanzniveau α^* sind für die DIRA-Werte wieder in Tabelle 2 und für die RIAI-Werte in Tabelle 4 dargestellt.

3.6 Zusammenfassung der Fragestellung

Folgende Fragen werden untersucht:

1. Wie bilden sich die gesellschaftlichen Veränderungen und die Veränderungen in der Lebenssituation der Bevölkerung der Stadt in den statistischen Daten der Stadtverwaltung ab?
2. Wie häufig werden im Klinikum Frankfurt/Oder insgesamt Störungen durch Alkohol diagnostiziert und welcher Anteil dieser Patienten wird in einer der somatischen Abteilungen des Hauses bzw. in der psychiatrischen Abteilung behandelt?

3. Unterscheiden sich Alkoholabhängige hinsichtlich ihrer subjektiven Rückfallbegründungen, und lassen sich auf der Grundlage dieser Selbsteinschätzungen innerhalb der Untersuchungsgruppe Untergruppen feststellen?
4. Unterscheidet sich die Gesamtgruppe von Vergleichsgruppen anderer Untersuchungen bzw. unterscheiden sich die gebildeten Untergruppen in Bezug auf ihre Lebenssituation, den Krankheitsverlauf und den Rückfallverlauf, wie sich diese in den allgemein erfassten Sozialdaten widerspiegeln?
5. Unterscheiden sich die Untergruppen in Bezug auf die Bedeutung einzelner Situationen für die Rückfallauslösung?
6. Unterscheiden sich die Untergruppen hinsichtlich des eigenen Inkongruenzerlebens und der Inkongruenzverarbeitung?
7. Wirken sich die gesellschaftlichen Veränderungen seit der politischen Wende auf die Lebenssituation und die Entwicklung der Untergruppen unterschiedlich aus?

4. Ergebnisse

Da die Einflüsse der Umgebung für das Erleben der Menschen und eben auch für die Erfahrung und Bewertung von Risikosituationen Bedeutung haben, werden als Hintergrund der Untersuchung zunächst die soziodemographischen Veränderungen in der Stadt dargestellt. Im zweiten Schritt erfolgt die Beschreibung der Untersuchungsgruppe nach ihren soziodemographischen Daten als Teil der Bevölkerung bzw. als Teil der Gesamtgruppe der im Klinikum behandelten Patienten und im dritten Schritt werden die Ergebnisse der Testuntersuchungen dargestellt. Dabei sind die Ergebnisse der Interviews und die darin enthaltenen subjektiven Sichtweisen der eigenen Situation der Betroffenen ja bereits zuvor in die Kategorienbildung und die Aufteilung auf die nach diesen Kategorien gebildeten Untergruppen eingegangen. So kann nun die Außensicht durch den Untersucher bzw. durch die testpsychologischen Ergebnisse und die soziodemographischen Daten zu dieser Innensicht der Betroffenen in Beziehung gesetzt werden, indem jeweils auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen untereinander und zur Gesamtgruppe eingegangen wird.

4.1 Beschreibung des Untersuchungsfeldes

4.1.1 Beschreibung der Stadt Frankfurt/Oder und der soziodemographischen Veränderungen seit der Wiedervereinigung 1990

Um die Auswirkungen der gesellschaftlichen Veränderungen in der Stadt auf die Lebenssituation der Bevölkerung abschätzen zu können, wurde auf die statistischen Daten der Stadtverwaltung zurückgegriffen.

Frankfurt/Oder liegt an der Grenze zu Polen. Die Stadt hatte am 31.12.2000 71.468 Einwohner. Die Bevölkerungsentwicklung der letzten 20 Jahre (s. Diagramm 1) ist dabei zunächst durch einen kontinuierlichen Anstieg der Bevölkerung von 78.320 Einwohnern im Jahr 1979 bis zu einer maximalen Einwohnerzahl von 87.858 im Jahr 1988 und einen dann einsetzenden ebenso kontinuierlichen Bevölkerungsrückgang bis zu 71.468 Einwohnern im Jahr 2000 gekennzeichnet. Im Jahr 2000 waren 51,8 % der Bevölkerung Frauen und 48,2 % Männer. Der starke Bevölkerungsrückgang ist die Folge der natürlichen Einflussgrößen mit einem deutlichen Rückgang der Geburten nach der politischen Wende bei unveränderter Anzahl der Sterbefälle einerseits und einer von Jahr zu Jahr schwanken-

den insgesamt jedoch über die letzten zehn Jahre anhaltenden Abwanderung andererseits. Diese beiden Einflussgrößen erklären auch die Veränderung der Altersstruktur der Frankfurter Bevölkerung wie sie in Diagramm 2 dargestellt ist. Während die Zahl der Kinder zwischen 0 und 15 Jahren durch den Geburtenrückgang und auch durch die verstärkte Abwanderung der jungen, erwachsenen Elterngeneration im Alter zwischen 25 und 39 Jahren kontinuierlich abnimmt, nimmt die Anzahl der über 60-Jährigen ebenfalls kontinuierlich zu. Die Anzahl der 40- bis 59-Jährigen ist weitgehend konstant geblieben und hat damit durch den Bevölkerungsrückgang insgesamt relativ zu den anderen Altersgruppen zugenommen. Dass die Anzahl der Jugendlichen im Ausbildungsalter zwischen 16 und 24 Jahren mit etwa 10.000 konstant bleibt und damit in Relation zu den anderen Bevölkerungsgruppen ebenfalls relativ zunimmt, steht im Zusammenhang mit der Entwicklung der Frankfurter Europa Universität »Viadrina«, die 1992 wiedergegründet wurde.

Die Wanderungsbewegung lässt sich neben der Aufschlüsselung in Zu- und Abwanderung auch noch in eine »Binnenwanderung« in das Umland und eine Fernwanderung in andere Bundesländer oder ins Ausland unterscheiden. Bei der Binnenwanderung überwiegt nach den Unterlagen der Stadtverwaltung die Abwanderung in die ländlichen Gemeinden der Umgebung (Stadt-Land-Flucht). Nach dem soziodemographischen Bericht der Stadtverwaltung (STADTVERWALTUNG FRANKFURT/ODER 1998 und 2000a) zeigt die Aufschlüsselung der Wanderungsbewegungen, getrennt nach Wohnbezirken, neben der allgemeinen Tendenz, dass ältere Menschen eher in die Stadt ziehen und die jüngeren eher aufs Land, auch noch die Tendenz, dass sozial schwächer gestellte Mitbürger eher in die Stadt ziehen, während die besser gestellten eher in die Gemeinden der Umgebung ziehen. Bei der Fernabwanderung überwiegt die Altersgruppe der jungen Erwachsenen und insbesondere der jungen, berufstätigen »Singles«. Gleichzeitig zu diesen Wanderungsbewegungen ist in der Region ein Verlust an Arbeitsplätzen zu beobachten.

Trotz sinkender Bevölkerungszahlen ist die Anzahl der Haushalte nach Auskunft der Statistikstelle der Stadtverwaltung (STADTVERWALTUNG 2000a) annähernd konstant geblieben. Das bedeutet, dass auch in der allgemeinen Entwicklung der Stadt eine Tendenz zur »Singularisierung« der Haushalte festzustellen ist. Auch bei der Wanderungsbewegung wurde bereits deutlich, dass bei der Abwanderung die größeren und bei der Zuwanderung die kleineren Haushalte überwiegen. Zu gleichsinnigen Ergebnissen kommt man bei der Betrachtung der Daten zum Familienstand in Diagramm 3: Der Anteil der erwachsenen Ledigen steigt und der Anteil der Verheirateten und vor allem der Kinder und Jugendlichen sinkt, während der Anteil der Verwitweten und Geschiedenen annähernd konstant bleibt.

Für die Lebenssituation in einer Stadt und für die Beschreibung der Befind-

lichkeit der Bevölkerung ist die Lage auf dem Arbeitsmarkt ein wichtiger Aspekt. Arbeitslosigkeit oder kurze und unsichere Beschäftigungsverhältnisse können ganz entscheidend zur Entwicklung von Krisensituationen sowohl für den Einzelnen als auch für eine Gemeinde führen. Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit führt zu erheblichen finanziellen Einbußen und stellt einen wesentlichen Risikofaktor seelischer Gesundheit im Allgemeinen und für Alkoholabhängigkeit im Besonderen dar (HENKEL 1996a, 1996b und 1998b). Die Arbeitsmarktsituation für Frankfurt/Oder lässt sich aus den Zahlen zu den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einerseits und der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen (Diagramm 4) andererseits abschätzen. Die Zahl der am Arbeitsort Frankfurt/Oder sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist von 39.196 im Jahr 1995 bis auf 34.122 am 31.12.1998 gesunken (STADTVERWALTUNG 1998 und 2000b). Von den 53.180 Einwohnern Frankfurts zwischen 18 und 65 Jahren waren am 30.6.1998 28.077 sozialversicherungspflichtig beschäftigt.

Allein vom 31.12.1996 bis zum 30.6.1998 ist der Anteil der beschäftigten Wohnbevölkerung der Stadt um 7,2 % zurückgegangen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Arbeitslosen von Monat zu Monat in Abhängigkeit von den flankierenden Maßnahmen des Arbeitsamtes schwankt. Das Sinken der Arbeitslosenzahlen im Herbst 1998 stand z. B. in starkem Zusammenhang mit den Aktivitäten zur Bundestagswahl. Bei den Zahlen zur Arbeitslosigkeit sind auch die »Pendlerströme« zu berücksichtigen: In Frankfurt/Oder haben zwischen 1996 und 1998 zu den jeweiligen Stichtagen etwa 12.000 Pendler aus anderen Wohngebieten, überwiegend aus den benachbarten Landkreisen, aber auch aus anderen Bundesländern oder Berlin gearbeitet, während nur knapp 5.000 Frankfurter zur Arbeit in diese Regionen gependelt sind.

Betrachtet man die Daten des Sozialamtes der Stadt zur Leistungsentwicklung seit 1994 (STADTVERWALTUNG 2001), so erkennt man, dass die Anzahl der Fälle, in denen Hilfe zum Lebensunterhalt gezahlt wurde, trotz sinkender Einwohnerzahl jeweils zum Stichtag von 566 im Jahr 1994 auf 1.090 im Jahr 2000 angestiegen ist. Gleichzeitig ist die Zahl der Sozialhilfeempfänger von 1.176 auf 2.278 angestiegen und lag 1997 mit 2.547 Personen am höchsten. Die Zahl der »Personen pro Fall« ist also von 2,23 im Jahr 1997 auf 1,88 im Jahr 2000 gesunken. Die Tendenz zur »Singularisierung« macht sich also auch hier bemerkbar. Auf die Stadt bezogen wird deutlich, dass der Anteil der Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, von 1,4 % 1994 auf 3,0 % im Jahr 2000 angestiegen ist. Während die Ausgaben pro Fall und Jahr im genannten Zeitraum von 9.222,- DM auf 6.664,- DM gesunken sind, sind die Ausgaben pro Einwohner und Jahr von 63,40 DM auf 102,45 DM gestiegen. Zusätzlich sind die Ausgaben für Hilfe zur Arbeit in den beiden Varianten »Arbeit statt Sozialhilfe« und »gemeinnützige Tätigkeit« von 1,83 Millionen im Jahr 1995 auf 3,05 Millionen DM angehoben worden. Wie viele Personen dadurch in Beschäftigungsmaßnah-

men integriert werden und so eine Aufgabe finden konnten, ist dem Zahlenmaterial leider nicht zu entnehmen.

Insgesamt zeigt sich also in Frankfurt/Oder eine erhebliche Veränderung der Sozialstruktur, die nicht nur durch den Bevölkerungsrückgang allgemein beschrieben werden kann. Es ist vielmehr eine Strukturveränderung eingetreten. Dabei zeigt sich diese sehr deutlich in der veränderten Altersstruktur und in der Tendenz zu kleineren Haushalten. Diese Singularisierung betrifft offenbar sozial schwächer gestellte bereits jetzt deutlicher als andere Bevölkerungsgruppen: Bei den Wohngeldempfängern ist der Anteil der Ein-Personen-Haushalte im Vergleich zur Gesamtzahl der Ein-Personen-Haushalte nach den Unterlagen der Stadtverwaltung deutlich überrepräsentiert. Allein nach diesem Zahlenmaterial der Stadtverwaltung zeigt sich bereits, dass die Situation in der Stadt zehn Jahre nach der politischen Wende und dem Mauerfall stark durch Arbeitslosigkeit, Migrationsbewegungen und die Tendenz zur Vereinzelung geprägt ist. Berücksichtigt man nun zusätzlich, dass in der früheren DDR annähernd Vollbeschäftigung geherrscht hat und der Alltag und die Beziehungen der Menschen untereinander stark durch die Arbeitsbeziehungen strukturiert waren und dass durch den Zusammenbruch des politischen Systems auch andere Strukturen z. B. zur Freizeitgestaltung weggebrochen sind, so wird deutlich, dass die gesamtgesellschaftliche Situation in der Stadt als eine Situation beschrieben werden kann, in der haltgebende Strukturen zum Teil entfallen und zum Teil erheblich in Frage gestellt worden sind.

4.1.2 Patienten mit Störungen durch Alkohol im Klinikum Frankfurt/Oder

Um abschätzen zu können, wie hoch der Anteil der untersuchten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten des Klinikums ist und wie häufig im Klinikum überhaupt die Diagnose einer Störung durch Alkohol gestellt wird, wurde auf die elektronisch gespeicherten Daten der Krankenhausverwaltung zu den Entlassungsdiagnosen zurückgegriffen. Das Klinikum Frankfurt/Oder ist neben einem kleinen Krankenhaus mit einer internistischen, einer geburtshilflichen und einer pädiatrischen Abteilung das einzige Krankenhaus in der Stadt. Der weitaus größte Teil aller Patienten, die sich wegen einer Störung durch Alkohol in stationäre Behandlung begeben, wird daher im Klinikum aufgenommen. Insgesamt wurden im Klinikum Frankfurt/Oder im Jahr 2000 18.060 Patienten zu 25.090 Behandlungsepisoden stationär aufgenommen. Dabei wurden 3.972 Patienten zu mehr als einem Aufenthalt aufgenommen und die durchschnittliche Aufenthaltshäufigkeit betrug 1,4 Aufenthalte im Jahr 2000. Bei 664 (2,6 %) dieser 25.090 Behandlungsepisoden wurde nach den Kriterien der ICD-10 bei Entlassung eine Diagnose aus der Gruppe der »Psychischen und Verhaltensstörungen durch Al-

kohol (F10.0–F10.9)« als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Berücksichtigt man die Wiederaufnahmen, dann entfielen diese 664 Behandlungsepisoden auf 458 Patienten, sodass sich auch hier eine Wiederaufnahmerate von 1,4 Aufenthalten pro Jahr ergibt.

In der Entlassungsstatistik der Haupt- und Nebendiagnosen findet sich in den somatischen Abteilungen bei 218 Behandlungsepisoden eine Diagnose von psychischen oder Verhaltensstörungen durch Alkohol, und durchforscht man die zentral erfassten Entlassungsberichte der somatischen Abteilungen mit einem Suchprogramm, so findet man in insgesamt nur 407 Entlassungsberichten über 332 Menschen das Stichwort »Alkohol« in irgendeiner Wortverbindung. Bezogen auf die Gesamtzahl der ca. 23.935 Behandlungsepisoden in den somatischen Abteilungen wird also in nur etwa 0,9 % der Behandlungsfälle eine alkoholbezogene Diagnose gestellt und in nur 1,7 % der Entlassungs- oder Verlegungsberichte erscheint das Stichwort »Alkohol«.

4.1.3 Patienten mit Störungen durch Alkohol in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000

Im Jahr 2000 wurden in der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Frankfurt/Oder 821 Patienten zu 1149 Behandlungsepisoden aufgenommen. Die Aufenthaltsrate betrug damit im Durchschnitt 1,4 Aufenthalte. Die durchschnittliche Verweildauer in der Abteilung betrug im Jahr 2000 im stationären Bereich 28,4 Tage und 66 Tage in der Tagesklinik. Bei 378 (30,4 %) dieser Aufenthalte wurde eine Störung durch Alkohol als Hauptdiagnose festgestellt. Diese 378 Behandlungsepisoden entfielen auf 261 Personen, sodass sich auch bei dieser Patientengruppe eine Wiederaufnahmerate von 1,4 Aufenthalten pro Patient ergibt. Bei 95 weiteren Behandlungsepisoden wurde eine Störung durch Alkohol als Nebendiagnose gestellt. Insgesamt wurde also bei 473 (41,2 %) der 1149 Behandlungsepisoden bzw. bei 315 Personen in der Abteilung im Jahr 2000 eine Störung durch Alkohol als Haupt- oder Nebendiagnose festgestellt. Da insgesamt im Klinikum über alle Abteilungen hinweg bei 458 Personen eine Störung durch Alkohol festgestellt wurde, wurden also 143 Personen ausschließlich in den somatischen Abteilungen, 315 in der psychiatrischen Abteilung und davon 75 Patienten in beiden Abteilungen behandelt.

Unter den 315 Patienten in der psychiatrischen Abteilung waren 249 Männer (79 %) und 66 Frauen (21 %). Sie waren im Durchschnitt 44 Jahre alt und kamen zu 72 % aus Frankfurt/Oder und zu 22 % aus den umliegenden Gemeinden und Landkreisen. Im Vergleich dazu waren die 143 Patienten mit Störungen durch Alkohol, die ausschließlich in den somatischen Abteilungen des Hauses behandelt wurden, mit 48 Jahren im Durchschnitt um vier Jahre älter. Die Auf-

teilung auf Männer und Frauen mit 114 (79,7 %) Männern und 29 (20,3 %) Frauen entsprach der Aufteilung in der psychiatrischen Abteilung. Der Anteil der Patienten aus Frankfurt/Oder war mit 54 % deutlich niedriger und der aus den umliegenden Gemeinden und Landkreisen mit 30 % deutlich höher als bei den Patienten der psychiatrischen Abteilung.

226 (71,7 %) der 315 Patienten in der psychiatrischen Abteilung wurden im Jahr 2000 nur zu einem Aufenthalt, 37 (11,7 %) zweimal, 27 (8,6 %) dreimal und 25 (8 %) viermal oder öfter, bis zu maximal neunmal, aufgenommen. Von den 143 Patienten, die ausschließlich in einer somatischen Abteilung aufgenommen wurden, wurden nur zwei Patienten zu einem weiteren Aufenthalt in einer somatischen Abteilung aufgenommen. 241 (76,5 %) der 315 Patienten wurden auf der entsprechend dem Abteilungskonzept auf die Behandlung der abhängigkeitskranken Patienten spezialisierten Station KP2 behandelt. 48 Patienten (15,2 %) wurden auf der so genannten Aufnahme-Station KP1 der Abteilung, 16 Patienten (5,1 %) auf der Station KP3, sieben Patienten (2,2 %) auf der Psychotherapiestation KP4 und drei Patienten (1,0 %) wurden in der Tagesklinik behandelt. Dabei wurden die Patienten im Falle mehrerer Aufnahmen auf verschiedenen Stationen jeweils auf der Station berücksichtigt, auf der sie insgesamt die längste Zeit in Behandlung waren. Die kumulative Verweildauer der 315 Patienten in der Abteilung für Psychiatrie über alle Aufenthalte im Jahr 2000 lag mit einem Mittelwert von 27,43 Tagen zwischen einem und 290 Tagen. In der Gruppe der Patienten, die ausschließlich in einer der somatischen Abteilungen behandelt wurden, lag die mittlere, kumulierte Verweildauer bei 14,12 Tagen. Die Unterschiede waren besonders in den beiden Gruppen der kurzen Aufenthalte von ein bis zwei Tagen und der langen Aufenthalte von mehr als acht Wochen ausgeprägt: In den somatischen Abteilungen entfielen 36,4 % auf die besonders kurzen Aufenthalte und nur 2,1 % auf die langen Aufenthalte von mehr als acht Wochen. In der psychiatrischen Abteilung hingegen nur 11,1 % auf die kurzen und 13 % auf die langen Aufenthalte. Betrachtet man die Verweildauern innerhalb der Abteilung für Psychiatrie getrennt nach den Stationen, so fällt auf, dass eine Gruppe von Patienten mit besonders kurzen Aufenthalten von ein bis drei Tagen (kumulativ!) dem Abteilungskonzept entsprechend überwiegend auf der Station KP1 behandelt wurde. Eine zweite Gruppe blieb zwischen vier Tagen und vier Wochen in stationärer Behandlung und dann zum größten Teil auf der Station KP2 und eine dritte Gruppe blieb länger als vier Wochen in Behandlung. Die Patienten der Stationen KP3 und KP4 und in der Tagesklinik blieben zum Großteil sechs Wochen oder länger. Hier wurde die Störung durch Alkohol meist als Nebendiagnose angesehen.

4.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe und der Untergruppen

Von den 315 Patienten der Abteilung für Psychiatrie im ganzen Jahr 2000, bei denen nach den Kriterien der ICD 10 eine Störung durch Alkohol als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde, wurden 241 auf der Station KP2 behandelt. Von diesen konnten in dem halben Jahr von Mai bis November 2000 insgesamt 92 Patienten in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden. Berücksichtigt man, dass von den 241 Patienten 23 unter fünf Tage in stationärer Behandlung blieben und geht man von einer Gleichverteilung der Aufnahmen über das ganze Jahr aus, so konnten mit 92 Patienten 85 % der im Untersuchungszeitraum mit einer Störung durch Alkohol als Haupt- oder Nebendiagnose auf die Station KP2 aufgenommen und länger als fünf Tage in Behandlung gebliebenen Patienten in die Untersuchungsgruppe aufgenommen werden. In den folgenden Abschnitten werden die Untersuchungsergebnisse aus den soziodemographischen Daten der Basisdokumentation und aus den eingesetzten Testuntersuchungen jeweils bezogen auf die Gesamtgruppe und auf Unterschiede zwischen den Untergruppen dargestellt. Durch dieses Vorgehen wird eine Zusammenschau der unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht.

4.2.1 Die Daten der Basisdokumentation

4.2.1.1 Alter und Geschlecht

Unter den 92 Patienten waren 15 Frauen (16,3 %) und 77 Männer (83,7 %). Bei der Aufteilung der Männer und Frauen getrennt nach den Untergruppen (s.a. Diagramm 5) fällt trotz der geringen Gruppengröße der mit 33 % relativ hohe Anteil der Frauen in der Gruppe der Integrierten auf. Die Patienten dieser Untersuchungsgruppe waren zwischen 26 und 67 Jahren, im Mittel 44,2 Jahre alt. Zwischen Männern und Frauen ergab sich im Mittel kein Altersunterschied. Bei der Aufteilung auf die Untergruppen variierte das Alter zwischen 48,2 in der Gruppe derer mit Selbstansprüchen und 42,6 in der Gruppe der Haltlosen.

4.2.1.2 Wohnort

67 Patienten (72,8 %) kamen aus Frankfurt/Oder, 20 (21,7 %) aus den umliegenden Gemeinden und Landkreisen, drei Patienten (3,3 %) aus Berlin oder entfernteren Landkreisen Brandenburgs und zwei Patienten (2,2 %) aus dem übrigen Bundesgebiet. Bezogen auf die Untergruppen fällt auf, dass in den Gruppen der Außengeleiteten und der Haltlosen der Anteil der Frankfurter besonders hoch

war, während bei den Integrierten der Anteil aus den umliegenden Kreisen und Gemeinden überwog (s. Diagramm 6).

4.2.1.3 Familienstand und Wohn- und Lebenssituation

26 (28,3 %) der untersuchten Patienten waren ledig, 13 (14,1 %) verheiratet, zwölf (13,0 %) lebten dauerhaft getrennt, 36 (39,1 %) waren geschieden, und fünf (5,4 %) verwitwet. In diesen Daten zum Familienstand drückt sich die bisherige Bindungsgeschichte aus. Auffällig erscheint der im Vergleich zur Bevölkerung hohe Anteil der Ledigen und Geschiedenen. Dabei ist dieser Anteil in der Gruppe der Außengeleiteten und der Haltlosen besonders hoch: 15 (50 %) der Außengeleiteten sind geschieden und je 14 d. h. jeweils 37,8 % der Haltlosen sind ledig oder geschieden. Bei denen mit Selbstansprüchen sind 44 % geschieden und je 22 % ledig bzw. verwitwet. Entscheidender für die aktuelle Bindungssituation sind die Angaben zur Lebenssituation und Partnerschaft (s. Diagramme 7 und 8): Aktuell lebten 47 (51,1 %) allein, 31 (33,7 %) mit einem (Ehe-)Partner, drei (3,3 %) mit einem Eltern(-teil), drei (3,3 %) mit Kinder(n), einer (1,1 %) mit einem Geschwister und sieben (7,6 %) mit anderen nicht verwandten Personen zusammen. 52 (56,52 %) der Patienten waren allein stehend, sechs (6,52 %) berichteten über »zeitweilige Beziehungen« und 34 (36,9 %) über eine »feste Partnerschaft«. Über die Untergruppen hinweg fällt hier auf, dass die nach ihren Interviewaussagen als integriert eingestuft alle auch eine feste Partnerschaft angaben und aktuell mit (Ehe-)Partnern und/oder Kindern zusammenlebten, während der Anteil der Alleinlebenden und Alleinstehenden bei denen mit Selbstansprüchen mit 67 % bzw. 89 % besonders hoch liegt.

74 der befragten Personen (80,4 %) hatten allein oder zusammen mit ihrem Lebenspartner eine eigene Wohnung bzw. einen eigenen Hauptmietvertrag. Neun (9,8 %) lebten zur Untermiete, drei (3,3 %) in Heimeinrichtungen, vier (4,3 %) im Obdachlosenheim der Stadt und zwei (2,2 %) waren im Behandlungszeitraum ganz ohne Wohnraum (s. Diagramm 9).

Im Gegensatz zu Vergleichsuntersuchungen aus den achtziger Jahren in Berlin (BECKER, LEITNER und SCHULZ 1986) macht sich hier die günstige Situation am Wohnungsmarkt bemerkbar: Wohnraum ist relativ leicht zu finden und auch unter erschwerten Bedingungen noch leicht zu halten. Dennoch fällt auch hier über die Untergruppen hinweg eine Tendenz auf: Alle Patienten mit Selbstansprüchen und auch alle der Integrierten hatten noch eine eigene Wohnung, sechs von sieben Ambivalenten hatten eine eigene Wohnung, einer wohnte zur Untermiete. 22 (73,3 %) der Außengeleiteten hatten eine eigene Wohnung, je drei (10 %) wohnten zur Untermiete bzw. in einer Heimeinrichtung, einer (0,08 %) im Obdachlosenheim der Stadt und einer war ganz ohne Unterkunft. Von den

Haltlosen hatten noch 28 (75,7 %) eine eigene Wohnung, fünf lebten zur Untermiete, drei (8 %) im Obdachlosenheim und einer (2,7 %) war ohne Unterkunft. Auch wenn Wohnraum durch öffentliche Unterstützung und unter den günstigen Bedingungen des Wohnungsmarktes relativ leicht verfügbar ist, ist der Anteil derer ohne eigenen Wohnraum unter den nach den Interviewaussagen als außengeleitet bzw. als haltlos eingestuft besonders hoch.

4.2.1.4 Angaben zu sozialen Kontakten

Betrachtet man die Häufigkeit des Kontaktes und die aktuelle Zufriedenheit mit diesem Kontakt zu Vater, Mutter, Geschwistern und Kindern je nach der aktuellen Lebenssituation, so wird deutlich, dass die in Partnerschaft lebenden jeweils auch mehr Kontakt zu ihren übrigen Angehörigen hatten und mit der Qualität dieses Kontaktes auch zufriedener waren. Über die auf der Grundlage der Interviewaussagen gebildeten Untergruppen hinweg fällt auf, dass die Integrierten einen noch eher regelmäßigen oder häufigen Kontakt zu ihren Familienangehörigen hatten und mit der Qualität dieses Kontaktes auch zufrieden waren und sowohl dieser Kontakt als auch die Zufriedenheit damit bei den Ambivalenten und Außengeleiteten und dann noch deutlicher bei den Haltlosen nachließ. Auch die Patienten in der Gruppe derer mit Selbstansprüchen hatten weniger Kontakte, erschienen aber tendenziell damit zufriedener. Die Kontakthäufigkeit und die Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Mutter bzw. zu den Kindern wird in den Diagrammen 10 und 11 dargestellt: Von den 58 der 92 Patienten (63 %), deren Mütter noch lebten, hatten 22 gar keinen und 13 nur einen seltenen/unregelmäßigen Kontakt zu ihrer Mutter, 19 hatten einen regelmäßigen und vier ständigen Kontakt. Dabei waren 24 mit der Qualität des Kontaktes zufrieden, 26 unzufrieden und drei ambivalent. Auf die Untergruppen bezogen fällt auf, dass die Gruppe der Integrierten, sofern ihre Mütter noch lebten, alle einen häufigen und regelmäßigen Kontakt zu ihren Müttern angaben und damit auch zufrieden waren, während bei den Haltlosen 35 % gar keinen Kontakt und 16 % einen selten/unregelmäßigen Kontakt angaben und mit der Qualität des Kontaktes auch zu 41 % unzufrieden waren. Von den 92 Patienten hatten 23 keine Kinder. Immerhin 19 der 69 Patienten mit Kindern gaben an, keinerlei Kontakt zu ihren Kindern zu haben. 23 hatten einen selten/unregelmäßigen Kontakt, 16 häufig/regelmäßigen Kontakt und elf ständigen Kontakt. 48,5 % waren mit der Qualität ihres Kontaktes unzufrieden und 45,6% zufrieden. Dabei war der Anteil derer, die keinen bzw. seltenen Kontakt zu ihren Kindern hatten mit 72 %, und auch der Anteil derer, die mit der Qualität des Kontaktes unzufrieden waren, mit 63 %, in der Gruppe der Haltlosen besonders hoch (Diagramme 12 und 13).

4.2.1.5 Schulbildung und berufliche Situation

Dreizehn (14,1 %) Patienten hatten gar keinen, vier (4,3 %) einen Sonderschulabschluss, 26 (28,3 %) einen Hauptschulabschluss. 33 (35,9 %) hatten die Polytechnische Oberschule (POS) mit der 10. Klasse abgeschlossen und 16 (17,4 %) hatten die (Fach-)Hochschulreife erworben. Über die Untergruppen hinweg zeigt sich eine Tendenz zu höheren Abschlüssen in der Gruppe der Integrierten und derer mit Selbstansprüchen. In der Gruppe der Haltlosen findet sich keiner mit (Fach-)Hochschulreife und bei denen mit Selbstansprüchen keiner ohne Schulabschluss.

Elf (12,0 %) Patienten waren ohne Berufsausbildung, 22 (23,9 %) waren Teilfacharbeiter, 45 (48,9 %) waren Facharbeiter bzw. Handwerker, drei (3,3 %) hatten eine Meisterprüfung abgelegt und elf (12,0 %) nach einem Hochschul- oder Fachhochschulstudium in ihrem Beruf gearbeitet. Über die Untergruppen hinweg zeigt sich auch hier die Tendenz zu niedrigeren Berufsqualifikationen in der Gruppe der Haltlosen und zu höheren Abschlüssen in den Gruppen der Integrierten und derer mit Selbstansprüchen (s. Diagramm 14). Berücksichtigt man den aktuellen Erwerbsstatus über die Untergruppen hinweg, so sind die Vollzeitbeschäftigten in den Gruppen der Haltlosen und der Ambivalenten deutlich unterrepräsentiert und die Arbeitslosen in diesen beiden Gruppen überrepräsentiert. Insgesamt scheint also ein höherer Bildungs- und Ausbildungsstand und besonders eine fortdauernde Beschäftigung mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zum »Absturz« in die Haltlosigkeit einher zu gehen.

4.2.1.6 Einkommenssituation

Sechzehn (17,4 %) Patienten bezogen zum Zeitpunkt der Behandlung noch Lohn oder Gehalt, 18 (19,6 %) erhielten eine Rente oder Pension, acht (8,7 %) bezogen Arbeitslosengeld, 17 (18,5 %) Arbeitslosenhilfe und 33 (35,9 %) waren auf die Unterstützung durch Sozialhilfe angewiesen. Betrachtet man die Verteilung der Daten über die Untergruppen (Diagramm 15), fällt der höhere Anteil der Sozialhilfe- und Arbeitslosenhilfeempfänger bei den Ambivalenten und den Haltlosen auf, während der Anteil der Lohn- und Gehaltsempfänger bei denen mit Selbstansprüchen und den Integrierten am höchsten ist. Von den Integrierten ist keiner auf die Unterstützung durch Sozialhilfe angewiesen. In der Gesamtgruppe liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger mit 35,9 % deutlich über dem Anteil von 3 % Sozialhilfeempfängern an der Gesamtbevölkerung in Frankfurt/Oder. Von den 37 Patienten mit Schulden gehören immerhin 24 (64,8 %) zu den Arbeitslosen- und Sozialhilfeempfängern, die kaum eine Chance haben, aus diesen Mitteln wieder schuldenfrei zu werden. Zum größten Teil stammen diese Schul-

den aus Mietschulden und gefährden dadurch oft auch den Wohnraum. Fünfzehn (40,5 %) der 37 Haltlosen und 14 (46,6 %) der 30 Außengeleiteten und vier (57 %) der sieben Ambivalenten gehören zu diesen Schuldnern.

4.2.1.7 Verweildauer beim aktuellen Aufenthalt

Die Verweildauer bei dem jeweilig untersuchten Aufenthalt variierte zwischen vier und 139 Tagen. Im Durchschnitt betrug sie 18,46 Tage. Innerhalb der Untergruppen schwankte sie zwischen 14,55 bei der Gruppe derer mit Selbstansprüchen, 15,11 bei den Integrierten, 15,2 bei den Außengeleiteten, 21,94 bei den Haltlosen und 23,28 bei den Ambivalenten. Sieben (7,6 %) der Patienten wurden innerhalb von einer Woche wieder entlassen. 45 Patienten (48,9 %) blieben ein bis zwei Wochen, 29 Patienten (31,5 %) blieben zwei bis vier Wochen und elf Patienten (11,9 %) blieben länger als vier Wochen in stationärer Behandlung (Diagramm 16). Der Anteil der Patienten, die weniger als eine Woche blieben, liegt so niedrig, weil diese aufgrund des Untersuchungsaufbaus oft nicht in die Untersuchung aufgenommen werden konnten. Über die Untersuchungsgruppe hinweg fällt auf, dass in allen Untergruppen jeweils der Großteil der Patienten zwischen ein und zwei Wochen in stationärer Behandlung verblieb, insgesamt jedoch in der Gruppe der Ambivalenten und der Haltlosen eine Tendenz zu längeren Aufenthalten zu verzeichnen war. Möglicherweise finden diese im Milieu der Station vorübergehend eine kompensatorische Struktur für die eigene Haltlosigkeit. Worin diese besteht und welche therapeutischen Konsequenzen sich daraus ergeben können, soll in den Untersuchungsabschnitten zu den psychologischen Testverfahren noch näher untersucht werden.

4.2.1.8 Frühere stationäre Aufenthalte im Klinikum Frankfurt/Oder

28 Patienten (30,4 %) wurden erstmals im Jahr 2000 im Klinikum Frankfurt/Oder stationär behandelt (s. Diagramme 17 und 18). Von den verbleibenden 64 Patienten verbrachten in den Jahren von 1991 bis 1999 16 (17,4 %) bis zu vier Wochen, 14 (15,2 %) vier bis zu acht Wochen, neun (9,8 %) bis zu zwölf Wochen und 25 (27,2 %) länger als zwölf Wochen insgesamt im Klinikum. Dabei lag das Maximum bei 23 Aufnahmen und 723 Behandlungstagen in diesem Zeitraum. Betrachtet man die Daten getrennt nach den Untergruppen so fällt auf, dass auch hier die Haltlosen und die Ambivalenten bei den längeren kumulativen Verweildauern überrepräsentiert sind, während bei 56 % der Integrierten der untersuchte Aufenthalt der erste Aufenthalt im Klinikum überhaupt war.

45 Patienten (48,9 %) befanden sich im Jahr 2000 nur einmal in stationärer

Behandlung im Klinikum, d. h. nur zu dem Indexaufenthalt (s. Diagramme 19 und 20). Die anderen 47 Patienten (51,1 %) wurden im Verlauf des Jahres wenigstens ein weiteres Mal entweder vor dem Indexaufenthalt oder später aufgenommen. Und zwar wurden 27 (29,4 %) zu insgesamt zwei bis drei Aufenthalten, zwölf (13 %) zu vier bis fünf Aufenthalten und acht Patienten (8,7 %) zu mehr als fünf bis zu maximal acht Aufenthalten aufgenommen. Insgesamt befanden sich im Jahr 2000 26,1% der Patienten bis zu zwei Wochen, 53,3% bis zu vier Wochen, 78,3 % bis zu acht Wochen und 91,3 % bis zu zwölf Wochen in stationärer Behandlung (Diagramme 19 und 20). Über die Untergruppen hinweg zeigt sich auch hier eine Tendenz zu häufigeren und kumulativ längeren Aufenthalten in der Gruppe der Haltlosen, der Ambivalenten und derer mit Selbstansprüchen sowie zu kürzeren und selteneren Aufenthalten in der Gruppe der Integrierten und Außengeleiteten.

4.2.1.9 Weitere suchtspezifische Vorbehandlungen

Siebzehn (18,5 %) der 92 Patienten gaben an, bisher noch nicht in ambulanter oder stationärer suchtspezifischer Behandlung bezüglich ihrer Abhängigkeitserkrankung gewesen zu sein. Die übrigen 75 Patienten hatten die eine oder andere Form der Suchthilfeeinrichtungen bereits kennen gelernt. Für 18 Patienten (19,6 %) war dies die erste stationäre Entzugsbehandlung. Die Übrigen befanden sich bereits zwischen einmal und maximal 50-mal in einer Entzugsbehandlung. Dabei gaben 42 (45,6 %) ein bis fünf Vorbehandlungen, 16 (17,4 %) sechs bis zehn Vorbehandlungen, elf (12 %) elf bis 15 Vorbehandlungen und neun Patienten (9,8 %) mehr als 15 frühere Entzugsbehandlungen an (Diagramm 21). Der Anteil derer ohne vorherige stationäre Entzugsbehandlung ist in der Gruppe der Integrierten mit 44 % am höchsten. Und der Anteil derer mit mehr als 15 vorherigen Entzugsbehandlungen ist mit 29 % in der Gruppe der Ambivalenten am höchsten.

54 Patienten (58,7 %) hatten bislang noch keine Entwöhnungsbehandlung erfahren (s. a. Diagramm 22). 30 Patienten (32,6 %) waren bereits einmal, sechs Patienten (6,5 %) zwei- und zwei Patienten (2,2 %) dreimal zu einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. Über die Untergruppen hinweg fällt der hohe Anteil derer mit ein bis zu maximal drei Entwöhnungsbehandlungen unter denen mit Selbstansprüchen auf: Nur 22 % von ihnen waren noch nie zu einer Entwöhnungsbehandlung. Unter den Ambivalenten war der Anteil derer mit zwei bis drei Entwöhnungsbehandlungen mit 29 % höher als in den anderen Gruppen. Erfahrungen mit stationären Langzeitbehandlungen oder ambulantem betreuten Wohnen hatten zwölf Patienten. In dieser Gruppe waren sechs der 37 Haltlosen und sechs der 30 Außengeleiteten.

Einer Selbsthilfegruppe zugehörig fühlten sich aktuell nur fünf der 92 Patien-

ten und zwar zwei Außengeleitete, zwei Integrierte und einer mit Selbstansprüchen. Über frühere Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe wurde von 24 Patienten berichtet. Der Anteil derer ohne bisherige Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe war in der Gruppe der Haltlosen mit 86 % besonders hoch, während in der Gruppe der Integrierten 33 % mehr als 50 Kontakte und 11 % elf bis 50 Kontakte angab, sodass bei diesen Patienten zumindest vorübergehend von einem regelmäßigen Kontakt ausgegangen werden kann (Diagramm 23).

4.2.1.10 Aufnahmemodus, Zuweisungswege und Motivation zur Behandlung

49 der untersuchten Patienten (53,2 %) kamen nach eigener Einschätzung »überwiegend selbstmotiviert« zur Aufnahme und 43 (46,8 %) »überwiegend fremdmotiviert«. Erwartungsgemäß war der Anteil der Fremdmotivierten in der Gruppe der Haltlosen mit 21 von 37 (56,8 %) am höchsten. Auch bei den Außengeleiteten erlebten sich zwölf (40 %) und bei denen mit Selbstansprüchen vier (44,4%) als fremdmotiviert. Die überwiegend Selbstmotivierten wurden zu 84 % direkt auf der Station und nur zu 16 % über die Rettungsstelle aufgenommen. Die Fremdmotivierten wurden hingegen nur zu 51 % direkt auf die Station und zu 49 % über die Rettungsstelle aufgenommen. 28 Patienten (30,4 %) kamen mit einer Einweisung und 64 (59,6 %) ohne Einweisung zur Aufnahme. Bei den Haltlosen waren es 31 (83,8 %) von 37, die ohne Einweisung zur Aufnahme kamen. Insgesamt 54 Patienten (58,7%) kamen alleine zur Aufnahme, 33 (35,8%) mit Polizei oder Feuerwehr und 5 (5,4 %) mit einem Krankentransport (Diagramm 24). Nur elf Patienten (29,7 %) aus der Gruppe der Haltlosen kamen allein, die Übrigen über Feuerwehr, Polizei oder Krankentransport zur Aufnahme. Bei den Integrierten lag der Anteil derer, die alleine zur Station kamen, dagegen bei 89 %. 26 der 33 mit Feuerwehr oder Polizei eingelieferten Patienten (78,8 %) erlebten sich als fremd- und sieben als selbstmotiviert zur Entzugsbehandlung.

Die Frage, wer die Einweisung aus dem direkten Lebensumfeld veranlasst habe, wurde von 72 Patienten beantwortet. Mehrfachantworten waren aufgrund des Fragebogaufbaus nicht möglich. 31 (43%) sahen die Aufnahme als selbst veranlasst, 30 (41,6 %) nannten Familie/Freunde/Bekannte, zwei (2,7 %) Arbeitgeber/Betrieb/Schule, nur einer (1,3 %) nannte eine Selbsthilfegruppe, fünf (6,9 %) ihren juristischen Betreuer und drei (4,1 %) die Betreuer in ihrem Wohnheim. Die Frage, wer die Aufnahme aus dem medizinischen Versorgungssystem im engeren Sinne veranlasst habe, beantworteten 31 Patienten. Mehrfachnennungen waren auch hier nicht möglich. 22 Patienten (70,9 %) nannten ihren Hausarzt, einer (3,2 %) einen Psychotherapeuten, zwei (6,4 %) die Suchtberatungsstelle, einer (3,2 %) den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes und fünf (16,1 %) eine andere Fachabteilung des Krankenhauses.

4.2.1.11 Zivilrechtliche und strafrechtliche Situation

Von den 92 Patienten war für zwölf Patienten (13 %) durch das Amtsgericht eine Betreuung eingerichtet worden. Zwölfmal für Wohnungs- und Vermögensangelegenheiten, achtmal zusätzlich auch für den Bereich der Aufenthaltsbestimmung zum Zwecke der Heilbehandlung und zehnmal zusätzlich auch für den Bereich der Gesundheitsfürsorge. Elf dieser zwölf Betreuungen waren auf Wunsch oder mit Einverständnis des Betreuten eingerichtet worden. Die eine gegen den Willen des Betreuten eingerichtete Betreuung umfasste alle vier genannten Aufgabenkreise und betraf einen der als haltlos eingeordneten Patienten. Unter den Patienten, für die eine Betreuung eingerichtet worden war, gehörten sieben zu der Gruppe der Haltlosen, vier zu der Gruppe der Außengeleiteten und einer zu der Gruppe der Integrierten.

Von den 92 Patienten waren 34 (36,9 %) bereits wenigstens einmal im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung straffällig und verurteilt worden. Darunter waren 32 Verurteilungen wegen Verkehrsdelikten mit Führerscheinentzug, je zwölf Verurteilungen wegen Sachbeschädigung bzw. Körperverletzung und zwei Verurteilungen wegen »Beschaffungsdelikten«. Sechzehn dieser Verurteilungen entfielen auf die Gruppe der Haltlosen, zwölf auf die Gruppe der Außengeleiteten, je zwei auf die Ambivalenten, die Integrierten und die Gruppe derer mit Selbstansprüchen. Dabei entfielen 15 der 32 Verkehrsdelikte, neun der zwölf Verurteilungen wegen Sachbeschädigung, acht der zwölf Verurteilungen wegen Körperverletzung auf die Gruppe der Haltlosen. Die Beschaffungsdelikte entfielen auf die Gruppe der Außengeleiteten.

4.2.1.12 Behandlungsverlauf und Diagnosen nach ICD 10

Bei allen 92 Patienten bestand nach den Kriterien der ICD 10 eine Alkoholabhängigkeit. 65 Patienten (71 %) kamen unter dem klinischen Bild einer Alkoholintoxikation nach den Kriterien der ICD 10 zur Aufnahme. Bei den Haltlosen waren es 29 (78,4 %). Alle 92 Patienten entwickelten während dieses Aufenthaltes ein Alkoholentzugssyndrom. 80 Patienten hatten bereits bei früheren Entzügen ein solches Syndrom entwickelt. 19 Patienten (20,7 %) entwickelten während des Aufenthaltes ein Alkoholentzugsdelir, davon sechs erstmalig bei diesem Aufenthalt. 24 weitere Patienten (26,1 %) kannten Entzugsdelirien von früheren Entzügen und 50 hatten bisher noch nie ein Delir entwickelt. Dabei hatten 19 der 37 Haltlosen (51,4 %) entweder früher oder bei diesem Aufenthalt ein Delir erlebt. 17 Patienten (18,5 %) haben in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zum Indexaufenthalt Alkoholentzugsanfälle erlitten. Davon kannten neun (9,8%) solche Anfälle bereits von früheren Entzügen. 19 Patienten (20,7 %)

hatten Entzugsanfälle bei früheren Entzügen nicht jedoch während dieses Entzuges erlebt. 56 Patienten (60,9 %) haben bislang keine Entzugsanfälle erlebt. Von den 92 Patienten hatten bislang 43 (46,7 %) weder einen Entzugsanfall noch ein Entzugsdelir erfahren. Darunter waren 14 der 37 Haltlosen (37,8 %), 16 der 30 Außengeleiteten (53,3 %), zwei der sieben Ambivalenten (28,6 %), fünf der neun Integrierten (55,5 %) und sechs der neun aus der Gruppe mit Selbstansprüchen (66,6 %).

Eine Alkoholpsychose (ICD 10 F 10.5) wurde bei zwei Patienten aus der Gruppe der Haltlosen diagnostiziert, eine verzögert auftretende psychotische Störung (F 10.7) bei zehn Patienten (10,86 %). Bei einem Patienten wurde eine paranoid-halluzinatorische Psychose (F 20.0) diagnostiziert. Bei vier Patienten (4,3 %) – einer mit Selbstansprüchen, einer aus der Gruppe der Außengeleiteten und zwei aus der Gruppe der Haltlosen – wurde eine affektive Störung (F 32.2) festgestellt. Bei 27 Patienten (29,3 %) wurde eine Belastungs- oder Anpassungsstörung (F 43.2) diagnostiziert. Unter den Haltlosen waren es 16 von 37 Patienten (43,2 %). Bei einer Patientin aus der Gruppe der Haltlosen bestand eine Anorexie (F 50.0). Bei 20 Patienten (21,7%) wurde eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F 60–69) festgestellt. Darunter waren 13 Patienten (35,1 %) aus der Gruppe der Haltlosen. Bei 54 Patienten (58,7 %) wurde eine alkoholtoxische Hepatopathie (K 70) und bei drei Patienten (3,2 %) eine Pankreatitis (K 86) festgestellt. 31 Patienten (33,7 %) hatten eine alkoholtoxische Polyneuropathie (G 62.1) entwickelt; und zwar 13 der Außengeleiteten (43,3 %) und zehn der Haltlosen (27 %).

Der Anteil derer mit schwer verlaufenden Entzügen sowie schweren Alkoholfolgeerscheinungen ist also in der Gruppe der Haltlosen besonders hoch.

4.2.1.13 Eingeleitete Behandlungsschritte

86 der 92 Patienten wurden in die eine oder andere Form weiterführender Behandlung vermittelt. 88 Patienten wurden zu ihrem Hausarzt überwiesen, 25 (27,5 %) zusätzlich zu einem Facharzt für Psychiatrie. Dabei fällt über die Untergruppen hinweg auf, dass der Anteil derer, die in fachärztliche Weiterbehandlung überwiesen wurden, unter den Ambivalenten mit 57 % besonders hoch und unter den Außengeleiteten mit 13 % besonders niedrig lag. Vier Patienten (4,3 %) wurden unmittelbar im Anschluss an ihren Aufenthalt auf der Station noch weiter in der Tagesklinik behandelt.

78 (85 %) Patienten nahmen einen Vorstellungstermin in der Suchtberatungsstelle wahr oder verabredeten einen individuellen Termin. 55 Patienten (60 %) nutzten während des Aufenthaltes die Gelegenheit, eine Selbsthilfegruppe kennen zu lernen (s. Diagramm 25). Dabei fällt über die Untergruppen hinweg auf,

dass nur 28 % der Ambivalenten diese Gelegenheit nutzten, während sie von 78 % derer mit Selbstansprüchen bzw. der Integrierten genutzt wurde. Von den Außengeleiteten waren es 53 % und von den Haltlosen 62 %, die diese Gelegenheit nutzten. Dies fällt insofern auf, als andererseits die Behandlungsdauer in diesen Gruppen ja länger war als bei den Integrierten und die Besuche bei Beratungsstellen zur stationären Behandlung gehörten.

21 Patienten (23 %) stellten während des stationären Aufenthaltes beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Antrag auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung in einer Suchtfachklinik. Der Anteil lag in der Untergruppe derer mit Selbstansprüchen mit 44 % deutlich über dem Durchschnitt. Sieben Patienten (7,6 %) wurden unmittelbar in eine stationäre Langzeiteinrichtung vermittelt, davon vier Außengeleitete und drei aus der Gruppe der Haltlosen. Ein Patient aus der Gruppe der Haltlosen wurde unmittelbar in betreutes ambulantes Wohnen vermittelt. Fünf weitere Patienten beantragten während des Aufenthaltes die Unterstützung in Form von ambulant betreutem Wohnen, davon wieder drei aus der Gruppe der Haltlosen, einer aus der Gruppe mit Selbstansprüchen und einer von den Außengeleiteten. Insgesamt wurden also diejenigen mit Selbstansprüchen häufiger in eine Alkoholentwöhnungsbehandlung überwiesen und nutzten häufiger die Selbsthilfegruppen, wurden die Ambivalenten häufiger in eine fachärztliche psychiatrische Behandlung und die Außengeleiteten und Ambivalenten häufiger in stationäres oder ambulantes betreutes Wohnen überwiesen.

4.2.1.14 Wiederaufnahmen im Jahr 2001

42 der 92 Patienten (45,6 %) wurden im Jahr 2001 erneut in der Psychiatrischen Abteilung aufgenommen: 19 Patienten (45,2 %) zu einem Aufenthalt, 14 Patienten (15,2 %) zu zwei bis drei Aufenthalten, neun Patienten (9,8 %) zu mehr als drei bis zu maximal 14 Aufenthalten. Die kumulative Verweildauer lag dabei zwischen zwei und 103, im Mittel bei 22 Tagen. Über die Untergruppen hinweg fällt dabei auf, dass 44 % der Integrierten zu einem erneuten Aufenthalt und die übrigen 56 % nicht erneut aufgenommen wurden, während die Ambivalenten zu 43 % zwei- bis dreimal erneut aufgenommen wurden und sich in der Gruppe derer mit Selbstansprüchen 22 % und in der Gruppe der Haltlosen 14 % mit mehr als drei Aufnahmen befanden. Auch die kumulative Verweildauer war in der Gruppe der Integrierten kürzer als in den übrigen Gruppen und diejenigen mit einer kumulativen Verweildauer über acht Wochen gehörten zu den Haltlosen und denen mit Selbstansprüchen (s. Diagramme 26 und 27). 17 dieser Patienten befanden sich zusätzlich zwischen ein- und dreimal bzw. zwischen insgesamt einem und 56 Tagen zu stationärer Behandlung in einer der somatischen Abteilungen des Hauses.

Von den 50 Patienten, die im Jahr 2001 nicht erneut in der psychiatrischen Abteilung aufgenommen wurden, wurden vier aus der Gruppe der Haltlosen wegen Unfallfolgen in der Abteilung für Chirurgie aufgenommen. 46 Patienten (50 %) wurden also im Jahr 2001 nicht wieder stationär im Klinikum Frankfurt behandelt – weder in der psychiatrischen noch in einer der somatischen Abteilungen des Hauses. 46 Patienten wurden entweder in der Abteilung für Psychiatrie oder in einer der somatischen Abteilungen oder in beiden wieder aufgenommen. Auch bei den Aufnahmen in den somatischen Abteilungen entfallen die häufigeren Wiederaufnahmen und die relativ längeren Verweildauern auf Patienten aus den Gruppen derer mit Selbstansprüchen, der Außengeleiteten und der Haltlosen.

4.2.2 Die Ergebnisse des Diagnostischen Inventars zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA)

Im Folgenden wird zunächst untersucht, ob die Gesamtgruppe der 92 Patienten in Bezug auf ihr Antwortverhalten in den Skalen »Negative Intrapyschische Befindlichkeiten als Rückfallgefahren (NEGINTRA)«, »Soziale Verführungssituationen als Trinkanlässe (SOZTR)« und »Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit als Rückfallauslöser (TEST)«, erfasst über den Mittelwert und die Standardabweichung der entsprechenden Skalen, der von KLEIN et al. (1995) untersuchten Gruppe entspricht und ob die Untergruppen in einer oder mehreren der Skalen voneinander abweichen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die Werte für das empirische Signifikanzniveau α in den jeweils eingesetzten statistischen Testverfahren zeigen die Tabellen 1 und 2.

Für die Gesamtgruppe ergibt sich auf der Skala NEGINTRA ein Mittelwert von 2,41, auf der Skala SOZTR ein Mittelwert von 2,45 und auf der Skala TEST ein Wert von 2,22. Die Untersuchungsgruppe nimmt also alle drei im DIRA operationalisierten Rückfallsituationen mit »selten« bis »oft« in signifikant geringerem Ausmaß als Rückfallgefährdung wahr, als die Vergleichsgruppe in der Untersuchung von Klein et al.

Über die Untergruppen hinweg liegen auf allen drei Skalen NEGINTRA, SOZTR und TEST die Mittelwerte der Gruppe der »Haltlosen« am höchsten. Dieser Unterschied ist in der Skala SOZTR (MW 2,98 – »oft«) im Vergleich zu allen anderen Untergruppen und zur Gesamtgruppe statistisch signifikant, auf der Skala NEGINTRA ist er nur im Vergleich zur Gruppe derer mit »Selbstansprüchen« und zur Gruppe der »Integrierten«, die die niedrigsten Werte erreichen, signifikant. Auf der Skala TEST erreicht er im Vergleich zu den Gruppen der Ambivalenten und der »Außengeleiteten« das vereinbarte Signifikanzniveau. Die Haltlosen erleben also von allen Untergruppen die höchste Rückfallge-

fährdung durch negative intrapsychische Befindlichkeiten, durch soziale Trinksituationen und durch das Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit.

Die Integrierten zeigen auf allen drei Skalen die niedrigsten Werte, d. h. sie erleben offenbar in der Tendenz – auch wenn die Signifikanz dieser Beobachtung wegen der geringen Gruppengröße nicht bewiesen werden kann – negative intrapsychische Befindlichkeiten, soziale Trinksituationen und das Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit weniger als Rückfall auslösend als die anderen Gruppen.

In der Gruppe derer mit Selbstansprüchen, die in den Skalen NEGINTRA und SOZTR ähnlich niedrige Werte wie die Integrierten erreicht, fällt der in der Tendenz relativ hohe Wert auf der Skala TEST auf. Selbst wenn auch dieser Wert nicht als signifikant bestätigt werden kann, weist er doch in seiner Tendenz darauf hin, dass diese Gruppe nicht nur mehr »Ansprüche« an sich selbst stellt, sondern sich auch mit ihrer Alkoholabhängigkeit nicht abgefunden hat, sich mit ihren Ansprüchen – hier z. B. dem Versuch des kontrollierten Trinkens – auch mehr riskiert. Zwischen allen anderen Untergruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Mittelwerte der Skalen NEGINTRA, SOZTR, und TEST.

4.2.3 Die Ergebnisse des Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI)

Im Folgenden wird untersucht ob sich die Gesamtgruppe und die Untergruppen in ihrer Inkongruenzdynamik unterscheiden. Die Mittelwerte der Gesamtgruppe und der Untergruppen auf den einzelnen RIAI-Skalen sowie die Werte für das empirische Signifikanzniveau α in den jeweiligen statistischen Verfahren sind in die Tabellen 3 und 4 eingetragen. Zum Vergleich wurden die Mittelwerte einer Gruppe von 47 Patienten, die nach einer »Entgiftungsbehandlung entlassen« wurden, und über die SPEIERER (1999) in seiner Untersuchung berichtete, ebenfalls in die Tabelle 3 eingetragen. Da die Summenwerte der Einzelantworten in jeder Skala durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala dividiert wurde, entsprechen die eingetragenen Mittelwerte wieder dem ursprünglichen Fragebogaufbau mit seinen Antwortmöglichkeiten von »überhaupt nicht« (0) über »ein wenig« (1), »ziemlich« (2) und »stark« (3) bis zu »sehr stark« (4). Im Folgenden sind die gefundenen Unterschiede zwischen den Untergruppen zunächst nach den einzelnen Skalen des Untersuchungsinstrumentes dargestellt. Dabei werden die Skalen jeweils zunächst zur besseren Einordnung der Ergebnisse kurz charakterisiert.

4.2.3.1 Die Ergebnisse in den sechs Skalen für Inkongruenzquellen (Q-Skalen)

Die intrapsychischen Inkongruenzquellen (RIAI 1 QSSK)

Patienten mit hohen Werten haben eine personnahe subjektive Störungstheorie, d. h. sie sehen sich persönlich mitverantwortlich für ihre Probleme, ihre Störung oder Erkrankung. Sie haben unerreichbare Seins- und Perfektionsideale. Wertintrojekte machen ihnen zu schaffen. Sie sind selbstunsicher, werten sich selber ab und haben eine negative Selbstwertschätzung.

Die Patienten dieser Untersuchung erleben die intrapsychischen Inkongruenzquellen mit einem Mittelwert von 1,47 als »ein wenig« bis »ziemlich« bedeutsam. Über die Untergruppen hinweg ist nur der Unterschied zwischen der Gruppe der Integrierten mit dem niedrigsten Wert (MW 0,98) einerseits und den Haltlosen (MW 1,67) und den Außengeleiteten (MW 1,56) mit dem höchsten bzw. zweithöchsten Wert auf dieser Skala andererseits signifikant. Die Integrierten erleben sich also im Vergleich zu diesen beiden Untergruppen persönlich weniger mitverantwortlich für ihre Probleme und haben eine positivere Selbsteinschätzung.

Die sozialkommunikativen bzw. interpersonellen Inkongruenzquellen in der Gegenwart und Vergangenheit (RIAI 2Qsk und RIAI 3Qsk-V)

Hohe Werte in diesen beiden Skalen stehen für negativ bewertete und/oder als unbefriedigend erlebte zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen auch in mehreren Lebensbereichen im Sinne mangelhafter Anerkennung, Geringschätzung, fehlender Wertschätzung, übermäßiger Kritik, Gleichgültigkeit, mangelndem Verständnis, Einfühlung und Empathie, aber auch eigene mangelhafte Wertschätzung, Achtung und Einfühlung gegenüber anderen Menschen jeweils in der Gegenwart bzw. in der Vergangenheit und Kindheit.

Sozialkommunikative bzw. interpersonelle Inkongruenzquellen werden in der Gegenwart mit einem Mittelwert von 1,05 »ein wenig« wahrgenommen. Betrachtet man die Verteilung in den Untergruppen, so schwanken die Mittelwerte für das Erleben in der Gegenwart zwischen 0,58 für die Integrierten und 0,79 für die Außengeleiteten einerseits und 1,29 für die Haltlosen, 1,22 für die mit Selbstansprüchen und 1,26 für die Ambivalenten andererseits. Diese Unterschiede sind noch für die Verteilung zwischen den Extremgruppen signifikant: zwischen denen mit Selbstansprüchen bzw. den Haltlosen einerseits und den Integrierten und den Außengeleiteten andererseits. Diejenigen mit Selbstansprüchen und die Haltlosen bewerten und erleben ihre zwischenmenschlichen Beziehungen in der Gegenwart negativer bzw. unbefriedigender als die Vergleichsgruppen. Für das Erleben sozialkommunikativer Inkongruenzquellen in der Vergangenheit ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Die dispositionellen Inkongruenzquellen und personfernen Anteile der subjektiven Störungstheorie (RIAI 4QdiSK)

Personen mit einem hohen Wert erleben ihre Störung wenig bis nicht sozial-kommunikativ vermittelt, eher schicksalhaft, zufällig oder durch körperliche Ursachen bedingt. Sie sehen sich persönlich wenig bzw. nicht für ihre Krankheits-symptome verantwortlich.

Die dispositionellen Inkongruenzquellen werden von den Patienten der Unter-suchungsgruppe mit einem Mittelwert von 0,82 als nur »ein wenig« von Bedeu-tung angesehen. Innerhalb der Untergruppen fällt nur der Wert der Integrierten mit 0,4 als statistisch signifikant niedriger im Vergleich zu den höheren Werten bei den Haltlosen (MW 0,97) und den Außengeleiteten (MW 0,81) auf. Die In-tegrierten erleben ihre Störung also trotz ihrer ebenfalls niedrigen Werte bei den sozialkommunikativen Inkongruenzquellen eher sozialkommunikativ vermittelt und fast »überhaupt nicht« schicksalhaft oder zufällig.

Die lebensereignisbedingten Inkongruenzquellen (RIAI 5Qle)

Personen mit hohen Werten in diesem Bereich erleben eine hohe lebensereignis-bedingte Belastung mit vorwiegend sozialkommunikativer und/oder nichtsozial-kommunikativer Komponente.

Lebensereignisse werden von der Untersuchungsgruppe mit einem Mittelwert von 3,28 in »starkem« bis »sehr starkem« Ausmaß als Inkongruenzquellen wahr-genommen. Sie stellen für die Personen der Untersuchungsgruppe mit Abstand die größte Inkongruenzquellenbelastung dar. Diese Belastung wird homogen über die gesamte Untersuchungsgruppe erlebt. Zwischen den Untergruppen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.

Negative Zukunftsperspektive (RIAI 6 Qz)

Personen mit hohen Werten haben eine pessimistische Zukunftsperspektive.

Eine negative Zukunftsperspektive wird von der Untersuchungsgruppe mit einem Mittelwert von 1,17 »ein wenig« als Inkongruenzquelle angegeben. In-nerhalb der Untersuchungsgruppe liegt der Wert bei den Integrierten mit 0,57 wieder am niedrigsten und bei den als Haltlos Eingruppierten mit 1,65 am höch-sten. Die Haltlosen erleben ihre Zukunftsperspektive also offenbar als besonders negativ, und dieser Unterschied ist im Vergleich zu der optimistischeren Pers-pektive der Integrierten und der Außengeleiteten auch signifikant.

Auswertung der Inkongruenzquellen über die Untergruppen hinweg:

Unter den Inkongruenzquellenbelastungen werden über alle Untergruppen hin-weg die lebensereignisbedingten Inkongruenzquellen (RIAI 5 Qle) als am bedeut-samsten wahrgenommen. Auf allen anderen Skalen weist die Gruppe der Inte-grierten die geringste Inkongruenzquellenbelastung auf: Die Patienten dieser

Gruppe zeigen im Mittel eine geringere intrapsychische, geringere sozialkommunikative und geringere dispositionelle Inkongruenzquellenbelastung und haben eine weniger pessimistische Zukunftsperspektive. Besonders deutlich wird dieser Unterschied zur Gruppe der Haltlosen, die in fast allen Skalen die ungünstigsten Werte erreicht und damit gewissermaßen den Gegenpol zur Gruppe der Integrierten bildet: Die Gruppe der Haltlosen erlebt sich nicht nur deutlich selbstunsicherer und mit negativerer Selbstwerteinschätzung sowie mit unbefriedigender erlebten zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen in der Gegenwart, sondern die Patienten dieser Gruppe haben auch eine negativere Zukunftsperspektive und erleben ihre Störung weniger sozialkommunikativ vermittelt und sehen weniger persönliche Einflussmöglichkeiten auf ihre Störung. Während die Integrierten und die Haltlosen gewissermaßen die beiden Pole des Spektrums vertreten, bewegen sich die anderen Gruppen dazwischen: Bei der Gruppe der Außengeleiteten zeigt sich darüber hinaus, dass sie bei den sozialkommunikativen Inkongruenzquellen einen fast ähnlich niedrigen Wert angeben wie die Integrierten. Die Bedeutung und der noch relativ gut erhaltene Kontakt zur haltgebenden Umgebung drückt sich also auch im Antwortverhalten auf dieser Skala aus. Auch in ihrer Zukunftsperspektive liegen sie, wie auch die Gruppe derer mit Selbstanprüchen, deutlich unter den hohen Werten der Haltlosen.

4.2.3.2 Die Ergebnisse in den sechs Skalen für Inkongruenzsymptome und -äquivalente (I-Skalen)

Überschießende seelische- und Körpersymptome zusammen mit dem Erleben von Kontrollverlust in Gegenwart und Vergangenheit (RIAI 7 IÜ und RIAI 8 IÜ-V)

Personen mit hohen Werten in diesen beiden Skalen leiden vorzugsweise unter mangelhaft erlebter Selbst-, Situations- und Verhaltenskontrolle, Anspannung und Stress sowie dem Gefühl, etwas nicht unter Kontrolle zu haben bzw. die Kontrolle zu verlieren. Sie können zusätzlich unter Körpersymptomen leiden, ferner an depressiven Verstimmungen, Ängsten und Zwängen, aggressiven Impulsen sowie dem Erleben von Symptomverschlimmerung, jeweils in der Gegenwart bzw. in der Vergangenheit und Kindheit.

Diese Symptome werden von der Untersuchungsgruppe in der Gegenwart mit einem Mittelwert von 0,87 »ein wenig« wahrgenommen. Der Wert schwankt zwischen 0,49 in der Gruppe der Integrierten und 1,13 in der Gruppe der Haltlosen. Im Vergleich zur Gesamtgruppe und im Vergleich zu den Gruppen der Integrierten und der Außengeleiteten erleben die Haltlosen überschießende seelische oder körperliche Symptome oder Kontrollverlust signifikant ausgeprägter und belastender.

Für das Erleben in der Vergangenheit liegt der Mittelwert in der Gesamtgruppe mit 0,85 ebenfalls bei »ein wenig«. Die Integrierten weisen hier mit 0,47 den niedrigsten Belastungswert auf. Im Vergleich zu den Gruppen derer mit Selbstansprüchen und der Außengeleiteten erleben sie sich in der Vergangenheit signifikant am wenigsten durch diese Symptome belastet.

Einschränkungen des Denkens, Fühlens und Handelns in der Gegenwart und der Vergangenheit (RIAI 9 IVE und RIAI 10 IVE-V)

Personen mit hohen Werten in diesen beiden Skalen erleben bzw. erlebten ausgeprägte, meist vielfältige Verhaltens-, Erfahrungs-, Denk-, Gefühls- und andere Erlebenseinschränkungen sowie eine Stagnation der persönlichen Situation und/oder Gehemmtheit im Sozialverhalten.

Solche Einschränkungen werden in der Gesamtgruppe in der Gegenwart mit einem Mittelwert von 0,87 ebenfalls »ein wenig« wahrgenommen. Bei der Untersuchung der Unterschiede zwischen den Untergruppen erweist sich der Unterschied zwischen den Haltlosen einerseits und denen mit Selbstansprüchen, den Integrierten, den Außengeleiteten und auch der Gesamtgruppe andererseits als signifikant. Sie erleben diese Einschränkungen also am stärksten.

Auch für die Vergangenheit wurden diese Einschränkungen von der Gruppe der Haltlosen mit einem Wert von 0,75 am stärksten wahrgenommen. Dieser Unterschied war jedoch nur im Vergleich zur Gruppe der Integrierten mit dem niedrigsten Mittelwert von 0,39 signifikant. Die Einschränkungen wurden in der Gegenwart ausgeprägter wahrgenommen

Insuffizienzerleben in der Gegenwart und der Vergangenheit (RIAI 11 IB und RIAI 12 IB-V)

Personen mit hohen Werten in diesen beiden Skalen erleben aktuell bzw. erlebten in ihrer Vergangenheit inklusive ihrer Kindheit in ausgeprägter Weise Insuffizienz, Leistungsversagen und Überforderung. Sie haben ferner eine generalisierte negative Erfahrungsbewertung.

Insuffizienzerleben in der Gegenwart wurde mit einem Mittelwert von 1,41 in der Untersuchungsgruppe als »ein wenig« bis »ziemlich« wahrgenommen. Über die Untergruppen hinweg war dieser Wert homogen verteilt, und es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen.

Für das Erleben in der Vergangenheit liegt der Wert bei 0,96 in der Gesamtgruppe und wird damit geringer ausgeprägt wahrgenommen als in der Gegenwart. Auch für das Erleben in der Vergangenheit war der Wert zwischen den Untergruppen homogen verteilt.

Auswertung der Inkongruenzsymptome und -äquivalente über die Untergruppen

Wie bei den Werten für die Inkongruenzquellenbelastung lagen auch bei den Inkongruenzsymptomen und -äquivalenten die Werte in der Gruppe der Integrierten am niedrigsten und in der Gruppe der Haltlosen meist am höchsten. Die Inkongruenz wurde dabei in der Gegenwart, d. h. in den letzten 14 Tagen und damit den Entzug einschließend, meist deutlicher ausgeprägt erlebt als in der Vergangenheit. Auch die Unterschiede zwischen den Gruppen waren in der Gegenwart ausgeprägter als in der Vergangenheit. Nur die Gruppe der Ambivalenten erlebte überschießende seelische und körperliche Symptome in der Vergangenheit ausgeprägter als in der Gegenwart und dieser Wert lag auch deutlich über den Vergleichswerten aller anderen Gruppen. Von den Inkongruenzsymptomen war das Insuffizienzerleben in der Gegenwart bei allen Gruppen mit »ziemlich« am deutlichsten ausgeprägt und lag in der Gruppe der Ambivalenten fast genauso hoch wie in der Gruppe der Haltlosen.

4.2.3.3 Die Ergebnisse in den drei Skalen für Kongruenzäquivalente, salutogene Ressourcen und gesunde Erfahrungsanteile

Gesundes Selbstvertrauen (RIAI 13 KsekoSV+)

Personen mit hohen Rohwerten in dieser Skala verfügen über Selbstvertrauen, Selbstkongruenz und Selbstempathie.

Gesunde Selbsterfahrungsanteile wurden in der Untersuchungsgruppe mit einem Mittelwert von 1,96 als »ziemlich« ausgeprägt wahrgenommen. In der Tendenz lagen die Werte in der Gruppe der Integrierten wieder am günstigsten, d. h. hier am höchsten: Sie zeigten am meisten Selbstvertrauen. In der Gruppe derer mit Selbstansprüchen lagen die Werte diesmal unter dem Wert der Haltlosen. Der Anspruch geht also nicht mit stärkerem Vertrauen einher. Vielmehr ist auch denkbar, dass das geringere Selbstvertrauen zu einer stärkeren und strenger formulierten Selbstanforderung führt.

Inkongruenzbewältigungsstrategien und Inkongruenztoleranz (RIAI 14 KsekoKB/IKT)

Personen mit hohen Werten auf dieser Skala verfügen über umfangreiche Inkongruenzbewältigungsstrategien wie Differenzieren, Relativieren, Eingrenzen und über Flexibilität. Sie erleben sich als belastbar, gelassen, ambiguitäts- und frustrationstolerant.

Inkongruenzbewältigungsstrategien werden von der Gesamtgruppe mit einem Mittelwert von 2,20 ebenfalls als »ziemlich« ausgeprägt empfunden. Der niedrigste Wert wurde dabei mit 1,74 in der Gruppe derer mit Selbstansprüchen festgestellt. Der höchste Wert ergab sich mit 2,38 in der Gruppe der Außengeleiteten.

Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen war auch in der Rangbildung statistisch signifikant ($\alpha < 0,05$). Zwischen den übrigen Gruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. In der Tendenz fällt hier der hohe Wert in den Gruppen der Außengeleiteten und der Haltlosen gegenüber allen anderen Gruppen auf: Vor diesem Hintergrund erscheint es fraglich, ob hinter diesem Wert tatsächlich reife Inkongruenzbewältigungsstrategien stehen oder ob sich dahinter auch Vermeidungs- oder Bagatellisierungsstrategien wie z. B. mangelnde Problemwahrnehmung, fortgesetzter Alkoholkonsum als »Weichzeichner« oder auch eine resignative Haltung verbergen, die eine tatsächliche, »alkoholfreie« Inkongruenztoleranz nur vortäuschen.

Die aktuellen Kongruenzerfahrungen (RIAI 15 Kerf)

Personen mit hohen Werten in dieser Skala erleben Motivation zu Verhaltensänderungen, oder sie machen neue Erfahrungen, die sie überwiegend positiv bewerten. Sie zeigen ferner Einsicht in die selbst gemachte Symptom- und Problemproduktion, Motivation oder Erfahrung von Symptom- bzw. Problemverminderung oder Problembeseitigung. Sie haben eine realistische Einschätzung bzw. Bewertung ihrer selbst sowie anderer Personen und Situationen. Sie erleben Erfahrungen im Einklang mit dem Selbstkonzept und befriedigendere interpersonelle Beziehungen. Sie zeigen Selbstwertschätzung und empfinden Sympathie für wenigstens eine andere Person.

Die Gesamtgruppe erlebte mit einem Mittelwert auf dieser Skala von 2,32 aktuelle Kongruenzerfahrungen in einem »ziemlichen« Ausmaß. Die Gruppe der Integrierten und der Außengeleiteten erreichten mit 2,79 bzw. 2,51 die höchsten Werte, während die Gruppe derer mit Selbstansprüchen mit 1,82 am niedrigsten lag. Die Integrierten und die Außengeleiteten machten aktuell in signifikantem Ausmaß eine größere Kongruenzerfahrung als die Patienten der anderen Gruppen.

Auswertung der Kongruenzäquivalente über die Untergruppen

Während die Integrierten auch auf dieser Ebene fast durchgängig die jeweils günstigsten Werte – hohes Selbstvertrauen und hohe aktuelle Kongruenzerfahrung – erreichen, zeigen allerdings diejenigen mit Selbstansprüchen hier ungünstigere Werte als selbst die Haltlosen. Der höhere Selbstanspruch scheint hier mit einem geringeren Selbstbild einherzugehen. Alle Gruppen machen während der stationären Behandlung in beachtlichem Ausmaß eine aktuelle selbstkongruente Erfahrung. Sie erleben immerhin »ziemlich« bis »stark« eine Motivation zur Verhaltensweiterung, machen neue Erfahrungen, die sie überwiegend positiv bewerten, zeigen Offenheit gegenüber neuem Denken, Fühlen und Handeln, zeigen Einsicht in die selbst gemachte Symptom- und Problemproduktion sowie Motivation zur Problembeseitigung. Sie haben eine realistische Einschätzung ihrer

Selbst und anderer Personen und Situationen, erleben Erfahrungen im Einklang mit ihrem Selbstkonzept und befriedigendere interpersonelle Beziehungen. Sie zeigen Selbstwertschätzung und empfinden Sympathie für wenigstens eine andere Person. Dabei zeigt sich, dass diese Erfahrung zwar in allen Gruppen vorhanden, doch in den Gruppen der Integrierten und Außengeleiteten besonders ausgeprägt wahrgenommen wird. Auch die Gruppe der Haltlosen machte diese Erfahrung im Verlauf des stationären Aufenthaltes in ausgeprägterem Ausmaß als diejenigen mit Selbstansprüchen, die auf allen drei Skalen dieser Ebene die niedrigsten Werte erreichen.

4.2.3.4 Ergebnisse für die neun Bereichsskalen des RIAI

RIAI B1 Gesamtwert für die gesunden Selbstkonzeptanteile (KS+)

Personen mit hohen Skalenwerten haben ein starkes Selbstvertrauen. Sie verfügen über gesunde Inkongruenzbewältigungsstrategien und Inkongruenztoleranz.

In der Gesamtgruppe lag der Mittelwert für die gesunden Selbstkonzeptanteile mit 2,08 bei »ziemlich«. Zwischen den Untergruppen konnte bei der Rangbildung nur im Vergleich der Gruppe derer mit Selbstansprüchen (MW 1,72) mit der Gruppe der Außengeleiteten (MW 2,26) ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Gruppe derer mit Selbstansprüchen zeigte weniger gesunde Selbstkonzeptanteile.

RIAI B2 Die gesunden Gesamterfahrungen (Kges)

Hohe Werte in dieser Skala stehen für psychische Gesundheit im Sinne des Konzeptes der »fully functioning person« (ROGERS 1991) bzw. der Kongruenzdynamik (SPEIERER 1994).

Der Mittelwert der Gruppe lag mit 2,20 wiederum bei »ziemlich«. Über die Untergruppen hinweg ist der Wert nicht homogen verteilt jedoch ist der Mittelwertunterschied im Gruppenvergleich nach Rangbildung nur zwischen denen mit Selbstansprüchen (MW 1,77) und den Außengeleiteten (MW 2,39) signifikant. Auch auf dieser Skala zeigen die mit Selbstansprüchen die ungünstigeren Werte für die psychische Gesundheit.

RIAI B3 Die sozialkommunikativen bzw. interpersonellen Inkongruenzquellen in der Gegenwart und Vergangenheit

Hohe Werte in dieser Skala stehen für negativ bewertete und/oder als unbefriedigend erlebte zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen auch in mehreren Lebensbereichen im Sinne mangelhafter Anerkennung, Geringschätzung, fehlender Wertschätzung, übermäßiger Kritik, Gleichgültigkeit, mangelndem Verständ-

nis, Einfühlung und Empathie. Sie stehen auch für eine mangelhafte Wertschätzung, Achtung und Einfühlung gegenüber anderen Menschen.

Der Mittelwert liegt in der Untersuchungsgruppe mit 1,05 bei »ein wenig«. Am niedrigsten liegt der Wert bei den Integrierten (MW 0,61), die damit in Relation zu den anderen Untergruppen zufriedenstellendere zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen machen oder gemacht haben. Der Unterschied ist nach Rangbildung zur Gruppe derer mit Selbstansprüchen (MW 1,21) und zu der Gruppe der Haltlosen (MW 1,18) signifikant, die jeweils negativere Erfahrungen gemacht haben.

RIAI B4 Die Inkongruenzquellengesamtbelastung (Qges)

Personen mit hohen Werten erleben sich durch unterschiedliche Inkongruenzquellen in mehrfacher Hinsicht stark belastet.

In der Gesamtgruppe lag der Mittelwert mit 1,47 zwischen »ein wenig« und »ziemlich«. Die Erlebenswerte in dieser Skala sind über die Untergruppen nicht homogen verteilt. Am höchsten liegen die Werte in der Gruppe der Haltlosen (MW 1,47). Nach Rangbildung ist dieser Unterschied im Vergleich zu den Integrierten (MW 1,09) und zu den Außengeleiteten (MW 1,35) signifikant. Die Haltlosen zeigen also innerhalb der Untersuchungsgruppe die höchste Inkongruenzquellengesamtbelastung.

RIAI B5 Die pathogene Gesamtbelastung in der Gegenwart (Iggw)

Diese Skala gibt die pathogene Belastung einer Person durch die gegenwärtigen intraindividuellen und sozialkommunikativen Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome und Inkongruenzäquivalente an. Personen mit hohen Werten erleben gegenwärtig unterschiedliche Inkongruenzerfahrungen und multiple Belastungssymptome. Hier sind also die drei Ebenen, die zuvor jeweils getrennt untersucht wurden zur Gesamtbelastung in der Gegenwart zusammengefasst.

Die Gesamtbelastung wurde im Mittel in der Gesamtgruppe mit 1,14 als »ein wenig« ausgeprägt empfunden. Die Gruppe der Haltlosen erlebte sich im Vergleich zur Gesamtgruppe signifikant belasteter und nach Rangbildung auch im Vergleich zu den Gruppen der Integrierten und der Außengeleiteten belasteter.

RIAI B6 Die pathogene Gesamtbelastung in der Vergangenheit (Iverg)

Personen mit hohen Werten erlebten in der Vergangenheit und/oder Kindheit multiple ausgeprägte Inkongruenzsymptome bzw. Inkongruenzäquivalente in Form von überschießenden Reaktionen, Denk-, Erlebens- und Verhaltenseinschränkungen sowie Insuffizienzerfahrungen. Die Gesamtbelastung in der Vergangenheit wurde in der Untersuchungsgruppe mit einem Mittelwert von 1,11 ebenfalls als »ein wenig« wahrgenommen. Innerhalb der Untersuchungsgruppe ergaben sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede.

RIAI B 7 Die pathogene Gesamtbelastung (Iges)

Personen mit hohen Werten erleben gegenwärtig und erinnern aus der Vergangenheit und Kindheit unterschiedliche Inkongruenzerfahrungen und multiple Inkongruenzäquivalente bzw. Störungssymptome.

In der Untersuchungsgruppe lag der Mittelwert mit 1,13 wiederum bei »ein wenig«. Innerhalb der Untergruppen war nach Rangbildung nur der Unterschied zwischen den Haltlosen und den Integrierten signifikant: Die Haltlosen erlebten auch in Gegenwart und Vergangenheit zusammengenommen stärkere Inkongruenzerfahrungen oder -äquivalente als die Patienten der anderen Gruppen.

RIAI B8 und RIAI B9 Die Leitsymptomatische Belastung in der Gegenwart (LSG) bzw. in der Vergangenheit (LSG-V)

Personen mit hohen Werten in den beiden Bereichen leiden oder litten unter einer multiplen psychischen und/oder somatischen Symptomatik, die sich an den Leitsymptomen der häufigsten psychischen Störungen orientiert, die in der ICD oder dem DSM definiert sind.

Für das Erleben in der Gegenwart lag der Mittelwert mit 0,66 zwischen »überhaupt nicht« und »ein wenig«. Innerhalb der Untergruppen war in der Gegenwart nur der Unterschied zwischen den Haltlosen, die die stärkste Belastung empfanden, und den Außengeleiteten statistisch signifikant.

Für das Erleben in der Vergangenheit lag der Mittelwert bei 0,54. Über die Untergruppen hinweg war nur der Unterschied zwischen den Integrierten und den Haltlosen, die auch in der Vergangenheit die größere Belastung wahrnahmen, statistisch signifikant.

Auswertung für die Bereichsskalen über die Untergruppen hinweg

Die Gruppe derer mit Selbstansprüchen zeigt bei den gesunden Selbstkonzeptanteilen und den gesunden Gesamterfahrungen die niedrigsten Werte. Die Außengeleiteten erreichen in diesen beiden Skalen die höchsten Werte. Gleichzeitig liegen die Werte für die sozialkommunikativen Inkongruenzquellen auch in der Gruppe derer mit Selbstansprüchen am höchsten. Die stärkere Betonung der Selbstansprüche hat also möglicherweise eine Quelle in der wahrgenommenen Unzufriedenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen und Kontakten. Die höchste Inkongruenzquellengesamtbelastung ist bei der Gruppe der Haltlosen, gefolgt von den Ambivalenten und denen mit Selbstansprüchen, festzustellen. Die Integrierten haben hier die mit Abstand niedrigsten, d. h. günstigsten Werte. Die pathogene Gesamtbelastung in der Gegenwart ist bei den Integrierten und den Außengeleiteten wieder besonders niedrig und bei den Haltlosen besonders hoch. In der Vergangenheit zeigt sich abgesehen von der höheren Belastung in der Gruppe der Außengeleiteten ein ähnliches Bild. Bei der pathogenen Gesamtbelastung überhaupt zeigt sich wieder das vertraute Bild: Die Haltlosen und die Ambiva-

lenten sind am höchsten und die Integrierten am niedrigsten belastet. Auch in der leitsymptomatischen Gesamtbelastung in Gegenwart und Vergangenheit sind die beiden Gruppen der Ambivalenten und der Haltlosen am höchsten belastet.

4.2.4 Die Daten des MALT in der Gesamtgruppe

Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Patienten in dieser Untersuchung auch nach den Ergebnissen des MALT als eine Gruppe Alkoholabhängiger darstellen und ob sich zwischen den Untergruppen Unterschiede in der Selbst- oder Fremdbeurteilung oder in den Trinkmengen ergeben: Die Ergebnisse auf den Skalen Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung und die durchschnittlichen Trinkmengen sind in Tabelle 5 dargestellt. In der Gesamtgruppe liegt der Mittelwert für die Selbstbeurteilung bei 18,00. für die Fremdbeurteilung nach der vorgesehenen Multiplikation mit dem Faktor 4 bei 22,65 und für die Gesamtwertung bei 30,53. Der Testbeschreibung zufolge wird bereits bei einem Gesamtwert von elf Punkten von einer Alkoholabhängigkeit ausgegangen. Schon der niedrigste Wert in der Gesamtwertung von 15 Punkten liegt deutlich darüber. Über die Untergruppen hinweg ergeben sich weder in der Selbst- noch in der Fremdbeurteilungsskala statistisch signifikante Unterschiede. Die Gesamtgruppe ist also nach diesem Test bereits als schwer alkoholabhängig zu klassifizieren.

4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Die Situation der Bevölkerung in der Stadt Frankfurt/Oder ist durchaus durch den gesellschaftlichen Wandel seit der Wiedervereinigung 1990 geprägt. In den statistischen Daten der Stadtverwaltung drückt sich dies vor allem in der veränderten Altersstruktur durch Geburtenrückgang und Abwanderung, in der sinkenden Einwohnerzahl bei unveränderter Anzahl der Haushalte und der damit einhergehenden Tendenz zur Singularisierung der Haushalte sowie in der hohen Arbeitslosigkeit in der Region aus.
2. Bei den etwa 24.000 Behandlungsepisoden in den somatischen Abteilungen des Klinikums Frankfurt/Oder im Jahr 2000 wurde in nur 0,9 % der Fälle bei Entlassung eine Diagnose aus der Gruppe der »Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD 10 F 10.0–10.9)« als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt und in nur 1,7 % der Entlassungs- oder Verlegungsberichte erscheint das Stichwort Alkohol in irgendeiner Wortverbindung. Bei den 1149 Behandlungsepisoden in der psychiatrischen Abteilung im Klinikum Frankfurt/Oder wurde bei 378 Aufenthalten (30,4 %) bei Entlassung eine Störung durch Alkohol als Hauptdiagnose gestellt. Diese 378 Aufenthalte entfielen auf

261 Personen, sodass sich eine Wiederaufnahmerate von 1,4 Aufenthalten pro Patient und Jahr ergibt.

3. Die in diese Untersuchung aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Rückfallbegründungen. Auf der Grundlage der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews konnten fünf Gruppen – diejenigen mit Selbstansprüchen (1), die Integrierten (2), die Ambivalenten (3), die Außengeleiteten (4) und die Haltlosen (5) – unterschieden werden. Innerhalb der Untersuchung stellten sich die beiden Gruppen der Haltlosen mit 37 Patienten und der Außengeleiteten mit 30 Patienten als die beiden größten Gruppen heraus.
4. Nach Auswertung der Basisdokumentation stellt sich die Gesamtgruppe auch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von Frankfurt/Oder als durch die beschriebene Singularisierung und die Arbeitslosigkeit in der Region besonders belastet dar: Die 92 Patienten waren im Durchschnitt 44,2 Jahre alt. Es waren 15 Frauen und 77 Männer. 72,8 % kamen aus Frankfurt/Oder, 21,7 % aus den umliegenden Gemeinden. 28,3 % waren ledig, 57,6 % getrennt, geschieden oder verwitwet und 14,1 % verheiratet oder in fester Partnerschaft lebend. 80,4 % lebten in einer eigenen Wohnung, 9,8 % wohnten zur Untermiete und 9,8 % waren ohne festen Wohnsitz oder lebten im Obdachlosenheim der Stadt oder einer anderen Heimeinrichtung. 18,4 % waren ohne Schulabschluss, 28,3 % hatten einen Hauptschulabschluss und 62,3 % einen mittleren oder höheren Schulabschluss. 64,1 % hatten eine Berufsausbildung abgeschlossen und 35,9 % waren ohne Ausbildung. 17,4 % waren berufstätig oder in Ausbildung, 63 % waren arbeitslos und 19,6 % erhielten Alters- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. 80,4 % hatten bereits früher eine Entzugsbehandlung und 41,3 % bereits eine Entwöhnungsbehandlung erfahren. 35,9 % hatten zuvor bereits Kontakt zu einer Fachberatungsstelle. Über die Untergruppen hinweg stellen sich die beiden Gruppen der Haltlosen und der Integrierten auch in den Basisdaten als die beiden Extremgruppen dar: die Haltlosen sind häufig jünger, schlechter ausgebildet, mit geringerem Kontakt zu Freunden und Familienangehörigen, häufiger ledig oder geschieden, zu einem höheren Anteil arbeitslos und auf Sozialhilfe angewiesen. Sie zeigten in der Tendenz die längeren Aufenthalte und die häufigeren Wiederaufnahmen sowie zu einem höheren Anteil bereits schwere Alkoholfolgeerscheinungen und einen insgesamt schwerer verlaufenden Entzug während der aktuellen Behandlung.
5. Die Haltlosen erleben von allen Untergruppen die höchste Rückfallgefährdung durch negative intrapsychische Befindlichkeiten, durch soziale Trinksituationen und durch das Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit, wie sie im DIRA operationalisiert werden. Die Integrierten hingegen zeigen auf allen drei Skalen die niedrigsten Werte.
6. Auch in den Ergebnissen des RIAI stellen sich die beiden Gruppen der Inte-

grierten einerseits und der Haltlosen andererseits als die beiden Pole des Spektrums dar: In fast allen Skalen weisen die Integrierten die auf weniger gestörtes Erleben hinweisenden Werte auf. Unter den Inkongruenzquellenbelastungen werden über alle Untergruppen hinweg Lebensereignisse (RIAI 5 Q1e) als am bedeutsamsten für das Zustandekommen der Inkongruenz wahrgenommen. Die Inkongruenz wurde in der Gegenwart, d. h. in den letzten 14 Tagen und damit den Entzug einschließend, deutlicher ausgeprägt erlebt als in der Vergangenheit und dabei stand das Insuffizienzerleben bei allen Gruppen mit »ziemlich« im Vordergrund der Wahrnehmung. Auf der Ebene der Kongruenzäquivalente und der gesunden Selbstkonzeptanteile zeigten diejenigen mit Selbstansprüchen ungünstigere Werte als selbst die Haltlosen. Der höhere Selbstanspruch scheint mit einem geringeren Selbstbild einherzugehen. Alle Gruppen machen während der stationären Behandlung in »ziemlichem« bis »starkem« Ausmaß eine aktuelle selbstkongruente Erfahrung und erleben Motivation zur Verhaltenserweiterung, machen neue Erfahrungen, die sie überwiegend positiv bewerten, zeigen Offenheit gegenüber neuem Denken, Fühlen und Handeln, zeigen Einsicht in die selbst gemachte Symptom- und Problemproduktion sowie Motivation zur Problembeseitigung.

5. Diskussion

5.1 Aufbau und Methodik

In der vorliegenden Untersuchung wird mit dem Ziel eines besseren Verständnisses der subjektiven Rückfallbegründungen und deren Bedeutung für den Verlauf der Abhängigkeit wie für die Behandlung alkoholabhängiger Patienten eine Beschreibung der Gruppe der in einem Sechsmonatszeitraum zur stationären Entzugsbehandlung aufgenommenen Patienten vorgelegt. Dabei wird das subjektive Erleben der Situation durch die Betroffenen, ihr Selbstverständnis sowie ihre Lebenssituation, wie sie sich von außen beobachtbar darstellt, und die Verarbeitung ihres Erlebens, wie es sich dem Untersucher darstellt, zueinander in Beziehung gesetzt. Hierzu wurden quantitative Untersuchungsmethoden zur Beschreibung der Lebenssituation in der Stadt und zur Beschreibung der Lebenssituation der Untersuchungsgruppe mit Hilfe allgemein erfassbarer Sozialdaten und psychometrische Testmethoden einerseits sowie qualitative Untersuchungsmethoden in Form eines Interviews mit anschließender inhaltsanalytischer Auswertung andererseits eingesetzt. Die Ergebnisse der Teiluntersuchungen wurden dann aufeinander bezogen ausgewertet. Durch die Zusammenschau der Untersuchungsergebnisse sollten sich Hinweise für die therapeutische Arbeit, für die Kooperation im Versorgungssystem, für weitere gesundheitspolitische Entwicklungsaufgaben in der Stadt, Hinweise auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen und Anregungen für die weitere Forschung ergeben.

Damit folgt diese Untersuchung in ihrem Aufbau den Anregungen von BARTHEL (1991), KÖRKELE und LAUER (1995) und LAUER und SOHNS (1995), die subjektive Sicht der Betroffenen auch in Forschung und Theoriebildung stärker zu berücksichtigen und zur Außenwahrnehmung durch Professionelle in Beziehung zu setzen. Barthels hat in seiner Untersuchung die subjektiven Theorieannahmen als handlungsleitendes Überzeugungswissen mit der Dialog-Konsens-Methode rekonstruiert. In dieser Untersuchung ging das subjektive Überzeugungswissen der Betroffenen zwar unmittelbar in die Interviews ein, die Kategorien wurden jedoch erst nach Abschluss der Datensammlung auf der Grundlage aller Interviews gebildet. Eine Konsensbildung mit den einzelnen Betroffenen über diese Kategorien und auch über die Zuordnung zu jeweils einer dieser Kategorien war nicht beabsichtigt. Vielmehr sollten die Selbstwahrnehmung und die Fremdwahrnehmung

durch die Professionellen einander gegenübergestellt werden. Die Auseinandersetzung über die gefundenen Kategorien bot allerdings bereits auf der Station viel Gesprächsstoff und bietet für weitere Untersuchungen interessante Ansatzpunkte, auf die weiter unten noch eingegangen werden wird. KÖRKELE und LAUER haben in ihren Übersichtsartikeln zum Stand der Rückfallforschung (1988 und 1995) die Notwendigkeit solcher verknüpfenden Untersuchungen beschrieben. Sie verbinden damit die Erwartung, dass diese ein genaueres Verständnis der Rückfallprozesse, der äußeren und inneren Einflussfaktoren und der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und bestimmten Risikosituationen bzw. Rückfallverläufen ermöglichen. Die Frage möglicher Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften und bestimmten Risikosituationen bzw. Rückfallverläufen und eventueller differenzialtherapeutischer Konsequenzen solcher Zusammenhänge haben auch SCHELLER und LEMKE (1994) und KLEIN et al. (1995) aufgeworfen. Und SPEIERER (1999) hat aus der gleichen Fragestellung heraus die Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigen untersucht und leitet daraus Überlegungen zur Indikationsstellung für eine gesprächstherapeutische Behandlung bei Alkoholabhängigen ab. Vor dem Hintergrund dieser Anregungen wurden in der vorliegenden Arbeit diese Untersuchungsinstrumente miteinander kombiniert eingesetzt. Dem Beispiel von JAHODA, LAZARFELD und ZEISEL (1975) folgend, die in ihrer soziologischen Studie »Die Arbeitslosen von Marienthal« 1929 den Einfluss der Massenarbeitslosigkeit auf das Erleben der Bevölkerung untersucht haben, wurde versucht, auch den gesellschaftlichen Hintergrund und dessen Veränderung sowie die Bedeutung dieser Veränderung für das Erleben der Betroffenen zu erfassen. Damit wurden auch Überlegungen von GUNDEL (1980) und RENN (1988) einbezogen, die den Einfluss gesellschaftlicher Faktoren auf die individuelle Suchtentwicklung untersucht haben.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu anderen Untersuchungen, wie sie im Literaturkapitel referiert wurden, in Beziehung gesetzt; dabei werden die eingangs formulierten Fragen wieder aufgegriffen und im Zusammenhang zur Literatur erörtert. Untersuchungen mit einem unmittelbar vergleichbaren Ansatz und Aufbau zu dieser Fragestellung liegen nicht vor, sodass die Ergebnisse nur punktuell mit Ergebnissen anderer Studien verglichen werden können.

5.2.1 Gesellschaftliche Veränderungen in Frankfurt/Oder seit der Wende 1989/90

Die Situation der Bevölkerung in Frankfurt/Oder ist, wie in anderen mittelgroßen Städten der neuen Bundesländer auch, stark durch den gesellschaftlichen Wandel seit der Wiedervereinigung 1990 beeinflusst. In den statistischen soziodemographischen Daten der Stadt drückt sich dies vor allem in der veränderten Altersstruktur durch Geburtenrückgang, Abwanderung in die unmittelbare ländliche Umgebung, aber auch in andere Bundesländer, den Verlust an Arbeitsplätzen in der Region, der damit verbundenen hohen Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit sowie in einer Tendenz zur »Singularisierung« der Haushalte aus. Darüber hinaus sind auch direkt durch die politischen Veränderungen bis dahin haltende Strukturen weggebrochen und wurden durch die Migrationsbewegungen haltende Familienstrukturen, Interessenverbände, Freundeskreise u. Ä. gelockert, z. T. auch durch die Ereignisse zerstört.

JAHODA, LAZARSELD und ZEISEL (1975) haben in ihrer Studie »Die Arbeitslosen von Marienthal« den Zerfall einer Gemeinschaft und die Veränderungen der inneren Haltung ihrer Mitglieder in der Folge der Massenarbeitslosigkeit kurz nach Schließung der einzigen Fabrik des Ortes 1929/30 beschrieben. Sie unterteilen die untersuchten Familien in vier Gruppen: die Resignierten, die Ungebrochenen, die Verzweifelten und die Apathischen. Die »Alkoholiker des Ortes« fanden sie dabei in der Gruppe der Apathischen. Entscheidende Kriterien für die Zuordnung zu diesen Gruppen waren dabei die Aufrechterhaltung der Ordnung in der Gegenwart (z. B. Haushaltsführung und Kinderversorgung), die Stimmung und die Beziehung zur eigenen Zukunft. Die Autoren haben bei ihren Beobachtungen als zentrales Merkmal in Marienthal den Zerfall des eigenen Bezugs zur Zeit und zur persönlichen Zukunft infolge der Arbeitslosigkeit beschrieben. Auch in Marienthal hatten sich erhebliche Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens gezeigt: Die Bewohner gaben öffentliche Ämter, ehrenamtliche Tätigkeiten oder auch Besuche bei Freunden und im Gemeindehaus auf, lasen weniger Zeitung, liehen weniger Bücher aus der (kostenlosen!) Bücherei aus und zogen sich mehr zurück. Sie lebten jedoch weiter im Familienverband zusammen und die gesellschaftlichen, öffentlichen Strukturen und die staatliche Ordnung wurde nicht in einem der politischen Wende von 1989/90 vergleichbaren Ausmaß in Frage gestellt. Die Autoren fanden bei ihrer Untersuchung eine Korrelation zwischen dem monatlich zur Verfügung stehenden Einkommen pro Haushaltsmitglied und den von ihnen gebildeten Gruppen. Sie leiteten daraus die Vermutung ab, dass das Abgleiten in die Gruppe der Verzweifelten und der Apathischen Folge des weiteren Einkommensverlustes und der zunehmenden Auswirkungen der Armut ist. Über den auch in den Interviews innerhalb der vorliegenden Studie deutlich werdenden Zerfall des Bezugs zur

Zeit und zur eigenen Zukunftsperspektive hinaus wird für Frankfurt/Oder – zumindest in dem Ausschnitt dieser Untersuchung – ein Zerfall des Halts und der haltgebenden Strukturen sowie auf Seiten der Abhängigen der Fähigkeit zu halten deutlich. Der Einfluss, den diese Veränderungen in der Stadt auf die Lebenssituation der hier untersuchten Patientengruppe hat, wird weiter unten diskutiert.

5.2.2 Häufigkeit der Diagnose einer Störung durch Alkohol im Klinikum Frankfurt/Oder

Die Diagnose einer Störung durch Alkohol wird im Klinikum Frankfurt/Oder im Vergleich zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in der Gesamtbevölkerung und zu der erwarteten Häufigkeit infolge der Lebenssituation in der Stadt zu selten gestellt.

In der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000 stellten KRAUS und AUGUSTIN (2001) bei 12 % der Befragten einen riskanten Konsum, bei 4 % einen gefährlichen Konsum und bei 0,7 % einen Hochkonsum, jeweils nach den Kriterien von BÜHRINGER et al. (2000), fest. Vor dem Hintergrund der geschilderten Situation in der Stadt muss in Frankfurt/Oder eigentlich mit einer noch höheren Prävalenz der Alkoholabhängigkeit gerechnet werden, da der Anteil der Alkoholabhängigen in der Gruppe der Arbeitslosen den vorliegenden Untersuchungen (HENKEL 1996a, 1996b und 1998b, KÖRKELE und LAUER 1995, KRUSE, KÖRKELE und SCHMALZ 2000, PÖRKSEN 1996 und PÖRKSEN und WESSEL 1998) zufolge besonders hoch ist. Weiterhin ist infolge der erhöhten Morbidität Alkoholabhängiger und nach der Erfahrung, dass Alkoholabhängige vor ihrer ersten stationären Alkoholentzugsbehandlung oft mehrfach wegen unspezifischer jedoch mit der Alkoholabhängigkeit assoziierter Erkrankungen in stationäre Behandlung kommen (WIENBERG 1992 und 2001) auch unter den Patienten der somatischen Abteilungen des Krankenhauses mit einer gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhten Prävalenz zu rechnen. Trotzdem wurde die Diagnose einer Störung durch Alkohol in den somatischen Abteilungen des Klinikums Frankfurt/Oder im Vergleich zu anderen Untersuchungen auffällig selten gestellt: In seiner Literaturübersicht zu diesem Thema hat WIENBERG (2001) Prävalenzraten zur Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern zusammengestellt. Nach den Kriterien der ICD 10 oder des Münchener Alkoholismus Test (MALT) waren dabei im Durchschnitt über die zitierten Studien 12,7 % der Patienten in chirurgischen und internistischen Stationen alkoholabhängig. Die gefundenen Werte schwankten zwischen 7,8 % Alkoholabhängige nach ICD 10 (zuzüglich 3,9 % mit »schädlichem Gebrauch«) im Allgemeinkrankenhaus in Bielefeld

(KREMER et al. 1998, zit. n. WIENBERG 2001) und 16,1 % Alkoholabhängige nach dem Münchener-Alkoholismus-Test (MALT) im Kreiskrankenhaus Brandenburg (PESSNER & v. KEYSERLINGK 1988, zit. n. WIENBERG 2001). Es ist zwar nach Vergleichsuntersuchungen (JOHN et al. 1996, zit. n. WIENBERG 2001) durchaus wahrscheinlich, dass das Alkoholproblem der Patienten von den Behandelnden häufiger wahrgenommen wird. Diese Wahrnehmung führt jedoch offenbar nicht zu systematischen Schlussfolgerungen in Form einer Diagnoseverschlüsselung. Nach WIENBERG (2001) ist jedoch davon auszugehen, dass gezielte Behandlungsschritte seltener eingeleitet werden, wenn eine systematische Wahrnehmung, die sich auch in einer Diagnosestellung äußert, nicht erfolgt. So stellten John und Mitarbeiter (JOHN et al. 1996, zit. n. WIENBERG 2001) fest, dass 73 % der alkoholabhängigen Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus im vorangegangenen Jahr keinerlei Kontakt zu einem suchtspezifischen Hilfeangebot hatten, obwohl sie sich zu 68,5 % bereits wegen einer Alkoholfolgeerkrankung und zu 22,8 % wegen einer alkoholassoziierten Erkrankung in Behandlung befanden. Dies ist insofern von Bedeutung, als zum einen chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige über Krankenhausbehandlung oder Behandlung in der Rettungsstelle oft die einzige medizinische Versorgung überhaupt erfahren oder zu einer weitergehenden Behandlung hier erst motiviert werden können und zum zweiten »in Krisen, wie bei einem Krankenhausaufenthalt, Abhängige oder Missbraucher besonders zur Änderung ihres Trinkverhaltens motivierbar (sind)« (JOHN et al. 1996, zitiert nach WIENBERG 2001). Berücksichtigt man nun, dass die Patienten, die schließlich zur stationären Behandlung in die Abteilung für Psychiatrie kommen, oft in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Abhängigkeits-erkrankung – mit hohen MALT-Werten und ausgeprägteren sozialen, psychischen und somatischen Folgestörungen – zur Behandlung kommen, zeigt sich deutlich, dass die Versorgungssituation Alkoholabhängiger in der Stadt durch eine intensivere Kooperation zwischen der psychiatrischen und den somatischen Abteilungen und eine Verstärkung der konsiliarärztlichen Tätigkeit verbessert werden kann.

5.2.3 Die auf der Grundlage der subjektiven Rückfallbegründungen und Selbsteinschätzungen gebildeten Untergruppen

Alkoholabhängige unterscheiden sich hinsichtlich ihrer subjektiven Rückfallbegründungen und lassen sich innerhalb der Untersuchungsgruppe nach inhaltsanalytischer Auswertung der Interviews fünf Untergruppen zuordnen.

Während MARLAT (1979 und 1985) in seiner Untersuchung die Angaben in den Interviews nach typischen Risikosituationen ordnete, erfolgte die Kategorienbildung in der vorliegenden Untersuchung nach der Haltung, die die Patienten

zu sich, zu ihrer Umgebung, zu ihrer Alkoholabhängigkeit und zu ihrer Alkoholrückfälligkeit einnahmen. Dabei stellte sich heraus, dass eine unzureichende Fähigkeit, das eigene Verhalten zu steuern und zu kontrollieren, oder die Schwächung oder der Verlust dieser Fähigkeit im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung oder unter den unmittelbaren Umgebungseinflüssen bzw. durch aktuelle Lebenskrisen den weiteren Verlauf der Erkrankung beeinflusst und auch für das Erleben der Rückfälligkeit und die Bewältigung der Rückfallsituation von Bedeutung ist. Auf der Grundlage der Informationen aus den Interviews konnten die fünf Gruppen derer mit Selbstansprüchen (1), der Integrierten (2), der Ambivalenten (3), der Außengeleiteten (4) und der Haltlosen (5) unterschieden werden. Hier stand also bei der Gruppenzuordnung das Selbstbild und das eigene Situationsverständnis des Betroffenen und nicht die Auslösung eines bestimmten Verhaltens durch bestimmte Umgebungsbedingungen oder Risikosituationen im Vordergrund. Erst im nächsten Untersuchungsschritt wurden die Untergruppen auf Unterschiede im Erleben der Risikosituationen hin untersucht. Barthels hat in seiner Untersuchung zeigen können, dass Rückfälle auch aus der Sicht der Betroffenen als Handlung, d. h. als motivations- und theoriegeleitet, und nicht nur als Verhalten verstanden werden können (BARTHELS 1991). Seine Untersuchung zielte weniger auf die Beschreibung einzelner Untergruppen als vielmehr darauf ab, zu zeigen, dass das beobachtbare Verhalten unter Berücksichtigung des in der Untersuchung explorierten Theorieverständnisses der Betroffenen als Handlung rekonstruiert werden kann. In der vorliegenden Untersuchung wird hingegen untersucht, ob sich die auf der Grundlage des Selbstverständnisses unterschiedenen Gruppen auch hinsichtlich anderer, von außen direkt beobachtbarer oder in Fragebögen erfassbarer Parameter unterscheiden. In Aufbau und Methodik wird in der vorliegenden Untersuchung also eine Zusammenschau der unterschiedlichen Perspektiven angestrebt.

5.2.4 Unterschiede in der Lebenssituation und im Krankheitsverlauf zwischen der Gesamtgruppe und den gebildeten Untergruppen

In den allgemein erfassten Sozialdaten bilden sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Lebenssituation, sowohl im Vergleich der Gesamtgruppe zur Bevölkerung von Frankfurt/Oder als auch zu Untersuchungsgruppen aus Vergleichsuntersuchungen sowie im Vergleich zwischen den einzelnen Untergruppen, ab. Aufgrund der Gruppengröße derer mit Selbstansprüchen, der Integrierten und der Ambivalenten konnten die Ergebnisse aus der Analyse der erhobenen soziodemographischen Daten allerdings bei der Untersuchung dieser Untergruppen, trotz der richtungsweisenden Tendenz, nicht durchgängig auf ihre statistische Signifikanz geprüft werden.

WIENBERG (1993) hat in seiner Untersuchung zur Behandlung Abhängigkeitskranker in psychiatrischen Krankenhäusern in einer Tabelle die soziodemographischen Daten und Informationen zum Behandlungsverlauf und zur Behandlungsdauer seiner Untersuchungsgruppe den Ergebnissen aus anderen Studien gegenübergestellt. In Tabelle 6 ist diese Gegenüberstellung um die Daten aus der vorliegenden Untersuchung ergänzt. Dabei fallen vor allem die Unterschiede in den Angaben zum Familienstand und zur beruflichen Situation auf: Während bei Wienberg immerhin noch 32,4 % verheiratet waren oder in fester Partnerschaft zusammenlebten, waren es in der vorliegenden Untersuchung nur 14,1 %. Gleichzeitig gaben 57,6 % an geschieden, getrennt oder verwitwet zu sein. Bei Wienberg waren es nur 30,5 %. Zwar ist auch für die Gesamtbevölkerung von Frankfurt/Oder eine Tendenz zur »Singularisierung« der Haushalte festzustellen, jedoch ist der Anteil der ledig, getrennt oder geschieden allein lebenden Erwachsenen in der Untersuchungsgruppe gegenüber der Gesamtbevölkerung überproportional hoch. In Bezug auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation waren trotz des Durchschnittsalters von 44 Jahren in der Untersuchungsgruppe nur 17,4 % berufstätig. 63 % waren arbeitslos und zum größten Teil langzeitarbeitslos, 12 % waren vorzeitig berentet worden. Der Anteil der Beschäftigungslosen ist damit innerhalb der Untersuchungsgruppe, trotz einer im Jahr 2000 auch für die Gesamtbevölkerung hohen Arbeitslosenquote von ca. 18 % in Frankfurt/Oder, ebenfalls überproportional hoch. Bei Wienberg waren immerhin noch 33 % erwerbstätig und »nur« 44,2 % arbeitslos. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit den Untersuchungen von Henkel, in denen Arbeitslosigkeit als ein bedeutender Risikofaktor für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit einerseits, aber auch als Folge der Abhängigkeit andererseits beschrieben wurde und gleichzeitig eine erhebliche Zunahme der Arbeitslosen unter den Patienten in Alkoholentwöhnungskliniken und in noch ausgeprägterem Ausmaß in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in den vergangenen Jahren festgestellt wurde (HENKEL 1987 und 1998b). Dabei liegt die hier festgestellte Quote von 63 % noch einmal deutlich über den von Henkel benannten 50 % im Jahr 1993. Auffallend ist zudem die überproportionale Häufigkeit der Sozialhilfeempfänger in der Untersuchungsgruppe: Während in Frankfurt/Oder im Jahr 2000 nur 3 % der Gesamtbevölkerung (Kinder und Jugendliche eingeschlossen) laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten, waren es in der Untersuchungsgruppe immerhin 35,9 %. Im Vergleich zu den von Wienberg aufgeführten Untersuchungen fällt der hohe Anteil an Personen mit »mittlerem/höherem Schulabschluss« auf. Hier ist nicht ganz sicher, ob bei der Antwort immer richtig unterschieden wurde zwischen dem Besuch einer »Oberschule« bzw. dem Abschluss der Polytechnischen-Oberschule: Von den Betroffenen wird ein Schulabschluss ohne Abschluss oft nicht benannt und der Untersucher hat nicht immer ausdrücklich nachgefragt. Weiterhin können hier Unschärfen in der Fragestel-

lung und Verzerrungen des Bildes durch die unterschiedlichen Schulsysteme in der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR vermutet werden. Obwohl in der vorliegenden Untersuchung die Patienten mit besonders kurzen Aufenthalten (0–3 Tage) aufgrund des Untersuchungsaufbaus unterrepräsentiert waren, lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit 18,5 Tagen deutlich unter der von Wienberg ermittelten Verweildauer von 29,6 Tagen. In den übrigen in der Tabelle 6 aufgeführten Daten ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede zu der Untersuchungsgruppe von Wienberg. Umso deutlicher sind jedoch die Unterschiede zur Gruppe der in Fachkliniken behandelten Patienten, auf die Wienberg bereits hingewiesen hat. Insgesamt kann also festgestellt werden, dass sich der von Wienberg beschriebene Trend einer »Zweigleisigkeit in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker« auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt: Die hier untersuchte Gruppe stellt in Bezug auf wesentliche Prognosekriterien und insbesondere in Bezug auf ihre Integration in ihr soziales Umfeld und das ambulante Hilfesystem eine sozial und psychiatrisch eher schwer belastete Gruppe dar. Diese Belastung wird insbesondere in den Angaben zum Familienstand und zur aktuellen beruflichen Situation deutlich. Gleichzeitig hat sich der Trend zu kürzeren Verweildauern nicht zuletzt unter dem zunehmenden Druck der Krankenversicherungen fortgesetzt. KRUSE, KÖRKELE und SCHMALZ (2000) weisen darauf hin, dass strukturelle Mängel im Behandlungssystem wichtige Einflussfaktoren für den Verlauf von Rückfällen sind. Hierbei sind auch so genannte »Fehlplatzierungen« durch die »Wahl einer stationären Kurzzeitbehandlung bei Abhängigen mit von vornherein ungünstiger Prognose« (KRUSE, KÖRKELE und SCHMALZ 2000, S. 301) von Bedeutung. Der ungünstige strukturbildende Einfluss, den die Empfehlungsvereinbarung von 1978 auf die Entwicklung der Behandlung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik genommen hat, mit der Tendenz zur Behandlung der weniger schwer erkrankten mit günstigerer Prognose in den Suchtfachkliniken und der chronisch Erkrankten und Mehrfachgeschädigten in den psychiatrischen Abteilungen mit zunehmend kürzeren Behandlungszeiten, hat sich in den Jahren seit der Untersuchung von WIENBERG 1993 offenbar fortgesetzt und ist nicht, wie vielfach gefordert, korrigiert worden.

Über die Untergruppen dieser Untersuchung hinweg stellen die Haltlosen einerseits und die Integrierten andererseits die beiden Pole des Spektrums dar: Die Haltlosen sind in der Tendenz jünger, häufiger ledig, oft ohne bisherige Erfahrung einer Partnerschaft, haben eine in der Tendenz schlechtere Ausbildung und sind auch hinsichtlich ihrer Arbeits-, Beschäftigungs- und Einkommenssituation schlechter abgesichert. Auch innerhalb ihrer Familien zeigen sie eine geringere Kontaktdichte und eine größere Unzufriedenheit mit der Qualität ihres Kontaktes zu Vater, Mutter, Geschwistern und Kindern. Alle diese Parameter gehen auch zufolge früheren Studien zur Lebenssituation und insbesondere

zu den »sozialen Netzwerken« (NINGEL 1995) Alkoholabhängiger mit einer schlechteren Prognose sowohl in Bezug auf Abstinenz als auch in Bezug auf Lebenszufriedenheit einher [HAVASSY und HALL 1991, MAFFLI (zit. n. KÖRKELE 1998), ROSENBERG 1983, BECKER, LEITNER und SCHULZ 1986, GUNDEL 1980, NINGEL 1995, AMANN, BAUMANN und LEXEL-GARTNER 1988, PFEIFFER, FAHRNER und FEUERLEIN 1988, VAILLANT 1989, KOSKI-JÄNNES und JOHANSSON 1988]. Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass die Kategorienbildung und die Zuordnung zu den Kategorien auf der Grundlage der Interviews und des in den Interviews deutlich werdenden Selbstbildes erfolgte. Wenn sich also hier die »Integrierten« auch in den soziodemographischen Daten als integriert zeigen, handelt es sich nicht um eine Tautologie, sondern um eine Übereinstimmung zwischen dem Selbstbild, wie es in den Interviews deutlich wurde und der Darstellung der Gruppe in den soziodemographischen Daten. Zwar wird in der Literatur wiederholt auf die Bedeutung der sozialen Integration sowohl für die Lebenszufriedenheit als auch für das Behandlungsergebnis in Bezug auf weitere Abstinenz hingewiesen, dennoch wird in der Suchtforschung und auch in der Formulierung von Behandlungszielen vieler Behandlungsprogramme oft implizit noch von der größeren Bedeutung des Willens und der Motivation zur Abstinenz als entscheidender Prognosekriterien für den weiteren Behandlungsverlauf ausgegangen (BARTHEL 1991). Aus der Sicht der Betroffenen und auch nach den statistischen Daten kommt aber offenbar dem Aspekt der sozialen Integration und – als deren Voraussetzung – der Fähigkeit, haltgebende Strukturen wahr- und annehmen zu können, für die seelische Gesundheit eine größere Bedeutung zu. Im Verlauf der Untersuchung wurde daher der im Rahmen der Untersuchung entwickelte Fragebogen in dieser Richtung erweitert.

Die Untergruppen unterscheiden sich in Bezug auf den Krankheitsverlauf. Bei den statistisch erfassten Daten wurden Angaben zur Dauer der Alkoholabhängigkeit, zum Alter bei Erstkonsum, zum Verlauf der Trinkmengensteigerung u. Ä. leider nicht systematisch genug erfragt, sodass hier keine zuverlässigen Aussagen gemacht werden können. Aus den Daten zum Behandlungsverlauf, zur Häufigkeit von Komplikationen (Entzugsanfälle, Entzugsdelirien) und Alkoholfolgeschäden (alkoholtoxische Hepatopathie oder Polyneuropathie), der Häufigkeit von Vorbehandlungen und aus den Daten des MALT wird jedoch deutlich, dass es sich bei der Gesamtgruppe auch im Vergleich zu der von Wienberg untersuchten Gruppe um schwer Beeinträchtigte mit allen Kriterien der Abhängigkeit und oft bereits vielfältigen Alkoholfolgeerkrankungen handelt (s. a. Tabelle 6). Auf die Untergruppen bezogen stellt sich auch hier die Gruppe der Haltlosen als am schwersten beeinträchtigt dar.

Die Untergruppen unterscheiden sich in Bezug auf den Rückfallverlauf: Zwar wurden auch zu dieser Frage statistisch auswertbare Daten zum zeitlichen Verlauf und zur Trinkmengensteigerung in der Untersuchung nicht quantifizierbar

erfasst. In den Interviews zeigte sich jedoch, dass die Gruppe der Haltlosen dem eingetretenen Rückfall oft wenig entgegenzusetzen hatte und es so zu einer raschen Trinkmengensteigerung auf das ursprüngliche Ausmaß gekommen war. Bei allen Patienten war bei ihrer Aufnahme ein Alkoholentzugssyndrom aufgetreten, sodass davon ausgegangen werden muss, dass erneut ein Alkoholkonsum in körperlich schädigendem Ausmaß stattgefunden hatte und insofern die Kriterien auch für die weiteste der in der Literatur beschriebenen Rückfalldefinitionen (LAUER und SOHNS 1994) erfüllt waren.

5.2.5 Unterschiede in der Bedeutung der Rückfallsituationen über die Untergruppen und zu Vergleichsuntersuchungen

Die Untergruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Bedeutung, die sie unterschiedlichen Situationen für die Rückfallauslösung beimessen.

Im Vergleich zu einer von KLEIN et al. (1995) untersuchten Gruppe von Patienten einer Fachklinik zur Alkoholentwöhnung nahmen die Patienten in dieser Untersuchung negative intrapsychische Befindlichkeiten, soziale Trinksituationen und das Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit in einem geringeren Ausmaß als Trinkanlässe wahr. Dieser Unterschied entspricht dem von SPEIERER (1999) beschriebenen Befund, dass Patienten, die nach einer Entzugsbehandlung entlassen wurden, ein geringeres Insuffizienzerleben zeigten als die in einer Entwöhnungsbehandlung weiterbehandelten Patienten. Es muss dabei zunächst offen bleiben, ob es sich dabei um eine realistische Selbsteinschätzung handelt oder um eine zweckoptimistische Fehleinschätzung in Anbetracht der unmittelbar bevorstehenden Entlassung. Im Vergleich der Untergruppen stellt sich auch hier die Gruppe der Haltlosen als durch alle drei Rückfallsituationen gefährdeter dar als die Vergleichsgruppen. Die Integrierten stellen sich demgegenüber wieder als die Gruppe mit der geringsten Rückfallgefährdung durch die beschriebenen Situationen dar. Dabei wurden in der Gesamtgruppe Soziale Trinksituationen gefolgt von Negativen Intrapsychischen Befindlichkeiten am stärksten als Rückfallauslöser wahrgenommen. Der höchste Wert von 2,98 (»häufig«) wird von den Haltlosen für die sozialen Trinksituationen angegeben. KLEIN et al. (1995) erwarteten bereits Zusammenhänge zwischen einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen und der Gefährdung durch bestimmte Rückfallsituationen und auch KÖRKELE und LAUER (1995) haben auf die Möglichkeit solcher Zusammenhänge und deren mögliche Bedeutung für die Rückfallforschung und Therapieplanung hingewiesen. Auch nach SCHELLER und LEMKE (1994) sind auf der Grundlage ihrer Überlegungen zu den Wechselwirkungen zwischen durch spezifisches Generalisierungslernen erworbenen Persönlichkeitseigenschaften und Situationsmerkmalen Unterschiede in den Copingstrategien einzelner Gruppen

zu erwarten. Wenn also die Haltlosen, die sich selbst als haltlos erleben und sich auch in den soziodemographischen Daten als schlechter unterstützt und mit geringer ausgebildetem sozialen Netzwerk erweisen, die höchste Rückfallgefährdung in sozialen Trinksituationen sehen, so wird dadurch, wie auch schon durch die Untersuchungen von HAVASSY und HALL (1991) sowie NINGEL (1995) gezeigt, die Bedeutung der Förderung der generellen sozialen Fähigkeiten der Patienten und insbesondere ihrer Fähigkeiten zur Mobilisierung von sozialer Unterstützung für die Rückfallprophylaxe bestätigt.

5.2.6 Unterschiede im Inkongruenzerleben und der Inkongruenzverarbeitung über die Untergruppen und zu Vergleichsuntersuchungen

Die Untergruppen unterscheiden sich hinsichtlich des eigenen Inkongruenzerlebens und der Inkongruenzverarbeitung. Auf nahezu allen Skalen des Inkongruenzprofils im RIAI erleben sich die Patienten dieser Untersuchung belasteter oder mit geringeren Bewältigungsfähigkeiten ausgestattet als eine Bezugsgruppe, die von Speierer untersucht und vorgestellt wurde (SPEIERER 1999). Zur Erläuterung dieses Unterschieds kann auf die von Speierer veröffentlichten Sozialdaten seiner Untersuchungsgruppe zurückgegriffen werden. Dabei fällt auf, dass in der von ihm untersuchten Gruppe bei einer vergleichbaren Alters- und Geschlechtsverteilung die soziale Integration über Partnerschaft, Wohnsituation und Arbeitssituation deutlich besser erhalten war: In seiner Untersuchung waren nur 28 % geschieden und 19 % ledig, während 49 % verheiratet waren; zudem lebten 49 % alleine, während 18 % in Familie und 33 % in Partnerschaft lebten; weiterhin waren in seiner Untersuchung 53 % noch aktuell berufstätig und nur 47 % ohne berufliche Tätigkeit. Der Vergleich dieser Daten und der deutliche Unterschied in Bezug auf die Inkongruenzdynamik der beiden Untersuchungsgruppen weist einerseits auf die Bedeutung der sozialen Integration für das Inkongruenzerleben der Betroffenen hin und belegt andererseits, dass für die hier untersuchte Gruppe das ganze Umfeld bereits »ins Rutschen« geraten ist.

Zwischen den einzelnen Untergruppen ergeben sich Unterschiede im RIAI-Profil. Dabei haben sich nicht nur zwischen dem Inkongruenzerleben und der Inkongruenzverarbeitung einerseits und dem subjektiven Erleben, wie es sich in der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews darstellt, andererseits interessante Parallelen ergeben, sondern es sind darüber hinaus an den Parallelen und Unterschieden zwischen den Untergruppen auch Hinweise auf die Bedeutung einzelner Inkongruenzerfahrungen und Verarbeitungsweisen für die jeweiligen Untergruppen deutlich geworden. Aus den beschriebenen Unterschieden in der Inkongruenzdynamik und im Selbstbild der Patienten ergeben sich damit auch Hinweise für unterschiedliche Behandlungsansätze. So sind in der Gruppe

derer mit Selbstansprüchen das geringe Selbstvertrauen, die geringe Inkongruenztoleranz, die geringen aktuellen Kongruenzerfahrungen sowie die gering ausgeprägten gesunden Selbstkonzeptanteile und geringen gesunden Gesamterfahrungen aufgefallen. Wollen und von sich verlangen scheinen bei ihnen im inneren Erleben in umgekehrtem Verhältnis zum Erleben des eigenen Könnens und zum Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten zu stehen. Die Gruppe der Integrierten stellte sich insgesamt als die in ihrer Inkongruenzdynamik am wenigsten gestörte Gruppe mit der geringsten Inkongruenzquellenbelastung und Inkongruenzwahrnehmung sowie insgesamt gut ausgebildeten Bewältigungsfähigkeiten und aktuellen Kongruenzerfahrungen als salutogenen Ressourcen dar. Damit entsprechen die Ergebnisse im RIAI der Selbstwahrnehmung im Interview und der Darstellung dieser Gruppe in den soziodemographischen Daten und Informationen zum Krankheitsverlauf. Bei den Ambivalenten war neben dem relativ hohen Erleben von Kontrollverlust in der Vergangenheit und der negativen Zukunftsperspektive bei den Inkongruenzquellen vor allem der hohe Wert in den personnahen Anteilen der subjektiven Störungstheorie einerseits und in den dispositionellen, subjektiv als wenig beeinflussbar erlebten Inkongruenzquellen andererseits aufgefallen. Dieser Befund im Sinne einer hohen Spannung zwischen den beiden Anteilen kann als mögliche Quelle der Ambivalenz verstanden werden: Die Quellen ihrer Inkongruenz erlebten sie sowohl von ihnen beeinflussbar als auch von ihnen nicht beeinflussbar. Für die Psychotherapie ergibt sich daraus ein Hinweis auf die Notwendigkeit, diese Ambivalenz zunächst wahrnehmbar und dann als Spannung für einen weiteren Entwicklungsweg nutzbar zu machen. Bei den Außengeleiteten fällt die geringe Belastung durch sozial-kommunikative Inkongruenzquellen auf. Hier drückt sich im RIAI-Profil eine Parallele zur Gruppe der Integrierten aus. Die Außengeleiteten spüren also noch den Halt, den sie in ihrer Bezugsgruppe finden, und dies drückt sich auch in weniger negativ erlebten Beziehungserfahrungen und mehr Wertschätzung, Achtung und Einfühlung gegenüber anderen Menschen aus. Die Haltlosen zeigen auf fast allen Skalen die höchste Belastung. Sie stellen damit auch in den Ergebnissen des RIAI den Gegenpol zu den Integrierten dar. Weiterhin fällt auf, dass sie eine besonders negative Zukunftsperspektive für sich sehen und nur wenig Einflussmöglichkeiten auf ihre Situation zu haben glauben. Gerade in dem Verständnis der eigenen Lebenssituation und in den Einflussmöglichkeiten auf die eigene Lebenssituation ist jedoch ein wesentlicher Faktor seelischer Gesundheit überhaupt zu sehen. Auch in Studien zur Rückfallprognose wird der Selbstwirksamkeit und der Attribution des Rückfalls zu stabil internen oder aber vom Einzelnen beeinflussbaren Faktoren eine wesentliche Rolle zugeschrieben (KÖRKELE 1996, KRUSE, KÖRKELE und SCHMALZ 2000, LITMAN 1986 und MARLATT 1989). In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, dass in allen Untergruppen – wenn auch unterschiedlich ausgeprägt – die Inkongruenz vor allem

in Form von Insuffizienzerleben in der Gegenwart wahrgenommen wurde. Weiterhin fällt auf, dass die Inkongruenz fast immer in der »Gegenwart«, verstanden als die Zeitspanne der letzten sieben Tage, ausgeprägter als in der Vergangenheit erlebt wurde. Gleichzeitig erleben die Patienten während der stationären Behandlung in »ziemlichem« bis »starkem« Ausmaß Motivation zu Veränderung ihres Verhaltens und Bereitschaft sich auf neue Erfahrungen einzulassen sowie Einsicht in eigene Symptom- und Problemproduktion und Bereitschaft zur Symptom- und Problembeseitigung, wie sie sich auf der Skala der aktuellen Kongruenzerfahrung im RIAI abbildet. Dies macht einerseits die Bedeutung der früher so genannten Motivationsbehandlung deutlich und zeigt weiter, dass die ständige Verkürzung der stationären Behandlungsaufenthalte, wie bereits weiter oben anhand der statistischen Daten dargelegt, ein in höchstem Maße kontraproduktives Ausmaß angenommen hat.

5.2.7 Die Bedeutung der gesellschaftlichen Veränderungen seit der »Wende« für die Lebenssituation und die Entwicklung der einzelnen Untergruppen

Die gesellschaftlichen Veränderungen in Frankfurt/Oder seit der politischen Wende und der Wiedervereinigung 1989/90 wirken sich in besonderer Weise auf die Lebenssituation und die Krankheitsentwicklung der Untersuchungsgruppe im Allgemeinen sowie der einzelnen Untergruppen im Besonderen aus. Ein Großteil der Untersuchungsgruppe stellt sich im Selbstbild als von außen bestimmter Kontrolle oder bereits von Haltlosigkeit geprägt dar. Dies spiegelt sich sowohl in den eingesetzten psychometrischen Testverfahren als auch in der sozialen Situation wider und ist mit einem insgesamt ungünstigen weiteren Verlauf der Abhängigkeit verbunden, der mit weiterem Verlust haltgebender Strukturen einhergeht oder diesen nach sich zieht. Diese Entwicklung stellt sich dabei nicht nur als eine Folge der Alkoholwirkung dar, sondern ist auch von Aspekten der vorherigen Persönlichkeitsentwicklung, von Veränderungen im sozialen Umfeld und den gesellschaftlichen Veränderungen in den neuen Bundesländern abhängig.

PLOG und LESCHINSKY (1999) haben in ihrem Aufsatz »Verrat – Unterwerfung unter die Fürsorge-Diktatur« auf die Bedeutung von Fürsorge und Gemeinschaft im Staatsverständnis einer feudalen oder totalitären Gesellschaftsordnung gegenüber einer bürgerlich liberalen Ordnung hingewiesen. Sie haben darauf aufmerksam gemacht, dass sich das Verständnis und die Bedeutung dieser beiden Begriffe in den neuen Bundesländern im Zusammenhang mit der politischen Wende 1989/90 verändern musste. Der notwendige gesellschaftliche Wandel wird als ein Übergang von einer totalitär/feudalen Ordnung, die in ihrem Selbstverständnis nur die Deutung einer Gemeinschaft zugelassen habe, zu einer bürgerlich liberalen Gesellschaftsordnung dargestellt. Dabei zeigen sie auf, wie gerade

das Selbstverständnis der realsozialistischen Gesellschaft der DDR als Gemeinschaft und die Erwartung an die Fürsorgeverpflichtung des Staates durch die damit verbundene ungeteilte Erfassung der ganzen Person den Verrat an der Person ermöglicht hat und der Entwicklung von Freiheits- und Gleichheitsrechten entgegenstand. Dies hat die Entwicklung selbstständiger Personen mit eigener Privatsphäre, aber auch Eigenverantwortung und der Fähigkeit, Beziehungen im Sinne wechselseitiger Verträge einzugehen, verhindert. Darüber hinaus wurde oft durch den Verrat der Person durch das staatliche System, der eben durch die ungeteilte, totale Erfassung der Person in den Fürsorgeverhältnissen und Gemeinschaftsbeziehungen möglich geworden ist, auch der Halt in anderen als den staatlichen Gesellschaftsbereichen zerstört. In diesem Sinne kann die in der vorliegenden Arbeit beobachtete starke Ausprägung der Haltlosigkeit und der Bestimmung durch Außenkontrolle im Selbstbild der Patienten auch als eine geschichtliche und gesellschaftliche Kontinuität betrachtet werden. HENKEL (1998) beschreibt die soziale Entwurzelung großer Teile der Bevölkerung bei gleichzeitigem Wandel der Gesellschaft von feudalistischen zu bürgerlichen Strukturen und die leichtere Verfügbarkeit hochprozentigen Alkohols als wesentliche Voraussetzungen für die starke Zunahme der Alkoholabhängigkeit, der so genannten Branntweinpest, Anfang des 19. Jahrhunderts. Auch die politische Wende 1989/90 kann als ein Übergang verstanden werden, durch den die individuelle Lebenskontrolle durch den Einzelnen und seine Eigenverantwortlichkeit an Bedeutung gewinnen und die Außenkontrolle des Verhaltens an Bedeutung verlieren musste. In Anbetracht der Individualisierung der Lebensstile, des Verlusts der Integration in Gruppen, des Verlustes rituell bestimmter Trinksitten, der Änderung des Wertesystems, des Verlusts der Halt gebenden Strukturen, des Sturzes der bisher geltenden Autoritäten und der Notwendigkeit, sich mit Mehrdeutigem zurechtfinden zu müssen, ist offenbar einem Teil der Bevölkerung, den in der vorliegenden Untersuchung als haltlos Beschriebenen, der Übergang vom Gehaltenwerden durch den Staat zum selber Halten und Tragen nicht gelungen. Mit GUNDEL (1980) kann die »Wende« auch als eine Situation verstanden werden, die für den Einzelnen nicht nur zu einer quantitativen und qualitativen Rollenunterlastung (z. B. durch Arbeitslosigkeit), sondern auch zu einer Kontrollinkompetenz der Komplementärrolleninhaber im gesellschaftlichen und/oder privaten Bereich geführt hat und damit für den Einzelnen zur Haltlosigkeit und so zur Entwicklung einer manifesten Abhängigkeit aus einem bisher riskanten »utilitaristischen« Konsum heraus beitragen konnte. In diesem Zusammenhang sind auch die Feststellungen von RENN (1988) von Interesse, der darauf hinweist, dass die Veränderung von gesellschaftlichen Faktoren und das subjektive Erleben solcher Veränderungen gerade während kritischer Lebensphasenübergänge eine Suchtentwicklung in Gang setzen können. Der tatsächliche Einfluss, der diesen vermuteten Zusammenhängen im Selbstbild der Betroffenen zukommt,

könnte in weiterführenden Untersuchungen z. B. durch narrative Interviews zur Biografie der Betroffenen auch im Vergleich zu anderen Bundesländern weiter erforscht werden.

Im 19. Jahrhundert hat die Temperenzbewegung laut HENKEL (1998) auf das Problem der fehlenden Selbstkontrolle zunächst rein normativ reagiert und es zu einem Problem moralischer Devianz verkürzt. Er wirft der Temperenzbewegung der damaligen Zeit den Irrtum vor, dass für sie Selbstdisziplin und innerer Halt als bürgerliche Tugend nicht Ergebnis, sondern Voraussetzung einer »bürgerlich-rationalen Lebensführung« gewesen sei und dass sie den Abhängigen die fehlende Entwicklung eines inneren Haltes in der moralischen Rückfalltheorie wiederum als »Haltlosigkeit« vorgeworfen habe. Da sie die materiellen Verhältnisse und die soziale Entwurzelung der Betroffenen nicht berücksichtigt habe und von ihnen eine tiefgreifende Veränderung ihres Verhaltens ohne Veränderung der Verhältnisse verlangt habe, sei sie letztlich auch gescheitert. Darüber hinaus kann hier mit KEGAN (1986) darauf hingewiesen werden, dass der innere Halt, entwicklungspsychologisch erst innerhalb einer Beziehung entsteht. Erst wenn dieser innere Halt im Lauf der Entwicklung und in der Begegnung mit einer »haltenden Kultur« (KEGAN 1986) verinnerlicht wurde, ist dann wiederum Kontaktaufnahme, Beziehung, Haltgeben und eben auch Berührung anderer möglich. Ohne Berücksichtigung der subjektiven Sicht ist das nicht möglich, kann Beziehung und Begegnung nicht gelingen.

5.3 Schlussfolgerungen

Für die alltägliche Arbeit ergeben sich aus der vorliegenden Arbeit – mit unterschiedlicher Akzentsetzung für die Untergruppen – Konsequenzen:

5.3.1 Folgerungen für die Therapie und Behandlungsplanung

In der Therapie sollte den in dieser Untersuchung gebildeten Untergruppen Rechnung getragen werden. Das erfordert eine stärkere Berücksichtigung der haltgebenden Ressourcen im Umfeld und Förderung dieser Strukturen, soweit sie – beispielsweise bei den Integrierten und Außengeleiteten – noch vorhanden sind, sowie die Förderung und Entwicklung der Fähigkeiten des Einzelnen, zu diesen Strukturen Kontakt zu halten, aufzubauen und von sich aus wieder aufzunehmen. Aus der Beschreibung der Inkongruenzdynamik insbesondere derjenigen mit erhaltenen Selbstansprüchen und der Ambivalenten wird deutlich, dass hierzu neben soziotherapeutischen auch psychotherapeutische Behandlungsangebote notwendig sind. In der klinischen Arbeit mit diesen Patienten ist daher stärker

als bisher nicht nur auf das Konstrukt der Selbstbestimmung und der Willensstärke (s. BARTHELS 1991), sondern auf die Wahrnehmung, Pflege und Entwicklung der haltgebenden Strukturen, die nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie nicht nur in Kindheit und Jugend, sondern auch im Erwachsenenalter für die Entwicklung von entscheidender Bedeutung sind (KEGAN 1986), zu achten. Die Fähigkeit, Halt wahrzunehmen, anzunehmen und zu geben, muss als wichtiger Aspekt seelischer Gesundheit anerkannt und gefördert werden. Hierzu ist die Wahrnehmung der subjektiven Sicht der Betroffenen unbedingt erforderlich.

5.3.2 Folgerungen auf gesundheitspolitischer Ebene

Auf gesundheitspolitischer Ebene wird die Notwendigkeit zum Ausbau und zur weiteren Entwicklung haltgebender Strukturen bzw. deren Förderung durch verbesserte Kooperation zwischen bereits bestehenden Einrichtungen deutlich. Dies betrifft, wie auch schon von HENKEL (1996a, 1996b und 1998b), PÖRKSEN (1996) und WIENBERG (1992 und 2001) gefordert, besonders die Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, des Suchthilfesystems in der Stadt und den komplementären Einrichtungen der Stadt und der freien Wohlfahrtsverbände. Dies ist insbesondere für die Entwicklung eines angemessenen Behandlungsangebotes für die Gruppe der Haltlosen wichtig. In dieser Gruppe ist der höchste Anteil der so genannten »chronisch Alkoholmehrfachgeschädigten« zu erwarten. Dabei fällt auf, dass nur ein sehr geringer Anteil der hier untersuchten Gruppe bereits Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe oder zur Suchtberatungsstelle hatte. Wiewohl diesen Einrichtungen im Suchthilfesystem gerade für diese Aufgaben große Bedeutung beigemessen wird, scheinen sie diese Gruppe kaum zu erreichen. So stellen auch Arenz-Greiving und Wienberg fest, dass die Selbsthilfegruppen »eine geringe Integrationskraft für Mitglieder von Randgruppen haben (Missbraucher, junge, arme, sozial isolierte Menschen etc.)« (WIENBERG 2001) und dass sich die Selbsthilfegruppen im Wesentlichen der gleichen Zielgruppe zuwenden, wie auch die professionelle Suchthilfe in den Fachkliniken und Beratungsstellen (ARENZ-GREIVING 2001). Wienberg leitet daraus die Forderung ab, »dass sich die Beratungsstellen in Zukunft weniger als psychobzw. soziotherapeutische Schwerpunktpraxen verstehen, sondern als multiprofessionelle Dienstleister zur bedarfsgerechten Grundversorgung aller Abhängigkeitskranken«.

5.3.3 Folgerungen auf gesellschaftspolitischer Ebene

In gesellschaftspolitischer Perspektive wird in der vorliegenden Arbeit die Bedeutung von Familie und Arbeit und der Teilhabe am öffentlichen Leben in Form von Bildungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und Sozialkontakten als haltgebende und integrationsstiftende Strukturen hervorgehoben. Dabei ist die große Bedeutung dieser Faktoren für die Gesundheit der Bevölkerung in der vorliegenden Untersuchung gerade in der Auseinandersetzung mit einer Gruppe schwer beeinträchtigter und chronisch Alkoholabhängiger deutlich geworden. Andererseits wird z. Zt. besonders in den neuen Bundesländern für diesen Personenkreis, trotz der hier relativ günstigen Situation auf dem Wohnungsmarkt, immer wieder die Einrichtung von spezialisierten Heimen verlangt. Es wird dann ein Mangel an »geeigneten Wohneinrichtungen und Lebensformen« beklagt. Die Einrichtung solcher Heime insbesondere in »ländlicher Umgebung« und mit einer konzeptionellen Ausrichtung auf eine »Lebensgemeinschaft« und »Arbeit und Beschäftigung« verspricht zwar einerseits kurzfristige persönliche Stabilisierung der Betroffenen und gesellschaftliche Entlastung, beinhaltet jedoch gleichzeitig die Gefahr der Abschiebung der Betroffenen und der Ausblendung der bestehenden gesellschaftlichen Konflikte und beinhaltet damit auch die Gefahr, die notwendige Entwicklung der Integrationsfähigkeit sowohl des Einzelnen als auch der Gesellschaft zu verhindern.

5.3.4 Folgerungen für die Beziehungsgestaltung und Hinweise auf gesellschaftliche Entwicklungszusammenhänge

Es konnte schließlich gezeigt werden, dass sich die ernsthafte Wahrnehmung der subjektiven Rückfallbegründungen und die Anstrengung, »eine gemeinsame Sprache« zu entwickeln (GADAMER 1960, zitiert nach »Dialog« 2000), lohnt, weil dadurch erst die aufgefächerte Zusammenschau eines komplexen Phänomens möglich geworden ist und sich Hinweise auf den »Stil des nüchternen Lebens« ergeben haben, der nach BATESON (1988) möglicherweise falsch ist und durch die Intoxikation berichtigt wird.

Sennett beschreibt in seiner Untersuchung zur Bedeutung der Stadtarchitektur für unser Erleben »Fleisch und Stein«: »Wenn wir etwas berühren, könnten wir Gefahr laufen, etwas oder jemanden als fremd zu empfinden. Unsere Technologie gestattet uns die Vermeidung dieses Risikos.« (SENNETT 1997, S. 26) Der Anspruch: »Eine Ausrede findet sich immer!« ist in diesem Zusammenhang als die Ausrede der Professionellen anzusehen, sich auf dieses Risiko und das Wagnis eine »gemeinsame Sprache« zu entwickeln nicht einzulassen. Halt geben und auch Halt annehmen erfordert aber Berührung! Und so trägt die Vermeidung

des Risikos der Berührung auch zur Aufrechterhaltung der Haltlosigkeit, zum weiteren Verlust von Halt, haltgebenden Strukturen und Beziehung bei. Auch der innere Halt, dessen Fehlen den Abhängigen in der moralischen Rückfalltheorie als »Haltlosigkeit« vorgeworfen wird, entsteht entwicklungspsychologisch erst innerhalb einer Beziehung bis er dann verinnerlicht wird und wieder Kontaktaufnahme, Beziehung, Haltgeben, eben auch Berührung anderer, ermöglicht. Will man also in der Arbeit mit Alkoholabhängigen etwas erreichen, kommt man gar nicht umhin, sich auf Beziehung, Berührung und eben auf die subjektive Sicht einzulassen. Integration ist ohne Beziehung gar nicht möglich.

Wenn BATESON (1988) vom Irrtum im Stil des nüchternen Lebens spricht, der durch die Intoxikation zumindest subjektiv berichtigt werde, dann liegt dieser »Irrtum« nach dieser Studie eben in der Vermeidung des Risikos der Berührung. Alkohol kann diesen Irrtum vermeintlich oder vorübergehend korrigieren. Er täuscht über die Wahrnehmung der Fremdheit des anderen hinweg und verhindert dadurch eine Begegnung und den Aufbau einer Beziehung; er täuscht eine Gemeinschaft vor. Dadurch wird die Haltlosigkeit und Isolation des Einzelnen zwar zunächst scheinbar aufgehoben, letztlich jedoch weiter verstärkt.

Dieser Zusammenhang wird auch in den beiden Stichen von William HOGARTH (1759/51) deutlich, an denen SENNETT (1997) seine Überlegungen zur Wahrnehmung von Ordnung und Unordnung in der Stadt durch den Zeichner aufzeigt und die darüber hinaus auch die zwei Seiten des Spektrums der Alkoholwirkungen aus der Sicht des Zeichners darstellen. In »Beer Street« (siehe Abbildung 1, S. 106) werden die Menschen, die zusammen trinken, im körperlichen Kontakt dargestellt und es wird ein harmonisches Stadtbild gezeigt. Dem Alkohol wird hier, dem konvivialen Konsummuster und der permissiven Gesellschaftseinstellung folgend, eine Kontakt und Halt fördernde Wirkung und die Herstellung von Harmonie und Einigkeit unterstellt. In »Gin Lane« (siehe Abbildung 2, S. 107) fällt das Fehlen jeglichen körperlichen Kontaktes der Menschen untereinander und zu ihrer Umgebung und die Unordnung im Stadtbild auf. Hier werden die Gefahren des »übermäßigen« Konsums insbesondere die Haltlosigkeit aufgezeigt und angeprangert. Nach Sennett wird für Hogarth Ordnung durch Kontakt und Berührung hergestellt, während dies in der modernen Stadt genau umgekehrt sei: Ordnung bedeute hier Trennung, eben Abwesenheit von Kontakt. Die Erwartung, den »Irrtum« (BATESON 1988) der vermiedenen Berührung durch Alkohol korrigieren zu können, ist also auch in unserer Gesellschaft eine nach Sennett sehr verbreitete Annahme.

Es wird deutlich, dass in den beiden Stichen eine polarisierte Sicht vertreten wird. In »Gin Lane« wird der übermäßig Trinkende durch die abwertende Darstellung angeklagt und verurteilt. In »Beer Street« werden gewissermaßen Ordnung, Kontakt und Gemeinschaftsgefühl gleichgesetzt und deren Verwirklichung durch Alkoholgenuss versprochen. Mit Bateson müssen an dieser Versprechung



Abb. 1: William Hogarth, Beer Street 1750/51



Abb. 2: William Hogarth, Gin Lane 1750/51

Zweifel angemeldet werden. Während des stationären Aufenthaltes gaben die Patienten dieser Untersuchung hohe Werte für ihr aktuelles Kongruenzerleben an, und häufig berichten Patienten bereits nach den ersten Tagen des Entzuges über »Wohlbefinden auf der Station« und dass sie keinerlei Trinkverlangen wahrnehmen würden. Dieses entsteht erst wieder in Vorbereitung auf die Entlassung oder erst im häuslichen Umfeld nach der Entlassung. Offenbar bietet die Station ein Milieu, das diesen o. g. »Irrtum« auf andere Weise zu berichtigen ermöglicht: Nach der Rückkehr in die bisherige Umgebung gelingt es nicht mehr, den Irrtum auf diese Weise zu korrigieren und es kommt häufig zum »Rückfall«. Tatsächliche andere Bewältigungsmöglichkeiten für diese Spannung konnten aber in so kurzer Zeit, oder aber auch weil die »Gegnerschaft« (DÖRNER und PLOG 1996) in der therapeutischen Beziehung – von einem oder beiden Gegnern – vermieden wurde, nicht entwickelt werden. In den derzeitig immer schärfer werdenden Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern um die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung und die Zuständigkeit für die Behandlungskosten zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern wird dieses schnelle »Wohlbefinden« während des stationären Aufenthaltes gerne als Argument für eine Ablehnung der weiteren Kostenübernahme genutzt. Die weitere Behandlung wird dann als so genannte Entwöhnungsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers verstanden. Dabei wird jedoch aus Kostengründen das Ausmaß der »krankheitsbedingten Beschwerden« (SGB V) im psychischen und sozialen Bereich verleugnet und der Blick auf die körperlichen Folgeschäden und Erscheinungen eingeengt. Dies steht im offenen Widerspruch zur Definition der Alkoholabhängigkeit nach allen Diagnoserichtlinien und auch zu den Bestimmungen des SGB V. In der therapeutischen Arbeit ist gerade die Erarbeitung von anderen Lösungsansätzen für den oben beschriebenen »Irrtum« erforderlich. Dies ist jedoch nicht möglich, ohne dass wir uns in unserer Beziehung auf Begegnung, Berührung, die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und deshalb eben auch auf die Wahrnehmung und das Ernstnehmen der subjektiven Rückfallbegründungen einlassen. In einer in diesem Sinne gelungenen Begegnung kann sich dann auch die Fähigkeit, Halt wahrzunehmen, anzunehmen und zu geben, entwickeln.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wird eine Beschreibung der Gruppe der in einem Sechsmonatszeitraum zur stationären Entzugsbehandlung aufgenommenen alkoholabhängigen Patienten der psychiatrischen Abteilung des Klinikums Frankfurt/Oder vorgelegt. Dabei wurde das subjektive Erleben der Situation durch die Betroffenen, ihr Selbstverständnis und ihr Verständnis ihrer Rückfälligkeit in einem leitfadengestützten Interview untersucht und der Außenwahrnehmung durch den Untersucher und den Ergebnissen psychometrischer Testverfahren sowie den Daten der Basisdokumentation gegenübergestellt. Eingesetzt wurden der von KLEIN et al. (1995) entwickelte Diagnostische Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA), der von SPEIERER, HELGERT und ROESNER (1997) entwickelte Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI), der von FEUERLEIN (1977) entwickelte Münchner Alkoholismustest (MALT) und eine für den Rahmen dieser Untersuchung erweiterte Basisdokumentation. Nach einer inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews konnten die fünf Untergruppen derer mit Selbstansprüchen, der Integrierten, der Ambivalenten, der Außengeleiteten und der Haltlosen unterschieden werden. Die Ergebnisse dieser Untergruppen in den genannten Testverfahren und in den Daten der Basisdokumentation wurden dann vor dem Hintergrund der Lebenssituation in der Stadt, wie sie sich in den Daten der Stadtverwaltung widerspiegelt, diskutiert.

Dabei zeigte sich die Lebenssituation der Bevölkerung in den vergangenen zehn Jahren seit der »Wende« und der Wiedervereinigung besonders durch die hohe Arbeitslosigkeit, den Bevölkerungsrückgang, die veränderte Alterstruktur und die Tendenz zur Singularisierung der Haushalte geprägt. In den somatischen Abteilungen im Klinikum Frankfurt/Oder wurde die Diagnose einer Störung durch Alkohol im Literaturvergleich auffällig selten gestellt. Die Gesamtgruppe dieser Untersuchung stellte sich in den soziodemographischen Daten als eine in Bezug auf ihre Integration in ihr soziales Umfeld und das ambulante Hilfesystem besonders belastete Gruppe heraus. Dies drückte sich vor allem in den Daten zum Familienstand, der aktuellen Wohn- und Lebenssituation und der beruflichen Situation sowie in den Angaben zum Verlauf der Entzugsbehandlung und zu den bestehenden Alkoholfolgeerkrankungen aus. Innerhalb der Untersuchungsgruppe stellte sich die Gruppe der Haltlosen als besonders schwer belastet und beeinträchtigt dar. Bei der Untersuchung der Rückfallsituationen mit dem DIRA erlebte wieder die Gruppe der Haltlosen die ausgeprägteste Rückfallgefährdung durch die beschriebenen Situationen. Die sozialen Trinksituationen wurden am

deutlichsten als rückfallgefährdend wahrgenommen. Bei der Untersuchung der Inkongruenzdynamik mit dem RIAI wurde in der Gesamtgruppe als Quelle der Inkongruenz vor allem die Belastung durch Lebensereignisse wahrgenommen. Die Inkongruenz wurde besonders in Form von Insuffizienzerleben in der Gegenwart erlebt. Als aktuelle Kongruenzerfahrung erlebte die Gesamtgruppe während des stationären Aufenthaltes in »starkem« Ausmaß Motivation zur Veränderung ihres Verhaltens und Bereitschaft sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Die Gruppe der Haltlosen stellte sich auch in den Ergebnissen des RIAI als die schwerer und die Integrierten als die am wenigsten beeinträchtigte Gruppe dar. Aus dem unterschiedlichen Inkongruenzprofil der Untergruppen ergeben sich auch Hinweise auf unterschiedliche Schwerpunkte in der Therapie.

Aus der Diskussion der Untersuchungsergebnisse im Kontext der vorliegenden Literatur ergeben sich Schlussfolgerungen mit Hinweisen für die therapeutische Arbeit, Anregungen für die Kooperation im Versorgungssystem und für weitere gesundheitspolitische Entwicklungsaufgaben in der Stadt sowie Hinweise auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen.

7. Literaturverzeichnis

- AMANN, Gabriele, Urs BAUMANN, Sigrid LEXEL-GARTNER: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung bei männlichen Alkoholikern. *Suchtgefahren* 34 (1988) 369–378.
- ANNIS, Helen M.: A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In: W. R. MILLER und N. HEATHER (Eds.): *Treating addictive behaviors. Process of change.* New York: Plenum Press 1986.
- ANNIS, Helen M. and Christine S. DAVIS: Relapse Prevention, in: HESTER, H. K.: *Handbook of alcoholism treatment approaches*, New York: Pergamon Press 1989.
- ARENZ-GREIVING, Ingrid: Traditionelle Selbsthilfe – ein Auslaufmodell? in: WIENBERG, Günther und Martin DRIESSEN (Hrsg.): *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001.
- BARTHELS, Marc: *Subjektive Theorien über Alkoholismus – Versuch einer verstehenderklärenden Psychologie des Alkohols*, Münster: Aschendorff-Verlag 1991.
- BATESON, Gregory: Die Kybernetik des »Selbst«: Eine Theorie des Alkoholismus, in: BATESON, Gregory: *Ökologie des Geistes*, 2. Auflage; Frankfurt am Main: Suhrkamp 1988.
- BECKER, Katrin, N. LEITNER, W. SCHULZ: Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinikentlassung und sein Einfluss auf den Behandlungserfolg. *Psychiatrische Praxis* 13 (1986) 121–127.
- BÜHRINGER, G., R. AUGUSTIN, E. BERGMANN, K. BLOOMFIELD, W. FUNK, B. JUNGE, L. KRAUS, C. MERFERT-DIETE, H.-J. RUMPF, R. SIMON und J. TÖPPICH: *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128. Baden-Baden: Nomos 2000.
- CIOMPI, Luc: *Affektlogik*. Stuttgart: Klett-Cotta 1994.
- DÖRNER, Klaus und Ursula PLOG: *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie Verlag 1996.
- EASTMAN, Clive und Hugh NORRIS: Alcohol Dependence, Relapse and Self-Identity. In: *Journal of studies on Alcohol*, Vol. 43, No. 11 (1982) 1214–1231.
- FEUERLEIN, Wilhelm, Ch. RINGER, H. KÜFNER, K. ANTONS: Diagnose des Alkoholismus – Der Münchner Alkoholismustest (MALT). In: *Münchner Medizinische Wochenschrift* 119 (1977) Nr. 40 1275–1282.
- FEUERLEIN, Wilhelm: *Münchner Alkoholismustest*. Weinheim: Beltz 1979.
- FEUERLEIN, Wilhelm: *Langzeitverläufe des Alkoholismus (mit Literaturübersicht aus dem europäischen Raum)*, in D. KLEINER (Hrsg.): *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*, Berlin: Springer 1987, S. 40–54.

- FEUERLEIN, Wilhelm: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, 4. Auflage, Stuttgart: Thieme 1989, S. 162.
- FEUERLEIN, Wilhelm: Langzeitverläufe des Alkoholismus, in: SCHWOON, D. R. und M. KRAUSZ (Hrsg.): Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke 1990, S. 69–80.
- GADAMER, Hans-Georg: Wahrheit und Methode: Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. 1. Auflage Tübingen: Mohr, 1960. Hier zitiert nach: Dialog – Organ der Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit e. V.; Münster, Krakau 2000.
- GLENN, S. W. und O. A. PARSONS: Prediction of Resumption of Drinking in Post-treatment Alcoholics. The Intern. Journ. of the Addictions, 26, (1991) 237–254.
- GUNDEL, Karin: Die Ökologie der Sucht – Eine neue Perspektive. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft 5 (1980) 187–192.
- HAVASSY, Barbara E.; Sharon M. HALL, David A. WASSERMAN: Social Support and Relapse: Commonalities among Alcoholics, Opiate Users and Cigarette Smokers. Addictive behaviors 16 (1991) 235–246.
- HENKEL, Dieter: Kurzbericht über das Forschungsprojekt: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Suchtgefahren 33 (1987) 286–289.
- HENKEL, Dieter [1996a]: Alkoholismus, Arbeitslosigkeit und Armut unter besonderer Berücksichtigung der Lage in den neuen Bundesländern, in: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg): Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Freiburg im Breisgau: Lambertus 1996.
- HENKEL, Dieter [1996b]: Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Forderungen, in: Fachverband Sucht e. V.: Sucht und Erwerbsfähigkeit, Geesthacht: Neuland, 1996.
- HENKEL, Dieter [1998a]: »Die Trunksucht ist die Mutter der Armut« – zum immer wieder fehlgedeuteten Zusammenhang von Alkohol und Armut in Deutschland vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart, in: HENKEL, Dieter (Hrsg): Sucht und Armut, Opladen: Leske und Budrich 1998.
- HENKEL, Dieter [1998b]: Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse, in: HENKEL, Dieter (Hrsg): Sucht und Armut, Opladen: Leske und Budrich 1998.
- JAHODA, Marie, Paul LAZARSELD und Hans ZEISEL: Die Arbeitslosen von Marienthal, Frankfurt am Main: edition suhrkamp 1975.
- JELLINEK, E. M.: The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Conn: College and University Press 1960.
- KEGAN, Robert: Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt 1986.
- KLEIN, Michael, Joachim FUNKE, Wilma FUNKE und Reinhold SCHELLER: Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie, Diagnostik und Klassifikation, in:

- Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, KÖRKEKEL, Joachim (Hrsg.), Stuttgart: Enke 1995.
- KÖRKEKEL, Joachim und Gernot LAUER: Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand, in: KÖRKEKEL, Joachim (Hrsg.), Der Rückfall des Suchtkranken; Flucht in die Sucht? Berlin: Springer 1988.
- KÖRKEKEL, Joachim und Gernot LAUER: Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends, in: Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, KÖRKEKEL, Joachim (Hrsg.), Stuttgart: Enke 1995.
- KÖRKEKEL, Joachim: Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung; Folgerungen für die Rückfallprävention. *Abhängigkeiten* 2 (1996) 39–60.
- KÖRKEKEL, Joachim: Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. *Abhängigkeiten* 5 (1999) 24–45.
- KOSKI-JÄNNES, Anja und Jan JOHANSSON: Rückfall in einem kulturellen Zusammenhang. *Drogalkohol* 12 (1988), 151–167.
- KRAUS, Ludwig und Rita AUGUSTIN: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47. Jahrgang, Sonderheft 1 September 2001; DHS, Geesthacht: Neuland 2001.
- KRUSE, Gunther, Joachim KÖRKEKEL, Ulla SCHMALZ: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2000.
- KÜFNER, Heinrich und W. FEUERLEIN und M. HUBER: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen – Ergebnisse der 4-Jahreskatamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 34 (1988) 157–272.
- LÄNGLE, G. und H. W. SCHIED: Zehn-Jahre-Katamnese eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkohol Kranke. *Suchtgefahren* 36 (1990) 97–105.
- LAUER, Gernot und Robert SOHNS: Was verstehen Abhängige unter einem Rückfall? Zur subjektiven Rückfalldefinition von Alkoholikern. *Sucht* 40 (1994) 89–98.
- LITMAN, G. K.: Alcoholism survival. The prevention of relapse. In: W. R. MILLER und N. HEATHER (Eds.): *Treating addictive behaviors. Process of change*. New York: Plenum Press 1986.
- MARLATT, G. Alan: A Cognitive-Behavioral Model of the Relapse Process, in: KRASNEGOR, N. (Ed.): *Behavioral Analysis and Treatment of Substance Abuse*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 25; Washington: Government Printing Office (1979) 191–200.
- MARLATT, G. Alan: Relapse Prevention: Theoretical Rationale and Overview of the Model, in: MARLATT, G. Alan and Judith R. GORDON: *Relapse Prevention; Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*; New York: The Guildford Press 1985.
- MARLATT, G. Alan: Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltens-

- änderung, in: WATZL, Hans und Rudolf COHEN (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin: Springer, 1989.
- MISSEL, P., W. BRAUKMANN und H. BUSCHMANN et al.: Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. Sucht aktuell 44 (1997) 10–22.
- MOOS, Rudolph H.: Coping: Konzepte und Messverfahren, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin 34 (1988) 207–225.
- NINGEL, Rainer: Soziale Unterstützung und Alkoholabhängigkeit, in: NINGEL, Rainer und Wilma FUNKE (Hrsg.): Soziale Netze in der Praxis, Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1995.
- PFEIFFER, W., E.-M. FAHRNER und W. FEUERLEIN: Soziale Anpassung und Rückfallanalyse bei ambulant behandelten Alkoholabhängigen. Suchtgefahren 34 (1988), 357–367.
- PLOG, Ursula und Achim LESCHINSKY: Verrat – Unterwerfung unter die Fürsorge-Diktatur. Zeitschrift für Pädagogik, Heft 4 (1999) 591–607.
- PÖRKSEN, Niels: Alkoholabhängige in Hilfesystemen, in: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.): Alkohol – Konsum und Missbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1996.
- PÖRKSEN, Niels, Theo WESSEL: Die Versorgung Abhängigkeitskranker mit Armutproblemen in psychiatrischen Krankenhäusern, in: HENKEL, Dieter (Hrsg.): Sucht und Armut, Opladen: Leske und Budrich 1998.
- PROCHASKA, J. O. und C. C. DICLEMENTE: Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19 (1982) 276–288.
- PROCHASKA, J. O. und C. C. DICLEMENTE: Stages and Processes of Self-change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. Journal of consulting and Clinical Psychology 51 (1983) 390–395.
- REIMER, Ch. und A. FREISFELD: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber Alkoholikern. Therapiewoche 34 (1984), 3513–3520.
- RENN, Heinz: Gesellschaftliche Wurzeln der Sucht; in: EISENBURG, I. (Hrsg.): Sucht; Düsseldorf: Patmos, 1988.
- RIST, Fred, Hans WATZL, Rudolf COHEN: Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken, in: WATZL, Hans und Rudolf COHEN (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe; Berlin: Springer 1989.
- ROGERS, Carl R.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen (engl. 1959). 3. Auflage, Köln: GwG 1991.
- ROMMELSPACHER, H. und L. G. SCHMIDT: Kann Drogen- und Alkoholabusus endlich wirksam behandelt werden? In: Therapiewoche Neurologie und Psychiatrie 7 (1993), 195–201.
- ROMMELSPACHER, H.: Biologische Modelle. In: GÖLZ, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Stuttgart: Thieme 1998.

- ROSENBERG, Harold: Relapsed versus Non-Relapsed Alcohol Abusers: Coping Skills, Life Events, and Social Support; in: *Addictive Behaviors* 8 (1983), 183–186.
- SANDAHL, Christer: Determinants of Relapse among Alcoholics: A Cross-Cultural Replication Study. *International Journal of the Addictions* 19 (1984) 833–848.
- SCHELLER, Reinhold und Pia LEMKE: Stressbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. *Sucht* 4 (1994) 232–243.
- SCHELLER, Reinhold, Michael KLEIN und Stefan ZIMM: Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive, in: *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, KÖRKEL, Joachim (Hrsg.), Stuttgart: Enke 1995.
- SCHINDLER, Christine, Joachim KÖRKEL (1995): Rückfallbezogene Attributionen, Emotionen und Kompetenzerwartungen. Eine empirische Überprüfung sozial-kognitiver Theorieannahmen, in: *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, KÖRKEL, Joachim (Hrsg.), Stuttgart: Enke 1995.
- SCHMIDT, Gunther: Rückfälle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht, in: KÖRKEL, Joachim (Hrsg.): *Der Rückfall des Suchtkranken*, Berlin: Springer 1988.
- SENNETT, Richard: *Fleisch und Stein – Der Körper und die Stadt in der westlichen Zivilisation*. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag 1997.
- SOHNS, Robert und Gernot LAUER: Rückfallrekonstruktion mit Alkoholabhängigen: Eine qualitativ-quantitative Analyse, in: *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*, KÖRKEL, Joachim (Hrsg.), Stuttgart: Enke 1995.
- SPEIERER, Gert-Walter: Das Differentielle Inkongruenzmodell. *Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger 1994.
- SPEIERER, Gert-Walter, Norbert HELGERT und Susanne ROESNER: Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI); Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 28. Jahrgang (1997) 13–21.
- SPEIERER, Gert-Walter: Zur Inkongruenzdynamik bei Alkoholabhängigen Personen. Poster präsentiert anlässlich der 12. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie 3/1998 in Münster. Eingesehen unter Internetadresse: www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer.
- SPEIERER, Gert-Walter, Norbert HELGERT und Susanne ROESNER: Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI). (Stand Juli 1999); eingesehen unter Internetadresse: www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer.
- SPEIERER, Gert-Walter: AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie, in: SPEIERER, G.-W. (Hrsg.): *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie*, Köln: GwG 1999.
- STADTVERWALTUNG FRANKFURT (Oder) – Statistikstelle: *Soziodemografischer Bericht 1998*, Der Oberbürgermeister, Frankfurt (Oder) 1998.
- STADTVERWALTUNG FRANKFURT (Oder) – Statistikstelle [2000a]: *Statistischer Bericht*,

- soziodemografische Daten der Stadt Frankfurt (Oder), Ergänzungsbericht zur Studie 1/1998; Der Oberbürgermeister, Frankfurt (Oder) 2000.
- STADTVERWALTUNG FRANKFURT (Oder) – Statistikstelle [2000b]: Daten, Fakten und statistische Erhebungen in Jahresscheiben sowie im Vergleich 1990 zu 2000 – Daten zur Bevölkerungsentwicklung und Arbeitslosigkeit; Der Oberbürgermeister, Frankfurt (Oder) 2000.
- STADTVERWALTUNG FRANKFURT (Oder) – Amt für Jugend und Soziales: Informationen über ausgewählte Sozialdaten, soziale Einrichtungen, Dienste und Leistungen. Der Oberbürgermeister, Frankfurt (Oder) 2001.
- SÜSS, H.-M.: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Metaanalyse. *Psychologische Rundschau* 46 (1995) 248–266.
- VAILLANT, George E. (1989): Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen- und Alkoholabhängigen lernen? In: WATZL, Hans und Rudolf COHEN (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe, Berlin: Springer 1989.
- VELTRUP, Clemens: Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen, in: KÖRKELE, Joachim (Hrsg.): Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, Stuttgart: Enke 1995.
- WATZLAWICK, Paul, Janet BEAVIN und Don JACKSON: Menschliche Kommunikation: Formen; Störungen; Paradoxien. 7. unveränderte Auflage, Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1985.
- WIENBERG, Günther: Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: WIENBERG, Günther (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1992.
- WIENBERG, Günther: Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. *Sucht* 4/1993, 264–275.
- WIENBERG, Günther: Die vergessene Mehrheit heute – Teil II: Zur Situation der traditionellen Suchtkrankenhilfe und Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung, in: WIENBERG, Günther und DRIESSEN, Martin (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit, Bonn: Psychiatrie-Verlag 2001.

Verwendete Lehrbücher:

- BUTTLER, Günter und STROH, Reinhold: Einführung in die Statistik, 7. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag 2000.
- ECKSTEIN, Peter P.: Angewandte Statistik mit SPSS; Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler, 3. Auflage, Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH 2000.
- MÜLLER-BENEDICT, Volker: Grundkurs Statistik in den Sozialwissenschaften; Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2001.

8. Diagramme und Tabellen

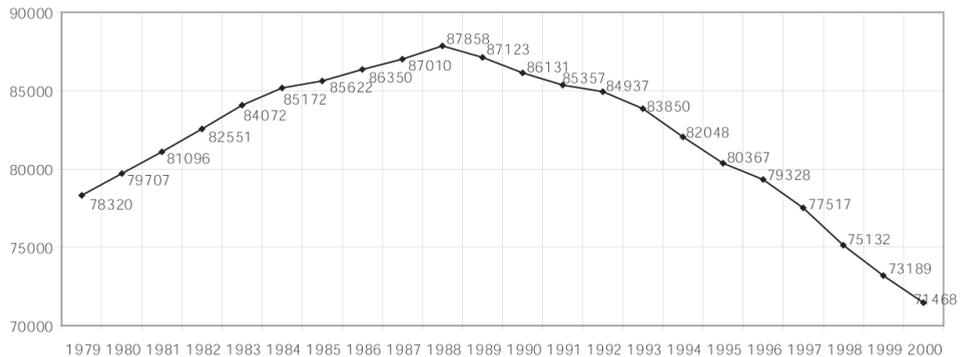


Diagramm 1: Entwicklung der Einwohnerzahlen der Stadt Frankfurt/Oder (mit Hauptwohnsitz) von 1979 bis 2000 (Stand jeweils zum 31.12.)

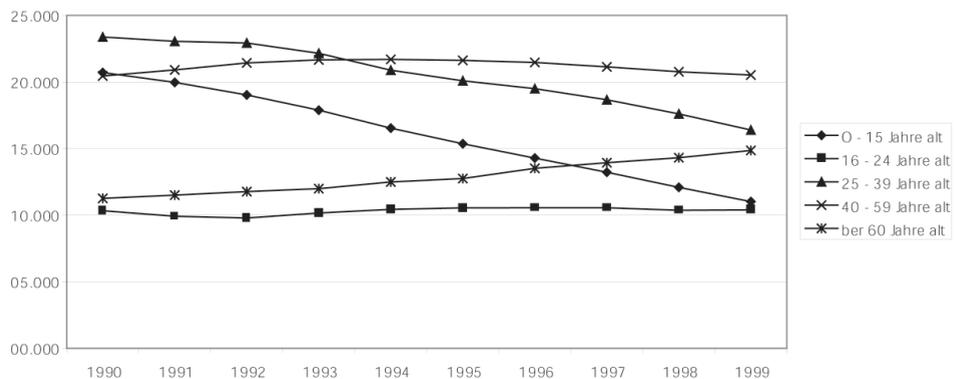


Diagramm 2: Entwicklung der Bevölkerung in der Stadt Frankfurt/Oder nach Altersgruppen (Stand jeweils 31.12.)

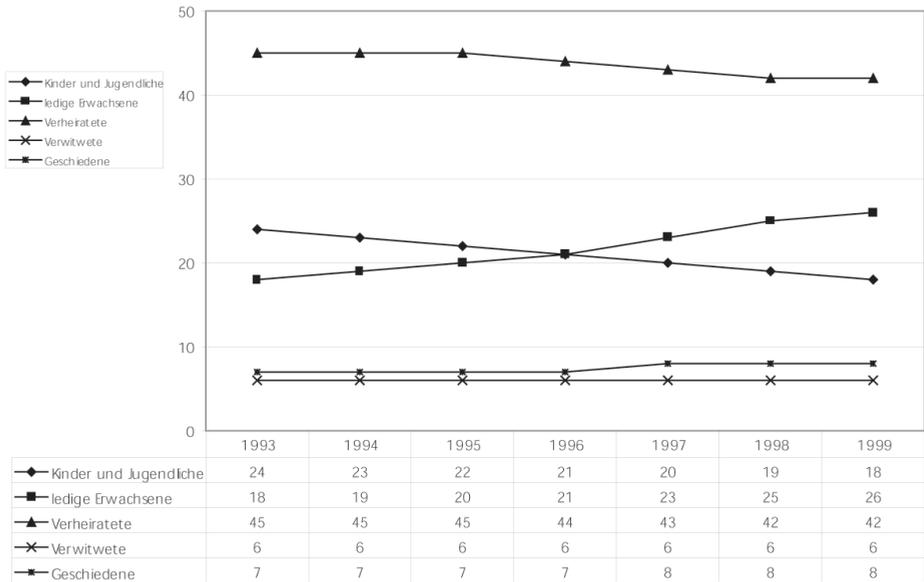


Diagramm 3: Entwicklung der Familienstände in % der Einwohner in Frankfurt/Oder in den Jahren 1993 bis 1999



Diagramm 4: Entwicklung der Anzahl der Arbeitslosen in der Stadt Frankfurt/Oder (Stand jeweils 31.12.)

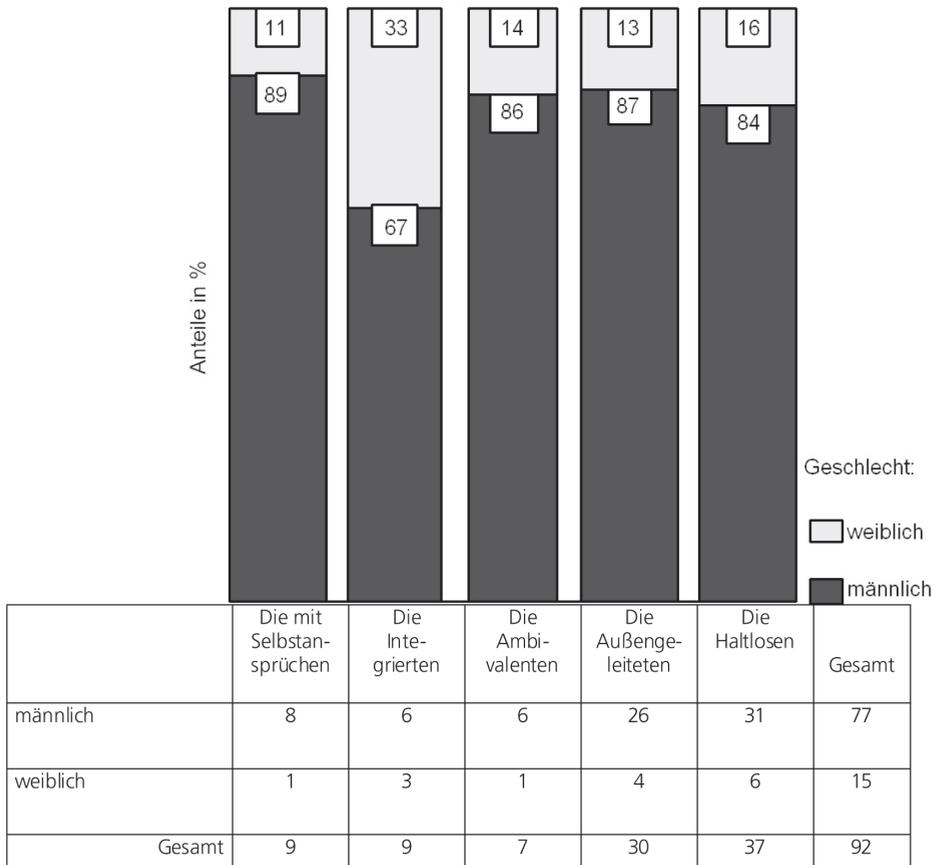
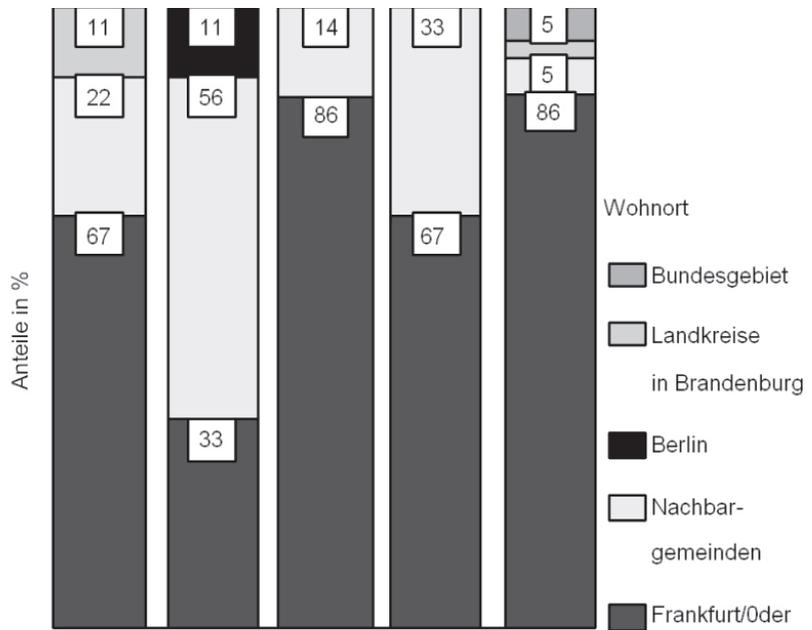


Diagramm 5: Geschlechterverteilung über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
Frankfurt/Oder	6	3	6	20	32	67
umliegende Gemeinden und Landkreise	2	5	1	10	2	20
Berlin		1				1
entfernere Landkreise in Brandenburg	1				1	2
übriges Bundesgebiet					2	2
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 6: Aufteilung nach Wohnorten über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

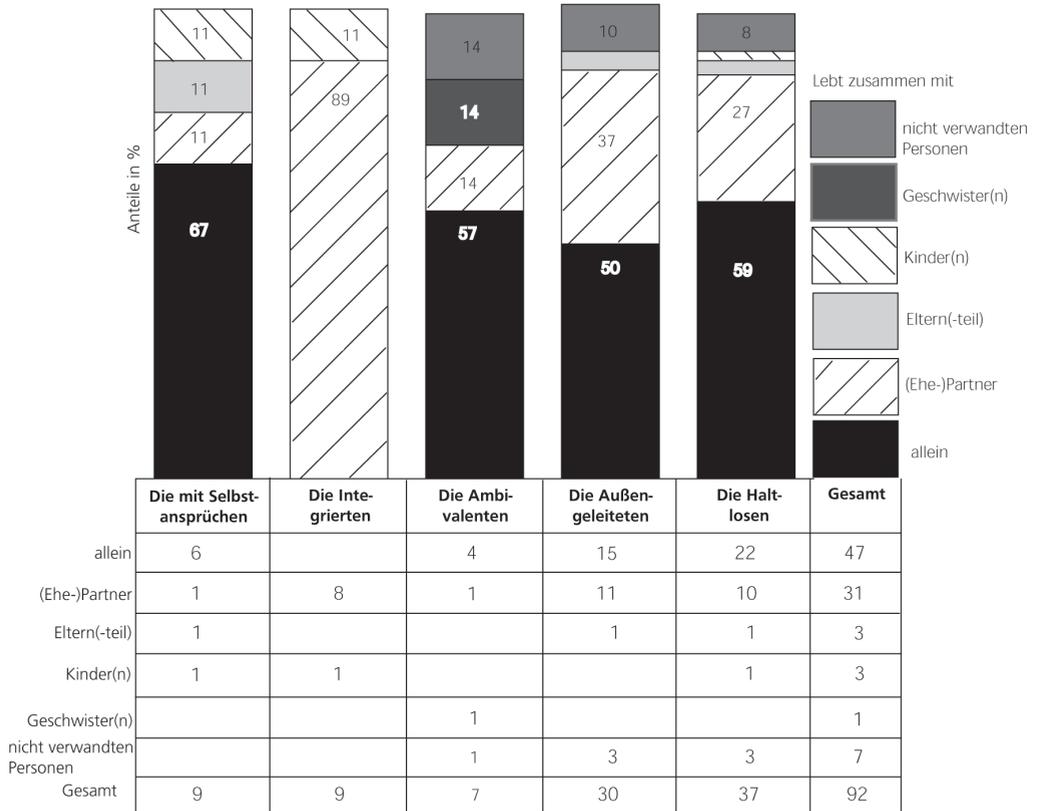


Diagramm 7: Aktuelle Lebenssituation über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

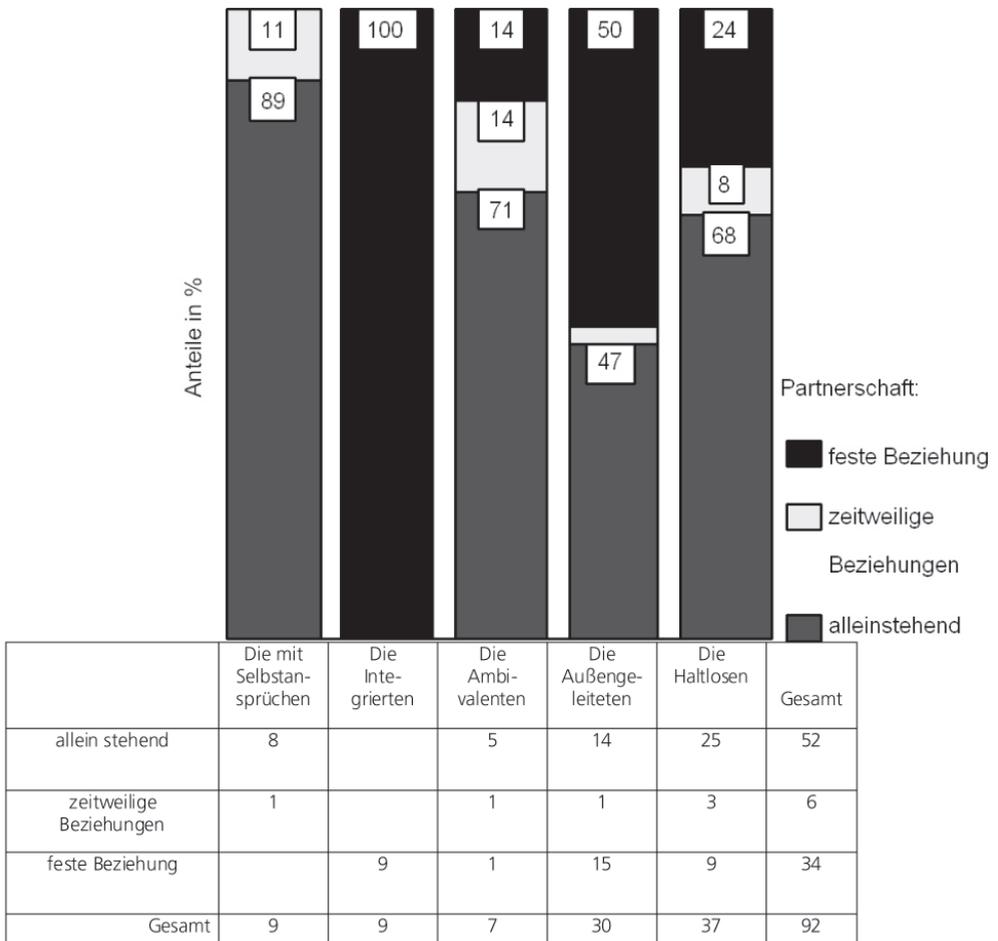


Diagramm 8: Verteilung der aktuellen Partnerschaftssituation über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

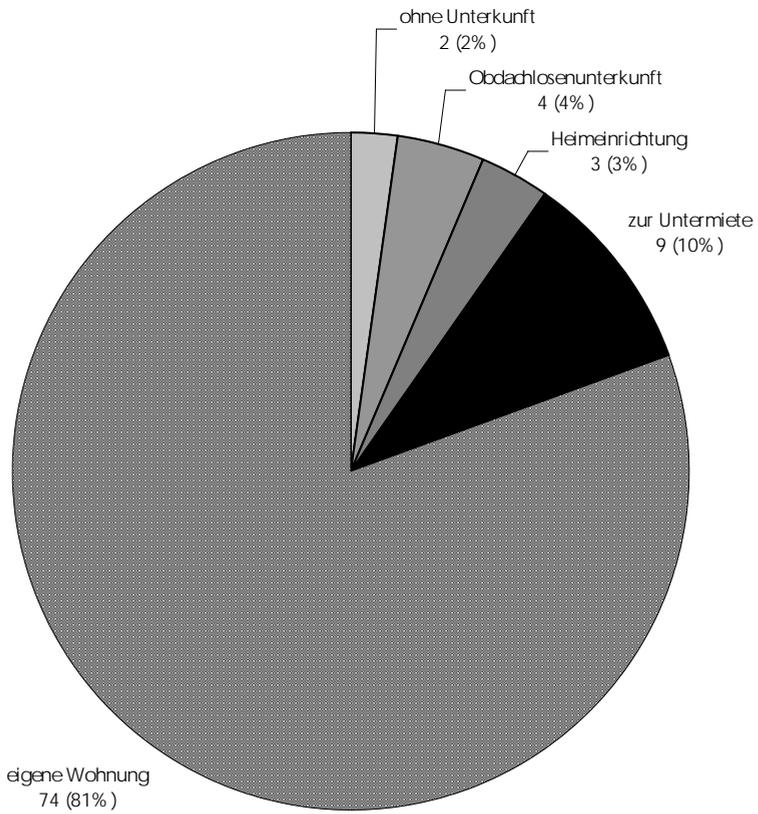
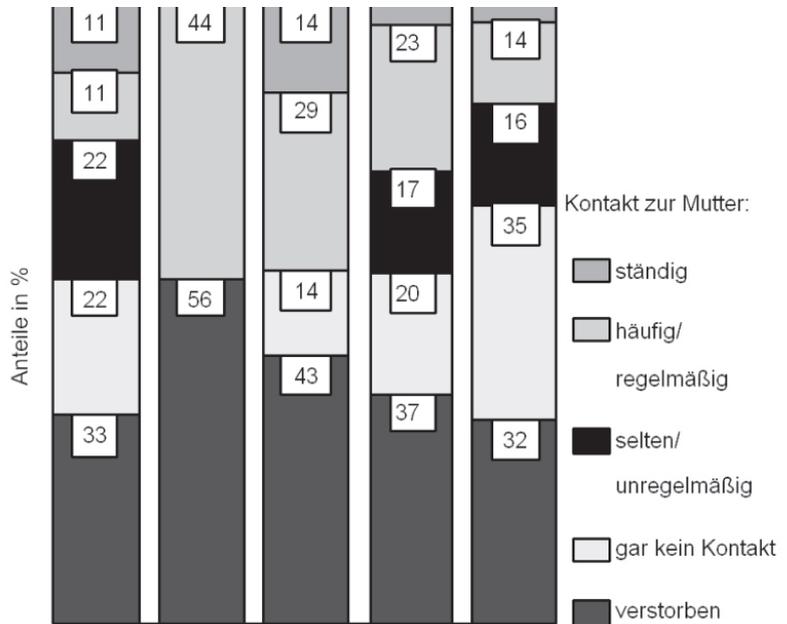


Diagramm 9: Wohnsituation der Untersuchungsgruppe



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
verstorben	3	5	3	11	12	34
gar kein Kontakt	2		1	6	13	22
seltener/unregelmäßiger Kontakt	2			5	6	13
häufiger/regelmäßiger Kontakt	1	4	2	7	5	19
ständiger Kontakt	1		1	1	1	4
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 10: Häufigkeit des Kontaktes zur Mutter über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

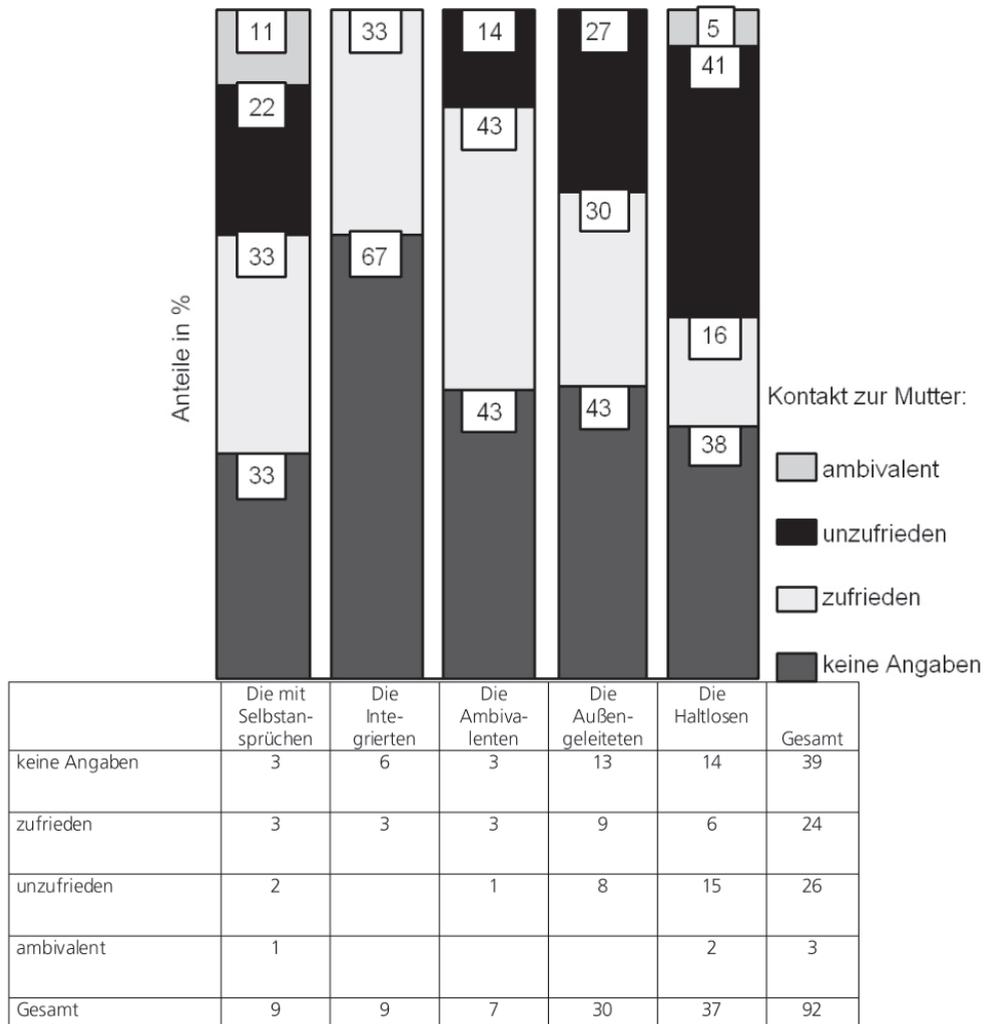


Diagramm 11: Angaben zur Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Mutter über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

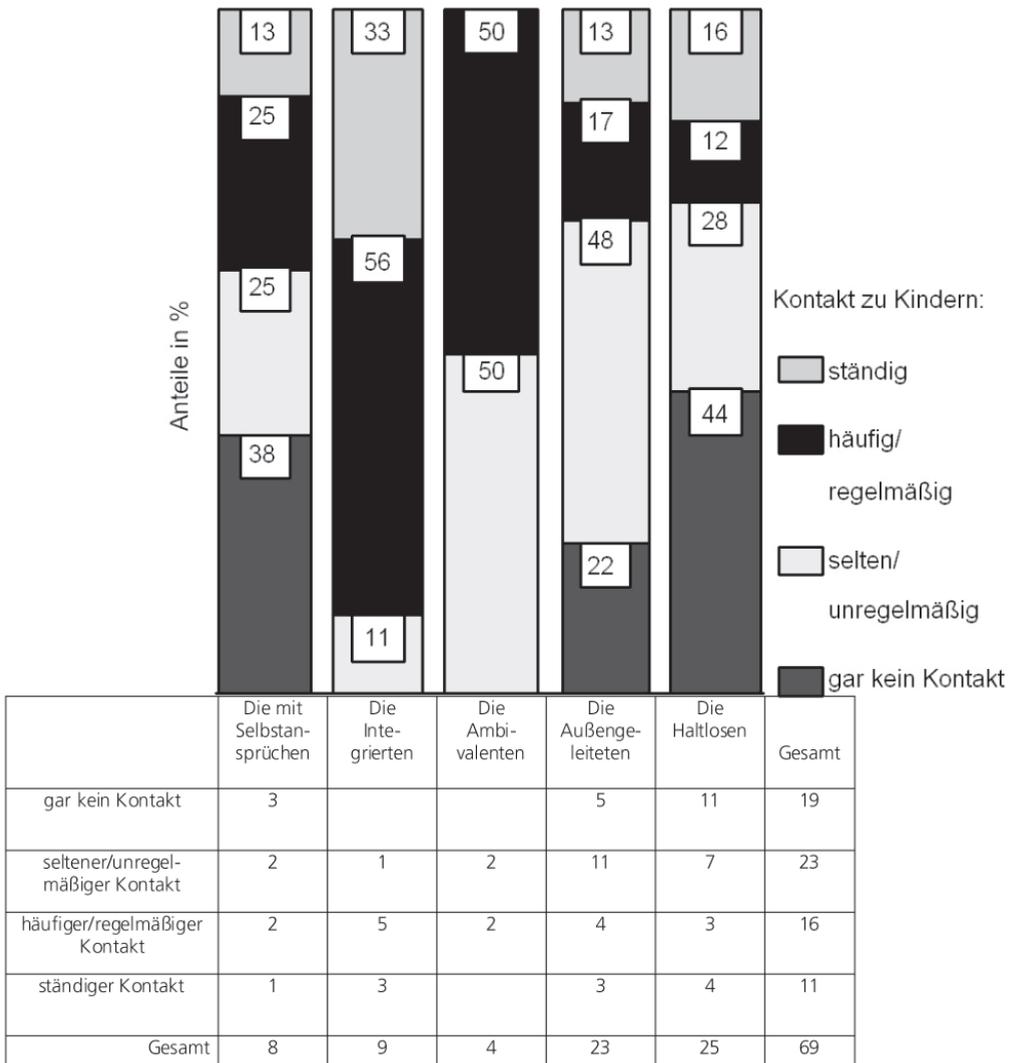


Diagramm 12: Häufigkeit des Kontaktes zu den Kindern über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

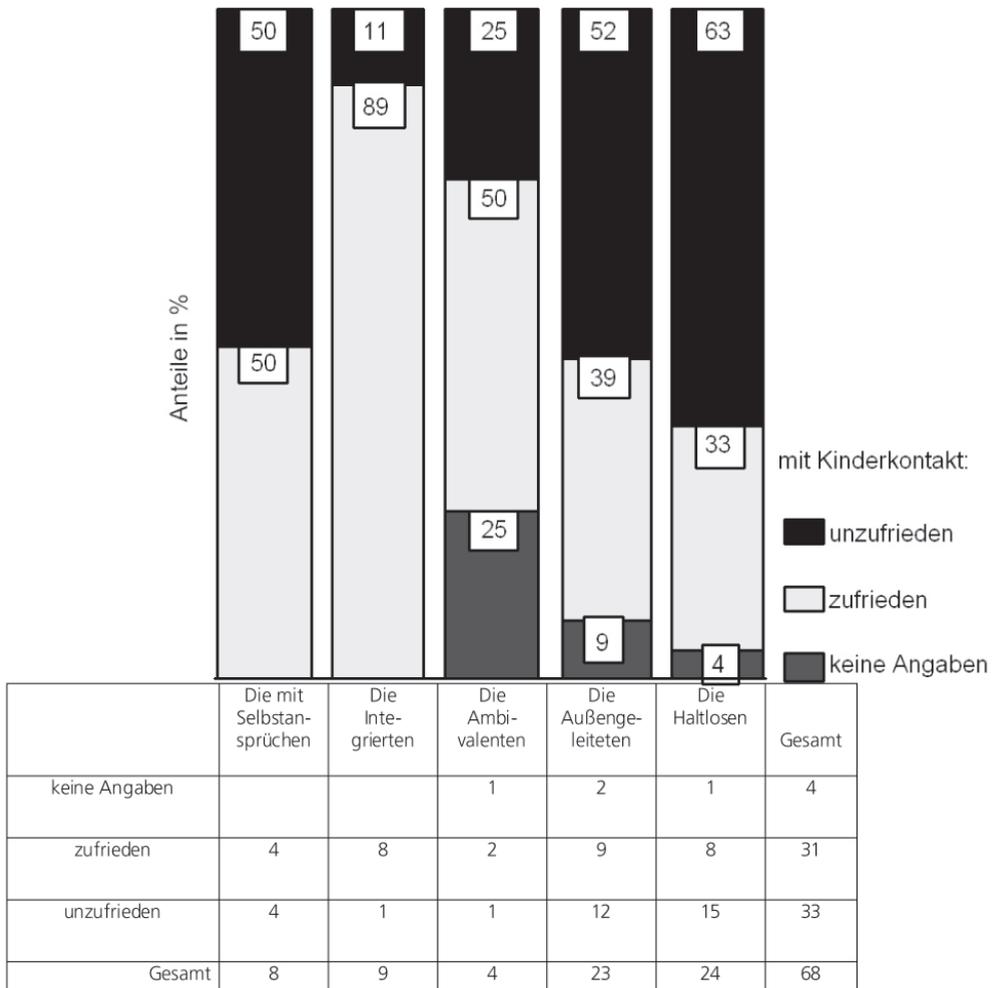
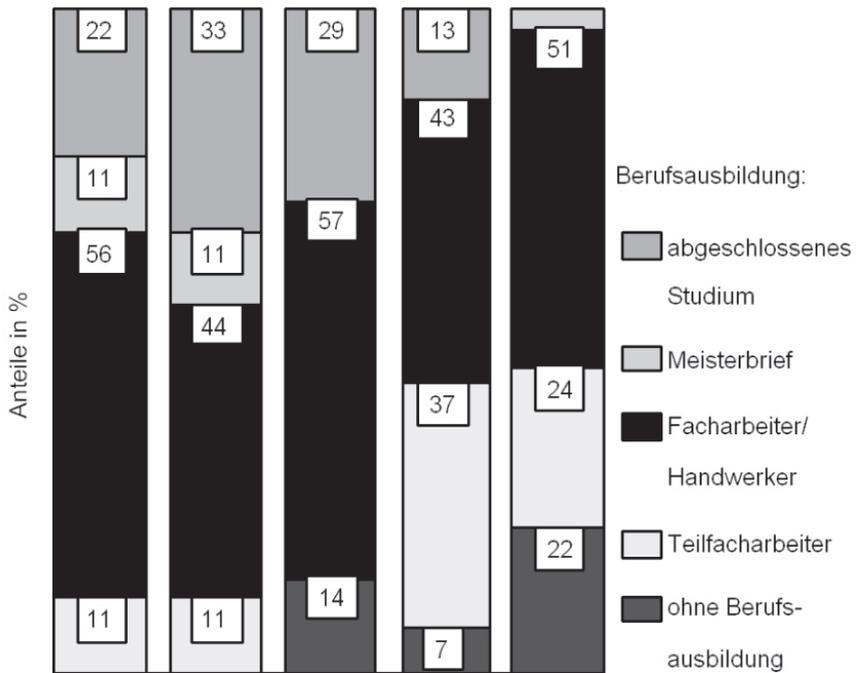


Diagramm 13: Zufriedenheit mit dem Kontakt zu den Kindern über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
ohne Berufsausbildung			1	2	8	11
Teilfacharbeiter	1	1		11	9	22
Facharbeiter/Handwerker	5	4	4	13	19	45
Meisterbrief	1	1			1	3
abgeschlossenes Studium und Tätigkeit im Beruf	2	3	2	4		11
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 14: Verteilung der Berufsausbildungen über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

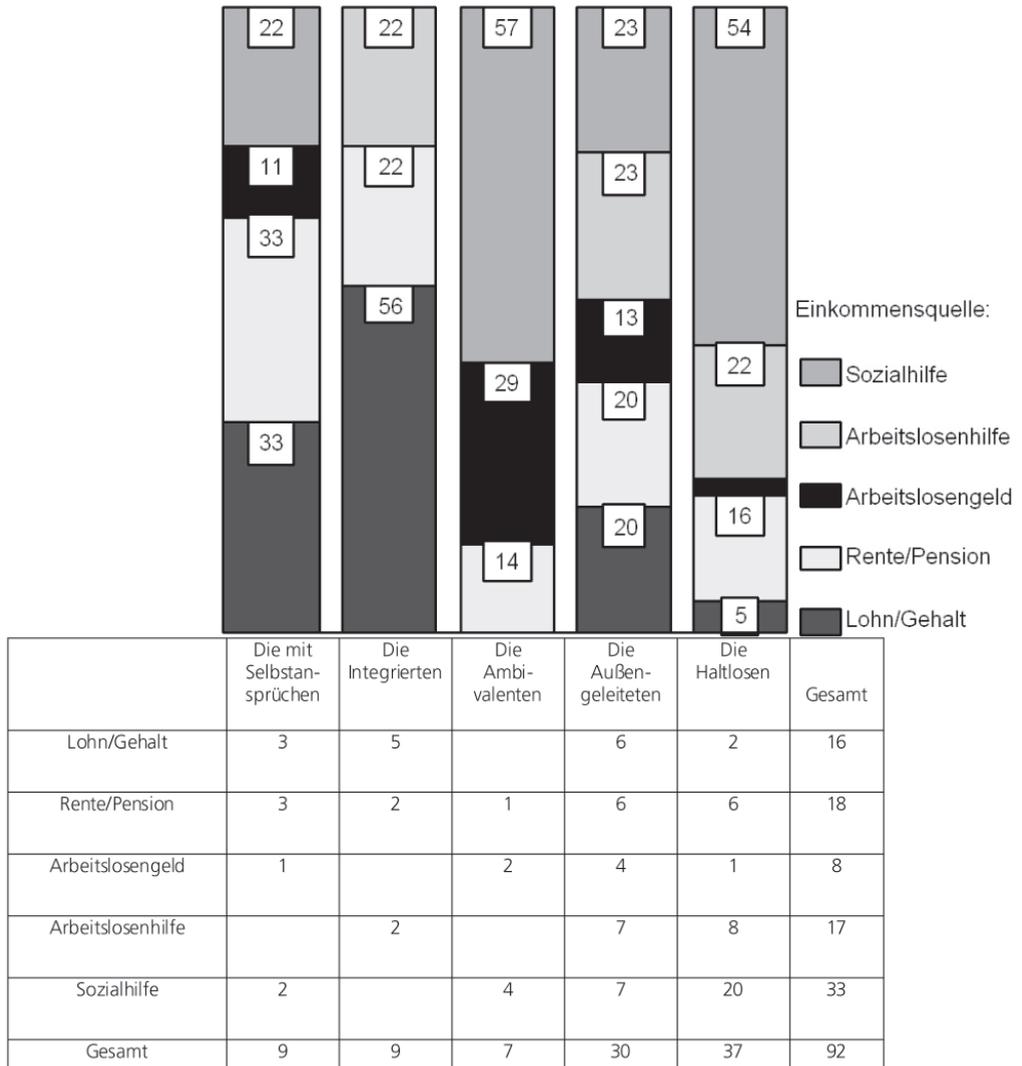
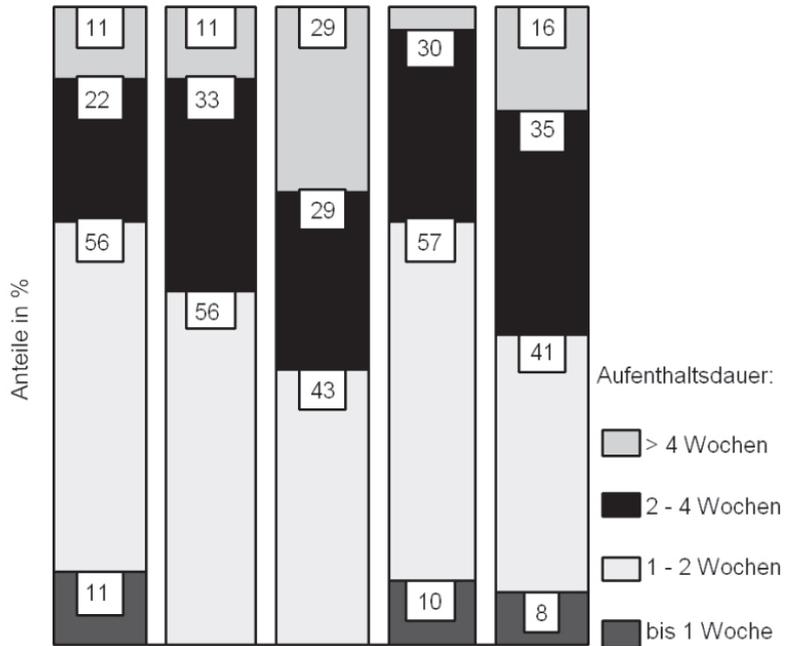
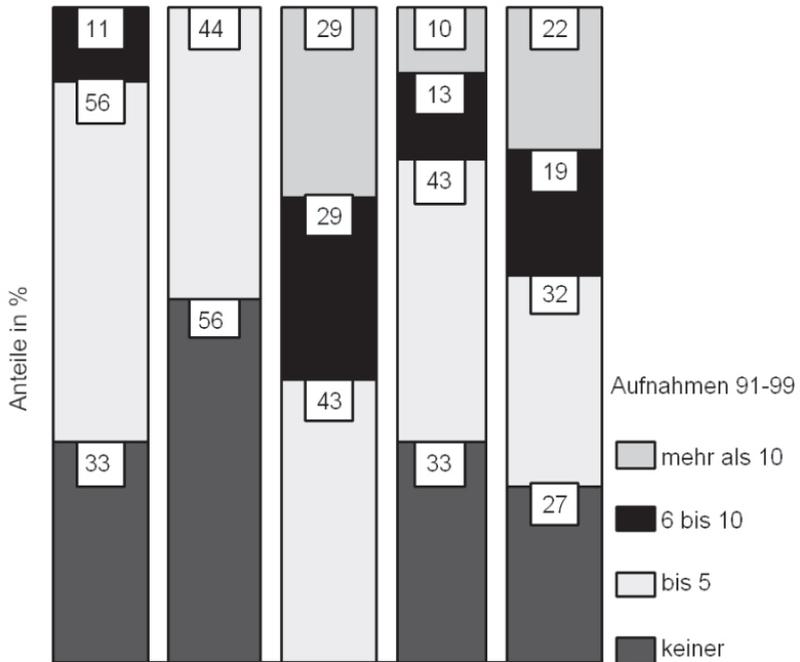


Diagramm 15: Verteilung der Einkommensquellen in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



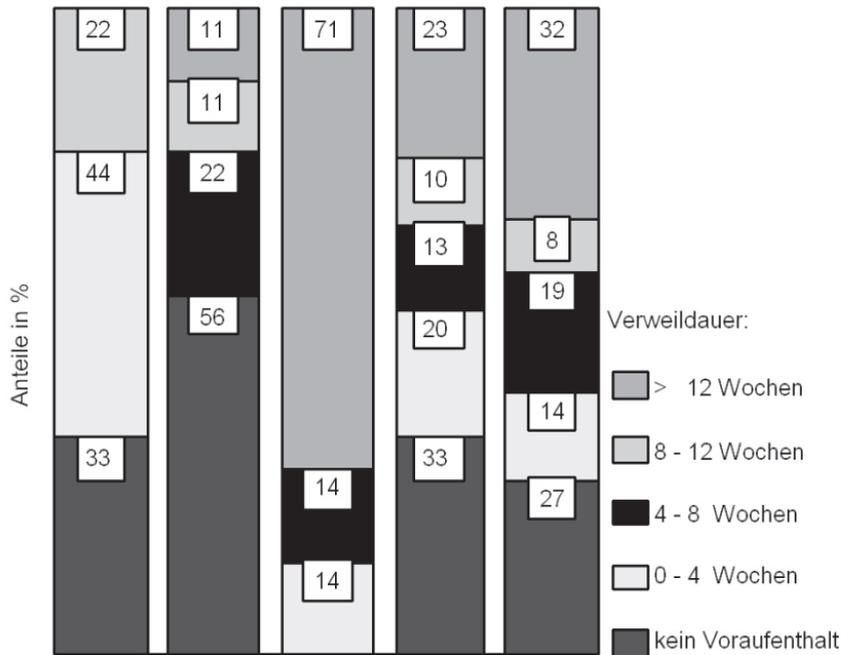
	Die mit Selbstan-sprüchen	Die Inte-grierten	Die Ambi-valenten	Die Außen-geleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
Aufenthaltsdauer bis 1 Woche	1			3	3	7
Aufenthaltsdauer 1 bis 2 Wochen	5	5	3	17	15	45
Aufenthaltsdauer 2 bis 4 Wochen	2	3	2	9	13	29
Aufenthaltsdauer länger als 4 Wochen	1	1	2	1	6	11
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 16: Verteilung der Aufenthaltsdauern beim Indexaufenthalt in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



Aufenthalte 1991–1999	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
kein Voraufenthalt	3	5		10	10	28
bis zu 5 Voraufenthalten	5	4	3	13	12	37
bis zu 10 Voraufenthalten	1		2	4	7	14
mehr als 10 Voraufenthalte			2	3	8	13
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 17: Verteilung der Anzahl der Aufenthalte in der Abteilung für Psychiatrie in den Jahren 1991–1999 in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
kein Voraufenthalt	3	5		10	10	28
bis zu 4 Wochen	4		1	6	5	16
bis zu 8 Wochen		2	1	4	7	14
bis zu 12 Wochen	2	1		3	3	9
länger als 12 Wochen		1	5	7	12	25
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 18: Verteilung der kumulativen Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie in den Jahren 1991–1999 in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

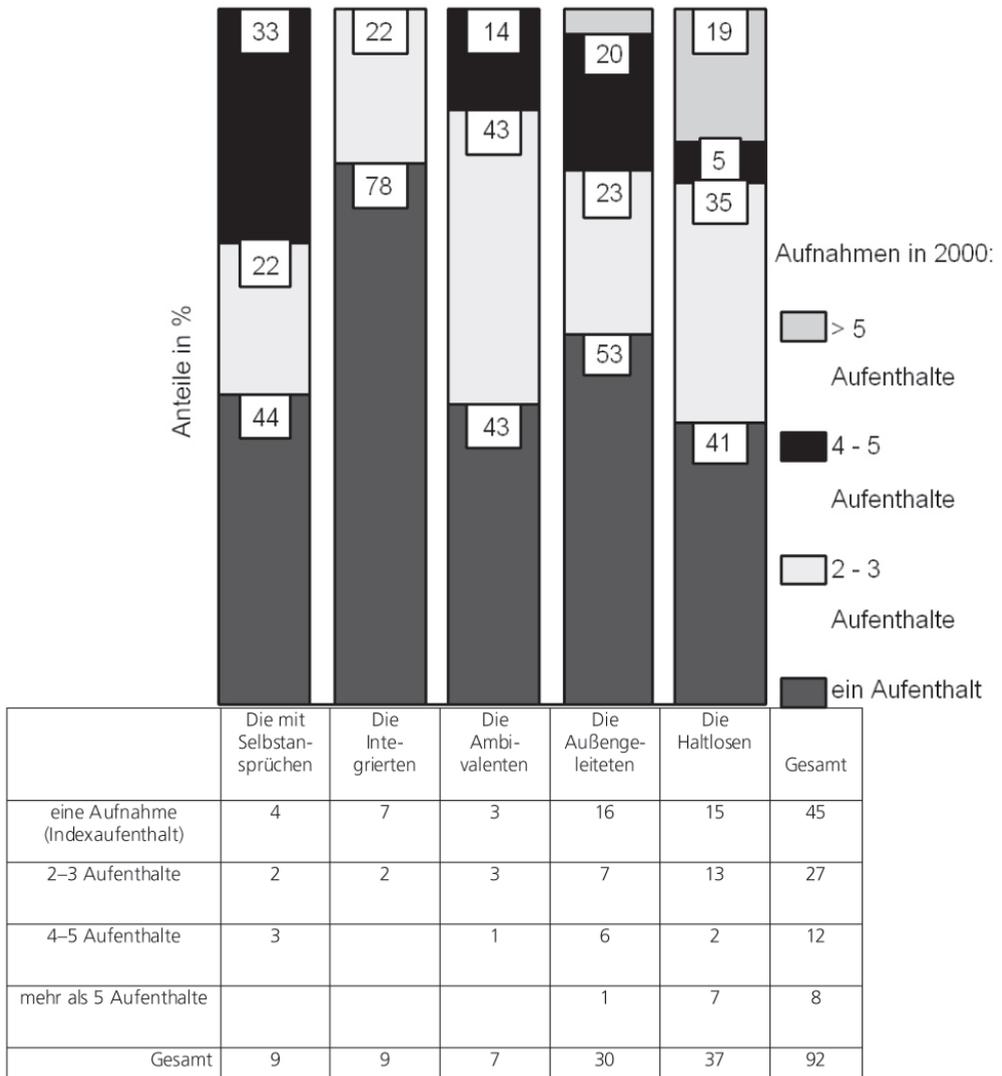
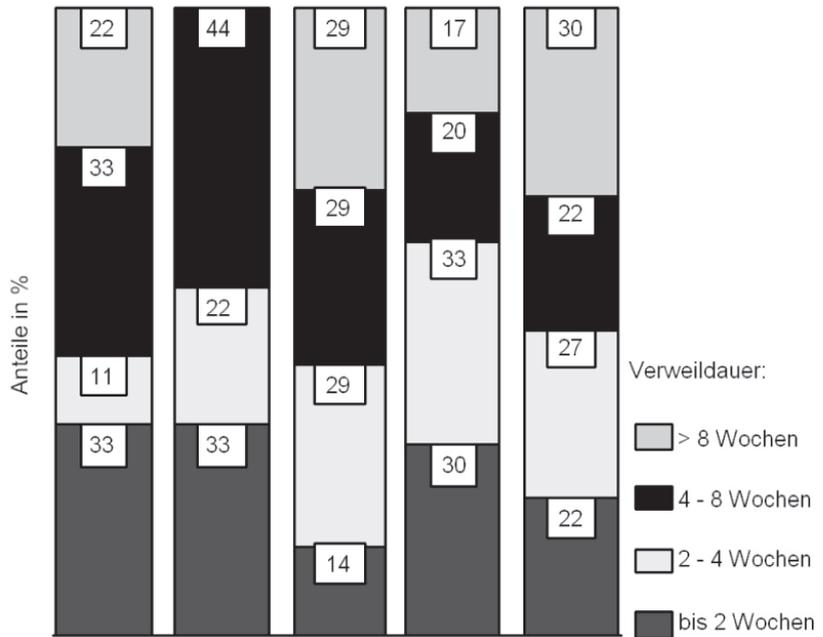
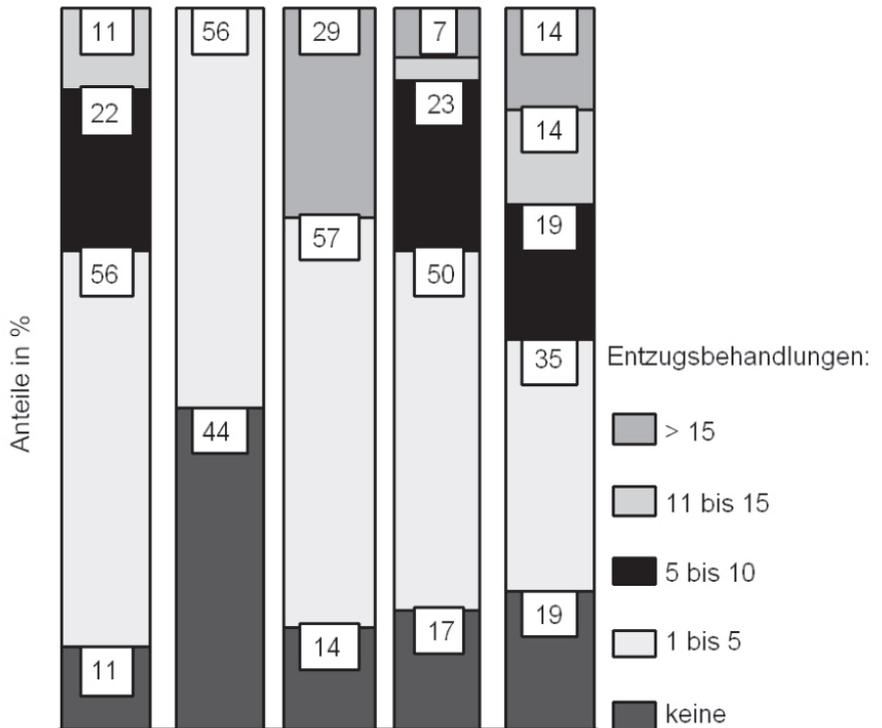


Diagramm 19: Häufigkeit der Aufnahmen in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000 in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außen-geleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
bis 2 Wochen	3	3	1	9	8	24
2 bis 4 Wochen	1	2	2	10	10	25
4 bis 8 Wochen	3	4	2	6	8	23
länger als 8 Wochen	2		2	5	11	20
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 20: Verteilung der kumulativen Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie im Jahr 2000 in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
keine Behandlung	1	4	1	5	7	18
1 bis 5 Behandlungen	5	5	4	15	13	42
5 bis 10 Behandlungen	2			7	7	16
11 bis 15 Behandlungen	1			1	5	7
mehr als 15 Behandlungen			2	2	5	9
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 21: Verteilung der Häufigkeit früherer stationärer Entzugsbehandlungen in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

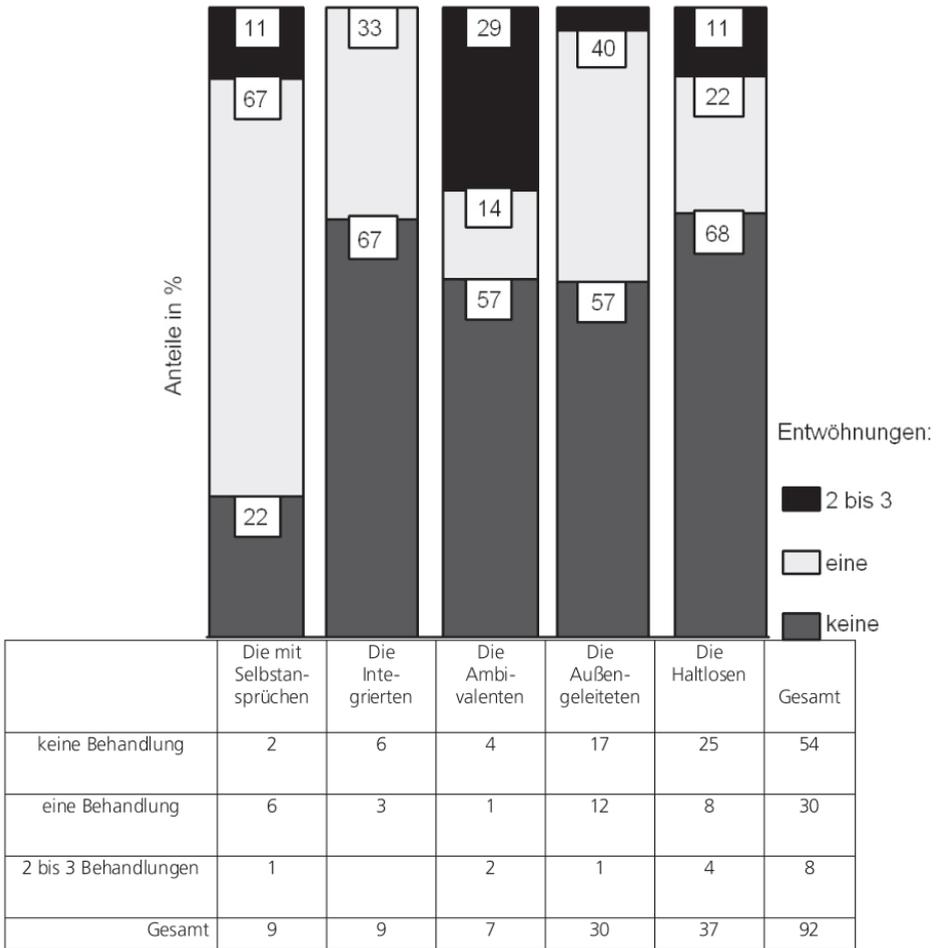
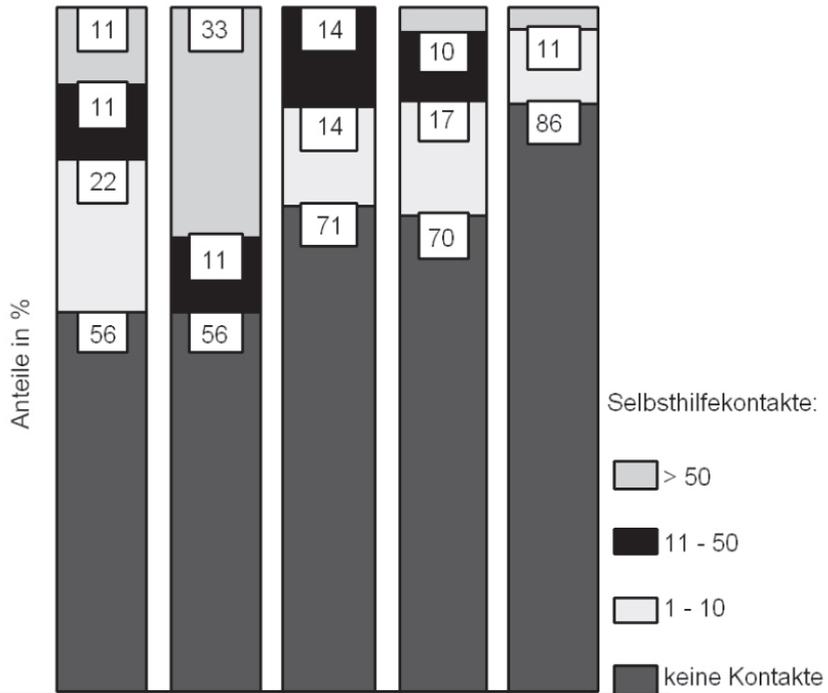
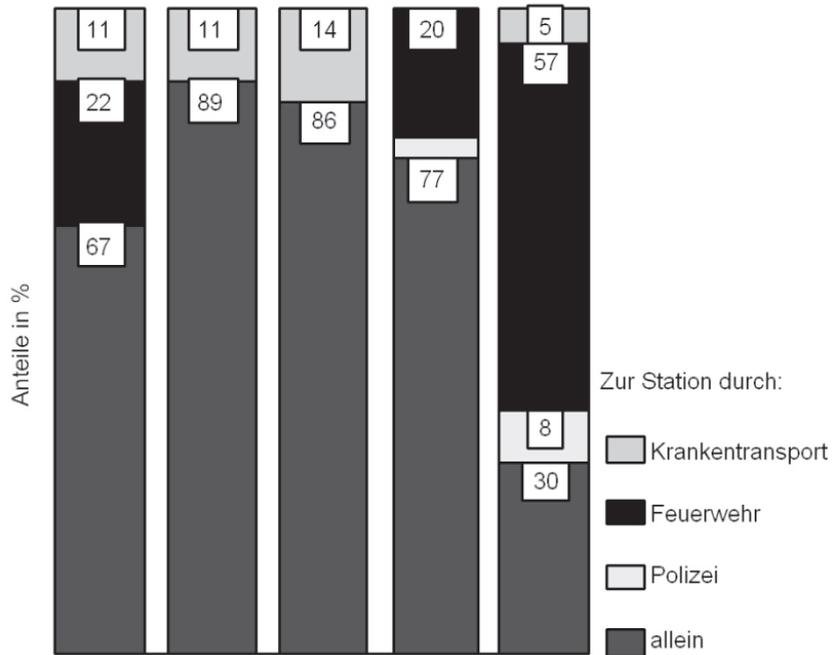


Diagramm 22: Verteilung der Häufigkeit früherer stationärer Entwöhnungsbehandlungen in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstan-sprüchen	Die Inte-grierten	Die Ambi-valenten	Die Außenge-leiteten	Die Haltlosen	Gesamt
kein Kontakt	5	5	5	21	32	68
1 bis 10 Kontakte	2		1	5	4	12
11 bis 50 Kontakte	1	1	1	3		6
mehr als 50 Kontakte	1	3		1	1	6
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 23: Verteilung der Häufigkeit bisheriger Selbsthilfegruppenkontakte in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
allein	67	89	86	77	30	54
Polizei	22	11	14	20	8	4
Feuerwehr	11	11	14	20	57	29
Krankentransport	1	1	1	1	2	5
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 24: Häufigkeit der einzelnen Zugangswege zur stationären Aufnahme in den nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

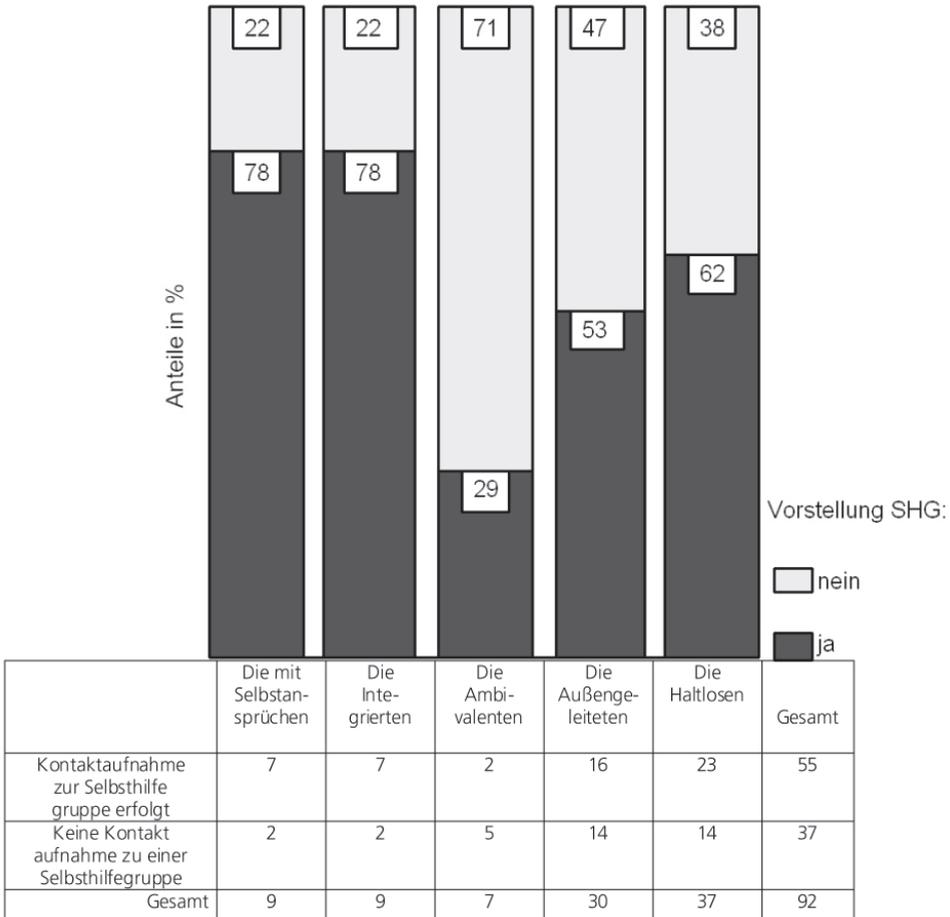
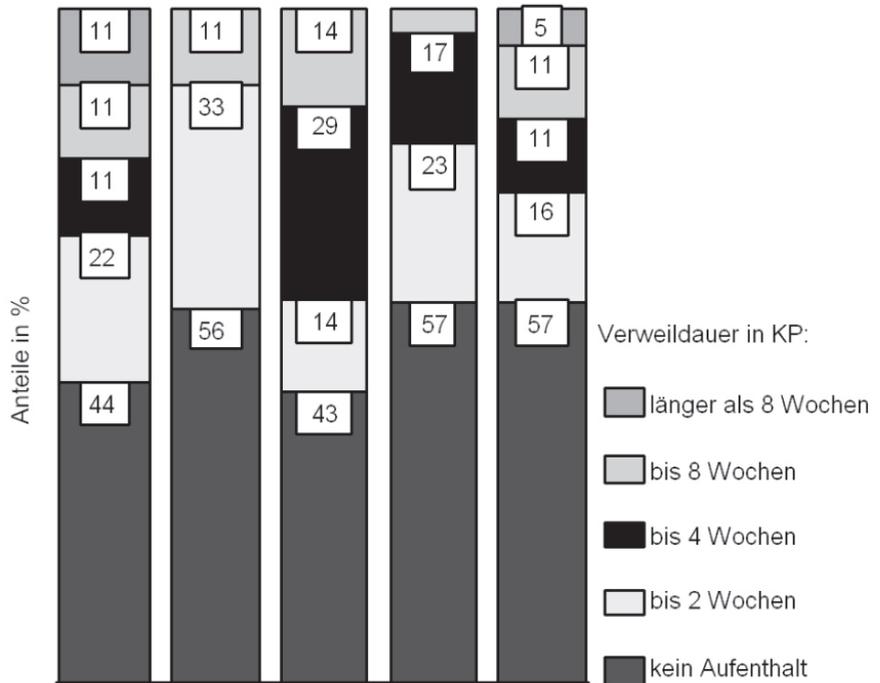


Diagramm 25: Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe während des untersuchten stationären Aufenthaltes; Aufteilung über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstansprüchen	Die Integrierten	Die Ambivalenten	Die Außengeleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
kein Aufenthalt	4	5	3	17	21	50
ein Aufenthalt	2	4	1	7	5	19
2-3 Aufenthalte	1		3	4	6	14
mehr als 3 Aufenthalte	2			2	5	9
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 26: Anzahl der Wiederaufnahme in die Abteilung für Psychiatrie im Jahre 2001 über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen



	Die mit Selbstan- sprüchen	Die Inte- grierten	Die Ambi- valenten	Die Außer- geleiteten	Die Haltlosen	Gesamt
kein Aufenthalt	4	5	3	17	21	50
bis 2 Wochen	2	3	1	7	6	19
bis 4 Wochen	1		2	5	4	12
bis 8 Wochen	1	1	1	1	4	8
länger als 8 Wochen	1				2	3
Gesamt	9	9	7	30	37	92

Diagramm 27: Kumulierte Verweildauer in der Abteilung für Psychiatrie im Jahre 2001 über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

Tab. 1: DIRA Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (σ) im Vergleich

	Gruppen- größe	Klein (1995)	Gesamt- gruppe	Die mit Selbstan- sprüchen	Die Inte- grierten	Die Ambi- valenten	Die Außen- geleiteten	Die Halt- losen
		228	92	9	9	7	30	37
Negative in- trapsychische Befindlichkeit (NEGINTRA)	MW	3,00	2,41	2,09	2,0	2,40	2,34	2,64
	σ		0,70	0,47	0,72	0,59	0,73	0,68
Soziale Trink- situation (SOZTR)	MW	3,05	2,45	1,85	1,81	2,25	2,22	2,98
	σ		0,83	0,73	0,55	0,35	0,71	0,77
Austesten der eigenen Kon- trollfähigkeit (TEST)	MW	2,60	2,22	2,26	1,94	1,90	2,04	2,47
	σ		0,71	0,55	0,71	0,59	0,73	0,71

Tab. 2: Ergebnisse für das empirische Signifikanzniveau α^* im T-Test, Kruskal-Wallis-Test und Mann-Whitney-U-Test

	Einfacher t-Test		Kruskal-Wallis-Test					Mann-Whitney-U-Test				
	UG _{gesamt} ^(klein) / UG _{gesamt}	UG _{ges} / UG _{ges}	K ₁ /K ₂	K ₁ /K ₃	K ₁ /K ₄	K ₁ /K ₅	K ₂ /K ₃	K ₂ /K ₄	K ₂ /K ₅	K ₃ /K ₄	K ₃ /K ₅	K ₄ /K ₅
Negative intrapsychische Befindlichkeit	,000**	,609 ,039*	,960	,340	,301	,012*	,314	,243	,032*	,786	,254	,115
Soziale Trinksituation	,000**	,86 ,000*	,930	,063	,205	,001**	,122	,138	,000**	,877	,006**	,000**
Austesten der eigenen Kontrollfähigkeit	,000**	,194 ,036*	,424	,151	,247	,667	,873	,920	,102	,613	,043*	,021*

DIRA-Daten: Überprüfung auf Signifikanz der Mittelwertunterschiede in der Vergleichsgruppe (UG_{klein}) in der Untersuchung von KLEIN (1995), der Gesamtgruppe (UG_{gesamt}) und den gebildeten Untergruppen (K₁₋₅) mit dem Einfachen-t-Test, dem Kruskal-Wallis-Test und dem Mann-Whitney-U-Test. Eingegeben ist jeweils die empirische Signifikanz (α^*) für die Überprüfung der Nullhypothese (H_0 : $\mu_1 = \mu_2$; bzw H_0 : $F_1(x) = F_2(x) = \dots = F_5(x)$). Wird die Nullhypothese verworfen, da α^* kleiner als das vereinbarte Signifikanzniveau (α) von 0,05 ist, kann die Alternativhypothese (H_0 : $\mu_1 \neq \mu_2$; bzw H_0 : $F_1(x) \neq F_2(x) \dots F_5(x)$) als zu diesem Signifikanzniveau bestätigt angesehen werden. In diesem Fall wurden die entsprechenden Mittelwerte in der Tabelle mit einem * ($\alpha^* 0,05$) oder ** ($\alpha^* 0,01$) markiert.

Tabelle 3: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI): Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (s) im Vergleich Inkongruenzquellen:

RIAI-Merkmal- und Bereichsskalen	Gruppengröße	Speierer (1999)	Gesamtgruppe	Die mit Selbstansprüchen (K ₁)	Die Integrieren (K ₂)	Die Ambivalenten (K ₃)	Die Außenleitenden (K ₄)	Die Haltlosen (K ₅)
RIAI 1: QSSK	MW σ	47 1,10 ,47	92 1,47 ,72	9 1,30 ,49	9 ,98 ,39	7 1,57 ,85	30 1,42 ,72	37 1,67 ,76
RIAI 2: QSK	MW σ	,65 ,60	1,05 ,84	1,22 ,69	,58 ,49	1,27 1,06	,80 ,83	1,29 ,85
RIAI 3: QSK-V	MW σ	,99 ,81	1,04 ,80	1,20 ,77	,64 ,58	1,10 1,03	1,06 ,96	1,07 ,67
RIAI 4: QdiSK	MW σ	,84 ,66	,83 ,69	,53 ,34	,40 ,40	1,11 1,31	,81 ,59	,97 ,68
RIAI 5: Qle	MW σ	2,44 1,73	3,28 ,55	3,53 ,27	3,38 ,41	3,02 ,59	3,22 ,63	3,28 ,54
RIAI 6: Qz	MW σ	,49 ,52	1,17 1,08	,89 ,95	,57 ,74	1,23 1,73	,83 ,76	1,65 1,12
Inkongruenzsymptome und Inkongruenzäquivalente:								
RIAI 7: IU	MW σ	,57 ,53	,87 ,73	,80 ,51	,49 ,60	1,00 1,08	,66 ,61	1,13 ,75
RIAI 8: IÜ-V	MW σ	,10 ,68	,85 ,61	,94 ,44	,47 ,38	1,21 ,98	,92 ,64	,80 ,56
RIAI 9: IVE	MW σ	,56 ,45	,87 ,60	,65 ,74	,57 ,49	,94 ,77	,74 ,50	1,09 ,58
RIAI 10: IVE-V	MW σ	,84 ,68	,70 ,51	,55 ,40	,39 ,40	,81 ,67	,75 ,52	,75 ,51
RIAI 11: IB	MW σ	,58 ,49	1,41 1,03	1,28 ,76	1,17 ,90	1,62 1,30	1,1 ,85	1,72 1,13
RIAI 12: IB-V	MW σ	1,00 ,85	,97 ,82	,89 ,61	,64 ,90	1,10 ,93	1,20 1,03	,85 ,59

Die Kongruenzäquivalente:

RIAI-Merkmal- und Bereichsskalen	Gruppengröße	Speierer (1999)	Gesamtgruppe	Die mit Selbstansprüchen (K ₁)	Die Integrieren (K ₂)	Die Ambivalenten (K ₃)	Die Außengeleiteten (K ₄)	Die Haltlosen (K ₅)
RIAI 13: KsekoSV+	MW	47	92	9	9	7	30	37
	σ	2,24 ,63	1,97 ,86	1,70 ,78	2,22 ,96	2,06 ,91	2,13 ,87	1,82 ,83
RIAI 14: KsekoIKB/IKT	MW	1,94	2,20	1,74	1,93	1,83	2,38	2,29
	σ	,69	,75	,70	,87	,70	,63	,78
RIAI 15: Kerf	MW	2,77	2,32	1,82	2,79	2,19	2,51	2,20
	σ	,82	,66	,70	,70	,58	,56	,63
Bereichsskalen:								
RIAI B1: KS	Mw	2,07	2,08	1,72	2,08	1,95	2,26	2,06
	σ	,62	,70	,72	,79	,67	,69	,69
RIAI B2: Kges	MW	2,42	2,20	1,77	2,43	2,07	2,39	2,13
	σ	,61	,60	,65	,70	,57	,51	,56
RIAI B3: Qskges	MW	,81	1,05	1,22	,61	1,19	,93	1,18
	σ	,64	,76	,69	,48	1,0	,84	,69
RIAI B4: Qges	MW	1,10	1,47	1,45	1,09	1,55	1,36	1,66
	σ	,55	,57	,42	,34	,96	,51	,56
RIAI B5: lggW	MW	,69	1,14	1,05	,76	1,28	,94	1,38
	σ	,41	,66	,55	,45	,89	,54	,70
RIAI B6: lverg	MW	,93	1,12	1,02	,93	1,29	1,25	1,06
	σ	,68	,43	,30	,40	,47	,51	,38
RIAI B7: lges	MW	,81	1,13	1,03	,84	1,29	1,09	1,22
	σ	,49	,45	,30	,38	,66	,45	,44
RIAI B8: LSG	MW	,50	,66	,46	,47	,94	,51	,83
	σ	,45	,56	,29	,50	1,11	,44	,54
RIAI B9: LSG-V	MW	,73	,55	,49	,26	,93	,53	,57
	σ	,57	,51	,28	,21	1,04	,48	,45

Tab. 4: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI): Ergebnisse für das empirische Signifikanzniveau α im T-Test, Kruskal-Wallis-Test und Mann-Whitney-U-Test; die Werte für $\alpha < 0,05$ wurden mit * gekennzeichnet.

Inkongruenzquellen:	Einfacher t-Test		Kruskal-Wallis-Test	Mann-Whitney-U-Test									
	UG _(spieler) /UG _{gesamt}	UG _{ges} /K ₄		UG _{ges} /K ₅	K ₁ /K ₂	K ₁ /K ₃	K ₁ /K ₄	K ₁ /K ₅	K ₂ /K ₃	K ₂ /K ₄	K ₂ /K ₅	K ₃ /K ₄	K ₃ /K ₅
RIAI 1: QSSK	,000*	,665	,133	,184	,873	,777	,193	,033*	,062	,015*	,786	,521	,156
RIAI 2: QSK	,000*	,096	,092	,041*	,710	,032*	,912	,151	,801	,020*	,122	,748	,007*
RIAI 3: QSK-V	,548	,903	,794	,099	,363	,483	,857	,556	,277	,090	,928	,687	,511
RIAI 4: QdiSK	,866	,836	,207	,352	,641	,242	,078	,221	,041*	,007*	,831	,574	,376
RIAI 5: Qle	,000*	,657	,969	,423	,063	,210	,249	,182	,688	,781	,341	,216	,815
RIAI 6: Qz	,000*	,020*	,014*	,421	,873	,987	,054	,747	,311	,006*	,860	,222	,002*
Inkongruenzsymptome und Inkongruenzäquivalente:													
RIAI 7: IU	,000*	,060	,042*	,131	,791	,333	,332	,311	,300	,016*	,303	,531	,009*
RIAI 8: IÜ-V	,020*	,578	,606	,037*	,791	,605	,332	,090	,049*	,145	,535	,275	,500
RIAI 9: IVE	,000*	,167	,00**	,894	,395	,316	,024*	,263	,308	,013*	,697	,479	,019*
RIAI 10: IVE-V	,009*	,608	,531	,306	,490	,300	,304	,261	,061	,035*	,861	,987	,955
RIAI 11: IB	,000*	,051	,104	,689	,748	,357	,305	,559	,815	,197	,360	,748	,027
RIAI 12: IB-V	,676	,227	,240	,099	,557	,751	,956	,182	,150	,085	,800	,499	,351

Kongruenzäquivalente:

	Einfacher t-Test				Kruskal-Wallis-Test					Mann-Whitney-U-Test					
	UG _{(Speier)/} UG _{gesamt}	UG _{ges} /K ₄	UG _{ges} /t		Unterguppen K ₁₋₅	K ₁ /K ₂	K ₁ /K ₃	K ₁ /K ₄	K ₁ /K ₅	K ₂ /K ₃	K ₂ /K ₄	K ₂ /K ₅	K ₃ /K ₄	K ₃ /K ₅	K ₄ /K ₅
RIAI 13: KsekoSV+	,003*	,311	,295	,380	,214	,312	,151	,588	,632	,789	,249	,831	,368	,146	
RIAI 14: KsekolKB/IKT	,001*	,118	,462	,126	,351	,957	,019*	,063	,958	,123	,317	,219	,192	,681	
RIAI 15: Kerf	,000*	,070	,248	,012	,013*	,340	,012*	,138	,038*	,242	,017*	,235	,987	,047*	
Bereichskalren:															
RIAI B1: KS	,873	,173	,829	,374	,199	,425	,029 [†]	,212	,874	,629	,814	,535	,872	,331	
RIAI B2: Kges	,001*	,059	,432	,044*	,085	,153	,014*	,114	,153	,665	,070	,261	,885	,067	
RIAI B3: Qskge:	,004*	,442	,237	,128	,022*	,397	,138	,989	,289	,433	,045*	,438	,873	,071	
RIAI B4: Qges	,000*	,210	,054	,049*	,145	,368	,594	,326	,560	,182	,007*	,907	,395	,026*	
RIAI B5: lggW	,000*	,055	,040*	,053	,402	,791	,443	,228	,315	,443	,018*	,278	,712	,013*	
RIAI B6: lverg	,000*	,180	,307	,257	,627	,223	,243	,857	,186	,083	,312	,786	,282	,127	
RIAI B7: lges	,000*	,678	,219	,206	,171	,711	,790	,218	,153	,162	,030*	,535	,885	,241	
RIAI B8: LSG	,007*	,060	,062	,058	,689	,957	,776	,056	,457	,676	,052	,484	,520	,010*	
RIAI B9: LSG-V	,001*	,858	,749	,336	,056	,916	,713	,989	,166	,203	,042*	,484	,736	,433	

Tab. 5: Verteilung der Ergebnisse im Münchener Alkoholismus Test (MALT) über die nach Auswertung der Interviews gebildeten Untergruppen

	<u>Die mit Selbst-</u> <u>ansprüchen</u>	<u>Die Inte-</u> <u>grierten</u>	<u>Die Ambi-</u> <u>valenten</u>	<u>Die Außen-</u> <u>geleiteten</u>	<u>Die Halt-</u> <u>losen</u>	<u>Gesamt-</u> <u>gruppe</u>
Mittlere Trinkmenge in ml reinem Alkohol pro Tag über einige Monate:	197	149	291	306	294	272
Mittlere Trinkmenge in ml reinem Alkohol pro Tag ein- oder mehrmals im Monat:	455	355	463	517	448	460
Mittelwerte in der Selbstbeurteilungsskala:	19,56	16,89	19,00	17,43	18,16	18,00
Mittelwerte in der Fremdbeurteilungs- skala (x4):	20,00	20,44	22,86	22,67	23,78	22,65
Gesamttestwert:	39,56	37,33	41,86	39,70	41,97	40,53

Quellen:	Vorliegende Studie		Psychiatrie		Fachkliniken	
	Keine: Mindestens eine:	Wienberg 1993	John 1984	Rothenbacher et al. 1985	Küfner et al. 1986	Schuler 1989
Vorherige Entwöhnungsbehandlung	58,7 41,3	62,7 33,7	- -	59,7 40,3	78,0 22,0	- -
Vorherige Entzugsbehandlung	19,6 80,4	25,3 74,7	- -	17,1 72,9	63,0 37,0	- -
Vorheriger Kontakt zu einer Fachberatungsstelle:	35,9 64,1	29,6 69,3	- -	71,5 28,5	71,5 28,5	65,3 34,7

9. Anhang

Anhang I: Basisdaten

1	Codenummer	
2	Name	<input type="text"/>
3	Vorname	<input type="text"/>
4	Geschlecht	<input type="text"/> 1 = männlich 2 = weiblich
5	Geburtsdatum	<input type="text"/>
6	Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
7	Straße	<input type="text"/>
8	Hausnummer	<input type="text"/>
9	PLZ	<input type="text"/>
10	Wohnort	<input type="text"/>
11		
12		
13	Aufnahmedatum	<input type="text"/>
14	Entlassungsdatum	<input type="text"/>
15		
16	Anzahl der Aufnahmen in dieser Klinik	<input type="text"/>
17	Datum der letzten Entlassung aus unserer Klinik	<input type="text"/>
18	Kostenträger für die aktuelle Behandlung	
19		<input type="text"/> 1 = AOK 5 = Privatversicherung
20		2 = BKK 6 = Berufsgenossenschaft
21		3 = IKK 7 = Sozialamt
22		4 = VdEK 8 = sonstige
22	Aufnahme erfolgt über	<input type="text"/> 1 = direkt 2 = Rettungsstelle
23	Aufnahme erfolgt mit	<input type="text"/> 1 = mit Einweisung 2 = ohne Einweisung
24	Aufnahme veranlasst durch	<input type="text"/> 1 = selbst 4 = Selbsthilfegruppe
		2 = Familie, Freunde 5 = juristischer Betreuer
		3 = Arbeitgeber 6 = WG, Heim
25	Aufnahme veranlasst durch	<input type="text"/> 1 = Hausarzt 4 = Suchtberatungsstelle
		2 = Facharzt 5 = SpD
		3 = Psychotherapeut 6 = andere Fachabteilung
26	Zuführung zur Station	<input type="text"/> 1 = allein 4 = Feuerwehr
		2 = Polizei 5 = Krankentransport
27	Motivation zur jetzigen Behandlung	<input type="text"/> 1 = selbst 2 = fremd

28			
29			
30	Vorbehandlung bzgl. der Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	2 = nein
31			
32	Anzahl ambulanter Suchtberatungstermine	<input type="text"/>	
33	Datum der letzten ambulanten Beratung	<input type="text"/>	
34			
35	Anzahl stationärer Entgiftungsbehandlungen	<input type="text"/>	
36	Abschluss der letzten stationären Entgiftung	<input type="text"/>	
37			
38	Anzahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen	<input type="text"/>	
39	Abschluss der letzten Entwöhnungsbehandlung	<input type="text"/>	
40			
41	Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen	<input type="text"/>	
42	Abschluss der letzten stat. Entwöhnungsbeh.	<input type="text"/>	
43			
44	Anzahl stationärer Langzeitbehandlungen	<input type="text"/>	
45	Entlassungsdatum aus stationärer Langzeitbeh.	<input type="text"/>	
46	ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 1 = nie 2 = früher	3 = aktuell
47			
48	Anzahl von Selbsthilfegruppenkontakten	<input type="text"/>	
49	Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> 1 = ja	2 = nein
50	Datum des letzten Kontaktes zur SHG	<input type="text"/>	
51	Familienstand	<input type="checkbox"/> 1 = ledig 2 = verheiratet 4 = geschieden	3 = getrennt 5 = verwitwet
52	Partnerbeziehung	<input type="checkbox"/> 1 = allein stehend 2 = zeitweilige Beziehung	3 = feste Bez.
53	Kontakt zu Partner	<input type="checkbox"/> 1 = verstorben 2 = kein Kontakt 3 = selten/unregelmäßig	4 = häufig/regelm. 5 = ständig
54	Kontakt zu Partner, Bewertung	keine Angabe <input type="text"/> 1	zufrieden <input type="text"/> 2
			unzufrieden <input type="text"/> 3
55			
56	Anzahl der Kinder	<input type="text"/>	
57	Kontakt zu Kindern	<input type="checkbox"/> 1 = verstorben 2 = kein Kontakt 3 = selten/unregelmäßig	4 = häufig/regelm. 5 = ständig
58	Kontakt zu Kindern, Bewertung	keine Angabe <input type="text"/> 1	zufrieden <input type="text"/> 2
			unzufrieden <input type="text"/> 3
59			
60	aktueller Kontakt zum Vater	<input type="checkbox"/> 1 = verstorben 2 = kein Kontakt 3 = selten/unregelmäßig	4 = häufig/regelm. 5 = ständig
61	aktueller Kontakt zum Vater, Bewertung	keine Angabe <input type="text"/> 1	zufrieden <input type="text"/> 2
			unzufrieden <input type="text"/> 3

62				
63	aktueller Kontakt zur Mutter	<input type="checkbox"/>	1 = verstorben 2 = kein Kontakt 3 = selten/unregelm.	4 = häufig/regelm. 5 = ständig
64	aktueller Kontakt zur Mutter, Bewertung	keine Angabe <input type="checkbox"/> 1	zufrieden <input type="checkbox"/> 2	unzufrieden <input type="checkbox"/> 3
<hr/>				
65				
66	Anzahl der Geschwister	<input type="checkbox"/>		
67	aktueller Kontakt zu Geschwistern	<input type="checkbox"/>	1 = verstorben 2 = kein Kontakt 3 = selten/unregelm.	4 = häufig/regelm. 5 = ständig
68	aktueller Kontakt zu Geschwistern, Bewertung	keine Angabe <input type="checkbox"/> 1	zufrieden <input type="checkbox"/> 2	unzufrieden <input type="checkbox"/> 3
<hr/>				
69	feste langjährige Freundschaften, Anzahl	<input type="checkbox"/>		
70				
71	aktueller Kontakt zu Freunden, Bewertung	keine Angabe <input type="checkbox"/> 1	zufrieden <input type="checkbox"/> 2	unzufrieden <input type="checkbox"/> 3
72	aktueller Kontakt zu Freunden, Häufigkeit	<input type="checkbox"/>	1 = täglich 2 = wöchentlich 2-4	3 = wöchentl. 1 x 4 = monatlich
<hr/>				
73	Freizeitgestaltung, Zugehörigkeit zu	<input type="checkbox"/>	1 = Verbänden 2 = Gewerkschaft	3 = Kirche 4 = feste Gruppe
74	Welche Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	1 = Sport 2 = Musik 3 = Skatrunde 4 = Theater	5 = gemeinnütz. Verein 7 = Schützenverein 8 = Anglerclub
75	Häufigkeit der Teilnahme	<input type="checkbox"/>	1 = täglich 2 = wöchentlich 2-4	3 = wöchentl. 1 x 4 = monatlich
<hr/>				
76	aktuelle Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	1 = allein 2 = (Ehe-)Partner 3 = Eltern(-teil) 4 = Kinder	5 = Geschwister 6 = andere Verwandte 7 = nicht Verwandte
77	Suchtproblem im Umfeld, trinkt zusammen mit	<input type="checkbox"/>	1 = allein 2 = (Ehe-)Partner 3 = Eltern(-teil) 4 = Kinder	5 = Geschwister 6 = andere Verwandte 7 = nicht Verwandte
78	Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	1 = eigene Wohnung 2 = zur Untermiete 3 = WG 4 = betreutes Wohnen 5 = Heim	6 = JVA 7 = Obdachlosen- unterkunft 8 = ohne Unterkunft
79				
80				
81	höchster erreichter Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	1 = ohne 2 = Sonderschule 3 = Hauptschule 4 = Realschule/mittlere Reife/POS	5 = Fachhochschulreife 6 = Hochschulreife/Abitur 7 = abgeschl. Studium
82	Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	1 = ohne 2 = Teilfacharbeiter 3 = Facharbeiter/Handwerker	4 = Meisterbrief 5 = abgeschl. Studium

83	Beruf	<input type="text"/>	
84	letzte ausgeübte Tätigkeit	<input type="text"/>	
85	Beschäftigung	<input type="text"/>	1 = Vollzeit 2 = Teilzeit 3 = helfender Familienangehöriger 4 = Hausfrau 5 = Ausbildung/Umschulung 6 = Schüler/Student 7 = Wehr-/Zivildienst 8 = beschützter AP 9 = ohne Beschäftigung 10 = arbeitslos 11 = EU-Rente 12 = Altersrente
<hr/>			
86	Arbeitslosigkeit seit Arbeitslosigkeitszeiten AB-Maßnahmen	<input type="text"/>	
87	Einkommenssituation	<input type="text"/>	1 = Lohn/Gehalt 2 = Ausbildungsbeihilfe 3 = Kranken-/Übergangsgeld 4 = Rente 5 = Unterstützung durch Angehör. 6 = Vermögen 7 = Arbeitslosengeld 8 = Arbeitslosenhilfe 9 = Sozialhilfe 10 = Gelegenheitsjobs 11 = Pflegevers. 12 = sonstige Eink.
88	aktuelle Einkommenssituation, Höhe der Einkünfte	<input type="text"/>	
89	Schulden	<input type="text"/>	1 = keine 2 = bis 5.000 3 = bis 10.000 4 = bis 50.000 5 = bis 100.000 6 = über 100.000
90			
91			
92	gerichtliche Betreuung	<input type="text"/>	1 = keine 2 = freiwillig eingerichtet 3 = unfreiwillig eingerichtet
93	Betreuung für Aufenthaltsbestimmung	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
94	Betreuung für Wohnungsangelegenheiten	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
95	Betreuung für Vermögensangelegenheiten	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
96	Betreuung für Gesundheitsfürsorge	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
97			
98	Verurteilungen im Zusammenhang mit Suchterkrankung	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
99	Verkehrsdelikte	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
100	Sachbeschädigung	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
101	Körperverletzung o.Ä.	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
102	Beschaffungsdelikte	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
103	Verstoße gegen Betäubungsmittelgesetz	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
104			
105			
<hr/>			
106	Erkrankungen in der Vorgeschichte	<input type="text"/>	1 = ja 2 = nein
107	Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	

108 Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
109 Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
110 Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
111 Psychiatrische Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
112 weitere Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
113 weitere Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
114 weitere Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
115 weitere Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
116 weitere Diagnosen nach ICD 10	<input type="text"/>	
117		
118 weitere Abhängigkeiten	<input type="checkbox"/>	1 = Spielsucht 2 = Esssucht 3 = Medikamente 4 = Cannabis 5 = Kokain 6 = Heroin 7 = Amphetamine 8 = Codein
119 vegetatives Alkoholentzugssyndrom	<input type="checkbox"/>	1 = nie 2 = bei früheren Entzügen 3 = beim jetzigen Entzug 4 = bei früheren und jetzigen Entzügen
120 Alkoholentzugsdelir	<input type="checkbox"/>	1 = nie 2 = bei früheren Entzügen 3 = beim jetzigen Entzug 4 = bei früheren und jetzigen Entzügen
121 Alkoholentzugsanfälle		
122	<input type="checkbox"/>	1 = nie 2 = bei früheren Entzügen 3 = beim jetzigen Entzug 4 = bei früheren und jetzigen Entzügen
123		
<hr/>		
124 Kontaktaufnahme zu/Vermittlung in weiterführende Behandlung	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
125 Kontaktaufn. zu einer SHG während stat. Auf.	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
126 Vorstellung/Terminvereinbarung mit Suchtberatungsstelle	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
127 Überweisung zum Hausarzt	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
128 Überweisung zu Psychiater/Nervenarzt	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
129 Anmeldung/Verlegung in eine Suchtfachklinik	<input type="checkbox"/>	1 = keine Antragstell. 2 = Antragstell. empfohlen 4 = Verlegung 5 = Vermittlung unmittelbar
130 Vermittlung in eine Tagesklinik	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein
131 Vermittlung in eine stationäre Langzeiteinricht.	<input type="checkbox"/>	1 = keine Antragstell. 2 = Antragstell. empfohlen 4 = Verlegung 5 = Vermittlung unmittelbar
132 Vermittlung in ambulant betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	1 = keine Antragstell. 2 = Antragstell. empfohlen 4 = Verlegung 5 = Vermittlung unmittelbar
133 Vermittl. zu einer Kontakt- und Beratungsstätte	<input type="checkbox"/>	1 = ja 2 = nein

Anhang II: Interviewprotokollbogen

Name, Vorname:

Aufnahme-Nr.:

Pat.-Nr.:

Suchtanamnese: Wann und in welchem Zusammenhang haben Sie zum ersten Mal Alkohol getrunken? Erste Rauscherfahrungen? Wann haben Sie begonnen, regelmäßig zu trinken und in welchem Umfang und welchen Situationen und Zusammenhängen? Wann haben Sie zum ersten Mal Entzugssymptome wahrgenommen? Ab wann (in welchem Zusammenhang und welcher Lebenssituation) hat aus Ihrer heutigen Sicht der Alkohol Sie in Ihrer Lebensführung beeinträchtigt? Seit wann sehen Sie sich selbst als alkoholabhängig?

Subjektive Rückfallbegründung: Wenn Sie sich jetzt an den letzten Alkoholrückfall erinnern, in welcher Situation waren Sie, als Sie wieder begonnen haben, zu trinken? Was ging dieser Situation voraus? Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für diesen Rückfall?

Rückfallsituation und Verlauf: Bitte schildern Sie aus Ihrer Sicht den weiteren Verlauf. Was hat aus Ihrer Sicht zum weiteren Kontrollverlust beigetragen? Wann und wie sind Sie zu der Entscheidung gekommen, wieder hierher zur Entzugsbehandlung zu kommen?

Abstinenzabsicht und -zuversicht: Jetzt nach dem Entzug, wie schätzen Sie Ihre Absicht ein, weiterhin abstinent zu bleiben? Wie zuversichtlich sind Sie, das zu schaffen?

Alkoholfolgeerwartung: Welche Erwartungen, Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen verbinden Sie mit Alkohol? Wozu nutzen Sie ihn? In welcher Weise verändert er Sie? Was bedeutet Ihnen diese Veränderung?

Abstinenzerswartung: Welche Erwartungen, Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen verbinden Sie mit weiterer Abstinenz? Welche Vorteile und welche Nachteile könnte das für Sie haben?

Selbstwirksamkeitserwartung: Welche Ressourcen sehen Sie bei sich, jetzt abstinent zu bleiben? Wer oder was könnte Ihnen dabei helfen? Welche Erfahrungen haben Sie damit schon gemacht? Was macht Ihnen dabei eher Mut? Was entmutigt Sie?

Anhang III: Diagnostisches Inventar zum Rückfall Alkoholabhängiger (DIRA)*

Anleitung:

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

Sie können sich jeweils zwischen den Antwortmöglichkeiten »nie«, »selten«, »oft« und »nahezu immer« entscheiden.

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

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

Ich habe Alkohol getrunken ...	nie	selten	oft	nahezu immer
1. wenn ich mich niedergeschlagen fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. wenn ich meine Gedanken um »das erste Glas« kreisen ließ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. wenn ich fühlte, dass es niemanden interessierte, was mit mir passierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. wenn ich eingeladen war und man mir ein alkoholisches Getränk anbot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. wenn jemand im selben Raum trank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. wenn ich bemerkte, dass es niemanden gab, an den ich mich wenden konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. wenn ich mich mit meiner Selbstkontrolle über Alkohol beschäftigte und es für angemessen hielt, probeweise etwas zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. wenn ich mich selbst erniedrigt fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. wenn ich Angst hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. wenn mich jemand kritisierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. wenn ich in Urlaub war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* © M. Klein, Köln: 1997

Ich habe Alkohol getrunken ...	nie	selten	oft	nahezu immer
12. wenn ich mich selbst überzeugt hatte, dass ich inzwischen eine neue Persönlichkeit war und ruhig ein wenig Alkohol vertragen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. wenn ich eine Flasche meines Lieblingsgetränkes geschenkt bekam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. wenn es zu Hause Zank und Streit gab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. wenn ich auf einer Gesellschaft war, wo andere Leute tranken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. wenn ich dachte, dass ich nie meine Grenzen kennen lernen könnte, wenn ich nicht Alkohol probieren würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. wenn ich dachte, dass Alkohol kein Problem mehr für mich wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. wenn ich mit Freunden ausging und mich gut unterhalten wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. wenn ich anfang zu denken, wie kühl und befriedigend ein alkoholisches Getränk jetzt wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. wenn ich mich mit jemandem richtig gut unterhalten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. wenn ich mich ungerecht bestraft fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. wenn ich voll Groll und Ärger war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. wenn mir das Leben zum Hals heraus hing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. wenn ich reizbar war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. wenn andere Leute mich scheinbar nicht leiden konnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. wenn ich mir unsicher war, ob ich die Erwartungen anderer erfüllen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. wenn ich mein Trinkproblem auf die leichte Schulter nahm oder gar lächerlich fand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. wenn ich unter großem Druck stand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. wenn nichts, was ich tat, mir richtig erschien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. wenn ich mit einem Freund feiern wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. wenn mir jemand den Vorschlag machte, zusammen in eine Kneipe zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. wenn ich es mir mit jemandem aus meinem Freundeskreis schön machen wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. wenn ich dachte, dass ich endlich geheilt sei und mit Alkohol umgehen könne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. wenn ich Alkohol angeboten bekam und mir das Ablehnen peinlich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. wenn ich alleine war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. wenn ich mich in einer Gesellschaft amüsierte und meinen Spaß noch vergrößern wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. wenn ich mich selbst als verachtenswert empfand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. wenn ich Angst hatte, dass letztlich alles schief gehen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. wenn ich mich entschieden hatte, meine Willenskraft zu testen, indem ich zeigte, dass ich nach ein oder zwei Gläsern wieder aufhören konnte zu trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe Alkohol getrunken ...	nie	selten	oft	nahezu immer
40. wenn ich enttäuscht war, weil andere Leute mich enttäuscht hatten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. wenn ich auf einer Party oder Gesellschaft war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. wenn mir alles schief ging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. wenn mich jemand unter Druck setzte, als guter Kamerad einen mitzutrinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. wenn ich meiner Neugierde nachgehen wollte, ob ich mit Alkohol besser umgehen könne als bisher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. wenn ich mich für etwas schuldig fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. wenn ich mich über bestimmte Ereignisse ärgerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. wenn ich begann, mich frustriert zu fühlen, und das Leben satt hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. wenn ich mich von Familienangehörigen unter Druck gesetzt fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. wenn ich dachte, dass ich nicht wirklich vom Alkohol abhängig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. wenn ich es doch noch einmal wissen wollte und dachte, dass ein wenig Alkohol mir nicht schaden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. wenn ich zu denken begann, dass ein wenig Alkohol mir nichts ausmacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. wenn ich feiern wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. wenn ich mir selbst beweisen wollte, dass ich ruhig ein wenig trinken könne, ohne betrunken zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. wenn es zu Hause Krach gab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. wenn ich nervös war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. wenn ich mich wehren wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. wenn ich daran zweifelte, dass ich mein Trinken nicht kontrollieren könne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. wenn ich mich einsam fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. wenn ich begann zu erwarten, dass ich im entscheidenden Moment doch noch mit dem Weitertrinken aufhören könne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. wenn etwas Angenehmes passierte und mir nach Feiern zumute war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang IV: Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI)*

Name/Code _____ Diagnose (ICD-10 oder DSM-IV) _____

Bitte beantworten Sie zunächst folgende Fragen und kreuzen Sie gegebenenfalls das Zutreffende an:

- Patient(in)** (1)
Nichtpatient(in) (2)
Geschlecht: weiblich (1), männlich (2)
Alter in Jahren: (Geburtsdatum: _____)
Schulabschluss: Hauptschule (1), Mittel-/Real-/Handelsschule (2), Gymnasium ohne Abitur (3), Abitur (4), Studium ohne Abschluss (5), abgeschl. Studium (6)
Familienstand: _____ ledig (1), verheiratet (2), geschieden/getrennt (3), verwitwet (4)
Haushalt: alleine lebend (1), in Familie lebend (2), in Ehe/Partnerschaft lebend (3), in Wohngemeinschaft u.Ä. lebend (4)
Beruf: (Fach)arbeiter(in) (1), Angestellte(r) (2), Beamte(r) (3), Selbstständige(r) (4), Student(in) (5), Hausfrau/Hausmann (6)

Üben Sie derzeit eine berufliche Tätigkeit außer als Hausfrau oder Hausmann aus? Ja (1) Nein (2)
 Testdatum: _____

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, Gedanken und Erfahrungen. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr diese Aussagen, Gedanken und Erfahrungen *in den letzten sieben Tagen* oder, sofern erfragt, auch *in der Vergangenheit einschl. Kindheit* für Sie zutreffen (von »überhaupt nicht« bis »sehr stark«).

Beispiel:

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0. Ich bin ein umgänglicher Mensch.	0	1	2	3	4

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage eine der fünf Möglichkeiten an, gegebenenfalls diejenige, die am ehesten zutrifft.

* © Prof. Dr. G.-W. Speierer, Regensburg

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen, Gedanken und Erfahrungen *in den letzten sieben Tagen* für Sie zu?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
3. Ich fühle mich so richtig wohl.	0	1	2	3	4
5. Ich bin glücklich.	0	1	2	3	4
11. Im Moment laufen die Dinge bei mir so, wie sie laufen sollten.	0	1	2	3	4
13. Ich bin im Einklang mit mir selber.	0	1	2	3	4
14. Gegenüber mir selbst fühle ich mich offen und frei.	0	1	2	3	4
22. Was mich nicht umbringt, macht mich stärker.	0	1	2	3	4
25. Man muss auch mal fünf gerade sein lassen.	0	1	2	3	4
26. Mit Humor geht alles besser.	0	1	2	3	4
27. Kommt Zeit, kommt Rat.	0	1	2	3	4
29. Ich kann es gut aushalten, wenn nicht alles so läuft, wie ich es mir vorstelle/wie ich denke, dass es sein sollte.	0	1	2	3	4
30. Ich kann Belastungen standhalten.	0	1	2	3	4
31. Misserfolge bringen mich nicht um.	0	1	2	3	4
34. Ich sollte ganz anders sein.	0	1	2	3	4
35. Ich muss es allen recht machen.	0	1	2	3	4
36. Ich muss immer mindestens 100 % leisten.	0	1	2	3	4
37. Ich möchte von allen geliebt werden.	0	1	2	3	4
39. Ich bin mit meinem Äußeren unzufrieden.	0	1	2	3	4
41. Meine Gedanken beginnen mit »ich sollte«, »man müsste« oder »man sollte«.	0	1	2	3	4
43. Man darf niemanden etwas zuleide tun.	0	1	2	3	4
48. Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen.	0	1	2	3	4
51. Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
52. Es fällt mir schwer, ohne Hilfe anderer auszukommen.	0	1	2	3	4
54. Ich zweifle an mir.	0	1	2	3	4
56. Ich komme mir hilflos vor. 0 1 2 3 4					
60. Wenn etwas schief geht, denke ich: »Das geschieht mir recht!«	0	1	2	3	4
61. Einmal versagt, immer versagt.	0	1	2	3	4
64. Was ich auch mache, ist verkehrt.	0	1	2	3	4
65. Es ist mir alles zuwider.	0	1	2	3	4
66. Ich habe nie Glück.	0	1	2	3	4

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen, Gedanken und Erfahrungen *getrennt* für Ihr Befinden in den letzten sieben Tagen und in der Vergangenheit (einschließlich Kindheit).

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67. Ich fühle mich elend.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
68. Ich leide unter körperlichen Schmerzen oder anderen Körperbeschwerden. (Kopf, Herz, Brust, Kreuz, Rücken, Haut, Magen/Darm, Arme, Beine, Gelenke, andere; Zutreffendes bitte unterstreichen)					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
69. Ich leide unter Schwindel oder Zittern.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
70. Ich leide unter Schlafstörungen.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
71. Ich bin nervös.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
73. Ich erschrecke plötzlich ohne Grund.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
74. Ich leide unter Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen ich machtlos bin.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
75. Ich fühle mich einsam.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
76. Ich fühle mich grundlos niedergeschlagen bzw. schwermütig.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
77. Bestimmte Dinge/Ereignisse machen mich traurig.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
78. Ich leide unter Furchtsamkeit bzw. Angst.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
79. Ich habe Gedanken, die nicht meine eigenen sind.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
80. Ich habe den Drang, jemanden zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4
81. Ich leide unter Schreck- oder Panikanfällen.					
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G: 0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V: 0	1	2	3	4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
82. Die Dinge laufen mir aus dem Ruder.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
83. Ich fühle mich angespannt/gestresst.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
85. Meine Gedanken kreisen stundenlang um dasselbe, ohne dass ich davon loskomme.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
86. Manche meiner Handlungen muss ich wieder und wieder kontrollieren.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
87. Bestimmte Gedanken muss ich zwanghaft denken.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
88. Ich muss bestimmte Handlungen zwanghaft wiederholen, z.B. Waschen, Putzen, Zählen oder anderes (Zutreffendes bitte unterstreichen).						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
89. Ich leide unter dem Drang, mich zu überessen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
90. Mein Zustand wird immer schlimmer.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
92. Nichts ist besser geworden.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
94. Ich fühle mich hoffnungslos.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
95. Meine geistige Leistungsfähigkeit ist vermindert.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
96. Meine körperliche Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
97. Ich fühle mich müde und energielos.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
98. Entscheidungen fallen mir schwer.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
99. Ich fühle mich überfordert.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
100. Mir wird alles zu viel.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
101. Belastungen halte ich nicht aus.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
102. Ich bin empfindlich/verletzlich.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
103. Ich zweifle an mir.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
105. Ich schäme mich.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
106. Ich fühle mich als Versager.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
108. Ich fühle mich gegenüber anderen Menschen befangen und gehemmt.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
110. Es fällt mir schwer, vor anderen Ärger, Wut, Aggression, Enttäuschung zuzulassen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
111. Es fällt mir schwer, in Beziehungen den ersten Schritt zu tun.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
112. Es fällt mir schwer, mich durchzusetzen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
113. Es fällt mir schwer, andere zu loben.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
115. Ich erlebe mich schüchtern und unbeholfen mit Menschen, die ich attraktiv finde.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
116. Ich vermeide Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Zug oder Auto. (Zutreffendes bitte unterstreichen)						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
117. Ich vermeide Fahrten im Fahrstuhl, Tunnel oder geschlossene Räume (Zutreffendes bitte unterstreichen)						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
118. Ich vermeide freie Plätze oder große Räume.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
119. Ich fürchte mich vor Schlangen, Spinnen, Mäusen, Insekten und anderen kleinen Tieren, auch wenn ich weiß, dass sie eigentlich ungefährlich sind (Zutreffendes bitte unterstreichen)						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
123. In meiner Freizeit, an Fest- u. Feiertagen, in den Ferien, im Urlaub/geht es mir schlechter, als wenn ich arbeite. (Zutreffendes bitte unterstreichen)						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
124. Ich bezweifle, dass ich es wert bin , geliebt zu werden.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
126. Ich fühle mich von anderen nicht verstanden.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
127. Ich erlebe andere mir gegenüber oft als uninteressiert und teilnahmslos.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
128. Meine Leistungen werden nicht (genug) anerkannt.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
129. Ich befürchte, dass andere mich nicht mögen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
130. Es fällt mir schwer, anderen zu vertrauen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
131. Es fällt mir schwer, andere zu respektieren.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
132. Es fällt mir schwer, mich in andere Menschen einzufühlen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4

		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
133. Mit Beziehungen habe ich kein Glück.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung:	V:	0	1	2	3	4
134. Meine persönlichen Beziehungen zu Arbeitskollegen sind unbefriedigend.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung:	V:	0	1	2	3	4
136. Meine persönlichen Beziehungen zu Geschwistern sind unbefriedigend.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
139. Meine persönlichen Beziehungen zu meinem/ meiner (Ehe)Partner(in) sind unbefriedigend.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung:	V:	0	1	2	3	4
141. Ich denke, meine Probleme/Beschwerden/ Schwierigkeiten hängen mit einer körperlichen Erkrankung zusammen.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
142. Ich denke, ich habe eine schwache Konstitution.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
143. Ich denke, meine Probleme/Beschwerden/ Schwierigkeiten habe ich schon seit meiner Kindheit.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit)	V:	0	1	2	3	4
145. Ich denke, meine Beschwerden beginnen wie aus heiterem Himmel.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
146. Meine Befindlichkeit ist deutlich abhängig von der Tageszeit.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
147. Meine Befindlichkeit ändert sich deutlich mit der Jahreszeit.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4
148. Morgens geht es mir am schlechtesten.						
Erfahrung in den letzten sieben Tagen:	G:	0	1	2	3	4
frühere Erfahrung (einschließlich Kindheit):	V:	0	1	2	3	4

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen, Gedanken und Erfahrungen *in den letzten sieben Tagen* für Sie zu?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
150. Meine Krankheit, meine Probleme, Beschwerden, Schwierigkeiten hat/haben auch mit mir zu tun.	0	1	2	3	4
154. Ich denke, dass meine Krankheit, meine Probleme, Beschwerden, Schwierigkeiten schicksalsgegeben sind.	0	1	2	3	4
156. Ich denke, dass äußere Faktoren wie das Wetter oder andere Ereignisse unabhängig von mir und anderen Personen für meine Krankheit, meine Probleme, Beschwerden, Schwierigkeiten verantwortlich sind.	0	1	2	3	4

Aussagen, Gedanken und Erwartungen beziehen sich auf die *Zukunft*. Bitte beurteilen Sie diese Aussagen, Gedanken und Erfahrungen danach, wie sehr sie Ihrem *Empfinden in den letzten sieben Tagen* entsprechen.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
158. Wenn ich an die Zukunft denke, werde ich ganz mutlos.	0	1	2	3	4
159. Ich habe wenig Hoffnung für die Zukunft.	0	1	2	3	4
160. Beruflich erwarte ich von der Zukunft nichts Gutes.	0	1	2	3	4
161. Für meine persönliche Entwicklung erwarte ich von der Zukunft nichts Gutes.	0	1	2	3	4
162. Für freundschaftliche bzw. partnerschaftliche mitmenschliche Beziehungen erwarte ich von der Zukunft nichts Gutes.	0	1	2	3	4
163. Für mich selber erwarte ich von der Zukunft nichts Gutes.	0	1	2	3	4
164. Ich glaube, dass sich meine Probleme/Schwierigkeiten auch in Zukunft nicht ändern werden.	0	1	2	3	4

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen, Gedanken und Erfahrungen *in den letzten sieben Tagen* für Sie zu?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
167. Ich traue mir mehr zu.	0	1	2	3	4
177. Es geht mir schon deutlich besser als früher.	0	1	2	3	4
179. Ich kann andere gut einschätzen (richtiger einschätzen als früher).	0	1	2	3	4
181. Ich spüre, wenn mir etwas zu viel wird.	0	1	2	3	4
183. Durch meine Erfahrungen fühle ich mich bestärkt.	0	1	2	3	4
184. Ich verhalte mich so, wie es mir entspricht.	0	1	2	3	4
186. Ich erlebe meine Partnerschaft als stützend.	0	1	2	3	4
189. Mein(e) Partner(in) hilft mir weiter.	0	1	2	3	4

Lefrbogv. Bez für RIAI Lebensereignisse und ihre persönliche Bedeutung
modifiziert nach Holmes und Rahe (Speierer & Vymetal 1988) 4. 8.97

Bitte tragen Sie die eingetretenen Ereignisse möglichst mit Monat und Jahr ein und beurteilen Sie die positive und/oder negative Bedeutung, die die Ereignisse für Sie persönlich haben mit Zahlenangaben von 0 %-100 %.

	einge- treten (Datum)	nicht ein- getreten	persönliche Bedeutung		
			keine	positiv 0-100 %	negativ 0-100 %
*192 Tod des (Ehe)partners					
*193 Scheidung/Trennung v. Ehe-/Lebenspartner					
*194 Tod eines anderen nahen Angehörigen (bitte benennen)					
*195 Heirat					
*196 Wiederversöhnung mit Ehe-/Lebenspartner					
*197 Schwangerschaft					
*198 Sexuelle Schwierigkeiten					
*199 Hinzukommen eines neuen Familienmitgl.					
*200 Tod eines nahen Freundes					
*201 Veränderte Häufigkeit der Auseinanderset- zung mit dem Ehe-/Lebenspartner					
*202 Schwierigkeiten mit Nachbarn					
*203 Persönl. Misserfolge bzw. Niederlagen					
*204 Ehe-/Lebenspartner beginnt oder beendet Arbeit					
*205 Beginn oder Ende von Schule/Berufsaus- bildung/Studium					
*206 Änderung persönlicher Einstellungen					
*207 Schwierigkeiten mit Chef oder anderen Personen am Arbeitsplatz					
*208 Veränderte Freizeitgestaltung					
*209 Veränderte gesellschaftl. Aktivitäten – sozial – politisch – religiös					
*210 Veränderte Häufigkeit familiärer Zusammentreffen					
*211 Ferien, Urlaub					

	einge- treten (Datum)	nicht ein- getreten	persönliche Bedeutung		
			keine	positiv 0–100 %	negativ 0–100 %
*212 Festtage / Feiertage					
213 Persönl. Verletzung/Erf. von Gewalt/Unfall/ Krankheit					
214 Kündigung oder Verlust des Arbeitsplatzes					
215 Pensionierung/Rente					
216 Veränderter Gesundheitszustand eines Familienmitgliedes					
217 Berufl. Neuorientierung					
218 Veränderte finanzielle Lage					
219 Veränderung der Arbeitsinhalte oder berufl. Aufgaben					
220 Finanzielle Schwierigkeiten					
221 Veränderung der Wohnung/Umzug					
222 Veränderung des Wohnortes					
223 Veränderte Arbeitszeit (oder Arbeitsbedin- gungen) – beruflicher Aufstieg – beruflicher Abstieg					
224 Veränderungen in der Schule/Ausbildung					
225 Veränderte Schlafgewohnheiten					
226 Veränderte Essgewohnheiten					
227 Andere Lebensereignisse (bitte benennen):					

Vielen Dank!

Anhang V: Münchener Alkoholismustest (MALT)

Anleitung:

Der Fremdbeurteilungsteil ist vom Arzt anhand seiner Untersuchungsergebnisse und Anamneseerhebung auszufüllen. Der Selbstbeurteilungsteil ist entsprechend der dort gegebenen Anleitung vom Patienten selbstständig auszufüllen. Bei der Testauswertung ist darauf zu achten, dass alle Aussagen des Selbstbeurteilungsteiles vom Patienten entweder als zutreffend oder als nicht zutreffend angekreuzt worden sind.

Testauswertung:

Zur Testwertbestimmung wird aus den beiden Testteilen (MALT-F und MALT-S) ein gemeinsamer Summenwert gebildet. Dabei erhalten die vom Arzt als zutreffend bezeichneten Punkte des MALT-F eine vierfache, die vom Patienten als zutreffend angekreuzten Aussagen des MALT-S eine einfache Gewichtung.

Summenwertberechnung für den Gesamttest:

Summenwert der Fremdbeurteilung (MALT-F):

Summenwert der Selbstbeurteilung (MALT-S):

Diagnosestellung:

Testwert von sechs bis zehn Punkten: Verdacht auf Alkoholismus

Testwert von elf und mehr Punkten: Alkoholismus

× 4 =

Gesamt-Testwert:

MALT-S

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die in Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Bitte machen Sie für jede dieser einzelnen Feststellung entweder in der Spalte »trifft zu« oder »trifft nicht zu« ein Kreuz.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Feststellung nicht richtig passt. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine der beiden Antworten an und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich hatte zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es kommt nicht selten vor, dass ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiterzutrinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich denke häufig an Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissenbisse (Schuldgefühle) gehabt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Andere Leute können mich verstehen, warum ich trinke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Man hat mich schon wiederholt auf meine »Alkoholfahne« angesprochen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MALT-F

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

- | | trifft zu | trifft nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lebererkrankung
(Mindest. ein klin. Symptom: z.B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz o.a. und mindest. ein pathologischer Laborwert: z.B. GOT, GPT oder Gamma-GT sind notwendig) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Polyneuropathie
(Trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z.B. Diabetes mellitus oder eindeutige chron. Vergiftung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Delirium tremens
(jetzt oder in der Vorgeschichte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen 120 ml) reinem Alkohol pro Tag mindestens über einige Monate* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Foetor alcoholicus
(z.Zt. der ärztlichen Untersuchung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten
(z.B. beim Arzt, der Familienfürsorge oder anderen entsprechenden Einrichtungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*** Anhaltspunkte zur Bestimmung der reinen Alkoholmengen:**

Alkoholgehalt verschiedener Getränke	getrunkene Mengen in ml reinem Alkohol zu 4./täglich	zu 5./1 x im Monat
1,0 l Bier (ca. 4 % Alkohol)	=	40 ml
0,7 l Wein (ca. 10 % Alkohol)	=	70 ml
0,7 l Sekt (ca. 12 % Alkohol)	=	84 ml
0,7 l Südwein (ca. 20 % Alkohol)	=	140 ml
0,7 l Likör (ca. 30 % Alkohol)	=	210 ml
0,7 l Schnaps (ca. 40 % Alkohol)	=	280 ml
1 kl. Schnaps (ca. 0,02 l Alkohol)	=	8 ml
1 gr. Schnaps (ca. 0,04 l Alkohol)	=	16 ml
Gesamtalkoholmenge (täglich bzw. einmal im Monat)		

Danksagung

Zunächst möchte ich Herrn Professor Erdmann Fährndrich für seine Bereitschaft danken, die Betreuung dieser Arbeit zu übernehmen, und dafür, mich dann bei der Fertigstellung mit konstruktiver Kritik begleitet zu haben.

Ganz besonders danke ich Frau Dr. Ursula Plog, die mich in den Jahren meiner Ausbildung und unserer Zusammenarbeit immer wieder ermutigt hat, mich auf die Begegnung mit dem anderen einzulassen und nach einer gemeinsamen Sprache in der Begegnung zu suchen. Ohne das, was ich von ihr gelernt habe, wäre diese Arbeit nicht entstanden. Ihr und Ihrem Mann, Herrn Professor Achim Leschinsky, verdanke ich außerdem aus vielen Diskussionen zahlreiche Anregungen, Hinweise, Erweiterungen meines Blickfeldes und die beständige Unterstützung und Ermutigung zur Fertigstellung dieser Arbeit.

Weiterhin danke ich Herrn Professor Klaus Laermann für die Durchsicht des Manuskripts und Herrn Professor Speierer für seine Unterstützung durch die Überlassung der SPSS-Auswertungsdateien für das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI).

Danken möchte ich auch allen Mitarbeitern der Abteilung für Psychiatrie und der Verwaltung des Klinikums Frankfurt (Oder) sowie Frau Rudolf, die mich bei den Interviews und der Datensammlung unterstützt haben, und unserer Bibliothekarin, Frau Vedder, für ihre geduldige und schnelle Hilfe bei der Literatursuche und -beschaffung.

Weiterhin danke ich allen Patienten, die mir ihre Erfahrungen und ihre Sicht ihrer Situation mitgeteilt, sich ebenfalls auf die Suche nach einer gemeinsamen Sprache eingelassen und dadurch die Bearbeitung des Themas in dieser Form ermöglicht haben.