

südhang



3|07

22919

ex

Rückfall

Adressberichtigung
melden

AZB
3038 Kirchlintach

Inhalt

Rückfall: Theoretische Grundlagen | 4

Bloss ein Déjà-vu? Praktische Umsetzung | 6

Chancen und Risiken von Rückfällen | 8

Interview mit Markus Theunert | 10

Persönlich: Marcel Schmid | 11

Aktuelles | 12

Fenster des WerkBüros | 13

Carte Blanche: Künstlerin von südsicht 07 | 15

Termine und Angebote | 16

Titelbild:

«Wettbewerb» von Nick Röllin (in der Ausstellung südsicht 07)

express

Hauszeitschrift der Klinik südhang, Kirchlindach

Impressum

südhang ex press
Nr. 3/2007
100. Jahrgang

Redaktion und Abonnements

südhang
Klinik für Suchttherapien
3038 Kirchlindach
Telefon: 031 828 14 14
Fax: 031 828 14 24
E-Mail: express@suedhang.ch
www.suedhang.ch

Der express im www

Die aktuelle Ausgabe sowie alle Nummern seit September 2001 können auf der homepage der Klinik südhang unter www.suedhang.ch/aktuell/express heruntergeladen werden.

Redaktionsmitglieder

Markus Bürgi (Bü)
Stephan Mathys (StM)
Kurt Mächler (KM)
Georges Kessler (Ke)
Brigit Ryter (Ry) Bildredaktorin
Marcel Schmid (MS)

Herstellung

Rub Graf-Lehmann AG Bern
Grafik, Satz und Druck

Erscheinungsweise und Preis

Erscheinungsweise viermal jährlich
WEMF-beglaubigte Auflage
2112 Exemplare
freiwilliger Abonnementsbeitrag
Fr. 12.– pro Jahr
Einzahlungen auf Postcheckkonto
30-1370-3, südhang, 3038 Kirchlindach,
Vermerk «ex press Abo»

Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind und nicht von einem Redaktionsmitglied stammen, brauchen sich nicht mit der Meinung der Redaktion zu decken.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden.

Alle Bilder ohne speziellen Copyrightvermerk sind © Klinik südhang.

Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser

Der Nationale Aktionstag Alkoholprobleme vom 15. November widmet sich dem Thema «Rückfall als Chance?!».

Was ist eigentlich mit «Rückfall» gemeint?

Jemand «fällt zurück». Aber wohin? Vermutlich in einen Zustand, den man eigentlich vermeiden wollte.

«Rückfall» bedeutet also allgemein, dass jemand entgegen seinen ursprünglichen Absichten wieder in ein altes Verhaltensmuster gerät.

Wir alle kennen dieses Phänomen: Wir wollen gesünder und bewusster leben, unsere Zeit sinnvoll verbringen. Und geraten manchmal trotz guter Vorsätze – weniger Süssigkeiten, weniger Fernsehen, mehr Sport – wieder in das alte Fahrwasser zurück.

Was bedeuten Rückfälle in der Suchttherapie?

Wohin fällt man zurück?

In ein altes Trinkmuster oder in die alten Stimmungs- und Lebensmuster, die schliesslich zum Alkoholkonsum führen?

Grundsätzlich sind Rückfälle ein Symptom der Abhängigkeitserkrankung. In einer Suchtbehandlung geht es natürlich darum, Rückfälle zu vermeiden. Es geht aber auch darum, einen trotzdem erfolgten Rückfall nicht als Katastrophe oder Misserfolg zu deuten.

Der Rückfall wird dann zu einer Chance, wenn auf allen Seiten die Bereitschaft vorhanden ist, das Ereignis genau zu analysieren und die weiteren Schritte daraus abzuleiten.

«Rückfall» ist somit eines der zentralen Themen für alle Betroffenen und für die Fachleute in der Suchttherapie.

Wir haben in dieser Ausgabe des express versucht, das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu untersuchen. Neben ausgewiesenen Fachleuten auf dem Gebiet der Suchttherapie kommen auch die Betroffenen selbst zu Wort.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihre Reaktionen.

Oernulf Arneberg
Chefarzt Entwöhnungstherapien

Peter Allemann
Chefarzt Entzug und Ambulatorium

Rückfall aus therapeutischer und konzeptioneller Sicht

Von Thomas Meyer

Der Rückfall ist bekanntlich eine mögliche und zwar sehr häufige Manifestation der Alkoholabhängigkeit und kann deshalb stets nur auf dem Hintergrund des jeweiligen Alkoholismusverständnisses interpretiert werden. Mit anderen Worten bedeutet ein Rückfall beispielsweise für Angehörige, für Arbeitgeber, für Präventionsfachleute, für Therapeuten, für die Polizei, für Versicherungen oder für Politiker jeweils etwas völlig Unterschiedliches. Im Folgenden soll die Thematik des Rückfalls aus therapeutischer Sicht im Zentrum stehen.

Alkoholismus und Rückfall im historischen Rückblick

In der Schweiz ist das Versorgungssystem im Alkoholbereich historisch gewachsen und verschiedene Geistes-, Wissenschafts- und politische Strömungen haben jeweils die Auffassung über die Alkoholabhängigkeit und damit die therapeutischen Konzepte und den Umgang mit Rückfällen geprägt. Gegen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts finden sich verschiedene parallele Konzepte [Meyer, 2005]: Im Rahmen einer neopietistischen Auffassung bedeutet Alkoholismus Abwendung von Gott, Rückfälle haben «sündigen» Charakter und in den damals frisch gegründeten Trinkerasylen hat das Gebet und die Andacht einen festen Stellenwert im therapeutischen Konzept [Bleuler, 1938].

Mit Beginn der wissenschaftlichen Alkoholologie mit von Bunge, Foerel, Bleuler und Kraepelin mit Begründung des medizinischen Krankheitskonzepts des Alkoholismus, bei dem eine biologische Disposition und die Erbanlage eine zentrale Rolle spielte. Als Konsequenz wurde die Abstinenz zum übergeordneten Therapieprinzip und Rückfälligkeit zum Ausdruck einer psychopathischen Persönlichkeitsstruktur [Bleuler, 1916].

In den 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurden v.a. im stationären Bereich Psychogeniekonzepte (Sucht als Folge einer seelischen Fehlentwicklung) eingeführt, welche besagten, dass Alkoholismus stets auf einer frühen psychischen (Basis-)Störung beruhen, was wiederum bedeutet, dass bei genügender psychotherapeutischer Bearbeitung eben dieser Störung der Alkoholismus verschwinden werde. In diesen Konzepten wurde Rückfälligkeit vorwiegend als Regression auf ein orales Niveau interpretiert. Auf institutioneller Ebene versuchte man, den psychischen Strukturdefiziten der Patienten mit eigentlichen Regelwerken und Disziplinarmaßnahmen

(Wochenendsperren, Rückstufungen, Therapieausschlüsse, Wiederaufnahmesperren) zu begegnen.

Ab den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts folgten neurobiologische Alkoholismuskonzepte mit Erklärung des Suchtverhaltens durch Störungen von Hirnbotschaften (addiction is a brain-disease [Leshner, 1998]); daraus abgeleitet wurden Theorien zum Suchtgedächtnis. Rückfälle sollten in erster Linie durch geeignete Regulation der beteiligten Transmittersysteme mittels Anticravingsubstanzen (Medikamente gegen den Suchtdruck) erreicht werden. Eine Zuspitzung dieser Theorien bildete der Turboentzug bei Heroinabhängigen unter Narkose [Schär et al., 1996] oder momentan auch die in der Schweiz durchgeführten kurzen Infusionsbehandlungen von Alkoholabhängigen [Berthel, 2007].

Derzeit finden wir uns wahrscheinlich im Jahrzehnt der Genetik; jedenfalls häufen sich auch im Sucht- und Alkoholbereich die Publikationen [Hetteema et al., 1999, Uhl, 2004, Wurst, 2001], die sich mit der genetischen Anlage auseinandersetzen und diesen eine hohe Bedeutung zumessen.

Rückfall im Rahmen eines modernen Alkoholismuskonzepts

Rückfälle sind Manifestationen der zu Grunde liegenden Krankheit. Sie sind denn auch eher die Regel als die Ausnahme [Körkel & Kruse, 2005]. Es wäre aus therapeutischer Sicht ja auch merkwürdig, wenn im Rahmen einer Behandlung die Symptome nicht auftreten würden oder wenn man gar eine Krankheit ohne vorhandenes Leitsymptom behandeln würde. Aus ethischer und gesundheitspolitischer Sicht müsste die Frage gestellt werden, ob eine Behandlung überhaupt notwendig sei. Oder noch einmal anders formuliert: Stellt nicht der ausbleibende Rückfall im Rahmen einer Therapie eine grosse Auffälligkeit dar, bei der bei jedem Therapeuten alle Alarmlichter aufleuchten sollten? Was hat es therapeutisch zu bedeuten, wenn eines der Hauptsymptome nicht auftritt? Oder therapiert man dann den grossen Abwesenden, den Alkohol und macht gewissermassen eine virtuelle Therapie? Man müsste dann gewissermassen von larviertem Alkoholismus (Alkoholismus ohne Alkoholismussymptome) sprechen. Wenn also Rückfälligkeit nichts anderes als Symptomausdruck bedeutet, stellt sich aus therapeutischer Sicht die Frage nach dem Ausdrucks- oder Bedeutungsgehalt des Konsums. Dabei sind insbesondere zwei Dimensionen zu bedenken:

Die Frage nach dem Behandlungsrahmen (Setting): Rückfälligkeit wirft u.a. die Frage auf, ob die derzeitigen Behandlungsmassnahmen und die Interventionen angemessen, der Therapieplan problemgerecht, die Motivation des Patienten vorhanden, die Institution die geeignete, der Behandlungszeitpunkt richtig und insbesondere die Vertrauensbasis zum Therapeuten vorhanden ist.

Die psychotherapeutische Frage: Hier geht es um die Frage des Aufforderungs- oder Vermeidungscharakters, der im Konsum zum Ausdruck kommt: Auf welche Not wird aufmerksam gemacht? Welche Situation überfordert möglicherweise den Patienten? Welche notwendige Entwicklung wird durch den Konsum verhindert [Willi, 1996]? Damit kommt durch den Konsum eine zugrunde liegende Psychodynamik erst richtig zu Vorschein und ermöglicht damit auch eine entsprechende Auseinandersetzung, die wiederum die Deblockierung des Entwicklungs- oder Veränderungsprozesses ermöglicht. Etwas provokant formuliert, könnte das dann folgendermassen lauten: Wenn aus jedem Konsum ein Entwicklungsschritt hergeleitet werden kann, ist dagegen nicht unbedingt etwas einzuwenden.

Die Bezeichnung «Rückfall» beinhaltet bereits eine darin enthaltene Wertung. Bei wertneutraler Betrachtung handelt es sich dabei um die Aufnahme von Alkohol oder um Alkoholkonsum. Innerhalb eines modernen Behandlungskonzepts muss die Frage gestellt werden, welche Wortwahl mit welchen Denkmustern hinterlegt ist: Gängige Bezeichnungen sind Rückfall (relapse), Ereignis (lapse), Vorfall, trockener Rückfall für das blosses Fantasieren von Konsum. Es wäre in diesem Zusammenhang spannend, einmal zu untersuchen, wie verschiedene Suchtbehandlungseinrichtungen terminologisch mit Konsumereignissen umgehen und welche Haltungen darin zum Ausdruck kommen.

Therapieziele

Sehr komplex scheint die Frage nach der Bedeutung von Alkoholkonsum auf dem Hintergrund von Therapiezielen: Die Diskussion ist vergleichsweise einfach, solange Abstinenz als übergeordnetes Therapieziel deklariert ist. Etwas anders sieht die Sache aus, wenn Kontrolliertes Trinken (KT) als Therapieziel ins Auge gefasst wird. Nach der von atf schweiz durchgeführten Studie zu den Therapiezielen aus Patienten- und Therapeutesicht [Sieber et al., 2007, Edel et al., 2007] ist KT durchaus eine, wenn auch vergleichsweise wenig genannte, Therapieoption, bei der der Alkoholkonsum eine *conditio sine qua non* ist. Müsste man im Rahmen von KT-Programmen gar von obligatorischen Rückfällen sprechen? Oder noch anders gefragt: Gibt es im Rahmen von KT-Programmen neben dem geplanten Konsum noch so etwas wie Rückfälligkeit, nämlich dann, wenn vom Konsumplan abgewichen wird?

In diesem Zusammenhang stellt sich noch eine ethische Frage: Wenn in einem modernen Alkoholismustherapiekonzept von einem humanistischen Menschenbild ausgegangen wird, stellen der



Dr. Thomas Meyer ist Direktor und
Chefarzt der Forel Klinik in Ellikon
a.d. Thur. www.forel-klinik.ch

zwischenmenschliche Respekt, die Achtung der Würde und die Selbstbestimmung des Patienten zentrale Werte dar. Das beinhaltet letztlich eine grundsätzliche Zieloffenheit in der Behandlung, die in letzter Konsequenz auch Zieloffenheit bezüglich des Substanzkonsums beinhaltet. Wie kann institutionell und therapeutisch mit dem Konsumwunsch, mit dem erfolgten Konsum oder eben mit Rückfälligkeit von Patienten unter Respektierung von deren Selbstbestimmung umgegangen werden?

Noch komplexer wird die Frage nach dem Stellenwert von Alkoholkonsum, wenn die Frage nach den Therapiezielen über die Ebene der blossen Symptomorientierung – nämlich des Trinkverhaltens – gehoben wird. Im Rahmen eines erweiterten multikausalen, psychosomatischen Krankheitskonzepts [Wolf, 2003] muss die Verbesserung der bio-psycho-sozialen Gesamtbefindlichkeit – nicht aber die Abstinenz – als übergeordnetes Behandlungsziel aufgefasst werden. Was ist damit gemeint? Immer wieder wurde von Vertretern des Progressivitätskonzepts [Bleuler, Jellinek, Anonyme Alkoholiker] behauptet, dass Alkoholismus ohne Abstinenz grundsätzlich progressiv verlaufe. Diese Meinung wird sowohl in Fachkreisen als auch unter Laien immer wieder vertreten, ist aber bis heute empirisch nicht belegt [Pattison et al., 1972, Nowinsky et al., 1992]. Umgekehrt deuten heute viele Verlaufsuntersuchungen daraufhin, dass nicht jeder Alkoholkonsum automatisch in eine psychosoziale Krise führt [u.a. Sieber, 2000]. Das wiederum bedeutet, dass Abstinenz als Therapieziel entmystifiziert und erneuter Alkoholkonsum entdämonisiert werden können. In einer neueren Alkoholismuskonzeption wird Abstinenz damit zu einem therapeutisch-methodischen Element [Meyer, 2004]. Entsprechend wird heute in Anlehnung an die substanzgestützten Therapie im illegalen Suchtmittelbereich von abstinenzgestützten Therapiekonzepten gesprochen. Vor diesem Hintergrund gewinnt auch der «Rückfall» eine neue Bedeutung: Er kommt nicht mehr einem Scheitern am übergeordneten Abstinenzziel gleich, sondern er bedeutet in der medizinischen Terminologie noch bestenfalls eine vorübergehend mangelhafte Compliance, ähnlich wie das mangelhafte Ansprechen einer Lungenentzündung auf die Antibiotikaverschreibung bei einem Patienten, der die Medikamente schlicht und einfach nicht eingenommen hat.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Bloss ein Déjà-vu?

Vom Umgang mit Rückfällen in der Klinik südhang

Von Ingo Hanisch und Walter Steiner

Sind Rückfälle eine Katastrophe, bloss ein ständiges Déjà-vu oder gar eine Chance? Die Mehrheit der suchtmittelabhängigen Menschen macht die Erfahrung von Rückfällen. Es ist also realistisch und angezeigt, einen angemessenen Umgang damit zu finden. Dabei gilt es den Balanceakt zwischen «bagatellisieren» und «dramatisieren» zu bestehen. Mit dem Bagatellisieren auf der einen Seite schrumpft die Chance, etwas aus der Situation lernen zu können. Der Gesichtsverlust, die Enttäuschung, oft auch die Resignation werden dadurch kleingeredet und beiseite geschoben: «Was geschehen ist, ist geschehen, ich muss nach vorne schauen. Das Leben geht weiter...» Der Lernprozess wird verunmöglicht, wenn die Auseinandersetzung mit dem Rückfall nicht stattfindet. Der/die Betroffene wird wahrscheinlich früher oder später wieder zum gewohnten Konsum- oder Verhaltensmuster zurückkehren.

Auf der anderen Seite ist eine Dramatisierung des Konsums kaum hilfreich, im Gegenteil: Es besteht die Gefahr der Resignation, der Mutlosigkeit und der (Selbst-)Aufgabe. Auch damit würde ein Lernprozess in Frage gestellt. Ein sensibler und offener Umgang mit Rückfällen schafft dagegen ein Klima, in dem Lernen attraktiv wird und eine Entwicklung stattfinden kann. Nun stellt sich die Frage, wie sich dieser Balanceakt zwischen «bagatellisieren» und «dramatisieren» in der Suchtbehandlung gestalten lässt.

Definition und Begriff

In der Klinik südhang und überhaupt in Fachkreisen ist der Begriff «Rückfall» umstritten, weil das Problem der subjektiven Wertung besteht. «Rückfall» hat als Wort schon eine «rück»-bezogene Positionierung. Die Sprache wird den bereits vollzogenen Entwicklungen auf dem Weg zur Abstinenz nicht gerecht. «Rückfall» suggeriert: Man ist wieder dort, wo man begonnen hat.

Mit «Vorfall» und «Ausrutscher» werden kurze Ausflüge in die alten Verhaltens- und Konsummuster bezeichnet. Die Gefahr der Verharmlosung liegt mit diesen Begriffen nahe. Am neutralsten erscheint die Bezeichnung «Suchtmittelkonsum». Dabei ist aber zu differenzieren, welcher Art der Konsum war: Substanz, Menge, Dauer, Umstände usw. Damit wird deutlich, dass erst die differenzierte Beschäftigung mit dem Konsummuster die Lernchancen eröffnet. Und erst nach der persönlichen Auseinandersetzung wird klar, wie das Verhalten zu bezeichnen ist, ob es sich also um

einen «Vorfall», einen «Ausrutscher» oder um einen «Rückfall» handelt.

Stadien der Veränderung

Um den «Rückfall» in den Kontext der Suchttherapie zu bringen, wird oft das «Stadien-der-Veränderung-Modell» von Prochaska & DiClemente verwendet. Das Konzept geht davon aus, dass ein Mensch bei jeder Verhaltensänderung – hier bezogen auf das Alkoholproblem – bestimmte Stadien durchläuft.

Das Modell verdeutlicht, dass die Rückfallprophylaxe während der gesamten Therapie immer wieder zum Thema gemacht werden sollte. Kommt es zu einem Rückfall, kann die betroffene Person ggf. unter Mithilfe von Fachleuten die Situation analysieren und wieder zu einer neuen Entscheidung bezüglich (kontrolliertem?) Konsum oder Abstinenz gelangen. Somit wird der Rückfall als Bestandteil einer konstanten Veränderung verstanden. Aufgrund der Statistik muss davon ausgegangen werden, dass der Rückfall eher die Regel als die Ausnahme ist.

Zu erwähnen ist der Unterschied zwischen Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement: Die Prophylaxe setzt sich damit ausei-

1. Kein Problembewusstsein

Neue Erkenntnisse bzw. Informationen gewinnen.

2. Wahrnehmung des Problems

Auseinandersetzung mit «Pro und Kontra» (Bsp. Gewinn und Verlust des abstinenter Lebens).

3. Entscheidungsfindung

Absicht, Weg und Ziel klären und festigen.

4. Erwerb neuer Kompetenzen

Ereignisbezogene Interventionen lernen (Bsp. Umgang mit Risikosituationen; Abgrenzung usw.).

5. Integration in den Alltag

Umsetzung im Lebensalltag, Fortsetzung der Therapie (ambulant), Nachsorge etablieren, Tagesstruktur usw.

6. Erneuter Suchtmittelkonsum

Rückkehr zum Konsum- bzw. Abstinenzziel

→ eventuell auch wieder Einstieg bei Punkt 1.



inander, wie ein Rückfall vermieden werden kann. Das Management lehrt, während eines Rückfalls möglichst schnell zu reagieren, um diesen stoppen zu können. Die Vorstellung, dass jeder Konsum im Kontrollverlust enden muss, ist in diesem Sinne kontraproduktiv. Rückfälle können sich ereignen, sie können aber auch schnell wieder beendet werden.

Behandlungsansätze in der Klinik südhang

Wie bereits erwähnt, geht es um eine individuelle Zuwendung, um die Wahrnehmung des einzelnen Menschen, seiner Situation, der Umstände usw. Auch wenn der Rückfall zum Klinikalltag gehört, geht es jeweils um einen individuellen Lernprozess: Jeder erneute Alkoholkonsum hat seine eigene Geschichte. Damit diese persönliche Auseinandersetzung fruchtbar sein kann, braucht es Transparenz. Dazu sind das Einverständnis in das Behandlungskonzept und eine gemeinsame Vertrauensgrundlage wichtige Voraussetzungen.

Beim Abhängigen reaktiviert ein Suchtmittelkonsum das Suchtgedächtnis und damit eine ganze Abfolge u.a. auch von körperlichen Reaktionen. Hat der/die Betroffene den Rückfall frühzeitig zu stoppen vermocht, verführt diese Erfahrung möglicherweise zur trügerischen Annahme, er/sie könne auch in Zukunft problemlos kontrolliert trinken. Die Konsequenzen daraus sind absehbar. Das Behandlungskonzept schreibt die vollständige Abstinenz von Suchtmitteln (ausser Tabak) während des Therapieaufenthaltes vor. Die Klinik bietet einen geschützten Raum für die Patienten und Patientinnen an. Der Konsum auf dem Klinikareal führt deshalb in aller Regel zum Therapieausschluss. Dazu werden regelmässige Kontrollen durchgeführt: Atemlufttests, Urinproben, Zimmer- und Gepäckkontrollen. Die Erfahrung zeigt, dass solche Kontrollen einerseits die Abstinenz unterstützen, andererseits die Auseinandersetzung mit einem Suchtmittelkonsum sicherstellen. Ein erfolgter Alkoholkonsum wird in den Einzelgesprächen mit den Therapeutinnen und Therapeuten sowie in der Gruppentherapie thematisiert. In der Folge werden der Urlaub und die Ausgangszeiten eingehend besprochen und oft auch eingeschränkt, dies nicht als Bestrafung, sondern zum Eigenschutz der betroffenen Person.

Das Bewusstsein für allgemeine und spezielle Risikosituationen und der Umgang damit werden analysiert, die persönlichen Ziele werden überprüft und allenfalls angepasst. Dabei gilt es zu ergründen, was die Patientin, den Patienten im weiteren Prozess unterstützt. Hierbei ist das Engagement der Betroffenen ein wesentlicher Erfolgsfaktor: Kann der Weg zur Abstinenz als Lernprozess, als Weg zu sich selbst wahrgenommen werden, oder wird er nur als Fluch und Verlust betrachtet? Wiederholte Rückfälle, welche vom Patienten, der Patientin bagatellisiert werden, stellen die Weiterführung der Therapie in Frage.

Rückfallprophylaxe nach dem Klinikaufenthalt

Nach dem Austritt aus der Klinik sind viele Patientinnen und Patienten mit veränderten Lebensumständen konfrontiert. Eine innere, emotionale Stabilität erfordert in gewissem Umfang eine äussere Stabilität. Dies betrifft die körperliche Gesundheit genauso wie die Fragen der Finanzen, des Wohnens, der Alltagsgestaltung (Arbeit, Freizeit, Tagesstruktur), aber auch der zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Qualitäten.

Wie sieht meine Gesundheit aus – körperlich und psychisch? Ist eine weitere Behandlung und Beratung auch nach dem Klinikaufenthalt sichergestellt? Sind Termine mit dem Hausarzt vereinbart, habe ich therapeutische Unterstützung? Werde ich professionelle Hilfe auch im suchtspezifischen Bereich in Anspruch nehmen? Um die sensible Zeit nach dem Austritt zu bewältigen, gilt es die Kontakte schon während des Aufenthaltes zu knüpfen, Termine zu vereinbaren und die weitere Behandlung, die Nachsorge sorgfältig zu planen.

Die Auseinandersetzung mit der Wohnmöglichkeit, dem Arbeitsplatz oder der Tagesstruktur, den Beziehungen und der Freizeitgestaltung stellt oft eine grosse Herausforderung dar. Was braucht es, um ein neues Leben aufzubauen oder eine neue Richtung einzuschlagen? Rückfallprophylaxe gelingt in dem Masse, wie die Betroffenen sich der Realität stellen und bereit sind, gegebene Spielräume zu nutzen, um ihr Leben neu zu gestalten.

Die Autoren sind Fallführende Therapeuten auf der Mittelzeitabteilung der Klinik südhang.

Chancen und Risiken von Rückfällen

Hinweise aus der Schweizer Multizenter-Studie

Von Franz Moggi

Die Veröffentlichung von Marlatts Buch Rückfallprävention (Marlatt & Gordon, 1985) vor etwas mehr als zwanzig Jahren löste in der Suchttherapie eine bis heute heftig geführte Debatte aus. Marlatt unterschied darin zwischen verschiedenen Formen des Substanzkonsums, wie sie nach einer längeren Abstinenzphase auftreten können, nämlich Rückfall (Wiederaufnahme des abhängigen Substanzkonsums), Ausrutscher (einmaliger oder kurz dauernder Substanzkonsum) und Vorfall (Ausrutscher, der zur Festigung von Abstinenz führt). Bis dahin galten alle Formen von Substanzkonsum während der Abstinenz als Rückfall. Marlatt dagegen beschrieb den Rückfall als einen Prozess, der durch frühe Interventionen gestoppt werden kann. Vorfälle würden gar eine Lerngelegenheit bieten, zur Abstinenz zurückzufinden und diese zu festigen. Während die Vertreter der kognitiv-behavioralen Therapie das Konzept mehrheitlich positiv aufnahmen, wurde es von Fachleuten, die das medizinische Krankheitsmodell vertreten, und von der Selbsthilfebewegung (z.B. Anonyme Alkoholiker) vehement kritisiert, weil ihrer Überzeugung nach jeglicher Substanzkonsum den Prozess der Suchterkrankung unaufhaltsam vorantreibt.

Es ist ein möglicher Beitrag zur Debatte, die in der Diskussion verwendeten Argumente in empirischen Studien zu prüfen. In den Daten der Schweizerischen Multizenter-Studie (Moggi et al., 2007) suche ich nach Hinweisen zu Chancen und Risiken von Rückfällen bei Patienten (66% Männer, 34% Frauen) mit Alkoholabhängigkeit (ohne anderen Substanzkonsum ausser Nikotin), die nach einer drei Monate dauernden Entwöhnungstherapie entweder von mindestens einem «wirklichen» Rückfall, einem Ausrutscher (Alkoholkonsum ohne subjektiven Rückfallwert) oder von Abstinenz während des Katamnesezeitraums von einem Jahr berichten.

Multizenter-Studie

Alle Patienten und Patientinnen, die innerhalb eines Jahres in eines von zwölf Therapiezentren der deutschsprachigen Schweiz (einschliesslich der Klinik südhang) eintraten, wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Von 1088 Patienten nahmen 805 (74%) teil. Ausschliesslich unter Alkoholabhängigkeit litten 587 (73%) Patienten, wovon 415 (71%) alle Fragebogen bei Eintritt, Austritt und ein Jahr nach Austritt (Katamnese) ausfüllten. Es werden,

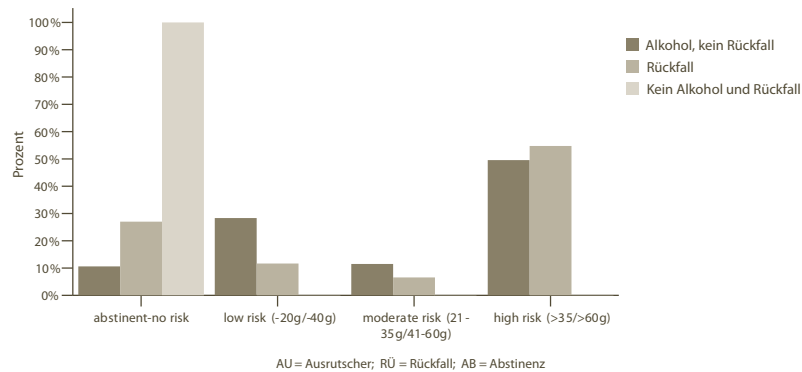
wenn nicht ausdrücklich erwähnt, nur signifikante Ergebnisse auf dem 5%-Niveau berichtet.

Als erstes wurde die Nutzung von Therapieangeboten während des Katamnesezeitraums untersucht. Patienten mit Rückfällen (RÜ) erhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit stationäre (1.7-fach) und ambulante (1.5-fach) sowie medikamentöse (4.5-fach!) Suchttherapie als Patienten mit Ausrutschern (AU). Dieses Ergebnis trifft auch für die Anzahl stationärer Entgiftungen, Entwöhnungen und ambulanter Suchttherapiesitzungen zu. RÜ-Patienten weisen stärkere Abhängigkeitssymptome (Mittelwert $M=9.4$), Probleme durch Suchtmittelkonsum wie z.B. somatische oder finanzielle Schwierigkeiten ($M=10.5$) und psychiatrische Symptome ($M=16.4$) auf als AU-Patienten ($M=5.5$, 6.0 bzw. 12.7) und abstinenten Patienten (AB; $M=0$, 3.1 bzw. 7.7). Obwohl RÜ-Patienten mehr positive Erwartungen an Abstinenz aufweisen ($M=36.9$), geben sie nicht intensivere Bemühungen zur Rückfallprävention ($M=33.4$) an als AU-Patienten ($M=34.8$ bzw. 31.6), hegen jedoch gleichzeitig mehr positive Erwartungen an Alkohol ($M=5.6$ vs. 4.3). Bei AB-Patienten sind die entsprechenden Mittelwerte 38.9 , 27.5 und 3.2 , d.h. Rückfallprävention scheint den AB-Patienten deutlich leichter zu fallen. Motivational gesehen befinden sie sich auch stärker in der Aufrechterhaltungsphase ($M=14.7$) als die RÜ- ($M=10.9$) und die AU-Patienten ($M=11.0$), sind zuversichtlicher zukünftig auch abstinent zu leben ($M=8.9$) und fühlen sich weniger Risikosituationen (Suchtdruck und Versuchungen; $M=4.3$) ausgesetzt als die anderen beiden Gruppen (6.6 vs. 5.5 bzw. je 3.2). Letztere unterscheiden sich in diesen Bereichen nicht.

Schliesslich wurde in den drei Patientengruppen auch das Konsumverhalten in Bezug auf Alkohol an gewöhnlichen Trinktagen verglichen, indem wir nach WHO-Richtlinien die angegebene Alkoholmenge in Gramm reinen Alkohols für Männer und Frauen gesondert in niedriges, mittleres und hohes Gesundheitsrisiko einteilten (siehe für die Einteilung des Gesundheitsrisikos die Legende von Abbildung 1). Während in den drei Monaten vor der Katamnesebefragung deutlich mehr RÜ-Patienten (27%) als AU-Patienten (11%) abstinent sind, trinken mehr AU-Patienten (28%) als RÜ-Patienten (12%) mit geringem Gesundheitsrisiko. Das Trinken mit hohem Gesundheitsrisiko ist mit 50% bzw. 55% der Patienten und Patientinnen in beiden Gruppen jedoch recht hoch.



Abbildung 1: Vergleich von RÜ-, AU- und AB-Patienten in Bezug auf das Risiko ihres Alkoholkonsums.



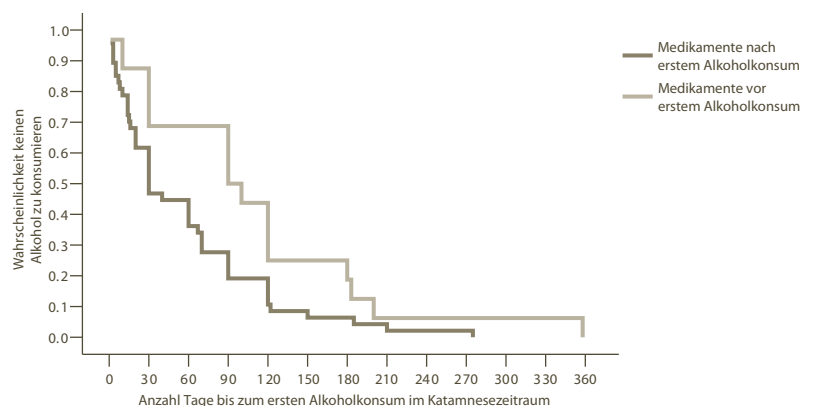
Frauen/Männer: Abstinenz = kein Risiko; -20g/-40g = niedriges Risiko; 21-35g/41-60g = mittleres Risiko; mehr als 53g/60g = hohes Risiko

Wie lassen sich diese Ergebnisse für die Ausgangsfrage nach Chancen und Risiken von Rückfällen interpretieren? Die Risiken scheinen nach subjektiver Einschätzung der Patienten zu überwiegen. Patienten und Patientinnen, die im Jahr nach einer Entwöhnungsbehandlung mindestens einen Rückfall hatten, gaben an, stärker unter ihrer Suchterkrankung sowie unter psychiatrischen Symptomen zu leiden und das Behandlungssystem stärker in Anspruch zu nehmen als Patienten, die zwar Alkohol konsumierten, diesen aber nicht als Rückfall beurteilten. Konsumierende Patienten sind insgesamt deutlich stärker belastet als abstinente Patienten, denen Rückfallprävention möglicherweise deshalb leichter fällt, weil sie mehr positive Erwartungen an Abstinenz, weniger positive Erwartungen an Alkohol und sich weniger Risikosituationen ausgesetzt fühlen. Dies erinnert an ein in der Therapie häufig behandeltes Thema, wonach Abstinenz «einfacher» ist als kontrollierter Konsum.

Rückfälle enthalten jedoch auch Chancen. Patienten, die ihren Alkoholkonsum als Rückfall beurteilten, sind in den drei Monaten vor der Katamneseerhebung eher abstinent. Zudem erhalten sie offensichtlich eher eine Pharmakotherapie mit einer Anticraving- oder aversiven Substanz (Acamprosat, Disulfiram). Buri und Mitarbeiter (in press) konnten kürzlich an diesem Kollektiv zeigen, dass Patienten, bei denen Pharmakotherapie eingerichtet wurde, bevor es zu einem Rückfall gekommen war, Alkoholkonsum weniger häufig bzw. schnell auftrat, als bei Patienten, bei denen erst eine medikamentöse Therapie installiert wurde, nachdem ein Rückfall geschehen war (siehe die beiden Verlaufskurven in Abbildung 2).

Wenn Medikamente Rückfälle verzögern oder verhindern, dann kann ein Rückfall die Chance zur Verschreibung einer Pharmakotherapie erhöhen.

Abbildung 2: Anzahl Tage bis zum ersten Alkoholkonsum nach Austritt aus der Entwöhnungstherapie in Bezug auf Pharmakotherapie vor bzw. nach dem ersten Alkoholkonsum.



Die Schweizerische Multizenter-Studie kann nur in Ansätzen der Frage nach Chancen und Risiken von Rückfällen nachgehen. Rückfälle scheinen aus Patientensicht deutlich mehr negative Folgen und wenig positive Konsequenzen zu haben. Chancen werden kaum angegeben. Aus professioneller Sicht kann ein Rückfall offensichtlich die Chance zur Abstinenz und einer Pharmakotherapie erhöhen.

Literatur

Buri, C., Moggi, F., Giovanoli, A. & Strik, W. (in press). Prescription procedures in medication for relapse prevention after inpatient treatment for alcohol use disorders in Switzerland. *Alcohol and Alcoholism*.
 Marlatt, G.A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Publications.
 Moggi, F., Giovanoli, A., Strik, W., Moos, B.S. & Moos, R.H. (2007). Substance Use Disorder Treatment Programs in Switzerland and the USA: Program Characteristics and One-Year Outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 75-83.

Priv.-Doz. Dr. phil. Franz Moggi
 Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
 Leiter Klinisch Psychologischer Dienst und Suchtforschung (Alkohol)
 Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern
 Bolligenstrasse 111
 CH-3000 Bern 60

Weder banalisieren noch dämonisieren

Interview mit Markus Theunert



Markus Theunert, lic. phil., hat an den Universitäten Basel und Bern Psychologie und Soziologie studiert und lebt heute in Zürich. Seit 2004 ist er Generalsekretär des Fachverbands Sucht (www.fachverbandsucht.ch). Ehrenamtlich engagiert er sich als Präsident des Dachverbands Schweizer Männer- und Väterorganisationen (www.maenner.ch) und als Herausgeber der Schweizer Männerzeitung (www.maennerzeitung.ch).

Der Nationale Aktionstag Alkoholprobleme widmet sich in diesem Jahr dem Thema «Rückfall als Chance?!». Ein Gespräch mit Co-Projektleiter Markus Theunert, Generalsekretär des Fachverbands Sucht.

«Rückfall als Chance?!» heisst das Thema des diesjährigen Aktionstags Alkoholprobleme. Wie ist man auf dieses Thema gekommen?

Markus Theunert: Wir führen jedes Jahr in der Projektgruppe ein ausgiebiges Brainstorming durch, um möglichst nahe an die Themen zu kommen, die den Fachleuten in der Praxis unter den Nägeln brennen. Gleichzeitig ist es auch Aufgabe der Projektgruppe, mögliche Themen daraufhin zu beleuchten, ob sie kommunizierbar sind und auf ein öffentliches Interesse stossen. Im letzten Jahr haben wir mit dem Thema «Alkohol und Exzess» sehr viel Resonanz bekommen. Die Rückmeldungen der Fachstellen stimmen uns zuversichtlich, dass wir mit der Thematik des «Rückfalls» wieder eine gute Wahl getroffen haben.

Was will der Aktionstag denn inhaltlich vermitteln?

Betroffene und ihre Angehörigen setzen «Rückfall» oft mit «Misserfolg» gleich. Am Aktionstag Alkoholprobleme sollen Rückfälle deshalb in einen Rahmen gesetzt werden, der es den Beteiligten erleichtert, ressourcen-orientiert damit umzugehen. Zwei wichtige Botschaften sind zu vermitteln:

1. Eine Abhängigkeit zu überwinden ist ein Prozess, der Zeit braucht und von allen Beteiligten Geduld erfordert. Der Prozess ist nicht mit dem Entzug oder der anschliessenden Behandlung abgeschlossen. Eine Abhängigkeit entsteht meist über Jahre hinweg, die betroffene Person und die Menschen in ihrem Umfeld eignen sich entsprechende Verhaltensweisen an. Um die Abhängigkeit zu überwinden, braucht es Zeit, das eigene Verhalten zu ändern und zu lernen, mit Belastungen umzugehen, ohne zum Alkohol zu greifen.
2. Ein Rückfall bedeutet nicht, dass man wieder an den Anfang zurückfällt. Im bereits durchlaufenen Prozess haben sich die betroffene Person und ihr Umfeld Kompetenzen angeeignet, die helfen, einen Rückfall abzufedern. Rückfälle können darüber hinaus eine Chance sein, um Schwachpunkte und Risiken zu erkennen und sich entsprechende Kompetenzen anzueignen.

Wie will der Aktionstag diese Inhalte konkret vermitteln?

Die Trägerschaft erarbeitet und verteilt sowohl ein Konzept für die Fachstellen wie auch eine Broschüre, welche durch die regionalen

Stellen direkt an die Bevölkerung abgegeben werden können. Dabei geht es einerseits darum, den Begriff des «Rückfalls» differenziert darzustellen und andererseits konkrete Handlungsanleitungen für direkt oder indirekt Betroffene zu vermitteln. So müssen Angehörige beispielsweise wissen, ob und wie sie einen Rückfall ansprechen sollen.

Besteht nicht die Gefahr, dass der «Rückfall» allzu sehr zur «Normalität» erklärt wird?

Die Gefahr besteht und lässt sich nicht einseitig auflösen. Der Rückfall darf weder banalisiert noch dämonisiert werden: Indem wir dem Titel «Rückfall als Chance» sowohl ein Frage- wie auch ein Ausrufezeichen verpassen, bringen wir diese Ambivalenz bereits zum Ausdruck.

Eine differenzierte Betrachtung des «Rückfalls» geht auch schnell in die Diskussion über Abstinenz versus Kontrolliertem Konsum über.

Ja, das stimmt. Die Trägerschaft des Aktionstags Alkoholprobleme vereint Organisationen, welche die Bedeutung der Abstinenz unterschiedlich gewichten. Aber ich nehme die Diskussionen innerhalb der Fachlichkeit als sehr pragmatisch wahr. Auch wenn die Themen vermischt werden können: An einer «Entstigmatisierung» des «Rückfalls» sind alle interessiert. Es ist tragisch, wenn die Interpretation des Rückfalls als unumstössliche Rückkehr in die Sucht zur «self fulfilling prophecy» wird.

Nationaler Aktionstag Alkoholprobleme

Am 15. November 2007 findet der erste Nationale Aktionstag Alkoholprobleme statt. Dieser Anlass will in der Nachfolge des jährlichen «Solidaritätstags für Menschen mit Alkoholproblemen» die Öffentlichkeit sensibilisieren und über fachliche Hintergründe aufklären.

Hinter dem Aktionstag steht eine gemeinsame Trägerschaft von SFA-ISPA, Fachverband Sucht, GREA, Blaues Kreuz, Croix Bleue, ingrado und den Anonymen Alkoholikern. Im Zentrum stehen Aktionen in den Regionen. Auf der Website www.aktionstag-alkoholprobleme.ch findet sich eine Liste aller Aktivitäten sowie weitere Informationen zu Konzept und Thema.

persönlich

Marcel Schmid



Beruf

Betriebsökonom HWV

Funktion im südhang

Leiter Administration/Personal

Lieblingslektüre

Im Alltag lese ich das GEO, welches ich seit mehr als fünfzehn Jahren abonniert habe. Wenn ich mehr Zeit habe, vertiefe ich mich in ein Buch von Umberto Eco («Der Name der Rose», «Das Foucaultsche Pendel») oder stöbere in der Schweizer Literatur, im Moment lese ich gerade «Der Nachtzug nach Lissabon» von Pascal Mercier.

Lieblingsmusik

Ich habe einen breiten Geschmack mit der Tendenz hin zur Klassischen Musik und weg von DRS3-Pop. Musikalische Glanzlichter sind für mich das Requiem von Verdi und dasjenige von Mozart (welche ich beide schon im Chor mitgesungen habe) sowie Werke aus dem Barock.

Lieblingsort

Ich bin kein Stubenhocker, aber sehr gerne zuhause. Auch im Chirel (zuhinterst links im Diemtigtal) und an einem wilden Meer unter wolkenverhangenem Himmel fühle ich mich sehr wohl.

Was erhoffst du dir vom Reisen?

Die Begegnung mit anderen Welten erweitert den Horizont, befreit von Zwängen und zeigt, dass es auch mit den wenigen Dingen geht, die im Rucksack Platz finden. Es macht bewusst: wir in der Schweiz sind nicht so einzigartig, wie wir gerne glauben.

Was ist für dich Heimat?

Heimat ist für mich nicht ein bestimmter Ort, sondern eher das Gefühl, mit anderen Menschen verbunden zu sein.

An einem verregneten Sonntag...

...wird das Frühstück etwas länger zelebriert als üblich und darauf gehofft, dass sich das Wetter bessert. Falls nicht, kann ein Spaziergang bei Regen auch sehr schön sein.

An einem sonnigen Sonntag...

...fahre ich am liebsten mit meiner Frau Lucia und unserem Sohn Aurel mit dem Velo durch die Landschaft.

Wie sieht für dich Glück aus?

Mit meiner Familie mit den Rädern unterwegs sein und nicht bloss im Fünfsterhotel über-

nachten, sondern im Zelt unter einem Himmel mit Millionen von Sternen.

Wovor hast du am meisten Angst?

Ich habe keine grossen Ängste und bin ein unverbesserlicher Optimist, worin ich ständig bestätigt werde: das Glück hat mich schon oft geküsst.

Welche deiner Fragen sind für dich bis heute unbeantwortet geblieben?

Ich habe mir schon als Kind Sorgen um das Ökosystem unseres Planeten gemacht und ich frage mich, ob unsere Welt überhaupt noch zu retten ist. Hier verlässt mich leider mein Optimismus...

Dein grösster Wunsch?

Ich wünsche mir sehr, dass der gute Geist, welcher sich bei uns in der Familie und mit den Freunden im Haus eingenistet hat, erhalten bleibt. Das ist für mich die Basis für alles Weitere im Leben.

Aktuelles

Wechsel in der Redaktion

Ende Juli hat Claudius Fehlmann, Psychologe auf der Langzeitabteilung, den südhang und somit das Redaktionsteam verlassen. Neben seinen fachlichen Inputs und Anregungen hat er mehrere informative Beiträge für unsere Hauszeitschrift verfasst. Wir danken Claudius Fehlmann für seine Mitarbeit und wünschen ihm viel Glück und Erfolg in seiner neuen Tätigkeit. Mit dieser Ausgabe des express können wir Georges Kessler neu im Redaktionsteam begrüßen. Seit dem Dezember 2006 ist er als Arzt auf der Abklärungsstation und im Ambulatorium tätig.



Ein sonniges Fest

Am letzten Augustwochenende findet traditions-gemäss das südhang Fest statt. Ebenfalls fast schon Tradition hat dabei das schöne Wetter. Bei herrlichem Sonnenschein konnte die Klinik wiederum zahlreiche Gäste auf dem Areal begrüßen. Pfarrer Michael Graf aus Kirchlindach eröffnete das Fest mit einem Gottesdienst, welcher musikalisch von der Musikgesellschaft Kirchlindach umrahmt wurde. Ab 11.30 Uhr konnten sich die vielen anwesenden Kinder und Familien auf dem Indianer-Abenteuerspielplatz vergnügen, während Interessierte sich am Fahr-simulator oder bei den Mitarbeitenden der Klinik über Sucht und Abhängigkeiten informieren konnten.

Neben dem leckeren Essen aus der südhang Küche war die Kult-Schlagertruppe «Schnulze und Schnultze» einer der Höhepunkte des diesjähri-gen Fests.



Einmal im Jahr bieten die Mitarbeitenden der Klinik anderes als Therapien an.

Hier noch ein Hinweis: Infolge verschiedener Akti-vitäten in der näheren Umgebung von Kirchlin-dach findet das südhang Fest 2008 am 24. August, also eine Woche früher als normal, statt. **MS**

Rückfall: ein Erfahrungsbericht

Nationalratswahlen



Herr Martin Lerch, Regierungsstatthalter und Fürsprecher aus Langenthal, prägt seit 1999 als ehrenamtlicher Vizepräsident der Stiftung die strategische Entwicklung der Klinik südhang mit. An der ETH Zürich hat er die Masterarbeit «Klimawandel – Handlungsbedarf für den Kanton Bern» verfasst. Nun kandidiert Herr Lerch für die Nationalratswahlen. Wir wünschen ihm an dieser Stelle viel Erfolg.

Weitere Infos unter www.martinlerch.ch **MS**

Rückfall ist für mich ein schwieriges Thema: kurz nach einem Rückfall ist das Ganze eher negativ belastet, mich plagen Gewissensbisse, ich glaube versagt zu haben und psychisch finde ich mich in einem tiefen Loch wieder. Trotzdem möchte ich einen Rückfall als positiv werten, da mich mein Rückfall vor sieben Jahren meine ersten Therapieerfolge erzielen liess. Folgendes hat sich damals zugetragen: Ich wurde wegen verschiedenen Delikten zu einer Massnahme in einer Drogenklinik verurteilt. Anfangs ging es mir hauptsächlich darum, die Zeit in der Therapie abzusitzen und möglichst wenig an meinem Suchtverhalten zu verändern, ich glaubte, mit Substitution (Methadon) besser über die Runden zu kommen als mit einer völligen Abstinenz. Nach 8 Monaten hatte ich einen Rückfall. Einen Cannabis «Absturz», um genau zu sein. Als ich am Sonntagabend in die Therapie zurückkehrte, gestand ich meinen Rückfall dem Pikettbetreuer. Ich wusste, dass am Montagmorgen eine Urinprobe zu erwarten war und mein Rückfall sowieso aufgefliegen wäre. Der Rückfall wurde auch den Justizbehörden gemeldet, worauf diese den Druck auf mich massiv erhöhten und mir mit Haft drohten. Ich hatte nun keine Wahl mehr, ich musste mich mehr und mehr auf die Therapie einlassen. Es fiel mir anfangs schwer, doch mit der Zeit konnte ich meine Themen in den Einzel- und Gruppengesprächen immer besser angehen und schlussendlich auch umsetzen. Die Beziehung zur Gruppe und zu den Therapeuten wurde besser, da ich nun für alle fass- und spürbar war. Meine Verhaltensmuster konnte ich in den Gesprächen eruieren und langsam auch ändern. Ohne Rückfall hätte ich die Therapie verlassen und wäre anschliessend gleich wieder auf Heroin abgestürzt. So ist es mir gelungen, dem Heroin bis heute fernzubleiben, was mich mit Stolz er-

füllt. Leider fing ich nach fast sechs Jahren, in Begleitung einer massiven Depression, mit dem Trinken an. Ich habe dies nun etwas mehr als ein Jahr gelebt, bevor ich zur Besinnung kam und mir vornahm, etwas zu unternehmen. Nun bin ich seit knapp einem Monat in der Klinik südhang und hoffe, an meine früheren Erfolge anknüpfen zu können.

Interview mit Mitpatientinnen und Mitpatienten

Rückfall: eine Chance oder Katastrophe?

Hauptsächlich wurde der Rückfall als Chance beschrieben, einige der Befragten sahen ihn aber auch ganz klar als Katastrophe. Ein Rückfall wird als Chance gesehen, solange es nicht zu Wiederholungen kommt. Der Rückfall ist unbestritten ein wesentliches Symptom der Abhängigkeitserkrankung.

Welche Erfahrungen haben Sie mit Rückfällen?

Körperlicher Zusammenbruch. Depressionen. Lernen durch Leiden. Kontrollverlust. Selbstbetrug! Viele Erfahrungen können theoretisch umgesetzt werden, in der Praxis gestaltet sich das Ganze eher mühsam. Teufelskreis (in alte Muster zurückfallen).

Worin besteht die Chance oder Schwierigkeit eines Rückfalls?

Entscheidend bei Rückfällen ist nicht, ob sie vorkommen, sondern wie man damit umgeht. Ein Rückfall kann als Misserfolg interpretiert werden, d.h. als Beweis, dass man unfähig ist, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Wer Rückfälle auf diese Weise beurteilt, wird mit der Zeit zur Schlussfolgerung kommen, dass es sich nicht

mehr lohnt, erneut zu versuchen, körperlich aktiv zu sein, weil man dazu nicht geschaffen ist. Rückfälle sind nervig. Aber Rückfälle können auch wie wissenschaftliche Experimente interpretiert werden: das Experiment hat nicht funktioniert. Es stellt sich darum die Frage: «warum nicht?» Wenn Sie einen Rückfall so interpretieren, nämlich mit Neugier anstatt mit Frustration und Ärger, dann können Sie etwas daraus lernen. Das nächste Mal werden Sie vielleicht wieder einen Rückfall erleben. Auch in diesem Falle: «Was hat dieses mal nicht geklappt?» «Was könnte ich besser machen?» Dies sind Fragen, deren Antworten einen wieder ein Stück weiterbringen.

Einige Schlagworte dazu

Besinnung, Erlebnisse verarbeiten. Schamgefühle. Auch finanziell kann ein Rückfall verheerende Folgen haben. Eine Partnerschaft kann daran zerbrechen und nicht zuletzt eine Arbeitsstelle kann verloren gehen. Aber auch soziale Ausgrenzung kann die Folge sein.

Was tun Sie bei einem Rückfall?

Hilfe anfordern. Suchtberatung kontaktieren. Notfallkoffer öffnen. Ritual zelebrieren. Freunde anrufen. Den Rückfall analysieren, der Sache auf den Grund gehen. Was ist passiert? Vorsatz der Abstinenz bestärken. In der Klinik südhang ist dies einfach, draussen muss man die Kraft erst aufbringen, was nicht immer einfach ist. Sich eventuell für eine erneute Therapie entscheiden. Verhaltensmuster nicht wiederholen. **D.S.**

Carte Blanche

für die Künstlerin Katrin Racz



«Diese Frau trägt eine Maske», sagt die Stimme aus dem Off. Beim Zappen stosse ich auf ein Bild von Hillary Clinton. «...gleich zwei Buchautoren versuchen eine Antwort darauf zu geben, wer diese Frau wirklich ist...»

Hillary Clinton scheint mir attraktiv. Selbstbewusst und energisch soll sie den Eindruck vermitteln, sie sei die richtige Frau, um Amerikas Fragen und Probleme demnächst anzupacken. Von einer Maske ist weit und breit nichts zu sehen. Und doch wirkt ihr Gesicht seltsam starr. Wie Frau Clinton wirklich ist, was sie denkt und vor allem was sie fühlt, können wir beim Betrachten ihres Gesichts nicht entziffern. Also doch eine Maske?

Als mein Sohn noch klein war, hat er mich einmal gefragt, warum ich immer alles merke. Im Gesicht von kleinen Kindern spiegelt sich jede Emotion sofort. Freude, Enttäuschung, Liebe, Eifersucht, Wut... Erst im Laufe des Erwachsenenlebens lernen wir, unsere wahren Gefühle zu unterdrücken. Einige Menschen bringen es dabei leider zur Meisterschaft. Hillary Clinton scheint zu diesen zu gehören.

Mit einer Bekannten schaue ich mir die aktuelle Kunstaussstellung im südhang nochmals an. Sie ist fasziniert und gleichzeitig abgestossen von Werner Neuhaus' grossen, geschnitzten Holzfiguren.

«Ohne Masken wären sie wirklich gut... ich möchte die Gesichter dieser Wächter sehen... die Figur mit der Gasmaske ist absolut grässlich...»

Warum schreckt uns diese Figur derart ab? Sie wäre wohl auch ohne Maske sehr eindrücklich. Wir würden sie anschauen, sie interessant finden, eine wohlwollende Bemerkung murmeln, weitergehen... und sie dann vergessen! So aber, mit Gasmaske, können wir sie nicht ignorieren und unsere Fantasie wird angeregt. Die Maske löst Widerwillen und Ablehnung aus und bleibt in unserem Gedächtnis haften: Was ist passiert, dass jemand so eine Maske trägt? Wie fühlt man sich, wenn man eine solche Maske trägt? Schützt sie überhaupt?

Die Maske an und für sich ist also nicht erschreckend, erst unsere Assoziationen darüber sind es.

Viele Gesichter meiner gemalten Figuren scheinen maskenhaft verzerrt. Ich spiele gerne mit dem Hässlichen und der Irritation.

Was aber hineininterpretiert wird, spielt sich ganz allein im Kopf der Betrachter ab. Es sind seine Assoziationen und Geschichten, nicht meine.

Das Betrachten der Ausstellung im südhang lädt eigentlich zu einer Reise zu sich selber ein. Was kommt einem in den Sinn, wenn man die vielen verschiedenen Arbeiten anschaut? Welche Werke berühren und welche nicht? Warum stossen gewisse Arbeiten ab? Gönnen Sie sich doch einen Blick durch Zarics Hasenmaske und schauen Sie sich die Welt einmal aus dieser Sicht an.

«Masken sind kein Zufallsprodukt», lese ich in einem Buch über Fasnetmasken. «Sie werden von ihren Trägern gewählt und haben einen Bezug zu seinem Inneren.» Durch welche Maske würden Sie gerne einmal hindurchschauen?

Falls Sie die Ausstellung nicht gesehen haben oder auch nicht sehen können, hier ein nicht ganz ernst gemeinter, spielerischer Tipp: Stellen Sie sich doch einmal vor den Spiegel. Schneiden Sie eine Grimasse. Dann suchen Sie sich in der Wohnung etwas Material. Eine Duschkappe beispielsweise, ein Halstuch, eine Sonnenbrille oder sonst irgendetwas, das sich zum Maskieren eignet.

Dann verwandeln Sie sich! Gönnen Sie sich eine kleine Verrücktheit, eine kleine absurde Pause auch ausserhalb der Narrenzeit. Nur so zum Spass, und dann zwinkern Sie sich und dem Alltag einfach wieder einmal zu.

Südsicht 07:

Das Mensch-Sein kann kompliziert sein. Eine Gruppenausstellung in der Klinik südhang mit Vera Goulart, Werner Neuhaus, Kathrin Racz, Nick Röllin, Anna Schmid und Nikolas Zaric thematisiert menschliches Befinden zwischen grossen Seinsfragen und kleinen Alltagsorgen.

Öffnungszeiten: Mi-Fr: 17.00–20.00 Uhr, Sa-So: 14.00–18.00 Uhr

Die «express»-Redaktion vergibt die «Carte Blanche» an Leute, die in einem direkten oder losen Zusammenhang mit dem südhang stehen.

Chancen und Risiken eines integrierten Suchtversorgungssystems

**Einladung zur
Fachtagung vom
22. November 2007
in Kirchlindach**



südhang

forel
klinik

Information

Anmeldung: Mittels beigelegtem Talon oder per Mail an forschung@suedhang.ch. Die Teilnehmerzahl ist beschränkt, die Anmeldungen werden aufgrund des Eingangsdatums berücksichtigt.

Kosten: Ganze Tagung inkl. Mittagessen Fr. 80.–, nur Nachmittag ohne Mittagessen Fr. 40.–

Teilnahme: Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Buchungsbestätigung sowie eine Rechnung. Wir bitten um Überweisung vor Tagungsbeginn.

Anmeldeschluss: 31. Oktober 2007

Weitere Infos: Erteilt Ihnen gerne Herr Marcel Schmid, Tel. 031 828 14 14

Download: Im Anschluss an die Tagung werden die Referate unter www.atf-schweiz.ch veröffentlicht.

09.30–10.00	Ankunft, Anmeldung, Begrüßungskaffee	
10.00–10.15	Dr. med. Oernulf Arneberg Chefarzt Entwöhnungstherapien Klinik südhang	Begrüßung, Organisatorisches
10.15–10.30	Dr. med. Thomas Meyer Direktor Forel Klinik	Editorial: Integration der Behandlungsangebote, das Ei des Kolumbus?
10.30–11.00	Bruno Erni Geschäftsführer Berner Gesundheit	Input zum Thema «Würfelmodell: Bahn frei für einen integrierten Ansatz im Behandlungssystem?»
11.00–11.30	Pause	
11.30–12.30	Workshop 1 «Heroingestützte Behandlung: Beikonsum als besondere Herausforderung» Dr. med. Christoph Bürki, UPD Bern	Workshop 2 «Psychiatrische Komorbidität in der Alkoholbehandlung» Dr. phil. Beate Huber, UPD Bern
12.30–13.00	Kurze Klinikführung für Interessierte	
13.00–14.00	Mittagessen	
Der Nachmittag wird umrahmt mit musikalischen Metaphern von Bruno Bieri		
14.00–14.20	Dr. med. Peter Allemann Chefarzt Entzug und Ambulatorium Klinik südhang	Begrüßung der Nachmittagsgäste, Organisatorisches
14.25–14.55	Prof. Hans-Peter Kohler Chefarzt Medizin Zieglerspital	Notfallsituationen bei polytoxikomanen Patienten
15.00–15.30	Pause	
15.35–16.05	Dr. rer. pol. Dr. h.c. Harald Klingemann Klinik südhang	Der integrierte Ansatz in der Suchttherapie – ein neues-altes Thema
16.10–16.55	Dr. med. Christian Krappel und Mitarbeiter/in Jellinek Klinik Amsterdam	Erfahrungen mit gemischten Behandlungsgruppen in der Jellinek Klinik Amsterdam
16.55–17.00	Bruno Bieri	Schlussston