

# „Alle Rückfälle sind gleich?“

## Entwurf einer Typologie



Marcus Breuer

**Eine Zusammenschau von individueller (Lebens- und Problem-) Situation eines Patienten, der Psychopathologie und den vorliegenden Diagnosen, der hier vorgestellten Rückfall-Typologie sowie einer möglichst genauen Einschätzung des bisherigen Behandlungsverlaufes ermöglicht eine Verbesserung der Einschätzung der aktuellen Behandlungssituation sowie der Behandlungsplanung.**

Die Frage nach der „richtigen Art im Umgang mit Rückfällen“ ist wohl nach wie vor eine der umstrittensten Fragen bei der Behandlung von Suchterkrankungen (zur Begriffsklärung: Wir betrachten jeglichen Suchtmittelkonsum während einer Behandlung als Rückfall, s. Kasten). Suchtmittelkonsum - und somit auch ein Suchtmittelrückfall während einer Behandlung - ist dabei nach unserer Auffassung als ein dysfunktionaler Versuch der psychischen Selbstregulation zu bewerten. Während früher - vor allem in stationären Rehabilitationseinrichtungen - ein Suchtmittelrückfall quasi automatisch zur disziplinarischen Entlassung eines Patienten führte, hat sich dieses Vorgehen in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Nach einer Phase, in der dieses veränderte Vorgehen in therapeutischen Teams heftig umstritten war, hat sich die Lage diesbezüglich mittlerweile beruhigt. Die meisten Einrichtungen haben einen jeweiligen „Stil des Hauses“ entwickelt, nach dem dann mehr oder weniger konsistent gehandelt wird.

### Anmerkung zur Verwendung des Begriffes „Rückfall“:

Der Autor betrachtet jeglichen Suchtmittelkonsum während einer Behandlung als Rückfall. Dies geschieht zum einen aus grundsätzlichen Überlegungen heraus (z. B. dem aktuellen Stand der Forschung zum Suchtgedächtnis), zum anderen jedoch auch aus therapiestrategischen Überlegungen: Mit einer hohen Wahrscheinlichkeit missverstehen Patienten - im Sinne einer Selbstüberschätzung - eine noch differenziertere Position als „Konsumerlaubnis“ mit der Folge einer Häufung von Rückfällen. Ein letztes Argument ergibt sich aus Kosten-Nutzen-Erwägungen: Selbst wenn es im Einzelfall einem Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose von der Substanz X im Behandlungsverlauf gelingen sollte, ein Suchtmittel Y kontrolliert zu konsumieren, steht das Risiko einer reinen Suchtmittelverlagerung mit all seinen negativen Folgen in keinem Verhältnis zum fragwürdigen Nutzen einer solchen therapeutisch legitimierten „Konsumerlaubnis“.

Inhaltlich hat es dagegen kaum Fortschritte bei der Beurteilung von Suchtmittelrückfällen und deren Dynamiken gegeben. Auch befassen sich nur sehr wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen mit diesem Thema. Die folgenden Ausführungen stellen daher Ausnahmen in einem ansonsten wissenschaftlich kaum unter-

suchten Bereich dar: Bereits 1985 führten Marlatt & Gordon die Unterscheidung zwischen „lapse“ (Ausrutscher) und „relapse“ (dauerhafter Rückfall) ein. Im Jahr 2002 unterschied Büchner zwischen ich-syntonen und ich-dystonen Rückfällen. In einem ähnlichen Sinne traf Zimdars (2002) die Unterscheidung zwischen „gefallenen“ (entsprechend ich-dyston rückfälligen) und „trinken-wollenden“ (= ich-synton rückfälligen) alkoholabhängigen Patienten. Anmerken möchte ich dazu, dass wir es in der klinischen Praxis häufig mit unterschiedlichen Mischungen dieser beiden Aspekte zu tun haben. Diese unterschiedlichen Mischungen sind Ausdruck der jeweiligen inneren Ambivalenz eines Patienten zu einem gegebenen Zeitpunkt.

### Rückfall-Typologie

Die nachfolgende Rückfall-Typologie stellt einen Versuch dar, eine grobe Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Rückfalltypen bzw. -dynamiken zu treffen. Sie entstammt mehrjähriger klinischer Beobachtung und ist bisher in keiner Weise empirisch validiert. Die konkrete Einordnung eines bestimmten Rückfalls zu einem bestimmten Typus ist zudem nicht immer völlig trennscharf zu leisten. Häufig lässt sich erst im Nachhinein beurteilen, in welche Kategorie ein bestimmter Rückfall eines Patienten fällt bzw. fiel. Weiterhin ist es möglich, dass verschiedene Rückfälle eines einzelnen Patienten unterschiedlichen Rückfalltypen zuzuordnen sind.

- 1. „Ausrutscher“ (lapse):** Einmaliger Suchtmittelkonsum eines Stoffes, für den im Vorfeld eine Abstinenzabsicht bestand. Es handelt sich i. d. R. nicht um eine strategisch geplante und gezielte Handlung. Auslöser für den Suchtmittelkonsum sind zumeist entweder Verführungssituationen (d. h. mangelnde Abgrenzung) oder klassische interne (z. B. Langeweile) bzw. externe (z. B. Aufsuchen von Hot-Spots) Auslöser.
- 2. „Vorfall/Konsumereignis“:** Es bestand bereits im Vorfeld keine Abstinenzabsicht bzw. noch keine Abstinenzabsicht in Bezug auf das konsumierte Suchtmittel. Dies ist häufig Ausdruck eines mangelnden Problembewusstseins. Beispiel: Ein drogenabhängiger Patient konsumiert während einer Rehabilitationsbehandlung in einem Ausgang Alkohol, weil er diesen subjektiv nicht als sein Suchtmittel und somit als problematisch bewertet.
- 3. Versuch, kontrolliert zu konsumieren:** Das zuvor vorhandene Abstinenzziel wurde verlassen, zu Gunsten des Versuches, Suchtmittel kontrolliert konsumieren zu können. Fatalerweise scheint dieser Versuch aus der Sicht des Patienten zunächst (kurzfristig) auch zu gelingen, da es häufig bei den ersten Konsumereignissen noch nicht zu einem völligen Kontrollverlust kommt.
- 4. Suchtmittelkonsum als Ausdruck von fehlender Veränderungsmotivation:** Es besteht (wie beim Vorfall/Konsumereignis) keine Abstinenzabsicht in Bezug auf die konsumierte Substanz. Allerdings ist ein solcher Rückfall eher Ausdruck einer grundsätzlich geringen oder gar fehlenden Veränderungsmotivation. Die dahinter liegende Dynamik ist z. B. Ausdruck eines generell noch geringen Problembewusstseins (insbesondere bei jüngeren Patienten) oder auch einer dissozialen Persönlichkeitsstruktur eines Patienten. Letzteres ereignet sich daher bevorzugt in

Bestimmte Worte bzw. Begriffe ermöglichen erst eine Erfassung bestimmter Phänomene und präzisieren somit die entsprechenden Vorstellungen bzw. führen zu einem veränderten Denken. Essler (2002) formulierte diesbezüglich: „Was man sagen kann, kann man auch denken.“ Übertragen auf diesen Artikel bedeutet dies: Erst eine verfeinerte Begrifflichkeit im Umgang mit Rückfällen ermöglicht eine Schärfung der Wahrnehmung bezüglich der einem bestimmten Rückfall zugrunde liegenden psychischen Prozesse und Dynamiken.

Behandlungssituationen mit externem, insbesondere gerichtlichem, Zwang zur Behandlung. Beispiel: Einige Patienten feiern eine regelrechte „Wodka-Party“ in einer Einrichtung.

#### 5. Schwere Rückfall (relapse)/erneuter dauerhafter Suchtmittelkonsum:

Dieser Typus entsteht meist erst im Rückfallverlauf, d. h. dass es i. d. R. zuvor einzelne Rückfälle aus den Typen 1 bis 4 gab. Häufige Hintergründe für den Übergang zu diesem Typus sind der Abstinenzverletzungseffekt (Marlatt), Hoffungslosigkeit („Ich werde es jetzt sowieso nicht mehr schaffen“) sowie das schrittweise Überhandnehmen von Problemen als zusätzliche externe Auslöser. Die Suchtdynamik als solche prägt wieder zunehmend das Rückfallgeschehen.

Es liegt auf der Hand, dass es sinnvoll ist, auf diese unterschiedlichen Rückfalltypen therapeutisch unterschiedlich zu reagieren. So finden sich auch in vielen Konzepten therapeutischer Einrichtungen Aufzählungen über die Voraussetzungen für eine Weiterbehandlung nach einem Rückfall. Insbesondere die Frage nach der jeweiligen Kooperation, d. h. der Offenheit im Umgang mit dem Rückfall sowie dem Weiterbestehen eines therapeutischen Bündnisses zwischen Patient und Behandlern, spielt hierbei meist eine wichtige Rolle. Auch die Art und Weise der Aufdeckung eines Rückfalls spielt hierbei eine Rolle. Zwischen verheimlichten Rückfällen, bei denen es im Extremfall sogar zu Fälschungsversuchen z. B. einer Urinkontrolle kommt, und selbst eröffneten Rückfällen, bei denen ein Patient freiwillig und von sich aus über einen Suchtmittelrückfall, dessen Vorläufer und auch Hintergründe berichtet, bestehen psychodynamisch große Unterschiede. Vor diesem Hintergrund spielt die Ehrlichkeit eines Patienten, das Vermeiden jeglicher Lügen und Halbwahrheiten sowie ein möglichst offener Umgang mit Behandlern und etwaigen Mitpatienten eine enorm wichtige Rolle für den Behandlungsverlauf und die weitere Prognose. Dies unterstreicht die Wichtigkeit des Therapiezieles „Ehrlichkeit“ in einer suchtherapeutischen Behandlung. Im Falle eines Suchtmittelrückfalls führt ein Verbleib in der Heimlichkeit zudem in der Regel zu einer Fortsetzung des Rückfallgeschehens, da die dem Rückfall zugrunde liegende Problematik therapeutisch nicht bearbeitet werden kann. Innerhalb einer stationären Einrichtung begibt man sich durch die Öffnung gegenüber Rückfällen, d. h. durch die Möglichkeit einer Weiterbehandlung nach einem Suchtmittelrückfall, auf eine Gratwanderung zwischen der (gewünschten) Enttabuisierung von Rückfällen und der (unerwünschten) Förderung einer bagatellisierenden Haltung („Ein Rückfall geht schon.“). Auch dies gilt es, bei der Entscheidung für oder gegen eine Weiterbehandlung eines Patienten nach einem Rückfall zu berücksichtigen.

### Typologie unterschiedlicher Behandlungsverläufe

Der letzte Abschnitt dieses Artikels befasst sich mit unterschiedlichen Behandlungsverläufen von Rehabilitationsbehandlungen. Die folgende Typologie unterschiedlicher Behandlungsverläufe soll wiederum zu einem besseren Verständnis und einer präziseren Einschätzung führen. Die nachfolgenden Stile sind dabei nur grob skizziert; es entsteht jedoch hoffentlich beim Leser ein entsprechendes inneres Bild:

**1. „Musterschüler“:** Entsprechende Patienten beenden eine Rehabilitationsbehandlung regulär sowie ohne Rückfall oder mit „Ausrutscher-Rückfall“. Es besteht eine gute intrinsische Veränderungsmotivation sowie Eigeninitiative. Auch Transferlernen findet statt.

**2. „Regelkonforme Patienten“:** Auch diese Patienten beenden die Behandlung regulär sowie ohne Rückfall oder mit „Ausrutscher-Rückfall“. Allerdings sind sie stark auf Außenanregungen angewiesen; die Eigeninitiative ist geringer als in der ersten Gruppe (z. B. wegen Defiziten in der Handlungsplanung).

**3. „Schwache Mitläufer“:** Die jeweiligen Patienten passen sich an die Gegebenheiten in der jeweiligen Einrichtung an. Das Veränderungsbemühen ist oberflächlich. Dahinter steht entweder das Fehlen einer wirklichen Motivation oder ein Übermaß an Defiziten bzw. Problemen (also eine Überforderung).

**4. „von Suchtdynamik überlagerter Behandlungsverlauf“:** Im Rehabilitationsverlauf kommt es zu so viel Rückfalldynamik, dass es auf irgendeine Weise zu einer irregulären Beendigung der Behandlung kommt. Zuvor überlagerten wiederholte Kriseninterventionen die eigentliche Therapie. Personenbezogen stehen hinter diesem Typus unterschiedliche Dynamiken: Entweder sind diese Patienten schlecht motiviert, mit einem Übermaß von Problemen konfrontiert oder auch stark psychopathologisch belastet.

**5. „Rebellen mit Abstinenzabsicht“ (= „Es klappt nichts“):** Entsprechende Patienten zeichnen sich durch eine geringe intrinsische Veränderungsmotivation sowie eine oppositionelle Grundhaltung aus. Eine Abstinenzabsicht in Bezug auf Suchtmittel ist jedoch grundsätzlich vorhanden und der Patient bleibt im Behandlungsverlauf rückfallfrei oder auch mit einem „Ausrutscher-Rückfall“.

**6. „Rebellen ohne Abstinenzabsicht“:** Diese Gruppe entspricht weitgehend der vorherigen, allerdings ohne dass diese Patienten über eine Abstinenzabsicht verfügen. Die Kooperation mit den Behandlungszielen ist äußerst gering. Sie sind letztlich eher „erzwungene Gäste“ in einer Behandlung und gehören daher aus der Sicht des Autors eigentlich nicht in eine Rehabilitationsbehandlung.

**Marcus Breuer**

*Literatur beim Verfasser.*

**Kontakt:**

Dipl.-Psych. Marcus Breuer

Adaptionshaus Kieferngarten

Schlöblanger 1 • 80939 München

Tel. 089/31 89 990 • [www.kieferngarten.de](http://www.kieferngarten.de)

E-Mail: [marcus.breuer@do-suchthilfe.de](mailto:marcus.breuer@do-suchthilfe.de)

*Angaben zum Autor:*

Jahrgang 1967, 1995 Diplom in Psychologie (Uni Konstanz), 1999 Approbation als psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), 1996 - 1998 Tätigkeit in der Jugendhilfe, seit 1998 Würmtalklinik Gräfelfing (Fachklinik für Suchterkrankungen), seit 2003 zusätzlich Leiter des Adaptionshauses Kieferngarten sowie verantwortlicher Herausgeber von KONTUREN (Bereich Wissenschaft). Interessensgebiete: Persönlichkeitsstörungen, Weiterentwicklungen in der Suchttherapie, Traumatisierungen.