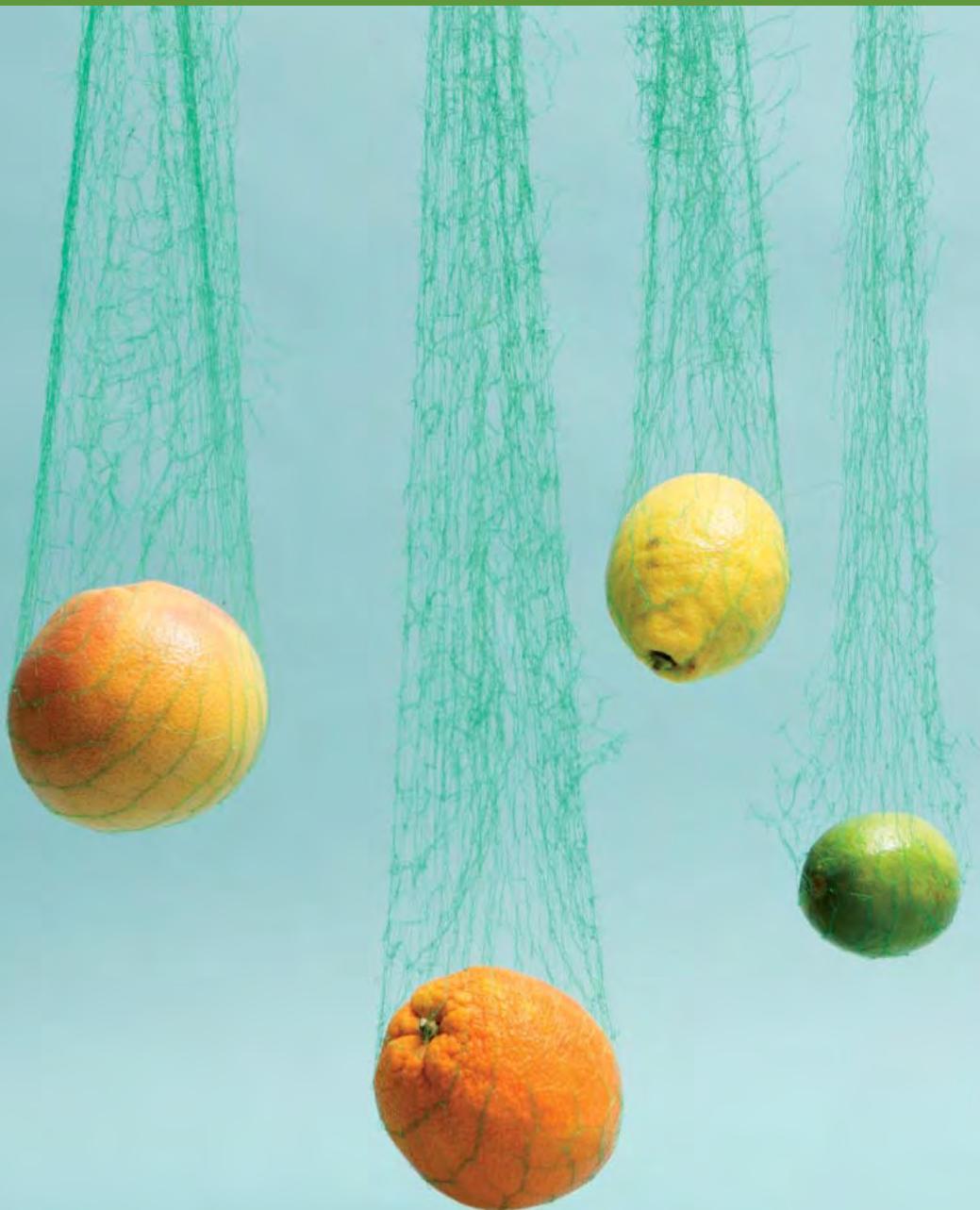


RÜCKFÄLLE

Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit? | Die moralische Dimension | Rückfall in der Selbsthilfe |
Rolle der Partnerschaft | Identität und Rückfallprozesse | Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention |
Alkohol-Rückfallprävention: Programm S.T.A.R. | Stationäre Alkoholentwöhnung und Konsumereignisse |

SuchtMagazin

1|2016



Trocken bleiben!



Naltrexin[®]
(Naltrexon HCl)

Seit 20 Jahren erfolgreich!

Naltrexin Filmtabletten

Z: Naltrexon HCl: 50 mg. **I:** Medikamentöse Unterstützung der Entwöhnungsbehandlung nach erfolgter Entgiftung von Opiatabhängigen oder Alkoholabhängigen. **D:** 50 mg/Tag. Vor Beginn der Behandlung muss sichergestellt sein, dass der Patient opiatfrei ist. → Weitere Informationen siehe vollständige Fachinformation. **K:** Opioid-abhängige Patienten ohne erfolgreichen Entzug, Patienten mit akuten Opiat-Entzugssymptomen, positiver Opioid-Nachweis im Urin, Patienten, die Opioid-Analgetika erhalten, schwere Leberinsuffizienz, akute Hepatitis, Überempfindlichkeit gegen Wirkstoff oder Hilfsstoffe. **V:** Leberinsuffizienz, schwere Lebererkrankung in der Anamnese, Lebensgefahr bei Verabreichung hoher Dosen von Opiaten. **IA:** Opioidhaltige Medikamente. **SS/St:** Keine Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit, da keine Erfahrungen beim Menschen. Häufigste **UAW:** Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unruhe, Nervosität, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Schwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen. **Abgabekategorie:** A, kasenzulässig. **Zul.-Inh.:** OrPha Swiss GmbH, 8700 Küssnacht. Die vollständige Fachinformation ist unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Inhaltsverzeichnis

4	Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit? Ulrich Kemper
12	Rückfälle – die moralische Dimension der Krankheit Peter Schneider, Can Ünlü
16	Rückfall in der Selbsthilfe Wiebke Schneider, Heinz-Josef Janssen
19	Rolle der Partnerschaft bei Rückfällen Gallus Bischof
23	Rückfallprozesse und Identität bei drogenabhängigen Menschen Hartmut Klos
27	Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit Oliver Kreh, Julia Levas, Karolin Hofer
31	Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das Programm «S.T.A.R.» Joachim Körkel
35	Konsumereignisse während der stationären Alkoholentwöhnung Susanne Rösner, Smeralda Senn, Christian Englbrecht
39	Rückfall bei Pathologischem Glücksspiel Kai W. Müller, Klaus Wölfling
43	Rückfall in der Arbeitswelt: zwischen Privat- und Berufsleben Nina N. Aeberhard
46	Fotoserie: «rückfallen» Tamara Janes
47	Fazit. ForschungsSpiegel von Sucht Schweiz
11, 46	Neue Bücher
50	Veranstaltungen
51	Newsflash

Rückfälle – die moralische Dimension der Krankheit

Besonders im Zuge der Biologisierung der Psychiatrie wird Sucht als eine «Krankheit wie jede andere auch» proklamiert und ein Süchtiger somit vom moralischen Vorwurf freigesprochen – welcher jedoch bei einem Rückfall wieder laut wird. Nach einem Konzept des Philosophen Ian Hacking kann von einer Kategorie, der Menschenart der Rückfälligen, gesprochen werden. Einer Kategorie, die zwar objektiv erscheint, aber auf vorhergehenden Bewertungen beruht.

Peter Schneider

Prof.Dr., Privatdozent für Psychoanalyse (Universität Zürich) & Professor für Entwicklungspsychologie (Universität Bremen), Carmenstrasse 55, CH-8032 Zürich, ps@peterschneider.info, www.peterschneider.info

Can Ünlü

Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie der Universität Bremen, Am Dobben 147, D-28203 Bremen, uenlue@uni-bremen.de

Schlagwörter:

Rückfall | Moralisierung | Biologisierung | Geschichte | Menschenarten |

«Krankheit als Metapher»

Es ist zum Mantra der Psychiater und Psychotherapeuten geworden, dass Depressionen, Zwänge, Psychosen und Süchte Krankheiten sind wie alle anderen auch. Wie Nierensteine also, wie Tuberkulose oder Darmkrebs. Man muss sich also nicht für sie schämen, man soll offen über sie sprechen, man ist von ihnen «betroffen», man ist für sie nicht verantwortlich. Diese Botschaft ist gewiss gut gemeint, und sie passt auch gut zum Programm der biologischen Psychiatrie, sich selbst in Neurologie und Genetik aufzulösen.¹ Aber was meint man eigentlich damit, dass z.B. Sucht eine «Krankheit wie jede andere auch» ist?

In ihrem Buch *Krankheit als Metapher* hat sich Susan Sontag Ende der 1970er-Jahre gegen die metaphorische Aufladung von Krankheiten gewendet.² Neben der Tuberkulose als Künstlerkrankheit hat sie vor allem Krebs im Blick: einerseits als Metapher des Bösen und andererseits seine Psychologisierung als physische Manifestation unterdrückter Wut. Die Entmetaphorisierung des Krebses sollte, so Sontag, mit einer Entpsychologisierung einhergehen. Der oder die Krebskranke soll nicht länger als Krebspersönlichkeit stigmatisiert, und die Krankheit nicht mehr als Ausdruck eines Versagens gedeutet werden.

Die Moral von der Geschichte

Die Krebspersönlichkeit ist inzwischen weitgehend aus dem psychologischen und medizinischen Diskurs verschwunden. Dass ein Krebs aber nicht einfach ein Krebs ist, zeigt sich schon daran, dass der Kampf gegen den Brustkrebs durch eine der AIDS-Schleife nachempfundene rosa Schleife symbolisiert wird, während zum Beispiel der Darmkrebs immer noch ohne ein Symbol – etwa eine braune Schleife – auskommen muss. Selbst die Entmetaphorisierung von Krebs ist offensichtlich nicht total vollzogen worden. Ebenso wenig sind die psychischen Erkrankungen, die angeblich Erkrankungen wie alle anderen sein sollen, vollständig

medizinisiert. Ihre moralischen, vor allem aber auch gesellschaftskritischen Funktionen haben sich in gewissen Residuen erhalten, zum Beispiel in der Rede vom depressiven «erschöpften Subjekt» (Ehrenberg)³ als Symptom einer erschöpfenden Multioptionengesellschaft oder dem Burn-Out als Krankheit einer Arbeitswelt mit entgrenzten Ansprüchen. Das alles gilt übrigens nicht nur für psychische Erkrankungen, denn auch somatische Erkrankungen können durchaus moralisiert werden; etwa, wenn es um den Zusammenhang von Lungenkrebs und Rauchen, Alkohol und Leberzirrhose, Herz- und Kreislauferkrankungen und «falscher Ernährung» geht. Kaum meint man, die Moral aus der Medizin und der Psychotherapie exorziert zu haben, beginnt sie irgendwo anders ihren Spuk in veränderter Gestalt.

Kaum jemand würde ein Krebs-Rezidiv als «Rückfall» bezeichnen: Entweder hat sich ein neuer Tumor gebildet, oder etwaige Metastasen konnten therapeutisch nicht beseitigt werden. Dasselbe gilt für eine rezidivierende Depression oder Psychose. Bei der Sucht verhält es sich mit den Rückfällen ganz anders: Dem Rückfall haftet ein Vorwurf an den Patienten an: «Unser oberstes Motto lautet: Es ist keine Schande suchtkrank zu sein, aber es ist eine Schande nichts dagegen zu tun», lautet der erste Satz auf der Internetseite von www.selbsthilfe-sucht.de. Mag die Sucht selbst vom Vorwurf der persönlichen Schuld befreit sein, so fällt es offenbar schwer, den Rückfall ebenfalls von diesem Schuldvorwurf zu befreien, was sich z.B. in manchen Institutionen im mindestens vorübergehenden Ausschluss des Patienten oder der Patientin von weiteren therapeutischen Massnahmen auszeichnet. Gerade die Sucht bleibt also in einen ausserbiologischen Kontext des moralischen Vorwurfs z.B. der Charakter- oder Willensschwäche⁴ – neudeutsch: mangelnder compliance – eingebettet. Oder, etwas anders formuliert: Das, was früher einmal Bestandteil des Konzepts der Sucht selber war – die zu tadelnde Charakterschwäche – wird im Zuge der Verwandlung in eine «ganz normale Krankheit» in den Begriff des Rückfalls ausgelagert. Von diesem moralischen Residuum aber greift die Moral immer wieder auf die vermeintlich sauber biologisierte Krankheit zurück. Denn was wiederum wäre Sucht anders als ein fortwährender Rückfall?

Versuche einer Entmoralisierung

1835 prägte der britische Arzt James Cowles Prichard die Diagnose der «moral insanity» – was man mit «affektiver Geisteskrankheit» übersetzen müsste, wenn es zu dieser Diagnose nicht gerade gehörte, dass sie das Vorhandensein einer eigentlichen



Geisteskrankheit ausdrücklich ausschliesst. Das Konzept der «moral insanity» zeugt davon, dass offenbar das Bedürfnis nach einer Art Übergangdiagnose bestand, mittels derer die Sondernung in Kriminelle und Wahnsinnige umso deutlicher vollzogen werden konnte. Die «moral insanity» zieht die Demarkationslinie zwischen unzurechnungsfähigen Kranken und strafrechtlich verantwortlichen VerbrecherInnen – und zwar nicht aufgrund der Taten, die verübt wurden, sondern mit Hinblick auf die Verfassung der Subjekte, die sie begangen haben. Mit all seiner Widersprüchlichkeit (welche letztlich vor allem den Willen zu einer strikten Sondernung von Moral und Krankheitslehre dokumentiert) setzt sich dieses Konzept heute in den Diagnosen der diversen «Persönlichkeitsstörungen» fort. Der Mensch, der unter «moral insanity» leidet, kann Recht und Unrecht, Vernunft und Unvernunft unterscheiden und somit auch erkennen, dass sein Verhalten – etwa eine Sucht – schädlich ist; er ist nur nicht in der Lage, diese Erkenntnis in eine Tat umzusetzen. Auf unser Thema angewandt könnte man sagen, Prichard weist einen Weg, den Rückfall in die Pathologie mit einzubeziehen und ihn nicht als fehlenden Willen zu Gesundheit zu moralisieren.

In dieser Tradition versucht Henry Maudsley etwa vier Jahrzehnte später gegen den herrschenden juristischen Begriff der Unzurechnungsfähigkeit vorzugehen und ihn zu erweitern. Bis dahin definiert als Unfähigkeit zwischen Recht und Unrecht bestimmen zu können, sollte die Unzurechnungsfähigkeit nun auch die Unfähigkeit umfassen, gemäss dieser Einsicht zu handeln.⁵ Er sieht auch diese Unfähigkeit in neurologischen Faktoren begründet und vertritt somit eine Meinung, wie sie heute auch von einer Spielart der Neuroforensik vertreten wird, welche glaubt, den Begriff der Willensfreiheit als Illusion entlarvt zu haben und daher ein neues «Neuro-Strafrecht» fordert, dass nur noch auf

die Gefährlichkeit, aber nicht mehr auf die Schuldfähigkeit eines Täters abstellt. Die Biologisierung psychischer Defekte ergreift also auch Konzepte wie die Willensschwäche, die zu einem rein medizinischen Befund wie Blasenschwäche wird.

Eine Ent-subjektivierung psychischer Krankheiten?

Bei allem Charme solcher Bemühungen einer Entmoralisierung der Psychiatrie und sogar des Strafrechts, scheint der «Begriff» der Willensfreiheit zu nützlich zu sein, um ihn vollends aufzugeben. Im Konzept des Rückfalls und seiner Behandlung bleibt – je nach therapeutisch geübter Nachsicht mit dem Rückfälligen – ein mehr oder minder deutlicher Appell an den Kranken, gemäss seiner Krankheitseinsicht zu handeln und sich nicht zum Sklaven seiner Krankheit zu machen. Was im Diskurs über den Krebs inzwischen weitgehend (wenn auch nicht vollständig) aufgegeben wurde – die Aufforderung zu kämpfen und die psychische Haltung zur Krankheit zu verändern – ist in der Suchttherapie eine geläufige Praxis, ja: diese Aufforderung wenigstens grundsätzlich zu akzeptieren, wird sogar meistens als Bedingung für eine Therapie vorausgesetzt. Mögen Depression und schizophrene Psychose in gewissem Sinn den Status «ganz normaler Krankheiten wie andere auch» erreicht haben, so scheint sich in der Suchtbehandlung etwas gegen diese Auffassung zu sträuben, und dieses Sträuben manifestiert sich im Konzept des Rückfalls in ähnlicher Weise wie sich im Rückfall selbst das Sträuben des Süchtigen zeigt, seine Sucht aufzugeben.

Möglicherweise zeigt sich darin ein Unbehagen an einer vollständig biologisierten – das heisst: entpsychiatrisierten – Psychiatrie. Die Ent-Subjektivierung des Krebses – es gibt keine Krebspersönlichkeit – hat den Kranken offenbar genützt und ihre Krankheit sozial entstigmatisiert. Doch wie steht es mit der

Ent-Subjektivierung der psychischen Krankheiten? Diese Tendenz sie in «normale Krankheiten» – analog zum Vorbild aller Krankheiten, den Infektionskrankheiten – zu verwandeln hat ein zwiespältiges Ergebnis gezeitigt. Die Entstigmatisierung des Alkoholikers und seine Verwandlung zum Alkoholkranken – selbst wenn die Identifikation eines Alkohol- oder überhaupt Sucht-Genes eine Illusion sein sollte – dürfte man wohl als einen Fortschritt bezeichnen. Doch zugleich zeigen sich auch Schwierigkeiten. Die Krankheit lässt sich vom Subjekt nicht so einfach trennen wie ein Nierenstein von dessen Träger, und Alkohol nicht auf dieselbe Art bekämpfen wie ein bakterieller Krankheitserreger. Alkohol (um bei dem Beispiel zu bleiben) ist ein Bestandteil unserer Alltagskultur, die Veränderung unserer Subjektivität ein gewollter Teil unseres Konsums. Nur ein strenges Abstinenz-Ideal vermag es, das kulturelle Alkohol-Subjekt-Hybrid in zwei absolut getrennte Bestandteile aufzulösen. Das Subjekt sei alkoholfrei und Alkohol subjektfrei. Was vermutlich nur auf den reinen Alkohol zutrifft, den man in der Apotheke kaufen kann. Alle anderen Alkoholika, die zum Trinken bestimmt sind, sind von Subjektivem so durchtränkt wie der Trinker von Alkohol.

Und nehmen wir eine nichtstoffliche Sucht wie die «Arbeits-sucht», wird diese Trennung von krankem Subjekt und seiner Krankheit vollends unmöglich. Man mag sich eine alkoholfreie Gesellschaft wünschen, die Vorstellung einer Arbeits-Prohibition ist absurd.

Die Geschichte einer Menschenart

Die obigen Ausführungen sind aus der Sicht einer «historischen Ontologie» gesprochen. Dieser Begriff stammt vom kanadischen Wissenschaftsphilosophen Ian Hacking.⁶ Ziel einer solchen Ontologie ist es u.a., den Konzepten, Kategorien, Unterscheidungen, Begriffen und Dingen ihre Geschichte wiederzugeben, die sie im fachwissenschaftlichen Diskurs oft verloren haben. In seinem vielzitierten Hauptwerk *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* schreibt Thomas Kuhn nicht zufällig im ersten Satz: «Wenn man die Geschichtsschreibung für mehr als einen Hort von Anekdoten oder Chronologien hält, könnte sie eine entscheidende Verwandlung im Bild der Wissenschaft, wie es uns zur Zeit gefangen hält, bewirken».⁷ Wir Menschen meinen zu wissen, was eine Sucht ist und was ein Rückfall und wie beides zustande kommt und wie sie zu behandeln sind. Wenn wir vom neuesten Stand der Forschung sprechen, meinen wir oftmals gleichsam das Ende der Geschichte erreicht zu haben und bei den Dingen selbst, wie sie unverrückbar, d.h. wirklich sind, angekommen zu sein. Doch die Geschichte, die in den Gegenständen der Forschung stecken und in den Kategorien, mit denen wir sie zu fassen versuchen, geht weiter. Das gehört eben zum Kerngeschäft der Geschichte: nicht stehenzubleiben. Hacking's historische Ontologie zielt ab auf eine Geschichte der Gegenwart; sie zielt ab auf eine Geschichte, die nicht lediglich Elemente eines Begriffs aufdeckt, sondern vielmehr die Prinzipien seiner Verwendung: Wie sind die jetzigen Auffassungen zu Sucht entstanden? Wie schränken unsere Vorstellungen von Rückfällen unsere Denkweisen ein? Inwiefern sind die Begriffe Sucht und Rückfall nützlich, inwiefern problematisch?

Eben sprachen wir davon, wie der Rückfällige aufgefordert wird, sich nicht zum Sklaven seiner Krankheit zu machen. Eine Frage innerhalb dieses Zugangs könnte also auch lauten: Wer ist der Rückfällige, der Süchtige?

Es scheint, als ob hier von einer besonderen Art des Menschen gesprochen wird. In *Menschenarten. The Looping Effects of Human Kinds* geht Hacking auf diese Beobachtung genauer ein.⁸ Jene Klassifikationen, mit deren Hilfe wir versuchen könnten, allgemeingültige Aussagen über Menschen zu treffen, nennt er

dabei Menschenarten. Sie entstehen, weil eine bestimmte Art von Verhalten – wie das süchtig sein – aufgefasst wird, als ein bestimmter Typus von Person – der Süchtige, der Rückfällige eben.

Aber nicht jedes Verhalten führt zu einer Menschenart. Singen unter Dusche, oder die Neigung, seine Ferien auf dem Campingplatz zu verbringen, hat wohl nicht zur Folge, dass wir von «Unter-der-Dusche-SingerInnen» oder dem oder der «CamperIn» sprechen. Die Entstehung hängt vor allem von der Hoffnung auf einen Eingriff in das Leben der Menschen ab. Bei der Erforschung von SuizidantInnen zum Beispiel hoffen wir, eingreifen zu können, um Menschen vor dem Suizid zu retten. Wenn wir wissen, welche Faktoren und Bedingungen SuizidantInnen beeinflussen, welche Eigenschaften sie ausmachen, dann können wir sie (besser) erkennen und ihnen helfen. Menschenarten werden nicht zuletzt deshalb also von den Human- und Sozialwissenschaften erforscht, weil ihnen eine grosse soziale Bedeutung zugemessen wird.

In naturwissenschaftlicher Manier wird dabei versucht, kausale Gesetze auf die Beine zu stellen, die erklären können, warum man zum Süchtigen wird, wie man dessen Verhalten vorhersagen und verändern kann. Dabei wird – eben analog zu den harten Naturwissenschaften und ihren Standards – das Konzept der direkten linearen Verursachung benutzt (Beispielsweise bei der Suche nach dem Sucht-Gen).

Der Rückfall und die Werte

Kennzeichen der Wissenschaft ist Wertneutralität und Objektivität. Auch die Menschenarten erscheinen in dieser Weise meist als wissenschaftlich und wertfrei. Nur: Oft entstehen sie überhaupt erst als Meinungen über gut und schlecht, aus Urteilen über normal und anormal, über gesund und pathologisch. Unter der Dusche singen oder campen an der spanischen Küste wird wohl nicht als pathologische Verhaltensweise aufgefasst. Suizidale Handlungen hingegen wecken das Verlangen, sie zu verhindern (Beziehungsweise ihnen im Rahmen der «Sterbehilfe» einen kontrollierten Rahmen zu geben). Im heutigen medizinisch-psychiatrischen Diskurs ist Suizid ein pathologisches Faktum. Wer meint zu wissen, was pathologisch sei, weiss meist auch, welcher Zustand der normale sei. Die Menschenart der SuizidantInnen entstand also gerade aus der Idee heraus, dass das Leben lebenswert und der Wunsch zu sterben anormal ist. Es ist die wissenschaftliche Aufbereitung – insbesondere im Zuge der Biologisierung –, die dem Objekt der Untersuchung seine Subjektivität zu nehmen, ihr eine Wertfreiheit zuzusprechen sucht. Das Wort *norma* leitet sich ab aus dem lateinischen, und bedeutet eigentlich Winkelmass, *normalis* senkrecht. Normieren bedeutet also, etwas Schiefes wieder geradebiegen, in die Norm rücken. Normen beziehen sich implizit oder explizit auf Werte und das Normale geht meist einher mit einer Präferenz, das Anormale mit einer Aversion. Wenn wir also davon sprachen, dass Sucht im ausserbiologischen Kontext des moralischen Vorwurfs bleibe, so auch deshalb, weil dem Willen ein *normativer* Charakter beigegeben wird. Normativ, weil sich die Bedeutung des Wortes auf die Möglichkeit des Setzens von Normen bezieht. Die Willensfreiheit, die angenommen – und der Menschenart der Süchtigen zugesprochen – wird, ist in der Lage, die Sucht als etwas Schlechtes anzuerkennen, respektive den Rückfall als etwas Ablehnenswertes, weil pathologisch, zu erklären. Die Gedanken um die organisierende Kraft des Gegensatzes normal-pathologisch als Leitidee innerhalb der Medizin formulierte Georges Canguilhem 1943 in seinem Werk *Das Normale und das Pathologische*.⁹ Vor allem dieses Gegensatzes wegen seien ÄrztInnen an Diagnose und Heilung interessiert. Interventionen sind dann indiziert,



wenn etwas als pathologisch erkannt wurde. Das passt gut zu dem positivistischen Grundgedanken, erst wissen zu müssen, um dann handeln zu können. Sowie der Rückfall pathologisch und zum Problem wird, ist die Legitimation für Therapie und Prävention, für Hilfe und Normierung gegeben.

Die Klassifizierung samt Interventionen wirkt also auf die Süchtigen ein und hat Veränderungen zur Folge. Nach Hacking entstehen dabei «Looping Effekte»: Rückwirkungen der Klassifikationen auf die Menschen.¹⁰ Dem Süchtigen wird offenbar(t), dass er oder sie ein/e Süchtige/r ist, was zur Veränderung des Selbstbildes führen kann (Erinnerungen an vergangenes Verhalten können uminterpretiert werden, das Selbstwertgefühl sich ändern) und ein neues Selbstkonzept kann neue Verhaltensweisen mit sich bringen. Wer weiss, dass er einer bestimmten Art, einer Gruppe zugerechnet wird, könnte sich beispielsweise in dieser Gruppe organisieren (Anonyme Alkoholiker), wer mit der Klassifikation nicht einverstanden ist, rebellieren, und versuchen zu zeigen, warum die Klassifikation nicht gerechtfertigt ist. Wenn sich aber Menschen anders Verhalten, muss sich auch die Idee von der Menschenart ändern. Es wäre daher durchaus spannend zu wissen, welche Auswirkungen der ambivalente moralische Umgang mit dem Rückfall, mit dem auf die Menschenart der Süchtigen selbst hat. ●

Literatur

- Bauer, R. (2014): Sucht zwischen Krankheit und Willensschwäche. Tübinger Studien zur Ethik. Tübingen: Francke.
- Canguilhem, G. (1974): Das Normale und das Pathologische. München: Carl Hanser.
- Ehrenberg, A. (2008): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Freitag, S. (2013): Kriminologie in der Zivilgesellschaft. London: German Historical Institute.
- Hacking, I. (2006): Historische Ontologie. Beiträge zur Philosophie und Geschichte des Wissens. Zürich: Chronos.
- Hacking, I. (2012): Menschenarten. The Looping Effects of Human Kinds. Zürich: Sphères.
- Kuhn, T.S. (2001): Die Struktur wissenschaftlicher Revolution. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schneider, P. (2012): Was ist eine psychische Krankheit? S. 79-85 in: Ian Hacking (Hrsg.), Menschenarten. The Looping Effects of Human Kinds. Zürich: Sphères.
- Sontag, S. (1978): Illness as Metaphor. New York: Schaffar, Straus und Giroux.

Endnoten

- 1 Vgl. Schneider 2012.
- 2 Vgl. Sontag 1978.
- 3 Vgl. Ehrenberg 2008.
- 4 Vgl. Bauer 2014.
- 5 Vgl. Freitag 2013.
- 6 Vgl. Hacking 2006.
- 7 Vgl. Kuhn 2001.
- 8 Vgl. Hacking 2012.
- 9 Vgl. Canguilhem 1974.
- 10 Vgl. Hacking 2012.

SuchtMagazin im Abonnement

Kontakt: abo@suchtmagazin.ch oder +41(0)31 376 04 01

Jahresabonnement

Schweiz CHF 90.–, International Euro 90.–

Unterstützungsabonnement

Schweiz CHF 120.–, International Euro 120.–

Kollektivabonnement ab 5 Exemplaren

Schweiz CHF 70.–, International Euro 70.–

Schnupperabonnement (3 Ausgaben)

Schweiz CHF 30.–, International Euro 30.–

Ausblick auf die kommenden Schwerpunkte

Nr. 2|2016: **Sterben und Tod**

Inserateschluss: 25. März 2016

Erscheinungsdatum: ca. 15. April 2016

Nr. 3|2016: **Gesundheitsförderung**

Inserateschluss: 25. Mai 2016

Erscheinungsdatum: ca. 15. Juni 2016

Nr. 4|2016: **Internationale Suchtpolitik**

Inserateschluss: 25. Juli 2016

Erscheinungsdatum: ca. 25. August 2016

Nr. 5|2016: **Behandlung**

Inserateschluss: 25. September 2016

Erscheinungsdatum: ca. 15. Oktober 2016

Nr. 6|2016: **Diverse Themen**

Inserateschluss: 25. November 2016

Erscheinungsdatum: ca. 15. Dezember 2016

Hier könnte Ihr Inserat stehen

Tarife unter
www.suchtmagazin.ch/mediendaten

Kontakt
info@suchtmagazin.ch

Lieferbare Nummern des SuchtMagazin

Bestellungen direkt an abo@suchtmagazin.ch | Preis pro Einzelheft CHF 18.– | Euro 18.– (exkl. Porto)

2016	1	Rückfälle	2010	1	Evidenzbasierte Suchtprävention (nur PDF)
2015	1	Kooperation	2	Neuro-Enhancer	
	2	Aufwachsen heute	3	Sucht im Alter	
	3	Qualität	4	Frühe Förderung (nur PDF)	
	4	Selbst- vs. Fremdverantwortung	5	Club Health	
	5	Suchthilfe und Polizei	6	Drogenmärkte und Drogenhandel	
	6	Häusliche Gewalt, Wirksamkeit, Prävention			
2014	1	Komorbidität	2009	1	Suchtarbeit und Prävention in der Bodenseeregion
	2	Schadensminderung	2	Qualität in der Suchtarbeit	
	3	E-Interventionen	3	Sucht im Alter – stationäre Kontexte und Wohnen	
	4	Rausch und Konsumkompetenz	4	Migration und Sucht	
	5	Arbeitsintegration, Behandlung, Forschung	5	Jugendgewalt und Sucht	
	6	Marktregulierung	6	Medikamente – Heil- und Suchtmittel	
2013	1	Substitutionsgestützte Behandlung	2008	1	Schadensminderung
	2	Sucht im Alter	2	Jugend heute (nur PDF)	
	3	Stimulanzen	3	Kontrollierter Konsum	
	4	Selbsthilfe	4	Gender Mainstreaming	
	5	Diverse Themen	5	Cannabispolitik	
	6	Zukunft der Suchtforschung	6	Alkohol und Jugendschutz	
2012	1	Angehörige	2007	1	Mobbing – Gefahren und Chancen
	2	Suchtpolitik	2	Früherkennung und Frühintervention	
	3&4	Tabak	3	Schule – Good Practice	
	5	Adoleszenz	4	Suchtprävention, Jugend und Alkohol	
	6	Sozialraum	5	Fussball – Fankultur und Fanarbeit	
2011	1	Alkoholpolitik	6	«Die Kette» – Drogenmagazin – Suchtmagazin	
	2	Sucht am Arbeitsplatz	2006	1	Substitution: Methadon, Heroin, Nikotin
	3	Verhaltenssüchte	2	Frau, Sucht, Gender	
	4	Kinder stärken	3	Gesundheitsförderung in Stadtteil- und Jugendarbeit; Heroinabhängige Frauen, Femmestische	
	5	Früherkennung und Frühintervention	4	Gesundheitsförderung im Betrieb	
	6	Social Networks (Web 2.0)	5	Hungern – Schneiden – Essen	
			6	Rasen, Rausch und Risiko	