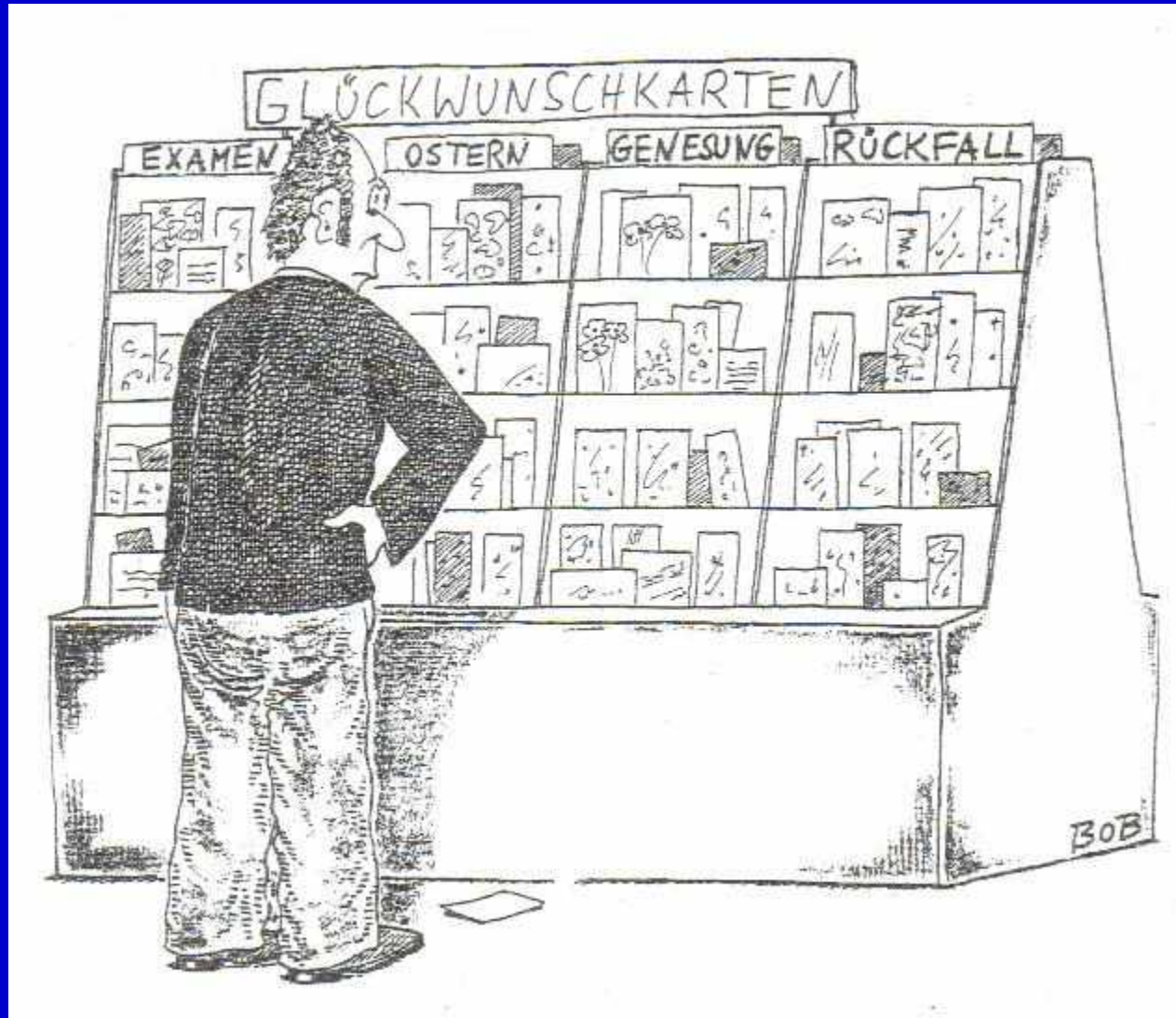


# RÜCKFALLPRÄVENTION

Jörg Petry



# Einleitung

# Abstinenzprinzip

William Hogarth: Gin Lane

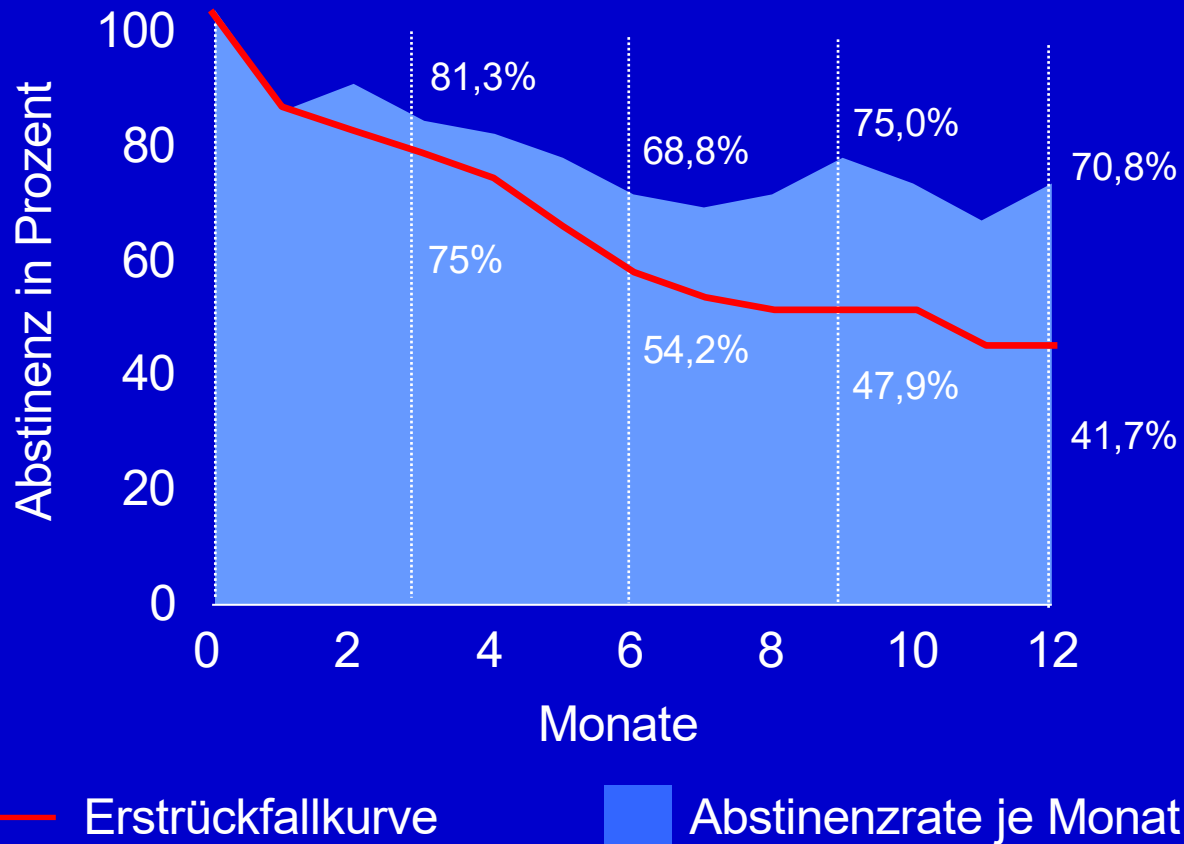


William Hogarth: Beer Street

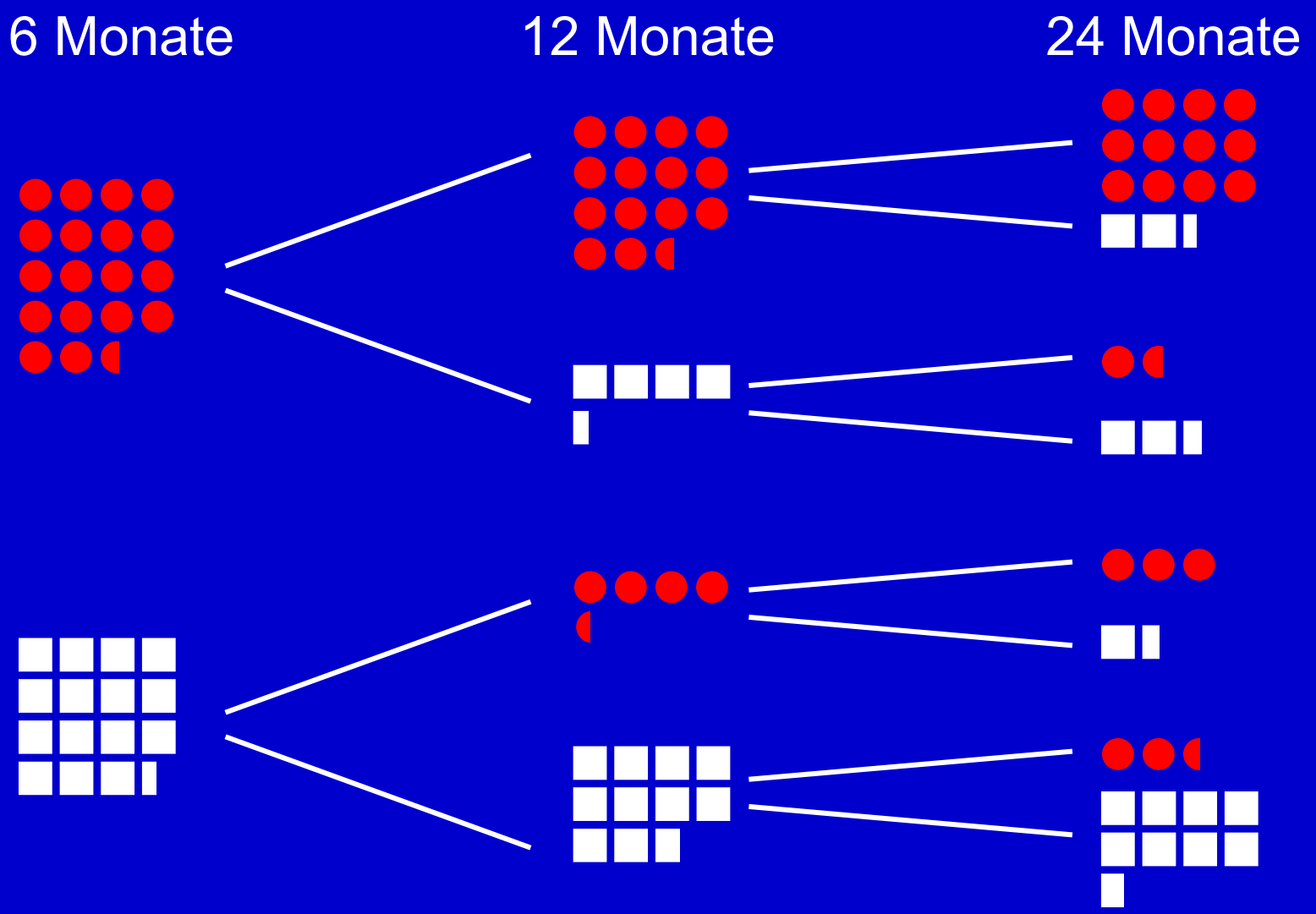


# Rückfallverlauf am Beispiel der Glücksspielsucht

## Kumulative Erstrückfallkurve und monatliche Abstinenzkurve



# Prognose gebesserter (●) und rückfälliger (■) Alkoholiker (Zweijahreskatamnese)



Gottheil, E.; Thornton, C.C.; Skoloda, T.E. & Alterman, A.I. (1982). Follow-Up of Abstinent and Nonabstinent Alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 139, 560-565.

# Rückfallmodell

RELAPSE

**P**REVENTION

EDITED BY

G. ALAN MARLATT and JUDITH R. GORDON

# Sozialkognitive Lerntheorie

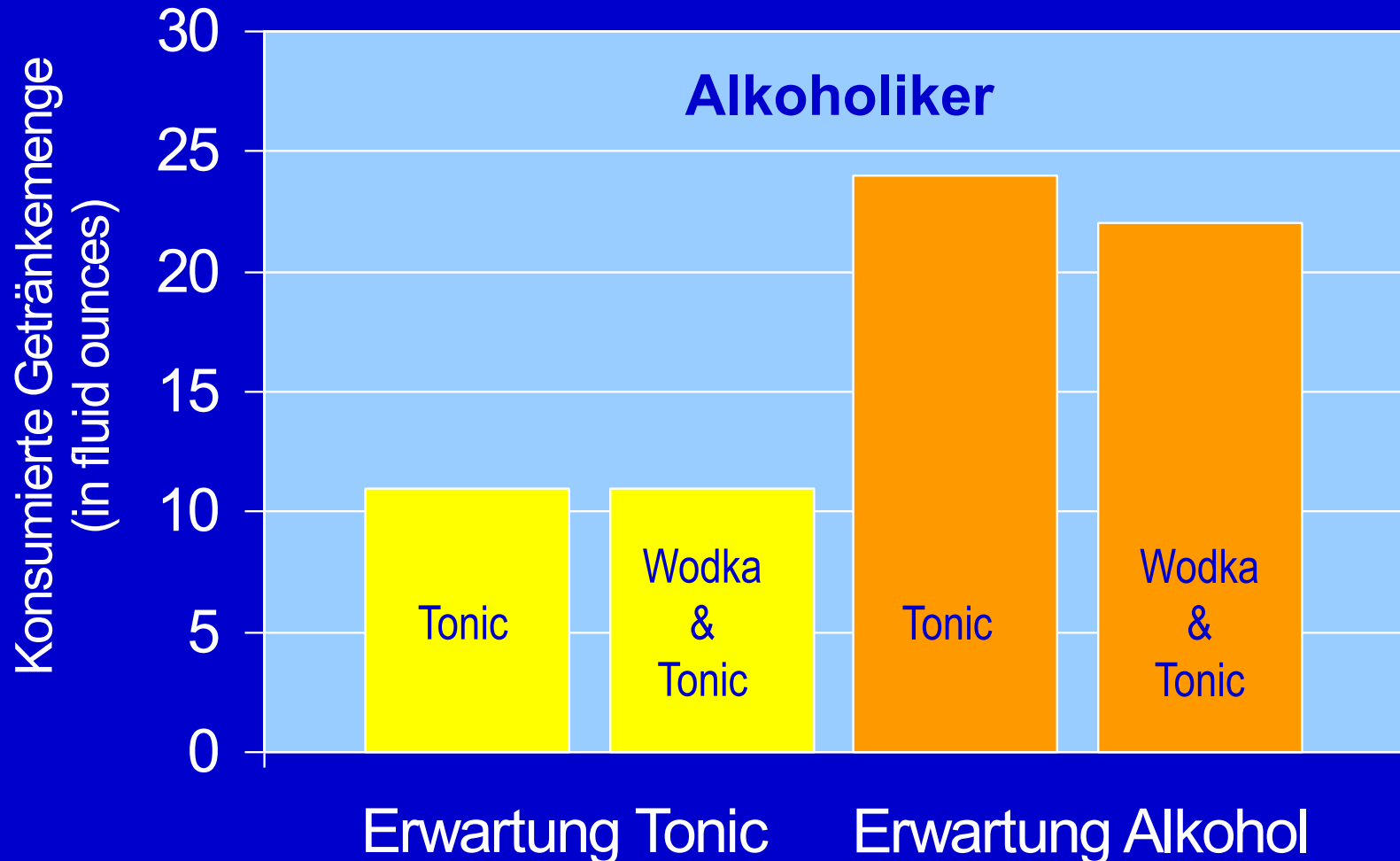
# Alkoholkonsumerwartungen

		Es wird angekündigt	
		Alkohol	Kein Alkohol
Es wird verabreicht	Alkohol	Wodka & Tonic	Wodka & Tonic
	Kein Alkohol	Tonic	Tonic

Marlatt, G.A.; Demming, B. & Reid, J.B. (1973). Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.

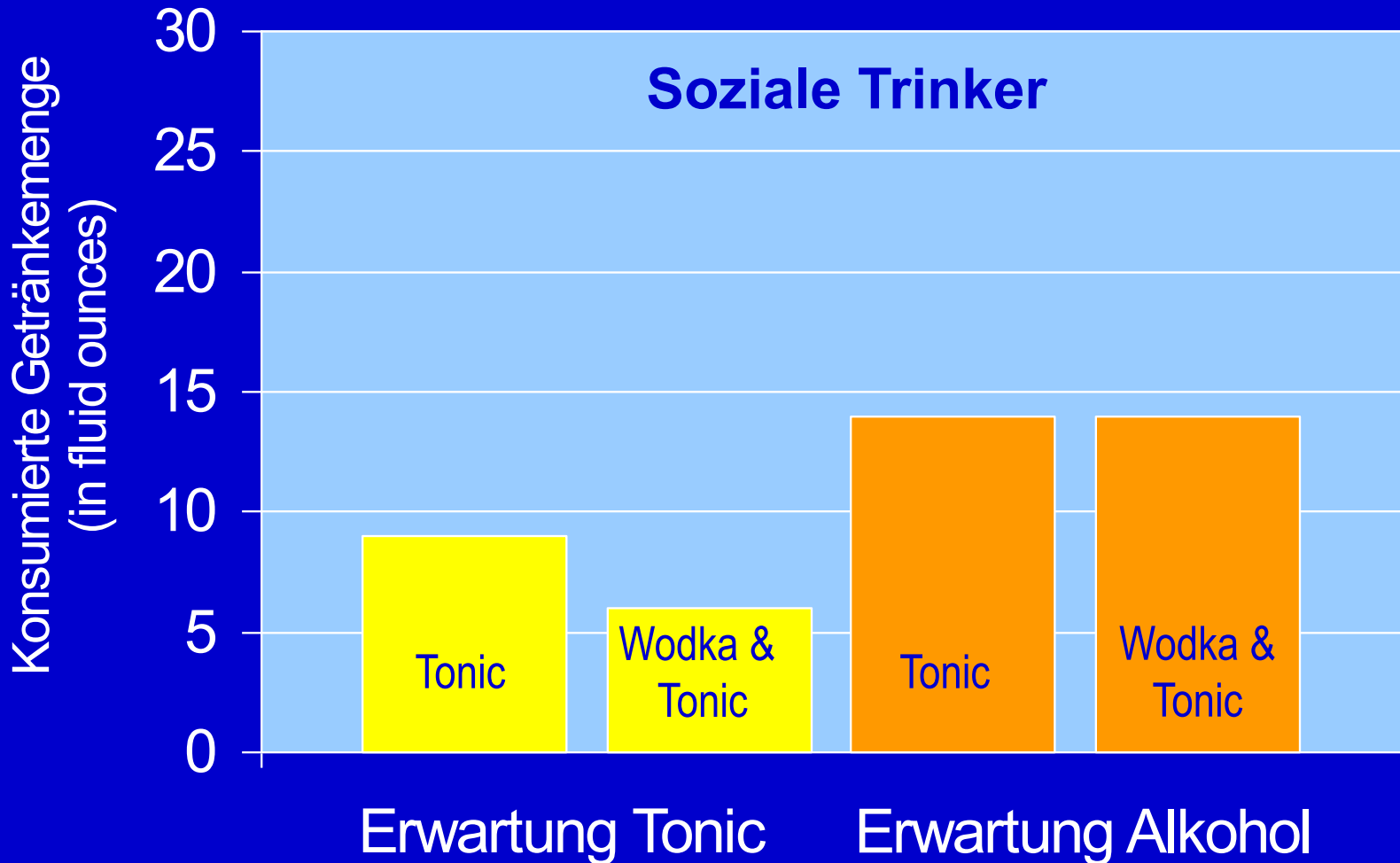


# Alkoholwirkungserwartungen



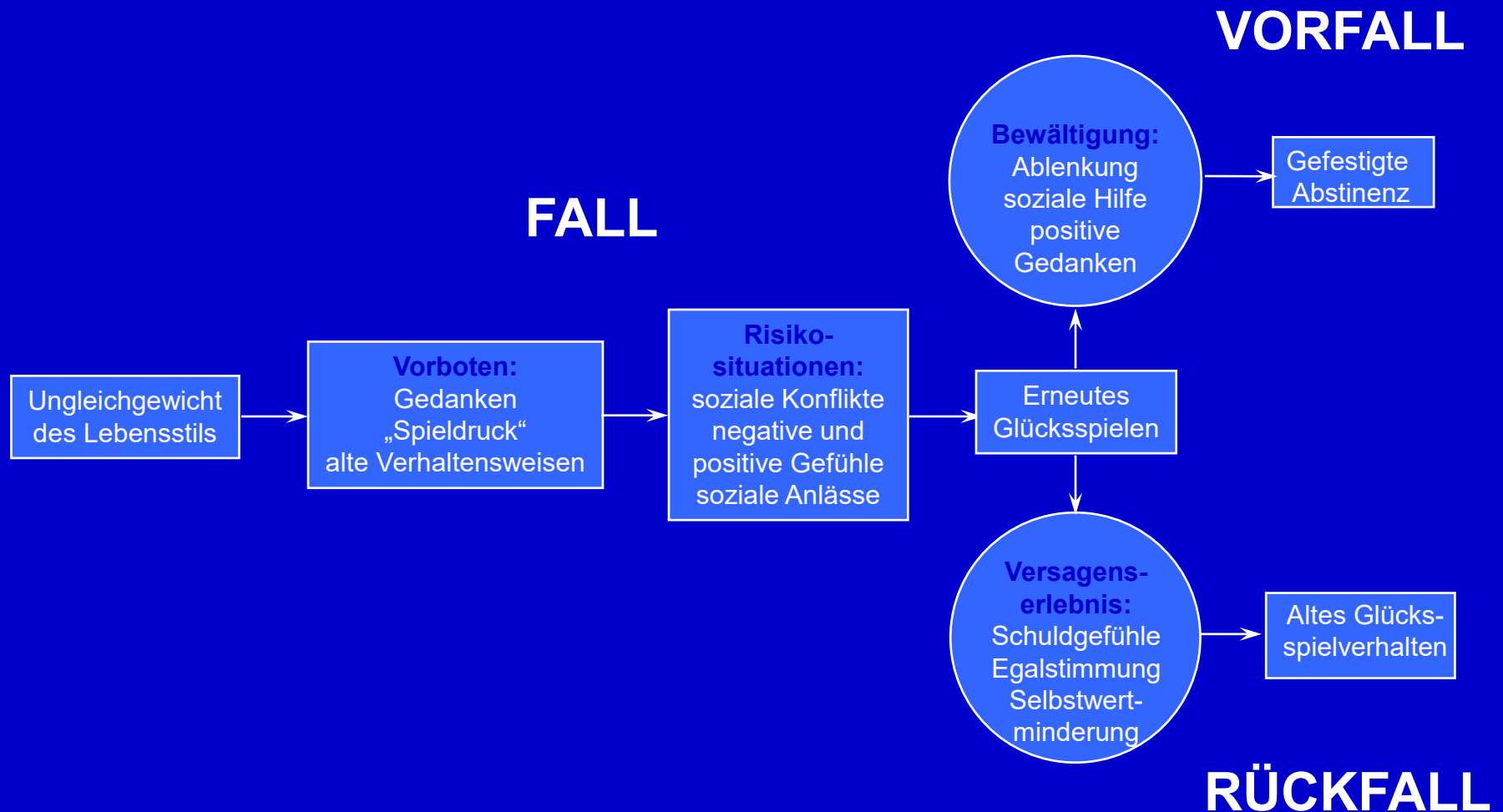
Marlatt, G.A.; Demming, B. & Reid, J.B. (1973). Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.

# Alkoholkonsumerwartungen



Marlatt, G.A.; Demming, B. & Reid, J.B. (1973). Loss of Control Drinking in Alcoholics: An Experimental Analogue. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 233-241.

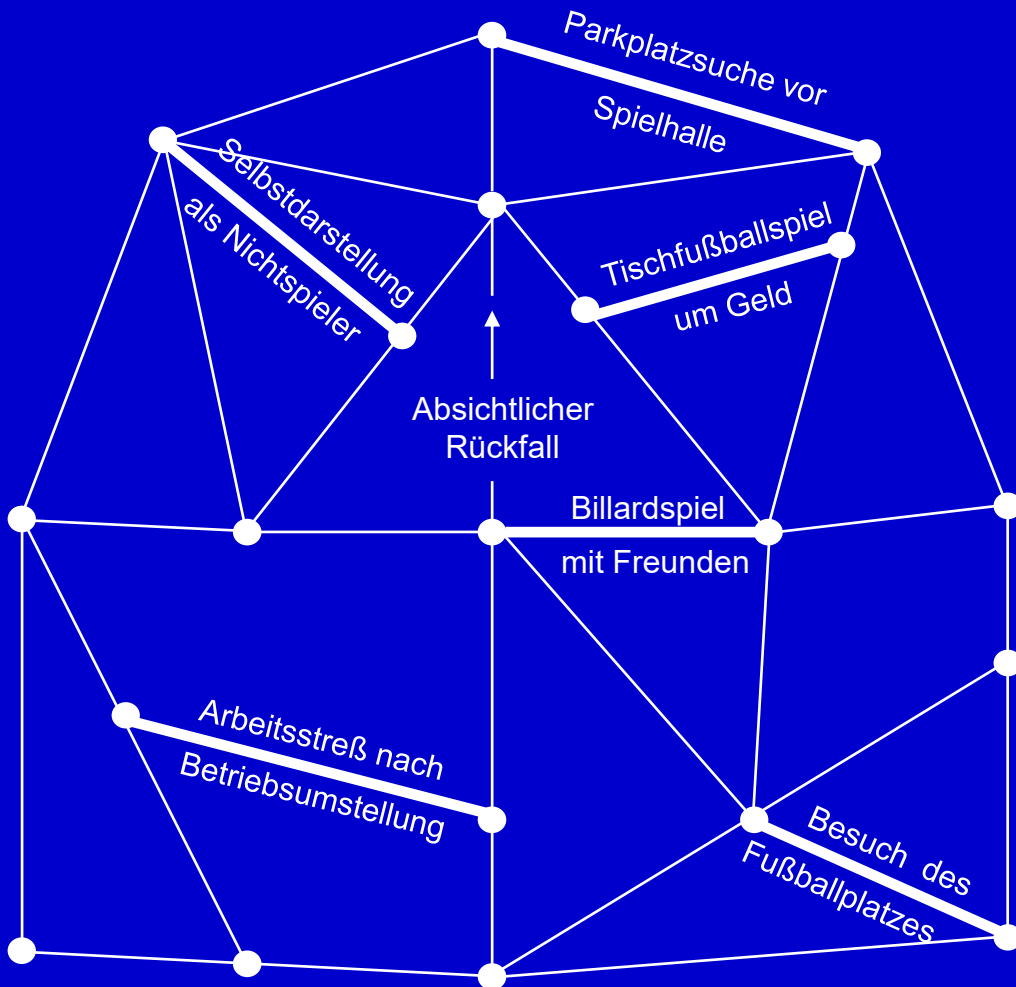
# Sozialkognitives Rückfallmodell am Beispiel der Glücksspielsucht



# Zielpunkt

Geldautomatenspiel in einer Spielhalle

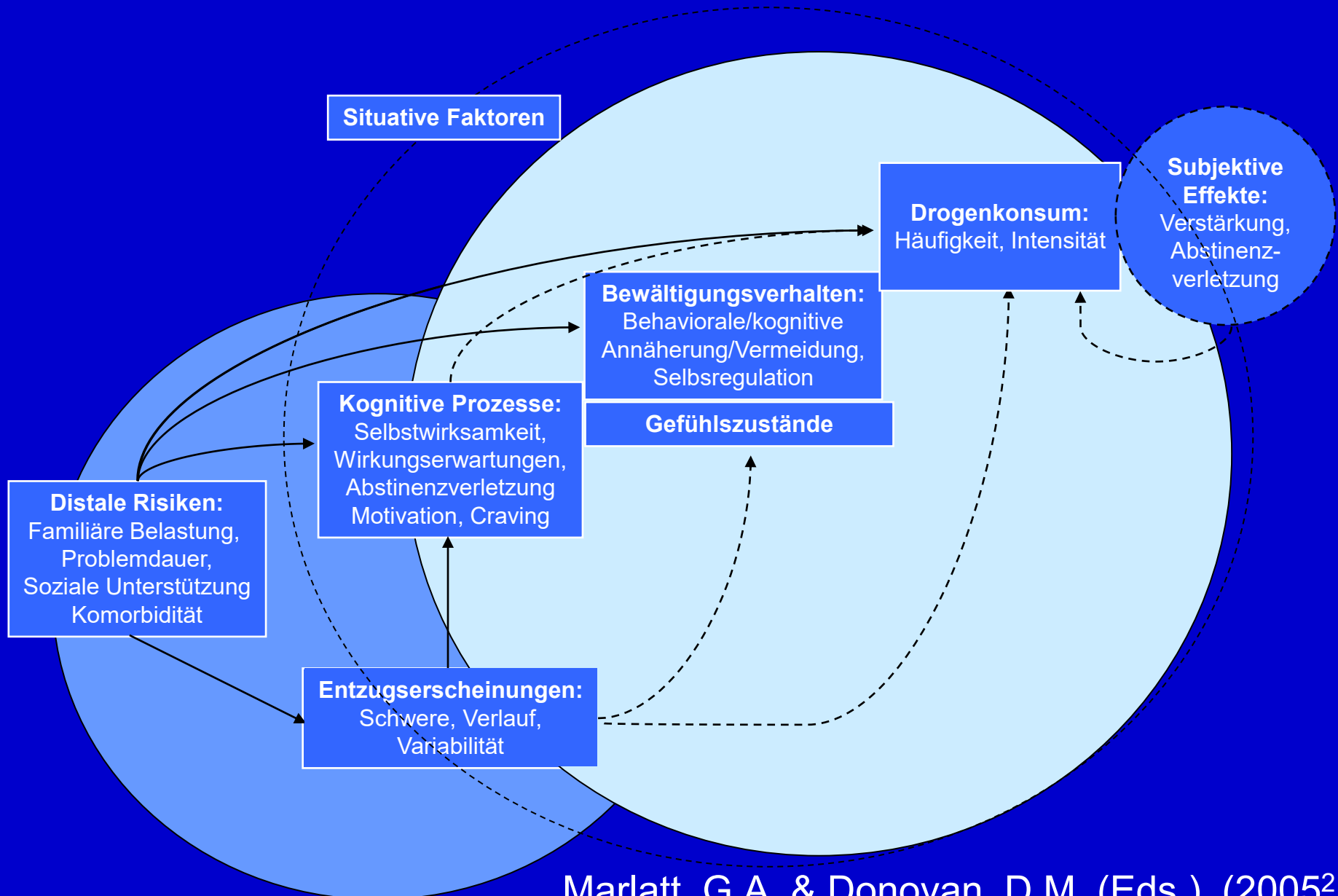
# Geplanter Rückfall



Selbstauferlegte Glücksspielabstinenz

# Startpunkt

# Revidiertes Sozialkognitives Rückfallmodell



Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Eds.). (2005<sup>2</sup>).  
Relapse Prevention. New York: Guilford.

# Vergleichende Rückfallforschung

Rückfall-Situationen \ Patienten- gruppe	Alkoholiker (N=70)	Raucher (N=64)	Heroinabh. (N=129)	Glückssp. (N=19)	Überesser (N=29)
Negative Gefühle	38%	37%	19%	47%	33%
Negative Körperempfindung	3%	2%	9%	-	-
Positive Gefühle	-	6%	10%	-	3%
Test der Eigenkontrolle	9%	-	2%	16%	-
Drang und Versuchungen	11%	5%	5%	16%	10%
Soziale Konflikte	18%	15%	14%	16%	14%
Sozialer Druck	18%	32%	36%	5%	10%
Soziale Einsamkeit	3%	3%	5%	-	28%

Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A.: Relapse: Prevention and Prediction. In W.R. Miller (Ed.): The Addictive Behaviors (pp. 291-321). Oxford, U.K.: Pergamon, 1980.

# Behandlung

# Gruppenprogramm RÜCKFALLPRÄVENTION

Zentral ist die Vermittlung eines **Rückfallprozessmodells**, indem seine Vorläufer, Auslösesituationen, Verarbeitungsmuster und Bewältigungsformen analysiert werden.

Als Therapiestrategie erfolgt eine **Amplifizieren**, d.h. die Bewusstmachung der teilweise ausgeblendeten Individuellen Rückfallgefährdung.

NAME:	INHALT:
Rückfallbauen	Rückfallprozess
Rückfaller und Vorfälle	Abstinenzverletzung
Tausendmal berührt...	Rückfallvorläufer
Risiko	Risikosituationen
Notfälle	Bewältigungsformen
R. Rückfall und E. Eisern	Rückfallprognose



# Qualitätsmanagement-Handbuch nach DIN EN ISO 9001: 2000: Fachklinik Münchwies Version E

Forderung: Umgang mit fehlerhaften Produkten

**Verantwortungen**

1  
jeder MA

2-3  
Pflegepersonal

3-4  
diensthabender Arzt

5-6  
diensthabender Arzt

7  
Arzt Aufnahme- station

8  
BZT

9  
BZT/ BL

10-11  
BZT

12  
BZT/ OA/OÄ/ Ltd.Psychol.

**Bemerkungen**

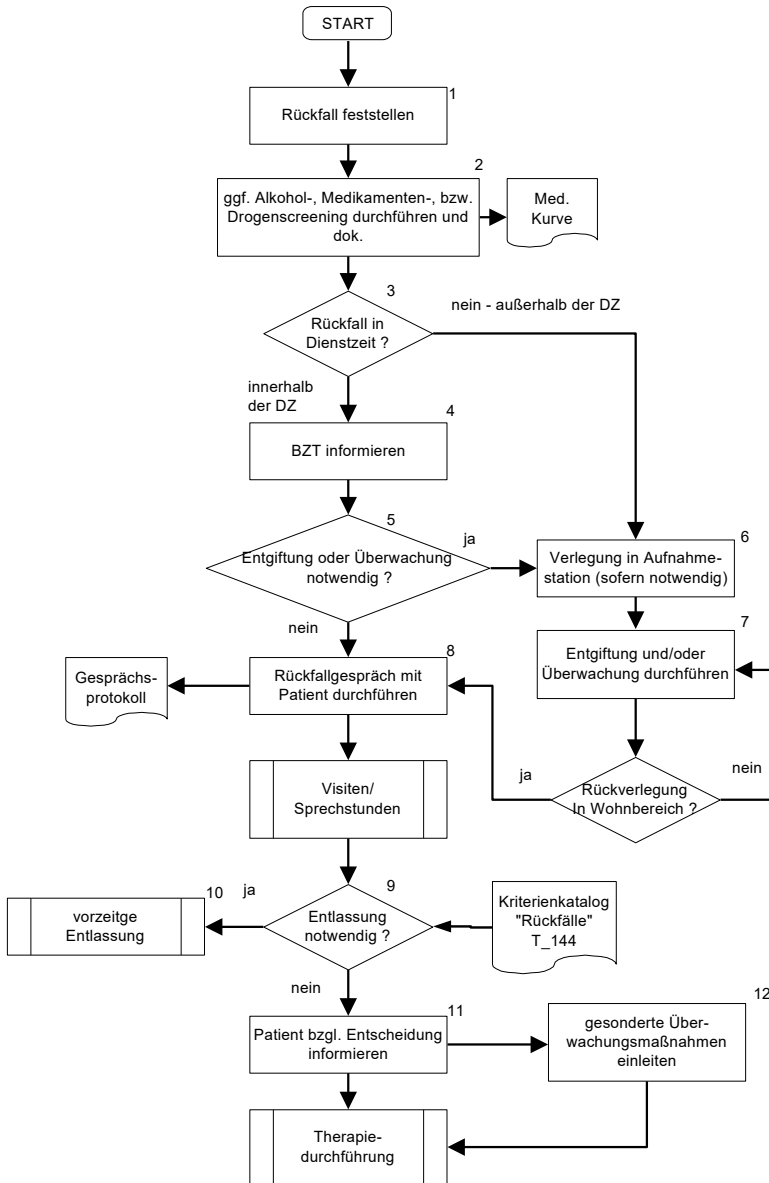
Dieses Verfahren findet nur Anwendung bei Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit !

- 1  
z. B. durch
- Eigenmeldung Patient
  - Meldung Mitpatient
  - Routinekontrollen
  - klinischer Eindruck
  - Auffälligkeiten
  - etc.

4  
bei Rückfällen außerhalb der Dienstzeit am nächsten Morgen

- 8  
Inhalte:
- Rückfallablauf
  - momentane Situation, z. B. durch
  - \* Druck
  - \* Depressionen
  - \* sonstige Belastungen

- 12
- spezielle Maßnahmen zur Rückfallprävention einleiten (indikative Gruppen)
  - Überwachung durch z. B.
  - \* Ausgangskontrollen
  - \* regelmäßige Alkoholkontrollen
  - \* etc.



# Flow-Chart: Rückfälle

## KRITERIEN ZUR FORTFÜHRUNG / BEENDIGUNG DER BEHANDLUNG BEI RÜCKFALL

Bei Rückfälligkeit besteht die Möglichkeit der Aufarbeitung und Fortführung der stationären Therapie oder der Entlassung auf ärztliche Veranlassung (in bestimmten Fällen auch disziplinarische Entlassung):

- wenn Pat. in der Klinik randaliert und andere bedroht,
- wenn Pat. Suchtmittel in der Klinik konsumiert und andere zum Mitmachen verführt.

### Gründe für die Fortführung der Therapie:

- Pat. hat bei Heimfahrt oder sonst. außerhalb der Klinik getrunken und sagt es von sich aus.
- Es ist ersichtlich, daß eine typische Problemsituation, die nicht gemeistert werden konnte, zum Rückfall führte.
- Rückfall relativ am Anfang der Therapie.

### Gründe für Entlassung:

- Pat. verschweigt Rückfall und gibt nur häppchenweise zu, was ihm/ihr nachgewiesen werden kann.
- Pat. hat schon häufiger getrunken.
- Pat. trinkt weiter, nachdem er über Rückfall berichtet hat.
- Pat. bestellt sich bei Ausflug mit MitpatientInnen z.B. eine Weinschorle, obwohl diese ihn warnen.

# Dokument T144: Kriterien

# Katamnestik

# Entwöhnung bei Alkoholabhängigen

Jakob Bosshard Hausvater der Forel Klinik widerlegt den Satz: „Wer einmal trinkt, trinkt wieder“

Trinkstatus nach 0 bis 20 Jahren der Jahrgänge 1889 bis 1903	N	%
Abstinent	211	35,2
Gebessert	162	27,1
Rückfällig oder unbekannt	226	37,7
Summe	599	100

# Effektivität der stationären Alkoholentwöhnung im internationalen Vergleich

	Herkunftsland		T-Test
	BRD	Andere Länder	
Abstinenz % (in Gruppen)	<b>45.0 (12)</b>	<b>31.0 (29)</b>	t(21.8)=1.9 p< .07
Besserung % (in Gruppen)	<b>51.2 (12)</b>	<b>44.1 (31)</b>	t(21.4)=.93 n.s.
Behandlungsdauer (in Wochen)	<b>14.7</b>	<b>4.3</b>	t(9.3)=3.5 p< .01
Katamnesedauer (in Monaten)	<b>15.9</b>	<b>14.0</b>	t(29.3)= .77 n.s.

Süß, H.-M.: Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse der Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248-266, 1995.

# Multizentrische Katamnese: Alkohol

Fachverband Sucht Jahrgang 2011 (Ausschöpfung 55,4%)

Alkoholabhängigkeit (94,9%)	<b>DGSS IV</b> (N = 13.570)	<b>DGSS III</b> (N = 5.014)
Abstinent ( N = 4.126)	30,9 %	56,2 %
Abstinent nach Rückfall (N = 888)	6,7 %	12,1 %
Rückfällig (N = 2.329)	62,4%	31,7 %
<b>Erfolgsquote</b> (abst. u. abst. n. Rückfall)	<b>37,4%</b>	<b>68,3 %</b>

Missel, P. et al. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- u. Medikamentenabhängigkeit. Sucht Aktuell, 21(1), 5 – 18.

# 25-Jahres-Katamnese (N = 96)

Stat.-amb. Kombitherapie 1976 (Ausschöpfung 90 %)	N = (56)*	
Abstinent	33	59 %
Abstinent nach Rückfall	8	14 %
Rückfällig	15	27 %
<b>Erfolgsquote</b> (abst. u. abst. n. Rückfall)	<b>73 %</b>	

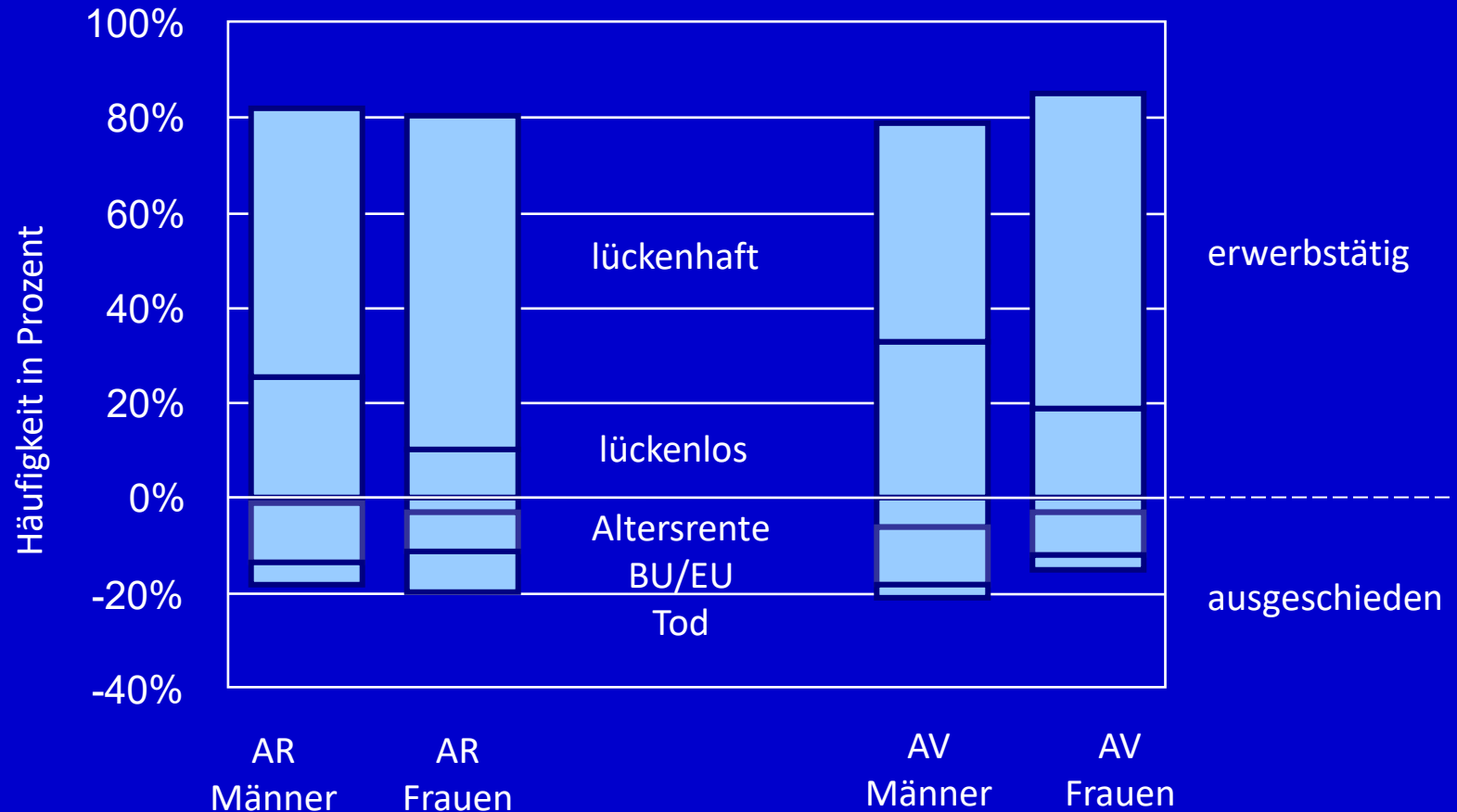
\*40 Patienten verstorben (42 %) bei 2,5fach erhöhter Mortalität der rückfälligen Patienten.

Hartmann, I. K. (2005). Der Langzeitverlauf nach einer kombiniert stationär-ambulanten Psychotherapie alkoholabhängiger Patienten – eine 25-Jahreskatamnese. Tübingen: Dotorarbeit der Medizinischen Fakultät.



# Reha-Verlaufsstatistik

5-Jahres-Prognose bei stationäre Suchtrehabilitation in Abhängigkeit vom Versicherungszweig und Geschlecht der Jahrgänge 1978-81



# Reha-Verlaufsstatistik

Der Anteil von Suchtrehabilitanten, der in fünf Jahren nach der stationären Maßnahme im Erwerbsleben verbleibt beträgt ca. 80%.

Die Erwerbsprognose bei Abhängigkeitserkrankungen ist im Vergleich mit allgemeinen Heilbehandlungen (ohne AHB und CA-Behandlungen) günstig (63,5 – 68,2%).

Beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (Altersrente, BU/EU oder Tod) ist die Zahl der Verstorbenen im Vergleich zu anderen Rehabilitationsmaßnahme relativ groß.

# Alkoholabhängigkeit: „Kontrolliertes Trinken“

Katamnesen (stationärer) Behandlungen

Trinkstatus nach Behandlung	Abstinenz	„Kontrolliertes Trinken“
Emrick (1974) Angloamerikanisch	33,8	5,8
Küfner et al. (1988) 4 Jahre	46	2,6
Christoffel et al. (1999) ABC-Modell	39,3	5,8
Bottlender et al. (2007) 3 Jahre	42	3,9

# Prospektive Langzeitkatamnese (Alkohol)

DGSS VI	Abstinenzorientierte ambulante Entwöhnung (N = 102)			
	6 Monate	12 Monate	24 Monate	36 Monate
Abstinenz	64 %	57 %	49 %	43 %
Besserung*	15 %	14 %	14 %	12 %
Rückfällig	21 %	29 %	37 %	45 %
Ausschöpfung	95 %	90 %	93 %	90 %

\* Regelmäßig niedriger Konsum (20 g pro Tag) mit 6 bzw. 12monatiger Abstinenz zu Beginn nur bei 4 Patienten (3,9 %).

Bottlender, M.; Spanagel, R. & Soyka, M. (2007). One drink, one drunk – Ist kontrolliertes Trinken möglich? Psychother Psych Med, 57, 32-38.

# Multizentrische Katamnese: Drogen

Fachverband Sucht Jahrgang 2014 (Ausschöpfung 32,6 %)

Drogenabhängigkeit (92,8 %)	<b>DGSS IV</b> (N = 1.508 )	<b>DGSS III</b> (N = 492)
Abstinent (auch von Alkohol) ( N = 238)	15,8 %	48,4 %
Abstinent (letzten 30 Tage) nach Rückfall (N = 121)	8,0 %	24,6 %
Rückfällig (1.016 per Def.) (N = 1.149)	76,2 %	27,0 %
<b>Erfolgsquote</b> (abst. u. abst. n. Rückfall)	<b>23,8 %</b>	<b>73,0 %</b>

Fischer, M. et al. (2017). Effektivität der stationären abstinenz-orientierten Drogenrehabilitation. Sucht Aktuell, 24(1), 70 – 78.

# Einjahreskatamnese der FK Münchwies: Glücksspielsucht

(N = 48/Ausschöpfung 98%)

Erfolg (in den letzten 3 Monaten abstinent <b>und</b> mindestens 9 von 12 Monaten abstinent)	60,4% (N=29)*
Mißerfolg (in einem der drei letzten Monate rückfällig <b>oder</b> 4 und mehr Monate rückfällig)	39,6% (N=19) darunter der nicht erreichte Patient

\*dabei 41,7% (N=20) Totalabstinenz

# Korrelate der Glücksspielabstinenz

Korrespondierende Veränderungen zur Reduzierung bzw. Einstellung des Glücksspielverhaltens (N=48)

Korrespondierender Symptom und Lebensbereich	Testwert	p
1. Auftreten "weichen Glücksspielens"	1,35	0,50
2. Therapiekonformer Umgang mit stofflichen Suchtmitteln	2,89	0,23
3. Auftreten psychosomatischer Beschwerden	3,27	0,18
4. Auftreten psychische Beschwerden	4,10	0,14
5. Veränderung der Verschuldung	20,78	0,001
6. Veränderung der Wohnsituation	10,40	0,17
7. Veränderung der Partnersituation	8,72	0,33

Exakter Test nach Fisher:

signifikant ( $p < 0,05$ ) nach Alpha-Adjustierung bei 7 unabhängigen Signifikanztests ( $\alpha = 1/7 \times 0,05 = 0,007$ )

# Korrelate der Glücksspielabstinenz

Beziehung zwischen dem veränderten Glücksspielverhalten und dem therapiekonformen Umgang mit Alkohol (N=47\*<sup>1</sup>)

Therapiezielkonformer Umgang mit Alkohol	Veränderungen des Glücksspielverhaltens					
	Glücksspielabstinente (N=20)		Gebesserte - Reduktion $\geq$ 25% - (N=19)		Ungebesserte - Reduktion < 25% - (N=9)	
	N	%	N	%	N	%
Übereinstimmung mit dem Therapieziel bezüglich dem Umgang mit Alkohol	18	90%	13	68,4%	6	75,0%
Nichtübereinstimmung mit dem Therapieziel bezüglich dem Umgang mit Alkohol	2	10%	6	31,6%	2	25%

\*<sup>1</sup> ein nicht erreichter Patient

Chi<sup>2</sup> = 2.89; p=0.23 (exakter Test nach Fisher)



# Multizentrische Katamnese: Glücksspielsucht

(Ausschöpfung 55,9%)

Pathologische Glücksspieler	<b>DGSS IV</b> (N = 617)	<b>DGSS III</b> (N = 345)
Abstinent ( N = 165)	26,7 %	47,8 %
Abstinent nach Rückfall (N = 80)	13,0 %	23,2 %
Rückfällig (100)	16,2 %	29,0 %
<b>Erfolgsquote</b> (abst. u. abst. n. Rückfall)	<b>44,1 %</b>	<b>71,0 %</b>

Premper, V.; Schwickerath, J.; Missel, P.; Feindel, H.; Zemlin, U. & Petry, J. (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von Pathologischen Glücksspielern. Sucht, 60(6), 331 – 344.

Wirksamkeit

# Wirksamkeitsstudien zur Alkoholentwöhnung

In Übereinstimmung mit der Psychotherapieforschung (Wampold et al., 2018) zeigen verschiedene klinisch bewährte Behandlungen im Mittel ähnlich gute (Miller & Moyers, 2014) und seit gut 120 Jahren (Engelbrecht & Rösner, 2014) unveränderte Resultate (1/3-Regel).

Die Effektivität der Behandlungen im deutschsprachigen Bereich ist durch ihre Komplexität und Länge überlegen (1/2-Regel).

Spezifische evidenzbasierte Behandlungen zeigen im Mittel keine Überlegenheit zur Standardbehandlung. Kliniker erwarten dagegen praktisch signifikante Unterschiede von mindestens 5 bis 10 % bei den Abstinenzquoten zur Einführung einer zusätzlichen neuen Methode.

Engelbrecht, C. & Rösner, S. (2014). Follow-up Studien: In Ellikon schon seit 1889. Ellikon: Poster zur 125 Jahr Feier der Forel Klinik.

Miller, W.R. & Moyers, T.B. (2014). The Forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110, 401 – 413.

Wampold, B.E.; Imel, Z.E. & Fflückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte*. Göttingen: Hogrefe.

# Studien zur Alkoholismustherapie

Es gibt eine große Variation (einschließlich schädlicher Resultate) bei üblichen spezifischen Behandlungsformen, die durch Mittelung in Metaanalysen verdeckt werden (Miller & Moyers, 2014).

Unterschiede bestehen zwischen Anbietern (Settings) und ausgeprägter zwischen Therapeuten.

Bei den Therapeuten zeigen Alter, Ethnizität, Geschlecht, Ausbildung und Erfahrung keine konsistente Beziehung zum Behandlungserfolg.

# Positive Therapeutenmerkmale

Auf Seiten der Therapeuten sind die Steigerung der Selbstwirksamkeit des Patienten, das Zugehörigkeitsgefühl zur jeweiligen Methode, die Akkuratheit der Methodenumsetzung und vor allem die Empathie und klientenzentrierte Beziehungskompetenz entscheidend.

Dies entspricht den drei allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (Frank, 1997<sup>2</sup>, Wampold et al., 2018: S. 87ff.) einer echten Beziehung, der Weckung von positiven Erwartungen und der akkuraten Behandlungsdurchführung.

Der Beitrag zum Therapieerfolge (u. a. auf die dauerhafte Abstinenz) ist mit 3 – 7 % Varianzaufklärung im Vergleich zu den Patientenmerkmalen geringer.

Frank, J. D. (1997<sup>2</sup>). Die Heiler. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wampold, B.E.; Imel, Z.E. & Fflückiger, C. (2018). Die Psychotherapie-Debatte. Göttingen: Hogrefe.

# Positive Therapeutenmerkmale

(Zitat)

*„Der praktizierende Therapeut muß gegenüber Veränderungen offen sein und sie sogar suchen. Gleichzeitig muß er jedoch seiner gegenwärtigen Position genügend vertrauen, um seinem Klienten mit gutem Gewissen Hilfe anbieten zu können. Er muß ein loyaler, revisionistischer Gläubiger sein, der fest zu seiner provisorischen Position steht.“*

(Bromme, R., 1978: S. 476).

Bromme, R. (1978). Wissen als Grundlage und Gegenstand therapeutischen Handelns. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens (S. 469 – 498). Frankfurt/M.: Suhrkamp Taschenbuch.

# Patientenmerkmale

Seitens der Patienten zeigt die Schwere der Abhängigkeit eine robuste Beziehung zum Behandlungserfolg.

Das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Veränderung ist bedeutsam. Als noch wichtiger erweist sich die Veränderungsbereitschaft im therapeutischen Prozess.

Widerstände im Behandlungsprozess sind prognostisch undgünstig. Die Ausprägung hängt stark vom Ausmaß der Direktivität des Therapeuten ab.

# Kontextmerkmale

In Bezug auf die Rahmenbedingungen der Interaktion zwischen Therapeut und Klient ist ein mittelstark ausgeprägtes Arbeitsbündnis am günstigsten.

Hinsichtlich des Lebensumfeldes ist die soziale Unterstützung bei der Abstinenzumsetzung von besonderer Bedeutung.

Die Psychotherapieforschung sieht den Wald (generelle Faktoren) vor lauter Bäumen (spezifische Methoden) nicht (Slife, 2013; Tschuschke & Freyberger, 2015).

Slife, B.D. (2013<sup>5</sup>). Wissenschaftstheoretische Kritik: Die naturalistische Sichtweise als Einschränkung für Forschung und Praxis. In M. J. Lambert, M.J. (Hrsg.). Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation.(S. 97 – 158). Tübingen: DGVT Verlag.

Tschuschke, V. & Freyberger, H.J. (2015). Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihre Auswirkungen – ein kritische Analyse der Lage. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61, 122 – 138.



Vielen Dank für Ihr Zuhören!

([www.joerg-petry.de](http://www.joerg-petry.de))