

Vorwort

It gives me great pleasure to write the Foreword to Walter Altmannsberger's manual on Relapse Prevention (RP). First developed in the mid-1980s as a program designed to prevent relapse in the treatment of alcohol and substance abuse, the RP model has since been extended to a variety of other addictive behaviors, including problem gambling and sexual offending. Recent reviews of the literature show that RP has been shown to be an effective treatment approach for reducing relapse for patients with alcohol dependence. Some studies show that patients show greater improvement over time after receiving RP treatment: this has been called the "delayed emergent effect" and is consistent with a behavioral skills-training learning curve (greater improvement over time).

Based on social-cognitive theory, the goal of RP is to help patients improve their self-management skills to anticipate and cope with potential

high-risk situations for relapse. Once high-risk situations have been identified, RP provides a combination of cognitive and behavioral coping skills designed to prevent relapse or reduce the negative consequences if a lapse occurs (relapse management). As patients acquire new coping skills to deal with negative emotional states, social pressure, and other high-risk situations, they experience increased self-efficacy and confidence in maintaining their treatment goals.

I highly recommend this manual to all therapists and students who are interested in applying the RP program.

G. Alan Marlatt, Ph.D.
Professor of Psychology
Director, Addictive Behaviors Research Center
University of Washington
July 20, 2003

Geleitwort

Viele Wege führen in die Abhängigkeit und viele Wege führen aus der Sucht. Die Behandlungskette – Suchtberatung, Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge, Adaption – war der Handlauf auf diesen Wegen, an dem der Suchtkranke zur Abstinenz und Gesundheit gelangen konnte oder sollte.

Durch die Psychodynamik der Suchtkranken mit Abwehr, Widerstand und Kompetenzen ist ein typischer Verlauf der Suchterkrankung gekennzeichnet durch Rückfälle. Einengung der freien Wahl über Verhaltensalternativen, Gesundheitsgefährdung, körperliche Erkrankungen, Verstärkung der psychodynamischen Manöver und Vernachlässigung von Interessen und Pflichten und damit von Kontakten und Beziehungen und Einschränkungen des verantwortlichen Kümmerns um sich selbst und sein Wohlbefinden sind Stationen in sich wiederholenden Kreisläufen der Krankheit. Problembewusstsein, Behandlungsmotivation, Abstinenzmotivation und Veränderungsmotivation entwickeln sich langsam und sind auch nach Rückfällen immer wieder neu zu wecken. Die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl sind bei dieser, den Selbstwert kränkenden Krankheit, lange Zeit nur durch Bagatellisierung und Verleugnung zu retten. Bei einer ambivalenten Grundhaltung steht der Verlust der Alkoholwirkung oft beeindruckender für das Handeln im Vordergrund. Probleme werden external gesehen oder an den Einzelnen herangebracht. Die Welt soll sich deshalb ändern. Das „bekannte“ Wissen um den Rückfall als ein Geschehen, das nach dem ersten Glas oder der Kognakbohne nicht mehr aufzuhalten sei, ermöglichte ein Versinken in Selbstmitleid und Resignation und war nicht selten Anlass für einen neuen Kreislauf im Suchtprozess.

Auch die Stufen der Weiterentwicklung der eigenen Person zur dauerhaften Änderung des süchtigen Verhaltens sind bei stets abwägender und ambivalenter Haltung Rückfall gefährdend und Rückfall auslösend. Resignationen des Helfersystems mit mehr bürokratischem Diagnostizieren und endgültigem Prognostizieren konnten die notwendigen Veränderungsprozesse nicht wieder und weiter in Gang setzen und in Gang halten. Der nicht seltene Zirkelschluss, die Definition zum chronisch abgebauten Kranken, machte wirksame Hilfe immer seltener.

Die Sichtweise des Rückfalls als ein Ereignis innerhalb eines langwierigen Veränderungsprozesses,

der in mehreren Kreisläufen sich vollzieht (Prohaska & Di Clemente, 1992), schuf Grundlagen für eine mehr akzeptierende Suchtarbeit. Jede Stufe in einem Veränderungsprozess erfordert Initiationsriten und Anpassung in der Orientierung und im Handeln. Der Rückfall galt nicht mehr als ein Misserfolg bei einem uneinsichtigen, unverbesserlichen Kranken. Die neue Bedeutung hat einen Rückfall als einen Schritt verstanden auf dem Weg zur gesunden abstinenten Lebensführung und als notwendiges Ereignis, den Patienten zum Experten für die Bewältigung der eigenen Erkrankung werden zu lassen. Die Unterscheidung zwischen einem „Ausrutscher“ (Marlatt & Gordon, 1985) und einem Rückfall mit Rückkehr zum früheren Konsum und Konsummustern war nicht wissenschaftliche Bagatellisierung des Rückfallgeschehens, sondern hielt wissenschaftliche Erfahrungen fest. Die Erkenntnisse über Rückfallentstehung, Suchtkreisläufe und Stufen der Veränderung (Prochaska & Di Clemente, 1992) erforderten eine spezifische veränderte Rückfallprävention.

In der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen gehören die Prävention und Therapie von Alkoholrückfällen zum Alltag eines Therapeuten. Die persönlichen Erfahrungen, wissenschaftliche Untersuchungen, Ergebnisse des Rückfallprozesses mit Rückfallvorläufern und Rückfallursachen und nicht zuletzt auch die Aufforderung der Leistungsträger zum schriftlichen Nachweis des Therapie- und Präventionsprogrammes von Rückfällen veränderten die früher meist durchgeführten Vorgehensweisen in Form disziplinarischer Entlassungen. Erweiterte Diagnostik und prozessbegleitende Therapiezielbestimmung waren Anlass zu neuem generalisiertem Vorgehen (Körkel, 1988) und zum individualisierten Umgang mit dem Rückfall.

Die Fontane-Klinik ist eine psychosomatische Fachklinik und führt seit Mai 1994 Entwöhnungsbehandlungen für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Männer und Frauen durch. Das Behandlungskonzept ist nach tiefenpsychologischen, systemischen und verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten ausgerichtet. Die therapeutische Arbeit findet nach einer Orientierungsphase in halboffenen Stammgruppen mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten und in themenzentrierten Indikationsgruppen sowie in „nonverbalen“ Begleittherapien und in Ange-

boten zur Freizeitgestaltung statt. Die Patientenpopulation ist äußerst heterogen und unterscheidet sich dabei unter anderem hinsichtlich kognitiver Fertigkeiten, physischer und psychischer Belastbarkeit und ihrer Motivationslage. In der wachsenden Bedeutung des Rückfallthemas hat die Fontane-Klinik ein Konzept einer spezifischen Rückfallprävention zur primären und sekundären Rückfallprävention entwickelt. Die unterschiedliche Motivationslage der Patienten war Anlass, das Konzept in Form eines zweistufigen Vorgehens in die Therapieorganisation der Klinik zu integrieren:

- Die Rückfallwoche wird im Rhythmus von ca. acht Wochen in jeder Stammgruppe mit den Kerneinheiten des Rückfallpräventionstrainings (R.P.T.) vom zuständigen Bezugstherapeuten durchgeführt. Das „Programm“ der Rückfallwoche erstreckt sich über fünf Tage und umfasst fünf Einheiten mit je zwei Stunden Dauer. Der Focus liegt dabei auf der Rückfallthematik, steigert die Therapiemotivation und vermittelt vorwiegend sekundärpräventive Kompetenzen. Die Rückfallwoche beachtete und stellte die Erwartungen der Patienten zufrieden. Ein Bedarf an Veränderungen konnte nicht regelmäßig geweckt werden.
- Das R.P.T. wird als komprimiertes Trainingsangebot zum Therapieende durchgeführt. Dieses Angebot richtet sich an Patienten, die gezielt am Aufbau von Rückfallbewältigungskompetenzen arbeiten wollen. Die Entscheidung über die freiwillige Teilnahme erfolgt nach einem Informationstermin. Für das R.P.T. werden die Patienten vom allgemeinen Rahmen des Therapieprogramms befreit. Sie erhalten dadurch Zeit, die Inhalte der zweimal täglich stattfindenden Gruppeneinheiten nachzubereiten und zu vertiefen. Der erste Kurs startete im Dezember 1997 und wurde seitdem regelmäßig durchgeführt. Bereits unsere ersten gezielt geplanten und vorbereiteten Rückfallpräventionskonzepte fanden bei den Patienten einen guten Anklang. Mancher Patient war mit der Teilnahme an der Rückfallwoche zufrieden. Seine Motivationslage entsprach eher den Wünschen eines Besuchers (De Jong & Berg, 1999). Andere Patienten verlangten und wünschten sich gerade am Ende der stationären Therapie nochmals eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema Rückfall und zeigten Wünsche und ein Verhalten von Kunden (De Jong & Berg, 1999).

Unsere Überlegungen waren, mit einer Fülle von Interventionsstrategien wie Selbstkontrolle, Re-

gulierung und Bewältigung des Alkoholverlangens in schwierigen Situationen, Ablehnungstraining, Training des Verhaltens in Risikosituationen, Umgang mit Alkoholverlangen (Craving), Selbstsicherheitstraining, Lebensstilbetrachtung und -beratung, Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen den Patienten mehr Handwerkszeuge und mehr Kompetenzen zur Verfügung zu stellen. Aber immer wieder stellte sich uns die Frage, wie bereit ist jeder Patient für eine Rückfallprävention, wieviel ist er bereit zu tun und zu verändern. Für uns Therapeuten geht es dabei auch immer um den Respekt vor der Freiheit und der Autonomie des Patienten im Kampf um seine Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit. Wir müssen akzeptieren, dass keiner etwas tut, wovon er nicht glaubt, dass dies für ihn das Beste sei. Bei unseren Überlegungen zur gezielten Anwendung des R.P.T. im Sinne der Individualisierung war das Drehtürmodell des Veränderungsprozesses bei Abhängigkeitskrankheiten von Prochaska und DiClemente sehr hilfreich. Wir entschieden uns für ein Rückfallpräventionsprogramm für Patienten in der Vorüberlegungs- und Überlegungsphase und für Patienten in der Phase der Entscheidung, Verpflichtung und Veränderung. Das unterschiedliche Interesse und die wechselhafte Teilnahme der Patienten am R.P.T. bestätigten uns dieses Einteilen und dieses Vorgehen. Die Freiheit, sich für das Angebot des R.P.T. zu entscheiden und teilzunehmen, ist gleichzeitig stets eine Verpflichtung zu verschiedenen Schritten, die umgesetzt werden sollen. Diese Ja-Haltung war immer wieder entscheidend für den weiteren Prozess. Rückmeldungen von ehemaligen Patienten über ihren Umgang mit Risikosituationen und mit Ausrutschern und Rückfällen werden oft in der Sprache des R.P.T. geführt und bestätigen die einzelnen Einheiten des R.P.T. Die Inhalte werden wachgerufen und abgerufen. Das noch nicht Getane, jedoch Gewusste und selbst Entwickelte, wird möglich und in Angriff genommen, denn Ambivalenz und die Abwägung von Vor- und Nachteilen einer Veränderung bleiben in jeder Phase des langwierigen Veränderungsprozesses bestehen und verstärken sich in Risikosituationen. Ziel des R.P.T. ist, den Patienten mit höherer Handlungssicherheit und Selbstwirksamkeitserwartung zum Experten für die Bewältigung seiner eigenen Erkrankung zu machen und zum Hüter des eigenen Wohlbefindens. Die Erfahrungen und Erfolge, ohne Alkohol Grenzen zu überwinden, Spannungen abzubauen, sich etwas Gutes zu tun, lockerer und frei zu werden, sich durchsetzen zu können, mit der Einsamkeit fertig zu werden oder Dinge, die ohne Alkohol sonst nicht zu

schaffen waren, anders zu bewältigen, stabilisieren das erschütterte Selbstwertgefühl. Illusionen und Realität klaffen nicht mehr soweit auseinander. Die Abstimmung des Veränderungsbedarfs des Patienten und die geleistete Hilfestellung bewirkt durch die passende Beachtung der Erwartungen des Patienten intensivere Beziehungen, schafft Erfolge und ermöglicht eine zufriedene Lebenshaltung.

Dieses Vorgehen orientiert sich auch am Konzept der Salutogenese, das heißt der Kräfte, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln. Das Kohärenzgefühl (Antonowski, 1987) ist zu verstehen als das Vertrauen, dass Dinge, die geschehen, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit), dass Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit) und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnen (Sinnhaftigkeit). Diese Zuversicht erscheint ein wesentlicher und spezifischer Wirkfaktor in der Therapie von Alkoholabhängigen zu sein. In unserer Beziehungsempathie müssen wir Therapeuten lernen, in welcher Weise die Behandlung missglücken kann. So haben wir uns lange damit auseinandergesetzt, ob z. B. die Einheit „Kontrolliertes Trinken“ in das R.P.T. aufgenommen werden kann oder muss. Das Ziel war eine bewusste Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Möglichkeiten und Hoffnungen, kontrolliert zu trinken. Ich erlebte nicht selten eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen von Therapeuten und den Vorstellungen und Erwartungen von stationär behandelten Patienten. Therapeuten sahen in dieser Einheit die Einladung zu kontrolliertem Trinken und dem Ausstieg aus einem konsequent an Abstinenz orientierten Vorgehen und damit die Einladung zum Rückfall. In meiner Arbeit mit Patienten zum Thema kontrol-

lierten Trinkens und ihren Vorstellungen kontrolliert zu trinken, erntete ich anfangs Misstrauen und gereizte Reaktionen. Ein Patient äußerte, ob ich wohl auch noch in sein Kleinhirn hinten eindringen wolle. In der Nachbereitung dieser Einheit waren in der Regel alle Patienten sehr dankbar, dass dieses Thema endlich einmal offen angesprochen werden konnte. Die Erkenntnis, dass sie alle Möglichkeiten und Schritte, die von uns Therapeuten vorgeschlagen werden zu überlegen, sie bereits lange zuvor in der Tat ausprobiert hatten, brachte Entlastung und Beruhigung und die vorläufige Erkenntnis der Notwendigkeit einer suchtmittelfreien Lebensweise. Diese Einheit haben wir später nach vielen Gewichtigungen jedoch weggelassen, um unser gesamtes R.P.T. in einem bestimmten Zeitraum durchführen zu können.

Das R.P.T. in der Fontane-Klinik ist ein bewährtes Konzept mit 14 Einheiten im Rahmen der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. Schulen übergreifende Handlungsbereiche und Wirkfaktoren (Grawe et al., 1994) wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung haben im R.P.T. einen Konsens gefunden und ermöglichen Flexibilität, individuelles Verstehen und Erreichen des Patienten und bewirken Glaubwürdigkeit. Interessierten Therapeuten und Fachleuten wird es viele Anregungen und Erkenntnisse verschaffen und die eigene Hoffnung und Zuversicht für diese Arbeit stärken. Daher wünsche ich eine weitere Verbreitung dieses Vorgehens und eine gute Resonanz im Kreise der Fachkollegen.

Motzen, Herbst 2003

Dr. med. Jürgen Loos
Ärztlicher Direktor
der Fontane Klinik

Vorwort des Autors¹

In der Therapie mit alkoholabhängigen Patienten befindet man sich, gerade als wissenschaftlich interessierter Psychotherapeut, in einem Dilemma: Einerseits weiß man um die häufig von Leistungsträgern, Angehörigen und nicht zuletzt von motivierten Patienten aufgestellte „Gleichung des Therapieergebnisses“: Abstinenz = Erfolg, Rückfall = Misserfolg, andererseits kennt man auch die empirische Realität der Rückfallquoten und sollte diese Vereinfachung eigentlich nicht mitmachen. Dennoch kann man auch an sich immer wieder erleben, wie irritiert oder auch enttäuscht man auf Rückfälle seiner Patienten reagiert, besonders, wenn man selbst einen guten Eindruck von ihrer Therapie hatte.

Obwohl sich die Ergebnisse der Rückfallforschung zunehmend durchsetzten, die ja belegen, dass bereits vier Jahre nach einer Entwöhnungsbehandlung der Rückfall nicht mehr die „Ausnahme“ ist (Körkel & Kruse, 1993), gab es zur damaligen Zeit im klinischen Alltag kaum praktische Angebote, wie man spezifisch auf diese Herausforderung (bzw. Bedrohung) reagieren könnte. Auch in der Fontane-Klinik, in der das vorliegende Rückfallpräventionstraining entwickelt wurde, gab es im Kollegenkreis anfangs „hitze“ Debatten über die Frage, wie offensiv man das Rückfallthema behandeln sollte und ob dafür ein spezielles Angebot nötig sei. Schließlich überwog jedoch die Bereitschaft, sich auf spezifische Angebote zur Rückfallprävention zu verständigen.

Als der „Startschuss“ für die Entwicklung des Rückfallpräventionstrainings (R.P.T.) von der Klinikleitung kam, war ich als verhaltenstherapeutisch orientierter Praktiker daran interessiert, ein Programm zu gestalten, das die Patienten sehr konkret auf die Bewältigung von Rückfallrisiken vorbereitet und ihnen dadurch hilft, den „Realitätsschock“ nach der Therapie zu mildern. Dabei sollten, neben der Reflexion über die Abstinenzentscheidung, vor allem spezifische Kompetenzen zur Bewältigung von Risikosituationen und „Fehlritten“ erarbeitet und trainiert werden, damit, besonders im „Rückfall“, ein schnelleres

Anknüpfen an die bisherigen Abstinenzbemühungen möglich wird und die Folgen des Rückfalls für Betroffene wie Angehörige gemildert werden können. Auf Grund der Erfahrungen mit sehr heterogenen Patientenzielen sollte dabei auch die Veränderungsmotivation der Patienten explizit berücksichtigt werden. Auf Grund meiner therapeutischen Orientierung lag es daher nahe, mich dabei am sehr populären sozial-kognitiven Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985) zu orientieren. Zum einen, weil dieses sehr differenzierte Modell zahlreiche Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Rückfallprävention bietet, vor allem aber, weil es die wichtige und therapeutisch folgenreiche Unterscheidung zwischen „Fehltritt“ und Rückfall trifft und damit „Rückfälle“ als Teil eines langfristigen Entwöhnungsprozesses sieht.

Im Dezember 1997 erfolgte dann die „Premiere“ des R.P.T. als 14-tägiges Intensivprogramm. Die Resonanz bei den Patienten war äußerst positiv, so dass das Training seither einen festen Bestandteil im Therapieangebot der Fontane-Klinik darstellt. Ermutigt durch das positive Feedback der Patienten entstand die Idee, das inzwischen auch inhaltlich modifizierte Training zu publizieren. Nach einer inzwischen mehr als 3-jährigen kontinuierlichen Präzisierung der Trainingsinhalte kann das im vorliegenden Manual ausführlich beschriebene Rückfallpräventionstraining nun veröffentlicht werden.

Das Manual ist in drei Teile gegliedert:

- *Kapitel 1* geht auf den *theoretischen* Hintergrund des R.P.T. ein. Dabei werden die für die konkrete Arbeit mit dem Training notwendigen Modellvorstellungen erläutert und empirische Untersuchungen zur Überprüfung der Wirksamkeit des Konzepts der Rückfallprävention aufgeführt.
- *Kapitel 2* illustriert die *inhaltlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen* des Trainings, die den Aufbau des Trainings und die Arbeitsweise im R.P.T. verdeutlichen. Abschließend wird das R.P.T. als Basisangebot und Intensivtraining im stationären Kontext dargestellt.
- *Kapitel 3* beinhaltet das eigentliche *Manual*, in dem die 14 Einheiten beschrieben werden. Dabei werden einleitend einige theoretische Aspekte skizziert, die für das jeweilige Thema relevant sind, bevor das Vorgehen in detail-

¹ Noch eine Anmerkung zur geschlechtsspezifischen Formulierung: Nach mehreren anderen Versuchen wurde aus Gründen des Leseflusses und der Arbeitsökonomie die maskuline Formulierung gewählt. Therapeutinnen und Therapeuten, Patientinnen und Patienten, Interessentinnen und Interessenten mögen Nachsicht mit dieser pragmatischen Entscheidung haben.

lierten Handlungsanweisungen für den Trainer geschildert wird.

- Im *Anhang* befinden sich alle *Informations- und Arbeitsmaterialien*, mit deren Hilfe die Teilnehmer die Inhalte der jeweiligen Einheiten nachvollziehen können. Dieses Vorgehen ist ein unverzichtbarer Teil des R.P.T., daher sind diese Bögen als Kopiervorlagen gedacht.

Abschließend möchte ich mich für die Unterstützung bei der Konzeption des R.P.T. und der Erstellung dieses Manuals bedanken: Beim ärztlichen Direktor, Dr. Jürgen Loos, für den Freiraum, diesen Ansatz in der Fontane-Klinik zu etablieren sowie für seine Ideen zur Gestaltung der Einheit 9, meinen Kolleginnen und Kollegen für die fruchtbaren Diskussionen (vor allem bei Rolf Souschek und Pia Marxen, die in der Anfangsphase der Konzeptentwicklung engagiert an der Umsetzung der „Rückfallwoche“ beteiligt waren). Bei Natalie Jatzlau, die viel von ihrer Freizeit geopfert hat, um mich beim langwierigen Prozess der Überarbeitung der Einheiten zu unterstützen und bei Gudrun Urland, der therapeutischen Leiterin, für ihre hilfreichen Rückmeldungen bei der Abfassung des theoretischen Hintergrundes. Vielen Dank auch Karin Piskazek und Jörn Reese für die tatkräftige Unterstützung bei der Fertigstellung des Manuals. Nicht zuletzt danke ich Prof. Dr. Körkel, dessen Publikationen und persönliche Anregungen mein Verständnis des Rückfalls sehr bereichert haben, und Prof. G. Alan Marlatt für seine prompte Unterstützung und das Verfassen des Vorwortes.

Vor allem aber danke ich den Patienten für ihr Vertrauen und ihre Offenheit im R.P.T. Ohne ihr Engagement und ihre persönlichen Anregungen wären die zahlreichen Praxisbeispiele nicht möglich geworden, die das Rückfallpräventionstraining in der vorliegenden Fassung prägen.

Auch wenn es sicherlich stimmt, dass Manuale die Gefahr in sich bergen, im Sinne eines „Kochbuches“ entweder zu starr oder aber etwas beliebig angewendet zu werden, können sie doch dazu beitragen, sich ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen eher zuzutrauen. Natürlich gibt es keinen „Königsweg“ zur perfekten Rückfallprävention. Die langjährige Erfahrung mit dem Training hat jedoch gezeigt, dass im R.P.T. ein sehr intensiver Veränderungsprozess angeregt werden kann, der Patienten dabei unterstützt, mit Rückfallgefahren kompetenter umzugehen.

Besonders die Bereitschaft der (meist „rückfallerfahrenen“) Patienten für eine tiefgehende Auseinandersetzung mit ihren Schwierigkeiten und ihrem Ringen um eine abstinente Zukunft hat meine eigene Haltung zum Rückfall verändert und meinen therapeutischen „Hochmut“ wirkungsvoll gedämpft. In diesem Sinne wünsche ich auch den Anwendern und ihren Klienten viele ermutigende Erfahrungen mit diesem aus der Praxis entstandenen Rückfallpräventionstraining.

Berlin, im Herbst 2003 Walter Altmannsberger