

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 42 (2016)
Heft: 1

Artikel: Rückfall : Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit?
Autor: Kemper, Ulrich
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800321>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit?

Rückfall ist ein zentraler Begriff in der Suchthilfe, der in den letzten 30 Jahren einem erheblichen Bedeutungswandel unterworfen war. Früher als Katastrophe angesehen, gilt Rückfall heute als häufig vorkommendes prozessuales Ereignis auf dem Veränderungsweg. Beachtenswert ist aber, dass es keine einheitliche Definition, Modell- oder Theoriebildung gibt. Aus den unterschiedlichen Betrachtungsweisen lässt sich eine Vielzahl von diagnostischen, therapeutischen, oft noch immer ideologiegeprägten Handlungsweisen ableiten.

Ulrich Kemper

Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, Bernhard-Salzmann-Klinik, LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen und Klinik für Suchtmedizin des LWL-Klinikums Gütersloh, Buxelstrasse 50, D-33334 Gütersloh, Tel. +49 (0)524 1502 25 50, u.kemper@lwl.org, www.bernhard-salzmann-klinik.de

Schlagwörter: Rückfall | Abstinenz | Transtheoretisches Modell | Angehörige | Behandlung | Selbsthilfe |

«Mit dem Rauchen aufzuhören ist gar kein Problem, ich habe es schon 100 Mal geschafft.» (Mark Twain)

In diesem Mark Twain zugesprochenem Zitat wird die zentrale Bedeutung des Konstrukts «Rückfall» beim Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen deutlich: Viele Betroffene haben Motivation und Willen, den ihnen schädlichen Substanzkonsum zu reduzieren oder einzustellen, schaffen es aber nicht, dies auf der Handlungsebene dauerhaft durchzuhalten.

Suchttherapie bedeutet also nicht nur, jemanden zum Aufhören zu bewegen, sondern ihm zu helfen, nicht dauerhaft rückfällig zu werden.

Definition von Rückfälligkeit

Rückfall setzt immer eine Entscheidung voraus, nicht etwa die, wieder zu konsumieren, sondern die im Vorfeld getroffene Entscheidung aufzuhören. Rückfällig kann nur werden, wer zuvor sein/ihr Konsumverhalten verändert hat, z.B. als TrinkerIn oder RaucherIn den Alkohol- oder Tabakkonsum eingestellt hat. Aber bin ich auch rückfällig, wenn ich statt der geplanten sieben Zigaretten pro Tag neun Stück geraucht habe? Gilt der Begriff Rückfälligkeit nur bei Bruch einer selbstgewählten Abstinenz oder auch bei nicht durchhalten eines Reduktionsziels? Diese Frage wird unterschiedlich beantwortet.

Es gibt keine national oder international einheitliche Rückfalldefinition

Körkel und Lauer¹ sprechen deshalb von einem «offenen Konstrukt Rückfall» mit unterschiedlichen definitorischen Festlegungen und Operationalisierungen. In der therapeutischen Praxis gilt überwiegend ein enges dichotomes Rückfallverständnis: abstinent oder rückfällig. Nach der aufgrund eigener Entscheidung zustande gekommenen Abstinenz gilt jeder erneute Konsum als Rückfall (bei Alkohol «nasser Rückfall»). Diesem geht oft ein Rückfall in vermeintlich überwundene Denk-, Erlebens- und Verhaltensweisen voran («trockener Rückfall»).

In der Rückfallforschung wird dieser dichotome definitorische Rahmen erweitert: Als Kriterien können auch eine vorangegangene Begrenzung der Konsummenge, der Konsumdauer, wie auch die individuelle Bewertung des Konsums Verwendung finden. Unberücksichtigt bleibt in der Regel eine Suchtverlagerung, z.B. bei AlkoholikerInnen der Wechsel von Alkohol – auf Medikamentenkonsum.

Im angloamerikanischen Sprachraum wurde die im deutschsprachigen Raum übliche Dichotomisierung schon in den 1980er und 1990er Jahren aufgehoben.² Vom relaps (Rückfall) wird der lapse (kurzzeitiger Rückfall) und der slip (Ausrutscher)³ unterschieden. In Deutschland führte Jörg Petry den Begriff «Vorfall» als deutsche Entsprechung für den lapse ein.⁴ Entsprechend der Rückfalltheorie von Marlatt (siehe unten) soll diese Abstufung helfen, negative Zuschreibungen zu verhindern. Nicht jeder Substanzkonsum muss zwangsläufig zum Kontrollverlust führen, sondern kann als «Vorfall» (lapse) gesehen und bewältigt werden und zu einer gefestigten Abstinenz führen.⁵

Rückfallverständnis

Bedeutung und Konnotation des Wortes «Rückfall» sind bei Abhängigkeit anders als bei anderen Erkrankungen. Peter Schneider und Can Ünlü beschreiben in ihrem Artikel eindrücklich, dass Rückfall bei Abhängigkeitserkrankungen ein moralisch aufgeladener Begriff ist, «dem ein Vorwurf von persönlicher Schuld» anhaftet. Nicht umsonst wird bei körperlichen Erkrankungen eher von Rezidiv als von Rückfall gesprochen. In der deutschen Sprache finden sich überwiegend negative Bedeutungsinhalte für den Begriff des Rückfalls («Rückfall in die Barbarei»⁶).

Noch in den 1970er Jahren galt: «Jeder Rückfall ist ein Wiederaufkeimen der Krankheit bzw. ein Scheitern an dem als notwendig und unabdingbar angesehenen Abstinenzgebot. Rückfall ist Ausdruck des Scheiterns, des Versagens des/der Patienten/-in, der TherapeutInnen und der Behandlung».

Am Beispiel des Rückfalls lässt sich die zentrale Frage der Verantwortlichkeit für Entstehung und Überwindung abhängigen Verhaltens darstellen.

Auch wenn die Alkoholabhängigkeit – in Deutschland erst nach dem richtungsweisenden Urteil des Bundessozialgerichtes – seit 1968 als Krankheit anerkannt ist, kommt anders als bei körperlichen Erkrankungen das medizinische Modell nicht durchgängig zur Anwendung. Während die Ursachen der Sucht häufig in ungünstigen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren ausserhalb des Einflussbereichs des/der Betroffenen gesehen



werden, ist spätestens nach begonnener Therapie diese/r für ihre/seine Genesung und somit auch für den Rückfall zumindest mitverantwortlich.⁷ Diese zugeschriebene Verantwortlichkeit bildet sich auch sprachlich ab: Begriffe aus der Verhaltenstherapie wie «geringe Volitionsstärke», «negative Persönlichkeitspläne», erinnern an «Willensschwäche» und «Charakterfehler».

Rückfallhäufigkeit

Rückfall ist die Regel, nicht die Ausnahme

Im deutschen Sprachraum ist es das Verdienst von Joachim Körkel⁸ der Fachwelt vermittelt zu haben, dass Rückfälligkeit als obligater Bestandteil der meisten Abhängigkeitsverläufe anzusehen ist. Durch eigene Untersuchung und Metaanalyse konnte er belegen, dass es auch nach intensiver Behandlung bei bis zu 80% der Betroffenen zu erneutem Substanzkonsum kommt.

Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist dabei in den ersten drei Monaten nach Therapieende am höchsten. Rückfälligkeit ist somit keine Komplikation oder gar ein Scheitern der Betroffenen oder des therapeutischen Strebens, sondern ein mitunter hilfreiches, manchmal notwendiges Symptom im Krankheitsverlauf.

Rückfallnotwendigkeit

Anders als bei Krebserkrankungen, bei denen es fast um jeden Preis darum geht ein Rezidiv zu verhindern, ist die Auseinandersetzung mit dem Rückfall bei Suchterkrankungen oft ein erforderlicher Schritt zur Störungsbewältigung. Sloterdijk⁹ beschreibt den Süchtigen als «Deserteur, der sich unerlaubt von der Realitätstruppe entfernt». Aus einer anthropologischen Sichtweise ist Rückfälligkeit etwas dem Menschen eigenes, ein Wesensmerkmal, ein Anthropinon.

Rückfälligkeit kann lebenserhaltend wirken. So schreibt der Schriftsteller Joseph Roth¹⁰ im Jahre 1935 an seinen Kollegen Stefan Zweig: «Ich will damit sagen, dass der Alkohol zwar das Leben verkürzt, aber den unmittelbaren Tod verhindert. Und es handelt sich für mich darum: Nicht das Leben zu verlängern, sondern den unmittelbaren Tod zu verhindern. Ich kann nicht auf Jahre hinaus rechnen.» Rückfälligkeit kann somit auch eine Form der Lebensgestaltung und -erhaltung sein. Allen SuchttherapeutInnen sind PatientInnen bekannt, die scheinbar nach der Therapie keinen externen Anlass benötigen, um erneut zu konsumieren.¹¹ Suchtmittelkonsum ist fester Bestandteil ihres Alltagslebens ausserhalb einer beschützenden Institution.

Hartmut Klos deutet in seinem Artikel diese Form der Rückfälligkeit als Konsequenz eines nicht gelungenen Integrationsprozesses mit Nichtaushaltenkönnen von negativen Zuschreibungen und Zurückweisungen. Rückfall könne zu Rollensicherheit, zur Rückkehr in eine vertraute soziale Identität führen. Um den Umgang mit sich so verhaltenden Menschen aushaltbar zu machen, helfen sich TherapeutInnen damit, diese für «abstinenzunfähig» zu erklären. Dieser Begriff fusst allerdings auf der grundlegenden Überzeugung, dass Abstinenz das vermeintlich bessere Ziel für die Betroffenen ist, welches diese jedoch nicht erreichen können. Allerdings ermöglicht oft erst diese Zuschreibung, alternative Behandlungs- oder Betreuungsstrategien, wie z.B. Konsumreduktion, kontrollierter Konsum, Substitution und Echtstoffvergabe, zu verfolgen.

Rückfalltheorien

Die weiterführende Beschäftigung mit dem Konstrukt Rückfall hat zu einer Ausweitung theoretischer Erklärungsansätze geführt: In ihnen geht es nicht nur darum, Ursachen abhängigen Verhaltens zu finden, sondern auch aufrechterhaltende oder rückfallbegünstigende Faktoren auszumachen.

Körkel und Lauer¹² zählten schon in den 1990er Jahren 19 verschiedene Theorien, die sich in 8 Gruppen unterteilen lassen:

Dispositionelle Theorien:

- Genetik, Charakter u.a.

Neurobiologische Theorien:

- Belohnungssystem, Suchtgedächtnis, Craving u.a.

Verhaltenstheoretische Theorien:

- Lerntheorie, kognitive Theorie, sozialkognitive Theorie nach Marlatt u.a.

Tiefenpsychologische Theorien:

- psychodynamisch, logotherapeutisch, ich-psychologisch, traumatherapeutisch

Systemische Theorien:

- Soziologische, sozialpsychologische Theorien

Subjektive Theorien:

- Eklektizistische Theorien

Als einflussreichste Rückfalltheorie mit der grössten Rezeption gilt die sozialkognitive Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon.¹³ Sie verbindet soziale, kognitive und verhaltensbezogene Elemente. Auf dem Hintergrund eines unausgewogenen Lebensstils (z.B. Einsamkeit, Stress) entstehen durch scheinbar harmlose Entscheidungen (z.B. Probleme nicht ansprechen, in die Gaststätte gehen) rückfallgefährdende Hochrisikosituationen, die mit den vorhandenen Coping-Strategien nicht bewältigt werden können. Ungünstige Kognitionen und emotionale Prozesse, wie verminderte Selbstwirksamkeitserwartung und positive Substanzwirkungserwartung führen zum ersten Substanzkonsum (Vorfall oder lapse). Der weitere Verlauf wird nach Marlatt vom sogenannten Abstinenzverletzungseffekt (AVE) bestimmt. Damit aus dem Vorfall (Ausrutscher, lapse) ein Rückfall wird, sind zwei Bedingungen bedeutsam: Die Person sucht die Gründe des erneuten Substanzkonsums bei sich selbst (kognitive Dissonanz und Selbstattribution) es treten starke Schuld- und Schamgefühle auf. Aufgrund der Eingänglichkeit des Modells für Betroffene und Therapeuten wurde es zur Ursprungstheorie zahlreicher Rückfallprophylaxetrainings.¹⁴

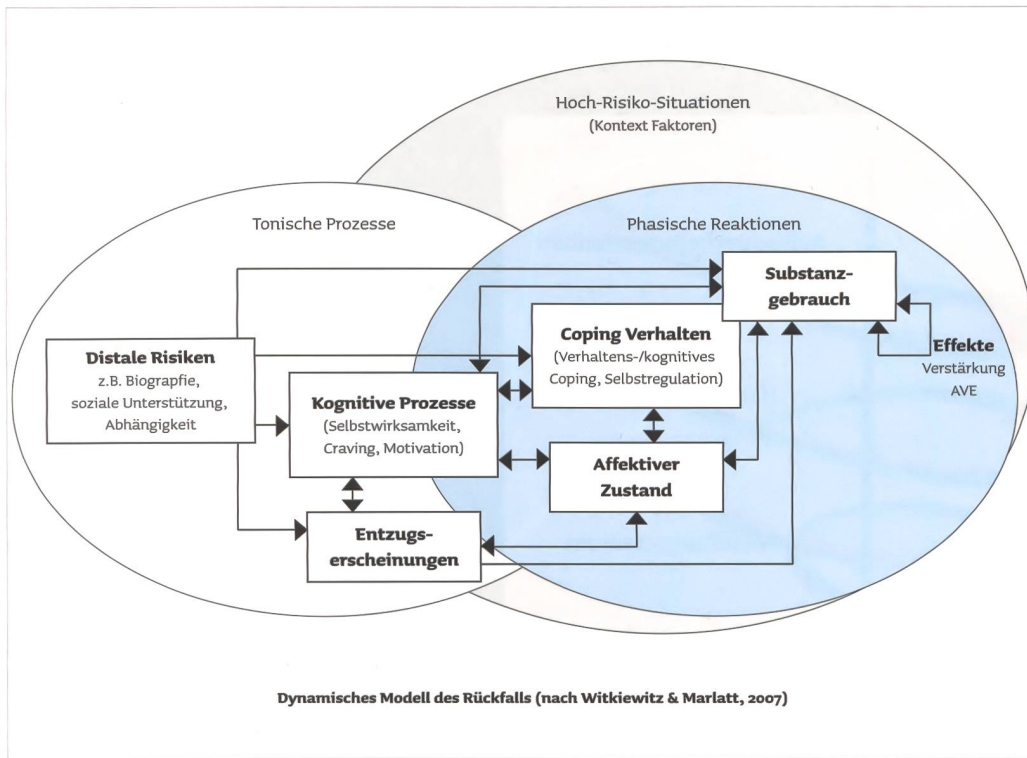
Marlatt selbst hat dieses Konzept 2004 gemeinsam mit Witkiewitz zum dynamischen Modell des Rückfalls (DMdR) erweitert.¹⁵

Das DMdR bezieht deutlich mehr Faktoren und Interferenzen ein, als sein Vorläufer, wie ein Blick auf die Abbildung 1 verdeutlicht.

Im Gegensatz zur Ursprungstheorie ist sein neues Modell auf scharfe Kritik gestossen. Insbesondere Lindenmeyer beklagt mangelnde Wissenschaftlichkeit ebenso wie die Komplexität. Das Modell befände sich in der Nähe von AMAZ-Erkenntnis («Alles hängt mit allem zusammen»). «Eine Einstellung, vor der bereits Erstsemester der Psychologie gewarnt werden».¹⁶ Domma-Reichart und Vollmer¹⁷ gehen in ihrer Kritik noch weiter: Ein Modell wie das DMdR sei in der Praxis nicht widerlegbar. Eine Akzeptanz bedeute Stillstand, weil aus dem Modell keine falsifizierbaren Sätze ableitbar seien. Rückfälle könnten nicht vorhergesagt, sondern nur nachträglich erklärt werden.

Das auf praktischer Ebene akzeptierte und gängige Ausprobieren verschiedener Behandlungsmethoden (Polypragmasie) stösst naturgemäss bei ForschungstheoretikerInnen und AlgorithmenentwicklerInnen auf Widerstand. Vielleicht ist das empirisch nicht sicher überprüfbar DMdR gerade aufgrund der Berücksichtigung einer Vielzahl von Einflussfaktoren hilfreich, eben weil es die Illusion zerstört, Rückfälle vorhersagen zu können. Das Modell zwingt dazu, personen- und umgebungsbezogene individuelle Interventionen zu entwickeln, statt algorithmische Therapiemanuale. Der Medizinethiker Giovanni Maio formuliert: «Nach dieser ökonomisch-mechanistischen Vorstellung soll die Wahl und Ausgestaltung der Therapie nicht das Resultat einer Beziehung sein, innerhalb derer der Arzt sich mit seiner/seiner Patientin/-en auseinandersetzt und dann im Einzelfall eine

Abb. 1: **Dynamisches Modell des Rückfalls DMdR.**



passende Behandlung vorschlägt, sondern es wird ein normierendes Management etabliert, das den Ablauf der Behandlungen im Vorhinein schon so vorstrukturiert, dass so wenig wie möglich dem ärztlichen Ermessensspielraum überlassen wird und stattdessen den Ärzten implizit beigebracht wird, Therapien als Resultat rein algorithmischen Denkens aufzufassen. In diesem Denken ist Planbarkeit und Berechenbarkeit der zentrale Wert. Dabei wird aber vollkommen verkannt, dass Planbarkeit und Berechenbarkeit zwar für die Produktion von Gegenständen adäquate Grundlagen sein können, dass sie aber für den Umgang mit Menschen in ihrer Totalität deletär sind.»¹⁷

Rückfall und Angehörige

Rückfälligkeit ist für die meisten Angehörigen ein bedrohliches Ereignis. Hoffnungen werden enttäuscht, Befürchtungen geweckt: Ein ehemals im Rausch gewalttätiges Familienmitglied konsumiert wieder! Nicht ohne Grund nannte Körkel seinen ersten Leitfaden für Betroffene und Angehörige 1991 «Rückfall muss keine Katastrophe sein».¹⁸

Bischof belegt in seinem Artikel, dass es keine Studie gibt, die sich explizit mit dem Erleben des Rückfalls aus der Sicht von Angehörigen beschäftigt. Jahrelang wurden insbesondere im professionellen Bereich Angehörige mit der Situation allein gelassen oder sogar als mitverantwortlich für den Rückfall angesehen. Beratungsstellen empfahlen PartnerInnen, sich im Zweifelsfall wohlwollend zu trennen und gut für sich selbst zu sorgen.

Im Interesse der Angehörigen liegt aber oft nicht die Trennung, sondern der Wunsch nach Veränderung der/des Konsumierenden. Diese Sorgen wurden erst von der Selbsthilfebewegung aufgegriffen.

Das von Gallus Bischof in Deutschland bekannt gemachte «Family training» nach dem «Community Reinforcement Approach» (CRAFT)¹⁹ empfiehlt auch die Anerkennung der erlebten Katastrophe. Dies ist so zu verstehen, wie es Jon Kabat-Zinn im amerikanischen Titel seines Grundlagenwerks zur mindfulness-based stress reduction (MBSR) zum Ausdruck bringt. Er lautet: «Full catastrophe living».²⁰ Kabat-Zinn bezieht sich auf ein Zitat der literarischen Figur Alexis Sorbas und fordert die aktive Auseinandersetzung mit Leiden, Traumata und Tragödien. Im Familientraining können Angehörige auch den Umgang mit Rückfäl-

ligkeit üben, mit dem Ziel, die eigene Lebenszufriedenheit zu verbessern, aber auch den/die Betroffenen/-e zur Verhaltensänderung zu bewegen. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Therapie Suchtkranker hilft nicht nur den Angehörigen, sondern verbessert erheblich die Prognose der Abhängigkeitskranken.²¹ Als Prädiktionsfaktor für eine erfolgreiche Therapie stehen positive soziale Bindungen an erster Stelle. Die in der Vergangenheit bewusst gewählte Abgeschiedenheit traditioneller Suchtkliniken ist obsolet, die Einbeziehung des sozialen Umfelds eine längst noch nicht überall umgesetzte Forderung.

Rückfall und Helfende

Kaum eine Erkrankung löst stärkere Gegenübertragung aus als die Abhängigkeit. Der Psychiater und Direktor des psychiatrischen Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg Carl Pelman formuliert 1885: «Wir haben eine gewisse Zahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung von Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand».²² Neben den bewusst wahrgenommenen Verärgerungen durch Anspruchshaltungen der PatientInnen, berührt deren Lustbestimmtheit oft innere unausgelebte Anteile der/des Therapeutin/-en, die unbewusst abgewehrt werden müssen. Unehrlichkeit, wie z.B. ein verschwiegener Rückfall, führt zu Kränkungen. Eine disziplinarische Entlassung erfolgt unter Umständen nicht nur, um andere PatientInnen zu schützen, sondern auch aus einer unbewussten Abwehrreaktion des/der Therapeuten/-in. Auch die von TherapeutInnen empfundene Hilflosigkeit bei ausbleibenden Behandlungserfolgen und das Erleben ständigen selbstdestruktiven Verhaltens durch Rückfälle, können unbewusst als demütigend und beschämend erlebt werden. Wurmser formuliert «einmal getäuscht – deine Scham; zweimal getäuscht – meine Scham».²³ Die Folge können wütende oder sarkastische Interventionen oder verzweifelnde Rettungsmissionen sein.

Positiv wirkungsvoll ist dagegen eine Überprüfung der Therapieziele. Ein Wechsel vom Ziel der Abstinenz zur Konsumreduktion kann nicht nur die Selbstwirksamkeit der PatientInnen, sondern auch die der TherapeutInnen verbessern.

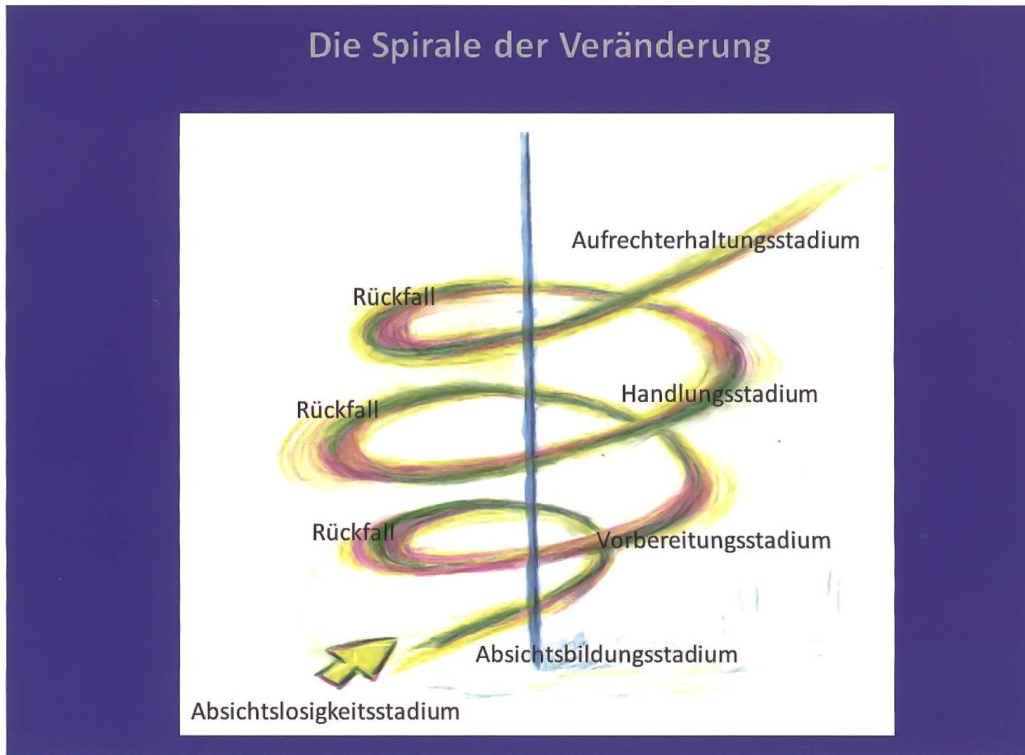


Abb. 2: **Die Spirale der Veränderung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Prochaska und DiClemente 1983.**

Die schärfsten Kritiker der Elche waren früher selber welche

Besonders schwer haben es oft ehemalige Betroffene: Wer als Selbsthilfegruppenmitglied in einem langen therapeutischen Prozess die Abstinenz für sich als richtiges Ziel erkannt hat, wird sich schwertun, anderen eine Konsumreduktion zu empfehlen, ohne damit erneut in Kontakt zu uneingestanden inneren Wünschen und hedonistischen Bedürfnissen zu gelangen.

Durch solche und andere unreflektierte Gegenübertragungsphänomene wird die Sicht auch auf empirisch gesicherte Befunde verstellt. Körkel empfiehlt dringend, sich Zeit zu nehmen, um über «meine Rückfallsicht und die Rückfallsicht im Team» nachzudenken. Er hat hierzu eine eigene Checkliste mit diesem Titel entwickelt, die über die DHS-Homepage verfügbar ist.²⁴

Rückfallbewältigung ohne Therapie

Der Elefant, den keiner sieht

Fast alle Studien zur Abstinenzerrreichung und Rückfallbewältigung wurden an PatientInnen durchgeführt, die sich in zumeist stationärer professioneller Behandlung befanden. In Deutschland sind dies bei von Alkoholabhängigkeit Betroffene gerade einmal 3-8%.²⁵

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Menschen, die ohne therapeutische Hilfe den Substanzkonsum beendet oder auf ein für sie und ihre Umgebung wenig schädliches Mass reduziert haben, hat im grösseren Umfang gerade erst begonnen. Die ohne Therapie zu NichtraucherInnen gewordenen RaucherInnen unter den LeserInnen sind eingeladen, die Ausführungen in diesem Heft aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit Rückfälligkeit kritisch auf ihre Gültigkeit zu überprüfen.

Medikamentöse Rückfallprophylaxe

Im Bereich der medikamentösen Rückfallprophylaxe im Alkohol- und Drogenbereich wird die Ideologieprägung der Diskussion besonders deutlich. Es kann als unstrittig gelten, dass es weltweit seit Jahren mehrere Medikamente mit positivem Wirkungsnachweis gibt.²⁶ Es verwundert daher sehr, wenn die Einführung eines nicht wirklich neuen Präparats in Deutschland jetzt als bedeutender Paradigmenwechsel gefeiert wird.²⁷ Das

alleinige Therapieziel Abstinenz könne nun aufgegeben werden. Trinkmengenreduktion sei auch volkswirtschaftlich ein voller Erfolg.

Das Kränkungspotential dieser Aussage ist hoch. Der Verdienst durch jahrelange Forschungs- und Aufklärungsarbeit, Haltungen und Einstellungen in der Behandlung Abhängigkeitskranker positiv verändert zu haben, kommt sicher anderen zu, als engagierten PharmavertreterInnen (z.B. Ambros Uchtenhagen, Dirk Schwoon, Jörg Petry, Joachim Körkel und Gunter Kruse, um exemplarisch nur einige zu nennen). Die Betonung der Bedeutung pharmakologischer Interventionen entwertet die Mühen von TherapeutInnen und Selbsthilfegruppenmitgliedern, Ursachen von Suchtentwicklungen aufzudecken, Fehlentwicklungen therapeutisch zu bearbeiten und Veränderungen zu initiieren.

Die Pharmawerbung verunsichert abstinent lebende Alkoholranke, weil sie die Option suggeriert, mit Tabletten vielleicht doch kontrolliert trinken zu können. Sie verärgert TherapeutInnen, die seit Jahren erfolgreich auch pharmakotherapeutisch arbeiten, hierbei aber durch wirtschaftliche Interessen oft behindert werden. Als Beispiel sei die Rückfallprophylaxe mit Disulfiram (bekannt als Antabus) genannt. Als alleinige Therapieoption – ohne psychosoziale Begleitung – mit nur geringer Wirkstärke, finden sich für den Einsatz in der ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA) in Deutschland und beim Community Reinforcement Approach weltweit zahlreiche Studien mit beeindruckenden Erfolgsraten.²⁸ Die Zulassung von Disulfiram zur Produktion in Deutschland wurde vom Hersteller jedoch wegen mangelnder Gewinnerwartung zurückgegeben. Disulfiram ist somit in Deutschland – im Gegensatz zur Situation in der Schweiz – nicht mehr zu Lasten der Krankenversicherungen verschreibungsfähig und kann nur noch auf Kosten der PatientInnen im Ausland beschafft werden.²⁹ Sicher mag auch die Befürchtung einiger TherapeutInnen im Raum stehen, dass sich durch das Vertrauen von Betroffenen auf eine pharmakologische Intervention die Zeit bis zur Einleitung intensiverer Massnahmen und damit auch der Krankheitsverlauf verlängern. Vereinzelt mag auch die narzisstische Kränkung durch die Idee entstehen, als TherapeutIn durch eine Tablette ersetzt werden zu können.



Für die Mehrzahl der ärztlichen Suchttherapeuten sind pharmakotherapeutische Interventionen seit Jahren Therapieoptionen, wie die kontinuierliche Ausweitung der Substitutionsbehandlung belegt. Bedenken bestehen hier eher bezüglich einer Verordnung durch nicht suchmedizinisch geschulte ÄrztInnen, die die Notwendigkeit ergänzender oder alternativer psychosozialer Interventionen übersehen könnten.

Rückfallprophylaxeprogramm

Ein Paradigmenwechsel in der stationären Suchtbehandlung ist längst vollzogen: Führte noch vor 30 Jahren ein Rückfall in der Entwöhnungstherapie in vielen Einrichtungen zur sofortigen Entlassung, besteht heute regelhaft – wenn die Betroffenen dies zulassen können – die Möglichkeit zur «Rückfallbearbeitung». Es ist der Implementierung rückfallbezogenen Wissens durch Marlatt, Körkel, Petry und andere zu verdanken, dass auch die Leistungs- und Kostenträger die Notwendigkeit dieses Vorgehens anerkannt haben und von Behandlungseinrichtungen verlangen, Programme zur Rückfallbearbeitung und -prophylaxe als feste Therapiebestandteile in ihre Konzepte aufzunehmen. Zur Wirksamkeit eines solchen Konzepts siehe den Beitrag von Joachim Körkel in diesem Heft.

Rückfall als Regelfall

Wenn es als Konsens gilt, dass Rückfall als Regelfall in der Suchtbehandlung angesehen wird, so ist dies auch ein Verdienst von Prochaska und DiClemente.³⁰ Mit der Entwicklung des auf ihre Arbeit zurückgehenden transtheoretischen Modells (TTM) ist es schulübergreifend möglich, psychische, biologische und soziale Einflüsse auf individuelle Verhältnisse sowohl zu beschreiben, wie auch Vorhersagen über die Beeinflussung von Verhaltensänderungen zu treffen.³¹ Bei der Rezeption im deutschsprachigen Raum ist jedoch aus dem ursprünglich spiralförmigen Modell mit Stadien der Veränderung ein «Rad der Veränderungen» geworden, bei dem der Eindruck entsteht, nach Abstinenz und Rückfall beginne der Prozess wieder ganz von vorne.

Durch den Wandel im Rückfallverständnis wächst die Einsicht, dass es sich beim Verlauf von Suchterkrankungen um einen kontinuierlichen Prozess handelt, der eher spiralförmig als zirkulär verläuft, bei dem jederzeit Vor- und Rückschritte möglich sind und es eben keine Automatismen wie beim Brettspielen («gehe zurück auf Los») gibt.

Ziel offene Suchtarbeit – Nach dem Paradigmenwechsel ist vor dem Paradigmenwechsel

Nach Kuhn³² benötigt ein Paradigmenwechsel durch Implementierung neuer Erkenntnisse im sozialen Bereich in der Regel mehr als 20 Jahre. Die ersten kritischen Veröffentlichungen zum Rückfallverständnis erschienen in Deutschland in den 1980er Jahren, die erste deutschsprachige Ausgabe der «Motivierenden Gesprächsführung» 1999. Hier ist viel geschehen. Anders bei der zieloffenen Suchtarbeit. Die hier aufgeworfenen Fragen rütteln an den Grundhaltungen nicht nur von TherapeutInnen und SozialpolitikerInnen. Bisher war es weit verbreiteter Konsens, dass zumindest für die Suchtkranken mit Kontrollverlust, Abstinenz das beste Therapieziel ist. Eher aus pragmatischen Gründen sollen vorübergehend andere Ziele verfolgt werden: Konsumreduktion, Konsumpausen, Substitution. Selbst die Substitutionsbehandlung wird vom Grundsatz her von vielen nur als vorübergehende Option für noch nicht Abstinenzfähige angesehen. Miller und Rollnick vertraten bisher im Motivational Interviewing einen ähnlichen Standpunkt.³³ Anders als bei der Gesprächspsychotherapie nach Karl Rogers, sollte der Beratende Position beziehen und direktiv eine Veränderungsempfehlung aussprechen. Jetzt führen Miller und Rollnick

in der dritten gerade auf Deutsch erschienen Ausgabe des MI den Begriff «Equipose» (wörtlich: Gleichgewicht) ein.³⁴

Dieser Begriff wird bisher überwiegend genutzt, um die ethische Zulässigkeit klinischer Studien zu beschreiben. Für Miller und Rollnick bedeutet er, die Entscheidung ganz der/dem Klientin/-en zu überlassen. Im Sinne einer zieloffenen Beratung beschreiben sie Situationen, in denen die TherapeutInnen sich noch keine Meinung darüber bilden können oder wollen, welcher Weg für die jeweiligen KlientInnen der Beste ist. Es sei dann sinnvoll, keine Impulse zu setzen, mit denen die KlientInnen dazu angeregt werden, in eine bestimmte Richtung zu gehen. Für eine wirklich zieloffene Suchtarbeit würde dies heißen, auch ein übergeordnetes Abstinenzziel nicht grundsätzlich als geboten anzusehen. ●

Literatur

- Hendershot, C.S./Witkiewitz, K./George, W.H./Marlatt, G.A. (2011): Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 6: 17.
- Kabat-Zinn, J. (2013): *Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer.
- Keller, S. (1999): *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Kemper, U. (2008): Der Suchtbegriff – Versuch einer Annäherung. S. 210-224 in: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 08*. Geesthacht: Neuland.
- Klos, H./Görge, W. (2009): Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit – Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- Körkel, J./Lauer, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. S. 158-177 in: J. Körkel/G. Lauer/R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall – Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke.
- Körkel, J. (1991): *Praxis der Rückfallbehandlung – Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer*. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
- Körkel, J./Krusse, G. (2000): *Mit dem Rückfall leben – Abstinenz als Allheilmittel?* Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Körkel, J. (1991): *Rückfall muss keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige*. Wuppertal: Blaukreuz.
- Körkel, J./Schindler, C. (2003): *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Ein strukturiertes Trainingsprogramm*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- Körkel, J. (2015): *Checkliste: Meine Rückfallansicht – und die Sichtweise im Team*. www.tinyurl.com/jsv65bh, Zugriff 15.01.2016.
- Krampe, H./Stawicki, S./Hoehe, M.R./Ehrenreich, H. (2007): *Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): A successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism*. *Dialogues in Clinical Neurosciences* 9: 399-412.
- Kretschmar, A. (2012): *Paradigmenwechsel in der Suchttherapie – Verringerung der «Heavy Drinking Days» als Behandlungsziel*. *Zeitschrift Psychopharmakotherapie* 03: 147-148.
- Küfner, H. (1998): *Suchtkrankenbehandlung: Raus aus der Psychiatrie?* S. 147-168 in: U. Kemper (Hrsg.), *Die Spitze des Eisbergs – Suchtkrankenversorgung auf dem Weg in welche Zukunft?* Gütersloh: Jakob van Hoddis.
- Kuhn, T.S. (1976): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lange, W./Reker, M./Driessen, M. (2008): *Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen*. *Sucht* 54(6): 20-30.
- Lindenmeyer, J. (2008): *AMAZ – Zur Krise des sozialkognitiven Rückfallmodells*. *Zeitschrift Sucht* 54: 332-333.
- Luxemburg, R. (1916): *Die Krise der Sozialdemokratie – I*. www.mlwerke.de/lu/luf.1.htm, Zugriff 15.01.2016.
- Marlatt, G.A./Gordon, J.R. (1985): *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford.
- Miller, P.M./Book S.W./Stewart, S.H. (2011): *Medical treatment of alcohol dependence: A systematic review*. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 42(3): 227-266.
- Miller, W.R./Rollnick, S. (2004): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. B.: Lambertus.
- Miller, W.R./Rollnick, S. (2015): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Möhl, M. (1993): *Zur Psychodynamik des Todes in der Trunksucht – Versuch einer tiefenpsychologischen – anthropologischen Deutung*. Würzburg: Königshausen/Neumann.
- Maio, G. (2014): *Suchtmedizin ist Beziehungsmedizin – Wie die Ökonomie den Blick für das Eigentliche verstellt*. *Sucht* 60: 201-202.
- Petry, J. (1996): *Alkoholismustherapie – Materialien für die psychosoziale*

Praxis. München: Psychologie Verlags Union.

Prochaska, J.O./DiClemente, C.C. (1983): Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-395.

Reker, M. (2015): Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten. Köln: Psychiatrie Verlag.

Roth, J. (1970): Brief an Stefan Zweig, 12.11.1935 S. 436ff. in: ders., Briefe 1911-1939. Köln: Kiepenheuer und Witsch.

Schlösser, A. (1990): Das Zweiklassensystem der Abhängigenversorgung. S. 25-33 in: D.R. Schwoon/M. Krausz (Hrsg.), Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

Sloterdijk, P. (1991): Weltsucht. Anmerkungen zum Drogenproblem. S. 145-163 in: P. Buchheim/M. Cierpka/Th. Seifert (Hrsg.), Psychotherapie im Wandel: Abhängigkeit. Berlin: Springer.

Smith, J.E./Meyers, R.J. (2009): Mit Suchtfamilien arbeiten – CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Köln: Psychiatrie Verlag.

Vollmer, H.C./Domma-Reichart, J. (2010): Bauplan der Abstinenz III – Version 2. Online-Manuskript, www.tinyurl.com/jomj4xt, Zugriff 15.01.2016.

Wienberg, G. (2001): Die vergessene Mehrheit heute – Teil V: Bilanz und Perspektiven. S. 318-322 in: G. Wienberg/M. Driessen (Hrsg.), Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Witkiewitz, K./Marlatt, G.A. (2004): Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist* 59: 224-235.

Wurmser, L. (2008): Übertragung und Gegenübertragung bei Patienten mit Suchtproblemen. S. 145-159 in: K.W. Bilitza (Hrsg.), Psychotherapie der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Praxis. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.

Endnoten

- 1 Vgl. Körkel/Lauer 1995.
- 2 Vgl. ebd.
- 3 Vgl. Klos/Görgen 2009.
- 4 Vgl. Petry 1996.

- 5 Vgl. Marlatt/Gordon 1985.
- 6 Vgl. Luxemburg 1916.
- 7 Vgl. Küfner 2008.
- 8 Vgl. Körkel/Schindler 2003.
- 9 Vgl. Sloterdijk 1991.
- 10 Vgl. Roth 1935.
- 11 Vgl. Reker 2015.
- 12 Vgl. Körkel/Lauer 1995.
- 13 Vgl. Marlatt/Gordon 1985.
- 14 Vgl. ebd.
- 15 Vgl. Witkiewitz/Marlatt 2004.
- 16 Vgl. Lindenmeyer 2008.
- 17 Vgl. Vollmer/Donna-Reichart 2010.
- 18 Maio 2014: 201.
- 19 Vgl. Körkel 1991.
- 20 Vgl. Smith/Meyers 2009.
- 21 Dies der Originaltitel des auf Deutsch unter dem Namen «Gesund durch Meditation – Das grosse Buch der Selbstheilung mit MBSR» erschienenen Werks, vgl. Kabat-Zinn 2013.
- 22 Vgl. Bischof 2016 in diesem Heft.
- 23 Schlösser 1990: 28.
- 24 Wurmser 2008: 146.
- 25 Vgl. Körkel 2015.
- 26 Vgl. Wienberg 2001.
- 27 Vgl. Miller et al. 2011.
- 28 Vgl. Kretschmar 2012.
- 29 Vgl. Krampe et al. 2007, Lange et al. 2008.
- 30 Informationen zu Disulfiram (Antabus®): www.cra-kongress.de, Zugriff 15.01.2016.
- 31 Vgl. Prochaska/DiClemente 1983.
- 32 Vgl. Keller 1999.
- 33 Vgl. Kuhn 1976.
- 34 Vgl. Miller/Rollnick 2004.
- 35 Vgl. Miller/Rollnick 2015.

Neue Bücher



Aspekte der Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger Hans-Peter Steingass (Hrsg.) 2015, Pabst, 276 S.

Thema des Buches sind unterschiedlichen Aspekten der Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger. Neben den Komorbiditäten der Sucht wie Ängsten, Zwängen, pathologischem Spielen, Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen werden die neuropsychologischen Aspekte der Sucht, spielerisches kognitives Training, achtsamkeitsbasierte und neuropsychologische Rückfallprävention, narrative Ansätze und therapeutische Intuition, Salutogenese und Prävention, Ohrakupunktur, Ambivalenz, Motivation und Motivational Interviewing behandelt. Die Artikel sind aus den Remscheid-Gesprächen hervorgegangen, einem Austauschforum von Suchtforschung und klinischer Praxis zur Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen.



Motivierende Gesprächsführung William R. Miller/Stephen Rollnick 2015, Lambertus, 484 S.

Erstmals erscheint die 3. völlig überarbeitete Auflage des Standardwerks Motivational Interviewing in kompletter deutscher Übersetzung. Sie bringt u.a. die Weiterentwicklung standardisierter Verfahren zur Gesprächsanalyse, womit die Identifikation von zentralen Wirkmechanismen ermöglicht wird. Angesetzt wird an vier weit gefassten Prozessen, die als Grundelemente zum MI-Ansatz gehören – Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung. Die Autoren führen aus, wie sich diese Prozesse während des gesamten Veränderungsverlaufs einsetzen lassen. Ausserdem gibt es neue Erkenntnisse zu MI-Basiselementen und zur MI-Ausbildung. Unverändert bleibt die Grundhaltung des MI: das kooperative, partnerschaftliche Verhältnis zum Gegenüber, mit der Einsicht, wie wichtig Mitgefühl für Heilungsprozesse ist.