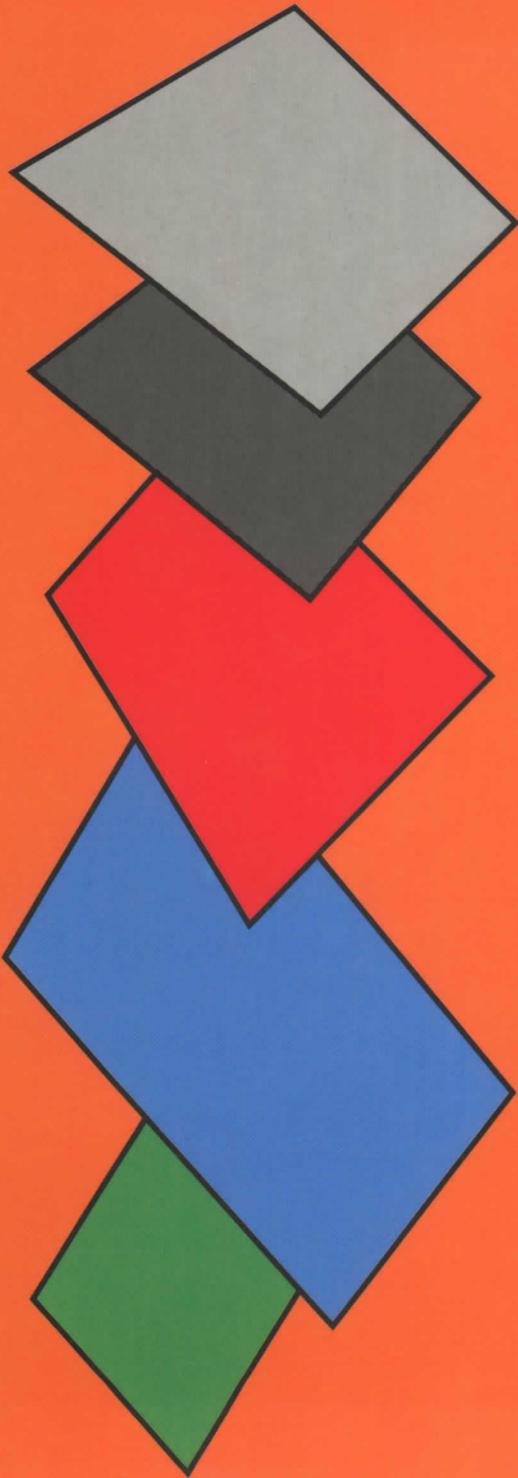


**Heinz-Josef Janßen,
Käthe Körstel (Hrsg.)**



Der Rückfall

**Eine Handreichung
für Suchtbetroffene
und Helfer**

Lambertus

Heinz-Josef Janßen, Käthe Körstel (Hrsg.)

Der Rückfall

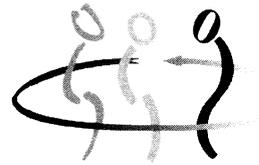
Eine Handreichung für Suchtbetroffene und Helfer

Lambertus

Dieses Buch basiert auf Ergebnissen eines Projektes der beiden Sucht-Selbsthilfverbände Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. (Bundesverband) und Kreuzbund e.V. (Bundesverband), welches im Zeitraum 2000–2002 durchgeführt wurde. Finanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Wir danken dem Bundesministerium für die finanzielle Unterstützung. Weitere Informationen zum Projekt und seinen Inhalten können bei den genannten Verbänden angefordert werden.



KREUZBUND



*Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe*

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2002, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Satz, Gestaltung, Umschlag: Ursi Aeschbacher, Herzogenbuchsee (Schweiz)

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 3-7841-1451-2

Inhalt

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	7
Vorwort der Herausgeber	8
Kapitel 1: „Rückfall“ – Das Projekt	10
1. Projektbeschreibung	10
2. Lernprozess in den Projektseminaren	11
Kapitel 2: „Rückfall“ – Das Thema	13
1. Wenn die Freiheit auf dem Spiel steht	13
2. Rück-Fall – Vor-Fall	14
3. Angehörige und Rückfall	22
4. Rückfallvorsorge durch die Selbsthilfegruppe	24
5. „Rückfall“ als Thema in der Selbsthilfegruppe	27
6. OK statt K.O.	29
Kapitel 3: „Rückfall“ – Arbeitsblätter	33
Ausgeglichener Lebensstil	34
1. <i>Mein persönlicher Zeitkuchen</i>	34
2. <i>Lebensstil und persönliche Situation</i>	36
3. <i>Lebensbereiche</i>	38
4. <i>Lebensführung</i>	40
Rückfallrisiken	42
1. <i>Vorstellungen von Rückfall</i>	42
2. <i>Signale der Gefahr/Checkliste zum Thema Rückfall</i>	44
3. <i>Persönliche Checkliste (Rückfall-TÜV)</i>	46
4. <i>Der Rückfall fängt nicht mit dem Trinken an</i>	48
Rückfall – was tun?	50
1. <i>Rückfall: Was nutzt – was schadet?</i>	50
2. <i>Rückfall: Was hilft dem Helfer?</i>	52
3. <i>In unterschiedlichen Situationen über Rückfall sprechen</i>	54
4. <i>OK-Gespräche statt K.O.-Gespräche</i>	56

INHALT

Rückkehr zur Normalität	58
1. Rückfall kann eine Chance sein	58
2. Rückfall als Thema in der Gruppenarbeit	59
3. Etwas tun, bevor es eng wird	61
4. Meine persönliche Sicherheit: Die Abstinenzkarte	64
Literatur und Adressen	67

Grußwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Suchterkrankungen und ihre Überwindung gehen häufig mit dem Erleiden von Rückfällen einher. Die Kompetenz zur möglichst lebenslangen Aufrechterhaltung von Abstinenz muss neu erworben und dauerhaft verteidigt werden. Für die meisten abhängigen Menschen ist dies ein schwieriger und längerer Prozess.

Unangemessen wäre es, einen Rückfall als persönliches Versagen der Betroffenen, ihres sozialen Umfeldes oder ihrer Behandler zu bewerten. Erforderlich ist dagegen, individuelle Hilfe- und Interventionsstrategien zu entwerfen, die sowohl den Kranken als auch sein soziales Umfeld bei der Vermeidung oder auch bei der Überwindung der Krise unterstützen.

Ich begrüße es daher sehr, dass von den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe gemeinsam mit dem Kreuzbund diese Handreichung für Suchtbetroffene und Helfer zum Thema „Rückfall“ entwickelt und zur Verfügung gestellt worden ist. Nach meiner Einschätzung wird sie eine wertvolle Hilfe dabei sein, auf einen Rückfall besser vorbereitet zu sein, ihn nach Möglichkeit abzuwenden oder in einer eventuellen Krise abwägen zu können, wie die Betroffenen dauerhaft wieder herausgeführt werden können und ihre Eigenverantwortlichkeit gestärkt werden kann.

Marion Caspers-Merk

Parlamentarische Staatssekretärin
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Vorwort der Herausgeber*

„Rückfall ist keine Schande, sondern Teil des Krankheitsgeschehens und – Hilfe ist möglich“! So lässt sich das Fazit ziehen, das aus dem Projekt „Der Rückfall in der Sucht-Selbsthilfegruppe“ gewonnen wurde.

Die Rückfallproblematik gehört immer noch zu den großen Tabuthemen in der Sucht-Selbsthilfe (aber auch im hauptamtlichen Bereich der Suchtkrankenhilfe), über die entweder zu wenig, nicht angemessen genug oder überhaupt nicht informiert und geredet wird. Zudem fehlt es an geeigneten Handlungsstrategien, die auch ehrenamtlichen Helfern zur Verfügung stehen sollten, um Rückfallsituationen frühzeitig zu begegnen bzw. in solchen Situationen angemessen zu (re-)agieren.

Wohl auch auf Grund des internen und externen enormen Erwartungsdrucks an die Selbsthilfe, die Abstinenz der eigenen Mitglieder als oberstes und primäres Ziel möglichst „flächendeckend“ aufrecht zu erhalten (... man spricht vom sog. Dogma der Abstinenz ...) und gleichzeitig die Rückfallhäufigkeit „gegen Null zu fahren“, darf nicht sein, was dennoch zur Realität der Abhängigkeitserkrankung gehört: „Der Rückfall gehört zur Krankheit.“ Kein Suchtkranker ist vor einem Rückfall gefeit.

Auf der Helferebene ist gleichwohl zu beobachten, wie theoretisches Wissen um Zusammenhänge und praktisches Handeln in konkreten Situationen weit auseinander klaffen. Es gibt vergleichsweise kaum eine Problemsituation, in der ehrenamtliche Helfer in der Sucht-Selbsthilfe sich unangemessener verhalten als gerade angesichts von Rückfällen.

Diese Defizite haben die beiden Selbsthilfverbände Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe e.V. (Kassel) und Kreuzbund e.V. (Hamm) zum Anlass genommen, sich gemeinsam mit dem Thema „Rückfall“ zu befassen. Erstmals in der Geschichte der Sucht-Selbsthilfe führten zwei Sucht-Selbsthilfverbände in Kooperation ein Pilotprojekt auf Bundesebene durch. Das Projekt wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (Bonn/Berlin) finanziert und im Zeitraum 2000–2002 durchgeführt.

In verbandsübergreifenden „Trainingsseminaren“ setzten sich insgesamt 42 Teilnehmer zunächst mit eigenen Vorbehalten und Konflikten im Umgang mit dem Thema „Rückfall“ und mit rückfälligen Personen in der Gruppe und im Verband auseinander – mit dem Ziel, frühzeitiger, angemessener und pragmatischer mit Rückfälligen umgehen zu lernen.

Die Erfahrungen aus den Trainingsseminaren fanden Eingang in die vorliegende Handreichung. Diese Handreichung soll Hilfestellung für den Umgang mit Rückfällen geben.

So findet der Leser nach einer Übersicht über das dieser Handreichung zu Grunde liegende Projekt in einem ersten theoretischen Teil Beiträge u.a. zur Rückfallvorsorge, -er-

* Im Text wird der besseren Lesbarkeit halber ausschließlich die männliche Form verwandt. Gemeint sind Frauen und Männer, wenn nichts anderes vermerkt ist.

kennung, -vorbeugung und -vermeidung, weiterhin zum Thema „Angehörige und Rückfall“ sowie Tipps und Hinweise zur Gesprächsführung angesichts von Rückfallsituationen. Im nachfolgenden praktischen Teil finden sich Arbeitshilfen und Materialien, die im konkreten Einzelfall wie auch in der Gruppenarbeit eingesetzt werden können. Abschließend werden einige hilfreiche Literaturhinweise zum Thema „Rückfall“ sowie einschlägige Kontaktadressen angefügt.

Die Herausgeber hoffen, dass mit dieser Handreichung erreicht wird, einen Rückfall sachlicher verstehen und „behandeln“ zu können, Vorwarnungen eher zu erkennen und wahrzunehmen und nicht zuletzt einen offeneren und reflektierteren Umgang mit Rückfallsituationen in der Selbsthilfegruppe zu ermöglichen.

Bedanken möchten wir uns an dieser Stelle zum einen beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die finanzielle Unterstützung und nicht zuletzt bei Frau Dr. Wilma Funke (Fachklinik Wied) und Frau Marianne Frilling (Fachklinik Hans Möhringsburg) für die fachliche Unterstützung und kompetente Mitarbeit.

Kassel/Hamm, im November 2002

Käthe Körstel

Heinz-Josef Janßen

Kapitel 1: „Rückfall“ – Das Projekt

1. PROJEKTBECHREIBUNG

Ausgangspunkt für die Beantragung des Projektes „Der Rückfall in der Sucht-Selbsthilfegruppe“ war die Erfahrung, dass kein Suchtkranker vor einem Rückfall gefeit ist – auch nicht nach oft langjähriger Abstinenz. Der Rückfall gehört zur Krankheit. Darüber hinaus wird in der Regel nicht angemessen reagiert, wenn es zum Rückfall bei Mitgliedern von Sucht-Selbsthilfegruppen kommt. Gleichzeitig mangelt es an geeigneten Handlungsstrategien der ehrenamtlichen Helfer.

Das Projekt der beiden Verbände „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe“ (Kassel) und „Kreuzbund“ (Hamm) verfolgte vier Ziele:

(1) Die verschiedenen Formen, Phasen und Unterschiede eines Rückfalls sowie mögliche Hintergründe und Ursachen kennen zu lernen; damit zusammenhängend – das Erlernen eines natürlichen vorurteilsfreien, angemessenen und hilfreichen Umgangs mit Rückfälligen in der Sucht-Selbsthilfegruppe durch Ehrenamtliche.

(2) Die Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, Vorbehalten, Schuld- und Schamgefühlen.

(3) Das Einüben von praktischen Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Rückfällen in der Gruppe.

(4) Die Erarbeitung und Entwicklung von Möglichkeiten der Rückfallprävention in der Gruppe.

Begleitet wurde das Projekt durch eine Projektsteuerungsgruppe, bestehend aus Mitgliedern des Kreuzbundes und der Freundeskreise, sowie aus zwei Trainerinnen, die die Projektseminare durchgeführt haben. Die Projektsteuerungsgruppe hat beispielsweise Fragebögen mitentwickelt, die Inhalte der Projektseminare festgelegt und anschließend ausgewertet.

Zu Projektbeginn wurde eine Befragung in je 500 Kreuzbund- und 500 Freundeskreisgruppen durchgeführt, u.a. zu den Fragen:

- „Wie wichtig ist das Thema Rückfall in Ihrer Gruppe“?
- „Wie schwierig ist der Umgang mit Rückfällen für den Gruppenleiter bzw. für die Gruppenteilnehmer“?
- „Welche Hilfestellung wünschen sich Gruppenleiter für den Umgang mit Rückfällen“?

Bei einer Rücklaufquote von knapp 50% hielten 96% der Befragten das Thema Rückfall in der Gruppe für sehr wichtig bis wichtig, und es zeigte sich, dass Rückfälle in der Gruppe Alltagsrealität sind. Gruppenleiter fühlen sich in der Regel allein verantwortlich. Wenn es zu einem Rückfall kommt, wird die Gruppe zu wenig einbezogen. Ein weiteres Ergebnis war, dass Rückfallreaktionen meist sehr emotional stattfinden, was sicher aus der eigenen Betroffenheit heraus zu erklären ist. Als notwendig wird

erachtet, künftig mit mehr Distanz bei Rückfälligkeit eines Gruppenmitgliedes zu reagieren. Distanz wird erreicht, wenn mehr Wissen über den Rückfall vorhanden ist. Zentraler Bestandteil des Projektes waren Trainingsseminare: Es arbeiteten parallel zwei Seminargruppen, eine unter der Leitung von Frau Dr. Wilma Funke (Kliniken Wied), eine weitere unter Leitung von Frau Marianne Frilling (Fachklinik Haus Möhringsburg) an jeweils drei Wochenenden in den Jahren 2000 und 2001.

Die Seminarteilnehmer wurden sehr sorgfältig, auch unter Befragung ihrer Motivation ausgewählt. Die Nachfrage war sehr groß und letztendlich konnten insgesamt 42 Teilnehmer ausgewählt werden. Die Teilnehmer der Trainingsseminare erklärten vor Beginn der Projektseminare ihre Bereitschaft, sich nach Projektende als Ansprechpartner und/oder Multiplikator zum Thema Rückfall zur Verfügung stellen und gegebenenfalls nach Abschluss des Projekts in Schulungsmaßnahmen auf Landes- und Ortsebene mitzuarbeiten.

Inhalte der Seminare waren in Anknüpfung an die oben genannten Projektziele u.a.:

- (1) Diskussion von Rückfalltypen,
- (2) Darstellung von Rückfallsituationen in der Gruppe als Rollenspiel und Einübung möglicher Lösungen,
- (3) Erlernen adäquater hilfreicher Kommunikationsstile und von angemessenem Gesprächsverhalten,
- (4) Vorstellung verschiedener Rückfallmodelle, insbesondere des sozial-kognitiven Modells von Marlatt.

Die Erfahrungen aus den Projektseminaren bilden die Grundlage für das vorliegende „Handbuch“, das der Sucht-Selbsthilfe – aber auch der hauptamtlichen Suchtkrankenhilfe – zur Verfügung gestellt wird.

Im Juni 2002 fand ein abschließendes Seminar für alle Teilnehmer der vorangegangenen Seminargruppen statt. Diese hatten bisher nebeneinander gearbeitet, so dass zum Abschluss noch ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch erfolgen sollte. Insbesondere wurde in diesem Abschlussseminar besprochen, wie eine Multiplikatorenrolle der Teilnehmer der Seminare in ihrer Gruppe oder auch als Mitarbeiter auf Landesebene aussehen kann.

2. LERNPROZESS IN DEN PROJEKTSEMINAREN

An den beiden parallel stattfindenden Projektseminaren nahmen 42 Personen teil; der Anteil der Angehörigen lag bei unter 10%.

Das Interesse am Thema sowie die Motivation zur Mitarbeit blieben während der Seminare beständig auf hohem Niveau. Dies zeigte sich unter anderem auch daran, dass alle Teilnehmer bis zum Schluss engagiert mitarbeiteten.

Die Ausgangssituation der Gruppenmitglieder war bezüglich Dauer der abstinenten Lebensweise, selbst erlebtem Rückfall und bei anderen erlebtem Rückfall unterschiedlich. Es gab Teilnehmer mit und ohne Therapieerfahrung. Der Zeitpunkt der Therapie

machte sich in den Haltungen gegenüber Rückfall bemerkbar. Hier zeigte sich beispielsweise der Wandel des professionellen Umgangs mit Rückfall.

Die Teilnehmer waren sich einig, zum Thema Rückfallvorbeugung dazulernen zu wollen. Ebenso war der Wunsch vorhanden, den Umgang mit dem konkreten Rückfall und mit dem Rückfälligen in der Selbsthilfegruppe zu reflektieren und zu verbessern. Für einen Teil der Seminarteilnehmer galt anfänglich folgende Einstellung: Der Rückfall ist ein „Schreckgespenst“, über das man besser nicht so viel redet, sonst redet man es herbei. Die panikartige Angst vor dem Rückfall wurde einerseits für notwendig gehalten zur Aufrechterhaltung der abstinenten Lebensweise, andererseits aber als Ursache für den stark belastenden Handlungsdruck in der konkreten Rückfallsituation bewertet. Es wurde deutlich: Wer sich nicht mit dem Thema Rückfall beschäftigt, den trifft der Rückfall unvorbereitet; er wird plötzlich und überfallartig mit allen offenen Fragen konfrontiert; dies führt zu einer hohen Emotionalität bei allen Beteiligten.

Viele Teilnehmer waren konfrontiert mit ihren eigenen Ängsten, ihrer Wut und Enttäuschung sowie den Vorwürfen und Schuldzuweisungen gegenüber dem Rückfälligen und auch gegenüber sich selbst. Andere richteten den Blick auf die Erforschung der Ursachen des Rückfalls, suchten nach Erklärungen oder Rechtfertigungen und nach eilig gefertigten „Rezepten“, um das Problem so schnell wie möglich aus der Welt zu schaffen.

Die differenzierte Betrachtung des „Schreckgespenstes Rückfall“ führte im Verlaufe der Seminare zu einer emotionalen Entlastung sowie zur zunehmenden Versachlichung der Thematik und der Einstellungen der Teilnehmer. Vor allem die Betrachtung des Rückfalls als Prozess, der nicht aus heiterem Himmel geschieht, sondern ein Vorher und ein Nachher hat, in denen gehandelt werden kann, veränderte die Sichtweisen. Es wurde differenziert zwischen zeitlich verschiedenen Phasen eines Rückfalls mit unterschiedlichen Anforderungen an Unterstützung durch die Selbsthilfegruppe: zwischen Rückfallvorbeugung in der Zeit der Abstinenz durch Überprüfung der persönlichen Lebensführung und in der Zeit vor dem Rückfall durch Fokussieren der persönlichen Gefahrensituationen; weiterhin durch Erarbeiten von Notfallplänen sowie durch konkrete Hilfs- und Verarbeitungsangebote für den Rückfälligen und alle anderen Betroffenen während und nach dem Rückfall.

Im Verlauf der Seminare war bei allen Teilnehmern ein Einstellungswandel erkennbar. So etablierte sich bei den Teilnehmern zunehmend folgende Haltung: Da jeder Rückfall einen eigenen beschreibbaren Verlauf hat, der vom Suchtmittelabhängigen beeinflusst werden kann, ist es hilfreich, in Selbsthilfegruppen durch immer wiederkehrende Beschäftigung mit dem Thema und durch Zuwachs an Wissen zur Versachlichung beizutragen. So entsteht emotionale Distanz; sie ist hilfreich in der konkreten Rückfallsituation bei der Begleitung des Veränderungsprozesses des Rückfälligen durch die Selbsthilfegruppe.

Kapitel 2: „Rückfall“ – Das Thema

I. WENN DIE FREIHEIT AUF DEM SPIEL STEHT ...

Ein Rückfall beängstigt nicht nur den Abhängigkeitskranken, sondern auch seine Angehörigen, seine Gruppe, seine Freunde, seine Kollegen. Um sich zu schützen, legt sich mancher einen Panzer an, um „im Fall der Fälle“ gewappnet und gefeit zu sein. Aber trotz – vielleicht sogar wegen – des „Panzers“ kann es zum Rückfall kommen. In keiner Weise soll eine solche Einschätzung einem unbesorgten, sorglosen oder phlegmatischen Umgang mit dem Rückfallrisiko das Wort reden. Wohlwissend, dass jeder Rückfall bei Abhängigkeitskranken Erreichtes in Frage stellt und subjektiv in der Sicht des rückfällig Gewordenen durchaus als Katastrophe bewertet werden kann, beinhaltet ein Rückfall aber auch immer neue Chancen.

Es gehört wohl zu den tiefgreifendsten aber auch tiefgründigsten menschlichen Erfahrungen, dass etwa der Rückfall eines Suchtkranken, wenn er denn mit oder ohne Fremdhilfe erfolgreich bewältigt worden ist, sich gerade auch im Rückblick für die eigene Weiterentwicklung und Reifung positiv auswirken kann. Manche sprechen in der Retrospektive auf solche eigenen Tiefschläge sogar von der „Gnade des Nullpunktes“, die erst einen Neuanfang ermöglicht hat.

Um eine solche Tiefpunkterfahrung, wie sie zweifelsohne in Rückfallsituationen von Abhängigen und Angehörigen gleichermaßen bedrückend erlebt wird, auch als nicht suchtmittelabhängiger Mensch ansatzweise nachspüren zu können, kann uns das christliche Menschenbild weiterhelfen: In der Abhängigkeitserkrankung (z.B. der Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit) wird jemand von einem „toten“ Stoff abhängig. Es erfolgt allmählich und zunächst unmerklich eine Umkehrung des Existenzgrundes, indem sich ein verhängnisvoller Rollentausch bzw. Bühnenwechsel vollzieht.

Vorausgesetzt, dass von Natur aus („von Gott gewollt“) der Mensch Herr der Dinge und damit frei Handelnder und Entscheidender ist, ist er auch Subjekt. Gerade Subjekthaftigkeit, Freiheit und Verantwortlichkeit gehören zu seinem Wesen und verleihen ihm Menschenwürde und Humanität. Sie erst machen seine wahre Menschlichkeit aus.

In der Suchterkrankung und auch im Verlauf des Rückfallgeschehens verliert der Mensch (meist unmerklich bzw. ohne es wahrhaben zu wollen) seine ihm essentiell eigene Rolle, Subjekt zu sein. Er wird zum Objekt der Dinge, des Suchtmittels und erlebt sich in einem Teufelskreis verstrickt, dessen konstitutiver Bestandteil seine eigene suchtkranke Person ist.

Er steht nicht mehr „über den Dingen“, sondern ist abhängig. Im Rückfall ist das eingetreten, was er doch besiegt und überwunden glaubte: seine Abhängigkeit. Er spürt Ohnmacht und Hilflosigkeit, weil er die „Regiefäden“ nicht mehr selbst führen kann, sondern von seiner Abhängigkeitskrankheit fremdbestimmt, fremd gesteuert wird. Oder – um solche Erfahrungen in ein lebensnahes Bild zu übersetzen: Er kann nicht mehr „gerade stehen“ für seine eigenen Handlungen, sondern ist „abhängig“, wie eine

Marionette, die „in den Seilen hängend“ lediglich sich so bewegen kann, wie es ihr diktiert wird.

Es steht also im Verlauf und als Folge der Abhängigkeit und damit auch des Rückfalls viel auf dem Spiel, der Wurzelgrund des Menschseins: seine Freiheit. Statt initiativ agieren zu können, kann der rückfällig gewordene Mensch nur noch reagieren. Statt sich entsprechend seiner Entscheidung (mit dem Trinken aufzuhören) zu verhalten, unterliegt der Rückfällige dem Zwang, sich pausenlos gegen seine Entscheidung verhalten zu müssen. Damit ist ein verhängnisvoller Rollentausch in Gang gekommen, der ihn so tief in seiner Personmitte trifft, dass ihm ein wesentlicher Teil seiner Menschenwürde genommen wird, die in seiner Entscheidungsfreiheit/seiner Handlungsautonomie wurzelt.

Lösungen aus dieser Art von Verstrickung können sich (nur) dann entwickeln, wenn der rückfällig Gewordene bereit ist, seinen Rückfall – möglicherweise auch als Bestandteil seiner Abhängigkeitskrankheit – anzunehmen. In solchen Lösungs- und Klärungsphasen können Angehörige und Freunde in der Gruppe eine wichtige Hilfe bieten. Je vorurteilsfreier und empathischer sie bereit sind, die Rückfallsituation (im Idealfall im Beisein des Rückfälligen) Revue passieren zu lassen und zu bearbeiten, desto hilfreicher werden sie sein, desto eher wird gegenseitiges Vertrauen als Basis für beiderseitige Veränderungsprozesse wachsen können.

Wenn ein Rückfälliger in solcher Weise den Umgang innerhalb der Gruppe mit seinem Rückfall erlebt, wird er wohl am ehesten in die Lage versetzt werden, das Geschehene im guten Sinn des Wortes als „Krise“ (krisis, griechisch: Wendepunkt) zu deuten.

2. RÜCK-FALL – VOR-FALL

Die Abhängigkeit von Alkohol und psychisch wirksamen Medikamenten ist in unserer westlichen Gesellschaft weit verbreitet. Damit gehört diese Beeinträchtigung eines gesunden, genussvollen und leistungsfähigen Lebens zu den „großen“ Volkskrankheiten unserer Zeit.

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit: ein weit verbreitetes,
aber verstecktes Phänomen.

Zwar sprechen wir bei einer manifesten Abhängigkeit von einer Krankheit – auch im versicherungsrechtlichen Sinne, aber immer noch schämen sich viele Suchtkranke und ihre Angehörigen wegen der psychischen und sozialen Auffälligkeiten und der Stigmatisierung als „asozial“. Diese Scham- und Schuldproblematik ist für die Alkoholabhängigkeit in der Regel deutlicher ausgeprägt als bei der Medikamentenabhängigkeit – der sogenannten „sauberen Sucht“. In ganz unterschiedlicher Art und Weise reagieren Suchtkranke und Angehörige darauf, dass sie mit einem Handicap – suchtmittelabhängig zu sein oder mit einem Abhängigen zusammenzuleben – zurechtkommen müssen.

Ist die stoffgebundene Abhängigkeit durch Behandlung, Lebensveränderung, soziale Unterstützung und persönliche Weiterentwicklung überwunden oder zum Stillstand gekommen und eine dauerhafte Abstinenz vom Suchtmittel erreicht, dann ist der Suchtkranke und oft auch der Angehörige zu Recht stolz auf die eigene Leistung und darauf „es geschafft zu haben“. Zur Stabilisierung und weiteren persönlichen Entwicklung kann es dann gerade in den folgenden Jahren sehr wichtig sein, Unterstützung, Hilfe bei Problemen und Krisen sowie Orientierungsmöglichkeiten zu haben. Viele finden dies in einer Selbsthilfegruppe.

Die Überwindung der Abhängigkeit ist eine tolle Leistung aller Beteiligter:
Hilfe anzunehmen kann sehr wichtig sein.

Es ist verständlich, dass nach einer schweren Lebenskrise, in der eine Suchtmittelabhängigkeit häufig gipfelt, der Blick nach vorne gerichtet wird, und niemand gerne an die Möglichkeit eines Rückfalls denkt. Aber wie bei anderen schweren Erkrankungen auch sollte bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit für den betroffenen Menschen Rückfallvorbeugung und -vermeidung ein zentrales Thema sein. In der Therapie oder Beratung wird hierauf bereits das Augenmerk gerichtet. Das Thema „Gefährdung“ wird jedoch lebensbegleitend sein, verbunden mit der Aufgabe, der eigenen Lebensgestaltung und der Beachtung rückfallpräventiver Maßnahmen Aufmerksamkeit zu schenken. Dies gilt in gleicher Weise, wenn man sich für eine suchtmittelabstinente Lebensweise entschieden hat oder für reduziertes Trinken. Im Folgenden beziehen wir uns jedoch einschränkend nur auf die Zeit nach einer Abstinenzentscheidung.

Rückfall ist Thema jeder chronischen Krankheit.
Vorsorge zu treffen ist klug.

Manche Menschen entscheiden sich auch deshalb dazu, Selbsthilfegruppen aufzusuchen und hier mitzuarbeiten, weil dadurch die Wachheit für die eigene körperliche und psychische Gesundheit unterstützt wird.

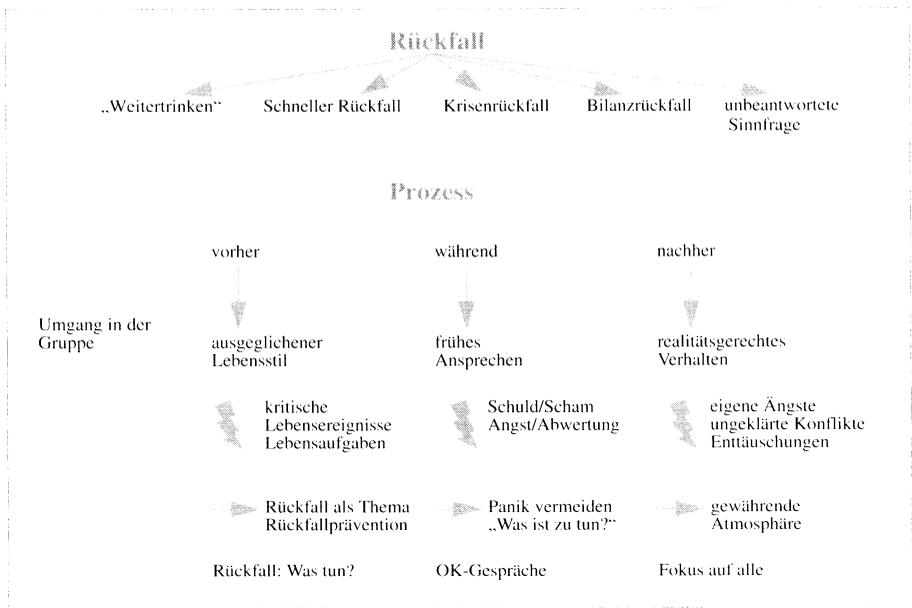
Das Thema „Rückfall“ steht mehr oder weniger deutlich bei vielen Suchtkranken, aber manchmal sogar mehr noch – vor allem in der ersten Zeit nach einer Abstinenzentscheidung – bei ihren Angehörigen im Raum:

- als „Schreckgespenst“, das Angst macht, über das man besser nicht redet, „um es nicht herbeizureden“,
- als Gefahr, die entweder als Katastrophe hereinbrechen kann oder gegen die man mit allen Mitteln gewappnet sein muss,
- als Risiko, das um so größer ist, je unausgewogener oder belasteter das Leben ist,
- als Komplikation eines persönlichen Entwicklungsprozesses, der durch Aufmerksamkeit und Kompetenzsteigerung begegnet werden kann.

Was ist ein Rückfall?

Was ist ein Rückfall? Wir finden hier unterschiedliche Definitionen in Wissenschaft und Praxis sowie bei Suchtkranken in ihrem subjektiven Verständnis: Das Spektrum reicht von einer engen Auffassung, dass jeglicher Konsum des Suchtmittels als Rückfall aufzufassen ist, über die Unterscheidung in Abhängigkeit von der konsumierten Menge oder der Dauer der Einnahme bis zu Bewertungen, ob das Konsumverhalten gebessert ist gegenüber der früheren Art und Weise zu konsumieren und ob soziale Auffälligkeiten bzw. schädlicher oder riskanter Konsum nach Menge und Art vorliegt. Manchmal wird auch inadäquates Verhalten als Rückfall in alte, „nasse“ Muster bewertet, ohne dass der Betreffende ein Suchtmittel konsumiert hätte. Abbildung 1 zeigt verschiedene Zeitpunkte und „Umstände“ für Rückfälligkeit, wie sie auch in der Rückfallforschung Beachtung gefunden haben.

Abbildung 1: Zeitpunkte, Umstände und Unterstützungsmöglichkeiten bei Rückfall.

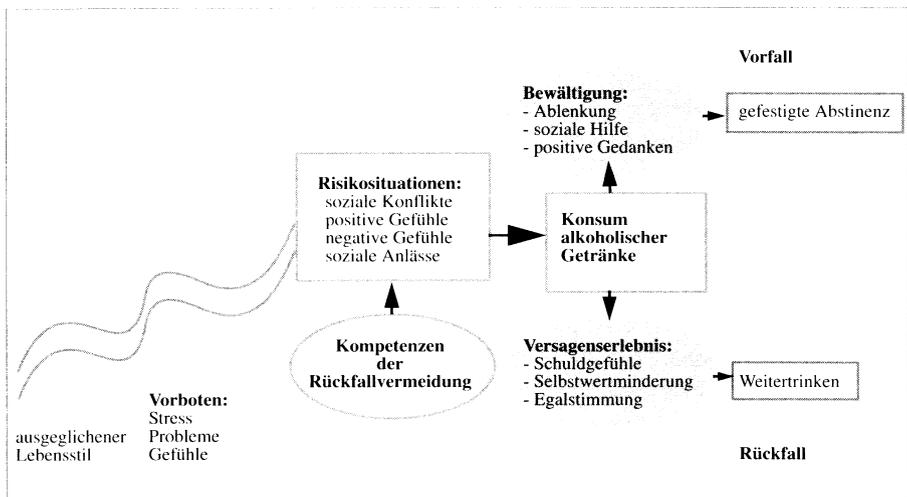


Plausibel ist die Festlegung, dass wir dann von einem Rückfall sprechen, wenn jemand entgegen seiner gefassten Absicht und im Wissen um die bestehende Abhängigkeitserkrankung wieder das Suchtmittel konsumiert. Dabei spielt die Fähigkeit der selbständigen Entscheidung, also der Selbstbestimmung, eine große Rolle. Wir wissen aber heute, wie diese in subjektiv und objektiv bedrohlichen Situationen eingeschränkt sein kann.

Rückfall ist eine Komplikation im Genesungsprozess:
Krise und Chance zugleich.

Als in der Praxis und Therapie hilfreiches Modell für die Aufrechterhaltung gewünschter Abstinenz aber auch für das Rückfallgeschehen erweist sich das sozialkognitive Rückfallmodell nach Marlatt (1989). In vielen Behandlungseinrichtungen, die Bausteine der Rückfallprävention anbieten, wird auf dieses Schema zurückgegriffen. Es gibt bislang zwar kaum empirische Untersuchungen zu den Komponenten des Modells, allerdings ist es sehr einsichtig sowie erlebens- und verhaltensnah für Betroffene, Angehörige und Helfer. Abbildung 2 zeigt in vereinfachter Form dieses Modell.

Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des sozialkognitiven Rückfallmodells nach Marlatt (1989; Petry 1996).



Auch in der Rückfall-Aufarbeitung kann dieses Modell nützlich sein. „Sozial-kognitiv“ heißt dieses Modell deshalb, weil hier erwartet wird, dass sowohl die sozialen Aspekte, wie Abstinenzunterstützung, aber auch Hilfe in schwierigen Lebenssituationen oder allein die Tatsache des sozial gut Eingebettetseins einen Einfluss auf die Abstinenzgefährdung haben. Bedeutsam ist auch die plausible Annahme, dass alle Verhaltensweisen im Wesentlichen zunächst im Kopf – nach Überlegung, Plan und Absicht, also kognitiv – ablaufen. Folgende Komponenten sind u.a. für dieses Modell bedeutsam:

Ein ausgewogener Lebensstil wirkt Rückfall vorbeugend.

Individueller Lebensstil

Ist der persönliche Lebensstil unausgewogen, steigt das Risiko für eine Verminderung der Selbstkontrolle und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit an. Wenn die Bedürfnisse, Werte und Wünsche des Betroffenen

von ihm selbst nicht ausreichend berücksichtigt werden, oder wenn für schwierige Lebensereignisse nicht die angemessenen eigenen Kompetenzen und Unterstützungen durch andere vorhanden sind, können schließlich solche kritischen und stressbelasteten Lebensumstände die Fähigkeit zur Abstinenz und die Motivation des Betroffenen, abstinent zu bleiben, sehr beeinträchtigen. Dann greift der Betroffene unter Umständen wieder auf sein „altbewährtes“ Problemlöseverhalten zurück und damit zum Suchtmittel. Dieses „Aus dem Gleichgewicht Geraten“ ist manchmal ein schleichender Prozess, der über Monate oder Jahre verlaufen kann. Es kann jedoch auch in einer schnellen Entwicklung des Aufschaukelns eine rasante Risikoerhöhung erfolgen.

Risikominimierung durch bewusste Wahrnehmung des Lebensalltags und seiner Entscheidungssituationen.

Scheinbar unbedeutende Entscheidungen

Dies sind Entscheidungen, die für sich und einzeln betrachtet möglicherweise nur wenig Tragweite haben. Aber in der Folge solcher scheinbar unbedeutenden Ereignisse wird ein „roter Faden“ erkennbar, der im Nachhinein betrachtet das Risiko des erneuten Suchtmittelkonsums kontinuierlich hat steigern lassen. In der Rückschau erkennt dann der Betroffene – oftmals erst mit Unterstützung von anderen – wie bahrend und erleichternd diese „kleinen“ Entscheidungen für den erneuten Konsum waren. Etwa der Entschluss, die Beförderung anzunehmen, obwohl ich weiß, dass ich dann viel zu wenig Zeit für mich selbst oder meine Partnerschaft haben werde, kann eine solche Fehlentwicklung einleiten. Oder die Einrichtung einer Hausbar mit alkoholischen Getränken für Gäste, die sich im Nachhinein als Lockerung der Aufmerksamkeit für günstige und die Abstinenz unterstützende Umweltbedingungen erweist, war dann schon ein solcher erster Schritt in Richtung Rückfallvorbereitung. Dies alles findet dabei oft nicht vollständig bewusst statt – die Selbstaufmerksamkeit für solche Entwicklungen und Hintergründe für Entscheidungen waren herabgesetzt. Am Schluss „passiert dann das, was passieren musste“ – hinterher ist man immer klüger.

Die eigenen Stärken kennen, einsetzen und ausbauen in „guten Zeiten“ hilft, auch mit schwierigen Situationen zurechtzukommen.

Bewältigungsreaktionen

Damit ist das Repertoire gemeint, über das jemand verfügt, um mit sich, seiner Umwelt und den Anforderungen des Lebens zurechtzukommen.

Während der konsumierende Abhängige oft, schließlich hauptsächlich auf sein Suchtmittel zurückgreift, um Probleme zu lösen, mit sich selbst (zumindest kurze Zeit) zufrieden zu sein, seine Gefühle zu regulieren und die Welt in einem anderen Licht zu sehen, wird der abstinentere Mensch sich den Anforderungen anders stellen. Hier kann es zur Überforderung und Resignation kommen, wenn der Betroffene nicht gelernt hat, anders als durch Suchtmittelkonsum mit Problemen umzugehen. Der Aufbau solcher Kompetenzen und Bewältigungsmöglichkeiten ist immer auch ein zentraler Bestandteil von Behandlung. Hierfür sind Lern- und Übungsprozesse erforderlich. Manchmal wird etwas neu gelernt, manchmal werden alte erfolgreiche Verhaltensweisen wieder hervorgeholt und trainiert; manchmal kann es auch genauso wichtig sein, die eigenen Bewertungen, Maßstäbe und Erwartungen zu verändern oder zu lernen, etwas auszuhalten, was ich nicht ändern kann.

Es gibt gute und schnelle Lösungen und es gibt schlechte:
Das Suchtmittel einzusetzen ist gar keine.

Alkoholwirkungserwartungen

Der Alkohol verspricht die „Flucht aus der Welt“, aus ausweglosen Situationen. Er verspricht auch die Steigerung der eigenen Kompetenzen und Kreativität. Die Fähigkeit, Situationen, Schmerzen, Langeweile, andere Menschen, sich selbst und mehr aushalten zu können, geht im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung immer stärker zurück zugunsten der Wirkung des „Suchtmittel-Jokers“. Dieser steht scheinbar immer und überall zur Verfügung und hilft, das Leben zu ertragen. Sind diese Wirkungserwartungen aus der eigenen Erfahrung heraus sehr hoch und fehlen andere Möglichkeiten der Bewältigung, so kann dies die Rückfallgefahr steigern. In Lebenskrisen – auch in der stabilen Abstinenz – kann diese Wirkungserwartung an das Suchtmittel auch wieder mehr Bedeutung gewinnen, wenn ein Mensch in eine subjektiv sehr bedrohliche Situation gerät (z.B. Verlust wichtiger Personen, eigene schwere Krankheit oder anderes) und er keine anderen Auswege mehr sieht. Auch in solchen Lebenskrisen besteht eine erhöhte Rückfallgefahr.

Ich selbst kann etwas verändern: nicht ich alleine, aber nur ich.

Selbstwirksamkeitserwartungen

Diese betreffen die Überzeugung für eine Aufgabe, ein Problem, eine schwierige Lebenssituation und für das Leben überhaupt „gerüstet“ zu sein, d.h. über Kompetenzen zu verfügen, das Leben zu bewältigen. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung kann für unterschiedliche Lebensberei-

che oder Aufgabenfelder sehr unterschiedlich sein. In unserem Zusammenhang betrifft sie vor allem die Überzeugung, ohne Suchtmittel mit dem Leben zurechtzukommen und es genießen zu können. Hier stellen die erwähnten Lebenskrisen eine besondere Herausforderung dar. Aber auch das „normale“ Leben besteht aus Veränderungen und Anpassungsnotwendigkeiten. Wenn ich mich z.B. der Begegnung mit meinen heranwachsenden Kindern oder der Veränderung in der Partnerschaft mit zunehmendem Lebensalter nicht gewachsen fühle, weil ich wenig Möglichkeiten der aktiven Einflussnahme sehe, dann kann dies zu negativen Gefühlen und Gedanken führen, die wiederum das Risiko der „Flucht“ in die kurzfristig entlastende Suchtmittelwirkung erhöhen.

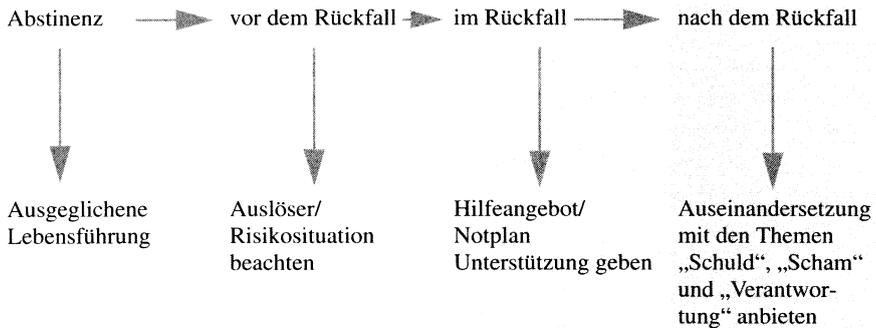
Die sozial-kognitiven Modelle wie dieses von Marlatt gehen davon aus, dass in einem jahrelangen Lernprozess während der Abhängigkeitsentwicklung automatisiertes Verhalten aufgebaut wird. Der Suchtmittelkonsum hat bei der Bewältigung der Lebensaufgaben und der Gefühlsregulation eine hohe oder die höchste Priorität übernommen. Fehlende andere Bewältigungskompetenzen führen dazu, dass das Suchtmittel immer häufiger als „Ersatz“- bzw. Scheinlösung eingesetzt wird. Nicht ausreichend trainierte Verhaltensalternativen können v.a. in stressbelasteten Situationen auch nach einer Behandlung oder in einer relativ stabilen Abstinenz nicht zum Zuge kommen und die altbewährte Strategie des Konsums dominiert in solchen Ausnahmesituationen wieder. Hinzu kommt die gedankliche Steuerung durch die positive Wirkungserwartung an das Suchtmittel: Kurzfristig erwartete Erleichterung, Hoffnung auf Abschalten aus der Realität, aber auch die erwartete Freisetzung eigener „Kräfte“ (z.B. besser ertragen können, kreativer/leistungsfähiger sein können) unter Suchtmittel tragen als Auslöser zur Erhöhung des Risikos bei.

Rückfallprävention: ausreichende Selbstkontrolle und die Überzeugung, dass es sich lohnt abstinent zu leben.

Vorhersagewert für einen Rückfall haben die Merkmale Selbstkontrollfähigkeit und Abstinenzmotivation. Je aufmerksamer ich für mich selbst, mein Verhalten und meine Wünsche und Bedürfnisse bin, je mehr ich in der Lage bin, auch mit meinen Begrenzungen zurecht zu kommen, umso weniger innere Spannungen werde ich aufbauen. Wenn ich mich für Abstinenz entschieden habe und auch den Eindruck habe, dass Kosten und Nutzen in ausgewogenem Verhältnis stehen, wird meine persönliche Bilanz ausgewogener sein, als wenn ich mich mit Anstrengung und innerem und äußerem Druck zu etwas zwingen.

Im folgenden Schema (Abbildung 3) wird gezeigt, welche besonderen Aspekte in den unterschiedlichen Phasen vor, während und nach einem Suchtmittelrückfall bedeutsam sein können. Hier hat auch die Unterstützung durch die Selbsthilfegruppe ihren besonderen Stellenwert.

Abbildung 3: Unterstützung durch die Selbsthilfegruppe



Zu diskutieren ist, ob z.B. ein einmaliger oder kurzfristiger Konsum, der keine Komplikationen nach sich zieht und auch nicht wieder in altes oder unkontrolliertes Verhalten zurückführt, auch als Rückfall zu werten ist, oder ob wir hier eher von einem Ausrutscher oder einem Vorfall sprechen wollen. Dabei geht es nicht darum, eine Gefahr auszublenden oder die Bedeutung eines Geschehens oder Verhaltens herabzuspielen. Vielmehr liegt in dieser differenzierten Bewertung eine größere Chance für die Bewältigung einer problematischen Situation.

Vorfall – Rückfall?
Warum es wichtig sein kann zu unterscheiden.

Hilfreich für einen vorurteilsfreien und unterstützenden Umgang mit einem Menschen, der aufgrund eines erneuten Suchtmittelkonsums in Schwierigkeiten gerät oder geraten ist, scheint eher die weiter gefasste Vorstellung von Rückfall und die Differenzierung zwischen Rückfallgefährdung und Ausrutscher/Vorfall zu sein:

- Es ist leichter, über den erneuten Konsum zu sprechen, wenn „entkatastrophisiert“ wird. Die Alles-oder-Nichts-Perspektive schränkt Reaktions- und Handlungsmöglichkeiten erheblich ein.
- Rückfall geht zurück! Es ist sinnvoller, den Blick in die Zukunft zu richten: Wie verhindere ich, dass es schlimmer wird? Wie komme ich wieder dahin, nicht weiter zu konsumieren, wenn ich das nicht will?
- Der Blick wird auf das Verhalten, auf Unterstützungs- und Hilfemöglichkeiten gerichtet statt darauf, Ursachen und Erklärungen/Rechtfertigungen zu finden. Dafür ist später noch Zeit!

Diese Auffassung vom Suchtmittelrückfall rückt das eigentliche Problem in den Mittelpunkt: Der Mensch kann aktuell in seiner Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit so beeinträchtigt sein, dass er wieder auf alte, bewährte,

automatisierte, aber letztlich schädigende Verhaltensweisen mit dem erneuten Konsum zurückgreift. So wird die Rückfallsituation letztlich zur Überforderungssituation für den Einzelnen, Suchtkranke wie Angehöriger. Wenn auf diese Weise der Umgang mit dem Rückfall in der Selbsthilfegruppe ansetzt, kann leichter Empathie und Unterstützung gezeigt werden.

Rückfall ist Symptom einer Überforderungssituation.

3. ANGEHÖRIGE UND RÜCKFALL

Die Menschen, die mit einem Suchtkranken leben, sind während der Krankheitsentwicklung zunehmend häufiger starken Stresssituationen ausgesetzt. So wie der Betroffene selbst fühlen auch sie sich immer hilfloser. Sie sind hin- und hergerissen zwischen der Loyalität dem geliebten Menschen gegenüber und dem Wunsch, sich selbst zu schützen vor Enttäuschungen und Vertrauensbruch. Sie versuchen zu verstehen, was passiert und entwickeln oder „erfinden“ wie der Betroffene auch Erklärungen und Motivationen, warum sich die Beziehung so verändert hat und was mit dem Partner, dem Elternteil oder Familienangehörigen eigentlich passiert. Sie fragen sich, wo ihre Verantwortlichkeit liegt, ob sie (mit) Schuld daran sind, dass der Suchtkranke konsumieren „muss“. Sie hoffen in Zeiten, in denen es besser geht, auf stabile Veränderung in die „richtige“ Richtung.

**Suchtkranke und Angehörige gehen einen ähnlichen Weg
in der Krankheitsentwicklung.**

Häufig übernehmen Angehörige in gutgemeinter Absicht Pflichten und Aufgaben des Betroffenen; manchmal bleibt ihnen auch nichts anderes übrig, wenn sie größeren Schaden von sich und der Familie fernhalten wollen. Zwangsläufig übernehmen sie dann jedoch auch zunehmend Rechte des kranken Familienmitglieds, so dass eine negative Spirale in Gang kommt: Der Suchtkranke vernachlässigt Pflichten, nimmt Rechte nicht wahr; der Angehörige kompensiert den Ausfall und übernimmt Aufgaben und damit auch Rechte, die ihn nach außen hin später oft als überverantwortlich, co-abhängig bis übergriffig erscheinen lassen. Tatsächlich ist es häufig der Fall, dass der Angehörige sich immer stärker belastet, unter dem Druck von Verantwortung und Zuständigkeit über seine Grenzen geht und selbst in hohem Risiko lebt, krank zu werden an Körper und Seele.

**Wege aus der Abhängigkeitsfalle: eine Herausforderung für den
Suchtkranken und den Angehörigen gleichermaßen.**

Wenn der Suchtkranke abstinent wird – mit mehr oder weniger Unterstützung durch andere –, ändert sich im sozialen System vieles. Beziehungen und der Umgang mitein-

ander werden neu ausgehandelt und ausprobiert. Der Suchtkranke wird in der Therapie und der Selbsthilfegruppe darin unterstützt, sein Leben wieder aktiv zu gestalten und seine Rolle in Familie und Umfeld wieder auszufüllen. Dabei sprechen wir manchmal von einem „gesunden Egoismus“, der es dem Suchtkranken ermöglicht, mehr auf die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu achten.

Für die Angehörigen ist dies oft eine sehr schwierige Zeit. Häufig haben sie nicht die Unterstützung durch eine Beratung oder Behandlung für die Veränderungen in ihrem Leben durch die Abstinenz des Suchtkranken. Eine eigene Selbsthilfegruppe für Angehörige kann gerade in dieser kritischen Umstellungszeit dem Angehörigen helfen, auch die eigene Rolle zu überdenken, sich Entlastung und Unterstützung gleichermaßen zu holen und eigene Bedürfnisse und Wünsche wieder angemessen zu berücksichtigen. Manchmal gelingt es Lebenspartnern auch, diesen Veränderungsprozess gemeinsam zu gestalten.

**Die Kapitulation des Angehörigen: „Ich bin weder für die Krankheit
noch für den Rückfall verantwortlich.“**

Für den Angehörigen ist ein möglicher Rückfall mindestens so bedrohlich wie für den Abhängigkeitskranken selbst. Während Letzterer der Handelnde bleibt, steht der Angehörige dem Rückfallgeschehen hilfloser gegenüber. Er ist mehr oder weniger Beobachter und gerade dann, wenn er dem Suchtkranken wieder seine Entscheidungen überlässt – also selbst auf dem Weg in eine ausgeglichene Beziehungsgestaltung ist –, wird er manchmal vielleicht eher oder klarer als der Betroffene selbst eine beginnende ungünstige Entwicklung sehen können. So wie es dem Suchtkranken möglicherweise zunächst schwer fällt, wieder mehr Kontrolle über sich selbst und sein Leben zu erlangen und auszuüben, stellt sich die Aufgabe für den Angehörigen darin, Kontrolle wieder abzugeben und geschehen zu lassen und auszuhalten. Dies kann eine Gratwanderung sein: Der Angehörige muss sich immer wieder entscheiden, was er aushalten kann und will und wann er für sich Entscheidungen treffen muss, um nicht wieder in der Abhängigkeit vom Suchtkranken und seinem „Spiel“ gefangen zu sein.

Beim Rückfall fragt sich mancher Angehörige: Was habe ich falsch gemacht? Hätte ich den Rückfall verhindern können oder gar müssen? Aber auch: Wie kann es jetzt weiter gehen? Für alle diese und die vielen anderen Fragen und Zweifel braucht auch der Angehörige eine Anlaufstelle und Unterstützung. Ziel kann es nicht sein, dass der Angehörige zur „Rückfallversicherung“ für den Suchtkranken wird. Vielmehr kann der Angehörige – von Schuld und übermäßiger Verantwortung für den Suchtkranken befreit – seine Rolle in einer gesunden Beziehungsgestaltung übernehmen und damit zu einem stabilisierenden Element auch für den Suchtkranken in der persönlichen Weiterentwicklung werden.

4. RÜCKFALLVORSORGE DURCH DIE SELBSTHILFEGRUPPE

Was macht die Wirksamkeit der Selbsthilfegruppe aus?

- In der Selbsthilfegruppe kann das Leben gelernt werden.
- In der Selbsthilfegruppe kann gelernt werden, Risikosituationen ohne Alkohol zu meistern.

Früh einsetzender und beständiger Suchtmittelgebrauch behindert „Lebenskompetenz“.

Der Suchtmittelgebrauch beginnt meist im Heranwachsenden- und Jugendalter. Während dieses Zeitraums kommt es bei fast allen Jugendlichen zu erheblichem Entwicklungsstress, verbunden mit Minderwertigkeitsgefühlen und Versagensängsten. Das Suchtmittel dient vor allem der Bewältigung bzw. der Regulierung von Gefühlen. Der regelmäßige Gebrauch soll unangenehme Stimmungslagen verändern und das Selbstwertgefühl steigern. Häufig fehlt soziale Unterstützung, um den Entwicklungsstress zu mildern, und der Suchtmittelkonsum wird zum Problemlösungsverhalten Nummer eins.

In der weiteren Entwicklung verhindert anhaltender Suchtmittelkonsum das Erlernen notwendiger emotionaler und sozialer Fertigkeiten. Problemlösungsversuche ohne Suchtmittel scheitern in der Regel. Sie wurden nicht geübt und werden als unpassend empfunden. Negative soziale Konsequenzen, wie z.B. Führerscheinverlust, führen zu weiteren Irritationen und bald zu einer tiefgreifenden Resignation. Ist das Stadium der Abhängigkeit erreicht, sind die Folgen des Suchtmittelkonsums gleichzeitig ihre Ursachen. Die seelischen, sozialen und körperlichen Folgeerscheinungen (z.B. das Entzugssyndrom) sind zusätzliche Stressbelastungen, die wiederum durch das Suchtmittel reguliert werden. Der Teufelskreis ist geschlossen. Die Suchtmittelabhängigkeit ist zu einem Lebensstil geworden. Ein abstinentes Leben beinhaltet, diesen Lebensstil aufzugeben, und die Begegnung mit einer weitgehend unbekanntem Wirklichkeit. Diese Konfrontation führt häufig zu weiterem Minderwertigkeitserleben und dem Wunsch weiter zu trinken.

Der Aufbau eines neuen Lebensstils ist Rückfallvorsorge.

Ein neuer Lebensstil ist möglich. In der Selbsthilfegruppe wird dies anschaulich. Hier treffen sich Menschen, die den Ausstieg aus dem Teufelskreis gewagt haben, und die von ihrem Weg in die Realität berichten. Wenn die Gruppe gut läuft, schildern sie sowohl ihre Erfolge und positiven Erfahrungen als auch ihre Schwierigkeiten, Misserfolge und Rückschläge. „Was der kann, kann ich auch!“ So können diese Erfahrungen Mut machen und das Selbstvertrauen jedes Einzelnen in der Gruppe stärken. In der ersten Zeit der Abstinenz kann sich ein Gruppenmitglied in der Selbsthilfegruppe ak-

tiv beraten lassen. Es erhält konkrete Hinweise auf Fragen wie: „Was mache ich den ganzen Tag ohne Arbeit und Alkohol?“ „Wie gebe ich meinem Tag eine Struktur?“ „Wo finde ich als Single einen alkoholfreien geselligen Ort in dieser Stadt?“ „Gibt es hier in der Gegend einen Tischtennisverein oder einen Chor, der Mitglieder sucht?“ Wer einen neuen Lebensstil aufbauen will, muss seine Aufmerksamkeit auf das Alltägliche richten und sich Zeit lassen. Der Lebensstil muss während des gesamten Lebenszyklus überprüft und angepasst werden.

Die Selbsthilfegruppe bietet ein Übungsfeld zum „Leben lernen“.

Im besten Fall wird Folgendes gelernt:

- Sich selbst akzeptieren,
- sich wohl fühlen,
- genießen,
- reden,
- streiten,
- Kritik annehmen und Kritik äußern,
- Lob und Anerkennung entgegen nehmen,
- um Hilfe bitten,
- sich abgrenzen,
- berechnete Ansprüche stellen,
- Ansprüche zurückweisen,
- ein Gespräch beginnen,
- ein Gespräch durchhalten,
- angenehme und unangenehme Gefühle spüren und mitteilen,
- vorausschauend planen und handeln.

Das alles ist Handwerkszeug, um mit den Anforderungen des täglichen Lebens ohne Suchtmittel fertig zu werden. Es ist sinnvoll, zurückzublicken und Bilanz zu ziehen. Welche Verhaltensänderungen wurden in den letzten sechs Monaten erreicht? Wahrscheinlich hat die Selbsthilfegruppe bei diesen Veränderungen eine Rolle gespielt, sei es durch Ermutigungen oder als Übungsfeld.

Im Laufe der Zeit wird Suchtmittelkompetenz mit Hilfe der Selbsthilfegruppe durch vielfältige neue Fertigkeiten und ein neues Verhaltensrepertoire ersetzt.

Noch immer gilt in Selbsthilfegruppen: „Man muss es nur wirklich wollen, dann klappt es auch mit der Abstinenz“ und „Wer noch nicht tief genug unten war, der ist noch nicht so weit, der will noch nicht weg vom Alkohol“. Das Konzept der Willens-

stärke setzt bei der Rückfallvermeidung ausschließlich auf den mentalen Faktor. Demnach führen die negativen Folgen der Suchtmittelabhängigkeit dazu, dass der Wille zur Veränderung ausreichend stark ist und im Laufe des Lebenszyklus auf demselben hohen Niveau bleibt. Dies ist ein starres Modell, und Rückfall ist moralisches Versagen. Es missachtet, dass die Motivation zur Abstinenz im Laufe des Lebens schwankt und dass es neben dem Menschen, der abstinent leben will, auch den Menschen gibt, der sein Suchtmittel konsumieren will, so wie er es viele Jahre getan hat und wie es sich in das „Suchtgedächtnis“ (Böning, 2001) eingepägt hat.

Auch im Selbstkontrollmodell spielt der Entschluss zur Abstinenz bzw. die Selbstverpflichtung zur Verhaltensänderung eine wichtige Rolle. Die Qualität dieser Selbstverpflichtung ist sehr unterschiedlich und sie ist beeinflussbar. Es kann sich z.B. um einen sogenannten „Neujahrsvorsatz“ handeln oder um das Ergebnis einer längeren Besinnungsphase (Motivationsphase). Das Selbstkontrollmodell betrachtet das komplexe Zusammenspiel zwischen der Versuchungssituation, der körperlichen und emotionalen Befindlichkeit der handelnden Person und ihrem Verhaltensrepertoire zur Bewältigung der Situation. Die Person ist aktiv am Geschehen beteiligt. Sie kann eingreifen, sei es, indem sie sich vorher entschließt, eine Versuchungssituation (z.B. Kneipenbesuch) ausdrücklich zu meiden oder indem sie sich entschließt, diese Situation unter bestimmten Bedingungen zu meiden: „Heute bin ich schlechter Stimmung, ich fühle mich traurig und einsam, deshalb werde ich den Geburtstagspartybesuch bei meiner Arbeitskollegin absagen, stattdessen verabrede ich mich mit einer Selbsthilfegruppenfreundin.“

Risikosituationen und Rückfallgedanken dürfen sein. Es gilt, sie rechtzeitig zu erkennen und in der Selbsthilfegruppe zu besprechen.

Rückfälle ereignen sich beispielsweise in folgenden Situationen:

- Unangenehme Gefühlszustände (z.B. Langeweile, Einsamkeit, Angst, Depressionen).
- unangenehme Gefühlszustände in Konfliktsituationen (z.B. am Arbeitsplatz oder in der Familie),
- soziale „Verführung“ (z.B. andere fordern zum Mittrinken auf),
- angenehme Situationen (z.B. verliebt sein, Hochgefühl),
- Geselligkeit (z.B. Partys, Familienfeiern, Kneipenbesuche),
- körperliche Beschwerden (z.B. Schmerzen, Schlafstörungen),
- Versuche normal zu trinken,
- plötzlich auftretendes Verlangen (z.B. beim Anblick eines Biergartens).

Es ist wichtig, die ganz persönlichen Gefährdungen zu erkennen. Die persönlichen Risikosituationen sind meist die, die auch früher eng mit einer angenehmen Suchtmittelwirkung verknüpft waren. Hat der Alkohol gleichgültig gemacht bei beruflichen Sorgen? Hat er entspannt bei Ärger in der Familie, oder hat er immer wiederkehrende Ein-

samkeitsgefühle betäubt? Was ist heute in solchen Situationen zu tun? Sicher ist es nicht angenehm, sich noch einmal mit den alten Zeiten zu befassen, aber dieses Thema gehört in die Gruppe und der Austausch darüber ist Rückfallvorsorge. Je mehr Situationen probierend durchgespielt werden, desto besser ist die Vorbereitung für den Fall des Falles.

Lob und Anerkennung in der Gruppe nach erfolgreich bestandener „Versuchung“ stärken das Selbstvertrauen.

5. „RÜCKFALL“ ALS THEMA IN DER SELBSTHILFEGRUPPE

Was ist zu tun, um das Thema „Rückfall“ in der Gruppe lebendig zu halten und gegebenenfalls auch helfen zu können?

- Das Thema „Rückfall“ muss in der Gruppe präsent sein.
- In regelmäßigen Abständen werden in der Selbsthilfegruppe Signale für Rückfallgefährdungen erörtert.
- Es wird Handwerkszeug für konkrete Risikosituationen bereit gestellt.
- In stressfreien Zeiten werden Verträge zur persönlichen Sicherheit erstellt und Regeln für den Ernstfall besprochen.
- Die Gruppe beschäftigt sich mit Offenheit und Klärung förderndem Gesprächsverhalten (OK-Gespräche, s. u.).

Das Thema Rückfall wird zur Pflicht.

Es darf nicht tabu sein, über Rückfall zu sprechen, sondern es muss zur Pflicht werden. Es sollte in der Gruppe ausreichend Gelegenheit geben, Rückfallphantasien und Rückfallängste zu besprechen. Das von der Rückfallforschung bereitgestellte Wissen über verschiedene Rückfallarten, über Rückfallverläufe und wichtige Faktoren, wie scheinbar unwesentliche (harmlose) Entscheidungen, Hochrisikosituationen, Rückfallgedanken verbunden mit Verlangen nach dem Suchtmittel, Selbstwirksamkeitserwartung und Abstinenzverletzungseffekt bzw. Rückfallschock kann gerade in Rückfall freien Zeiten eine gute Basis für die Beschäftigung mit dem Thema sein.

Jedes Gruppenmitglied kann anhand von Checklisten Signale für eigene Gefährdungen wahrnehmen und Gruppenmitglieder um einen „Spiegel“ bitten.

Letztlich ist jeder Rückfall einzigartig, und jede Person hat ihre speziellen Gefahrensituationen, aber es gibt Signale, die einem Rückfall vorausgehen und die immer wieder vor einem Rückfall beobachtet werden, Signale, die z.B. mit den Überschriften „Unaufmerksamkeit“, „Selbstüberschätzung und Bequemlichkeit“ versehen werden

können. Den Betroffenen sind sie oft nicht bewusst, aber die Menschen in der nächsten Umgebung reagieren skeptisch, wenn der abstinent Lebende sich z.B. entschließt, ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr in die Selbsthilfegruppe zu gehen, bestimmte unangenehme Dinge wieder vor sich herzuschieben oder für mögliche Gäste wieder größere Mengen Alkohol im Haus zu haben. Es ist wichtig und sinnvoll, sich in der Selbsthilfegruppe gegenseitig auf Gefährdungen aufmerksam zu machen, aber eine Rückmeldung muss gewünscht und erbeten werden. Nur so können unliebsame und schmerzliche Verletzungen durch Übergriffe und Anmaßungen innerhalb der Gruppe verhindert werden. Und noch etwas ist wichtig: Das Gruppenmitglied darf mit erkannten Gefährdungen nicht allein gelassen werden, vielleicht braucht es konkrete Unterstützung oder sogar therapeutische Hilfe.

Ablenkung, Pro- und Contra-Argumente und Abstinenzkarte sind Handwerkszeuge zur effektiven Bewältigung der Situation vor und nach dem ersten Glas.

Das Selbstkontrollmodell geht davon aus, dass die betroffene Person selbst im Rückfallprozess aktiv ist. Ihre Gedanken, Gefühle und ihr Tun gestalten den Rückfallverlauf. Mit der Methode der Ablenkung kann häufig wiederkehrendes Denken an das Rauschmittel beendet, die Rückfallwahrscheinlichkeit gesenkt, die Abstinenz gestärkt und die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht werden. Gedanken an das Suchtmittel sind nach langjährigem Konsum während der Zeit der Abstinenz normal. Sie führen keineswegs automatisch zum Rückfall. Sie stellen so lange kein Problem dar, solange keine Handlung erfolgt. Die betroffene Person kann nicht verhindern, dass ihr der Gedanke an ihr Suchtmittel durch den Kopf schießt, aber es liegt in ihrer Verantwortung, ob sie diesen Gedanken ausbaut, die Vorstellungen intensiviert und so das Verlangen nach dem Suchtmittel und damit die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöht. Bei der Ablenkungs-Technik handelt es sich um ein sehr einfaches Vorgehen. Gedanken und Vorstellungen werden durch ein inneres Stoppsignal unterbrochen, die Aufmerksamkeit auf andere angenehmere Gedanken umgelenkt.

Auf der Pro- und Contrakarte werden in abstinenten stressfreien Zeiten Argumente für ein abstinentes Leben und gegen Suchtmittelkonsum gesammelt. In Gefahrensituationen, aber auch nach einem Rückfall, können die Pro- und Contra-Argumente wichtige Entscheidungshilfen sein. Sie sind Teil der sogenannten „Abstinenzkarte“, die von jedem Gruppenmitglied ausgefüllt und für den Ernstfall griffbereit in der Geldbörse mitgetragen werden kann. Die Abstinenzkarte gibt entscheidende Handlungsanweisungen für den Fall, dass es zum ersten Suchtmittelkonsum gekommen ist. Sie enthält Hinweise auf erste Anzeichen von Rückfallgefährdung und auf die Minimierung des Rückfallrisikos. Jedes Gruppenmitglied kann die Telefonnummern von wichtigen Personen und Personengruppen auf der Abstinenzkarte notieren. Es lohnt sich, in der Gruppe gemeinsam über diese Handlungsanweisungen nachzudenken und zu sprechen.

Das Verhalten im Ernstfall kann geübt, d.h. probierend durchgespielt werden.

Bei Verträgen zur persönlichen Sicherheit überlegen die Gruppenmitglieder anhand folgender Fragen, was ihnen Sicherheit geben kann.

Ich stelle mir vor, ich habe kurzzeitig Alkohol konsumiert:

- Was möchte ich tun?
- Wen werde ich anrufen/ansprechen?
- Wie können mich meine Vertrauenspersonen unterstützen?
- Welche weiteren Schritte halte ich für wichtig?

Danach wählen die Gruppenmitglieder eine Vertrauensperson innerhalb oder auch außerhalb der Selbsthilfegruppe und schließen mit ihr einen Vertrag. Dies stärkt die Eigenverantwortlichkeit und Selbstwirksamkeitserwartung der Gruppenmitglieder und lässt alle in der Gruppe wissen, wie und von wem das Gruppenmitglied Hilfe erwartet. Es lohnt sich, den Notfall in der Gruppe ausführlich zu planen. Nichts anderes wird auch bei Katastrophenschutzübungen gemacht. Es handelt sich um eine Trockenübung, bei der alles gesichtet, bedacht und geprobt wird. Natürlich kommt es dann im konkreten Fall doch oft anders als gedacht. Der Probelauf führt aber zu wichtigen Erkenntnissen, z.B. darüber, dass die Gruppenleitung nicht für alle Gruppenmitglieder die Vertrauensperson sein muss, dass sie ebenfalls eine Vertrauensperson braucht und dass der beste Gruppenfreund im Notfall nicht unbedingt der beste Helfer ist. Vielleicht ist er zu sehr mit seinen eigenen Gefühlen und Befürchtungen beschäftigt und muss zunächst auf sich selbst achten. In stressfreien Zeiten sollte auch ein Leitfaden für den Umgang mit Rückfall in der Gruppe erarbeitet werden. Die Gruppenmitglieder einigen sich, was sie unter welchen Umständen bei einem Rückfall in ihrer Gruppe besonders beachten wollen.

6. OK STATT K.O.

K.O.-Gespräche sind uns allen aus dem Alltag bekannt. Entweder sind wir Opfer oder Täter. Beim K.O.-Gespräch führt ein Gesprächspartner das Wort. Er hört nicht zu, weiß alles besser und lässt keinen Widerspruch aufkommen. Letztlich bestimmt er den Gesprächsverlauf. Er formuliert die Ziele seines Gegenübers und will die Verantwortung für dessen Entscheidungen und Handeln übernehmen. Als Opfer dieser Art der Gesprächsführung wissen wir, wohin das führt: Das Gespräch verläuft einseitig, das Gegenüber hat keinen Raum für seine Meinung, Gedanken und Gefühle. Es fühlt sich unverstanden und zieht sich zunächst innerlich, dann auch äußerlich zurück. Es meidet den weiteren Kontakt. Der Suchtmittelabhängige meidet seine Gruppe gerade dann, wenn er sie am meisten braucht.

Beim Rückfall führt das K.O.-Gespräch oder die Befürchtung,
dass ein solches folgt, zum Kontaktabbruch.

Im Gegensatz dazu hört der Gesprächspartner beim OK-Gespräch zu. Er ist an der Sichtweise seines Gegenübers interessiert. Er hilft ihm, Klarheit über seine Ziele und sein Handeln zu bekommen, betont und fördert die Eigenverantwortung seines Gegenübers und unterstützt sein Zutrauen in die eigene Fähigkeit zur Veränderung. „Offenheit und Klärung fördernde Gespräche“ (OK) sollen einen Veränderungsprozess beim Rückfälligen in Gang setzen. Im Folgenden werden Grundregeln für OK-Gespräche beschrieben:

- Das Gespräch mit dem Rückfälligen wird bestimmt durch respektvolles Zuhören sowie durch dosierte und gezielte Empathie (einführendes Verstehen).
- Die zugrunde liegende Haltung ist Akzeptanz. Es geht darum, die Vorstellungen des Rückfälligen zu verstehen, ohne sie zu bewerten.
- OK-Gespräche schaffen beim Rückfälligen Motivation zur Veränderung und bauen einen konstruktiven Veränderungsdruck auf.
- Beweisführungen helfen nicht weiter. Sie wecken den Widerstand des Rückfälligen, weil er seine Entscheidungsfreiheit bedroht sieht.
- OK-Gespräche betonen die Eigenverantwortlichkeit des Rückfälligen und fördern den Glauben an seine Selbstwirksamkeit.

Der Rückfällige fürchtet sich vor Bewertungen und Schuldzuweisungen. Die akzeptierende Haltung verbietet nicht, anderer Meinung zu sein als der Rückfällige, aber darum geht es in einem Gespräch mit einem Rückfälligen zunächst nicht. Es geht um Zuhörung und einfühlsames Verständnis. Nur wenn die Sichtweise des Rückfälligen ernst genommen wird, bleibt er offen für die weitere Klärung seiner Situation. Das Zuhören ist gekennzeichnet durch einfühlsame und immer authentische Reaktionen des Gesprächspartners. Nur so bleibt er glaubhaft im Kontakt mit dem Rückfälligen.

Das respektvolle und akzeptierende Zuhören soll dem Rückfälligen helfen, sich so zu akzeptieren, wie er derzeit ist. Aber dabei kann es nicht bleiben: Um sein selbstschädigendes Verhalten zu verändern, muss er seine eigene unangenehme Wirklichkeit wahrnehmen und überdenken. Der Gesprächspartner hilft dem Rückfälligen, den Blick auf seine Sorgen und Ängste zu lenken. Durch Fragen nach den persönlichen Lebenszielen und ihrer Vereinbarkeit mit dem derzeitigen Verhalten entdeckt der Rückfällige Widersprüche und Unstimmigkeiten. Im Gespräch kann er das Für und Wider erörtern, ein Problembewusstsein herstellen und sich selbst die Argumente für eine Verhaltensänderung liefern. Dann werden die Verhaltensalternativen diskutiert, Ziele und Veränderungen werden gemeinsam festgelegt. Danach hilft der Gesprächspartner dem Rückfälligen durch das gemeinsame Erarbeiten von Zeitplänen (bis wann will ich was tun?) und durch Verhaltensabsprachen, Änderungen tatsächlich vorzunehmen und sich Schritt für Schritt dem angestrebten Ziel zu nähern. Der Plan des Rückfälligen wird in der Aktion mit dem Gesprächspartner verbindlich. So entsteht ein konstruktiver Veränderungsdruck.

Im OK-Gespräch stellt der Rückfällige mit Hilfe des Gesprächspartners Problembewusstsein und Motivation zur Verhaltensänderung her. Dabei ist die Problembeschreibung und nicht die Problembenennung wichtig. Um eine Verhaltensänderung anzu-

Kapitel 3: „Rückfall“ – Arbeitsblätter

ÜBERSICHT

Ausgeglichener Lebensstil

1. Mein persönlicher Zeitkuchen
2. Lebensstil und persönliche Situation
3. Lebensbereiche
4. Lebensführung

Rückfallrisiken

1. Vorstellungen von Rückfall
2. Signale der Gefahr/Checkliste
3. „Rückfall-TÜV“
4. Der Rückfall fängt nicht mit dem Trinken an

Rückfall – was tun?

1. Rückfall: Was nutzt – was schadet?
2. Rückfall – Was hilft dem Helfer?
3. In unterschiedlichen Situationen über Rückfall sprechen
4. OK-Gespräche statt K.O.-Gespräche

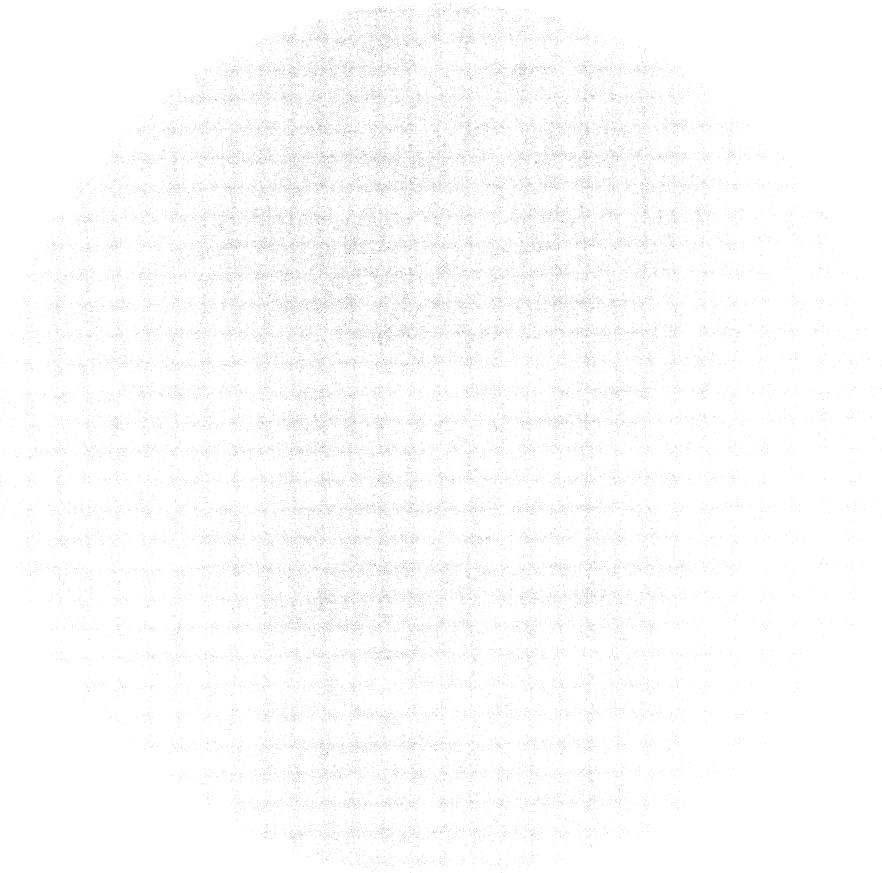
Rückkehr zur Normalität

1. Rückfall kann eine Chance sein
2. Rückfall als Thema in der Gruppenarbeit
3. Etwas tun, bevor es eng wird
4. Meine persönliche Sicherheit: Die Abstinenzkarte

Auf den folgenden Seiten sind Arbeitsblätter vorgestellt, die sowohl für die eigene Reflexion als auch für die Gruppenarbeit geeignet sind. Diese Blätter enthalten fast durchgängig auf der linken Seite das Arbeitsmaterial, auf der rechten die Anleitung für die Bearbeitung und Anregungen für das Gruppengespräch. Die Arbeitsmaterialien dienen auch als Kopiervorlage.

I. MEIN PERSÖNLICHER ZEITKUCHEN

Der Kreis auf diesem Blatt stellt die Zeit der letzten Woche dar. Teilen Sie – ausgehend vom Mittelpunkt – diesen „Zeitkuchen“ in die „Stücke“, für die Sie in der letzten Woche Ihre Zeit verwendet haben und benennen Sie die Stücke mit einem Stichwort!



Vorschläge für die Bearbeitung:

- Wie geht es mir mit meinem „Zeitkuchen“?
- Was fällt mir an meinem „Zeitkuchen“ auf?
- Steht der „Zeitkuchen“ für eine typische, normale Woche?
- Möchte ich an meinem „Zeitkuchen“ für die Zukunft etwas verändern?
- Ich hole mir die Meinung eines anderen oder mehrerer anderer ein!

Zeitbedarf:

- ❖ Zehn Minuten zur Erstellung des „Zeitkuchens“ (einschließlich Erläuterung und Zeit zum Überlegen).
- ❖ Zwei mal zehn Minuten in Zweiergesprächen über die persönlichen „Zeitkuchen“ und anschließend zehn Minuten Austausch in der Gruppe oder
- ❖ 15 Minuten im Gruppengespräch: Vergleich der unterschiedlichen „Zeitkuchen“, Rückmeldung untereinander; anschließend können sich daraus ergebende Themen im Gruppengespräch weitergeführt werden.

2. LEBENSSTIL UND PERSÖNLICHE SITUATION

Anhand folgender Fragen können Sie überprüfen, ob Ihr Lebensstil in den letzten Wochen und Monaten eher ausgewogen ist oder ob ein oder mehrere Bereiche in den Hintergrund getreten sind.

Bitte kreuzen Sie zunächst die für Sie am besten zutreffende Antwortmöglichkeit an. Nehmen Sie sich dafür Ihre Zeit, bearbeiten Sie die Fragen jedoch zügig. Die erste und spontane Antwort ist oft die angemessene!

	ja	weiß nicht	nein
1. Meine körperliche Verfassung ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bewege mich ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich schlafe genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe genügend Ruhe und Entspannung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann gut mit mir alleine sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Spaß und Freude erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe Menschen um mich, die mir helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich fühle mich in meiner Selbsthilfegruppe wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe Menschen, denen ich etwas bedeute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe Nähe und Zuwendung erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich kann mit Ärger angemessen umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kann Unveränderliches gut aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich treffe Entscheidungen gut überlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich bin im Großen und Ganzen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich kann auch lieben Menschen gegenüber nein sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorschläge für die Auswertung:

- Ja-, Weiß nicht- und Nein-Antworten auszählen. Was überwiegt? Was bedeutet das für mich?
- Fiel mir die Beantwortung schwer? Waren mir Aussagen lästig oder unangenehm? Bei welchen Themen habe ich länger nachgedacht?
- Mit wem möchte ich über eines oder mehrere der Themen sprechen?
- Will ich etwas verändern, damit ich den Fragebogen beim nächsten Mal anders ausfülle?
- Wer kann mir helfen, über Veränderungen meines Lebensstils nachzudenken?
- Wer oder was kann mir helfen, Veränderungen in meinem Lebensstil durchzuführen?

Zeitbedarf:

- ❖ Für das Ausfüllen fünf bis 15 Minuten,
- ❖ für paarweise Gespräche je zehn Minuten pro Person,
- ❖ für das Gruppengespräch 20 bis 30 Minuten.

3. LEBENSBEREICHE

Welchen Raum nehmen die verschiedenen Lebensbereiche bei Ihnen ein? Bitte markieren Sie durch einen waagerechten Strich bei jeder der fünf Säulen das Ausmaß, das zur Zeit jedem der fünf genannten Bereiche an Bedeutung zukommt. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Es geht um Ihr Empfinden und Ihre Einschätzung.

Die 5 Lebensbereiche:

1 2 3 4 5

-  1. Beruf/Arbeit/Beschäftigung
-  2. Geld/Finanzen/materielle Sicherheit
-  3. Partner/Familie/Freunde
-  4. Körperliche Gesundheit/Wohlbefinden
-  5. Lebenszufriedenheit/Freude/Sinnerleben

Vorschläge für die Bearbeitung:

- Wie geht es mir mit dem Bild meiner „Säuleneinteilung“?
- Welche Bereiche möchte ich von ihrem Anteil, den sie in meinem Leben ausmachen, verstärken, welche schwächen?
- Zeigt das „Säulenbild“ etwas an, was vorübergehend, im Moment so ist oder etwas, das typisch für mein Leben und meine Gewichtungen ist?
- Möchte ich an den Schwerpunkten meines Lebens im „Säulenbild“ etwas verändern? Wenn ja: Wie kann ich dies tun? Wer kann mir dabei helfen?
- Ich hole mir die Meinung eines anderen oder mehrerer anderer zu meinem „Säulenbild“ ein!

Zeitbedarf:

- ❖ Zehn Minuten zur Einschätzung für die Säulen (einschließlich Erläuterung und Zeit zum Überlegen; kann auch als Paarübung gemeinsam erstellt und diskutiert werden).
- ❖ Zwei mal zehn Minuten in Zweiergesprächen über die persönlichen „Säulenbilder“ und anschließend zehn Minuten Austausch in der Gruppe oder
- ❖ 15 Minuten im Gruppengespräch: Vergleich der unterschiedlichen „Säulenbilder“, Rückmeldung untereinander; anschließend können sich daraus ergebende Themen im Gruppengespräch weitergeführt werden.

4. LEBENSFÜHRUNG

Als Karteikärtchen liegen vor:

Wie zufrieden bin ich mit mir selbst und meinem Leben?

Wie erlebe ich die Beziehungen zu meinen Mitmenschen?

Was macht mir Spaß und Freude in meinem Leben?

Wie möchte ich in fünf Jahren leben und wie könnte der Weg dahin aussehen?

Wo und wie „tanke“ ich Energien für die Anforderungen meines Lebens?

Was wollte ich schon lange mit einem wichtigen Menschen besprechen?

Was könnte mich ernsthaft „aus den Fugen bringen“? Was sind derzeit Befürchtungen und Ängste in meinem Leben?

Womit habe ich mich in der letzten Woche unwohl gefühlt? Welche Möglichkeiten habe ich, damit anders umzugehen?

Was würde ein mir wichtiger Mensch über mich zur Zeit sagen? Was würde er gut finden, was würde ihm nicht gefallen?



Anleitung:

Eine ausgeglichene Lebensführung ist die beste Rückfallvorsorge. Dazu gehören „Energiequellen“, Freude und Spaß haben, aber genau so die Zufriedenheit mit sich und anderen.

Mischen Sie die Kärtchen sorgfältig und lassen Sie verdeckt eine Themenkarte ziehen, zu deren Inhalt dann jeder in der Gruppe etwas sagen kann (als Rundgespräch oder als Paargespräch möglich).

Sie können auch gezielt ein Kärtchen selbst auswählen oder jemanden aus der Gruppe ein Thema aus den Vorschlägen wählen lassen.

Eine dritte Möglichkeit besteht darin, in der Gruppe abzustimmen und das Thema mit den meisten Stimmen zu bearbeiten.

Diese Kärtchen können Sie auch mit eigenen Themen und Fragestellungen erweitern.

Zeitbedarf:

- ❖ Je nach Situation 15 Minuten bis zu einer Stunde.
- ❖ Achten Sie auf eine Abschlussrunde in der Gruppe mit den Zielen:
 - ◆ kurze Zusammenfassung des Einzelnen für die Gruppe,
 - ◆ Stimmungsbild und Gesprächsbedarf ermitteln.

I. VORSTELLUNGEN VON RÜCKFALL

Folgende zwölf Sätze beschreiben landläufige Einstellungen von Abhängigen und Angehörigen, was Rückfall bedeuten kann. Schätzen Sie Ihre Einstellung bei jedem Satz ein, indem Sie ein Kästchen oder auf dem Zwischenraum auf der gepunkteten Linie angeben, wieweit Sie der Aussage zustimmen oder nicht. Diese Sätze können Sie auch um weitere ergänzen, die Einstellungen zum Rückfall beschreiben.

1. Ein Rückfall ist für mich in erster Linie etwas Negatives.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

2. Wenn jemand rückfällig wird, fehlt ihm der Wille zur Abstinenz.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

3. Wer rückfällig wird, hat versagt.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

4. Rückfall ist ein Schritt auf dem Weg zur Selbsterstörung.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

5. Ein Rückfall ist ein Hindernis auf dem Weg zur Gesundheit.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

6. Rückfälligkeit ist ein Symptom der Abhängigkeit.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

7. Wer rückfällig wird, bei dem hat die Behandlung versagt.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

8. Wer rückfällig ist, der hat seine Chance verpasst.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

9. Wer rückfällig ist, hat noch nichts kapiert.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

10. Nach dem ersten Schluck geht es automatisch weiter in den Absturz.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

11. Wer rückfällig ist, will wieder trinken.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

12. Rückfall ist eine Katastrophe.

stimme zu weiß nicht stimme nicht zu

Diskutieren Sie mit anderen Ihre und deren Einschätzungen.

Zeitbedarf:

Etwa zehn Minuten zum Ausfüllen; Diskussion nach Bedarf.



Achtung Rückfallgefahr!!!

2. SIGNALE DER GEFAHR/CHECKLISTE ZUM THEMA RÜCKFALL

Ich beobachte an mir bzw. am anderen folgende Verhaltensweisen:

- (1) Sich nicht mehr in der Gruppe mitteilen,
- (2) die Worte passen nicht zum Gefühl (z.B. über Trauriges oder Ärgerliches mit lachendem Gesicht berichten),
- (3) nicht mehr regelmäßig zur Gruppe kommen, öfter zu spät kommen oder früher gehen,
- (4) „immer die anderen“ verantwortlich machen,
- (5) sich in Selbstmitleid ergehen,
- (6) aggressiv und ungeduldig reagieren, andere „schlecht machen“,
- (7) sich oder andere von wichtigen Themen ablenken (durch Arbeit, ins Lächerliche ziehen, Durchhalteparolen oder Verallgemeinerungen benutzen u.a.),
- (8) Vorfälle/Rückfälle verharmlosen,
- (9) starke Gefühlsschwankungen zeigen („Himmel hoch jauchzend – zu Tode betrübt“) oder „unberechenbar“ reagieren (z.B. aggressiv, anklagend, weinerlich),
- (10) „mit dem Feuer spielen“, ein hohes Risiko eingehen, sich und/oder andere herausfordern.

Anleitung für die Durchführung:

Diese Checkliste mit Warnsignalen kann jeder für sich ausfüllen. Sie eignet sich auch dafür, dass ein Gruppenmitglied die anderen oder eine andere Person seines Vertrauens um Rückmeldung bittet. Dabei gelten die üblichen Feedback-Regeln:

- (a) Jeder entscheidet selbst darüber, ob eine Rückmeldung für ihn hilfreich ist oder nicht.
- (b) Jeder bestimmt für sich, wann Schluss ist (sowohl derjenige, der Rückmeldung gibt als auch derjenige, der sie bekommt).
- (c) Es redet immer nur einer. Der Gruppenleiter hat jederzeit das Recht einzugreifen. (Wenn die Gruppe keinen Leiter hat, sollte sie für diese Übung einen bestimmen.)
- (d) In jedem Beitrag soll wenigstens eine positive Äußerung enthalten sein. Worte wie „du sollst ...“, „du musst ...“ oder „du darfst nicht ...“ sind verboten!

Zeitbedarf:

- ❖ Bei Selbsteinschätzung etwa zehn Minuten zum Ausfüllen.
- ❖ Besprechung im Paargespräch und/oder in der Gruppe je zehn Minuten pro Person bzw. 15 bis 30 Minuten in der Gruppe.

Anschließend können sich daraus ergebende Themen dann in der Gruppe weiter behandelt werden. Wichtig für den Abschluss: Jeder erhält Gelegenheit, mitzuteilen wie es ihm geht, ob es noch Klärungs- oder Gesprächsbedarf gibt.

3. PERSÖNLICHE CHECKLISTE (RÜCKFALL-TÜV)

	ja	etwas	nein
1. Ziehe ich mich aus gewohnten Kontakten zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vermeide ich das Thema Alkohol oder Rückfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kann ich schlecht alleine sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühle ich mich in meiner Selbsthilfegruppe unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gehe ich Auseinandersetzungen und Konflikten aus dem Weg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Setze ich mich nicht genug für meine Bedürfnisse ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Familie/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Freundes-/Bekanntekreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Arbeitsplatz/im Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Denke ich oft an Alkohol oder träume ich vom Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lebe ich zufrieden abstinent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bin ich gegenüber mir wichtigen Menschen verschlossen oder unehrlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Achte ich zu wenig auf meine Gesundheit und einen ausgewogenen Lebensstil (Schlaf, Essen, Bewegung, Freizeit, Entspannung, sinnvolle Beschäftigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. „Konserviere“ ich schlechte Gefühle? „Sammele ich Rabattmarken“, um dann irgendwann „loszuschlagen“, anstatt Dinge zügig zu klären?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anleitung:

Der „Rückfall-TÜV“ dient in erster Linie der persönlichen Einschätzung, welche Verhaltens- und Erlebensweisen ich bei mir vorfinde, die zu einem erhöhten Rückfallrisiko beitragen können. Diese Verhaltens- und Erlebensweisen „machen“ nicht rückfällig. Sie können aber als Anzeichen für eine mögliche Gefahr gewertet und genutzt werden.

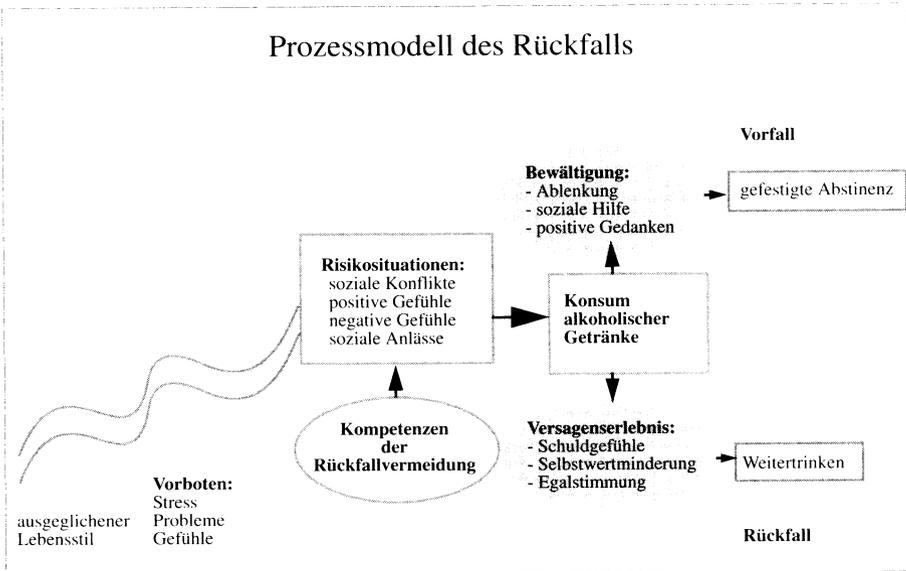
Vorgehen (je nach Situation):

- (1) Das Arbeitsblatt ist im Gruppenordner oder an einer sonstigen für alle zugänglichen Stelle, so dass sich jeder selbst „bedienen“ kann. Dies geschieht entweder aus eigener Initiative oder auf Hinweis (z.B. für Gruppenneulinge oder für Personen, die über eine Abstinenzgefährdung sprechen).
- (2) Das Arbeitsblatt wird von jedem in der Gruppe ausgefüllt. Dies kann „verdeckt“ (nur zur eigenen Einsicht) oder für die anderen offen geschehen.
- (3) Für jede „Ja“-Antwort gibt es einen farbigen Punkt, für jede „etwas“-Antwort einen andersfarbigen (Magnetpunkte, Klebepunkte auf Flip-Chart, gemalte Punkte auf ein Blatt o.ä.). Anschließend werden die Ergebnisse miteinander diskutiert.

Zeitbedarf:

- ❖ Mindestens 15 Minuten für die Durchführung des Checks (auf ruhige Umgebung achten und zum Nachdenken über jede Frage anregen).
- ❖ Achten Sie auf eine Abschlussrunde in der Gruppe mit den Zielen:
 - ◆ Stimmungsbild und Gesprächsbedarf ermitteln.
 - ◆ Wie ist es mir mit dem Check ergangen?
 - ◆ Was kann ich mit den Ergebnissen für mich anfangen?

4. DER RÜCKFALL FÄNGT NICHT MIT DEM TRINKEN AN



Als Rückfall bezeichnen wir jede bewusste Einnahme von Alkohol oder anderen Suchtmitteln nach einer Zeit der Abstinenz.

Vorboten oder „Rückfallbeschleuniger“ kommen dabei oft aus den vier folgenden Bereichen:

1. Unausgeglichener Lebensstil

- (a) Ich achte nicht ausreichend auf meine körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse („Ausbrennen“).
- (b) Werte und Ziele sind nicht im Einklang oder stehen im Widerspruch zu denen mir wichtiger Menschen (dauerndes Konfliktpotential).
- (c) Ansprüche und Möglichkeiten der Realisierung passen nicht zueinander (unrealistische Erwartungen oder Hoffnungen).

2. Scheinbar harmlose Entscheidungen

- (a) Die Achtsamkeit für Gefahrensignale lässt nach.
- (b) Riskante Situationen werden „unvorsichtig“ oder unvorbereitet aufgesucht.

(c) Entscheidungen werden nicht mehr daraufhin gecheckt, ob mit ihnen Konsequenzen verbunden sind, die zu einer Verunsicherung oder Gefährdung führen.

3. Rückfallgedanken/Verlangen nach Alkohol

(a) Unter Stress, in schwierigen Situationen entsteht der Wunsch, unangenehme Gefühle „wegzumachen“, um sie nicht aushalten zu müssen. Das ging früher mit Alkohol schnell und zuverlässig.

(b) Das „Verführerische“ des Suchtmittels gewinnt an Attraktivität: Ausstieg, Rückzug, Phantasiewelt, Schwebезustand.

(c) Alternative Möglichkeiten, die Risikosituation „in den Griff“ zu bekommen, stehen nicht zur Verfügung.

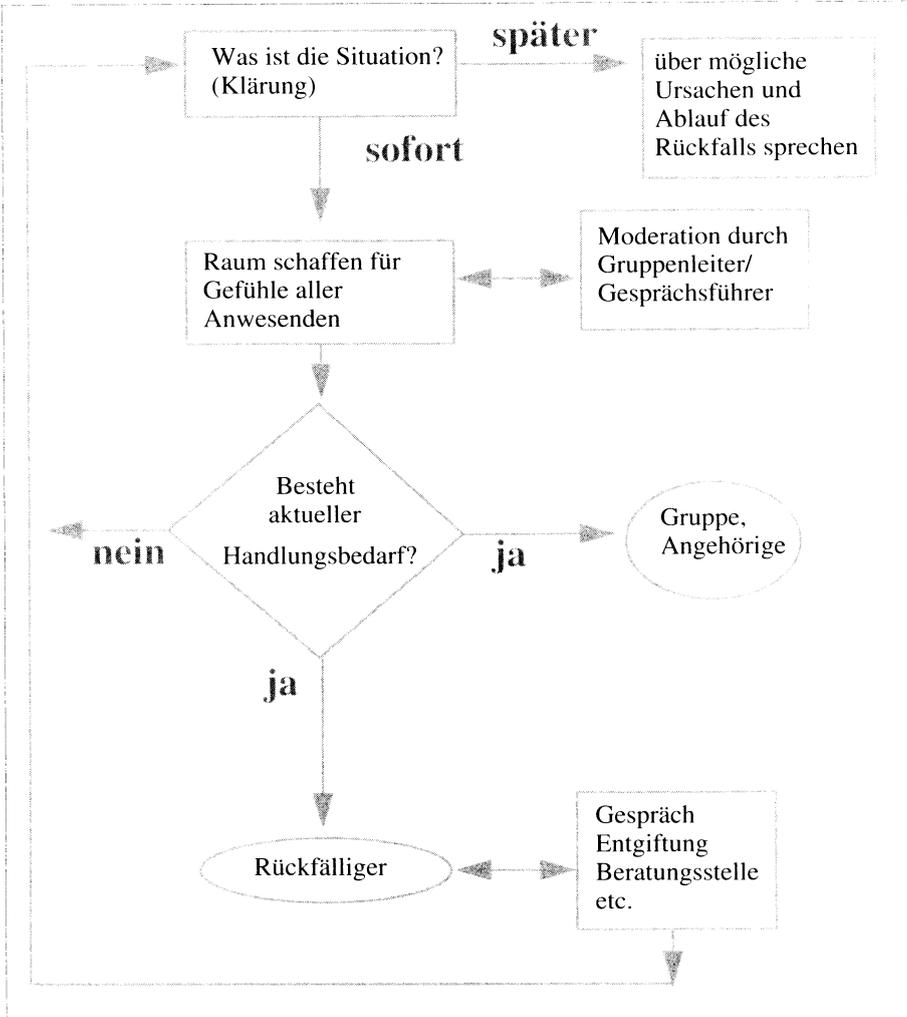
4. Abstinenzverletzung und „Rückfallschock“

(a) „Abstinenzverletzungseffekt“ (AVE): Damit ist gemeint, dass jemand nach dem ersten Konsum die Einstellung hat, jetzt sei ohnehin „alles gelaufen“, jetzt müsse das Trinken weitergehen.

(b) Oft schämt sich jemand, der wieder getrunken hat, für den „Rückfall“ und traut sich nicht mehr in die Gruppe oder möchte nicht darüber sprechen. Die Angst vor der Ablehnung durch die anderen kann ein Hindernis sein, sich Hilfe zu holen.

(c) Manchmal überschätzt sich der „Rückfällige“ dabei, wie er den weiteren Konsum kontrollieren oder beenden könnte.

I. RÜCKFALL: WAS NUTZT – WAS SCHADET?



2. RÜCKFALL: WAS HILFT DEM HELFER?

Die Menschen in der Umgebung eines Rückfälligen werden vom Rückfallgeschehen und seinen Folgen in unterschiedlicher Weise betroffen. Je enger die persönliche Beziehung zum Rückfälligen ist (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde, Gruppenmitglieder) und je geringer die Freiheitsgrade sind, auf Distanz zu gehen, um so belastender und emotional überwältigender wirkt sich der Rückfall auch auf diese Menschen aus. Hilfe anbieten kann jemand dann, wenn er oder sie sich der eigenen Gefühle zum Geschehen und zur Person des Hilfesuchenden weitgehend klar ist. Dann kann der Helfer abwägen, welche Motive er zum Helfen hat und ob er „den Rücken frei hat“, um dem anderen wirklich hilfreich sein zu können. „Hilflose Helfer“ haben zu wenig Distanz zum Geschehen und zur Person des Hilfesuchenden. Sie können das Problem noch verschärfen oder selbst zum Problem werden.

Die folgenden Fragen sollen dabei unterstützen, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen des Helfens in einem konkreten Fall zu überprüfen.

1. Wie hat mich der Rückfall getroffen?

(a) War ich sehr überrascht und unvorbereitet?

- Fühle ich mich für den Rückfall mitverantwortlich? Habe ich etwas übersehen, nicht aufgepasst? War ich nicht da, als der andere mich brauchte?
- Fühle ich negative Empfindungen? Bin ich wütend, verärgert, frustriert, dass der Rückfällige mir und den anderen, sich selbst so etwas antut?
- Empfinde ich Mitgefühl für den anderen? Versuche ich, seine Lage zu verstehen?
- Empfinde ich Genugtuung, Schadenfreude? Ist der Rückfall nach meinem Empfinden die logische Folge für das vergangene (nachlässige, überhebliche) Verhalten des anderen?

(b) War der Rückfall für mich nicht unerwartet, überraschend?

- Habe ich schon länger gedacht, dass so etwas wieder passieren wird? War mein Misstrauen gerechtfertigt?
- Habe ich die Vorboten richtig gedeutet? Steuerte der andere geradewegs auf den Rückfall zu?
- Hat der andere meine Hilfeangebote, meine Rückmeldungen abgelehnt, sich nicht helfen lassen wollen?
- Habe ich hilflos mit ansehen müssen, was passiert? Habe ich keine Möglichkeiten gesehen, verändernd einzugreifen?

→ Gefühle der Hilflosigkeit, der Enttäuschung, des Mitleids, aber auch des Ärgers der Wut und der Genugtuung sind in der Rückfallsituation für die umgebenden Personen normal. Sie dürfen sein und brauchen Platz, sollen aber nicht dem Rückfälligen übergestülpt werden.

2. *Welche Möglichkeiten habe ich, mit anderen über meine Gefühle zum Rückfall zu sprechen?*

(a) Im Freundes- und Familienkreis:

- Beachtung des Schutzes für den Rückfälligen und für andere Beteiligte. Es geht um mich, nicht um den Rückfälligen!
- Suche nach Gesprächspartnern, die ich auch im Falle wichtiger Entscheidungen ansprechen, um Rat fragen würde. Damit ist gewährleistet, dass sie mir verschiedene Blickwinkel ermöglichen und mich nicht nur bestätigen!

(b) In der Selbsthilfegruppe:

- Bemühung um realistische Wahrnehmung des Geschehens,
- Akzeptanz für die eigenen Gefühle durch die Gruppenmitglieder,
- Schutz vor vorschnellen Reaktionen und Verurteilungen.

3. *Grenzen der Hilfe*

(a) Helfen kann nur derjenige, der nicht hauptsächlich mit sich selbst beschäftigt ist. Ansonsten muss ich mich erst einmal um mich selber kümmern. Dies betrifft auch einen Gruppenleiter, der dem Rückfälligen sehr nahe steht. Gegebenenfalls muss ich die Gesprächsleitung abgeben.

(b) Hilfe kann nur angeboten werden (als Gespräch, als Unterstützung, als Begleitung). Dem anderen bleibt die Entscheidung, ob er die Hilfe annehmen will. (Ausnahmen: lebensbedrohliche oder andere erheblich gefährdende Zustände beim Rückfälligen; Erste Hilfe und Schutzmaßnahmen.)

(c) Hilfe hat Grenzen: nicht vorschnell urteilen, keine Entscheidungen erzwingen, keine Verantwortung abnehmen, keine Versprechungen machen oder Garantien übernehmen, keine „Therapie“ mit dem anderen versuchen.

MERKSÄTZE

- Ich bin nicht verantwortlich für das Tun des anderen, auch nicht für den Rückfall!
- Ich kann Hilfe anbieten, aber den anderen und sein Leben nicht ändern!
- Ich muss Entscheidungen des anderen respektieren, auch wenn ich anders entscheiden oder es anders machen würde!
- Ich darf für mich selber sorgen (z.B. auch dann, wenn es dem anderen schlecht geht, auch als Gruppenleiter, auch wenn ich das Verhalten des anderen nicht verstehe oder es sogar missbillige)!

3. IN UNTERSCHIEDLICHEN SITUATIONEN ÜBER RÜCKFALL SPRECHEN

1. Wenn der Rückfällige anwesend ist ...

- (a) Ist eine Notfallhilfe erforderlich (professionelle Unterstützung über Arzt, Beratungsstelle, Therapeut)?
- (b) Möchte der Betroffene über die Situation sprechen oder über das, was er erlebt hat (Zeit einräumen, Regeln vereinbaren, alle beteiligen, andere Vereinbarungen treffen, z.B. späteres Gespräch, besondere Gesprächsbedingungen)?
- (c) OK-Atmosphäre schaffen (Offenheit und Klärung anstreben für alle Anwesenden; Gespräche moderieren und auf gegenseitige Grenzen achten; Urteilen statt Verurteilen; Bewerten statt Entwerten).
- (d) Mit dem Betroffenen weiteres Vorgehen für die nächste Zeit besprechen (Was ist zu tun? Wo gibt es Hilfe? Wie geht es in der Klärung weiter?).
- (e) Auf die Reaktionen und Gefühle aller Anwesenden achten. (Nicht nur der Betroffene braucht Unterstützung; alle Gruppenmitglieder haben Anspruch auf Aufmerksamkeit und Unterstützung.)

2. Wenn der Angehörige alleine da ist ...

- (a) Der Angehörige reagiert auf den Rückfall eines ihm wichtigen Menschen mit unterschiedlichen Gefühlen: Hilflosigkeit, Angst, Wut, Verstörung, Selbstmitleid, Aggression, Schuld, Verzweiflung und andere. Diese Gefühle brauchen Platz.
- (b) Im Mittelpunkt steht der Angehörige, nicht der Rückfällige! Hilfeangebote sollten sich auf den Angehörigen, seine Gefühle und seine Situation konzentrieren.
- (c) Manchmal braucht der Angehörige Informationen über Abhängigkeit und Rückfall, um das Geschehen besser einordnen zu können und sich mit Hilfe der Gruppe Lösungsvorschläge für seine Entscheidungen und sein eigenes Handeln zu erarbeiten. Hier kann die Selbsthilfeleratur für Angehörige genauso hilfreich sein wie Erfahrungen anderer Angehöriger, die in ähnlichen Situationen waren oder sind.
- (d) Wichtig ist, die Erwartungen des Angehörigen zu klären und eventuell zu korrigieren, wie die anderen bzw. die Gruppe ihn unterstützen können. Hier gelten die gleichen Regeln wie unter 1.

3. Wenn beide (Rückfälliger und Angehöriger) da sind ...

- (a) Befindlichkeiten ansprechen (für den Rückfälligen und für den Angehörigen; für die übrigen Anwesenden).
- (b) Positive Rückmeldung geben für das gemeinsame Erscheinen (als Klärungs- und Lösungsschritt bewerten).

- (c) Situation klären: Wer möchte sprechen (einer, beide); wer wünscht Unterstützung durch die Gruppe (einer, beide)?
- (d) Regeln für das Gruppengespräch vorgeben bzw. daran erinnern (keine Verantwortung für den anderen übernehmen; jeder spricht für sich und über sich; darüber sprechen, was geschehen ist, nicht wieso etwas geschehen ist).
- (e) Reaktionen und Gefühle der anderen Anwesenden moderieren und als Rückmeldung an beide nutzen (Anklagen und Lagerbildung vermeiden; Gefühle zeigen, ohne den anderen dafür verantwortlich zu machen; eigene Erfahrungen mitteilen im Sinne von Verständnis und Mitgefühl, nicht als Besserwisserei).
- (f) Wie geht es weiter? (Vereinbarungen treffen, Gruppensituation abklären, Wünsche aneinander aussprechen.)

4. Wenn weder der Rückfällige noch der Angehörige da sind ...

- (a) Gefühle aller Anwesenden brauchen Raum (auch „stille Personen“ ansprechen; niemanden zwingen zum Reden, sondern Stille und Betroffenheit zulassen).
- (b) Nicht über „was“ und „warum“ spekulieren; Verurteilungen und Abwertungen bringen niemanden weiter.
- (c) Im Gruppengespräch überlegen, welche Kontaktmöglichkeiten und Hilfeangebote sinnvoll sind (siehe auch unter 1.) und Vorgehen miteinander abstimmen.
- (d) Gesprächsbedarf über das Thema „Rückfall“ feststellen (Gefühle, aber auch inhaltlich zum Rückfall und zu Hilfealternativen).

4. OK-GESPRÄCHE STATT K.O.-GESPRÄCHE

→ K.O.-Gespräche bewirken:

- (a) dass der andere sich „klein“ und mies fühlt;
- (b) dass ich „Recht behalte“, auch wenn ich die Situation nicht überblicke;
- (c) dass Macht über andere ausgenutzt wird (weil ich besser reden, schneller denken oder geschickter argumentieren kann);
- (d) dass der Gesprächspartner mich als „Gegner“, als „Kritiker“, als „Richter“ wahrnimmt und damit selbst gut und ehrlich gemeinte Hilfsangebote gar nicht annehmen kann;
- (e) dass ich mich gut fühle und der andere schlecht;
- (f) dass ich mich mit meinen eigenen kritischen Themen nicht zu beschäftigen brauche.

→ OK-Gespräche bewirken:

- (a) dass sich der andere respektiert fühlt;
- (b) dass der andere sich seinen Gefühlen und Befürchtungen ehrlicher stellen kann;
- (c) dass ich mich dem anderen öffne und ihm rückmelde, wie es mir ehrlich geht;
- (d) dass der andere so eine Chance erhält, meine Rückmeldung anzunehmen, weil sie nicht als Kritik sondern als Betroffenheit formuliert wird;
- (e) dass die Verantwortung bei jedem selbst bleibt;
- (f) dass dem anderen klar wird, dass nur er selbst etwas verändern kann;
- (g) dass ich ihn unter Wahrung meiner eigenen Grenzen begleite bzw. mich als Gesprächspartner anbiete.

Übungen zu OK-Gesprächen in der Gruppe sind zum Beispiel:

- (1) Kontrollierter Dialog: ein Gesprächspartner berichtet über ein ihm wichtiges Thema, der andere hört eine vereinbarte Zeit lang nur zu (nur Verständnisfragen sind erlaubt); anschließend gibt der Zuhörer das Gehörte wieder, und der erste Gesprächspartner korrigiert bzw. ergänzt.
- (2) Zu einem Thema in der Gruppe beantwortet jeder einige der folgenden Fragen:
 - (a) Welche Ereignisse oder Gefühle aus meinem Leben klingen an bei diesem Thema?
 - (b) Gibt es bei mir vergleichbare oder ähnliche Situationen, Fragestellungen, Anforderungen?
 - (c) Welche „Fallen“ kenne ich für mich bei diesem Thema (Abwehr, Verteidigung, Unverständnis, Schuldgefühle, Unsicherheit o.a.)?
 - (d) Kann ich mich in die Lage des Betroffenen versetzen? Was hilft mir, was hält mich davon ab?

I. RÜCKFALL KANN EINE CHANCE SEIN

Ein moralisierendes Rückfallmodell wird folgende Gedanken anregen:

- Rückfall ist eine Katastrophe.
- Rückfall ist unnormal.
- Jemand der rückfällig wird, will trinken, hat sich noch nicht für Abstinenz entschieden.
- Zu einem Rückfall gehört der Suchtdruck, das Suchtverlangen.
- Der erste Konsum führt zum Kontrollverlust; der Betroffene hat keine eigenen Einflussmöglichkeiten mehr.

Ein konstruktives Rückfallmodell unterstützt folgende Gedanken:

- Ein Rückfall kann eine Chance sein, bisher Festgefügtes in Frage zu stellen, zu überdenken.
- Rückfall ist die Regel und nicht die Ausnahme. Daher ist es wichtig, sich mit dem Thema zu beschäftigen und Alternativ- oder Hilfepläne in der Tasche zu haben.
- Mit dem Rückfall tritt ein altes, „bewährtes“ Lösungsmuster wieder in Kraft. Er ist das Signal für Herausforderungen und Probleme, für die es (noch) keine anderen Bewältigungsmöglichkeiten gab.
- Rückfälle passieren nicht automatisch, der Betroffene trifft Entscheidungen und verhält sich in einer Art und Weise, die Rückfälle möglich bis wahrscheinlich machen.
- Rückfall ist nicht gleich Rückfall! Der Betroffene hat Einfluss auf den Ablauf und die Beendigung.

Vorschlag:

Bearbeiten Sie in der Gruppe diese Einstellungen aus dem moralisierenden und konstruktiven Rückfallmodell und ergänzen Sie sie um weitere Sätze.

2. RÜCKFALL ALS THEMA IN DER GRUPPENARBEIT

Fragen für die Gruppendiskussion, den Dialog oder die eigene Reflektion:

- (1) Was ist ein „Rückfall“: wieder konsumieren, intensive Gedanken/Träume über Konsum oder Wirkungen des Suchtmittels, „Sehnsucht“ nach den schönen Gefühlen unter Stoff?
- (2) Was bedeutet für mich „Rückfall“: Katastrophe, Verschlimmerung, schlechtes Gewissen, Unausweichliches, Warnsignal, Hinweis darauf, meinen Lebensstil und meine Prioritäten zu überdenken?
- (3) Was bedeutet für mich „Abstinenz“: Anstrengung, Kraftaufwand, Lebensgefühl, Chancen, Lebensfreude, Zukunft, für mich sorgen?
- (4) Wie schätze ich meine Nähe/Entfernung zum Thema „Rückfall“ ein: Vermeidung, Ausgrenzung aus meinem Leben, Bedrohung, Angst, Mahnung, Unterstützung, Betroffenheit?

Vorbeugung gegen Rückfall:

- (1) Unausgewogener Lebensstil, schwierige Lebenssituation:
 - (a) Worauf möchte ich in meinem Leben mehr achten?
 - (b) Kümmere ich mich ausreichend um meine Gesundheit und eine ausgewogene Belastung?
 - (c) Habe ich genügend Freizeit und Rekreationsmöglichkeiten?
 - (d) Fühle ich mich in der Gemeinschaft mit anderen Menschen wohl?
- (2) Scheinbar irrelevante Entscheidungen:
 - (a) Habe ich bei einem früheren Rückfall solche „Nachlässigkeiten“ oder vorschnelle Entscheidungen entdecken können, die das Rückfallrisiko erhöht haben?
 - (b) Frage ich mich bei Entscheidungen, auch bei „kleineren“, danach, welche Bedeutung sie für mein Gleichgewicht und meine Gefährdung haben?
- (3) Rückfallgedanken/Rückfallauslöser:
 - (a) Welche angenehmen Erinnerungen habe ich an den Konsum von Suchtmittel?
 - (b) Habe ich gute Alternativen, angenehme Gefühle und Zustände für mich zu erzeugen?
 - (c) Kann ich mich schwierigen Situationen stellen, ohne in Panik oder nicht zu bewältigenden Stress zu geraten?
 - (d) Was könnte bei mir Rückfallrisiko und -gefährdung erhöhen?

(4) Rückfallschock/„Abstinenzverletzungseffekt“:

(a) Habe ich einen Notfallplan in der Tasche für die Zeit nach dem ersten Konsum?

(b) Wie kann ich mich aktivieren, damit ich nicht aufgebe?

(c) Was steht mir persönlich im Weg, was hält mich davon ab, mir in kritischen Situationen Hilfe zu holen?

3. ETWAS TUN, BEVOR ES ENG WIRD

Erfolgreiche Bewältigung von Risikosituationen:

(Bewährtes nutzen!)

Erinnern Sie sich an Rückfallsituationen und Rückfälle, die Sie erfolgreich bewältigt haben und analysieren Sie (eventuell mit Unterstützung der Gruppe), wie Ihnen dies gelungen ist.

- (1) Wie sah die Risikosituation genau aus? Wer war beteiligt? Was habe ich gedacht und gefühlt, bevor mir das Risiko bewusst wurde?
- (2) Welchen Einfluss haben andere Personen auf mich oder in der Situation ausgeübt?
- (3) Was genau habe ich getan, gedacht und gefühlt, als ich den ersten Konsum hinter mir hatte? Was hat mir geholfen, die „Automatik“ des Weiterkonsumierens zu unterbrechen?
- (4) Welche Entscheidungen habe ich nach dem Ereignis getroffen? Welche Überlegungen für Veränderungen habe ich angestellt? Was hat mir bei mir selbst geholfen, mit der schwierigen Situation zurechtzukommen bzw. nach dem Rückfall nicht weiter zu konsumieren?

Rückfallverhinderung:

(Phantasie nutzen und erfinderisch für sich selbst sein!)

Rückfallverhinderung kann sehr unterschiedlich aussehen. Langfristig helfen z.B. die Strategien, die im Teil „Ausgeglichener Lebensstil“ zu finden sind. Wichtig ist auch, sich zu überlegen, was man im konkreten Fall eines Rückfallrisikos in der Situation selbst tun kann, um nicht wieder zu konsumieren. Es folgt eine Reihe von Alternativen, die Sie für sich selbst oder im Gespräch in der Gruppe konkretisieren und auf Nützlichkeit für Sie selbst einschätzen können.

- (1) *Ablenkung:* Zum Beispiel sich mit etwas anderem, Angenehmen beschäftigen; einen Freund/eine Freundin anrufen; ins Kino oder in die Stadt gehen; Pläne für den nächsten Urlaub oder den nächsten Geburtstag machen usw.
- (2) *Vermeidung:* Zum Beispiel frühere Konsumorte und Menschen, mit denen man konsumiert hat, vermeiden; Gedenk- und Trauertage anders gestalten; Unangenehmes zurückschieben (mit festem Plan, wann man sich gestärkt damit beschäftigen will!); Gespräche stoppen, die unfruchtbar oder destruktiv sind usw.
- (3) *Positives Denken:* Zum Beispiel daran, was ich alles ohne Suchtmittel geschafft habe; Probleme gehören zum Leben, aber ich kann sie bewältigen; ich halte mich an meine Vorsätze; ich bin es mir wert; ich sammle Argumente gegen den Konsum und für die Abstinenz usw.

(4) *Unterstützung durch andere:* Ich rufe zum Beispiel jemanden an, der um mein Problem weiß, und hole mir Unterstützung; ich gehe in die Gruppe, auch in eine „fremde“, wenn die eigene zur Zeit nicht erreichbar ist; ich vertraue mich einem Menschen mit meiner aktuellen Gefährdung an und bitte um Hilfe usw.

Vor einer Entscheidung ist es wichtig, sich Pro- und Contra-Argumente anzuschauen und sich damit über Nutzen und Kosten im Klaren zu sein. Es kann hilfreich sein, eine solche Liste wie die folgende in der Tasche zu haben und bei Bedarf durchzulesen. Erarbeiten Sie zum Beispiel für sich selbst eine individuelle Liste.

Contra Konsum:

- (1) Verschlechterung meines körperlichen Zustands (Leberwerte, chronische Erkrankungen, Anfälligkeit für Krankheiten, Risikofaktoren usw.);
- (2) Probleme in der Partnerschaft/Familie, im Freundeskreis wegen des Konsums (Vertrauensverlust, Verlust wichtiger Beziehungen, Schaden für Angehörige, eigene Vereinsamung und Ausgegrenztwerden usw.);
- (3) Probleme bei der Arbeit, (Verlust der Arbeit, eigene Unzufriedenheit mit mangelnder Leistung, Schulden usw.);
- (4) Beeinträchtigung der Lebensqualität (Vernachlässigung von Interessen, Hobbys, angenehmen Beschäftigungen; Verlust der Beziehungsfähigkeit als Partner, Elternteil, Freund, Kollege usw.).

Pro Konsum:

- (1) Kurzfristige Veränderung meiner Befindlichkeit (unangenehme Gefühle, Anspannung, Überforderung) → Dies kehrt nach Beendigung der Suchtmittelwirkung mindestens im gleichen Ausmaß zurück.
- (2) Erhöhung positiver Gefühle, Erlebnisfähigkeit und Kreativität → Dies sind „unechte“, durch die Wirkung des Suchtmittels modifizierte Zustände, über die ich schnell die Kontrolle verlieren kann.
- (3) Dazugehören, unauffällig mitmachen können (nicht als etwas „Besonderes“ auffallen, der einen „Makel“ hat, weil er nicht konsumieren kann/will) → Wirkliche Freunde akzeptieren mich auch mit möglichen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen.
- (4) Konsum ist „ungefährlich“ (z.B. Alkohol für den Drogenabhängigen oder stimmungsverändernde Medikamente für den Alkoholabhängigen) → Als Abhängiger bin ich anfällig, ein „leichtes Opfer“ für Beeinflussungen meiner Befindlichkeit und meiner Fähigkeiten, die „von außen“ kommen; manche Mittel haben Kreuztoleranzen zueinander, d.h. dass sich ihre Wirkungen untereinander austauschen oder verstärken lassen.

MEINE PERSÖNLICHE SICHERHEIT: DIE ABSTINENZKARTE

Meine Abstinenz-Karte

Das kann ich tun

- damit ich abstinent lebe
- damit ich einem Rückfall vorbeuge
- im Fall der Fälle





Ich lebe abstinent, weil ...

Tragen Sie hier einen Satz ein, der Ihnen helfen wird, abstinent zu bleiben. In kritischen Situationen lesen Sie sich den Satz mehrmals laut vor.

Wie kündigt sich ein Rückfall an?

Körperlich: Unruhe, Herzklopfen, Schlafstörungen

Gedanklich: „Es hat alles keinen Sinn.“
 „Ich halte das nicht mehr aus.“
 „Am liebsten würde ich wieder trinken.“

Gefühlmäßig: Angst, Ärger, Traurigkeit

Wenn Sie merken, dass diese Anzeichen bei Ihnen vermehrt auftreten, sollten Sie mit jemandem darüber sprechen.

Das kann ich tun!

- Ich zeige deutlich, dass ich nicht trinke.
- Ich besuche regelmäßig meine Selbsthilfegruppe.
- Ich achte auf guten Kontakt zu Freundinnen und Freunden.
- Ich spreche meinen Ärger aus.
- Wenn es mir schlecht geht, spreche ich mit jemandem.
- Ich tue mir Gutes (Hobbys).

Was mache ich nach einem Rückfall?

- Ich höre sofort auf zu trinken.
- Ich verlasse sofort den Ort des Trinkens.
- Ich hole mir Hilfe - zum Beispiel von:

Vertrauensperson:

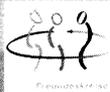
Selbsthilfegruppe:

Beratungsstelle:



KREUZBUND

Kreuzbund e.V.
Selbsthilfe- und Helfer-
gemeinschaft für Suchtkranke und
deren Angehörige
Münsterstr. 25, 59065 Hamm
Tel. 0 23 81 / 6 72 72 - 0
Fax 0 23 81 / 6 72 72 33
info@kreuzbund.de
www.kreuzbund.de



**Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe
Bundesverband e.V.**

Kurt-Schumacher-Str. 2
34117 Kassel
Tel. 05 61 / 78 04 13
Fax 05 61 / 71 12 82
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

Diese Abstinenzkarte wurde im Rahmen eines gemeinsamen
Projektes der beiden o.g. Verbände entwickelt. © RLS, Kassel

Literatur und Adressen

I. LITERATURHINWEISE

- Allkämper, B., Alkoholiker in Selbsthilfegruppen: Struktur der Gruppen; Verhältnis zum Hausarzt. Frankfurt a.M. 1985: Haag & Herchen
- Arenz-Greiving, I., Rückfall – Zurückfallen oder weitergehen?: Informationen für Selbsthilfegruppen, Wuppertal 2000: Blaukreuz-Verlag
- Böning, J., Wie Sucht im Gehirn programmiert wird: Das „Suchtgedächtnis“, der Rückfall – und was geschieht nun weiter?, in: Partner-Magazin, Jg. 35 (2001), H. 1, S. 17-22
- Dembach, B., Arenz-Greiving, I., Rückfall – ein schwieriges Thema auch in der Selbsthilfegruppe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Informationen zur Suchtkrankenhilfe, H. 1/1997, Schwerpunktheft: Sucht-Selbsthilfe, S. 36-40
- Funke, W., Ein Mensch (er-)trinkt: Soziale Systeme mit Alkoholabhängigen, in: Reschke, K., Petermann, H., Weyandt, M. (Hrsg.), Von der Technoparty zur Sucht? Aspekte der Prävention und Intervention von Sucht, S. 221-231, Regensburg 1997, Roderer
- Funke, W., Fluch – Krise – Chance. Alkoholabhängigkeit aus Sicht einer Psychologin und Psychotherapeutin, in: WEGGEFÄHRTE, 2000 (2), S. 22-23
- Funke, W., Schneider, B., Kontrolliertes Trinken als Ziel in der Abhängigkeitsbehandlung: „Unkontrollierte Wissenschaft oder kontrollierende Praxis?“, in: Sucht aktuell, 8 (1), 24-32, 2001
- Funke, W. et al., Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen, in: Körkel, J. (u.a.) (Hrsg.), Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, Stuttgart 1995, Enke, S. 14-24
- Hägerbäumer, H., Der Rückfall und die Gruppe: Ein Rückfall kann für Selbsthilfegruppen eine Herausforderung und eine Chance sein, in: Partner-Magazin, Jg. 33 (1999), H. 5, S. 37-42
- Heinrichs, Ch., Alkohol – Rückfall und Selbsthilfe, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2002, Geesthacht 2001, Neuland Verlags-Ges.
- Hirsmüller, M., Der Rückfall als Thema in Selbsthilfegruppen, in: Körkel, J. (Hrsg.), Rückfall muss keine Katastrophe sein: Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige, Wuppertal; Bern 1991, Blaukreuz-Verlag, S. 79-96
- Janßen, H.-J., Der Rückfall, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Alkohol – Konsum und Missbrauch, Freiburg 1996; Lambertus, S. 267-273
- Klement, H., Rückfall in der Selbsthilfegruppe, in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.), Rückfall - Chance oder Niederlage: Dokumentation, Kiel 1999, S. 8-11
- Körkel, J., Lauer, G., Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand, in: Körkel, J. (Hrsg.), Der Rückfall des Suchtkranken: Flucht in die Sucht?, Berlin (u.a.) 1988, Springer, S. 6-122
- Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R., (Hrsg.), Sucht und Rückfall, Stuttgart 1995, Enke
- Körkel, J., et al. (Hrsg.), Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung, Stuttgart 1995, Enke
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.), Rückfall – Chance oder Niederlage: Dokumentation, Kiel 1999
- Marlatt, G.A., Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung, in: Watzl, H., Cohen, R. (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe, S. 16-28, Berlin 1989, Springer
- Miller, W.R., Rollnick, S., Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Freiburg 1999, Lambertus

- Redecker, Th., Chance oder Katastrophe?: Wie sich der Rückfall ankündigt – und wie man Strategien der Bewältigung entwickelt, in: Partner-Magazin, Jg. 35(2001), H. 5, S. 12-15
- Schmidt, G., Vom sogenannten „Rückfall“ zur Nutzung von „Ehrenrunden“ als wertvolle Informationsquelle, in: Richelshagen, Kordula (Hrsg.)
- Wilcken, S., Rochow, M., Rückfallprävention bei Alkoholismus: Fähigkeiten im Focus: Ein Manual, Bern (u.a.) 2000, Huber

2. KONTAKTADRESSEN

Anonyme Alkoholiker (AA)
 Interessengemeinschaft e.V.
 Lotte-Branz-Str. 14
 80939 München
 Tel. 089/3 16 43 43 oder 316 95 00
 Fax 089/3 16 51 00
 eMail: kontakt@Anonyme-Alkoholiker.de
 www.Anonyme-Alkoholiker.de

Blaues Kreuz in der
 Evangelischen Kirche
 Bundesverband e.V.
 Märkische Str. 46
 44141 Dortmund
 Tel. und Fax 0231/5 86 41 32
 eMail: bke@blaues-kreuz.org
 www.blaues-kreuz.org

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
 Freiligrathstr. 27
 42289 Wuppertal
 Tel. 0202/6 20 03 – 0
 Fax 0202/6 20 03 – 81
 eMail: bkd@blaues-kreuz.de
 www.blaues-kreuz.org.de

Bundesverband der Elternkreise
 drogengefährdeter und drogenabhängiger
 Jugendlicher e.V. (BVEK)
 Köthener Str. 38
 10963 Berlin
 Tel. 030/55 67 02-0
 Fax 030/55 67 02-10-09
 eMail: bvek@snafu.de
 www.home.snafu.de/bvek

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
 Bundesverband e. V.
 Kurt-Schumacher-Str. 2
 34117 Kassel
 Tel. 0561/78 04 13
 Fax 0561/71 12 82
 eMail: mail@freundeskreise-sucht.de
 www.freundeskreise-sucht.de

Guttempler in Deutschland e. V.
 Adenauerallee 45
 20097 Hamburg
 Tel. 040/24 58 80
 Fax 040/24 14 30
 eMail: info@guttempler.de
 www.guttempler.de

Kreuzbund e.V.
 Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft
 für Suchtkranke und deren Angehörige
 Münsterstr. 25
 59065 Hamm
 Tel. 02381/6 72 72-0
 Fax 02381/6 72 72-33
 eMail: info@kreuzbund.de
 www.kreuzbund.de

Selbsthilfe junger Suchtkranker
 Bundesweite Koordinierungsstelle
 der Caritas
 Große Hamburger Str. 18
 10115 Berlin
 Tel. 030/2 80 51 12
 Fax 030/2 82 65 74
 eMail: sh.junger.abh@caritas-berlin.de

Selbsthilfe Sucht in der
Arbeiterwohlfahrt
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Tel. 0228/66 85-0
Fax 0228/66 95-209
eMail: bos@awobu.awo.org

Bundesfachverband
Essstörungen e.V.
Goethestr. 31
34119 Kassel
Tel. 0561/71 34 93
Fax 0561/7 01 33 22
eMail: kabera@t-online.de

Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe e.V. „buss“
Kurt-Schumacher-Str. 2
34117 Kassel
Tel. 0561/77 93 51
Fax 0561/10 28 83
eMail: buss@suchthilfe.de
www.suchthilfe.de

Deutscher Caritasverband e.V.
Referat Basisdienste und
Besondere Lebenslagen
Karlstr. 40
79104 Freiburg
Tel. 0761/2 00-369
Fax 0761/2 00-350
eMail: walterhr@caritas.de
www.caritas.de

Deutsche Hauptstelle gegen die
Suchtgefahren e.V. (DHS)
Westring 2
59065 Hamm
Tel. 02381/90 15-0
Fax 02381/90 15 30
eMail: info@dhs.de
www.dhs.de

Fachverband Drogen und
Rauschmittel e.V. (FDR)
Odeonstr. 14
30159 Hannover
Tel. 0511/1 83 33
Fax 0511/8326
eMail: FDRHann@aol.com
www.neuland.com/fdr/

Fachverband Sucht e.V.
Walramstr. 3
53175 Bonn
Tel. 0228/26 15 55
Fax 0228/21 58 85 oder 2 42 09 99
eMail: sucht@sucht.de
www.sucht.de

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk der
Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V. (GVS)
Kurt-Schumacher-Str. 2
34117 Kassel
Tel. 0561/10 95 70
Fax 0561/77 83 51
eMail: gvs@sucht.org
www.sucht.org

3. PROJEKTSTEUERUNGSGRUPPE

Bräuer-Wegwerth, Ilse, Ratzeburg	Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe (FK)
Cruysen, Dieter, Mülheim	Kreuzbund (KB)
Frilling, Marianne, Badbergen	Fachklinik Haus Möhringsburg
Funke, Dr. Wilma, Wied	Kliniken Wied
Gövert, Karin, Hamm	KB
Heinisch, Wolfgang, Dresden	FK
Janke-Harrack, Barbara, Kalletal	FK
Janßen, Heinz-Josef, Hamm	KB
Körtel, Käthe, Kassel	FK
Spitz, Angelika, Kamp-Lintfort	KB

4. TEILNEHMER DER TRAININGSSEMINARE 2000–2002

Bauer, Kurt, Mannheim, FK (+)
 Burbach, Armin, Hamm/Sieg, FK
 Burghaus, Gerhard, Olpe, KB
 Cechovsky, Werner, Herbrechtingen, FK
 Dotterweich, Magdalena, Bamberg, KB
 Ebert, Olaf, Augsburg, KB
 Gauert, Karin, Garbsen, FK
 Heinzelmann, Klaus, Ludwigsburg, FK
 Helling, Christa, Hamminkeln, KB
 Ilgen, Peter, Wendlingen, FK
 Johner, Hanspeter, Schwäbisch Gmünd, FK
 Kalbitz, Manfred, Hoyerswerda, FK
 Katschke, Björn, Süderlügum, FK
 Kleiner, Wolfgang, Immenstadt, FK
 Kölsch, Barbara, Mülheim, KB
 Krausa, Roland, München, KB
 Linden, Erwin, Aachen, KB
 Neumann, Regine, Berlin, KB
 Niemand, Rudolf, Erlangen, KB
 Pusnik, Monika, Rheinberg, KB
 Ritter, Dieter, Oberteuringen, KB
 Sauer, Michael, Plüderhausen, FK
 Sauer, Renate, Backnang, FK
 Senftleben, Eberhard, Dortmund, KB
 Sistig, Walter, Haselbach, KB
 Schröter, Hans-Jürgen, Frankfurt/Oder, FK
 Strobl, Michael, Deggendorf, FK
 Tschierschke, Alfred, Bad König, KB

Wagner, Wolfgang, Limburg, FK
Wahl, Frank, Gräfenroda, FK
Warkentin, Ernst, Backnang, FK
Weglage, Michaele, Münster, KB
Wegscheid, Hermann, Bonn, KB
Weidenauer, Wolfgang, Mannheim, FK
Weigel, Jürgen, Mellrichstadt, KB
Wesemann, Karl-Heinz, Preuß.Oldendorf, FK
Wilke, Christof, Bitburg, KB
Würken, Werner, Bothel, FK
Zarges, Harald, Wabern, FK
Zenker, Augustin, Schwäbisch Gmünd, FK
Zielke, Hartmut, Oberheimbach, KB
Zimmerer, Ursula, Neufarn, KB

5. AUTORENTEAM

Frilling, Marianne	Haus Möhringsburg An der Möhringsburg 4 49635 Badbergen
Funke, Dr. Wilma	Kliniken Wied Im Mühlental 57629 Wied
Körtel, Käthe	Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Bundesverband e.V. Kurt-Schumacher-Str. 2 34117 Kassel
Janßen, Heinz-Josef	Kreuzbund e.V. Bundesverband Münsterstraße 25 59065 Hamm

ISBN 3-7841-1451-2