

Das Matrix-Modell

Ambulante Intensivbehandlung bei Störungen durch
Stimulanzienkonsum

Familienedukation

SuPraT - Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

Das Matrix-Modell: Ambulante Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum

Therapiemanual zur Familienedukation

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
Center for Substance Abuse Treatment

Deutsche Übersetzung und Adaption:
SuPrAT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.

**Titel der amerikanischen Ausgabe:
Counselor`s Family Education Manual: Matrix Intensive
Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders**

2006

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Substance Abuse and Mental Health Services Administration
Center for Substance Abuse Treatment
1 Choke Cherry Road
ROCKVILLE, MD 20857, USA
www.samhsa.gov

2016

Deutsche Übersetzung und Adaption:
SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.
Linsenstraße 2
99974 MÜHLHAUSEN, GERMANY
www.suprat.de

Diese Materialien sind von dem *Counselor's Family Education Manual* (DHHS Publication No. (SMA) 13-4153) adaptiert, welches ursprünglich von der *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) des US-Gesundheitsministeriums (*U.S. Department of Health and Human Services*, DHHS) im Jahr 2006 veröffentlicht wurde.

Die deutsche Übersetzung und Adaption des Originaltexts wurde durch den Verein SuPraT e.V. mit ausdrücklicher Genehmigung durch die Autoren, die SAMHSA und das DHHS realisiert. Unterstützt und gefördert wurde dieses Projekt freundlicherweise durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Freistaats Thüringen.

Die Adaption der SAMHSA-Materialien durch SuPraT stellt keine Befürwortung oder Empfehlung der adaptierten Materialien von SAMHSA, dem DHHS oder der US-Regierung dar oder sollte als eine solche verstanden werden. Auch ist das Matrix-Modell kein Ersatz für eine individuelle Patientenversorgung und entsprechende Behandlungsentscheidungen.

SuPraT übernimmt keine Garantie und Haftung für die Richtigkeit von Originaltext und Übersetzung. Ebenso übernehmen wir keine Verantwortung und Haftung für jegliche Folgen, die aus der Anwendung dieses Manuals oder Teilen dieses Manuals entstehen.

Die in dieser Publikation erschienenen Materialien, ausgenommen denjenigen aus urheberrechtlich geschützten Quellen, befinden sich in öffentlicher Hand und dürfen ohne Genehmigung reproduziert oder kopiert werden, sofern damit nicht-kommerzielle Zwecke verfolgt werden.

Für nähere Informationen zur deutschen Fassung sowie zum Erwerb einer Printversion dieses Dokuments (im Rahmen einer Schutzgebühr) kontaktieren Sie bitte:

SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.
Linsenstraße 2 in 99974 Mühlhausen/Germany
www.suprat.de

Danksagungen

Zahlreiche Menschen haben zu diesem Dokument beigetragen, welches Teil des *Methamphetamine Treatment Project* (MTP) ist. Das Dokument wurde von Jeanne L. Obert, M.F.T., M.S.M.; Richard A. Rawson, Ph.D.; Michael J. McCann, M.A. und Walter Ling, M.D., geschrieben. Die *MTP Corporate Authors* stellten für dieses Dokument wertvolle Beratung und Unterstützung zur Verfügung.

Diese Publikation wurde mit Unterstützung des *Coordinating Center* der *University of California*, Los Angeles (UCLA) entwickelt (Grant No. TI11440). Das MTP wurde von dem *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT), der *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) sowie dem US-Gesundheitsministerium (*U.S. Department of Health and Human Services*, DHHS) gefördert. Die Studie wurde von 1998 bis 2002 in Kooperation mit den folgenden Einrichtungen durchgeführt: *County of San Mateo*, San Mateo, CA (TI11411); *East Bay Recovery Project*, Hayward, CA (TI11484); *Friends Research Institute, Inc.*, Concord, CA (TI11425); *Friends Research Institute, Inc.*, Costa Mesa, CA (TI11443); *Saint Francis Medical Center of Hawaii*, Honolulu, HI (TI11441); *San Diego Association of Governments*, San Diego, CA (TI11410); *South Central Montana Regional Mental Health Center*, Billings, MT (TI11427) und *UCLA Coordinating Center*, Los Angeles, CA (TI11440). Die Publikation wurde durch *JBS International, Inc.* (JBS) unter den *Knowledge Application Program* (KAP)-Vertragsnummern 270-99-7072 und 270-04-7049 mit der SAMHSA und dem DHHS produziert. Christina Currier war als *CSAT Government Project Officer* tätig. Andrea Kopstein, Ph.D., M.P.H. war als *Deputy Government Project Officer* tätig. Cheryl Gallagher, M.A. war als *CSAT Content Advisor* tätig. Lynne MacArthur, M.A., A.M.L.S. war als *JBS KAP Executive Project Co-Director* tätig; Barbara Fink, RN, M.P.H. war als *JBS KAP Managing Project Co-Director* tätig, und Emily Schifrin, M.S. und Dennis Burke, M.S., M.A. waren als *JBS KAP Deputy Directors* für die Produktentwicklung zuständig. Zu dem weiteren JBS-KAP-Personal zählten Candace Baker, M.S.W., *Senior Writer*; Elliott Vanskike, Ph.D., *Senior Writer*; Wendy Caron, *Editorial Quality Assurance Manager*; Frances Nebesky, M.A., *Quality Control Editor*; Pamela Frazier, *Document Production Specialist*, und Claire Macdonald, *Graphic Artist*.

Haftungsausschluss

Die Ansichten, Meinungen und Inhalte dieser Publikation sind die der Autoren und geben nicht unbedingt die Ansichten, Meinungen oder Leitlinien der SAMHSA oder des DHHS wieder.

Öffentliche Bekanntmachung

Alle in dieser Arbeit erschienenen Materialien befinden sich in öffentlicher Hand und können ohne Genehmigung der SAMHSA reproduziert oder kopiert werden. Die Angabe der Quelle wird begrüßt. Diese Publikation darf allerdings ohne die schriftliche Genehmigung des *Office of Communications* der SAMHSA und des DHHS nicht entgeltlich reproduziert oder vertrieben werden.

Elektronischer Zugang und gedruckte Exemplare

Die englischsprachige Originalausgabe kann bei SAMHSA auf <http://store.samhsa.gov> bestellt oder heruntergeladen werden.

Die deutschsprachige Übersetzung steht bei SuPraT unter <http://www.suprat.de> zum Download bereit oder kann als gedrucktes Exemplar bestellt werden.

Empfohlene Zitierweise

Center for Substance Abuse Treatment. *Counselor`s Family Education Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders*. DHHS Publication No. (SMA) 13-4153. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

Center for Substance Abuse Treatment. *Das Matrix-Modell: Ambulante Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum – Therapiemanual zur Familienbildung*. Mühlhausen: SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V., 2016 (deutsche Übersetzung und Adaption).

Ursprungsbehörde

Quality Improvement and Workforce Development Branch, Division of Services Improvement, Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857.

DHHS Publication No. (SMA) 13-4153

Erste Auflage 2006

Überarbeitet 2007, 2010, 2011, 2012 und 2013

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in Ansatz und Paket der ambulanten Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum nach dem Matrix-Modell	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Matrix-IOP-Ansatz	2
1.2.1 Überblick.....	2
1.2.1.1 <i>Tabelle 1.1.: Beispiel einer Matrix-IOP-Planung</i>	3
1.2.2 Programmkomponenten	4
1.2.2.1 <i>Einzelsitzungen allein / mit Angehörigen</i>	4
1.2.2.2 <i>Gruppe zu Kompetenzen in der frühen Genesungsphase</i>	5
1.2.2.3 <i>Gruppe zur Rückfallprävention</i>	5
1.2.2.4 <i>Gruppe zur Familienedukation</i>	6
1.2.2.5 <i>Gruppe zur sozialen Unterstützung (sekundäre Weiterbehandlung)</i>	7
1.3 Die Rolle des Therapeuten	7
1.4 Das Matrix-IOP-Paket	8
1.5 Einführung in die Gruppe zur Familienedukation	9
1.5.1 Überblick.....	9
1.5.2 Ziele der Gruppe zur Familienedukation	11
1.5.3 Gruppenformat.....	11
1.5.4 Allgemeine Richtlinien	12
2. Sitzungsinstruktionen	15
2.1 Tabelle 2.1 Überblick über die Sitzungen zur Familienedukation	15
2.2 Sitzung 1: Trigger und Suchtdruck (PowerPoint-Präsentation)	17
2.2.1 Überblick.....	17
2.2.1.1 <i>Ziele der Sitzung</i>	17
2.2.1.2 <i>Handouts</i>	17
2.2.1.3 <i>PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)</i>	17
2.2.1.4 <i>Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)</i>	17
2.2.1.5 <i>Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)</i>	17
2.2.2 Präsentation	18
2.2.2.1 <i>Folie 1.1 – Trigger und Suchtdruck</i>	18
2.2.2.2 <i>Folie 1.2 – Veränderungen im Gehirn</i>	18
2.2.2.3 <i>Folie 1.3 – Konditionierung</i>	19
2.2.2.4 <i>Folie 1.4 – Pawlow</i>	19
2.2.2.5 <i>Folie 1.5 – Der Pawlow`sche Hund</i>	19
2.2.2.6 <i>Folie 1.6 – Eine Definition von Abhängigkeit</i>	20
2.2.2.7 <i>Folie 1.7 – Der Abhängigkeitsprozess</i>	21

2.2.2.8 Folie 1.8 – Abhängigkeitsprozess (Einführungsphase)	21
2.2.2.9 Folie 1.9 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Einführungsphase).....	21
2.2.2.10 Folie 1.10 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Einführungsphase).....	21
2.2.2.11 Folie 1.11 – Entwicklung von Suchtdruck (Einführungsphase)	21
2.2.2.12 Folie 1.12 – Abhängigkeitsprozess (Erhaltungsphase)	22
2.2.2.13 Folie 1.13 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Erhaltungsphase).....	22
2.2.2.14 Folie 1.14 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Erhaltungsphase).....	22
2.2.2.15 Folie 1.15 – Entwicklung von Suchtdruck (Erhaltungsphase).....	22
2.2.2.16 Folie 1.16 – Abhängigkeitsprozess (Ernüchterungsphase)	22
2.2.2.17 Folie 1.17 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Ernüchterungsphase).....	23
2.2.2.18 Folie 1.18 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Ernüchterungsphase).....	23
2.2.2.19 Folie 1.19 – Entwicklung von Suchtdruck (Ernüchterungsphase).....	23
2.2.2.20 Folie 1.20 – Abhängigkeitsprozess (Desasterphase)	23
2.2.2.21 Folie 1.21 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Desasterphase)	23
2.2.2.22 Folie 1.22 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Desasterphase)	23
2.2.2.23 Folie 1.23 – Entwicklung von Suchtdruck (Desasterphase)	23
2.2.2.24 Folie 1.24 – Trigger – Gedanke – Suchtdruck – Konsum	24
2.2.2.25 Folie 1.25 – Unterbrechung	24
2.2.2.26 Folie 1.26 – Gedanken stoppen	24
2.2.2.27 Folie 1.27 – Visualisierung	24
2.2.2.28 Folie 1.28 – Snapping	25
2.2.2.29 Folie 1.29 – Entspannung	25
2.2.2.30 Folie 1.30 – Jemanden anrufen	25
2.3 Sitzung 2: Alkohol und Genesung (PowerPoint-Präsentation)	26
2.3.1 Überblick.....	26
2.3.1.1 Ziele der Sitzung	26
2.3.1.2 Handout.....	26
2.3.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)	26
2.3.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)	26
2.3.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)	26
2.3.2 Präsentation	26
2.3.2.1 Folie 2.1 – Alkohol und Genesung	27
2.3.2.2 Folie 2.2 – Alkohol im Gehirn.....	27
2.3.2.3 Folie 2.3 – Adaption.....	27
2.3.2.4 Folie 2.4 – Entzugssymptome	27
2.3.2.5 Folie 2.5 – Delirium tremens.....	28
2.3.2.6 Folie 2.6 – Inzidenz	28
2.3.2.7 Folie 2.7 – Inzidenz nach Geschlecht und Alter ⁵	28
2.3.2.8 Folie 2.8 – Anfängliche Wirkung von Alkohol.....	29

2.3.2.9 Folie 2.9 – Spätere Wirkung	29
2.3.2.10 Folie 2.10 – Langzeiteffekte	29
2.3.2.11 Folie 2.11 – Leber	30
2.3.2.12 Folie 2.12 – Verdauungssystem.....	30
2.3.2.13 Folie 2.13 – Kardiovaskuläres System	30
2.3.2.14 Folie 2.14 – Immunsystem.....	30
2.3.2.15 Folie 2.15 – Endokrines System	31
2.3.2.16 Folie 2.16 – Nervensystem	31
2.3.2.17 Folie 2.17 – Behaviorale Effekte.....	31
2.3.2.18 Folie 2.18 – Alkohol und Frauen ⁶	32
2.3.2.19 Folie 2.19 – Alkohol und Schwangerschaft.....	32
2.3.2.20 Folie 2.20 – Fetale Alkoholspektrum-Störungen	32
2.3.2.21 Folie 2.21 - Fetale Alkoholspektrum-Störungen (kognitive und behaviorale Beeinträchtigungen) ⁸	32
2.3.2.22 Folie 2.22 - Fetale Alkoholspektrum-Störungen (kraniofaziale Besonderheiten).....	33
2.3.2.23 Folie 2.23 – Totale Abstinenz	33
2.3.2.24 Folie 2.24 – Alkoholtrigger sind überall.....	33
2.3.2.25 Folie 2.25 – Innere Trigger.....	34
2.3.2.26 Folie 2.26 – Rückfallwarnung	34
2.3.2.27 Folie 2.27 – Rückfall	34
2.3.2.28 Folie 2.28 – Andere Gründe für Enthaltbarkeit	34
2.3.2.29 Folie 2.29 – Der Plan, nicht zu trinken	35
2.3.2.30 Folie 2.30 – Der Plan, es zu schaffen	35
2.4 Sitzung 3: Genesung (Forum-Präsentation)	36
2.4.1 Überblick.....	36
2.4.1.1 Ziele der Sitzung	36
2.4.1.2 Handouts	36
2.4.1.3 Vorbereitung	36
2.4.2 Präsentation (45 Minuten)	37
2.4.2.1 Frage-Antwort-Zeit (30 Minuten).....	37
2.4.2.2 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten).....	37
2.5 Sitzung 4: Methamphetamin und Kokain (PowerPoint-Präsentation)	38
2.5.1 Überblick.....	38
2.5.1.1 Ziele der Sitzung	38
2.5.1.2 Handouts	38
2.5.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)	38
2.5.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten).....	38
2.5.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten).....	39
2.5.2 Präsentation	39
2.5.2.1 Folie 4.1 – Methamphetamin und Kokain	39

2.5.2.2 Folie 4.2 – Unterschiede zwischen Kokain und Methamphetamin.....	39
2.5.2.3 Folie 4.3 – Dopamin.....	39
2.5.2.4 Folie 4.4 – Beispiele für die dopaminerge Wirkung.....	39
2.5.2.5 Folie 4.5 – Ungleichgewicht von Dopamin	40
2.5.2.6 Folie 4.6 – Dopamin und Stimulanzien	40
2.5.2.7 Folie 4.7 – Dopamin und Stimulanzienkonsum im Laufe der Zeit.....	40
2.5.2.8 Folie 4.8 – Konsum – Depression – Suchtdruck – Konsum.....	40
2.5.2.9 Folie 4.9 – Administrationsweg	41
2.5.2.10 Folie 4.10 – Methamphetamin	41
2.5.2.11 Folie 4.11 – Straßennamen.....	41
2.5.2.12 Folie 4.12 – Die Popularität von Meth1.....	41
2.5.2.13 Folie 4.13 – Wer konsumiert Meth?.....	42
2.5.2.14 Folie 4.14 – Unmittelbare psychische Effekte.....	42
2.5.2.15 Folie 4.15 – Unmittelbare physische Effekte	42
2.5.2.16 Folie 4.16 – Toxische Effekte	43
2.5.2.17 Folie 4.17 – Chronisch psychische Effekte	43
2.5.2.18 Folie 4.18 – Schwere psychische Effekte.....	43
2.5.2.19 Folie 4.19 – Chronisch physische Effekte	44
2.5.2.20 Folie 4.20 – Schwere physische Effekte	44
2.5.2.21 Folie 4.21 – Meth ist nicht gleich Meth	44
2.5.2.22 Folie 4.22 – Meth injizieren	45
2.5.2.23 Folie 4.23 – Meth sniefen	45
2.5.2.24 Folie 4.24 – Meth rauchen.....	45
2.5.2.25 Folie 4.25 – Meth-Dosis und Wirkung	45
2.5.2.26 Folie 4.26 – Schwangerschaft und Meth	46
2.5.2.27 Folie 4.27 – Andere Effekte auf Kinder	46
2.5.2.28 Folie 4.28 – Andere Probleme mit Meth-Laboren	47
2.5.2.29 Folie 4.29 – Kokain	47
2.5.2.30 Folie 4.30 – Straßennamen.....	47
2.5.2.31 Folie 4.31 – Crack	47
2.5.2.32 Folie 4.32 – Popularität von Kokain ⁹	48
2.5.2.33 Folie 4.33 – Wer konsumiert Kokain? ¹⁰	48
2.5.2.34 Folie 4.34 – Unmittelbare psychische Effekte.....	48
2.5.2.35 Folie 4.35 – Unmittelbare physische Effekte	48
2.5.2.36 Folie 4.36 – Warnung	49
2.5.2.37 Folie 4.37 – Chronisch psychische Effekte	49
2.5.2.38 Folie 4.38 – Chronisch physische Effekte	49
2.5.2.39 Folie 4.39 – Kokain injizieren	50
2.5.2.40 Folie 4.40 – Kokain sniefen	50
2.5.2.41 Folie 4.41 – Crack rauchen	50
2.5.2.42 Folie 4.42 – Kokaindosis und Effekte	50
2.5.2.43 Folie 4.43 – Schwangerschaft und Kokain.....	51
2.5.2.44 Folie 4.44 – Gegenüber Kokain exponierte Kinder	51

2.6 Sitzung 5: Fahrplan zur Genesung (PowerPoint-Präsentation)	52
---	-----------

2.6.1 Überblick.....	52
2.6.1.1 Ziele der Sitzung	52
2.6.1.2 Handouts	52
2.6.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)	52
2.6.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)	52
2.6.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten).....	52
2.6.2 Präsentation	53
2.6.2.1 Folie 5.1 – Fahrplan zur Genesung	53
2.6.2.2 Folie 5.2 – Genesungsstadien	53
2.6.2.3 Folie 5.3 – Stadium 1: Entzug	54
2.6.2.4 Folie 5.4 – Entzug (Risikofaktoren für einen Rückfall)	55
2.6.2.5 Folie 5.5 – Entzug (Struktur)	55
2.6.2.6 Folie 5.6 – Struktureinheiten aufbauen	55
2.6.2.7 Folie 5.7 – Planungsfallen	56
2.6.2.8 Folie 5.8 – Stadium 2: Frühe Abstinenz	57
2.6.2.9 Folie 5.9 – Frühe Abstinenz (Risikofaktoren für einen Rückfall)	57
2.6.2.10 Folie 5.10 – Frühe Abstinenz (Trigger und Gedankenstoppen)	58
2.6.2.11 Folie 5.11 – Unterbrechung	58
2.6.2.12 Folie 5.12 – Arten von Triggern	59
2.6.2.13 Folie 5.13 – Trigger (Personen)	59
2.6.2.14 Folie 5.14 – Trigger (Orte)	59
2.6.2.15 Folie 5.15 – Trigger (Dinge)	59
2.6.2.16 Folie 5.16 – Trigger (Zeiten)	60
2.6.2.17 Folie 5.17 – Trigger (emotionale Zustände)	60
2.6.2.18 Folie 5.18 – Gedankenstoppen	61
2.6.2.19 Folie 5.19 – Triggerfreie Aktivitäten	62
2.6.2.20 Folie 5.20 – Stadium 3: Protrahierte Abstinenz	62
2.6.2.21 Folie 5.21 – Protrahierte Abstinenz (Risikofaktoren für einen Rückfall)	63
2.6.2.22 Folie 5.22 – Sekundäre Drogen und Alkohol	64
2.6.2.23 Folie 5.23 – Protrahierte Abstinenz (Rückfallrechtfertigung).....	65
2.6.2.24 Folie 5.24 – bis 5.29 – Rückfallrechtfertigungen	65
2.6.2.25 Folie 5.30 – Stadium 4: Anpassung und Entschluss.....	65
2.6.2.26 Folie 5.31 – Anpassung und Entschluss (Risikofaktoren für einen Rückfall).....	66
2.6.2.27 Folie 5.32 - Anpassung und Entschluss (Balance).....	66
2.7 Sitzung 6: Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls	
(Multi-Familien-Gruppengespräch)	67
2.7.1 Ziele der Sitzung	67
2.7.2 Handouts	67
2.7.3 Einführung (2–3 Minuten)	67
2.7.4 Handoutdurchsicht (10–15 Minuten).....	68
2.7.5 Fokussiertes Gespräch (50–55 Minuten).....	68
2.7.6 Zusammenfassung (2–3 Minuten).....	68
2.7.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)	68

2.8 Sitzung 7: Opioide und Partydrogen (PowerPoint-Präsentation)	69
2.8.1 Überblick.....	69
2.8.1.1 Ziele der Sitzung	69
2.8.1.2 Handouts	69
2.8.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)	69
2.8.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)	69
2.8.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)	69
2.8.2 Präsentation	70
2.8.2.1 Folie 7.1 – Opioide und Partydrogen	70
2.8.2.2 Folie 7.2 – Die Bedeutung der totalen Abstinenz	70
2.8.2.3 Folie 7.3 – Was sind Opioide?.....	70
2.8.2.4 Folie 7.4 – Physische Effekte von Opioiden	70
2.8.2.5 Folie 7.5 – Opioide und Toleranz	71
2.8.2.6 Folie 7.6 – Abhängigkeit vs. Sucht.....	71
2.8.2.7 Folie 7.7 – Der Entzug von Opioiden.....	71
2.8.2.8 Folie 7.8 – Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide	71
2.8.2.9 Folie 7.9 – Oxycodon (Konsummuster).....	72
2.8.2.10 Folie 7.10 – Oxycodon (Fakten)	72
2.8.2.11 Folie 7.11 – Oxycodon (Gefahren)	72
2.8.2.12 Folie 7.12 – Heroin (Konsummuster)	72
2.8.2.13 Folie 7.13 – Heroin (Fakten)	73
2.8.2.14 Folie 7.14 – Heroin (Gefahren)	73
2.8.2.15 Folie 7.15 – Heroin (Krankheitsrisiken).....	73
2.8.2.16 Folie 7.16 – Was sind Partydrogen?.....	74
2.8.2.17 Folie 7.17 – GHB (Konsummuster).....	74
2.8.2.18 Folie 7.18 – GHB (Fakten).....	74
2.8.2.19 Folie 7.19 – GHB (Physische Effekte)	74
2.8.2.20 Folie 7.20 – Rohypnol (Konsummuster).....	75
2.8.2.21 Folie 7.21 – Rohypnol (Fakten)	75
2.8.2.22 Folie 7.22 – Rohypnol (Physische Effekte)	75
2.8.2.23 Folie 7.23 – Ketamin (Konsummuster)	75
2.8.2.24 Folie 7.24 – Ketamin (Fakten).....	76
2.8.2.25 Folie 7.25 – Ketamin (Physische Effekte).....	76
2.8.2.26 Folie 7.26 – Partydrogen und Date Rape.....	76
2.8.2.27 Folie 7.27 – LSD (Konsummuster)	76
2.8.2.28 Folie 7.28 – LSD (Fakten)	77
2.8.2.29 Folie 7.29 – LSD (Physische Effekte)	77
2.8.2.30 Folie 7.30 – MDMA („Ecstasy“) (Konsummuster).....	77
2.8.2.31 Folie 7.31 – Ecstasy (Fakten)	78
2.8.2.32 Folie 7.32 – Ecstasy (Physische Effekte)	78
2.9 Sitzung 8: Familien in der Genesung (PowerPoint-Präsentation)	80
2.9.1 Überblick.....	80

2.9.1.1 Ziele der Sitzung	80
2.9.1.2 Handouts	80
2.9.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)	80
2.9.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)	80
2.9.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)	80
2.9.2 Präsentation	81
2.9.2.1 Folie 8.1 – Familien in der Genesung	81
2.9.2.2 Folie 8.2 – Wer gehört zu einer Familie?	81
2.9.2.3 Folie 8.3 – Was ist Abhängigkeit?	81
2.9.2.4 Folie 8.4 – Entwicklung der Abhängigkeit	81
2.9.2.5 Folie 8.5 – Entwicklung von Suchtdruck	82
2.9.2.6 Folie 8.6 – Kognitiver Prozess (Anfangsstadien der Abhängigkeit)	82
2.9.2.7 Folie 8.7 – Kognitiver Prozess (Ernüchterung)	83
2.9.2.8 Folie 8.8 – Konditionierungsprozess (schwacher Suchtdruck)	83
2.9.2.9 Folie 8.9 – Konditionierungsprozess (starker Suchtdruck)	84
2.9.2.10 Folie 8.10 – Konditionierungsprozess (übermächtiger Suchtdruck)	84
2.9.2.11 Folie 8.11 – Entwicklung von zwanghaftem Denken (früher Konsum)	84
2.9.2.12 Folie 8.12 – Entwicklung von zwanghaftem Denken (fortgesetzter Konsum)	84
2.9.2.13 Folie 8.13 – Progressive Phasen der Abhängigkeit	85
2.9.2.14 Folie 8.14 – Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Einführungsphase) ..	85
2.9.2.15 Folie 8.15 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Erhaltungsphase)	85
2.9.2.16 Folie 8.16 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Ernüchterungsphase)	86
2.9.2.17 Folie 8.17 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Desasterphase)	86
2.9.2.18 Folie 8.18 – Vorteile einer Beteiligung der Familie	86
2.9.2.19 Folie 8.19 – Genesungsstadien	87
2.9.2.20 Folie 8.20 – Entzug	87
2.9.2.21 Folie 8.21 – Flitterwochen	87
2.9.2.22 Folie 8.22 – Die Wand	87
2.9.2.23 Folie 8.23 – Wiederaanpassung	88
2.9.2.24 Folie 8.24 – Ziele für den Entzug	88
2.9.2.25 Folie 8.25 – Ziele für die Flitterwochen	88
2.9.2.26 Folie 8.26 – Ziele für die Wand	89
2.9.2.27 Folie 8.27 – Ziele für die Wiederaanpassung	89
2.9.2.28 Folie 8.28 – Schlüsselfaktoren eines Rückfalls für Menschen in der Genesung	90
2.9.2.29 Folie 8.29 – Schlüsselfaktoren eines Rückfalls für Angehörige	90
2.10 Sitzung 9: Vertrauen wieder aufbauen (Multi-Familien-Gruppengespräch)	91
2.10.1 Ziele der Sitzung	91
2.10.2 Handout	91
2.10.3 Einführung (2-3 Minuten)	91
2.10.4 Handoutdurchsicht (15-20 Minuten)	91
2.10.5 Fokussiertes Gespräch (50-55 Minuten)	91
2.10.6 Zusammenfassung (2-3 Minuten)	91

2.10.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)	91
2.11 Sitzung 10: Marihuana (PowerPoint-Präsentation)	92
2.11.1 Überblick.....	92
2.11.1.1 Ziele der Sitzung	92
2.11.1.2 Handout.....	92
2.11.1.3 PowerPoint-Präsentation (40-45 Minuten).....	92
2.11.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten).....	92
2.11.1.5 Offene Gesprächsrunde (15-20 Minuten).....	92
2.11.2 Präsentation	93
2.11.2.1 Folie 10.1 – Marihuana	93
2.11.2.2 Folie 10.2 – Die Bedeutung der totalen Abstinenz	93
2.11.2.3 Folie 10.3 – Ist Marihuana harmlos?.....	93
2.11.2.4 Folie 10.4 – Prävalenz von Marihuana	93
2.11.2.5 Folie 10.5 – Was ist Marihuana?.....	94
2.11.2.6 Folie 10.6 – Straßennamen.....	94
2.11.2.7 Folie 10.7 – Geschichte	94
2.11.2.8 Folie 10.8 – Medizinisches Marihuana	94
2.11.2.9 Folie 10.9 – Wirkstoff	95
2.11.2.10 Folie 10.10 – Kurzzeiteffekte	95
2.11.2.11 Folie 10.11 – Langzeiteffekte	95
2.11.2.12 Folie 10.12 – Krebsrisiko.....	96
2.11.2.13 Folie 10.13 – Das Risiko von Infektionen und Erkrankungen.....	96
2.11.2.14 Folie 10.14 – Marihuana und das Führen eines Fahrzeugs	96
2.11.2.15 Folie 10.15 – Marihuana und Schwangerschaft.....	97
2.11.2.16 Folie 10.16 – Abhängigkeit von Marihuana	97
2.11.2.17 Folie 10.17 – Marihuana und andere Drogen	97
2.11.2.18 Folie 10.18 – Marihuana und Rückfall.....	97
2.11.2.19 Folie 10.19 – Marihuana und Familien.....	98
2.12 Sitzung 11: Mit einer Abhängigkeit leben (Multi-Familien-Gruppengespräch)	99
2.12.1 Ziele der Sitzung	99
2.12.2 Handout	99
2.12.3 Einführung (2–3 Minuten)	99
2.12.4 Handoutdurchsicht (10–15 Minuten).....	99
2.12.5 Fokussiertes Gespräch (50–55 Minuten).....	99
2.12.6 Zusammenfassung (2–3 Minuten).....	100
2.12.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)	100
2.13 Sitzung 12: Kommunikationsfallen (Multi-Familien-Gruppengespräch)	101
2.13.1 Ziele der Sitzung	101
2.13.2 Handouts	101
2.13.3 Einführung (2–3 Minuten)	101
2.13.4 Fokussiertes Gespräch und Handoutdurchsicht (55–60 Minuten)	102

2.13.5 Zusammenfassung (15 Minuten).....	102
2.13.6 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)	102
2.13.7 Kommunikationsfallen: Beispielszenarien.....	103
3. Handouts zur Familienedukation	105
FE 1A Eine Definition der Abhängigkeit American Society of Addiction Medicine	106
FE 1B Gedanken stoppen	107
FE 2 Informationsblatt: Alkohol	109
FE 3A Richtlinien für Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen	117
FE 3B Richtlinien für Angehörige, die am Forum teilnehmen	119
FE 3C Richtlinien für abstinente Personen, die am Forum teilnehmen	121
FE 4A Informationsblatt: Methamphetamin	122
FE 4B Informationsblatt: Kokain.....	128
FE 5A Tägliche/stündliche Planung	132
FE 5B Rückfallrechtfertigungen	133
FE 6A Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für die Person in der Genesung	135
FE 6B Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für Angehörige der Person in der Genesung	136
FE 6C Familienangehörige und Genesung.....	137
FE 7A Informationsblatt: Opioide.....	138
FE 7B Informationsblatt: Partydrogen.....	141
FE 8A Einen Rückfall vorhersehen und vermeiden	145
FE 8B Rückfallrechtfertigungen	147
FE 8C Rückfalldrift vermeiden	151
FE 9 Vertrauen wieder aufbauen	152
FE 10 Informationsblatt: Marihuana	154
FE 11 Mit einer Abhängigkeit leben	157
FE 12A Kommunikationsfallen	159
FE 12B Kommunikation verbessern	161
FE 12C Vertrag: Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten.....	163
Anhang A Das Methamphetamine Treatment Project.....	165
Anhang B Hinweise zur Leitung einer Gruppe.....	167
Anhang C Abkürzungsverzeichnis	169
Anhang D Feldforscher	170
Anhang E Literaturverzeichnis.....	171

Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Im Sinne der Gleichbehandlung sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. Einführung in Ansatz und Paket der ambulanten Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum nach dem Matrix-Modell

Das Paket der ambulanten Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum nach dem Matrix-Modell (Intensive Outpatient Treatment for People with Stimulant Use Disorders, IOP) stellt einen strukturierten Ansatz zur Behandlung von Erwachsenen mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien zur Verfügung. Der dem Therapiekpaket zugrundeliegende Ansatz wurde vom Matrixinstitut in Los Angeles (Kalifornien) entwickelt und für dieses Therapiekpaket vom Knowledge Application Program des Center for Substance Abuse Treatment der Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) adaptiert. Das Matrix-IOP-Paket umfasst fünf Komponenten:

- Therapiemanual
- Therapiemanual zur Familienedukation (dieses Dokument)
- CD-ROM begleitend zum Therapiemanual zur Familienedukation
- Handbuch für Patienten
- Therapiebegleiter für Patienten

Das Matrix-IOP-Modell und das auf diesem Modell basierende Therapiekpaket wuchsen aus der Notwendigkeit einer strukturierten, evidenzbasierten Behandlung für Patienten mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Stimulanzien, insbesondere Methamphetamin und Kokain. Dieses umfassende Paket bietet suchttherapeutischen Fachkräften das Modell einer einjährigen ambulanten Intensivbehandlung für diese Patienten und ihre Angehörigen: 16 Wochen strukturierte Programmgestaltung und 36 Wochen sekundäre Weiterbehandlung.

1.1 Hintergrund

Die Matrix-IOP-Methode wurde anfänglich in den 1980er-Jahren als Reaktion auf die steigende Anzahl an Personen mit einer Kokain- oder Methamphetaminabhängigkeit als primäre Suchterkrankung im Versorgungssystem entwickelt. Viele der damals angewandten traditionellen Therapiemodelle wurden primär zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit entwickelt und erwiesen sich in der Behandlung der Abhängigkeit von Kokain und anderen Stimulanzien als vergleichsweise ineffizient (Obert et al., 2000).

Um effektive Behandlungsprotokolle für Patienten mit einer Stimulanzienabhängigkeit zu entwickeln, bezogen sich therapeutische Fachkräfte vom Matrixinstitut auf zahlreiche Therapieansätze und nahmen empirisch getestete, praktikable Methoden in ihr Modell auf. Ihr Therapiemodell vereint Elemente der Rückfallprävention, kognitiv-behaviorale, psychoedukative und familiäre Ansätze sowie Unterstützung durch das Zwölf-Schritte-Programm (Obert et al., 2000). Die Wirksamkeit des Matrix-IOP-Ansatzes wurde seit seinen Anfängen zahlreiche Male evaluiert (Rawson et al., 1995; Shoptaw et al., 1994). Die SAMHSA fand die Ergebnisse dieser Studien ausreichend vielversprechend, um weitere Evaluierungen zu gewährleisten (z. B. Obert et al., 2000; Rawson et al., 2004).

Im Jahr 1998 initiierte die SAMHSA eine Multi-Site-Studie zu Therapien bei Abhängigkeit und Missbrauch von Methamphetamin: das *Methamphetamine Treatment Project* (MTP). Die Studie verglich die klinische Wirksamkeit und die Kosteneffektivität von einem umfassenden Therapie-

modell nach dem Manual des Matrixinstituts mit den Therapieansätzen in acht gängigen gemeinschaftsbasierten Behandlungsprogrammen, darunter sechs Programme in Kalifornien, eins in Montana und eins in Hawaii. Im Anhang A finden sich mehr Informationen über das MTP.

1.2 Matrix-IOP-Ansatz

1.2.1 Überblick

Der Matrix-IOP-Ansatz bietet eine strukturierte Therapieerfahrung für Patienten mit Störungen durch Stimulanzienkonsum. Die Patienten erhalten Informationen, Hilfe bei der Strukturierung eines drogenfreien Lebensstils und Unterstützung beim Erreichen und Aufrechterhalten einer Drogen- und Alkoholabstinenz. Das Programm ist gezielt auf die Themen ausgerichtet, die für Patienten mit einer Abhängigkeit von Stimulanzien, insbesondere von Methamphetamin und Kokain, und ihre Angehörigen relevant sind.

16 Wochen lang nehmen die Patienten an mehreren intensiven, ambulanten Therapiesitzungen pro Woche teil. Diese intensive Behandlungsphase vereint verschiedene therapeutische Angebote:

- Einzelsitzungen allein / mit Angehörigen (3 Sitzungen)
- Gruppensitzungen zu Kompetenzen in der frühen Genesungsphase (8 Sitzungen)
- Gruppensitzungen zur Rückfallprävention (32 Sitzungen)
- Gruppensitzungen zur Familienedukation (12 Sitzungen)
- Gruppensitzungen zur sozialen Unterstützung (36 Sitzungen)

Die Patienten können mit der Teilnahme an der Gruppe zur sozialen Unterstützung (sekundäre Weiterbehandlung) beginnen, sobald sie die zwölf Sitzungen zur Familienedukation abgeschlossen haben, aber noch während sie an den Gruppensitzungen zur Rückfallprävention teilnehmen. Die Überschneidung der Teilnahme an der Gruppe zur sozialen Unterstützung mit der intensiven Behandlungsphase ermöglicht einen fließenden Übergang zur sekundären Weiterbehandlung.

Die Matrix-IOP-Methode macht die Patienten zudem mit dem Zwölf-Schritte-Programm und anderen Selbsthilfegruppen vertraut, vermittelt Zeitmanagement- und Planungskompetenzen und bringt regelmäßige Drogen- und Atemalkoholtests mit sich. Tabelle 1.1 zeigt das Beispiel einer Planung der Behandlungsaktivitäten.

1.2.1.1 Tabelle 1.1.: Beispiel einer Matrix-IOP-Planung

	Intensivbehandlung 1. bis 4. Woche^a	Intensivbehandlung 5. bis 16. Woche^b	Sekundäre Weiterbehandlung 13. bis 48. Woche
Montag	18:00–18:50 Uhr Kompetenzen in der frühen Genesungsphase 19:15–20:45 Uhr Rückfallprävention	19:00–20:30 Uhr Rückfallprävention	
Dienstag	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe
Mittwoch	19:00–20:30 Uhr Familienedukation	19:00–20:30 Uhr Familienedukation <i>oder</i> Soziale Unterstützung	19:00–20:30 Uhr Soziale Unterstützung
Donnerstag	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe
Freitag	18:00–18:50 Uhr Kompetenzen in der frühen Genesungsphase 19:15–20:45 Uhr Rückfallprävention	19:00–20:30 Uhr Rückfallprävention	
Samstag & Sonntag	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe	Zwölf-Schritte- oder andere Meetings der Selbsthilfe

^a Einzelsitzung allein / mit Angehörigen in der 1. Woche

^b Einzelsitzung allein / mit Angehörigen in der 5. oder 6. Woche und in der 16. Woche

1.2.2 Programmkomponenten

Dieser Abschnitt beschreibt die Logistik und Philosophie jedes der fünf Sitzungstypen des Matrix-IOP-Ansatzes. Detaillierte Agenden und Instruktionen zur Durchführung der jeweiligen Gruppen- und Einzelsitzungen werden in diesem Manual sowie im *Therapiemanual* bereitgestellt.

In den Matrix-Materialien werden stufenweise Beschreibungen zur Erklärung der Art und Weise, wie die Sitzungen durchgeführt werden sollten, verwendet. Die Beschreibungen der Sitzungen sind aufgrund der Komplexität und Detailliertheit des Therapiemodells methodisch. Die Materialien sind in der Art gestaltet, dass zur Implementierung des Behandlungsansatzes nach dem Matrix-Modell ein zusätzliches Training der Therapeuten nicht erforderlich ist. Die Matrix-Materialien beschreiben keine Aufnahmeverfahren, Diagnostik oder medikamentöse Behandlung. Die hierfür bereits vorhandenen Verfahren sollten für die genannten Funktionen genutzt werden. Falls die Richtlinien in diesem Manual mit den Anforderungen der Kostenträger nicht vereinbar sind, sollten sie dementsprechend angepasst werden.

Alle Matrix-IOP-Gruppen sind offene Gruppen, so dass Patienten zu jedem Zeitpunkt die Gruppe beginnen können und sie nach Abschluss der gesamten Serie verlassen werden. Da die Matrixgruppen ein offenes Format haben, ist der Sitzungsinhalt nicht von dem vorangegangenen Sitzungen abhängig. Der Therapeut wird einige Wiederholungen von Informationen in den drei Einzelsitzungen sowie den Gruppensitzungen vorfinden. Patienten in der frühen Genesungsphase haben oftmals unterschiedlich ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen, insbesondere das Kurzzeitgedächtnis betreffend. Das Wiederholen von Informationen auf unterschiedliche Weise, in verschiedenen Gruppenkontexten und im Therapieverlauf hilft den Patienten beim Verstehen und Behalten grundlegender Konzepte und Fähigkeiten, die für die Genesung wesentlich sind.

1.2.2.1 Einzelsitzungen allein / mit Angehörigen

Bei den Matrix-IOP-Interventionen gilt die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als primäre Behandlungsdynamik. Jedem Patienten wird ein Bezugstherapeut zugewiesen. Dieser Therapeut trifft sich während der intensiven Behandlungsphase mit dem Patienten und eventuell den Angehörigen zu drei 50-minütigen Einzelgesprächen und unterstützt die Gruppen zu Kompetenzen in der frühen Genesungsphase und zur Rückfallprävention. Die erste und die letzte Sitzung dienen als „Buchstütze“ für die Behandlung eines Patienten (d. h. die Behandlung sollte derart begonnen und beendet werden, dass Treatment Engagement und fortschreitende Genesung erleichtert werden); die dazwischen liegende Sitzung wird für eine kurze Einschätzung der mittleren Behandlungsphase genutzt, um Krisen anzusprechen und die Behandlung gegebenenfalls mit anderen Ressourcen vor Ort zu koordinieren.

Gemeinsame Sitzungen mit Patienten und Angehörigen oder anderen unterstützenden Personen sind wesentlich für den Verbleib des Patienten in der Behandlung. Die Bedeutung der Einbeziehung von Bezugspersonen des Patienten kann nicht überschätzt werden. Ergänzend zu den Gruppensitzungen zur Familienedukation ermutigt der Matrix-IOP-Ansatz zu der Einbindung von bedeutsamen Angehörigen des Patienten in jeder Einzelsitzung. Der Therapeut, der Veränderungen in den Verhaltensweisen des Patienten einleiten will, ohne familiäre Beziehungen anzugehen, erschwert den Genesungsprozess erheblich. Für den Therapeuten ist es entscheidend, die Auswirkungen des Genesungsprozesses auf das Familiensystem im Blick zu haben und, wenn möglich, familiäre Bezugspersonen in jeder Einzelsitzung teilweise mit einzubeziehen.

1.2.2.2 Gruppe zu Kompetenzen in der frühen Genesungsphase

Die Patienten nehmen an acht Gruppensitzungen zu Kompetenzen in der frühen Genesungsphase (*Early Recovery Skills, ERS*) teil – zweimal wöchentlich im ersten Monat der primären Behandlung. Diese Sitzungen finden in der Regel in kleinen Gruppen (maximal 10 Personen) statt und sind relativ kurz (50 Minuten). Jede ERS-Gruppe wird von einem Therapeuten geleitet und co-therapeutisch begleitet von einem Patienten, der im Programm bereits fortgeschritten ist und sich in einer stabilen Genesungsphase befindet (siehe Seite 11 und 12 im *Therapiemanual* für Informationen zur Arbeit mit Patienten als Co-Therapeuten). Es ist wichtig, dass diese Gruppe strukturiert und zielorientiert bleibt. Der Therapeut muss sich auf das Sitzungsthema fokussieren und sicherstellen, nicht zu den Gefühlen von *High-Energy* und Kontrollverlust beizutragen, welche für Patienten in der frühen Genesungsphase einer Abhängigkeit von Stimulanzien charakteristisch sein können.

Die ERS-Gruppe vermittelt Patienten eine Zusammenstellung grundlegender Kompetenzen zum Erreichen einer Drogen- und Alkoholabstinenz. Zwei fundamentale Botschaften werden den Patienten in diesen Sitzungen übermittelt:

1. Sie können ihr Verhalten verändern, so dass es einfacher ist, abstinent zu bleiben. Die ERS-Gruppensitzungen werden ihnen dahingehend Strategien und Übungsmöglichkeiten bereitstellen.
2. Professionelle Behandlung kann eine Quelle für Informationen und Unterstützung sein. Um allerdings von der Behandlung in vollem Umfang profitieren zu können, benötigen sie auch Zwölf-Schritte- oder andere Selbsthilfegruppen.

Die angewandten Techniken in den ERS-Gruppensitzungen sind behavioral und haben einen starken *Wie*-Fokus. Diese Gruppe ist keine Therapiegruppe in dem Sinne, dass starke Bindungen unter den Gruppenmitgliedern geschaffen werden sollen, obwohl oftmals einige Verbindungen auftreten. Es ist ein Forum, in dem der Therapeut mit jedem Patienten eng zusammenarbeiten kann, um diesem beim Etablieren eines anfänglichen Genesungsprogramms zu unterstützen. Jede ERS-Gruppe hat eine eindeutig definierbare Struktur. Die Struktur und Routine der Gruppe sind von essentieller Bedeutung, um dem bereits genannten Kontrollverlust erleben entgegenzuwirken. Bei neu aufgenommenen Patienten ist die Behandlungsroutine ebenso wichtig wie die besprochenen Informationen.

1.2.2.3 Gruppe zur Rückfallprävention

Die Gruppe zur Rückfallprävention (*Relapse Prevention, RP*) ist eine zentrale Komponente der Matrix-IOP-Methode. Diese Gruppe trifft sich 32 Mal, am Anfang und am Ende jeder Woche während der 16-wöchigen primären Behandlung. Jede RP-Gruppensitzung dauert etwa 90 Minuten und behandelt ein bestimmtes Thema.

Die Sitzungen sind Foren, in denen sich Menschen mit Suchterkrankungen über Informationen zur Rückfallprävention austauschen können und Unterstützung bei der Bewältigung von Genesungs- und Rückfallvermeidungsproblemen erhalten. Die RP-Gruppe basiert auf den folgenden Prämissen:

- Rückfall ist kein zufälliges Ereignis.
- Der Rückfallprozess folgt vorhersehbaren Mustern.
- Anzeichen eines bevorstehenden Rückfalls können durch das Behandlungsteam und die Patienten identifiziert werden.

Das RP-Gruppensetting ermöglicht eine gegenseitige Unterstützung der Patienten innerhalb therapeutisch vorgegebener Grenzen. Patienten, die auf einen Rückfall zusteuern, können zurückgeleitet werden, und diejenigen auf einem stabilen Genesungsweg können angespornt werden.

Der Therapeut, der die Patienten zu den vorgeschriebenen Einzelsitzungen sieht, und ein Patient als Co-Therapeut leiten die RP-Gruppensitzungen (siehe Seite 11 und 12 im Therapiemanual für Informationen zur Arbeit mit Patienten als Co-Therapeuten).

Beispiele der 32 Sitzungsthemen im Rahmen der RP-Gruppe sind unter anderem:

- Schuld und Scham
- Beschäftigt bleiben
- Motivation zur Genesung
- Sei klug, nicht stark
- Emotionale Trigger

1.2.2.4 Gruppe zur Familienedukation

Die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs erhöht sich enorm, wenn Bezugspersonen Kenntnis über absehbare Veränderungen haben, die innerhalb von Beziehungen im fortschreitenden Genesungsprozess voraussichtlich auftreten. Der Bezugstherapeut *bildet* die Teilnehmer und ermutigt Angehörige sowie Patienten zur Beteiligung an den zwölf Gruppensitzungen zur Familienedukation. Die Gruppe zur Familienedukation wird auf Seite 9 eingehend erörtert.

1.2.2.5 Gruppe zur sozialen Unterstützung (sekundäre Weiterbehandlung)

Die Patienten fangen zu Beginn ihres letzten Monats der primären Behandlung an, an der Gruppe zur sozialen Unterstützung teilzunehmen, und setzen die Gruppensitzungen einmal wöchentlich während der 36-wöchigen sekundären Behandlung fort. Einen Monat lang überschneiden sich Intensivbehandlung und sekundäre Weiterbehandlung.

Die Gruppensitzungen zur sozialen Unterstützung helfen Patienten beim Lernen oder Wiedererlernen sozialer Kompetenzen. Menschen im Genesungsprozess, die gelernt haben, wie der Substanzkonsum beendet und ein Rückfall vermieden werden kann, sind bereit für die Entwicklung eines drogenfreien Lebensstils zur Unterstützung ihrer Genesung. Die Gruppe zur sozialen Unterstützung hilft bei der Resozialisierung von Patienten durch Mitpatienten, die in dem Programm schon weiter vorangeschritten sind und ihre Genesung als vertrauten und sicheren Zustand erleben. Diese Gruppe ist auch für erfahrene Teilnehmer nützlich, die ihre eigene Genesung oftmals durch die Vorbildfunktion und die Wachsamkeit bezüglich grundlegender Abstinenzprinzipien festigen. Die Gruppen werden von einem Therapeuten geleitet, können aber gelegentlich auch in kleinere Gesprächsgruppen geteilt werden, geleitet von einem Patienten- Helfer mit einem stabilen Genesungsverlauf, der bereits co-therapeutisch tätig war und sich hierzu für 6 Monate verpflichtet.

Die Gruppensitzungen zur sozialen Unterstützung fokussieren auf eine Kombination aus der Besprechung erlebter Genesungsprobleme durch die Gruppenmitglieder und der Besprechung spezifischer Genesungsthemen wie zum Beispiel:

- Geduld
- Intimität
- Isolation
- Ablehnung
- Arbeit

1.3 Die Rolle des Therapeuten

Zur Ausführung des Matrix-IOP-Ansatzes sollte der Therapeut mehrjährige Erfahrungen in der Arbeit im gruppen- und einzeltherapeutischen Setting haben. Obwohl detaillierte Instruktionen für die Durchführung der Sitzungen in diesem Manual enthalten sind, könnte ein unerfahrener Therapeut nicht die Eigenschaften oder Fähigkeiten mitbringen, die für eine bestmögliche Umsetzung der Sitzungen erforderlich sind. Ein Matrix-IOP-Therapeut sollte bereit sein, sich auf neue Behandlungsansätze einzulassen und diese zu erlernen. Mit Erfahrungen in kognitiv-behavioralen und motivationalen Ansätzen sowie Kenntnissen in der Neurobiologie der Sucht ist ein Therapeut bestens vorbereitet zur Implementierung der Matrix-IOP-Intervention. Eine angemessene Supervision des Therapeuten kann helfen, die Übereinstimmung mit dem Matrix-Behandlungsansatz sicherzustellen.

Neben der Durchführung der drei Einzelsitzungen entscheidet der Bezugstherapeut eines Patienten, wann dieser von einer Gruppe in die nächste wechselt, und ist verantwortlich für die Verschmelzung der Materialien aus den verschiedenen gruppentherapeutischen Formaten zu einer koordinierten Therapieerfahrung.

Der Bezugstherapeut jedes Patienten

- koordiniert sich mit anderen Therapeuten, die mit dem Patienten in den Gruppensitzungen zusammenarbeiten (z. B. in den Sitzungen zur Familienedukation);
- ist mit den Materialien vertraut, mit denen der Patient in den Sitzungen zur Familienedukation in Kontakt kommt;
- fördert, bekräftigt und diskutiert Materialien, die in den Meetings der Zwölf-Schritte- oder anderer Selbsthilfegruppen abgedeckt werden;
- hilft dem Patienten beim Integrieren von Konzepten aus der Behandlung mit Materialien des Zwölf-Schritte-Programms und der Selbsthilfegruppen sowie aus psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung (für Patienten mit einer dementsprechend begleitenden Therapie);
- koordiniert sich mit anderen therapeutischen oder sozialen Diensten, die mit dem Patienten zusammenarbeiten.

Kurzum koordiniert der Therapeut alle Bestandteile des Therapieprogramms. Patienten brauchen die Sicherheit, dass der Therapeut alle Aspekte ihrer Behandlung kennt. Viele stimulanzenabhängige Menschen gehen mit dem Gefühl in die Behandlung, außer Kontrolle zu sein. Sie sehen das Programm als eine Hilfe, um die Kontrolle wiederzuerlangen. Wenn das Programm wie eine zusammenhanglose Aneinanderreihung unabhängiger Einzelteile erscheint, könnten die Patienten es nicht als hilfreich dahingehend empfinden, die Kontrolle wiederzuerlangen. Das wiederum könnte den Therapieerfolg beeinträchtigen oder zu einem vorzeitigen Therapieabbruch führen. Anhang B stellt weitere Hinweise für den Therapeuten zur Leitung einer Familienedukationsgruppe bereit.

1.4 Das Matrix-IOP-Paket

Zusätzlich zu diesem *Therapiemanual zur Familienedukation* (detaillierte Einführung auf Seite 9) besteht das Matrix-IOP-Paket aus folgenden Komponenten:

Therapiemanual Das *Therapiemanual* beinhaltet sämtliche erforderlichen Materialien für den Therapeuten zur Durchführung der Einzelsitzungen allein / mit Angehörigen, der ERS- und RP-Gruppen sowie der Gruppe zur sozialen Unterstützung. Es ist nach Art der Gruppensitzung gegliedert. Jedes Kapitel beginnt mit einem Überblick, der auf

- die übergeordneten Ziele jeder Art von Gruppensitzung,
- das allgemeine Format und den therapeutischen Ansatz der Sitzungen und
- besondere Berücksichtigungen in Hinblick auf eine bestimmte Art der Gruppensitzung eingeht.

Dem Überblick folgen Instruktionen zur Durchführung jeder einzelnen Sitzung. Zur einfacheren Orientierung finden sich am Ende der Instruktionen zu jeder Sitzung die Kopien der Handouts, aus denen das *Handbuch für Patienten* besteht.

Handbuch für Patienten Dieses illustrierte Handbuch beinhaltet eine Einführung und Begrüßung sowie sämtliche Handouts, die im Matrix-IOP-Paket verwendet werden, ausgenommen denen aus den Gruppensitzungen zur Familienedukation. Für die Sitzungen zur Familienedukation werden individuelle Handouts verwendet, da an dieser Gruppe Angehörige mit den Patienten teilnehmen und diese nicht die Handouts aus dem *Handbuch für Patienten* haben.

Der Therapiebegleiter für Patienten Der *Therapiebegleiter für Patienten* kann von Patienten in einer Tasche oder Handtasche mitgeführt werden. Er beinhaltet nützliche Konzepte und Hilfsmittel zur Genesung, und er bietet Platz zur Aufzeichnung von Triggern (Schlüsselreizen oder Auslösern) für einen Rückfall, für Worte zum Widerstehen dieser Trigger und um das Buch anderweitig individuell zu gestalten. Mit inbegriffen sind Ideen, wie aus dem *Therapiebegleiter für Patienten* etwas Persönliches und ein nützliches Hilfsmittel im Genesungsprozess werden kann.

1.5 Einführung in die Gruppe zur Familienedukation

1.5.1 Überblick

Menschen mit Suchterkrankungen finden sich oft isoliert von ihrer Familie oder im andauernden Konflikt mit Familienangehörigen wieder. Angehörige und andere Bezugspersonen könnten Gefühle der Verlassenheit, Angst, Furcht, Wut, Sorge, Verlegenheit oder Schuld erleben. Familienangehörige verstehen Suchterkrankungen und die in ihrer Familie eingetretenen Veränderungen oftmals nicht. Sie verstehen möglicherweise auch nicht die Dynamiken der Genesung und die Veränderungen, die die Genesung mit sich bringt. Das Angebot der Aufklärung und Information über Suchterkrankungen und den Genesungsprozess sowie eine Möglichkeit für Familienangehörige, sich über ihre Bedenken zu äußern, sind von entscheidender Bedeutung, damit diese die Person in der Behandlung unterstützen und von eventuellen Ängsten und anderen negativen Gefühlen entlastet werden können.

Psychoedukation hilft den Angehörigen, einige der Verhaltensweisen zu ändern, die in Familien im Umgang mit suchtkranken Angehörigen üblich sind (wie z. B. die suchtkranke Person vor den Folgen ihrer Abhängigkeit zu schützen). Diese Verhaltensweisen können sowohl für die Menschen in Behandlung als auch für ihre Familienangehörigen störend sein. Zusätzlich hilft es den Angehörigen, sich auf mit der Genesung einhergehende Veränderungen einzustellen, wenn sie eine Vorstellung von dem haben, was sie bei fortschreitender Genesung des geliebten Menschen erwartet. Ein Behandlungserfolg ist wahrscheinlicher, wenn die Bezugspersonen über absehbare Veränderungen innerhalb der Beziehung bei fortschreitender Genesung informiert werden. Neben der Vermittlung von Wissen bieten Gruppensitzungen zur Familienedukation dem Therapeuten eine Möglichkeit, die Einbeziehung von Bezugspersonen in den Genesungsprozess des Patienten zu erleichtern. Substanzmissbrauch kann Familien in eine Krise stürzen. Die Therapeuten sollten bedenken, dass es in einem solchen Umfeld zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommen kann. Die Sorge um die Sicherheit der Patienten und der in die Behandlung einbezogenen Angehörigen sollte für den Therapeuten im Vordergrund stehen.

Die Familienedukationsgruppe ist keine *Familientherapie* und strebt keine direkte Intervention in individuelle Familiendynamiken an. Die Komponente der Familienedukation des Matrix-IOP-Pakets verfolgt vielmehr einen psychoedukativen Ansatz. Sie bietet eine nicht bedrohliche Umgebung, in der Informationen präsentiert werden, und ermöglicht den Patienten und ihren Angehörigen, sich in der Therapieeinrichtung wohl und angenommen zu fühlen. Dargeboten werden Informationen über Abhängigkeit von Methamphetamin, Konsum anderer Drogen und Alkohol, Behandlung, Genesung sowie darüber, inwiefern Substanzmissbrauch und -abhängigkeit von Patienten die Angehörigen beeinflussen, und auch wie die Angehörigen die Genesung des Patienten unterstützen können.

Die Erfahrung mit der Matrixbehandlung zeigt, dass dem Patienten nahestehende Bezugspersonen Teil des Genesungsprozesses sind, ungeachtet dessen, ob sie in die Behandlungsaktivitäten einbezogen werden. Weil die Interaktionen innerhalb der Patientenfamilien im Vorfeld der Behandlung oftmals negativ sind, könnten Patienten davon überzeugt sein, dass sie „mein Programm allein“ durchlaufen müssen. Der Therapeut kann mit den Patienten daran arbeiten, die

Bedeutung einer Einbeziehung ihrer Familien in die Behandlung zu verstehen. Wenn allerdings die Patienten eine Beteiligung von Familienangehörigen weiterhin ablehnen, sollte der Therapeut nicht darauf bestehen.

Es kommt häufig vor, dass Angehörige denken, „es ist nicht mein Problem“. Sie könnten wütend und nicht bereit sein, sich an der Behandlung des Patienten zu beteiligen. Deshalb lädt der Therapeut die Familienangehörigen persönlich zur Teilnahme an den Sitzungen ein und erklärt sorgfältig den potentiellen Wert einer Teilnahme.

Bei der Entscheidung, wer in die Familienedukationsgruppen aufgenommen wird, sollte eine Definition von „Familie“ verwendet werden, die wichtige Menschen im jeweiligen Leben der Patienten berücksichtigt. Zum Beispiel sollte ein Lebenspartner als Teil der Familie betrachtet werden, ungeachtet dessen, ob der Partner mit dem Patienten verheiratet ist oder nicht. Der Patient könnte auch einen engen Freund oder Mentor als zur Familie gehörig betrachten. Ältere Jugendliche könnten für das Programm geeignet sein, allerdings kann die Familienedukationsgruppe keine jüngeren Kinder aufnehmen und ist für diese auch nicht sinnvoll. Während der Gruppensitzungen sollte das Angebot einer Kinderbetreuung in Erwägung gezogen werden, um die Teilnahme der Familienangehörigen zu erleichtern.

Alle Patienten nehmen an den Gruppensitzungen zur Familienedukation teil, unabhängig davon, ob ihre Familienangehörigen oder Partner teilnehmen. Diese Gruppensitzungen stellen die strukturierte, edukative Behandlungskomponente für den Patienten dar. Zusätzlich erhalten die Patienten Informationen über die Dynamiken familiärer Beziehungen, die in Verbindung mit Suchterkrankungen stehen.

Der Therapeut, der die Gruppensitzungen zur Familienedukation leitet, sollte bei der Arbeit mit spezifischen Bevölkerungsgruppen sensibel auf Themen im Zusammenhang mit kulturellen und anderen Unterschieden eingehen. Der Therapeut sollte Kultur im weitesten Sinne verstehen, d. h. nicht nur offensichtliche Merkmale, wie Hautfarbe, Ethnie und Religion, sondern auch sozioökonomischen Status, Bildungsgrad und kulturelles Anpassungsniveau einbeziehen. Der Therapeut sollte zeigen, dass er Patienten vor ihrem kulturellen Hintergrund verstehen will. Allerdings sollte auch bedacht werden, dass jeder Patient ein Individuum ist, nicht nur Mitglied einer bestimmten Kultur. Kulturelle Hintergründe sind komplex und nicht ohne Weiteres auf eine einfache Beschreibung reduzierbar. Verallgemeinerungen über die Kultur eines Patienten sind eine paradoxe Angelegenheit. Eine Beobachtung, die bei Anwendung auf eine kulturelle Gruppe zutreffend und hilfreich ist, könnte bei Anwendung auf ein individuelles Gruppenmitglied irreführend und verletzend sein. In *Improving Cultural Competence* (CSAT, 2014) finden sich weiterführende Informationen zu kulturellen Kompetenz.

Der Therapeut der Familienedukationsgruppe sollte Zwölf-Schritte- und andere Selbsthilfegruppen vor Ort kennen, die Familienangehörige unterstützen können. Zu diesen Gruppen gehören:

- Al-Anon und Alateen: <http://www.al-anon.de>
- Nar-Anon: <http://www.naranon.de>
- Anonyme Co-Abhängige (Co-Dependents Anonymous, CoDA):
<http://www.coda-deutschland.de>
- Erwachsene Kinder von Alkoholikern (Adult Children of Alcoholics, ACA):
<http://www.adultchildren.org>

Der Therapeut sollte die Familienangehörigen während der gesamten Familienedukation ermutigen, an Meetings der Selbsthilfe teilzunehmen. Die Teilnahme an den Meetings kann, wann immer es möglich ist, in jeder Sitzung erwähnt werden. Der Therapeut kann auch eine Liste mit Organisationen vorbereiten (einschließlich Internetadressen und anderer Kontaktinformationen), die Meetings vor Ort anbieten, und bei jeder Sitzung Kopien mit geplanten Meetings vor Ort parat haben.

Die nachfolgenden Abschnitte geben dem Therapeuten einen Überblick über die Familienedukationskomponente des Matrix-IOP-Pakets sowie allgemeine Richtlinien zur Durchführung der Sitzungen. Die spezifischen Präsentationsanweisungen für jede Gruppensitzung werden in Abschnitt II dargestellt.

1.5.2 Ziele der Gruppe zur Familienedukation

- Präsentieren Sie genaue Informationen über Abhängigkeit, Genesung, Behandlung und den daraus folgenden zwischenmenschlichen Dynamiken.
- Helfen Sie den Patienten und Angehörigen zu verstehen, wie der Genesungsprozess gegenwärtige und zukünftige familiäre Beziehungen beeinflussen kann.
- Bieten Sie den Familien ein Forum zur Besprechung genesungsrelevanter Themen.
- Präsentieren Sie genaue Informationen über die Wirkung von Drogen.
- Lehren, fördern und ermutigen Sie die Familienangehörigen der Patienten, auf sich selbst aufzupassen, während sie die Patienten in ihrer Genesung unterstützen.
- Bieten Sie eine professionelle Atmosphäre, in welcher Patienten und ihre Angehörigen mit Achtung und Respekt behandelt werden.
- Ermutigen Sie die Teilnehmer, andere Menschen im Genesungsprozess und ihre Angehörigen in einem ungezwungenen und nicht bedrohlichen Umfeld kennenzulernen.

1.5.3 Gruppenformat

Die Familienedukationsgruppe trifft sich zwölf Wochen lang einmal wöchentlich. Die Patienten und ihre Angehörigen können zu jeder Zeit in die Gruppe einsteigen und in den ersten drei Monaten der Intensivbehandlung eines Patienten teilnehmen. Die Gruppensitzungen dauern 90 Minuten. Es gibt keine Beschränkung für die Anzahl der Familienangehörigen, die ein Patient zu den Sitzungen zur Familienedukation mitbringen kann. Die Gruppen können mit nur zwei Personen oder mit bis zu 30 Personen durchgeführt werden. Dem Therapeuten sollte bewusst sein, dass sowohl sehr kleine als auch sehr große Gruppen schwerfällig sein können, weil sie einem ungehinderten Gesprächsfluss entgegen arbeiten können.

Die Techniken der Gruppensitzungen variieren wie folgt:

- Sieben Sitzungen basieren auf PowerPoint-Präsentationen.
- Vier Sitzungen sind Multi-Familien-Gruppengespräche.
- Eine Sitzung ist eine Forum-Präsentation.

Folienpräsentationen

Die Folien für sieben Sitzungen sind auf der diesem Manual zugehörigen CD-ROM enthalten. Sie können auch unter <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden. Die Folien können als PowerPoint-Präsentation verwendet oder auf Overheadprojektor-Folien gedruckt und kopiert werden. Jede Sitzung ist als separate Datei unter der Sitzungsnummer und dem Titel auf der CD-ROM abgespeichert. Die Instruktionen im Abschnitt II zur Präsentation dieser Sitzungen beinhalten Gesprächspunkte zu jeder Folie. Jeder Folienpräsentation folgt ein zielorientiertes Gespräch über das Thema. Der letzte Teil jeder Sitzung wird als offene Gesprächszeit für die Teilnehmer verwendet, um über dringende Angelegenheiten zu sprechen.

Multi-Familien-Gruppengespräche

Vier Sitzungen sind als Gruppengespräche mit Handouts aufgebaut. Im ersten Teil jeder Sitzung lesen die Teilnehmer die Informationen oder beantworten die Fragen auf den Handouts, die sie auf das Gruppengespräch vorbereiten. Der Therapeut kann instruiert werden, einige Hintergrundinformationen bereitzustellen. Der Rest der Sitzung ist eine geleitete Gesprächsrunde.

Forum-Präsentation

Dieses Format umfasst individuelle Präsentationen von Mitgliedern des Forums (Patienten, die das Programm abgeschlossen haben, oder ihre Angehörigen oder beide oder Mitglieder von regionalen Zwölf-Schritte- oder anderen Selbsthilfegruppen). Auf jede kurze Präsentation folgt eine Frage-und-Antwort-Zeit, und abschließend leitet der Therapeut in eine offene Gesprächsrunde über.

1.5.4 Allgemeine Richtlinien

Der Therapeut kann diesen Abschnitt hin und wieder durchsehen, um an allgemeine Punkte erinnert zu werden, die allen Sitzungen gemein sind. Anhang B enthält Hinweise zur Leitung von Gruppen, die für den Therapeuten eventuell hilfreich sind.

Vor jeder Sitzung

- Lesen Sie die Instruktionen zur Leitung der Sitzung.
- Machen Sie sich mit den Handouts und Folien vertraut.
- Richten Sie den Gruppenraum so her, dass die Anordnung der Stühle es den Teilnehmern erlaubt, die Folien zu sehen und eine Gesprächsrunde anzuregen. Für Sitzungen mit Multi-Familien-Gruppengesprächen ordnen Sie die Stühle im Kreis an.
- Bauen Sie das Equipment zur Vorführung der Folien auf, die sich auf der beigefügten CD befinden. Die Folien stehen auch unter <http://www.suprat.de> zur Verfügung.
- Fertigen Sie für die Sitzungsteilnehmer Kopien aller Handouts an.
- Finden Sie heraus, welche Patienten und Familienangehörigen neu in der Gruppe sind, und stellen Sie sie zu Beginn ihrer ersten Sitzung vor.

Während jeder Sitzung

- Treten Sie als Gastgeber der Gruppe auf, der die Patienten und Familien begrüßt und neue Teilnehmer vorstellt.
- Achten Sie darauf, dass Sie angemessen mit den Menschen sprechen, die die Patienten zu den Sitzungen einladen. Zu diesen Menschen können Ehepartner, Partner, erwachsene Kinder, Freunde, Arbeitgeber, Kollegen und andere gehören. Vermeiden Sie den Gebrauch einschränkender Ausdrucksweisen wie „Ehemann“ oder „Ehefrau“ und beziehen Sie sich auf die eingeladenen Menschen als Familienangehörige oder Freunde, sofern Sie von dem Patienten nicht anderweitig unterrichtet worden sind.
- Ermutigen Sie die Patienten und Angehörigen, auf das Thema bezogene Fragen zu stellen und Kommentare abzugeben.
- Seien Sie darauf vorbereitet, Informationsquellen zur Verfügung zu stellen. Verweise werden am Ende der Gesprächsthemen zu den Sitzungen 2, 4, 7 und 10 bereitgestellt. Die Patienten oder Angehörigen könnten sich für Quellen von statistischen und anderen Informationen interessieren, die während dieser Sitzungen präsentiert werden. Der Therapeut kann bei Bedarf Quellenangaben weitergeben.
- Beenden Sie die Sitzung, indem Sie den Teilnehmern für ihren Besuch danken und das Thema der folgenden Woche ankündigen.
- Bleiben Sie nach der Sitzung im Raum, um Fragen zu beantworten und mit jedem zu reden, der mit Problemen zu kämpfen hat.

Der Therapeut sollte verstehen, dass Gespräche über Drogen- und Alkoholkonsum für Patienten als Trigger dienen und Suchtdruck anregen können. Der Therapeut sollte jeden, der Trigger oder Suchtdruck erlebt, routinemäßig ermutigen, nach der Gruppe zu bleiben und so lange zu reden, bis er sich wieder auf die Genesung fokussiert fühlt. Den Patienten, die ohne Familienangehörige gekommen sind, kann der Therapeut auch raten, zu Hause anzurufen und die Angehörigen wissen zu lassen, dass er auf den Weg nach Hause ist. Das schafft eine Verbindlichkeit für den Patienten und stärkt das Gefühl der Familie, an der Behandlung des Patienten und seiner Genesung beteiligt zu sein.

2. Sitzungsinstruktionen

2.1 Tabelle 2.1 Überblick über die Sitzungen zur Familienedukation

Sitzungsnummer	Sitzungstitel	Art der Sitzung	Inhalt	Seiten
1	Trigger und Suchtdruck	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über die neurochemische Grundlage von Lust und Belohnung und darüber, wie Trigger und Suchtdruck mit Abhängigkeit zusammenhängen.	17 -25
2	Alkohol und Genesung	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über das Wesen und die Prävalenz des Alkoholkonsums, einschließlich der Risiken für Gesundheit und Genesung.	26 -35
3	Genesung	Forum-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren von anderen in der Genesung mehr über die Vorzüge und Herausforderungen der Genesung. Sie erfahren auch etwas über Zwölf-Schritte-Programme und Selbsthilfegruppen.	36 - 37
4	Methamphetamin und Kokain	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über das Wesen und die Prävalenz von Methamphetamin und Kokain, einschließlich der Risiken für Gesundheit und Genesung.	38 - 51
5	Fahrplan zur Genesung	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren, welchen Rückfallrisiken sie in jedem der vier Genesungsstadien gegenüberstehen werden.	52 - 66

Sitzungsnummer	Sitzungstitel	Art der Sitzung	Inhalt	Seiten
6	Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls	Multi-Familien-Gruppen-gespräch	Die Teilnehmer erkunden die Gefühle und Bedürfnisse der anderen hinsichtlich eines Rückfalls und lernen Strategien für den Umgang mit einem Rückfall kennen.	67 - 68
7	Opioide und Partydrogen	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über das Wesen und die Prävalenz von Heroin und Partydrogen. Sie erfahren auch etwas über die Risiken für Gesundheit und Genesung ausgehend von Heroin, GHB, Rohypnol, LSD und Ecstasy.	69 – 79
8	Familien in der Genesung	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über den Genesungsprozess und darüber, wie sie zur Rückfallvermeidung zusammenarbeiten können.	80 - 90
9	Vertrauen wieder aufbauen	Multi-Familien-Gruppen-gespräch	Die Teilnehmer erkunden die wichtige Rolle, die Vertrauen in der Genesung spielt, und wie sie beginnen können, geschädigte Beziehungen zu reparieren.	91
10	Marihuana	PowerPoint-Präsentation	Die Teilnehmer erfahren mehr über das Wesen und die Prävalenz von Marihuana, einschließlich der Risiken für Gesundheit und Genesung.	92 - 98
11	Mit einer Abhängigkeit leben	Multi-Familien-Gruppen-gespräch	Die Teilnehmer erkunden Wege, wie Genesung das Familienleben beeinflussen kann, und besprechen Herausforderungen und Strategien.	99 - 100
12	Kommunikationsfallen	Multi-Familien-Gruppen-gespräch	Die Teilnehmer erkunden die wichtige Rolle, die Kommunikation in gesunden Beziehungen spielt, und die Probleme, die Kommunikation erschweren können.	101-104

2.2 Sitzung 1: Trigger und Suchtdruck (PowerPoint-Präsentation)

2.2.1 Überblick

2.2.1.1 Ziele der Sitzung

- Helfen Sie den Teilnehmern, die Beziehung zwischen dem Lust- und Belohnungssystem im Gehirn und der Abhängigkeit zu verstehen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, den Abhängigkeitsprozess zu erkennen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, Entstehung und Verlauf von Suchtdruck zu verstehen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, den Zusammenhang zwischen Triggern und Suchtdruck zu erkennen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, Wege zu finden, um Trigger und Suchtdruck anzugehen.

2.2.1.2 Handouts

- FE 1A—Eine Definition der Sucht: *American Society of Addiction Medicine*
- FE 1B—Gedanken stoppen

2.2.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 18 bis 25 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.2.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.2.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.2.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.2.2.1 Folie 1.1 – Trigger und Suchtdruck

- Diese Präsentation beginnt mit einem Überblick über Sucht und Abhängigkeit und konzentriert sich dann auf die Entwicklung von Sucht und Suchtdruck und die Beziehung zwischen äußeren und inneren Triggern und Suchtdruck.
- Durch das Verstehen dieses Prozesses können sowohl Patienten als auch Angehörige Suchterkrankungen auf eine neue, verständnisvollere Weise betrachten und sehen, was sich hinter vielen der Ratschläge an Patienten im Rahmen der Behandlung verbirgt.
- Kurz gesagt, Trigger führen zu Suchtdruck und Suchtdruck führt zum Drogen- oder Alkoholkonsum.
- Der gesunde Menschenverstand sagt uns, dass die Nähe zu Personen, Orten oder Situationen, die in der Vergangenheit zum Substanzkonsum führten, das Risiko eines erneuten Konsums erhöhen kann.
- Der Einfluss von Triggern auf das Gehirn macht die Empfehlung, Trigger zu vermeiden, zu mehr als nur einer guten Idee. Es gibt keinen anderen zuverlässigen Weg, um Suchtdruck und einen Rückfall zu vermeiden.

2.2.2.2 Folie 1.2 – Veränderungen im Gehirn

- Sucht ist eine neurobehaviorale Störung. Um zu verstehen, was das bedeutet, müssen wir uns zwei wichtige Hirnregionen ansehen: den präfrontalen Kortex und das limbische System.
- In einem gesunden Gehirn ist der präfrontale Kortex, oder eben der äußere Teil des Gehirns, für das rationale Denken zuständig. Es ist der Entscheidungsträger, der Bordcomputer des menschlichen Wesens.
- Unterhalb des Kortex befindet sich der viel ältere, primitivere Teil der Anatomie des Gehirns: das limbische System.
- Zu einem mehr oder weniger großen Maß ist dieser tiefer gelegene Teil des Gehirns in alle Arten der Sucht involviert. Es ist der Teil, in dem das Lust- und Belohnungszentrum liegt und wo die meisten, wenn nicht alle, Überlebensmechanismen herkommen.
- Die Lust ist eine mächtige biologische Überlebenskraft. Wenn Sie etwas Angenehmes tun, ist das Gehirn so verschaltet, dass man dazu tendiert, es wieder zu tun.
- Im Gegensatz zum Kortex unterliegt das limbische System nicht der bewussten, oder willkürlichen, Kontrolle. Die starken Effekte von Drogen und Alkohol auf diesen und andere Teile des Gehirns kann zu abhängigem Konsum führen, was die normalen, rationalen Beschränkungen des Verhaltens mindert.
- Ein andauernder Drogenkonsum verändert das Gehirn in einer fundamentalen und nachhaltigen Weise. Diese Veränderungen sind eine wesentliche Komponente der Sucht an sich.
- Die Akzeptanz der Sucht als komplizierte Beziehung zwischen dem Gehirn und dem Verhalten ist ein Schritt in Richtung Genesung.

2.2.2.3 Folie 1.3 – Konditionierung

- Der Teil des Gehirns, der durch stimmungsverändernde Substanzen beeinflusst wird, ist derselbe Teil des Gehirns, der uns nach Nahrung suchen lässt, wenn wir hungrig sind, und nach Wasser, wenn wir durstig sind, und der für den Sexualtrieb verantwortlich ist.
- Hunger, Durst, sexuelles Verlangen und das Bedürfnis nach Fürsorge sind natürliche Bedürfnisse. Die Befriedigung dieser Bedürfnisse fördert unser Überleben als Individuum und als Spezies. Wenn ein Bedürfnis nicht befriedigt wird (z. B. wenn eine Person längere Zeit nicht gegessen hat), dann übermannt die Befriedigung dieses Bedürfnisses alle anderen Bedenken.
- Bei einem langfristigen Drogen- oder Alkoholkonsum kann sich das Gehirn neu verschalten und auf diese Substanzen so anpassen, als ob das Überleben von ihnen abhängig wäre.
- Es gibt eine Demonstration, die die Macht von Drogen auf das Gehirn und das Verhalten widerspiegelt:
 - Wenn man eine in Gefangenschaft gehaltene Maus freilässt und sie die Möglichkeit hat, in einen gut ausgeleuchteten oder in einen dunklen Bereich zu laufen, wird sie immer in die Dunkelheit laufen.
 - Mäuse und andere kleine Nagetiere wurden dazu konditioniert, automatisch die Dunkelheit aufzusuchen, weil sie die Dunkelheit vor Raubtieren schützt. Diese tief verwurzelten Überlebensmechanismen entwickelten sich in dieser Spezies über Millionen von Jahren.
 - Wenn man der Maus Kokain in dosierten Mengen in dem beleuchteten Bereich verabreicht, wird die Maus jedes Mal, wenn sie aus dem Käfig freigelassen wird, in diesen beleuchteten Bereich laufen. Dieses klassische Experiment demonstriert eine „konditionierte Ortspräferenz“, bei der eine über Millionen von Jahren erfolgte Konditionierung umgekehrt wird.

2.2.2.4 Folie 1.4 – Pawlow

- Um die Beziehung zwischen Triggern und Suchtdruck zu verstehen, ist es wichtig, ein wenig von dem Prozess der Konditionierung zu verstehen.
- I. P. Pawlow, ein russischer Wissenschaftler, erhielt den Nobelpreis für eine Reihe von Experimenten zu den physischen Prozessen der Verdauung.
- Diese Experimente wurden von einigen seiner Studenten fortgeführt und die Schlussfolgerungen aus diesen Experimenten wurden als Grundprinzipien der klassischen Konditionierung bekannt.

2.2.2.5 Folie 1.5 – Der Pawlow'sche Hund

- Pawlow fütterte Hunde und läutete zur selben Zeit eine Glocke.
- Die Hunde sahen und rochen das Futter, wodurch ein Teil ihres Gehirns stimuliert, oder getriggert, wurde, woraufhin sie in Erwartung des Futters Speichel und Magensäure produzierten.
- Nach einer relativ kurzen Zeit läuteten Pawlow und seine Kollegen die Glocke *ohne* vorhandenes Futter, und die Hunde produzierten immer noch so Speichel und Magensäure, als ob das Futter da wäre.

- Die Hunde verbanden das Läuten der Glocke, dem **Trigger**, mit der Vorfreude auf das Futter und reagierten dann (unfreiwillig) physisch auf diesen mächtigen Trigger, oder Stimulus, der Glocke.
- Wenn ein Hund erst einmal auf diese Art und Weise konditioniert war, produzierte er beim Läuten der Glocke weiterhin diese Flüssigkeiten, ungeachtet wie schlau oder gut trainiert der Hund war. Er hatte keine Wahl; die einzige Möglichkeit, wie die Pawlow'schen Hunde das Sabbern vermeiden konnten, war die Vermeidung der Glocke.
- Die Hunde hatten eine konditionierte Reaktion auf die Glocke entwickelt.
- Das menschliche Gehirn reagiert auf ähnliche Weise auf konditionierte Drogen- und Alkoholtrigger, die Suchtdruck hervorrufen.
- Drogen und Alkohol bewirken Veränderungen im Gehirn, die zu Glücksgefühlen führen. Ereignisse, die die Personen erleben, oder Umgebungen, in denen sie sich befinden, wenn sie konsumieren, sind wie die Pawlow'sche Glocke. Sie führen dazu, dass die Personen Suchtdruck erleben (wie die Speichelproduktion als physische Reaktion der Hunde auf die Glocke), selbst wenn sie nicht konsumieren. Das Gehirn könnte sogar physische Reaktionen triggern, die denen ähnlich sind, welche anfänglich von der Droge selbst hervorgebracht wurden.
- Wenn zum Beispiel die Teilnehmer daran denken, an einer Zitrone zu lutschen, dann verziehen sie vielleicht ihre Lippen, ohne dass sie es wollen. Diese Reaktion basiert auf ihrer Erfahrung mit dem Probieren einer Zitrone in der Vergangenheit.
- Diese Art der Reaktion auf Drogentrigger tritt ungeachtet dessen auf, ob eine Person konsumieren will. Die abhängige Person kann die Reaktion des Gehirns nur durch das Vermeiden der Trigger verhindern.
- Trigger und Suchtdruck sind Erkennungsmerkmale der Sucht.

2.2.2.6 Folie 1.6 – Eine Definition von Abhängigkeit

- Auf Handout FE 1A befindet sich eine Definition für Abhängigkeit von der *American Society of Addiction Medicine*.
- „Primär“ bedeutet, dass Abhängigkeit nicht nur ein Symptom einer anderen Erkrankung oder Störung ist; es ist eine Erkrankung an sich.
- „Chronisch“ bedeutet, dass die Erkrankung im Laufe der Zeit weiterbesteht und behandelt, aber nicht geheilt werden kann. Beispiele für andere chronische Erkrankungen sind unter anderem Diabetes und Herzerkrankungen.
- Die Definition besagt, dass genetische, psychosoziale und Umweltfaktoren die Entwicklung und Manifestation (Symptome) der Erkrankung beeinflussen können.
- „Genetisch“ bedeutet, dass manche Menschen mit einer bestimmten Empfänglichkeit für Drogen- oder Alkoholabhängigkeit geboren werden.
- „Psychosoziale und Umweltfaktoren“ bedeutet, dass das emotionale, geistige und soziale Leben einer Person ebenso wie Angehörige, Gleichaltrige, Lebenssituation, berufliche oder schulische Situation und andere Lebensumstände einen Einfluss darauf haben können, ob und wie sich eine Abhängigkeit entwickelt.
- Es ist wichtig, diese psychosozialen und Umweltfaktoren zu berücksichtigen, wenn man sich die Trigger einer Person für den Drogen- oder Alkoholkonsum ansieht.

2.2.2.7 Folie 1.7 – Der Abhängigkeitsprozess

- Der Rest dieser Sitzung wird dem Entwicklungsprozess der Abhängigkeit im Laufe der Zeit gewidmet, mit dem Fokus auf Suchtdruck und dem Triggern von Suchtdruck.
- Man kann den Abhängigkeitsprozess in vier Phasen betrachten: die Einführungsphase (*introductory phase*), die Erhaltungsphase (*maintenance phase*), die Ernüchterungsphase (*disenchantment phase*) und die Desasterphase (*disaster phase*).
- Während jeder Phase erleben die Personen eine Zunahme an zwanghaftem Denken, Suchtdruck, Konsum und der sich daraus ergebenden Konsequenzen.
- Obwohl sich die Folien spezifisch auf Methamphetamin beziehen, ist der Abhängigkeitsprozess bei anderen Drogen und Alkohol nahezu der gleiche.

2.2.2.8 Folie 1.8 – Abhängigkeitsprozess (Einführungsphase)

- Der Konsum von Methamphetamin (oder einer anderen Droge oder Alkohol) ist während der Einführungsphase des Abhängigkeitsprozesses relativ selten.
- Der Konsum kann sich auf wenige Male im Jahr beschränken, zufällig oder nur bei speziellen Anlässen vorkommen.
- Das Positive am Drogen- oder Alkoholkonsum scheint das Negative zu überwiegen.

2.2.2.9 Folie 1.9 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Einführungsphase)

- Unbewusst konditionieren Menschen, die Drogen oder Alkohol konsumieren, ihr Gehirn jedes Mal, wenn sie konsumieren. Sie erleben aber nur eine schwache Verbindung zwischen Personen, Orten oder Ereignissen und dem Drogen- oder Alkoholkonsum.

2.2.2.10 Folie 1.10 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Einführungsphase)

- Während dieser Phase ist der Drogen- oder Alkoholkonsum nur eine kleine Komponente im gesamten gedanklichen Prozess einer Person.

2.2.2.11 Folie 1.11 – Entwicklung von Suchtdruck (Einführungsphase)

- Suchtdruck ist die kombinierte Erfahrung von Drogen- oder Alkoholtriggern, die das limbische System aktivieren, und andauernden Gedanken über den Konsum von Substanzen, die mit diesen Triggern assoziiert werden.
- Während der Einführungsphase wird das limbische System *direkt* durch Drogen oder Alkohol aktiviert und – je nachdem, ob es sich um eine stimulierende oder dämpfende Substanz handelt – nimmt die physiologische Erregung entweder zu oder ab (z. B. beschleunigt Methamphetamin die Herz- und Atemfrequenz, während Heroin die Herz- und Atemfrequenz verlangsamt).

2.2.2.12 Folie 1.12 – Abhängigkeitsprozess (Erhaltungsphase)

- Während der Erhaltungsphase des Abhängigkeitsprozesses steigt die Häufigkeit des Drogen- und Alkoholkonsums auf einen vielleicht monatlichen oder wöchentlichen Konsum an.
- Die Waage beginnt, sich weg vom Positiven zu neigen.

2.2.2.13 Folie 1.13 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Erhaltungsphase)

- Die Konditionierung schreitet voran. Die Personen, Orte und Dinge, die mit dem Drogen- und Alkoholkonsum assoziiert wurden, sind zu Triggern geworden.
- Eine Exposition gegenüber diesen Triggern führt zu Gedanken über Drogen- und Alkoholkonsum.
- Diese Gedanken rufen moderate physiologische Reaktionen hervor, die zu dem Drang führen, Drogen und Alkohol zu finden und zu konsumieren.

2.2.2.14 Folie 1.14 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Erhaltungsphase)

- Gedanken über Drogen- und Alkoholkonsum treten häufiger auf.

2.2.2.15 Folie 1.15 – Entwicklung von Suchtdruck (Erhaltungsphase)

- Eine schwache physiologische *Erregung (Arousal)* tritt in Situationen auf, die eng mit Drogen- und Alkoholkonsum assoziiert werden.
- Sobald der Person Drogen- und Alkoholtrigger begegnen, wird das limbische System aktiviert und es kommt zum Suchtdruck nach Drogen und Alkohol.
- Wenn letztlich dann Drogen und Alkohol eingenommen werden, tritt ein entsprechender physiologischer Zustand ein.

2.2.2.16 Folie 1.16 – Abhängigkeitsprozess (Ernüchterungsphase)

- Während der Ernüchterungsphase kippt die Waage vom Positiven ins Negative.
- Die Folgen des Drogen- und Alkoholkonsums sind schwerwiegend, und das Leben der Person wird unüberschaubar.
- Die rationale Entscheidung an diesem Punkt ist, den Konsum zu beenden. Das Kortexareal des Gehirns hat allerdings keine Kontrolle mehr.
- Denken, Bewerten und Entscheidungsprozesse scheinen weiterhin stattzufinden, das Verhalten aber basiert nicht immer auf rationalem Denken.
- Die Personen beschließen vielleicht aufrichtig, den Konsum zu beenden, und dennoch sehen sie sich beim ersten Gedanken an Drogen und Alkohol, bei der ersten Begegnung mit jemandem, mit dem sie konsumierten, bei vorhandenem Bargeld oder bei anderen starken Triggern dazu nicht mehr in der Lage.

2.2.2.17 Folie 1.17 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Ernüchterungsphase)

- An diesem Punkt überqueren die Personen normalerweise die Grenze zur Abhängigkeit und konsumieren weiter, ungeachtet der ernstzunehmenden negativen physischen und sozialen Folgen.
- In dieser Phase rufen Trigger eine starke physiologische Reaktion hervor, die die Personen zum Erwerb und Konsum von Drogen und Alkohol treibt.

2.2.2.18 Folie 1.18 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Ernüchterungsphase)

- Während der Ernüchterungsphase nimmt die Häufigkeit der Gedanken an Drogen und Alkohol zu, was die meisten Gedanken über andere Aspekte des Lebens verdrängt.

2.2.2.19 Folie 1.19 – Entwicklung von Suchtdruck (Ernüchterungsphase)

- In dieser Phase ist der Suchtdruck stark.
- Die Personen empfinden eine übermächtige physische Reaktion in Situationen, die immer weiter von Drogen oder Alkohol entfernt sind.
- Der Suchtdruck ist fast so stark wie die tatsächliche physische Reaktion auf Drogen und Alkohol.

2.2.2.20 Folie 1.20 – Abhängigkeitsprozess (Desasterphase)

- In der Desasterphase verläuft der Drogen- und Alkoholkonsum oft automatisch.
- Die Personen können dem Drogen- und Alkoholkonsum nicht widerstehen.
- Das Verhalten der Personen in dieser Phase ist ähnlich dem Verhalten von süchtigen Labortieren, die Drogen konsumieren bis sie sterben.

2.2.2.21 Folie 1.21 – Konditionierungsprozess während der Abhängigkeit (Desasterphase)

- In dieser Phase konsumieren die abhängigen Personen entweder täglich oder in exzessiven Episoden, welche meist nur durch physische Zusammenbrüche, Krankenhausaufenthalte oder Verhaftungen unterbrochen werden.
- Der konstant übermächtige Suchtdruck aus dem limbischen System überwältigt den Kortex.

2.2.2.22 Folie 1.22 – Entwicklung zwanghaften Denkens (Desasterphase)

- Gedanken über Drogen- und Alkoholkonsum dominieren das Bewusstsein der Person.

2.2.2.23 Folie 1.23 – Entwicklung von Suchtdruck (Desasterphase)

- In der Desasterphase kann Suchtdruck starke physiologische Effekte hervorrufen, die sogar die anfänglichen physiologischen Effekte der tatsächlichen Drogeneinnahme nachahmen können.

2.2.2.24 Folie 1.24 – Trigger – Gedanke – Suchtdruck – Konsum

- Suchtdruck kann durch äußere Trigger aktiviert werden.
- Trigger können Gedanken hervorrufen, die wiederum zu Suchtdruck werden und zum Konsum führen können.

2.2.2.25 Folie 1.25 – Unterbrechung

- Je früher diese Ereigniskette unterbrochen wird, desto eher wird ein Rückfall vermieden.
- Eine effektive Technik für den Umgang mit Triggern und Suchtdruck ist das Gedankenstoppen.

2.2.2.26 Folie 1.26 – Gedanken stoppen

- Vereinfacht gesagt unterbricht das Gedankenstoppen den gewohnten Prozess, der im Konsum oder Trinken gipfelt.
- Die normale Reaktion auf Konsumgedanken „argumentiert“ mit den sich entwickelnden Gedanken / dem Suchtdruck. Die Argumentation endet normalerweise damit, dass die Sucht gewinnt.
- Der Argumentation gehen Verhandlungen, Kompromisse, Rechtfertigungen und – möglicherweise – ein Rückfall voraus.
- Das Gedankenstoppen beendet diesen Prozess, bevor es zum Rückfall kommt, in dem es normalerweise den Suchtdruck anhält.
- Sollte das Gedankenstoppen funktionieren, aber die Gedanken häufig zurückkehren, dann müssen die Personen in der Genesung eventuell ihre unmittelbare Umgebung ändern oder sich mit Aufgaben beschäftigen, die die volle Konzentration erfordern.
- Zu Gedankenstopp-Techniken zählen:
 - Visualisierung
 - Entspannung
 - Gummiband schnippen (*Snapping*)
 - jemanden anrufen

2.2.2.27 Folie 1.27 – Visualisierung

- Wenn Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum aufkommen, dann können die Personen einen Schalter oder Hebel visualisieren und sich konkret vorstellen, wie sie ihn von AN auf AUS stellen, um die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum zu beenden.
- Es ist wichtig, einen anderen Gedanken als Ersatz für die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum parat zu haben.
- Es sollte ein angenehmer oder bedeutungsvoller Gedanke sein, der keinen Drogen- oder Alkoholkonsum beinhaltet.

2.2.2.28 Folie 1.28 – Snapping

- Die behaviorale Technik mit dem Gummiband hilft Menschen in der Genesung, ihre Aufmerksamkeit von den Konsumgedanken „wegzuschneiden“.
- Die abhängige Person trägt einfach ein Gummiband lose um ihr Handgelenk.
- Wenn Suchtdruck oder Konsumgedanken auftreten, dann lässt die Person das Gummiband leicht gegen ihr Handgelenk schnippen und sagt „NEIN“ (je nach Situation laut oder auch nicht) zu den Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum.
- Wie bei der Visualisierung muss die Person einen anderen Gedanken als Ersatz für die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum parat haben.
- Diese Technik funktioniert am besten, wenn die Personen das Gummiband immer um ihr Handgelenk tragen.

2.2.2.29 Folie 1.29 – Entspannung

- Suchtdruck ruft oft Gefühle der Leere, Schwermütigkeit und Magenkrämpfe hervor.
- Diese Gefühle können durch ein tiefes Einatmen (die Lungen mit Luft füllen) und ein langsames Ausatmen, das Ganze dreimal nacheinander, und durch das Fokussieren auf das Entspannen des Körpers, so gut wie möglich für ein paar Minuten, gelindert werden.
- Dieser Prozess kann so oft wie nötig wiederholt werden, wenn die Gefühle zurückkehren.

2.2.2.30 Folie 1.30 – Jemanden anrufen

- Mit einer anderen Person zu sprechen kann ein Ventil für die Gefühle sein und den Menschen ihren eigenen Gedankenprozess „hören“ lassen.
- Menschen im Genesungsprozess sollten die Telefonnummern von unterstützenden Personen *immer* bei sich tragen, so dass sie anrufen können, wann immer Unterstützung notwendig ist.
- Das Handout FE 1B stellt eine Liste von Anregungen für das Gedankenstoppen zur Verfügung.

2.3 Sitzung 2: Alkohol und Genesung (PowerPoint-Präsentation)

2.3.1 Überblick

2.3.1.1 Ziele der Sitzung

- Geben Sie den Teilnehmern sachliche Informationen über Alkohol.
- Geben Sie den Teilnehmern Informationen über die Risiken, die Alkohol für die Genesung darstellt.
- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen (oder die Erfahrungen ihrer Familienangehörigen) mit Alkohol und Genesung auszutauschen.

2.3.1.2 Handout

- FE 2—Informationsblatt: Alkohol

2.3.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 27 bis 35 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.3.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.3.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.3.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.3.2.1 Folie 2.1 – Alkohol und Genesung

- Diese Sitzung konzentriert sich auf das Thema Alkohol.
- Weil Alkohol so ein bedeutender und beherrschender Teil der westlichen Kultur ist, stellt es für eine Person im Genesungsprozess von einer Stimulanzienabhängigkeit eine besondere Herausforderung dar, *nicht* zu trinken.
- Menschen in der Genesung müssen verstehen, wie Alkohol ihren Körper, ihr Verhalten und ihre Genesung beeinflussen kann.
- Obwohl viele Menschen Alkohol nur gelegentlich und ohne Probleme konsumieren, ist Alkohol eine machtvolle Substanz, die dem Körper und dem Leben der Menschen ernsthaft schaden kann.

2.3.2.2 Folie 2.2 – Alkohol im Gehirn

- Alkohol beeinträchtigt viele chemische Systeme im Gehirn.
- Es existiert ein empfindliches Gleichgewicht zwischen den chemischen Systemen, die eine *stimulierende* Wirkung, und den chemischen Systemen, die eine *inhibitorische* oder hemmende Wirkung auf die Funktionen des Gehirns und Körpers haben.
- Alkohol stört und verändert dieses empfindliche Gleichgewicht.

2.3.2.3 Folie 2.3 – Adaption

- Wenn Menschen häufig und stetig Alkohol trinken, passt sich ihr Gehirn im Laufe der Zeit der Präsenz von Alkohol an.
- Dies geschieht durch die Produktion von mehr natürlich stimulierenden Chemikalien als normal.
- Da sich das Gehirn und der Körper anpassen, kann die Person vom Alkohol abhängig werden, um ein chemisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten.
- Wenn eine alkoholabhängige Person mit einem Mal aufhört zu trinken, kann das hohe Niveau stimulierender Chemikalien durch das Fehlen der dämpfenden Wirkung von Alkohol Entzugssymptome verursachen.
- Die Entzugssymptome variieren in Abhängigkeit davon, wie viel und wie lange die Person Alkohol getrunken hat.

2.3.2.4 Folie 2.4 – Entzugssymptome

- Folgende Entzugssymptome können auftreten:
 - Anfälle
 - Tremor (Zittern)
 - Übelkeit
 - akustische und visuelle Halluzinationen (Dinge hören und sehen, die nicht wirklich da sind)
 - Insomnie
 - Agitation (extreme Nervosität und Reizbarkeit)
 - Verwirrtheit

2.3.2.5 Folie 2.5 – Delirium tremens

- Alkoholentzug kann lebensbedrohlich sein.
- Delirium tremens (DT, auch: „Alkoholdelir“) ist ein gefährliches Entzugssyndrom.
- Ohne Behandlung stirbt 1 von 20 Personen mit dieser Symptomatik.¹
- Zu den DT-Symptomen zählen:
 - schnelle Herzfrequenz
 - erhöhte Körpertemperatur
 - erhöhter Blutdruck
 - beschleunigte Atmung
 - Schwitzen
 - Tremor
 - fehlende Kontrolle über muskuläre Bewegungen
 - veränderter geistiger Zustand
 - Halluzinationen
 - kardiovaskulärer Schock und Tod

2.3.2.6 Folie 2.6 – Inzidenz

- Die meisten Personen über 21 Jahre können moderate Mengen an Alkohol trinken, ohne dass sich ein Problem entwickelt.
- Aus dem *National Survey on Drug Use and Health* von 2003 geht hervor, dass etwa die Hälfte aller US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren und älter angibt, Alkohol zu trinken.²
- Das *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* schätzt, dass etwa 3 von 10 der erwachsenen US-Amerikaner (30 Prozent) auf einem Niveau trinken, welches ihr Risiko für physische, emotionale und soziale Probleme steigert.³
- Von diesen schweren Trinkern weist 1 von 4 gegenwärtig einen schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol auf.⁴

2.3.2.7 Folie 2.7 – Inzidenz nach Geschlecht und Alter⁵

- Im Allgemeinen berichten mehr Männer als Frauen, dass sie gegenwärtig trinken: In den USA gaben im Jahr 2003 57 Prozent der Männer und demgegenüber 43 Prozent der Frauen im Alter von 12 Jahren oder älter Alkoholkonsum im letzten Monat an.
- Die Rate der *Alkoholabhängigkeit* ist bei Frauen ebenfalls niedriger als bei Männern.
- Schätzungen deuten darauf hin, dass etwa ein Drittel der alkoholabhängigen Personen Frauen sind.
- Die Inzidenz von schwerem Alkoholkonsum ist unter jungen Erwachsenen zwischen 21 und 29 Jahren am höchsten und unter Erwachsenen im Alter von 65 Jahren oder älter am geringsten.

2.3.2.8 Folie 2.8 – Anfängliche Wirkung von Alkohol

- Wenn Menschen anfangen zu trinken, erleben sie
 - Gefühle des Wohlbefindens oder der Euphorie,
 - Redseligkeit und gesteigerte Geselligkeit,
 - eine niedrigere Hemmschwelle (Menschen können Dinge tun oder sagen, die sie sonst nicht tun oder sagen würden).

2.3.2.9 Folie 2.9 – Spätere Wirkung

- Mit fortgesetztem Alkoholkonsum fangen die Menschen an, sich sediert und schläfrig zu fühlen, und sie könnten
 - Gleichgewichtsprobleme bekommen,
 - ein beeinträchtigtes peripheres Sehen erleben (das sehen können, was sich seitlich von einem fokussierten Punkt befindet),
 - erbrechen,
 - einschlafen,
 - eine verzögerte Reaktionszeit haben,
 - lallen,
 - einen Blackout („Filmriss“) haben und sich nicht mehr erinnern, was in dieser Zeit passierte.

2.3.2.10 Folie 2.10 – Langzeiteffekte

- Schweres Trinken kann signifikante Schäden an Organsystemen des Körpers verursachen.
- „Schweres“ Trinken kann definiert werden als exzessives Trinken bei fünf oder mehr Anlässen im letzten Monat.
- Exzessives Trinken ist das Trinken von fünf oder mehr Gläsern bei einem Anlass, mindestens einmal im letzten Monat.
- Wenn Alkohol konsumiert wird, wird er vom Blutkreislauf aufgenommen und im Körper verteilt.
- Obwohl schweres Trinken üblicherweise mit Leberschädigungen assoziiert wird, kann es auch das Verdauungssystem, das kardiovaskuläre System, das Immunsystem, das endokrine System und das Nervensystem beeinträchtigen.

2.3.2.11 Folie 2.11 – Leber

- Die Leber ist der primäre Sitz der Alkoholverstoffwechslung (den Alkohol in andere Chemikalien aufspalten und aus dem Körper ausscheiden). Allerdings sind einige der durch diesen Prozess produzierten Chemikalien für die Leber selbst toxisch (giftig).
- Diese Toxine kumulieren im Laufe der Zeit, was zu einer alkoholbedingten Leberschädigung führt.
- Diese Schädigung kann entweder die Form einer Entzündung (Alkohol-Hepatitis) oder Vernarbung (Zirrhose) annehmen.
- Oftmals kommen bei derselben Person beide Formen der Schädigung vor.
- Alkoholabhängigkeit ist die Hauptursache für leberbedingte Todesfälle in den Vereinigten Staaten.
- Es wird geschätzt, dass mehr als zwei Millionen Menschen an einer Form von alkoholbedingter Lebererkrankung leiden.

2.3.2.12 Folie 2.12 – Verdauungssystem

- Alkohol beeinträchtigt auch das Verdauungssystem.
- Es hat sich gezeigt, dass exzessives Trinken eine chronische Entzündung des Ösophagus (Speiseröhre) verursachen kann, was zu Speiseröhrenkrebs führen kann.
- Erweiterte Blutgefäße im Ösophagus (Ösophagusvarizen) können durch eine Lebererkrankung verursacht werden.
- Diese Blutgefäße können platzen, was oft tödlich endet.
- Schwerer Alkoholkonsum steht mit Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) sowie mit Krebs im Rachenraum, Dickdarm und Enddarm in Verbindung.

2.3.2.13 Folie 2.13 – Kardiovaskuläres System

- Obwohl sich in einigen Studien gezeigt hat, dass moderater Alkoholkonsum (bei Frauen ein Glas, bei Männern zwei Gläser am Tag) das Herz schützt, steht schwerer Alkoholkonsum mit ernsthaften Herzerkrankungen in Verbindung:
 - Er beeinträchtigt die Pumpleistung des Herzens und führt zu unregelmäßigen und/oder schwachen Herzschlägen.
 - Es verursacht Bluthochdruck, was das Risiko eines Schlaganfalls steigern kann.
- Blutplättchen, die an der Gerinnung beteiligt sind, werden ebenfalls geschädigt, was das Blutungsrisiko erhöht.

2.3.2.14 Folie 2.14 – Immunsystem

- Alkohol kann das Immunsystem des Körpers (das Abwehrsystem gegenüber Krankheitserregern) durch eine Schädigung der weißen und roten Blutkörperchen ernsthaft beeinträchtigen.
- Menschen mit schwerem Alkoholkonsum haben mehr Infektionskrankheiten als Menschen mit moderatem Alkoholkonsum.
- Alkohol kann das Immunsystem zu einem Grad schädigen, bei dem das Immunsystem den Körper angreift. Dies kann zu einer alkoholbedingten Organschädigung (wie z. B. einem alkoholtoxischen Leberschaden) führen oder diese verschlimmern.

2.3.2.15 Folie 2.15 – Endokrines System

- Das endokrine System des Körpers (das Hormonsystem) kann durch einen Langzeitkonsum von Alkohol geschädigt werden.
- Das Gleichgewicht der Hormone Insulin und Glucagon, die den Blutzuckerspiegel regulieren, wird gestört. Diabetes kommt bei Menschen mit schwerem Alkoholkonsum häufig vor.
- Alkoholkonsum kann die Ausschüttung von reproduktiven Hormonen, Wachstumshormon und Testosteron verändern.
- Zu den Effekten von Alkohol auf das Hormonsystem zählen eine verringerte Größe der Hoden und Eierstöcke sowie eine gestörte Sperma- und Eizellenproduktion.
- Alkoholbedingte Veränderungen in den Hormonkonzentrationen stehen im Zusammenhang mit sexueller Dysfunktion, sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

2.3.2.16 Folie 2.16 – Nervensystem

- Schwerer Alkoholkonsum kann das Nervensystem schädigen. Zu diesen Schädigungen gehören:
 - periphere Neuropathie, die zu Taubheitsgefühlen und Kribbeln in den Beinen, Armen und/oder Händen führt
 - Wernicke-Enzephalopathie, die zu Augenbewegungsstörungen, Gang- und Standunsicherheit führt
 - Korsakow-Syndrom, das zu erheblichen Gedächtnisdefiziten führt, wodurch neues Lernen verhindert wird
- Zusätzlich zu diesen neuronalen Störungen weisen die meisten Menschen mit schwerem Alkoholkonsum einen gewissen geistigen Funktionsverlust, ein reduziertes Gehirnvolumen und Veränderungen in der Funktionsweise der Gehirnzellen auf.

2.3.2.17 Folie 2.17 – Behaviorale Effekte

- Alkohol kann behaviorale und physische Probleme verursachen.
 - Alkoholkonsum steht im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, Kindesmissbrauch und Körperverletzung.
 - Der Konsum steht im Zusammenhang mit allen Arten von Unfällen.
 - Je mehr eine Person trinkt, desto größer ist das Potential für Probleme zu Hause, am Arbeitsplatz, mit Freunden und sogar mit Fremden. Zu diesen Problemen können folgende gehören:
 - Streitigkeiten mit oder Trennung von dem Partner oder anderen Familienangehörigen
 - angespannte Beziehungen zu Kollegen
 - zunehmend häufige Abwesenheit von oder Verspätungen zur Arbeit
 - Verlust des Arbeitsplatzes wegen nachlassender Leistung
 - Gewalt ausüben oder Opfer von Gewalt werden
 - Autounfälle und/oder Verhaftungen wegen Fahren unter Alkoholeinfluss

2.3.2.18 Folie 2.18 – Alkohol und Frauen⁶

- Alkohol beeinträchtigt Frauen auf eine andere Art und Weise als Männer:
 - Langfristig entwickeln Frauen im Vergleich zu Männern schneller und nach weniger Alkoholkonsum alkoholbedingte Störungen.
 - Frauen entwickeln im Vergleich zu Männern schneller und nach weniger Alkoholkonsum eine alkoholische Lebererkrankung. Frauen entwickeln im Vergleich zu Männern eher eine Alkohol-Hepatitis (Leberentzündung) und sterben auch eher an einer Zirrhose.
 - Frauen sind für alkoholbedingte Gehirnschäden anfälliger als Männer.
 - Unter Personen mit schwerem Alkoholkonsum haben Frauen und Männer ähnliche Raten an alkoholbedingten Herzerkrankungen, obwohl Frauen im Laufe ihres Lebens weniger Alkohol trinken als Männer.
- Bei manchen Frauen kann bereits moderater Alkoholkonsum das Brustkrebsrisiko leicht erhöhen.

2.3.2.19 Folie 2.19 – Alkohol und Schwangerschaft

- Eine Frau, die während ihrer Schwangerschaft trinkt, setzt ihr Baby einem hohen Risiko schwerwiegender Probleme aus.
- Babys von Frauen, die während ihrer Schwangerschaft getrunken haben, können eine geistige Behinderung oder andere Lern- und Verhaltensprobleme haben.
- Die Forschung hat *keine* Menge an Alkohol während der Schwangerschaft als sicher befunden.

2.3.2.20 Folie 2.20 – Fetale Alkoholspektrum-Störungen

- Das größte Risiko ist die Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD).
- FASD ist in den Vereinigten Staaten die führende bekannte Ursache für eine vermeidbare geistige Behinderung.⁷

2.3.2.21 Folie 2.21 - Fetale Alkoholspektrum-Störungen (kognitive und behaviorale Beeinträchtigungen)⁸

- Obwohl die Auswirkungen einer FASD variieren, haben Kinder mit dem Syndrom kognitive und behaviorale Beeinträchtigungen.
- Behaviorale und neurologische Probleme im Zusammenhang mit FASD können zu schwachen akademischen Leistungen sowie rechtlichen und beruflichen Schwierigkeiten im Jugend- und Erwachsenenalter führen.

2.3.2.22 Folie 2.22 - Fetale Alkoholspektrum-Störungen (kraniofaziale Besonderheiten)

- Kinder mit schwerer FASD haben gewöhnlich markante Besonderheiten an Gesicht und Kopf, wie
 - Hautfalten an den Augenwinkeln,
 - ein niedriger Nasenrücken,
 - eine kurze Nase,
 - ein unscharfes Philtrum (die vertikale Rinne zwischen Nase und Oberlippe),
 - ein kleiner Kopfumfang,
 - schmale Augen,
 - ein kleines Mittelgesicht,
 - eine schmale Oberlippe.

2.3.2.23 Folie 2.23 – Totale Abstinenz

- Schwerer Alkoholkonsum hat offensichtliche schädigende Folgen.
- Allerdings kann gelegentlicher, geringer Alkoholkonsum auf eine Person im Genesungsprozess einen schädigenden Effekt haben, selbst wenn die Person nie zuvor Probleme mit Alkohol erlebt hat.
- Patienten in der Matrixbehandlung werden aufgefordert, den Konsum illegaler Drogen *und* Alkohol einzustellen, ganz gleich, welche Droge (oder Drogen) sie in die Behandlung gebracht hat.

2.3.2.24 Folie 2.24 – Alkoholtrigger sind überall

- Eine Person im Genesungsprozess, die versucht, den Alkoholkonsum zu beenden, steht vor einem harten Kampf.
- Externe Trigger bombardieren die Menschen in der Genesung. Alkoholkonsum könnte als Norm angesehen werden, insbesondere bei sozialen Anlässen und Feierlichkeiten.
- Alkohol begleitet oft bestimmte Aktivitäten: Wein zum Abendessen, ein Bier beim Spiel, ein Drink nach der Arbeit.
- Für eine Person in der Genesung ist es schwer, einen typischen Tag zu überstehen, ohne über die viele Dinge zu stolpern, die an Alkohol erinnern – sowohl kulturell als auch persönlich.
- Werbung, Filme und TV-Serien verbinden das Trinken damit, glücklich, beliebt und erfolgreich zu sein.
- Menschen in der Genesung treffen auf Kollegen, Freunde und Angehörige, mit denen sie früher getrunken haben, und kommen an Bars oder Spirituosenläden vorbei, die sie häufig aufsuchten.
- Alkohol ist allgegenwärtig bei Feierlichkeiten, wie Partys und Hochzeiten.
- Eine Person im Genesungsprozess, die nicht trinkt, könnte sich außen vor gelassen oder weniger cool fühlen.

2.3.2.25 Folie 2.25 – Innere Trigger

- Innere Trigger bergen ebenfalls Probleme:
 - Depressionen, Angst und Einsamkeit sind alles Charakteristika des Genesungsprozesses.
 - Diese und andere emotionalen Zustände, wie zum Beispiel Stress, Wut und Schuldgefühle, sind für viele Menschen Schlüsselreize für das Trinken von Alkohol.
 - Angesichts der emotionalen Auswirkungen durch die Abstinenz von anderen Substanzen könnten es die Personen in der Genesung als gerechtfertigt empfinden, sich dem Alkohol zuzuwenden, um ihren geistigen Zustand zu „entlasten“.

2.3.2.26 Folie 2.26 – Rückfallwarnung

- Trotz der Schwierigkeiten ist es allerdings für Personen, die von einer Stimulanzienabhängigkeit genesen, entscheidend, dem Alkohol zu entsagen.
- Ein Grund dafür ist, dass Studien zeigen, dass Personen, die Stimulanzien konsumieren, *acht Mal* wahrscheinlicher mit Stimulanzien rückfällig werden, wenn sie Alkohol trinken, als wenn sie keinen Alkohol trinken.⁹

2.3.2.27 Folie 2.27 – Rückfall

- Alkohol setzt die Hemmschwelle herab und lässt die Person bei jedem Konsumgedanken, den sie eventuell hat, eher impulsiv handeln.
- Weil Alkohol den rationalen, logisch denkenden Teil des Gehirns beeinträchtigt, sind Menschen, die Alkohol trinken, schlecht gewappnet gegenüber Triggern für Stimulanzienkonsum, denen sie begegnen.
- Zusätzlich treffen Menschen, die Alkohol trinken, eher auf Trigger als diejenigen, die nicht trinken. Zum Beispiel könnte Alkohol
 - die Personen in der Genesung in Kontakt mit anderen Personen bringen, die Stimulanzien konsumieren;
 - die Personen in der Genesung in eine „Partystimmung“ versetzen, die den Wunsch zum Stimulanzienkonsum triggern kann;
 - den Wunsch nach einem Rauschzustand von Stimulanzien triggern.

2.3.2.28 Folie 2.28 – Andere Gründe für Enthaltensamkeit

- Es gibt weitere Gründe, sich dem Alkohol zu enthalten. Wenn Menschen lernen, mit Problemen umzugehen, ohne sich in Stimulanzien zu flüchten, ist der Alkoholkonsum zum Betäuben des unangenehmen Lernprozesses aus zwei Gründen kontraproduktiv:
 - Das Trinken von Alkohol hindert die Person daran, dem Problem ihres Stimulanzienkonsums direkt entgegenzutreten.
 - Das Trinken setzt die Person in der Genesung dem Risiko aus, vom Alkohol abhängig zu werden, noch während sie versucht, ihre Stimulanzienabhängigkeit zu überwinden.

2.3.2.29 Folie 2.29 – Der Plan, nicht zu trinken

- Für Menschen in der Genesung ist es wichtig zu *planen*, nicht zu trinken, statt einfach nur zu warten, bis sie mit einem Trigger oder dem Drang zu trinken konfrontiert werden. Menschen in der Genesung können zum Beispiel:
 - über andere Möglichkeiten des Feierns nachdenken
 - vermeiden, mit anderen zusammen zu sein, die trinken
 - über Möglichkeiten nachdenken, wie sie mit Freunden Zeit ohne Alkohol verbringen können
 - Freundschaften mit anderen Menschen im Genesungsprozess schließen
 - üben, „Nein, danke!“ zu sagen
 - vermeiden, in Bars und zu Partys zu gehen
 - Familienangehörige bitten, in ihrer Anwesenheit nicht zu trinken oder Alkohol im Haus zu haben

2.3.2.30 Folie 2.30 – Der Plan, es zu schaffen

- Eine Person im Genesungsprozess sollte einen Plan im Umgang mit den unangenehmen Gefühlen entwickeln, die während der Genesung aufkommen. Dieser Plan könnte Folgendes umfassen:
 - regelmäßig an Zwölf-Schritte- oder anderen Meetings der Selbsthilfe teilnehmen
 - in den Matrix-Gruppensitzungen offen über Gefühle sprechen
 - sich einen Zwölf-Schritte-Sponsor suchen
 - regelmäßig Entspannungstechniken praktizieren
 - HALT praktizieren (nicht zu hungrig, wütend, einsam oder müde werden)
 - einen Weg finden, sich daran zu erinnern, dass unangenehme Gefühle in der Genesung normal sind und vorübergehen
 - therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, wenn die Gefühle nicht mehr zu bewältigen sind
- Handout FE 2—Informationsblatt: Alkohol fasst die in dieser Sitzung vermittelten Informationen zusammen.

1 Tevisan, L., Boutros, N., Petrakis, I. & Krystal, J. H. Complications of alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World* 22(1):61–66, 1998.

2 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.

3 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients who drink too much: A Clinician's Guide*, 2005 Edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005.

4 Ebd.

5 Siehe Fußnote 2.

6 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, Dezember 1999 (Stand: Oktober 2000).

7 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol Alert* 50, Dezember 2000 (Stand: April 2001).

8 Ebd.

9 Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R. & Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117-127, 1995.

2.4 Sitzung 3: Genesung (Forum-Präsentation)

2.4.1 Überblick

2.4.1.1 Ziele der Sitzung

- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, Geschichten von erfolgreicher Genesung zu hören.
- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, einzelnen Personen in der Genesung Fragen zu stellen.
- Stellen Sie wichtige Informationen über den Genesungsprozess auf eine persönliche Art, die die Teilnehmer einbezieht, zur Verfügung.

2.4.1.2 Handouts

- FE 3A—Richtlinien für Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen
- FE 3B—Richtlinien für Angehörige, die am Forum teilnehmen
- FE 3C—Richtlinien für abstinente Personen, die am Forum teilnehmen

2.4.1.3 Vorbereitung

Mindestens eine Woche vor der Sitzung bestimmt der Therapeut vier oder fünf Teilnehmer des Forums, lädt sie ein und gibt ihnen eine Orientierung. Das Forum sollte eine Mischung aus Programmabsolventen, die in ihrer Genesung stabil und aktiv in einem Zwölf-Schritte-Programm oder einer anderen Selbsthilfegruppe einbezogen sind, und Familienangehörigen von Programmabsolventen sein, die bei Al-Anon oder in einer anderen Selbsthilfegruppe an ihrem eigenen Genesungsprogramm arbeiten. Wenn der Therapeut keinen geeigneten Absolventen ausmachen kann, sollte er sich an die örtlichen Anonymen Alkoholiker (AA) oder Narcotics Anonymous (NA) wenden, um Personen vor Ort zu identifizieren, die sich in der Genesung befinden und bereit wären, am Forum teilzunehmen.

Der Therapeut stellt sicher, dass Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen, vor der Sitzung eine Kopie des Handouts FE 3A—Richtlinien für Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen, und Angehörige von Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen, eine Kopie des Handouts FE 3B—Richtlinien für Angehörige, die am Forum teilnehmen, erhalten. Wenn der Therapeut AA- oder NA-Mitglieder mit einbezieht, sollte er diesen Teilnehmern bei ihrem Eintreffen in der Einrichtung eine Kopie des Handouts FE 3C—Richtlinien für abstinente Personen, die am Forum teilnehmen, geben.

Kurz vor der Sitzung sollte der Therapeut die Teilnehmer des Forums daran erinnern, dass sie etwa 10 Minuten Zeit haben werden, um ihre Geschichte unter Berücksichtigung der auf dem Handout genannten Richtlinien zu erzählen.

2.4.2 Präsentation (45 Minuten)

Der Therapeut stellt die Teilnehmer des Forums vor und unterstützt jede Präsentation, um sicherzustellen, dass jeder Teilnehmer zielorientiert bleibt und nicht zu viel Zeit beansprucht. Der Therapeut kann einem Teilnehmer des Forums eine der Handout-Fragen stellen, sollte er Schwierigkeiten haben, beim Thema zu bleiben. Der Therapeut sollte zusätzliche Kopien der Handouts dabei haben, damit sich die Teilnehmer des Forums bei Bedarf auf diese beziehen können.

2.4.2.1 Frage-Antwort-Zeit (30 Minuten)

Der Therapeut ermutigt die Gruppenteilnehmer, Fragen an die Teilnehmer des Forums zu stellen, und leitet die Gesprächsrunde. Wenn das Gespräch abebbt, dankt der Therapeut den Teilnehmern des Forums und entlässt sie.

2.4.2.2 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.5 Sitzung 4: Methamphetamin und Kokain (PowerPoint-Präsentation)

2.5.1 Überblick

2.5.1.1 Ziele der Sitzung

- Informieren Sie sachlich darüber, wie Methamphetamin und Kokain auf das Gehirn wirken.
- Informieren Sie sachlich über die psychischen und physischen Effekte von Methamphetamin.
- Informieren Sie sachlich über die psychischen und physischen Effekte von Kokain.
- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, über die Auswirkungen, die Stimulanzien auf sie oder ihre Familienangehörigen hatten, zu sprechen.

2.5.1.2 Handouts

- FE 4A—Informationsblatt: Methamphetamin
- FE 4B—Informationsblatt: Kokain

2.5.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 39 bis 51 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.5.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

Der Therapeut möchte vielleicht die Besprechung in zwei Teile unterteilen und zwischen der Präsentation über Methamphetamin (Folien 4.10 – 4.28) und der Präsentation über Kokain (Folien 4.29 – 4.44) unterbrechen.

2.5.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.5.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.5.2.1 Folie 4.1 – Methamphetamin und Kokain

- Diese Sitzung konzentriert sich auf die Themen Methamphetamin (Meth) und Kokain.
- Beide sind in hohem Maße suchterzeugende Stimulanzien, die sich in vielerlei Hinsicht ähneln, obwohl es auch bedeutsame Unterschiede gibt.

2.5.2.2 Folie 4.2 – Unterschiede zwischen Kokain und Methamphetamin

- Kokain und Methamphetamin unterscheiden sich darin, dass Kokain im Körper viel schneller abgebaut wird als Methamphetamin und somit die Wirkung, oder der Rausch, von Kokain nicht so lange anhält.
- Die Wirkung von Kokain hält nur 1 bis 2 Stunden an, während die Wirkung von Methamphetamin für 8 bis 12 Stunden anhält.
- Der Entzug von Methamphetamin kann ebenfalls länger andauern und die Entzugssymptome können intensiver sein als bei Kokain.

2.5.2.3 Folie 4.3 – Dopamin

- Die Effekte von Meth und Kokain werden von ihren Effekten auf *Dopamin* verursacht – einer Chemikalie, die im Gehirn immer vorhanden ist.
- Dopamin spielt eine wichtige Rolle bei
 - Körperbewegung,
 - Denken,
 - Motivation und Belohnung,
 - Gefühlen des Wohlbefindens.
- Dopamin spielt auch eine wichtige Rolle bei der Abhängigkeit von jeder Droge.

2.5.2.4 Folie 4.4 – Beispiele für die dopaminerge Wirkung

- Wenn eine Person natürlichen Aktivitäten wie Essen, Trinken und Sex nachgeht, wird Dopamin von Gehirnzellen ausgeschüttet und erzeugt durch die Stimulierung anderer Zellen im Gehirn unmittelbare (obgleich kurz andauernde) Gefühle des Wohlbefindens.
- Diese Gefühle belohnen die genannten basalen Aktivitäten und motivieren Menschen, sie zu wiederholen, um ein Überleben zu sichern.

2.5.2.5 Folie 4.5 – Ungleichgewicht von Dopamin

- Wenn Dopamin aus dem natürlichen Gleichgewicht gebracht wird (zum Beispiel durch eine Droge), kann das zu negativen Folgen bei der Person führen:
 - Zu *viel* Dopamin kann Nervosität, Reizbarkeit, Aggressivität, Ängste ohne Realitätsbezug und bizarre Gedanken hervorrufen.
 - Zu *wenig* Dopamin steht im Zusammenhang mit niedergeschlagener Stimmung, Schläfrigkeit sowie dem Tremor und der Unfähigkeit zur Bewegungskontrolle bei der Parkinson-Krankheit.

2.5.2.6 Folie 4.6 – Dopamin und Stimulanzen

- Wenn eine Person Meth oder Kokain konsumiert, steht dem Gehirn zu viel Dopamin zur Verfügung.
- Obwohl jede Droge die Dopaminmenge im Gehirn unterschiedlich steigert, sind viele der Effekte gleich.
- Wenn eine Person erst einmal anfängt, Meth oder Kokain einzunehmen, wird sie primär angenehme Effekte, aber auch einige negative Effekte erleben, die durch zu viel Dopamin verursacht werden.

2.5.2.7 Folie 4.7 – Dopamin und Stimulanzenkonsum im Laufe der Zeit

- Bei fortgesetztem Konsum von Meth oder Kokain wird das Dopaminsystem des Gehirns geschädigt.
- Bei zunehmender Schädigung wird die Person weiterhin einige angenehme Effekte, aber auch substantielle negative Effekte von Meth oder Kokain wahrnehmen.

2.5.2.8 Folie 4.8 – Konsum – Depression – Suchtdruck – Konsum

- Wenn die stimulierende und euphorisierende Wirkung von Meth oder Kokain nachlässt, könnte der Dopaminspiegel unter das normale Niveau absinken und die Person erlebt einen plötzlichen Stimmungsabfall und Antriebslosigkeit.
- Ermüdungserscheinungen und Depressionen kommen häufig vor.
- Diese negativen Gefühle bewirken bei der Person oft ein starkes Verlangen (*craving*), die Droge wieder zu nehmen.
- Im Laufe der Zeit (oft, sehr wenig Zeit) führt dieser Konsum-Depression-Suchtdruck-Konsum-Kreislauf zu einer Abhängigkeit.

2.5.2.9 Folie 4.9 – Administrationsweg

- Wie eine Droge eingenommen wird, beeinflusst:
 - wie schnell sie wirkt
 - die Stärke der Drogenwirkung, sowohl positive wie auch negative
 - die negativen Effekte, die eine Person erlebt
- Sowohl Meth als auch Kokain sind in unterschiedlichen Formen verfügbar, die
 - injiziert,
 - geraucht,
 - gesniftwerden können.

2.5.2.10 Folie 4.10 – Methamphetamin

- Das erste Stimulans, das wir besprechen werden, ist Meth, eine synthetische Droge, die aus gebräuchlichen Chemikalien hergestellt wird.

2.5.2.11 Folie 4.11 – Straßennamen

- Methamphetamin ist in den USA auf der Straße bekannt als:
 - Meth
 - Ice
 - Glass
 - Crank
 - Crystal
 - Speed
 - Chalk
 - Tweak

2.5.2.12 Folie 4.12 – Die Popularität von Meth¹

- Das *National Survey on Drug Use and Health* (NSDUH) von 2004 schätzt, dass 12 Millionen US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter mindestens einmal im Leben Meth konsumiert haben.
- Einige Befunde zeigen, dass sich der Konsum von Meth stabilisiert hat. Die Zahl der Personen, die Meth konsumieren, und die Zahl der Personen, die es zum ersten Mal probiert haben, sind in den Jahren 2002, 2003 und 2004 konstant geblieben.
- Von 2002 bis 2004 stieg das Durchschnittsalter des Erstkonsums um mehr als 3 Jahre an, von 18,9 auf 22,1 Jahre.

2.5.2.13 Folie 4.13 – Wer konsumiert Meth?

- Obwohl die Gesamtrate des Meth-Konsums vielleicht nicht ansteigt, bleibt der Konsum ein signifikantes Problem.^{2,3}
- Die Zahl der US-Amerikaner, die von Meth abhängig sind, hat sich zwischen 2002 und 2004 mehr als verdoppelt.⁴
- Der Meth-Konsum, einst beschränkt auf bestimmte Gebiete der Vereinigten Staaten, insbesondere Hawaii und die Städte an der Westküste, hat sich über das ganze Land und in verschiedenen Populationen ausgebreitet.⁵
- Personen, die Meth konsumieren, waren traditionell kaukasisch, männlich und Arbeiter.
- Der Meth-Konsum hat sich auf die Party- und Clubszene ausgeweitet (Raves etc.).
- Der Meth-Konsum bei Hispanics und jungen, obdachlosen Menschen nimmt zu.
- Der Konsum bei Frauen hat zugenommen.
- Meth wird von mehr Frauen konsumiert als Kokain oder Heroin; annähernd die gleiche Zahl an Männern und Frauen konsumiert jetzt die Droge.
- Meth wird verstärkt am Arbeitsplatz konsumiert. Es wurde lange Zeit von Fernfahrern konsumiert, nun aber breitet sich der Konsum auf Baustellen und in der Produktion aus.
- Menschen in der Unterhaltungsindustrie, im Verkauf, Einzelhandel und in juristischen Berufen konsumieren ebenfalls in zunehmendem Maße Meth.

2.5.2.14 Folie 4.14 – Unmittelbare psychische Effekte

- Die unmittelbaren *psychischen* Effekte von Methamphetamin umfassen:
 - Euphorie
 - Aufmerksamkeit und Wachsamkeit
 - Gefühle zugenommener Stärke und neuer Energie
 - Gefühle einer Unverwundbarkeit (das Gefühl, dass einem selbst nichts Schlimmes widerfahren kann)
 - Gefühle gestiegenen Selbstvertrauens und vermehrter Kompetenz
 - intensiviert Gefühle sexueller Lust
 - verminderte Gefühle von Langeweile, Einsamkeit und Schüchternheit

2.5.2.15 Folie 4.15 – Unmittelbare physische Effekte

- Die unmittelbaren *physischen* Effekte von Methamphetamin umfassen:
 - Zunahme von
 - Herzfrequenz
 - Pupillengröße
 - Reizempfindlichkeit
 - Blutdruck
 - Atemfrequenz
 - Körpertemperatur
 - Abnahme von
 - Appetit
 - Schlaf
 - Reaktionszeit

2.5.2.16 Folie 4.16 – Toxische Effekte

- Diese Effekte hören sich vielleicht nicht schlecht an oder vielleicht hören sie sich sogar wünschenswert an.
- Allerdings kann Meth ernsthafte psychische und physische Langzeitschäden (toxische Effekte) verursachen.
- Obwohl viele toxische Effekte im Laufe der Zeit verschwinden, können einige Effekte von Dauer sein, selbst nachdem eine Person den Meth-Konsum beendet hat.
- Die meisten negativen Effekte beginnen bei regelmäßigem Meth-Konsum schon bald.

2.5.2.17 Folie 4.17 – Chronisch psychische Effekte

- Die chronisch *psychischen* Effekte („chronisch“ bedeutet, dass diese Effekte später im Konsumkreislauf einer Person beginnen können und für eine lange Zeit anhalten) des Meth-Konsums umfassen eine Zunahme an:
 - Verwirrtheit
 - Verlust der Fähigkeit, sich zu konzentrieren und Informationen zu ordnen
 - Stimmungsschwankungen
 - Reizbarkeit und Wut
 - Verlust der Fähigkeit, ohne die Droge Freude zu empfinden
 - Paranoia (anhaltende Gefühle, beobachtet oder verfolgt zu werden oder einer drohenden Schädigung)
 - Schlafstörungen und Erschöpfung
 - Depressionen
 - Angst- oder Panikstörung
 - Depressionen, wenn kein Meth konsumiert wird – genannt „Crash“, der Absturz
 - rücksichtslosem, ungeschütztem Sexualverhalten

2.5.2.18 Folie 4.18 – Schwere psychische Effekte

- Zu den besonders schweren *psychischen* Effekten können folgende gehören:
 - *taktile* Halluzinationen (die Person hat das Gefühl, als würde etwas auf ihr krabbeln) oder *akustische* Halluzinationen (die Person hört Dinge, die nicht da sind)
 - schwere Depressionen, die zu Suizidgedanken oder -versuchen führen können
 - Episoden plötzlichen gewalttätigen Verhaltens
 - schwerer Gedächtnisverlust, der von Dauer sein kann

2.5.2.19 Folie 4.19 – Chronisch physische Effekte

- Chronisch *physische* Konsumeffekte umfassen:
 - Tremor (Zittern)
 - Schwäche
 - trockener Mund
 - Gewichtsverlust und Mangelernährung
 - vermehrtes Schwitzen
 - fettige Haut
 - Wunden, verursacht durch fettige Haut und das Herumdrücken der Person an ihrer Haut – ein häufiger Effekt des Meth-Konsums
 - Kopfschmerzen
 - schwere Probleme mit den Zähnen und dem Zahnfleisch, verursacht durch Zähneknirschen, einem verringerten Blutfluss zum Mund und weniger Speichel

2.5.2.20 Folie 4.20 – Schwere physische Effekte

- Zu den besonders schweren physischen Effekten können folgende gehören:
 - Anfälle
 - Schädigungen an kleinen Blutgefäßen im Gehirn, was zu einem Schlaganfall führen kann
 - geschädigte Hirnzellen
 - unregelmäßiger Herzschlag, der zu einem plötzlichen Tod führen kann
 - Herzinfarkt oder chronische Herzprobleme, einschließlich eines Abbaus des Herzmuskels
 - Nierenversagen
 - Leberversagen
 - „Tweaking“ – ständig wiederholte Bewegungen, die die Person nicht kontrollieren kann
 - infizierte Kratzspuren auf der Haut, die eine starke Narbenbildung verursachen können

2.5.2.21 Folie 4.21 – Meth ist nicht gleich Meth

- Da Meth von Amateur-„Köchen“ hergestellt wird, ist es oftmals voll von Verunreinigungen, wie zum Beispiel Bleiazetat oder Quecksilber, was zu einer Schwermetallvergiftung führen kann, und verschiedenen Säuren, die bei dem Prozess erzeugt werden.
- Zusätzlich wird Meth vor dem Verkauf gestreckt oder „verschnitten“, um den Profit zu maximieren.
- Die Substanzen, die verwendet werden, um Meth zu strecken, können wiederum selbst Probleme verursachen.
- Die Reinheit von Meth bewegt sich zwischen 40 und 70 Prozent, das heißt, dass 30 bis 60 Prozent von dem, was eine Person injiziert, snieft oder raucht, *kein* Meth ist.⁶

2.5.2.22 Folie 4.22 – Meth injizieren

- Die Art und Weise des Meth-Konsums kann ebenso zu Problemen führen. Das *Injizieren* von Meth kann folgende verursachen:
 - Blutgerinnsel
 - Herzentzündung
 - Hautabszesse
 - Pneumonie
 - Nierenversagen
 - Exposition gegenüber HIV, Tuberkulose oder Hepatitis-C-Virus vom Teilen der Nadeln und sonstiger Arbeiten oder durch ungeschützten Sex

2.5.2.23 Folie 4.23 – Meth sniefen

- Das *Sniefen* von Meth kann Folgendes verursachen:
 - Stirnhöhlenentzündung
 - Löcher in der Nasenscheidewand, dem Knorpelgewebe zwischen den Nasenlöchern
 - Heiserkeit
 - Nasenbluten

2.5.2.24 Folie 4.24 – Meth rauchen

- Das *Rauchen* von Meth kann Folgendes verursachen:
 - Rachenprobleme
 - verbrannte Lippen
 - Lungenstauung
 - starker Husten mit schwarzem Schleim
 - chronische Lungenerkrankung

2.5.2.25 Folie 4.25 – Meth-Dosis und Wirkung

- Die Menge und Häufigkeit des Meth-Konsums beeinträchtigt auch den Grad der toxischen Effekte.
- Je höher die Dosis und je häufiger der Konsum, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit toxischer Effekte.
- Menschen, die Meth konsumieren, neigen dazu, eine Toleranz für die Droge zu entwickeln, das heißt, dass bei einem fortgesetzten Meth-Konsum eine höhere Dosis benötigt wird, um den erwünschten Effekt zu erzielen.

2.5.2.26 Folie 4.26 – Schwangerschaft und Meth

- Eine Frau, die während der Schwangerschaft Meth konsumiert, kann ihren Fötus schädigen.
- Föten von Müttern, die Meth konsumieren, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, einen Schlaganfall oder Hirnblutungen zu erleiden, was oft vor der Geburt zum Tod führt.
- Meth-Konsum während der Schwangerschaft kann auch zu einer Frühgeburt führen.
- Föten können auch gegenüber HIV und Hepatitis exponiert sein, wenn die Mutter mit diesen Viren infiziert ist.
- Babys von Müttern, die während der Schwangerschaft Meth konsumierten, können folgende Symptome aufweisen:
 - abnorme Reflexe
 - extreme Reizbarkeit
 - Schwierigkeiten beim Essen und bei der Verdauung

2.5.2.27 Folie 4.27 – Andere Effekte auf Kinder

- Kinder werden durch Meth auf andere Art und Weise beeinträchtigt:
 - Obwohl vermehrt Meth von Mexiko importiert wird, bleiben zuhause betriebene Labore zur Herstellung von Meth in den Vereinigten Staaten gängig. Oft wohnen Kindern in diesen Häusern.
 - Wenn Kinder mit Eltern zusammenleben, die Meth herstellen, sind die Kinder den toxischen Chemikalien ausgesetzt, die in dem Prozess verwendet werden.
 - Meth-Labore sind für Kinder und Erwachsene gefährliche Orte.
 - Feuer, Explosionen, Chemieunfälle und toxische Dämpfe kommen häufig vor.
 - Die Chemikalien, die zur Herstellung von Meth verwendet werden, sondern Dämpfe ab, die stark genug sind, um Lungen zu verätzen. Sie können das Gehirn, die Nieren oder die Leber schädigen und sogar tödlich enden.
 - Kinder von Personen, die Meth konsumieren, können vernachlässigt oder missbraucht werden.
 - Im Jahr 2001 wurden 700 Kinder, die in Meth-Laboren anwesend waren, welche von der *Drug Enforcement Administration* gestürmt wurden, positiv auf toxische Chemikalien getestet.⁷

2.5.2.28 Folie 4.28 – Andere Probleme mit Meth-Laboren

- Labore, in denen Meth hergestellt wird, verursachen ernstzunehmende Probleme für andere Menschen und für die Umwelt.
 - Die toxischen Dämpfe, die von den Chemikalien zur Herstellung von Meth freigesetzt werden, setzen sich in den Wänden und Teppichböden ab und bleiben dort für sehr lange Zeit, was jedem im Haus einem hohen Risiko aussetzt.
 - Selbst Menschen, die in ein Haus einziehen, in dem ehemals ein Meth-Labor untergebracht war, sind einem Risiko ausgesetzt.
 - Die Herstellung von Meth bringt zudem Feststoffabfälle mit sich.
 - Für jedes Pfund produziertes Meth werden 5 bis 6 Pfund toxische Abfälle geschaffen.⁸
 - Diese Abfälle werden üblicherweise vor Ort weggeworfen, in örtlichen Gewässern entsorgt oder in das Abwassersystem oder Kläranlagen gespült, wodurch die Umgebung kontaminiert wird.
- Handout FE 4A fasst diese Fakten zum Thema Meth zusammen.

2.5.2.29 Folie 4.29 – Kokain

- Das nächste Stimulans, das besprochen wird, ist Kokain: eine Droge, die aus den Blättern der Coca-Pflanze hergestellt wird.

2.5.2.30 Folie 4.30 – Straßennamen

- Pulverförmiges Kokain (Kokainhydrochlorid, ein Salz) ist in den USA auf der Straße bekannt als:
 - Coke
 - Snow
 - Flake
 - Blow

2.5.2.31 Folie 4.31 – Crack

- Crack ist Kokain, das aus Kokainhydrochlorid in steinförmige Kristalle verarbeitet wurde und geraucht werden kann.
- Es hat seinen Namen von dem knisternden Geräusch beim Erhitzen.
- Crack wird in den USA manchmal „Rock“ oder „Freebase“ genannt.
- Wenn Menschen Kokainhydrochlorid selbst verarbeiten und es rauchen, wird das oftmals als „Freebasing“ bezeichnet.

2.5.2.32 Folie 4.32 – Popularität von Kokain⁹

- Die NSDUH-Erhebung aus dem Jahr 2004 schätzt, dass annähernd 34 Millionen US-Amerikaner irgendwann in ihrem Leben Kokain konsumiert haben.
- In derselben Erhebung ergaben sich folgende Schätzungen:
 - Etwa 2 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten konsumieren gegenwärtig Kokain.
 - Etwa 2,5 Prozent der jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren berichteten, dass sie mindestens einmal Kokain konsumiert haben. Annähernd 9 Prozent der 18-Jährigen berichteten, dass sie mindestens einmal Kokain konsumiert haben.
 - Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren berichteten 16 Prozent, dass sie mindestens einmal Kokain konsumiert haben.

2.5.2.33 Folie 4.33 – Wer konsumiert Kokain?¹⁰

- Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren haben eine höhere Rate an gegenwärtigen Kokainkonsum als irgendeine andere Altersgruppe.
- Insgesamt haben Männer eine höhere Rate gegenwärtigen Kokainkonsums als Frauen.

2.5.2.34 Folie 4.34 – Unmittelbare psychische Effekte

- Die unmittelbaren *psychischen* Effekte von Kokain ähneln denen von Meth und umfassen:
 - Euphorie
 - Antriebssteigerung
 - gesteigerter Rededrang
 - vermehrte Empfindsamkeit gegenüber visuellen, akustischen und taktilen Sinneseindrücken
 - gesteigerte geistige Aufmerksamkeit
 - gesteigertes Selbstvertrauen
 - intensivierete Gefühle sexueller Lust

2.5.2.35 Folie 4.35 – Unmittelbare physische Effekte

- Die unmittelbaren *physischen* Effekte von Kokain umfassen:
 - verengte Blutgefäße
 - geweitete Pupillen
 - gestiegene Herzfrequenz
 - gestiegene Temperatur
 - gesteigener Blutdruck
 - verminderter Appetit
 - verminderte Schlafdauer

2.5.2.36 Folie 4.36 – Warnung

- In seltenen Fällen kann Kokainkonsum zum plötzlichen Tod führen, selbst bei der ersten Drogeneinnahme.
- Das Trinken von Alkohol in Verbindung mit Kokain steigert dieses Risiko.
- Die Leber verbindet Kokain und Alkohol und bildet eine dritte Substanz: Cocaethylen.
- Cocaethylen intensiviert die euphorisierenden Effekte von Kokain, während es das Risiko eines plötzlichen Todes steigert.

2.5.2.37 Folie 4.37 – Chronisch psychische Effekte

- Die chronisch *psychischen* Effekte des Kokainkonsums umfassen:
 - Reizbarkeit
 - Depression
 - vermehrte Unruhe
 - Paranoia
 - akustische Halluzinationen
 - mögliches bizarres und/oder gewalttätiges Verhalten (bei hohen Dosen)
 - beeinträchtigte Fähigkeit, sich ohne die Droge wohlzufühlen
 - Exposition gegenüber HIV oder Hepatitis-C-Virus durch rücksichtslosen, ungeschützten Sex

2.5.2.38 Folie 4.38 – Chronisch physische Effekte

- Die chronisch *physischen* Effekte des Kokainkonsums umfassen:
 - Kardiovaskuläre Effekte, wie zum Beispiel:
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzinfarkte
 - Respiratorische Effekte, wie zum Beispiel:
 - Brustschmerzen
 - Atemversagen
 - Bronchitis und Pneumonie
 - Neurologische Effekte, wie zum Beispiel:
 - Schlaganfälle
 - Appetitverlust bis hin zu signifikantem Gewichtsverlust und Mangelernährung
 - Anfälle
 - Kopfschmerzen

2.5.2.39 Folie 4.39 – Kokain injizieren

- Wie bei Meth kann die Art und Weise des Kokainkonsums besondere Probleme verursachen. Bei Menschen, die regelmäßig Kokain *injizieren*, sind dies folgende:
 - Abszesse (infizierte Wunden) an den Einstichstellen
 - allergische Reaktionen, entweder auf die Droge oder auf Streckstoffe im Straß kokain, die zum Tod führen können
 - Exposition gegenüber HIV und Hepatitis-C-Virus

2.5.2.40 Folie 4.40 – Kokain sniefen

- Regelmäßiges *Sniefen* von Kokain kann zu Folgendem führen:
 - Verlust des Geruchssinns
 - Probleme beim Schlucken
 - Nasenbluten
 - Heiserkeit
 - allgemeine Irritation der Nasenscheidewand, die zu einer chronisch entzündeten, laufenden Nase führt
 - Nasenscheidewandverkrümmung

2.5.2.41 Folie 4.41 – Crack rauchen

- Das *Rauchen* von Crack kann zu Folgendem führen:
 - Rachenprobleme
 - verbrannte Lippen
 - Lungenstauung
 - starker Husten
 - chronische Lungenerkrankung

2.5.2.42 Folie 4.42 – Kokaindosis und Effekte

- Wie bei Menschen, die Meth konsumieren, entwickeln Menschen, die regelmäßig Kokain konsumieren, eine Toleranz gegenüber der Droge und konsumieren immer höhere Mengen, um den gleichen euphorisierenden Effekt zu erzielen.
- Höhere Dosen und häufigerer Konsum steigern die Wahrscheinlichkeit toxischer Effekte.

2.5.2.43 Folie 4.43 – Schwangerschaft und Kokain

- Der Konsum von Kokain während der Schwangerschaft kann beim Fötus der Frau ernstzunehmende Probleme verursachen.
- Die Droge passiert die Plazenta, gelangt in den fetalen Blutkreislauf und passiert die fetale Blut-Hirn-Schranke.
- Babys von Müttern, die während der Schwangerschaft Kokain konsumierten, können¹¹
 - zu früh geboren werden,
 - ein geringes Geburtsgewicht haben,
 - einen kleineren Kopf haben als normal,
 - kleiner sein als normal.
- Babys können auch gegenüber HIV oder Hepatitis exponiert sein, wenn die Mutter infiziert ist.

2.5.2.44 Folie 4.44 – Gegenüber Kokain exponierte Kinder

- Eine fetale Exposition gegenüber Kokain scheint nicht so ernste und langanhaltende Probleme zu verursachen, wie ursprünglich angenommen.
- Allerdings können gegenüber Kokain exponierte Kinder, wenn sie aufwachsen, später im Leben subtile, aber doch signifikante Probleme in Bereichen haben, die für den schulischen Erfolg von Bedeutung sind, wie¹²
 - aufmerksam bei der Aufgabe sein,
 - neue Informationen erfassen,
 - Dinge durchdenken.
- Handout FE 4B fasst diese Fakten zu Kokain zusammen.

1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Methamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003, and 2004*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 16. September 2005.

2 National Institute on Drug Abuse. *NIDA Community Drug Alert Bulletin: Methamphetamine*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998.

3 Office of National Drug Control. *Fact Sheet: Methamphetamine*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2003.

4 Siehe Fußnote 1.

5 Siehe Fußnote 2.

6 Siehe Fußnote 3.

7 Ebd.

8 Ebd.

9 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

10 National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction*. NIH Publication No. 99-4342. Bethesda, MD: National Institutes of Health, revidiert November 2004.

11 Siehe Fußnote 9.

12 Siehe Fußnote 10.

2.6 Sitzung 5: Fahrplan zur Genesung (PowerPoint-Präsentation)

2.6.1 Überblick

2.6.1.1 Ziele der Sitzung

- Helfen Sie den Teilnehmern, anhand der Beschreibung eines Vier-Stufen-Modells der Genesung zu verstehen, was sie während der Genesung der Patienten erwartet.
- Helfen Sie den Teilnehmern, die Charakteristika jedes Stadiums der Genesung zu erkennen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, bestimmte Rückfallrisiken zu erkennen, denen die Patienten in jedem Genesungsstadium gegenüberstehen können.
- Helfen Sie den Teilnehmern, mehr über Trigger für Suchtdruck zu erfahren und über Wege, wie sowohl Patienten als auch ihre Angehörigen diese Trigger vermeiden oder damit umgehen können.

2.6.1.2 Handouts

- FE 5A—Tägliche/stündliche Planung
- FE 5B—Rückfallrechtfertigungen

2.6.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 53 bis 66 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.6.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.6.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.6.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.6.2.1 Folie 5.1 – Fahrplan zur Genesung

- Diese Präsentation wird sich die Genesung als einen vorhersehbaren Verlauf (wie ein Fahrplan) entlang einer Reihe von vier Genesungsstadien ansehen.
- Menschen in der Genesung erleben in jedem Genesungsstadium wahrscheinlich besondere physische und emotionale Veränderungen und Symptome und jedes Stadium birgt besondere Rückfallrisiken. Familien werden diese Veränderungen und Symptome wahrscheinlich miterleben.
- Das bedeutet nicht, dass jede Person oder jede Familie die Genesung in genau derselben Weise erlebt. Obwohl der allgemeine Fortschritt vorhersehbar ist, folgt jede Person im Genesungsprozess ihrem eigenen Fahrplan.
- Einige wenige Menschen werden reibungslos von Stadium zu Stadium fortschreiten, viele werden für eine Weile in einem Stadium „stecken“ bleiben und wiederum andere werden sich komplett im Kreis drehen, bevor sie ihren Fortschritt wiedererlangen.
- Auch wenn es Unterschiede gibt, kann ein Bewusstsein für die Genesungsstadien den Menschen in der Genesung und ihren Angehörigen einen grundlegenden Eindruck darüber vermitteln, was sie während der Genesung zu erwarten haben.
- Zu wissen, was zu erwarten ist, kann den Menschen helfen, Gefahren zu vermeiden und auf dem Weg der Genesung zu bleiben.
- Zu wissen, was zu erwarten ist, hilft auch den Angehörigen, den Genesungsprozess zu verstehen, und ermöglicht ihnen, der Person in der Genesung mehr Unterstützung zu bieten.

2.6.2.2 Folie 5.2 – Genesungsstadien

- Die Genesungsstadien, die wir besprechen werden, umfassen:
 - Stadium 1: Entzug
 - Stadium 2: Frühe Abstinenz (auch engl. *Honeymoon*, Flitterwochen, oder *Pink Cloud*, Rosa Wolke)
 - Stadium 3: Protrahierte Abstinenz (auch engl. *The Wall*, Die Wand)
 - Stadium 4: Anpassung (*Adjustment*) und Entschluss (*Resolution*)

2.6.2.3 Folie 5.3 – Stadium 1: Entzug

- Das Entzugsstadium beginnt, wenn eine Person zuerst den Konsum von Drogen und Alkohol beendet.
- Diese Phase hält 1 bis 2 Wochen an.
- Die typischen Charakteristika des Entzugsstadiums (besonders bei denjenigen, die Methamphetamin oder andere Stimulanzien konsumierten) umfassen:
 - körperliche Entgiftung
 - intensiver Suchtdruck nach der Droge
 - Depressionen oder Ängste
 - Antriebslosigkeit
 - Reizbarkeit oder Aggressionen
 - Erschöpfung
 - Schlafstörungen und ausgedehnte Schlafzeiten
 - Denkstörungen
 - Paranoia
 - Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme
 - Heißhunger
- Wenn die Personen massiv andere Drogen, wie zum Beispiel Beruhigungsmittel, Barbiturate oder Heroin, oder massiv Alkohol konsumiert haben, können auch körperliche Entzugssymptome von diesen Substanzen auftreten.
- Die Depressionen, Ängste und Paranoia, die die Personen bei Beginn der Abstinenz von Stimulanzien haben, sind das direkte Resultat der Anpassung des Gehirns an das Fehlen des Stimulans und in den meisten Fällen temporär.
- Für die Menschen in dieser Genesungsphase wie auch für ihre Angehörigen ist es wichtig zu verstehen, dass diese Emotionen vorübergehen und dass solche Emotionen jedoch kurzfristig zu Suizidgedanken oder -plänen führen können. Wenn die Depressionen, Ängste oder Paranoia andauern oder sehr stark sind, kann eine psychiatrische Abklärung empfohlen werden.
- Zusätzlich zu den genannten Charakteristika/Symptomen können Menschen im Genesungsprozess medizinische Hilfe für folgenden konsumbedingte Probleme benötigen:
 - Anfälle
 - Vitaminmangel
 - Infektionen an Einstichstellen
 - Atemprobleme
 - kardiovaskuläre Probleme
 - HIV/AIDS
 - erheblicher Gewichtsverlust
 - Hepatitis C

2.6.2.4 Folie 5.4 – Entzug (Risikofaktoren für einen Rückfall)

- Im Entzugsstadium neigen die Personen zu dem Gefühl, die Kontrolle über ihr Leben verloren zu haben.
- Symptome wie Paranoia, Depressionen, Ängste vor dem Entzug oder gestörte Schlafmuster tragen zur Vulnerabilität für Suchtdruck bei.
- Unstrukturierte Zeit und die Nähe zu Triggern steigern das Risiko eines Rückfalls.

2.6.2.5 Folie 5.5 – Entzug (Struktur)

- Das Konzept der *Struktur* ist ein wichtiger Teil der Matrixbehandlung.
- Menschen in ambulanter Behandlung müssen mit Hilfe ihrer Angehörigen lernen, ihre eigene Struktur zu gestalten, weil eine ambulante Behandlung nicht die Struktur einer stationären Einrichtung bietet.
- Das Schaffen von Struktur durch die Planung ihrer Zeit kann den Menschen im Genesungsprozess das Gefühl von mehr Kontrolle über ihr Leben geben.
- Selbst gestaltete Struktur
 - hilft, vermeidbare Trigger zu beseitigen, indem ein *Plan* erstellt wird, um sie zu vermeiden;
 - konkretisiert das Konzept von „Einen Tag nach dem anderen“;
 - verringert die Angst;
 - wirkt einem drogen-konsumierenden Lebensstil entgegen;
 - bietet eine Grundlage für die fortlaufende Genesung.
- Matrixpatienten lernen, ihre Zeit außerhalb der Behandlung zu planen.
- Familienangehörige können helfen, indem sie die Planungsbemühungen des Patienten unterstützen.

2.6.2.6 Folie 5.6 – Struktureinheiten aufbauen

- Mit der Unterstützung ihres Therapeuten und ihrer Angehörigen schaffen Patienten in der Genesung eine Struktur, in dem sie anhand von Vorlagen mit Plänen ihre Zeit organisieren und einteilen.
- Handout FE 5A—Tägliche/stündliche Planung gibt ein Beispiel für eine Form, die verwendet werden kann, um den Patienten bei der Strukturierung ihrer Zeit zu helfen.
- Die Bausteine der Struktur einer Person sollten neue drogenfreie Verhaltensalternativen enthalten, wie zum Beispiel:
 - therapeutische Aktivitäten
 - Interesse an neuen oder lange ruhenden Freizeit-/Erholungsaktivitäten
 - Teilnahme an Zwölf-Schritte- oder anderen Meetings der Selbsthilfe
 - schulische, berufliche oder ehrenamtliche Aktivitäten
 - körperliche Betätigung und Sport
 - Aktivitäten mit Freunden, die keine Drogen nehmen
 - Zeitplanung
 - Familienveranstaltungen
 - spirituelle Aktivitäten

- „Inseln erschaffen“ (das Planen spezifischer Ereignisse oder „Inseln“ der Ruhe, Entspannung oder des Vergnügens, auf die man sich freuen kann)
- Das Endergebnis ist ein täglicher Plan mit Aktivitäten, die die Genesung fördern und die Möglichkeit von Langeweile, impulsiven Entscheidungen, Exposition gegenüber Triggern und die Rückfallgefahr reduzieren.

2.6.2.7 Folie 5.7 – Planungsfallen

- Das Planen sollte eine positive Erfahrung sein, aber manchmal kann sie mühsam und anstrengend werden.
- Einige Planungsprobleme, auf die eine Person in der Genesung stoßen kann, sind:
 - unrealistische Pläne (zum Beispiel 8 Stunden arbeiten, die Kinder zu nachschulischen Aktivitäten bringen, Teilnahme an Matrix-Gruppensitzung, Teilnahme an Zwölf-Schritte-Meeting und Sport – alles an einem Tag)
 - unausgeglichene Pläne (zum Beispiel nicht genug oder zu viel Freizeit)
 - auferlegte Pläne (zum Beispiel andere bestimmen lassen, was zu tun ist und wann es zu tun ist, anstatt die Aktivitäten selbst auszusuchen)
 - keine Unterstützung von Bezugspersonen
 - Feiertage, Krankheiten und andere Veränderungen, die den Plan stören können
- Es ist wichtig, dass die Patienten in der Matrixbehandlung eng mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, um zu lernen, wie man angemessen plant, und um die Bewältigung ungewöhnlicher Ereignisse, die den Plan stören, in der Planung zu berücksichtigen.
- Es ist ebenso wichtig, dass Familienangehörige die Bemühungen der Patienten, ihre Zeit zu planen, unterstützen.
- Das Planen und das Schaffen von Struktur im Leben ist eine Fähigkeit, die geübt werden muss.

2.6.2.8 Folie 5.8 – Stadium 2: Frühe Abstinenz

- Das Stadium der frühen Abstinenz wird manchmal auch als Flitterwochen oder rosa Wolke bezeichnet, weil es eine Phase ist, in der sich die Menschen oft viel besser fühlen und denken, dass ihre Suchtprobleme gelöst sind.
- Die Phase hält normalerweise etwa 4 Wochen an.
- Die typischen Charakteristika der frühen Abstinenz (besonders bei denjenigen, die Methamphetamin oder andere Stimulanzien konsumierten) umfassen:
 - Antriebssteigerung und Optimismus
 - übersteigertes Selbstvertrauen
 - Konzentrationsprobleme
 - weiterhin bestehende Gedächtnisprobleme
 - Sorgen über Gewichtszunahme
 - intensive Gefühle
 - Stimmungsschwankungen
 - Konsum anderer Substanzen
 - Unfähigkeit, Prioritäten zu setzen
 - schwache, anhaltende Paranoia

2.6.2.9 Folie 5.9 – Frühe Abstinenz (Risikofaktoren für einen Rückfall)

- Während dieses Stadiums verbessert sich typischerweise die Stimmung der Personen. Sie haben mehr Antrieb, Suchtdruck nimmt ab und Selbstvertrauen und Optimismus nehmen zu.
- Dieser Energieschub bewegt manche Personen dazu, sich in die Arbeit zu flüchten. „Workoholismus“ wiederum kann zu einem Rückfall führen, wenn die Personen in der Genesung
 - auf sich selbst weniger achtgeben,
 - übermüdet und angespannt werden,
 - ihre Beteiligung an der Therapie und anderen Genesungsaktivitäten verringern.
- Eine Exposition gegenüber Triggern und der Konsum anderer Drogen oder Alkohol kann oft zu einem Rückfall in den Konsum von Methamphetamin oder anderen Stimulanzien führen.
- Menschen in diesem Stadium könnten auch Folgendes erleben:
 - Sorgen über Gewichtszunahme
 - Unfähigkeit, Prioritäten zu setzen
 - Ängste bezüglich Veränderungen im Sexualverhalten
 - Widerstand gegen anhaltende Verhaltensänderungen
 - gelegentliche Paranoia
- Menschen in diesem Genesungsstadium müssen
 - die Risiken dieser Genesungsphase erkennen;
 - lernen, die Flitterwochen-Energie in bestimmte Genesungsaktivitäten zu lenken, eine solide Aktivitätsstruktur aufzubauen, um eine Dynamik zu entwickeln, die sie durch die nachfolgenden Genesungsstadien trägt.

- Auch Familienangehörige müssen erkennen, dass, auch wenn es den Personen im Genesungsprozess scheinbar bessergeht und sie optimistischer sind, sie diese immer noch unterstützen und ermutigen müssen,
 - an allen therapeutischen Aktivitäten teilzunehmen,
 - sich allen Drogen und Alkohol zu enthalten,
 - an Zwölf-Schritte- oder anderen Meetings der Selbsthilfe teilzunehmen,
 - weiterhin ihre Zeit sorgfältig zu planen,
 - mit Drogenkonsum assoziierte Personen und Orte zu vermeiden,
 - einer regelmäßigen sportlichen Betätigung nachzugehen.

2.6.2.10 Folie 5.10 – Frühe Abstinenz (Trigger und Gedankenstoppen)

- Egal wie sorgfältig Menschen in der Genesung ihre Zeit planen, es ist wahrscheinlich, dass sie einer Person oder einem Ort begegnen oder eine Situation oder einen emotionalen Zustand erleben, wodurch Konsumgedanken getriggert werden.
- Menschen im frühen Abstinenzstadium der Genesung müssen die Konzepte der Trigger und des Gedankenstoppens verstehen. Auch die Familienangehörigen müssen diese Konzepte verstehen.
- Für Menschen in der Genesung kann sich die Trigger-Gedanke-Suchtdruck-Konsum-Abfolge anfühlen, als ob alle Teile der Abfolge gleichzeitig stattfinden.
- Tatsächlich können Menschen in der Genesung lernen, die Sequenz zu jedem Zeitpunkt zu stoppen.

2.6.2.11 Folie 5.11 – Unterbrechung

- Ein anderer Weg, sich diesen Prozess vorzustellen, ist, die Trigger-Gedanke-Suchtdruck-Konsum-Abfolge als eine steile Rutsche zu sehen.
- Die Zeit, um das Gedankenstoppen anzuwenden, ist direkt nach dem Erkennen des ersten Konsumgedankens.
- Zu diesem Zeitpunkt ist der Drang zum Konsumieren, dargestellt durch den kleinen Kreis, der sich auf die Figur zubewegt, immer noch relativ klein und überschaubar.
- Wenn der Prozess die Suchtdruckstufe erreicht, ist es immer noch möglich, ihn aufzuhalten. Allerdings ist es dann sehr viel schwerer. Wenn eine Person im Suchtdruckmodus ist, hat sich der kleine Kreis enorm ausgeweitet – eine riesige Kraft, die fast unkontrollierbar ist.
- Die Person in der Genesung möchte vielleicht nicht konsumieren und versucht vielleicht, den Suchtdruck abzuwenden, aber dieser ist meist so übermächtig, dass er die Person in den Rückfall treibt.
- Ein erster Schritt, um die Trigger-Gedanke-Suchtdruck-Konsum-Abfolge zu unterbrechen, ist zu verstehen, was den Trigger ausmacht, und zu lernen, einen Trigger so schnell wie möglich zu erkennen.

2.6.2.12 Folie 5.12 – Arten von Triggern

- Trigger können sich auf Folgendes beziehen:
 - Personen
 - Orte
 - Dinge
 - Zeiten
 - emotionale Zustände

2.6.2.13 Folie 5.13 – Trigger (Personen)

- Trigger, die sich auf *Personen* beziehen, können Folgendes umfassen:
 - Freunde, die Drogen konsumieren
 - Drogendealer
 - das Fehlen von Bezugspersonen (Einsamkeit)
 - Sexualpartner im Zusammenhang mit Meth-Konsum
 - die Stimmen von Freunden, die Drogen konsumieren, oder von Drogendealern (zum Beispiel bei Telefonaten)
 - Menschen, die positiv über Drogenkonsum sprechen

2.6.2.14 Folie 5.14 – Trigger (Orte)

- Trigger, die sich auf *Orte* beziehen, können Folgendes umfassen:
 - das Zuhause von Drogendealern
 - Arbeit
 - Bars und Clubs
 - manche Straßenecken
 - eine drogenkonsumierende Nachbarschaft
 - *jeder Ort*, der mit Konsum assoziiert wird

2.6.2.15 Folie 5.15 – Trigger (Dinge)

- Trigger, die sich auf *Dinge* beziehen, können Folgendes umfassen:
 - Drogenutensilien
 - Geld/Geldautomaten
 - Filme und Fernsehserien über oder mit dargestelltem Drogen- und Alkoholkonsum
 - Sexmagazine oder -filme
 - bestimmte Musik, die mit Konsum assoziiert wird
 - das Konsumieren von Alkohol oder einer anderen Droge als der identifizierten Problemdroge

2.6.2.16 Folie 5.16 – Trigger (Zeiten)

- Trigger, die sich auf *Zeiten* beziehen, können Folgendes umfassen:
 - untätige Zeit
 - nach der Arbeit
 - Feiertage
 - Geburtstage, Jahrestage und andere spezielle Anlässe
 - stressige Zeiten
 - Zahltage
 - Freitag- und Samstagnacht

2.6.2.17 Folie 5.17 – Trigger (emotionale Zustände)

- Die Realität für die meisten Menschen in der Genesung ist, dass *jeder* emotionale Zustand – sowohl positiv als auch negativ – ein Trigger sein kann, wenn er mit Drogen- oder Alkoholkonsum assoziiert wurde.
- Trigger, die sich auf *emotionale Zustände* beziehen, können Folgendes umfassen:
 - Angst
 - Depressionen
 - Langeweile
 - Furcht
 - sexuelle Erregung, Entbehrung oder Angst bezüglich der sexuellen Leistung
 - Ermüdung (oder Angst zu ermüden)
 - Wut
 - Frustration
 - Bedenken über eine Gewichtszunahme

2.6.2.18 Folie 5.18 – Gedankenstoppen

- Techniken des Gedankenstoppens können angewendet werden, um den Trigger-Gedanke-Suchtdruck-Konsum-Kreislauf zu durchbrechen.
- Der erste Schritt einer erfolgreichen Anwendung von Gedankenstopp-Techniken ist, die Gedanken über das Konsumieren („Konsumgedanken“) zu erkennen, sobald sie auftauchen.
- Personen am Anfang des Genesungsprozesses erkennen nicht immer, wenn sie Konsumgedanken haben. Sie können dies aber lernen, indem sie ihre Gedankenprozesse bewusst fokussieren.
- Sobald die Personen einen Konsumgedanken erkennen, können sie sich dazu entscheiden, den Gedanken zu unterbrechen, indem sie eine der folgenden Gedankenstopp-Techniken anwenden:
 - Visualisierung
 - Wenn Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum aufkommen, dann können die Personen einen Schalter oder Hebel visualisieren und sich konkret vorstellen, wie sie ihn von AN auf AUS stellen, um die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum zu beenden.
 - Es ist wichtig, einen anderen Gedanken als Ersatz für die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum parat zu haben.
 - Es sollte ein angenehmer oder bedeutungsvoller Gedanke sein, der keinen Drogen- oder Alkoholkonsum beinhaltet.
 - Gummiband schnippen (*Snapping*)
 - Die Gummiband-Technik hilft Menschen in der Genesung, ihre Aufmerksamkeit von den Konsumgedanken „wegzuschnippen“.
 - Die abhängige Person trägt einfach ein Gummiband lose um ihr Handgelenk.
 - Wenn Suchtdruck oder Konsumgedanken auftreten, dann lässt die Person das Gummiband leicht gegen ihr Handgelenk schnippen und sagt „NEIN“ (je nach Situation laut oder auch nicht) zu den Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum.
 - Wie bei der Visualisierung muss die Person einen anderen Gedanken als Ersatz für die Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum parat haben.
 - Diese Technik funktioniert am besten, wenn die Personen das Gummiband immer um ihr Handgelenk tragen.
 - Entspannung
 - Suchtdruck ruft oft Gefühle der Leere, Schwermütigkeit und Magenkrämpfe hervor.
 - Diese Gefühle können durch ein tiefes Einatmen (die Lungen mit Luft füllen) und ein langsames Ausatmen, das Ganze dreimal nacheinander, und durch das Fokussieren auf das Entspannen des Körpers, so gut wie möglich für ein paar Minuten, gelindert werden.
 - Dieser Prozess kann so oft wie nötig wiederholt werden, wenn die Gefühle zurückkehren.

- Jemanden anrufen
 - Mit einer anderen Person zu sprechen kann ein Ventil für die Gefühle sein und den Menschen ihren eigenen Gedankenprozess „hören“ lassen.
 - Menschen im Genesungsprozess sollten die Telefonnummern von unterstützenden Personen, einschließlich Familienangehöriger, *immer* bei sich tragen, so dass sie anrufen können, wann immer Unterstützung notwendig ist.

2.6.2.19 Folie 5.19 – Triggerfreie Aktivitäten

- Sollte das Gedankenstoppen funktionieren, aber die Gedanken häufig zurückkehren, dann müssen die Personen in der Genesung eventuell ihre unmittelbare Umgebung ändern oder sich mit Aufgaben beschäftigen, die die volle Konzentration erfordern.
- Einige Beispiele für triggerfreie Aktivitäten sind folgende:
 - Sport/Bewegung
 - Zwölf-Schritte- oder andere Meetings von Selbsthilfegruppen
 - neue Freizeitaktivitäten oder Hobbys
 - Aktivitäten in einer Glaubens- oder spirituellen Gemeinschaft
 - Meditation oder Gebete
 - Essen oder Schlafen
 - Filme ohne Drogenbezug
 - strukturierte/überwachte Zeiten (zum Beispiel Zeit mit der Familie oder mit Freunden, die nicht konsumieren)
- Eine Person in der Genesung sollte eine Liste mit Aktivitäten für die Zeiten parat haben, wenn sie diese benötigt.

2.6.2.20 Folie 5.20 – Stadium 3: Protrahierte Abstinenz

- Das protrahierte Abstinenzstadium hält typischerweise 3 bis 4 Monate an.
- Dieses Stadium (manchmal als „die Wand“ bezeichnet) bringt einen Rückschritt mit sich, vom Hochgefühl des Flitterwochen-Stadiums in eine Zeit der Antriebslosigkeit und einen emotionalen Zustand, der oft durch Apathie, Depressionen und Anhedonie (die Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden) gekennzeichnet ist.
- Diese Verschiebung ist auch dann wahrscheinlich, wenn Menschen in der Genesung weiterhin positive Veränderungen in ihrem Leben machen und allmählich die Früchte der Genesung ernten.
- Häufige Charakteristika dieses Genesungsstadiums sind:
 - anhaltende Veränderungen im Lebensstil
 - Wut und Depression
 - Episoden von Paranoia und Argwohn
 - Isolation
 - familiäre Veränderungen und Konflikte
 - Bedenken über den Verlust sexuellen Antriebs, Schwierigkeiten bei der sexuellen Leistungsfähigkeit und die Verringerung sexueller Aktivität
 - positive Auswirkungen der Abstinenz

- emotionale Schwankungen
 - unklares Denken
 - Gewichtszunahme
 - Rückkehr von Suchtdruck
 - Rückkehr in alte Verhaltensweisen
- Für Menschen in der Genesung und ihre Angehörigen ist es wichtig zu wissen, dass die Veränderungen in diesem Stadium das Ergebnis des fortdauernden Heilungsprozesses des Gehirns sind. Wenn die Personen abstinent bleiben, wird sich ihre Hirnchemie stabilisieren und die negativen Emotionen und Antriebslosigkeit dieses Stadiums werden vorübergehen.

2.6.2.21 Folie 5.21 – Protrahierte Abstinenz (Risikofaktoren für einen Rückfall)

- In diesem Stadium häufig auftretende Rückfallfaktoren sind:
- gesteigerte Emotionalität
 - behavioraler „Drift“
 - verminderte Fähigkeit, Freude und Lust zu empfinden
 - Bedenken über eine Gewichtszunahme
 - weniger Selbstfürsorge
 - Antriebslosigkeit/Ermüdung
 - sekundärer Drogen- oder Alkoholkonsum
 - Zusammenbruch der Struktur
 - zwischenmenschliche Konflikte
 - Motivationsverlust
 - sexuelle Ängste
 - Insomnie
 - Paranoia
 - Rückfallrechtfertigungen
- Die Person in der Genesung ist während der protrahierten Abstinenzphase für einen Rückfall besonders anfällig, weil sie oft merkt, dass in diesem Stadium gängige negative emotionale Zustände und Antriebslosigkeit auf unbestimmte Zeit anhalten.
- Die Person in dieser Genesungsphase könnte anfangen zu denken, dass es das nicht wert ist, wenn sich die Genesung so schlecht anfühlt.
- Dieses Denken und die Antriebslosigkeit und Müdigkeit können zu einem behavioralen Drift führen, ein allmähliches Loslassen der Struktur (einschließlich Therapien und Zwölf-Schritte- oder gemeinschaftsbasierte Meetings der Selbsthilfe) und andere Verhaltensänderungen, an der die Person hart gearbeitet hat.
- Sobald die Struktur zusammenbricht, könnte die Person mehr Gedanken über Drogen- oder Alkoholkonsum wahrnehmen und anfangen, Rechtfertigungen für den Konsum zu erschaffen.
- Es ist entscheidend, dass die Person im Genesungsprozess die Wand voraussieht und versteht, dass es eine vorübergehende Phase ist.
- Es ist entscheidend, dass die Person im Genesungsprozess in der Behandlung bleibt und die bis dato vollzogenen Verhaltensänderungen beibehält, um eine Abfolge von Untä-

tigkeit, Langeweile, Verlust des Genesungsfokus, Rückfallrechtfertigungen und (schließlich) Rückfall zu vermeiden.

- Eine gute Selbstfürsorge, insbesondere regelmäßige Bewegung, und das Verständnis und die Unterstützung von Angehörigen können wesentlich dazu beitragen, dass eine Person diese Phase erfolgreich bewältigt.

2.6.2.22 Folie 5.22 – Sekundäre Drogen und Alkohol

- In allen Genesungsstadien kommt es häufig vor, dass die Personen manchmal die Vorstellung hegen, andere Drogen oder Alkohol zu konsumieren als diejenige, die sie als ihre primäre Problemdroge betrachten (bezeichnet als „Sekundärdrogen“).
- Aufgrund der unangenehmen emotionalen Zustände, die im protrahierten Abstinenzstadium häufig vorkommen, und der Tendenz zu einer abnehmenden Unterstützungsstruktur, stellt der Konsum sekundärer Drogen in dieser Phase der Genesung ein besonderes Rückfallrisiko dar.
- Die Menschen in der Genesung könnten beginnen, sich selbst zu sagen: „Ich habe ein Problem mit Methamphetamin – mit Gras hatte ich noch nie ein Problem. Ich muss nur ein wenig entspannen.“
- Der Konsum von Sekundärdrogen oder Alkohol ist eine schlechte Idee und könnte auf verschiedene Weise schnell zum Rückfall in den Konsum der primären Droge führen:
 - **Kortikale Enthemmung.** Der Konsum von Sekundärdrogen oder Alkohol kann dazu führen, dass der präfrontale Kortex, der Teil des menschlichen Gehirns, der für rationale Entscheidungen verantwortlich ist, enthemmt wird (weniger aktiv ist) und damit den Weg für eine Rückkehr in den Konsum der Primärdroge pflastert. Dieses Bestreben ist besonders wahrscheinlich, wenn der Konsum sekundärer Drogen die Personen gegenüber Triggern exponiert, die mit ihrem primären Drogenkonsum assoziiert werden (zum Beispiel das Kaufen von einem Dealer).
 - **Suchtdruck nach Stimulanzen induzieren.** Studien am Matrixinstitut haben gezeigt, dass eine Rückkehr in den Konsum von Alkohol das Risiko eines Rückfalls mit Stimulanzen um 800 Prozent steigert, wenn Kokain oder Amphetamin die Primärdroge ist. Eine Rückkehr in den Marihuanakonsum steigert diese Wahrscheinlichkeit um 300 Prozent. Dieses Ergebnis bleibt auch dann zutreffend, wenn die Person nicht von Alkohol- oder Marihuana abhängig war.
 - **Konflikt mit der Philosophie von Zwölf-Schritte-Gruppen.** Wenn Menschen in der Genesung eine Sekundärdroge oder Alkohol konsumieren, ist es unwahrscheinlich, dass sie weiterhin zu Zwölf-Schritte-Gruppen gehen – welche für die Genesung unerlässlich sind –, weil der Konsum jedweder illegalen Drogen oder Alkohol der Philosophie von Zwölf-Schritte-Gruppen widerspricht und sich die Menschen in den Meetings zunehmend unbehaglich fühlen.
 - **Abstinenzverletzungseffekt.** Es gibt eine starke Tendenz dahingehend, dass Menschen anfangen zu denken: „Na gut, jetzt trinke ich wieder; dann kann ich auch ein bisschen Meth nehmen.“
 - **Beeinträchtigung neuer Verhaltensweisen.** Der Konsum von Sekundärdrogen oder Alkohol im Umgang mit Problemen oder Belastungen im Leben beeinträchtigt das Erlernen neuer Verhaltensweisen, welche notwendig sind, um eine Langzeitgenesung zu gewährleisten.

2.6.2.23 Folie 5.23 – Protrahierte Abstinenz (Rückfallrechtfertigung)

- Rückfallrechtfertigungen treten auf, wenn das abhängige Gehirn versucht, einen *scheinbar* rationalen Grund (Rechtfertigung) für Verhalten anzubieten, das eine Person in der Genesung näher an einen „Ausrutscher“ heranbringt.
- Es ist entscheidend, dass Menschen in der Genesung und ihre Angehörigen eine Rückfallrechtfertigung erkennen, sobald sie auftaucht.
- Die meisten Rückfallrechtfertigungen basieren auf der falschen Prämisse, dass Menschen in der Genesung keine Wahl haben, ob sie Drogen konsumieren oder in der Genesung bleiben.
- Obwohl ein Konsum irgendwann unausweichlich wird (zum Beispiel haben die Personen vermutlich keine Wahl, sobald sie im Haus ihres Dealers sind; der Suchtdruck übernimmt dann die Kontrolle), können sie sich entscheiden, sich nicht in risikoreiche Situationen zu begeben.
- Rückfallgedanken werden mächtig, wenn sie nicht erkannt oder offen besprochen werden.
- Rückfallrechtfertigungen können vielfältige Formen annehmen:
 - Andere Personen haben mich dazu gebracht.
 - Ich habe es zu einem bestimmten Zweck benötigt.
 - Ich habe mich selbst getestet.
 - Es war nicht meine Schuld.
 - Es war ein Versehen.
 - Ich habe mich schlecht gefühlt.

2.6.2.24 Folie 5.24 – bis 5.29 – Rückfallrechtfertigungen

- Auf Handout FE 5B—Rückfallrechtfertigungen werden die Entschuldigungen für das Konsumieren auf den Folien 5.24 bis 5.29 identifiziert und der Prozess der Rückfallrechtfertigung diskutiert.

2.6.2.25 Folie 5.30 – Stadium 4: Anpassung und Entschluss

- Das Anpassungs-/Entschlussstadium hält normalerweise 4 bis 6 Monate an.
- Obwohl eine Person den physischen Entzug gut überstanden hat und sich wohl von vielen oder den meisten physischen Auswirkungen des Substanzkonsums erholt hat, ist die Genesung weit davon entfernt, abgeschlossen zu sein.
- Häufig tritt das große Gefühl einer Errungenschaft auf, weil das Stadium der Wand passiert wurde.
- Dieses Gefühl kann zu dem falschen Eindruck führen, dass das Leben letztendlich zur Normalität vor der Behandlung zurückkehren kann.
- Menschen in der Genesung, die dieses Stadium erfolgreich bewältigt haben, (und ihre Angehörigen) müssen erkennen, dass die gemachten Veränderungen im Lebensstil und in den Beziehungen jetzt der Definition von „Normal“ entsprechen.
- Wenn Menschen die Behandlung erst einmal abgeschlossen haben, müssen sie sich vom Erlernen neuer Fähigkeiten dem Folgendem zuwenden:
 - einen ausgeglichenen Lebensstil beibehalten

- auf Anzeichen eines Rückfalls achten
 - erkennen und akzeptieren, dass Genesung von der Sucht ein lebenslanger Prozess ist
 - neue Interessensgebiete entwickeln
- Aufgrund einer zunehmenden emotionalen Stabilität in diesem Stadium, kann sich die Person bereit fühlen, bedeutende, und manchmal unbeständige, tieferliegende Fragen anzugehen, die gemieden wurden oder zuvor nicht aufgekommen sind.

2.6.2.26 Folie 5.31 – Anpassung und Entschluss (Risikofaktoren für einen Rückfall)

- Weil Suchtdruck seltener auftritt und sich in diesem Genesungsstadium weniger intensiv anfühlt, könnten die Menschen
- glauben, dass sie eine Sekundärdroge nun sicher konsumieren können;
 - ihrer Wachsamkeit für Anzeichen eines Rückfalls lockern;
 - die Struktur in der Genesung, die sie geschaffen haben, lockern und sich hoch riskanten Situationen aussetzen;
 - in Beziehungen zu Personen zurückkehren, die Stimulanzien konsumieren;
 - Genesungsaktivitäten vernachlässigen und damit in der Genesung an Fahrt verlieren;
 - Bewegung und andere Aktivitäten der Selbstfürsorge vernachlässigen.
- Menschen in der Genesung und ihre Angehörigen könnten auch mit der Akzeptanz der Abhängigkeit und dem lebenslangen Wesen des Genesungsprozesses kämpfen.
- Aufkommende oder wieder aufkommende emotionale oder Beziehungsprobleme können Stress verursachen und zu dem Bedürfnis führen, Drogen oder Alkohol zu konsumieren. Diese Probleme müssen in einem therapeutischen oder beratenden Setting angegangen werden, um einen möglichen Rückfall zu vermeiden.

2.6.2.27 Folie 5.32 - Anpassung und Entschluss (Balance)

- Eine entscheidende Aufgabe für dieses Genesungsstadium (und für die Zukunft) ist die Entwicklung einer Balance im Leben.
- Diese Darstellung der Genesung illustriert einen ausgeglichenen Lebensstil, der notwendig ist, um die weitere Genesung und Nüchternheit aufrechtzuerhalten.
- Jedes Individuum muss die optimale und funktionierende Balance finden.
- Angehörige können Menschen in der Genesung helfen, diese Balance in ihrem Leben zu finden und beizubehalten

2.7 Sitzung 6: Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls (Multi-Familien-Gruppengespräch)

2.7.1 Ziele der Sitzung

- Helfen Sie den Teilnehmern, ihre Gefühle und Ängste zum Thema Rückfall zu erforschen.
- Helfen Sie den Patienten und ihren Angehörigen, gegenseitige Ängste und Bedürfnisse besser zu verstehen.
- Helfen Sie den Teilnehmern, sich über ihre Ideen zum Umgang mit einem Rückfall auszutauschen.

2.7.2 Handouts

- FE 6A—Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für die Person in der Genesung
- FE 6B—Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für Angehörige der Person in der Genesung
- FE 6C—Familienangehörige und Genesung

2.7.3 Einführung (2–3 Minuten)

Der Therapeut erklärt Folgendes:

- Die heutige Sitzung gibt den Patienten und ihren Angehörigen die Möglichkeit, Fragen und Ängste hinsichtlich der Möglichkeit eines Rückfalls zu besprechen.
- Ein Rückfall in den Konsum von Drogen oder Alkohol kann nur auftreten, nachdem die Abstinenz erreicht ist.
- Viele Menschen erleben irgendwann einen Rückfall. Genesung ist wie das Erlernen jeder schwierigen Fähigkeit. Die meisten Menschen erwerben die Fähigkeit zur Genesung nicht, ohne dabei Fehler zu begehen.
- Ein Rückfall ist jedoch nicht unvermeidlich. Einige Menschen erreichen eine Langzeitgenesung, ohne rückfällig zu werden.
- Familienangehörige können auch rückfällig werden. Diejenigen, die neue, gesündere Kommunikations- und Verhaltensweisen erlernt haben, können in alte Kommunikations- und Verhaltensweisen zurückfallen und aufhören, auf sich selbst achtzugeben, wenn das Familienmitglied in der Genesung mit Drogen oder Alkohol rückfällig wird.
- Für Menschen in der Genesung und ihren Familienangehörigen ist es normal, einen Rückfall zu befürchten.

2.7.4 Handoutdurchsicht (10–15 Minuten)

Der Therapeut

- gibt den Patienten eine Kopie des Handouts FE 6A—Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für die Person in der Genesung und bittet sie, die Informationen zu lesen und ihre Antworten auf die Fragen sorgfältig zu bedenken und aufzuschreiben;
- gibt den Familienangehörigen eine Kopie des Handouts FE 6B—Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für Angehörige der Person in der Genesung und bittet sie, die Informationen zu lesen und ihre Antworten auf die Fragen sorgfältig zu bedenken und aufzuschreiben;
- sagt den Teilnehmern, dass ihre Antworten auf die Fragen der Vorbereitung auf das Gruppengespräch dienen – niemand wird ihre Antworten sehen.

2.7.5 Fokussiertes Gespräch (50–55 Minuten)

Der Therapeut

- unterstützt die Gesprächsrunde und nutzt dabei die Fragen auf dem Handout zur Strukturierung;
- greift gute Ideen zum Umgang mit einem Rückfall auf, die im Gespräch aufgeworfen werden.

2.7.6 Zusammenfassung (2–3 Minuten)

Der Therapeut

- fasst die besprochenen Ideen zum effektiven Umgang mit Rückfällen zusammen;
- gibt den Familienangehörigen das Handout FE 6C—Familienangehörige und Genesung;
- erklärt, dass das Handout einige Konzepte beinhaltet, die von Angehörigen einer Person in der Genesung nicht vergessen werden sollten, und dass es hilfreich sein könnte, von Zeit zu Zeit darauf zurückzugreifen.

2.7.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.8 Sitzung 7: Opioide und Partydrogen (PowerPoint-Präsentation)

2.8.1 Überblick

2.8.1.1 Ziele der Sitzung

- Machen Sie die Teilnehmer mit dem Wesen und der Prävalenz von zwei Drogengruppen vertraut: Opioide (z. B. Heroin, Oxycodon und Morphin) und Partydrogen (z. B. Ketamin, LSD und Ecstasy).
- Machen Sie die Teilnehmer mit den Gefahren für Gesundheit und Genesung vertraut, die von Opioiden und Partydrogen ausgehen

2.8.1.2 Handouts

- FE 7A—Informationsblatt: Opioide
- FE 7B—Informationsblatt: Partydrogen

2.8.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 70 bis 79 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.8.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.8.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.8.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.8.2.1 Folie 7.1 – Opioide und Partydrogen

- Diese Präsentation bietet einen Überblick über Opioide und Partydrogen einschließlich was sie sind, wer sie konsumiert, ihrer Wirkung auf den Körper und der Risiken, die sie für die Genesung darstellen.
- Die Handouts FE 7A—Informationsblatt: Opioide und FE 7B—Informationsblatt: Partydrogen fassen die Informationen zusammen, die in dieser Sitzung besprochen werden.

2.8.2.2 Folie 7.2 – Die Bedeutung der totalen Abstinenz

- Damit die Behandlung funktioniert, sollten die Menschen in der Genesung vollkommen abstinent sein. Die Abstinenz von allen psychoaktiven Substanzen erhöht die Chance einer erfolgreichen Genesung erheblich.
- Wenn Menschen wegen Stimulanzienmissbrauch in Behandlung sind, müssen sie auf Alkohol und *alle* illegalen Drogen verzichten – einschließlich Drogen wie Marihuana, von der einige Menschen glauben, sie sei harmlos –, um eine erfolgreiche Genesung zu gewährleisten.

2.8.2.3 Folie 7.3 – Was sind Opioide?

- Opioide sind eine Gruppe von Drogen, die an den Opiatrezeptoren im Gehirn wirken. Opioide können aus natürlichen Quellen (z. B. Mohnpflanzen) oder synthetisch hergestellt werden.
- Natürliche Opioide (wie Morphin und Heroin) und synthetische Opioide (wie Meperidin und Oxycodon) haben ähnliche Effekte.
- Opioide behandeln Schmerzen effektiv, weil sie Empfindungen abstupfen und die Angst vor den zu erwartenden Schmerzen lösen.
- Menschen missbrauchen Opioide, weil sie eine starke Euphorie oder einen „Rausch“ verschaffen.

2.8.2.4 Folie 7.4 – Physische Effekte von Opioiden

- Sobald Opioide ins Gehirn gelangen, werden sie binnen weniger Minuten wirksam.
- Die physischen Anzeichen eines Opioidkonsums sind verengte Pupillen, Hautrötungen und ein schweres Gefühl in den Gliedmaßen. Menschen auf Heroin sehen so aus, als würden sie gleich einschlafen, weshalb dieser Zustand auch als „Nicken“ bezeichnet wird.
- Dem euphorischen Rausch folgt ein schläfriger Zustand. Atmung und Herzfrequenz verlangsamen sich in dieser Zeit. Kopfschmerzen und Schwindelgefühle treten häufig auf. Diese unmittelbaren Effekte lassen wenige Stunden nach der Drogeneinnahme nach.

2.8.2.5 Folie 7.5 – Opioide und Toleranz

- Wenn Menschen weiter Opioide konsumieren, sind immer höhere Dosen erforderlich, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Dies nennt sich „Toleranz“.
- Irgendwann bewirkt die Toleranz einer Person gegenüber Opioiden, dass die Droge hauptsächlich eingenommen wird, um den Entzug abzuwenden, nicht um high zu werden.

2.8.2.6 Folie 7.6 – Abhängigkeit vs. Sucht

- Ein wiederholter Konsum von Opioiden kann zu einer Abhängigkeit und Sucht führen.
- Menschen, die Opioide einnehmen, die zur Schmerzbehandlung von ihren Ärzten verschrieben wurden, werden selten süchtig.
- Bei einer Langzeitanwendung werden selbst Menschen, die die Medikation wie verordnet einnehmen, von Opioiden abhängig.
- Diese Menschen müssen schrittweise aufhören, opioidhaltige Schmerzmittel einzunehmen, oder sie werden Entzugssymptome bekommen.
- Sucht ist gekennzeichnet durch eine physische Abhängigkeit, begleitet von einem zwanghaften Drang, die Droge zu nehmen, selbst wenn es negative Folgen hat.

2.8.2.7 Folie 7.7 – Der Entzug von Opioiden

- Eine Person, die abhängig oder süchtig ist, wird durch einen Entzug gehen, wenn die Opioide plötzlich abgesetzt werden. Entzugssymptome umfassen Unruhe, starke Muskel- und Knochenschmerzen, Insomnie, Diarrhoe, Erbrechen, Kältegefühle und Gänsehaut (der Ursprung der Phrase „*Going Cold Turkey*“, die für den kalten Entzug verwendet wird).
- Es kann bis zu einer Woche dauern, bis der Entzug seinen Lauf nimmt. Bei gesunden Erwachsenen endet er selten tödlich, kann aber bei schwangeren Frauen zu einer Früh- oder Fehlgeburt führen.

2.8.2.8 Folie 7.8 – Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Opioide

- Die verschreibungspflichtigen Opioide, die von Menschen missbraucht werden, sind hauptsächlich Codein, Oxycodon (OxyContin®, Percodan®, Percocet®, Tylox®), Hydrocodon (Vicodin®), Meperidin (Demerol®) und Hydromorphon (Dilaudid®).
- Auf den nächsten Folien wird der Fokus auf Oxycodon liegen. OxyContin ist die stärkste verfügbare Form von Oxycodon.

2.8.2.9 Folie 7.9 – Oxycodon (Konsummuster)

- Der Missbrauch von Oxycodon scheint zuzunehmen.
- Dem *National Survey on Drug Use and Health* aus dem Jahr 2004 zufolge haben mehr als 10 Prozent der Menschen in den Vereinigten Staaten im Alter von 18 bis 25 Jahren Oxycodon zu nicht-medizinischen Zwecken gebraucht. Die Anzahl der Menschen, die Oxycodon missbraucht, ist seit der Einführung des Arzneimittels im Jahr 1995 jedes Jahr angestiegen.¹
- Die meisten Menschen, die Oxycodon missbrauchen, sind über 30 Jahre alt.²
- Im Jahr 2004 berichteten 5 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs, dass sie zumindest einmal Oxycodon eingenommen haben.³

2.8.2.10 Folie 7.10 – Oxycodon (Fakten)

- Oxycodon ist eine Retardtablette, die Menschen mit langanhaltenden Schmerzen, wie Schmerzen bei Krebs oder Rückenschmerzen, verschrieben wird.
- Menschen erhalten Oxycodon illegal, indem sie vorgeben, Schmerzen zu haben, Rezepte fälschen und Apotheken ausrauben.
- Um die Retardwirkung aufzuheben, zermahlen Personen, die Oxycodon missbrauchen, die Tablette und schlucken oder sniefen es oder lösen es in Wasser auf und injizieren es sich dann.
- Wenn es auf diese Weise eingenommen wird, ruft Oxycodon ein euphorisches High hervor, vergleichbar mit dem vom Heroin.
- Die Straßennamen von Oxycodon in den USA umfassen Oxy, OC, Kickers, Killers, Blue und Hillbilly Heroin.

2.8.2.11 Folie 7.11 – Oxycodon (Gefahren)

- OxyContin enthält eine viel höhere Opioiddosis als andere Oxycodonformulierungen wie Percodan oder Percocet.
- Wenn die Tabletten vor der Einnahme zermahlt werden, nehmen die Risiken einer gefährlich verlangsamten Atmung sowie von Herzinfarkt und Überdosis zu.
- Den Personen, die die Tabletten in Wasser auflösen und die Lösung injizieren, drohen Erkrankungen wie Hepatitis und HIV/AIDS, die mit verschmutzten Nadeln verbunden sind.
- Wie alle Opiode ist Oxycodon, wenn es missbraucht wird, hochgradig suchterzeugend.

2.8.2.12 Folie 7.12 – Heroin (Konsummuster)

- Die hauptsächlich natürlichen Opiode, die von Menschen missbraucht werden, sind Heroin und Morphin. Auf den nächsten Folien wird der Fokus auf Heroin liegen.
- Etwa 1,6 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter haben Heroin konsumiert. Mehr als 3,1 Prozent der Highschool-Schüler haben Heroin konsumiert.⁴
- Nicht weniger als 1 Million Menschen in den Vereinigten Staaten könnte von Heroin abhängig sein.⁵
- Bei kaukasischen und hispanischen US-Amerikanern sowie allen Personen unter 26 wird Heroin mit mehr Todesfällen in Verbindung gebracht als mit irgendeiner anderen Substanz, mit Ausnahme von Alkohol.⁶

- 15 Prozent aller Einweisungen in Notaufnahmen in den Vereinigten Staaten werden mit Heroin in Verbindung gebracht.⁷
- Die meisten Personen, die Heroin konsumieren, sind kaukasische Männer im Alter von über 30 Jahren, die in urbanen Gebieten leben.⁸ Das Alter, in dem die Personen mit dem Heroinkonsum beginnen, ist von Mitte Zwanzig im Jahr 1990 auf Anfang Zwanzig im Jahr 2000 gesunken.⁹
- Der gestiegene Konsum unter jüngeren Menschen ist zum Teil auf die reinere Form von Heroin zurückzuführen, die in den letzten Jahren billiger und vermehrt verfügbar geworden ist. Dieses reinere Heroin kann eher geraucht oder gesnift, statt injiziert zu werden.
- Das Rauchen oder Sniefen von Heroin hat an Popularität zugenommen, weil die Menschen fälschlicherweise davon ausgehen, dass das Rauchen oder Sniefen von Heroin nicht zur Abhängigkeit führt. Die Angst vor der Verwendung von Nadeln hat ebenfalls zum Anstieg der Verwendung dieser Administrationswege beigetragen.

2.8.2.13 Folie 7.13 – Heroin (Fakten)

- Heroin wird aus Morphin hergestellt, das aus der Mohnpflanze gewonnen wird. Im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert wurde es ausgiebig als Schmerzmittel verwendet. Weil es in hohem Grad abhängig macht und andere Schmerzmittel zur Verfügung standen, wurde Heroin 1914 verboten.
- Reines Heroin ist ein weißes Pulver. Auf der Straße verkaufte Heroin variiert farblich von weiß bis dunkelbraun und ist üblicherweise mit anderen Substanzen wie Zucker, Milchpulver, Stärke oder Giften wie Strychnin vermischt.
- Heroin ist in den USA unter vielen Straßennamen bekannt, einschließlich Smack, Horse, Big H, Junk, Dope, Skag und Poison.

2.8.2.14 Folie 7.14 – Heroin (Gefahren)

- Menschen, die Heroin konsumieren, richten mit der Zeit ihren Fokus so sehr auf die Beschaffung der Droge, dass sie die meisten anderen Aspekte des Lebens vernachlässigen.
- Bei manchen Personen kommt es zu Gewichtsverlust, Dehydration und Mangelernährung. Manche verarmen und werden straffällig.
- Weil die Reinheit des Heroins variiert, sind versehentliche Überdosen eine bekannte Gefahr.

2.8.2.15 Folie 7.15 – Heroin (Krankheitsrisiken)

- Die meisten Personen, die regelmäßig Heroin konsumieren, injizieren es. Diejenigen, die mit Rauchen und Sniefen von Heroin anfangen, wechseln im Verlauf oft zum Injizieren, weil es zu einem schnelleren und intensiveren Rausch führt.
- Es wird geschätzt, dass in einem Drittel aller HIV-Fälle und in über der Hälfte aller Fälle von Hepatitis C in den Vereinigten Staaten injizierender Drogenkonsum ein Faktor ist.
- Intravenöser Heroinkonsum kann zum Venenkollaps, zu Gefäßverstopfungen, bakteriellen Infektionen des Herzens und der Blutgefäße, Pneumonie, Tuberkulose und Leber- oder Nierenerkrankungen führen.

2.8.2.16 Folie 7.16 – Was sind Partydrogen?

- Partydrogen umfassen eine breite Palette an Substanzen, von denen viele als relativ sicher angesehen werden. Sie beinhalten Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB), Rohypnol, Ketamin, Lysergsäurediethylamid (LSD) und MDMA, oder Ecstasy.
- Partydrogen werden primär von Personen unter 30 Jahren und kaukasischer Abstammung konsumiert; Highschool-Schüler und Studenten zeigen den höchsten Konsumgrad.
- Partydrogen werden in Studentenverbindungen, Diskotheken, Bars, bei Konzerten und Raves konsumiert.

2.8.2.17 Folie 7.17 – GHB (Konsummuster)

- Die meisten Personen, die GHB konsumieren, sind zwischen 18 und 30 Jahre alt. Die meisten sind kaukasische Männer aus der Mittelschicht.¹⁰
- Der Konsum von GHB ist in den 1990er Jahren sprunghaft angestiegen. Im Jahr 1994 gab es in den Vereinigten Staaten 56 Berichte von Notaufnahmen im Zusammenhang mit GHB. Im Jahr 2002 gab es annähernd 5.000 dieser Berichte. Dies stellt eine Steigerung von 9.000 Prozent im Laufe von 8 Jahren dar.¹¹ Seit 2002 haben die Berichte von Notaufnahmen im Zusammenhang mit GHB abgenommen.¹²
- Ungefähr 2 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben im Jahr 2004 mindestens einmal GHB konsumiert.¹³

2.8.2.18 Folie 7.18 – GHB (Fakten)

- GHB wird in illegalen Laboren aus billigen Zutaten hergestellt. Es ist ein helles Pulver, das sich in Flüssigkeiten leicht auflöst. Wenn es mit einer Flüssigkeit gemischt wird, ist es klar, geruch- und geschmacklos.
- In Clubs wird es oftmals in flüssiger Form aus einer Wasser- oder Sportgetränkflasche zu je einer oder mehr Verschlusskappen verkauft.
- GHB ist in den USA unter den Straßennamen Liquid Ecstasy, Soap, Easy Lay, Vita-G und Georgia Home Boy bekannt.

2.8.2.19 Folie 7.19 – GHB (Physische Effekte)

- GHB ruft euphorische und halluzinogene Zustände hervor, begleitet vom Kontrollverlust über Gleichgewicht, Koordination und Sprachvermögen. GHB beginnt 15 bis 30 Minuten nach der Einnahme zu wirken. Die Wirkung hält 3 bis 6 Stunden an.
- In hohen Dosen kann es zu einer gefährlich verlangsamten Atmung, Bewusstlosigkeit, Koma und Überdosis kommen. Wenn GHB mit Alkohol gemischt wird, kann das zum Tode führen.
- Seit 1990 gab es in den Vereinigten Staaten annähernd 16.000 Fälle von GHB-Überdosen und 70 Todesfälle durch GHB.¹⁴

2.8.2.20 Folie 7.20 – Rohypnol (Konsummuster)

- Die meisten Personen, die Rohypnol konsumieren, sind 13 bis 30 Jahre alt und männlich.¹⁵
- Der Konsum von Rohypnol scheint in den meisten Teilen der USA abzunehmen.
- Rohypnol ist unter manchen Jugendlichen beliebt, weil es billiger ist als andere Partydrogen.
- Etwa 1,6 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben 2004 mindestens einmal Rohypnol konsumiert.¹⁶

2.8.2.21 Folie 7.21 – Rohypnol (Fakten)

- Rohypnol ist der Handelsname eines Arzneimittels, das in Mexiko und Europa, wo es zur Behandlung der Insomnie angewendet wird, legal ist. In den Vereinigten Staaten ist es zu keinem Zeitpunkt legal gewesen.
- Rohypnoltableten werden oft in ihrer Originalverpackung verkauft, was die US-Amerikaner denken lassen könnte, sie seien legal.
- Rohypnol ist ein Beruhigungsmittel wie Halcyon, Xanax und Valium, allerdings um ein Vielfaches stärker.
- Rohypnol ist in den USA unter den Straßennamen Roofies, Rophies, Roche, Rope und Forget-me Pill bekannt.

2.8.2.22 Folie 7.22 – Rohypnol (Physische Effekte)

- Wie GHB ruft Rohypnol bei den Konsumenten Euphorie und Halluzinationen hervor.
- Die Wirkung von Rohypnol tritt 15 bis 20 Minuten nach der Einnahme auf und kann länger als 12 Stunden anhalten.
- Die Effekte von Rohypnol umfassen Blutdruckabfall, undeutliche Sprache, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit und Schwierigkeiten beim Gehen.
- Rohypnol kann Kopfschmerzen, Alpträume, Zittern, Muskelschmerzen, Verdauungsprobleme, aggressives Verhalten und Blackouts verursachen, was bis zu 24 Stunden anhalten kann.

2.8.2.23 Folie 7.23 – Ketamin (Konsummuster)

- Ketamin ist unter Studenten und jungen Erwachsenen beliebt, die in Clubs und zu Raves gehen.
- Der Konsum von Ketamin ist langsam, aber stetig zurückgegangen.
- Etwa 1,9 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben im Jahr 2004 mindestens einmal Ketamin konsumiert.¹⁷

2.8.2.24 Folie 7.24 – Ketamin (Fakten)

- Ketamin ist ein Narkosemittel, das wegen des schnellen Wirkeintritts zunächst auf Schlachtfeldern angewendet wurde. Heute wird es fast ausschließlich von Tierärzten verwendet. Tierkliniken werden eigens wegen Ketamin ausgeraubt.
- Ketamin wird als Flüssigkeit produziert, in der Regel aber zu einem weißen, geruch- und geschmacklosen Pulver getrocknet, bevor es illegal verkauft wird. Es kann Getränken beigemischt, gesnift oder zusammen mit Marihuana oder Tabak geraucht werden.
- Ketamin hat keinen Geruch oder Geschmack und ist deshalb schwer aufzuspüren.
- Ketamin ist in den USA unter den Straßennamen Special K, Vitamin K, Kit Kat, Super Acid und Jet bekannt.

2.8.2.25 Folie 7.25 – Ketamin (Physische Effekte)

- Ketamin ruft veränderte Wahrnehmungen und Halluzinationen hervor und kann eine Amnesie herbeiführen.
- In geringen Dosen umfassen die veränderten Wahrnehmungen ein angenehmes Gefühl zu schweben oder sich außerhalb des Körpers zu befinden.
- Hohe Dosen können zu beängstigenden Gefühlen einer nahezu vollkommenen sensorischen Deprivation führen, bekannt als „K-Hole“.
- Die Wirkung von Ketamin tritt wenige Minuten nach der Einnahme ein und verblasst binnen einer Stunde, obwohl Personen berichten, sich erst nach 24 bis 48 Stunden wieder ganz normal zu fühlen.
- In hohen Dosen kann Ketamin einen Herzinfarkt, Schlaganfall und Sauerstoffmangel verursachen – all das kann zu einem Koma und Tod führen.

2.8.2.26 Folie 7.26 – Partydrogen und Date Rape

- Neben GHB und Rohypnol kann Ketamin die Menschen verwirrt und hilflos machen, was sie der Gefahr von Verbrechen, insbesondere Vergewaltigung (engl. *rape*), aussetzt.
- Menschen, die diese Drogen nehmen, können unfähig sein, sich gegen sexuelle Übergriffe zu wehren.
- Rohypnol ist geruch- und geschmacklos und kann in einem Club einfach in einem Drink aufgelöst werden.
- Neuere Rohypnoltabletten verfärben sich im Getränk blau, um die Sichtbarkeit zu erhöhen und die Verwendung als Date-Rape-Droge einzudämmen.

2.8.2.27 Folie 7.27 – LSD (Konsummuster)

- LSD wird primär von Studenten und jungen Erwachsenen in Clubs, bei Raves und Konzerten konsumiert.
- Etwa 10 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter haben LSD probiert; 0,2 Prozent haben LSD im Jahr 2003 mindestens einmal konsumiert.¹⁸
- Der Konsum von LSD durch Erwachsene hat in den vergangenen Jahren abgenommen.
- Im Jahr 2004 berichteten 2,2 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs, dass sie im vorangegangenen Jahr mindestens einmal LSD konsumiert haben.¹⁹

2.8.2.28 Folie 7.28 – LSD (Fakten)

- LSD ist eine der stärksten stimmungs- und wahrnehmungsverändernden Drogen. Es gibt dafür keine medizinische Verwendung.
- LSD wird manchmal in Tablettenform verkauft, meist aber auf Löschpapier gelöst, das in Quadrate geteilt ist. Es ist geruchlos, hat aber einen leicht bitteren Geschmack.
- LSD ist in den USA unter den Straßennamen Acid, Blotter Acid, Battery Acid, Window Pane, Microdot, Sunshine und Zen bekannt.

2.8.2.29 Folie 7.29 – LSD (Physische Effekte)

- Die ersten Wirkungen von LSD werden 30 bis 90 Minuten nach der Einnahme wahrgenommen. Die physischen Veränderungen umfassen einen Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck, Schwitzen, Übelkeit, trockener Mund, Appetitverlust, Taubheitsgefühle und Zittern.
- In geringen Dosen ruft LSD rapide emotionale Schwankungen und verstärkte Sinneseindrücke hervor.
- In hohen Dosen führt LSD zu Wahrnehmungsverzerrungen: Formen verändern sich, Zeit verlangsamt sich und die Sinneseindrücke scheinen zu verschmelzen. Diese Halluzinationen werden „Trip“ genannt.
- Ein „Horrortrip“ kann eine beängstigende Erfahrung sein, die Verwirrtheit, Panik und Angst verursacht. Menschen mit Halluzinationen von LSD haben tödliche Unfälle gehabt.
- Ein Trip kann bis zu 12 Stunden anhalten, oft gefolgt von Erschöpfung und Depressionen.
- Einer der gefährlichsten Aspekte von LSD ist seine Unkalkulierbarkeit. Seine Wirkung ist von der Dosis, der Stimmung des Konsumenten und der Umgebung, in der es konsumiert wird, abhängig.
- Menschen, die regelmäßig LSD nehmen, neigen zu Flashbacks, bei denen sie plötzlich Halluzinationen erleben, ohne dass sie die Droge genommen haben.
- LSD kann zu Langzeitdepressionen und Schizophrenie beitragen.

2.8.2.30 Folie 7.30 – MDMA („Ecstasy“) (Konsummuster)

- Die Chemikalie MDMA, Ecstasy, wird am stärksten von Kaukasiern und Schülern sowie jungen Erwachsenen aus der oberen Mittelschicht konsumiert.²⁰
- Ursprünglich zumeist in Clubs konsumiert, hat sich Ecstasy in andere soziale Kontexte ausgeweitet.
- Annähernd 5 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter haben Ecstasy probiert; 1 Prozent hat es im Jahr 2003 mindestens einmal konsumiert.²¹
- Etwa 4 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs konsumierten im Jahr 2004 mindestens einmal Ecstasy; diese Anzahl scheint sich zu verringern.²²

2.8.2.31 Folie 7.31 – Ecstasy (Fakten)

- Ecstasy wurde in den 1970er Jahren in der Psychotherapie verwendet, hat aber keinen medizinischen Wert und wurde verboten.
- Reines Ecstasy ist ein weißes Pulver, kann allerdings mit anderen Drogen oder Substanzen kombiniert werden, bevor es verkauft wird – in der Regel in Pillenform.
- Ecstasy ist die Hauptbezeichnung der Droge auf der Straße. Es ist in den USA aber auch als XTC, X, E, Adam, Clarity, Hug Drug und Love Drug bekannt.

2.8.2.32 Folie 7.32 – Ecstasy (Physische Effekte)

- Die physischen Effekte der Einnahme von Ecstasy umfassen einen Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck, Übelkeit, Appetitverlust, verkrampfter Kiefer sowie zwanghaftes Kauen und Zähnepressen.
- Nach einem ersten Rausch bei der Einnahme von Ecstasy, erleben die Personen ruhige, positive Gefühle, die für 3 bis 6 Stunden andauern. Dieser Vorgang nennt sich „Rolling“.
- Ecstasy führt auch zu einem gesteigerten Antrieb, einem Bedürfnis nach visueller Stimulation und einer erhöhten Aufmerksamkeit für sensorische Eindrücke sowie einer verstärkten Reaktion darauf.
- Weil Ecstasy das Wohlbefinden und die Toleranz gegenüber anderen steigert, betrachten viele Menschen es fälschlicherweise als harmlose Droge.
- Durch Ecstasy kann die Körpertemperatur auf ein riskantes Niveau ansteigen (bis 43 °C). Dieses hohe Fieber führt zu Dehydration, woran Menschen auf Ecstasy gestorben sind.
- Weil die Dehydration als Risiko bekannt ist, trinken Konsumenten manchmal zu viel Wasser, was wiederum zu einem gefährlichen und potentiell tödlichen Zustand führen kann, genannt Hyponatriämie.
- Ecstasy wirkt neurotoxisch – es tötet Nervenzellen im Gehirn. Studien an Ratten und Affen haben gezeigt, dass selbst wenige Ecstasydosen eine Schädigung verursachen, die 7 Jahre später noch nicht wieder behoben ist.

1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

2 Office of National Drug Control Policy. *Pulse Check: Trends in Drug Abuse*. Washington, DC: Executive Office of the President, November 2002.

3 Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. & Schulenberg, J. E. *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings 2004*. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005.

4 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004, S. 37.

5 Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Heroin*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, Juni 2003, S. 1.

6 Center for Substance Abuse Prevention. *What's the Real Dope?* DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003, S. 11.

7 Siehe Fußnote 5, S. 4.

8 Ebd., S. 2.

9 Siehe Fußnote 6, S. 10.

10 Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB)*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2002, S. 2.

11 National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Rohypnol and GHB*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, März 2005, S. 2.

12 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Club Drugs, 2002 Update. The DAWN Report*. Rockville,

MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, Juli 2004.

13 Siehe Fußnote 11.

14 Siehe Fußnote 10.

15 Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Rohypnol*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, Februar 2003, S. 1.

16 Siehe Fußnote 3, S. 43.

17 Ebd.

18 Siehe Fußnote 4.

19 National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts LSD*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, März 2005, S. 2.

20 Center for Substance Abuse Prevention. *Ecstasy: What's All the Race About?* DHHS Publication No. (SMA) 3710B. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, S. 9.

21 Siehe Fußnote 4.

22 Siehe Fußnote 3, S. 43.

2.9 Sitzung 8: Familien in der Genesung (PowerPoint-Präsentation)

2.9.1 Überblick

2.9.1.1 Ziele der Sitzung

- Helfen Sie den Familienangehörigen und den Personen in der Genesung, Substanzkonsum und Genesung zu verstehen.
- Helfen Sie den Familienangehörigen zu verstehen, wie sie die Genesung unterstützen können.

2.9.1.2 Handouts

- FE 8A—Einen Rückfall vorhersehen und vermeiden
- FE 8B—Rückfallrechtfertigungen
- FE 8C—Rückfalldrift vermeiden

2.9.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 81 bis 90 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.9.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.9.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.9.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.9.2.1 Folie 8.1 – Familien in der Genesung

- In dieser Sitzung sprechen wir über die Menschen, die Ihnen am wichtigsten sind. Alle Teilnehmer sind hier, weil sie sich um ein Familienmitglied sorgen.
- Menschen in der Genesung sind hier, weil sie sich genug um sich selbst und ihre Angehörigen sorgen, um eine Behandlung aufzusuchen; die Familienangehörigen sind hier, weil sie Zuspruch und Unterstützung anbieten wollen.
- Wenn eine Familie einen Weg im Umgang mit einem geliebten Menschen finden muss, der Stimulanzien missbraucht, kann das Leben frustrierend und chaotisch wirken. Die konsumierende Person kann sich selbstzerstörerisch verhalten. Die Angehörigen können zu verzweifelten Maßnahmen greifen, nur um damit zurechtzukommen.
- Oftmals ist es für alle Beteiligten schwer zu verstehen, wie sie an diesem Punkt gelangten. Wie konnten die Dinge so schlimm werden? Die Situation zu bewerten, wenn man sich mittendrin befindet, kann schwerfallen.
- In dieser Sitzung schauen wir uns an, wie Menschen von einer Substanz abhängig werden und wie sie und ihre Familien sich von der Abhängigkeit wieder erholen. Die Hoffnung ist, dass Angehörige durch ein besseres Verständnis der Abhängigkeits- und Genesungsprozesse besser in der Lage sind, Unterstützung zu bieten.

2.9.2.2 Folie 8.2 – Wer gehört zu einer Familie?

- Es ist wichtig, Familie im weitesten Sinne zu sehen.
- Familie schließt die unmittelbare und die erweiterte Familie, Freunde, Mentoren, Partner und Arbeitskollegen mit ein – all diese Menschen sind bezogen auf die Behandlung Teil Ihrer Familie. Wenn Sie jemand unterstützt, dem Sie nahe stehen, dann ist diese Person Teil Ihrer Familie.

2.9.2.3 Folie 8.3 – Was ist Abhängigkeit?

- Abhängigkeit ist ein komplizierter physischer und emotionaler Prozess, der im Gehirn stattfindet. Als Folge des Drogenkonsums verändert sich das Gehirn und Menschen verhalten sich in einer Weise, die sie selbst und ihre Familien beeinflusst.
- Abhängigkeit ist eine medizinische Störung. Es ist kontraproduktiv für die Genesung, Abhängigkeit als persönliche Schwäche, fehlender Wille oder moralischen Verfall zu sehen.

2.9.2.4 Folie 8.4 – Entwicklung der Abhängigkeit

- Die Entwicklung der Abhängigkeit involviert zwei verschiedene Bereiche des Gehirns: den präfrontalen Kortex und das limbische System.
- Der präfrontale Kortex ist der intelligente, rationale, denkende Teil des Gehirns. Es ist der Entscheidungsträger, der „Computer“ des Gehirns.

Der präfrontale Kortex dirigiert kontinuierlich unser Verhalten und bewertet sowohl das Positive als auch das Negative einer Situation, um eine Entscheidung zu treffen.

- Das limbische System besteht aus kleineren Teilen des Gehirns unterhalb des präfrontalen Kortex. Die Beteiligung des limbischen Systems an Emotion und Motivation treibt die Abhängigkeit voran. Jede Dosis einer Substanz – insbesondere Stimulanzien – aktiviert das limbische System. Letztlich wird das System bis zu dem Punkt überaktiviert, an dem normale, rationale Beschränkungen des Verhaltens verloren gehen.
- Ein Weg, den Abhängigkeitsprozess zu verstehen, ist, ihn als ein Kampf zwischen dem rationalen Teil des Gehirns (der präfrontale Kortex) und dem emotionalen Teil des Gehirns (das limbische System) zu sehen.
- Bei den meisten Menschen, die Meth konsumieren, hält zunächst der rationale Teil des Gehirns ihren Meth-Konsum im Zaum. Bei fortgesetztem Konsum beginnt allerdings die Wirkung von Meth auf die Teile des Gehirns, die Emotion und Motivation regulieren, den Verstand und das klare Denken außer Kraft zu setzen.

2.9.2.5 Folie 8.5 – Entwicklung von Suchtdruck

- Suchtdruck ist das physische und emotionale Verlangen nach einer Droge.
- Drei getrennte Prozesse laufen bei der Bildung von Suchtdruck zusammen:
 - der kognitive Prozess
 - der Konditionierungsprozess
 - zwanghaftes Denken
- Der kognitive Prozess ist, wie der rationale Teil des Gehirns (der Kortex) mit Substanzkonsum umgeht.
- Der Konditionierungsprozess ist die Beteiligung des emotionalen Teils des Gehirns (das limbische System) bei der Abhängigkeit.
- Zwanghaftes Denken ist der Kampf zwischen den rationalen und emotionalen Reaktionen auf Substanzkonsum.

2.9.2.6 Folie 8.6 – Kognitiver Prozess (Anfangsstadien der Abhängigkeit)

- In den Anfangsstadien der Abhängigkeit tritt Meth-Konsum nur gelegentlich auf, oftmals auf einer Party oder bei einem besonderen Anlass.
- Der Konsum nimmt allmählich zu, aber der rationale Teil des Gehirns hat die Kontrolle und entscheidet, dass ein Meth-Konsum wegen der angeblichen Vorteile dessen gerechtfertigt ist.
- Das Positive scheint das Negative zu überwiegen. Die Tatsachen, dass Meth illegal ist und zusätzliches Geld dafür ausgegeben wird, wiegen nicht so schwer.

2.9.2.7 Folie 8.7 – Kognitiver Prozess (Ernüchterung)

- Die Person, die weiterhin Meth konsumiert, wird letztlich enttäuscht, da die negativen Folgen des Meth-Konsums gegenüber den positiven klar überwiegen.
- Manche Menschen sind fähig, den Konsum zu beenden, sobald offensichtlich wird, dass der Meth-Konsum ihrem Leben schadet. Diejenigen, die nicht aufhören können, sind abhängig.
- Ein mächtiger Drang nach Meth wird stärker als der rationale Teil des Gehirns.
- Die rationale Entscheidung, nicht zu konsumieren, und Willenskraft sind nicht ausreichend, um den Suchtdruck nach Meth abzuhalten, der sich im emotionalen Teil des Gehirns verwurzelt hat. Der rationale Prozess der Entscheidungsfindung ist schwer beeinträchtigt und die Forderungen des süchtigen Gehirns sind unabdingbar.

2.9.2.8 Folie 8.8 – Konditionierungsprozess (schwacher Suchtdruck)

- Während der kognitive Prozess im präfrontalen Kortex stattfindet, findet parallel dazu bei Meth-Konsumenten ein Fortschreiten der Ereignisse im limbischen System statt. Dies ist der Konditionierungsprozess.
- Konditionieren ist eine Form des Lernens durch Assoziation. Jedes Mal wenn Menschen Meth nehmen, stärken sie eine geistige Verbindung zwischen der Droge und seiner angenehmen Wirkung. Diese Verbindung konditioniert das Gehirn, mehr Meth zu wollen.
- Zunächst ist der Konsum von Meth so sporadisch, dass es bei den Personen, Orten oder Situationen, die mit Meth assoziiert werden, nicht zu einer automatischen Reaktion kommt.
- Im Laufe der Zeit wird die Verbindung stärker und allgemeiner, so dass nicht nur die Einnahme von Meth, sondern auch der Gedanke an Dinge, die mit der Droge assoziiert werden (Geld, das Haus eines Dealers, bestimmte Freunde) Suchtdruck nach Meth hervorrufen können.
- Dinge, die mit Meth-Konsum assoziiert werden und den Wunsch nach der Droge hervorrufen, werden Trigger genannt.
- Suchtdruck ist ein Verlangen nach Meth, das durch die Aktivierung des emotionalen Zentrums des Gehirns und durch zwanghafte Gedanken über Meth-Konsum intensiviert wird.
- Die Entwicklung von Suchtdruck nach einer Substanz ist ein Prozess. Wiederholter Konsum von Meth „baut“ im Kopf der Person Suchtdruck nach der Droge auf.
- Anfangs aktivieren der Erwerb und der Konsum der Droge die emotionalen und motivationalen Zentren im limbischen System des Gehirns. Dies führt zu Euphorie und physiologischer Erregung: beschleunigte Atmung und Herzfrequenz, Adrenalineffekte und Antriebssteigerung.
- Das Gehirn beginnt, Assoziationen zwischen Meth und Freude oder Lust zu bilden.

2.9.2.9 Folie 8.9 – Konditionierungsprozess (starker Suchtdruck)

- Mit stärker werdender geistiger Verbindung zwischen Meth und dem dadurch erzeugten Wohlbefinden, triggern andere Dinge als die Droge selbst Suchtdruck und der Suchtdruck wird stärker.
- Eine Person, die weiter Meth konsumiert, wird eine übermächtige physische Reaktion auf Meth in Situationen fühlen, die immer weiter von der Droge selbst entfernt sind.
- In den späteren Stadien der Abhängigkeit wird das Nachdenken über Meth mächtigen Suchtdruck hervorrufen. Für eine Person, die von Meth abhängig ist, bewirken das Nachdenken über Meth oder über Meth-Konsum eine mächtige Erregung, ähnlich den tatsächlichen Effekten von Meth.
- Trigger initiieren ein automatisches Verlangen nach Meth-Konsum und dieses Gefühl treibt Menschen dazu, Meth zu finden und zu nehmen.

2.9.2.10 Folie 8.10 – Konditionierungsprozess (übermächtiger Suchtdruck)

- Die Trigger werden sich bald vermehren und die geistigen Verbindungen zwischen den Triggern und Drogenkonsum werden übermächtig.
- Wenn die Abhängigkeit stärker wird, konsumieren die Personen entweder täglich oder in exzessiven Phasen, die nur durch physische Zusammenbrüche unterbrochen werden.
- Das rationale Gehirn wird durch das konstante, starke Verlangen vom abhängigen Gehirn vollkommen übermannt. Abhängige Menschen können nicht stärker sein, als die konditionierte Reaktion, die im Gehirn geschmiedet wurde. Sie können nur klüger sein.

2.9.2.11 Folie 8.11 – Entwicklung von zwanghaftem Denken (früher Konsum)

- Wenn eine Person beginnt, Meth zu konsumieren, werden dem nur sehr wenig Zeit oder Gedanken gewidmet. Der Konsum von Meth ist nur ein kleiner Teil des Lebens einer Person.
- Wenn die Person den Konsum fortsetzt, nehmen die Entscheidungen darüber, ob man konsumieren soll, woher man das Geld für die Drogen bekommt und wie man den Konsum verheimlichen kann, zunehmend mehr Zeit und Gedanken in Anspruch.
- Diese Konsumgedanken drängen sich mehr und mehr auf, weil die gebildeten Verbindungen zwischen Meth und Genuss im emotionalen Teil des Gehirns begonnen haben, ihren Einfluss auszuüben.

2.9.2.12 Folie 8.12 – Entwicklung von zwanghaftem Denken (fortgesetzter Konsum)

- Mit fortgesetztem Konsum verdrängen die Gedanken über Meth andere Aspekte des Lebens. Zum größten Teil ist der emotionale Teil des Gehirns der Abhängigkeit ausgeliefert und Meth dominiert die Gedanken der Person.
- Menschen, die Meth konsumieren, werden so besessen von Meth, dass ihre Beziehungen zerbrechen können. Es gibt wenig Raum in ihrem Leben für eine Beziehung zu irgendjemandem oder irgendetwas außer Meth.
- Diese überwiegende Eingenommenheit bedeutet nicht, dass die Familienangehörigen den Menschen weniger wichtig sind als Meth. Es bedeutet, dass die durch Meth verursachten Veränderungen im Gehirn den Wunsch, Meth zu konsumieren, beinahe unwiderstehlich machen.

2.9.2.13 Folie 8.13 – Progressive Phasen der Abhängigkeit

- Nun wenden wir uns den Reaktionen der Angehörigen zu, die mit ansehen müssen, wie die Person, die ihnen am Herzen liegt, von Meth abhängig wird. Wir können die Reaktionen der Familienangehörigen innerhalb vier progressiver Stadien der Abhängigkeit nachverfolgen:
 - Einführung (*Introductory*)
 - Ernüchterung (*Disenchantment*)
 - Erhaltung (*Maintenance*)
 - Desaster (*Disaster*)

2.9.2.14 Folie 8.14 – Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Einführungsphase)

- In der Einführungsphase des Meth-Konsums einer Person werden Angehörige wahrscheinlich nicht so sehr in Mitleidenschaft gezogen. Sie könnten bezüglich des Meth-Konsums völlig ahnungslos sein.
- Familienangehörige könnten Verhalten sehen, das vom gelegentlichen Meth-Konsum herrührt, dieses aber nicht mit einem Drogenproblem in Verbindung bringen.
- Familienangehörige könnten sich wundern, weshalb die Person gelegentlich Verantwortlichkeiten vernachlässigt und Verpflichtungen nicht nachkommt.

2.9.2.15 Folie 8.15 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Erhaltungsphase)

- Oft realisieren Familienangehörige in der Erhaltungsphase der Abhängigkeit einer Person, dass ein Problem besteht, und versuchen, es zu lösen.
- Angehörige könnten finanzielle Unterstützung zur Verfügung stellen. Sie könnten sich Entschuldigungen für durch Meth-Konsum verursachtes gedankenloses Verhalten ausdenken. Sie könnten sogar versuchen, all die Verantwortlichkeiten beim Gelderwerb, der Sorge für die Familie, der Aufrechterhaltung von Freundschaften und im Haushalt zu übernehmen.
- Diese Bemühungen sind nur zeitweilig hilfreich, denn das tatsächliche Problem ist der Meth-Konsum und seine Folgen.
- Das Problem wird weiter wachsen, solange der Meth-Konsum andauert. Angehörige wollen helfen, also erledigen sie die Dinge für die geliebte Person, die konsumiert.
- Dieses Verhalten schadet mehr, als dass es hilft. Es hilft der Person, abhängig zu bleiben, indem es die Folgen des Meth-Konsums verschleiern. Derartige Maßnahmen geben der Person mehr Zeit, Energie und Geld, um den Konsum fortzusetzen, und täuschen darüber hinweg, dass der Meth-Konsum aufhören muss.

2.9.2.16 Folie 8.16 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Ernüchterungsphase)

- Bis die Person die Ernüchterungsphase der Abhängigkeit erreicht, sind die Familienangehörigen oft wütend und haben den Versuch aufgegeben, das Problem zu lösen.
- Angesichts dessen, dass keine der versuchten Lösungen funktioniert, versuchen die Angehörigen zu ignorieren, was passiert.
- Wenn sie den Folgen des Verhaltens der Person nicht mehr ausweichen können, neigen die Angehörigen dazu, entweder der Person, die konsumiert, oder sich selbst die Schuld zu geben.
- Durch die Meth-Abhängigkeit der Person fühlen sich alle Mitglieder der Familie schuldig und beschämt über das, was passiert, und ihre eigene Unfähigkeit, die Situation unter Kontrolle zu bringen.

2.9.2.17 Folie 8.17 - Reaktion der Angehörigen auf Meth-Konsum (Desasterphase)

- In der Desasterphase trennen sich Familienangehörige oftmals von der konsumierenden Person, um sich selbst zu schützen. Die emotionale und physische Trennung führt bei den Angehörigen zu einem Gefühl des Versagens und der Hoffnungslosigkeit.
- Wenn die Angehörigen bei der Person bleiben, lernen sie sich so zu verhalten und zu denken, dass sie den Frieden wahren – dem individuellen und familiären Wohlbefinden tut dies allerdings oft nicht gut.
- Kinder in einem derartigen Umfeld lernen Verhaltensweisen, die ihre Fähigkeit beeinträchtigen können, später im Leben gesunde Beziehung zu führen.

2.9.2.18 Folie 8.18 – Vorteile einer Beteiligung der Familie

- Für Angehörige ist es wichtig, an der Therapie beteiligt zu sein. Studien zeigen, dass eine Therapie besser funktioniert, wenn zumindest ein unterstützendes Familienmitglied in die Behandlung eingebunden ist.
- Familienangehörige, die an der Behandlung teilnehmen, haben ein besseres Verständnis dafür, was eine Person in der Genesung durchmacht. Sie lernen auch die Stadien der Genesung kennen, so dass sie die Schwierigkeiten, denen die Person in der Genesung gegenübersteht, vorhersehen können und sich der Probleme bewusst sind, die auftreten können.
- Die Person in der Genesung ist dafür verantwortlich, den Konsum von Meth zu beenden und an der Genesung zu arbeiten. Aber Familienangehörige, die während des Fortschreitens der Drogenabhängigkeit mit der Person in der Genesung interagiert haben, wurden durch den Prozess beeinflusst und müssen selbst Veränderungen vornehmen, um den entstandenen Schaden zu beheben.
- Auf Handout FE 8A—Einen Rückfall vorhersehen und vermeiden werden die Rollen der Familienangehörigen in der Genesung besprochen.

2.9.2.19 Folie 8.19 – Genesungsstadien

- Menschen, die aufhören eine Substanz zu nehmen, von der sie abhängig sind, gehen in der Regel während ihrer Genesung durch vorhersehbare Stadien.
- Der Fahrplan zur Genesung variiert bei jeder Person, die Stadien allerdings variieren in der Regel nicht.
- Das Wissen, dass es ein Muster zur Genesung gibt und was in jedem Stadium zu erwarten ist, ermutigt die Angehörigen oftmals und hilft ihnen, die Person in der Genesung besser zu unterstützen.

2.9.2.20 Folie 8.20 – Entzug

- Das Entzugsstadium dauert in der Regel 1 bis 2 Wochen.
- Während dieses Stadiums sind die schwersten Symptome Suchtdruck und Depressionen. Viele Menschen leiden auch unter Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitsteigerung und Konzentrationsschwierigkeiten.

2.9.2.21 Folie 8.21 – Flitterwochen

- Das Flitterwochenstadium dauert etwa 4 Wochen.
- Es ist gekennzeichnet durch Antriebssteigerung, Enthusiasmus und Optimismus.
- Viele Menschen denken, dies sei das Ende des Genesungsprozesses und von jetzt an würden die Dinge positiv bleiben. Unglücklicherweise steht der schwerste Teil der Genesung noch bevor.

2.9.2.22 Folie 8.22 – Die Wand

- Die Wand ist das schwerste Stadium in der Genesung und eines der längsten. Es dauert etwa 12 bis 16 Wochen.
- Die Wand bringt einige problematische affektive und Denkstörungen mit sich. Der Optimismus des Flitterwochenstadiums weicht der vollen Erkenntnis über Schwierigkeit und Aufwand einer Genesung.
- Die Personen in der Genesung leiden unter Depressionen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebslosigkeit und einem allgemeinen Verlust der Begeisterungsfähigkeit. Das Rückfallrisiko ist in diesem Stadium sehr hoch.
- Dieses Stadium ist für Menschen in der Genesung fast immer ein Kampf, aber mit der Unterstützung von Angehörigen und den Genesungsstrategien aus der Therapie überwinden Patienten die Wand.

2.9.2.23 Folie 8.23 – Wiederanpassung

- Das Stadium der Wiederanpassung ist, wenn das Individuum beginnt, sich an einem fortlaufenden Zustand der Abstinenz anzupassen.
- In diesem Stadium ist die Wand überwunden und die Person in der Genesung und ihre Angehörigen fangen an, zu einem normaleren Lebensstil zurückzukehren.
- Während des Stadiums der Wiederanpassung und danach können individuelle und familiäre Probleme von psychotherapeutischen, familientherapeutischen oder Beratungsangeboten profitieren. Die Behandlung der Meth-Abhängigkeit geht oftmals keine Probleme von langfristiger Bedeutung an.

2.9.2.24 Folie 8.24 – Ziele für den Entzug

- Das vorrangige Ziel für die Person in der Genesung während des Entzugsstadiums ist, den Meth-Konsum zu stoppen.
- In Gruppensitzungen, die sich auf Kompetenzen in der frühen Genesungsphase konzentrieren, lernt die Person in der Genesung spezielle Techniken zur Verringerung von Suchtdruck und zur Rückfallvermeidung kennen.
- Die Person in der Genesung beginnt auch, mehr über den Prozess der Abhängigkeit zu erfahren und wie Drogen, wie zum Beispiel Meth, die Hirnchemie und den Rest des Körpers beeinflussen.
- Wenn sich die Person in der Genesung im Entzugsstadium der Behandlung befindet, müssen die Angehörigen eine wesentliche Entscheidung treffen: Sind sie bereit, Teil des Genesungsprozesses zu sein?
- Für Familienangehörige wird es einfacher, beteiligt zu sein, wenn sie den Meth-Konsum – nicht die Person in der Genesung – als Problem betrachten und wenn der Meth-Konsum als Krankheit anerkannt wird – unabhängig davon, wie er begann.

2.9.2.25 Folie 8.25 – Ziele für die Flitterwochen

- Während des Flitterwochenstadiums der Genesung arbeiten Menschen in der Genesung durch Bewegung und aktive Betätigung an der Verbesserung ihrer physischen Gesundheit und der Genesungsperspektive.
- Menschen in der Genesung beginnen auch, persönliche Trigger und Rückfallrechtfertigungen zu identifizieren und gezielte Techniken zu verwenden, um abstinent zu bleiben.
- Oftmals fühlen sich Menschen in der Genesung in diesem Zeitraum „geheilt“. Für Personen in der Genesung ist es wichtig, weiterhin an ihrer Genesung zu arbeiten und zu vermeiden, sich selbst zu testen, indem sie sich mit Drogen umgeben.
- Familienangehörige können während des Flitterwochenstadiums sehr hilfreich sein, indem sie mit der Person in der Genesung arbeiten, um das primäre Ziel der Abstinenz zu unterstützen.
- Obwohl die Angehörigen nicht für die Genesung der geliebten Person verantwortlich sind, können ihr Verhalten und ihre Einstellungen während dieser Zeit die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen und Aufrechterhalten der Abstinenz bei der Person in der Genesung signifikant steigern oder verringern.
- Die Familienangehörigen müssen triggernde Interaktionen erkennen und einstellen.

2.9.2.26 Folie 8.26 – Ziele für die Wand

- Bis die Personen in der Genesung das als die Wand bekannte Stadium erreichen, sind sie schon mehrere Monate abstinent gewesen. Sie arbeiten weiter daran, die Abstinenz aufrechtzuerhalten, indem sie die erlernten Techniken zur Rückfallprävention in die Praxis umsetzen.
- Die Person in der Genesung konzentriert sich auch auf das „Reparieren“ von Beziehungen zu Angehörigen und Freunden und auf die Entwicklung unterstützender Netzwerke zur Bewältigung von Problemen, die während der Genesung auftreten.
- Das Erkennen und Angehen riskanter Emotionen ist auch von Bedeutung.
- Während sich die Person in der Genesung in dem Stadium befindet, das als die Wand bekannt ist, müssen sich Angehörige davor hüten, gegenüber der Person Wut zum Ausdruck zu bringen.
- Soweit möglich, müssen Angehörige den Groll hinter sich lassen und daran arbeiten, die Person in der Genesung zu unterstützen. Familienangehörige, die sich dieser Unterstützung verpflichtet fühlen, müssen beginnen, der Genesung der geliebten Person zu vertrauen.
- Die Angehörigen sollten wieder lernen, auf sich selbst achtzugeben, indem sie zu den normalen Routinen des Lebens zurückkehren und Aktivitäten verfolgen, die belohnend und selbststärkend sind.
- In diesem Stadium ist es auch wichtig zu erkunden, wie die Angehörigen miteinander kommunizieren, wie schlechte Kommunikation zu Problemen geführt haben könnte und wie die Kommunikation verbessert werden kann.
- Handout FE 8B—Rückfallrechtfertigungen hilft Familienangehörigen zu verstehen, wie ein Rückfall beginnen kann.

2.9.2.27 Folie 8.27 – Ziele für die Wiederanpassung

- Bis die Menschen in der Genesung das Wiederanpassungsstadium der Genesung erreichen, wissen sie, welches Verhalten sie zeigen müssen, um eine stabile Genesung zu halten, und welches Verhalten ihre Genesung einem Risiko aussetzt.
- Die Aufgabe für Personen in der Genesung während dieses Stadiums – und bis ans Ende ihres Lebens – ist die Überwachung ihrer Genesung, um sicherzustellen, dass sie das Verhalten zeigen, das ihnen bei der Vermeidung eines Rückfalls hilft.
- Weil Menschen in der Genesung oft mit der Möglichkeit eines Konsums und dem Wunsch danach konfrontiert werden, müssen sie sich der Situationen und Gedanken bewusst sein, die sie dem Risiko eines Rückfalls aussetzen. Sie müssen daher problematische Situationen vorhersehen und detaillierte Pläne haben, um diese anzugehen. Der bedeutendste Aspekt einer Aufrechterhaltung der Abstinenz ist das Wissen, wie man einen Rückfall vermeidet.
- Im Wiederanpassungsstadium arbeitet die Person in der Genesung an der Bildung neuer, gesunder Beziehungen und an der Stärkung bestehender Freundschaften. Die Person in der Genesung beginnt auch, langfristige Lebensziele zu erkunden.
- Wenn die Person in der Genesung das Wiederanpassungsstadium erreicht, hat die Familie sie seit 4 Monaten durch den Genesungsprozess begleitet. Die Person in der Genesung und die Familienangehörigen haben viel darüber gelernt, was zur Unterstützung der Genesung und für das Funktionieren einer Familie notwendig ist.
- Das Wiederanpassungsstadium ist geprägt durch eine Rückkehr zu einem vorher-sagbareren, normaleren Lebensstil für jeden in der Familie. Angehörige sollten bedenken,

dass viele der Veränderungen, die sie in ihrem Leben gemacht haben, um Unterstützung für die Genesung anzubieten, fortgesetzt werden und von Dauer sein müssen.

- Für Familienangehörige ist es wichtig, die Einschränkungen zu akzeptieren, die das Leben mit einer Person in der Genesung mit sich bringt, einen ausgeglichenen, gesunden Lebensstil beizubehalten und einen Rückfall in frühere Verhaltensweisen zu vermeiden.
- Es ist entscheidend, beim Genesungsprozess geduldig zu sein.
- Handout FE 8C—Rückfalldrift vermeiden hilft den Angehörigen zu verstehen, wie sie die Person in der Genesung unterstützen können.

2.9.2.28 Folie 8.28 – Schlüsselfaktoren eines Rückfalls für Menschen in der Genesung

- Die Person in der Genesung und die Familienangehörigen müssen herausfinden, welche Veränderungen im Lebensstil und in der Einstellung für jeden individuell und als Familie von Bedeutung sind. Nach diesem Punkt in der Genesung wird die Person in der Genesung weniger Unterstützung in Form einer Behandlung erfahren.
- Ein Teil der unterstützenden Funktion wird durch die Zwölf-Schritte- oder andere Meetings von Selbsthilfegruppen oder durch Freunde übernommen. Familienmitglieder aber werden die Hauptquelle der Unterstützung für die Person in der Genesung sein.
- Die Familien müssen sich entscheiden, welche der im Genesungsprozess gemachten Adaptionen in ihren Leben dauerhaft werden sollten.
- Bei dieser Entscheidung sollten die Familien die häufigsten Rückfallfaktoren für Menschen in der Genesung vom Meth-Konsum berücksichtigen. Alle auf dieser Folie dargestellten sechs Faktoren könnten für die Person in der Genesung kein Problem darstellen. Die Familie muss allerdings herausfinden, welche Faktoren für die Person in der Genesung ein Problem sein könnten.
- Die Angehörigen sollten mit der Person in der Genesung ein offenes Gespräch darüber führen, wie sie ihre Genesung am besten unterstützen können.

2.9.2.29 Folie 8.29 – Schlüsselfaktoren eines Rückfalls für Angehörige

- Während die Person in der Genesung immer auf der Hut vor einem Rückfall sein sollte, müssen Familienangehörige darauf achten, dass sie nicht in ihre alten Verhaltens-, Denk- und Kommunikationsmuster zurückfallen.
- Diese Folie zeigt gängige Probleme auf, die einem Zurückfallen in alte Verhaltensweisen bei Angehörigen vorangehen können.
- Genauso wie es Menschen in der Genesung hilft, Situationen vorherzusehen, die zu einem Rückfall führen können, hilft es auch Familienangehörigen darauf zu achten, wie sie in Verhaltensweisen zurückfallen könnten, die eine Genesung und die Familie zerstören wird.

2.10 Sitzung 9: Vertrauen wieder aufbauen (Multi-Familien-Gruppengespräch)

2.10.1 Ziele der Sitzung

- Geben Sie den Teilnehmern die Möglichkeit, sich Gedanken über die Rolle von Vertrauen in Beziehungen zu machen und diese zu besprechen.
- Geben Sie den Teilnehmern die Möglichkeit, Vertrauensverlust im Zuge des Stimulanzienkonsums anzusprechen, einschließlich anhaltender Verdächtigungen eines Substanzkonsums der Patienten durch die Familienangehörigen.
- Geben Sie den Teilnehmern die Möglichkeit, mit dem „Reparieren“ geschädigter Beziehungen zu beginnen.

2.10.2 Handout

- FE 9—Vertrauen wieder aufbauen

2.10.3 Einführung (2–3 Minuten)

Der Therapeut erklärt, dass die heutige Sitzung den Teilnehmern eine Möglichkeit bietet, den eventuellen Vertrauensverlust im Zuge des Stimulanzienkonsums und die Wege zum Wiederaufbau dieses Vertrauens in familiären Beziehungen zu besprechen.

2.10.4 Handoutdurchsicht (15–20 Minuten)

Der Therapeut

- händigt den Teilnehmern eine Kopie des Handouts FE 9—Vertrauen wieder aufbauen aus und bittet sie, die Informationen zu lesen und ihre Antworten auf die Fragen sorgfältig zu bedenken und aufzuschreiben;
- sagt den Teilnehmern, dass ihre Antworten auf die Fragen der Vorbereitung auf das Gruppengespräch dienen – niemand wird ihre Antworten sehen.

2.10.5 Fokussiertes Gespräch (50–55 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Gesprächsrunde und nutzt dabei die Fragen auf dem Handout zur Strukturierung.

2.10.6 Zusammenfassung (2–3 Minuten)

Der Therapeut fasst die besprochenen Ideen zum Wiederaufbau von Vertrauen unter Familienmitgliedern zusammen.

2.10.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.11 Sitzung 10: Marihuana (PowerPoint-Präsentation)

2.11.1 Überblick

2.11.1.1 Ziele der Sitzung

- Machen Sie die Teilnehmer mit dem Wesen und der Prävalenz des Marihuanakonsums vertraut.
- Machen Sie die Teilnehmer mit den Gefahren vertraut, die der Marihuanakonsum für Gesundheit und Genesung darstellt.

2.11.1.2 Handout

- FE 10—Informationsblatt: Marihuana

2.11.1.3 PowerPoint-Präsentation (40–45 Minuten)

Der Therapeut präsentiert die PowerPoint-Folien und ermutigt die Teilnehmer, jederzeit Fragen zu stellen. Auf den Seiten 93 bis 98 befinden sich Gesprächsthemen zu jeder Folie. Der Therapeut sollte Beispiele ergänzen und die Konzepte in einer für das Publikum angemessenen Art und Weise erklären.

2.11.1.4 Fokussiertes Gespräch (30 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Besprechung des dargebotenen Materials und stellt offene Fragen, wie zum Beispiel:

- Welche Information haben Sie gehört, die neu für Sie war? Was hat Sie überrascht?
- In welchem Zusammenhang steht diese Information zu Ihrer Erfahrung?
- Wie wird diese Information die Art und Weise beeinflussen, in der Ihre Familie mit Genesung umgeht?
- Welche Fragen haben Sie zu dieser Information?

2.11.1.5 Offene Gesprächsrunde (15–20 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.11.2 Präsentation

Die nachfolgenden Punkte geben prägnant die Informationen wieder, die der Therapeut bei jeder Folie abdecken sollte. Die PowerPoint-Folien können auf <http://www.suprat.de> heruntergeladen werden.

2.11.2.1 Folie 10.1 – Marihuana

- Diese Präsentation bietet einen Überblick über Marihuana einschließlich was es ist, der Kurz- und Langzeiteffekte des Konsums auf den Geist und den Körper und der Risiken, die es für die Genesung darstellt.

2.11.2.2 Folie 10.2 – Die Bedeutung der totalen Abstinenz

- Damit die Behandlung funktioniert, sollten Menschen in der Genesung vollkommen abstinent sein. Dies bedeutet, dass die Menschen unabhängig davon, weshalb sie in Behandlung sind, auf *alle* psychoaktiven Substanzen verzichten sollten.
- Eine Person, die aufgrund von Stimulanzienmissbrauch in Behandlung ist, muss auf Alkohol und alle illegalen Drogen verzichten – selbst Drogen wie Marihuana, von der einige Menschen glauben, sie sei harmlos –, um eine erfolgreiche Genesung zu gewährleisten.
- Der Konsum irgendeiner Substanz kann die Genesung von der Stimulanzienabhängigkeit gefährden.

2.11.2.3 Folie 10.3 – Ist Marihuana harmlos?

- Viele Menschen nehmen fälschlicherweise an, dass Marihuana ungefährlich ist, insbesondere verglichen mit Drogen wie Heroin, Kokain, Crack, Meth oder Partydrogen.
- Marihuana ist die am meisten konsumierte illegale Droge, was zu der Auffassung beitragen könnte, dass es harmlos ist. Jedes Jahr konsumieren etwa 25 Millionen US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter Marihuana. Das ist mehr als einer von zehn US-Amerikanern.¹
- Es gehen mehr junge Personen wegen Marihuanakonsum in Behandlung als wegen allem anderen illegalen Drogenkonsum zusammen.²
- Der Konsum von Marihuana birgt signifikante gesundheitliche Risiken. Es beeinträchtigt nahezu jedes Organsystem im Körper.³
- Zusätzlich zu seinen physischen Auswirkungen kann Marihuana einen tiefgreifenden Einfluss auf Bildung, Arbeit und das private Leben der Menschen haben.

2.11.2.4 Folie 10.4 – Prävalenz von Marihuana

- Jedes Jahr probieren ungefähr 2,6 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten Marihuana zum ersten Mal. Zwei Drittel dieser Erstkonsumenten sind unter 18 Jahre. Das Durchschnittsalter, in dem die Menschen Marihuana erstmalig probieren, liegt bei 17 Jahren.⁴
- Zwei von fünf US-Amerikanern haben Marihuana probiert. Jeder Zehnte hat Marihuana im letzten Jahr konsumiert. Jeder Hundertste hat Marihuana an mindestens 300 Tagen im letzten Jahr konsumiert.⁵

2.11.2.5 Folie 10.5 – Was ist Marihuana?

- Marihuana ist eine grünlich-graue Mischung von getrockneten und geschredderten Teilen der Hanfpflanze, *Cannabis sativa*. Die Mischung kann aus Blättern, Halmen, Blüten und Samen bestehen.
- Gewöhnlich wird es in selbst gedrehten Zigaretten oder Joints geraucht. Manchmal werden Zigarren aufgeschnitten und deren Inhalt mit Marihuana ausgetauscht.
- Konzentriertere Formen von Marihuana sind ein Harz namens Haschisch und eine schwarze Flüssigkeit namens Haschischöl.

2.11.2.6 Folie 10.6 – Straßennamen

- Marihuana ist in den USA unter vielen Straßennamen bekannt, die je nach Region variieren. Einige der gängigeren Namen sind Pot, Weed, Bud, Herb, Ganja, Hash, Grass, Mary Jane, Chronic und Cannabis.
- Marihuanazigaretten sind als Joints oder Nails bekannt. Die Pfeifen werden Bongs genannt. Mit Marihuana gefüllte Zigarren werden Blunts genannt.

2.11.2.7 Folie 10.7 – Geschichte

- Marihuana wird in allen 50 US-Bundesstaaten angebaut. Die Hauptquellen für Marihuana aus dem Ausland sind Mexiko, Kanada, Kolumbien und Jamaika.
- Marihuana ist wie Heroin und LSD eine kontrollierte Substanz, eingestuft in Schedule-I.
- Der nichtmedizinische Konsum von Marihuana war in den Vereinigten Staaten seit 1937 illegal.

2.11.2.8 Folie 10.8 – Medizinisches Marihuana

- Marihuana ist angewendet worden zur Behandlung von
 - Verlust des Sehvermögens durch ein Glaukom,
 - Übelkeit bedingt durch eine HIV-/AIDS- und Krebs-Behandlung,
 - Schmerzen im Zusammenhang mit Multiple Sklerose.
- Im Jahr 1985 hat die US-amerikanische Behörde für Lebensmittel- und Arzneimittelsicherheit Marinol zugelassen, eine oral einzunehmende Kapsel mit dem Wirkstoff von Marihuana.
- Marinol ist verschreibungspflichtig und wird eingesetzt in der Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Chemotherapie bei Krebs sowie Gewichtsverlust bei Patienten mit AIDS.
- Andere Länder, einschließlich Kanada und das Vereinigte Königreich, haben zur Behandlung von Schmerzen bei Patienten mit Multiple Sklerose Marihuana in Aerosolform zugelassen, welches mit einem Inhalator geliefert wird.

2.11.2.9 Folie 10.9 – Wirkstoff

- Der Wirkstoff in Marihuana ist das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC).
- THC ist für die Rauschwirkung von Marihuana verantwortlich.
- Über die letzten zwei Jahrzehnte hinweg sind die THC-Gehalte im Marihuana angestiegen. Das heutige Marihuana enthält dreimal so viel THC wie Marihuana aus den 1970er und 1980er Jahren, was es dreimal stärker macht.

2.11.2.10 Folie 10.10 – Kurzzeiteffekte

- Wenn jemand Marihuana raucht, geht THC rasch von den Lungen über den Blutkreislauf ins Gehirn über.
- Die Ausschüttung von Dopamin ist verantwortlich für das Rauschgefühl bei der Person – ein entspanntes, euphorisches Gefühl.
- THC kann auch das Kurzzeitgedächtnis beeinflussen, das Gleichgewicht und die Koordination beeinträchtigen, die Reaktionszeit verlangsamen, die Herzfrequenz erhöhen, die Wahrnehmung verzerren und zu Desorientierung, Verwirrtheit und Panik führen.
- Die unmittelbaren Effekte von Marihuana können 1 bis 3 Stunden andauern.
- Nachdem das Rauschgefühl nachlässt, kann sich die Person müde und depressiv fühlen. Gefühle von Panik, Angst und Misstrauen treten häufig auf.

2.11.2.11 Folie 10.11 – Langzeiteffekte

- Marihuana kann Langzeiteffekte auf Gedächtnis und Lernvermögen haben.
- Personen, die regelmäßig Marihuana konsumieren, haben Probleme beim Lernen und Erinnern, selbst 30 Tage nach Beendigung des Konsums der Droge.⁶
- Schüler, die regelmäßig Marihuana rauchen, haben schlechtere Noten in der Schule und an der Universität als diejenigen, die es nicht rauchen.⁷
- Marihuana beeinträchtigt so viele Fähigkeiten, die das Lernen beeinflussen, dass Menschen, die es regelmäßig konsumieren, immer ein verringertes intellektuelles Funktionsniveau aufweisen können.
- Mitarbeiter, die Marihuana konsumieren, haben verglichen mit ihren Kollegen eher Probleme am Arbeitsplatz, einschließlich Unfälle, Fehltage, Verspätungen und Verlust des Arbeitsplatzes.⁸
- Personen, die Marihuana an mindestens 300 Tagen im Jahr konsumieren, sind eher erwerbslos als diejenigen, die es seltener oder gar nicht konsumieren.⁹

2.11.2.12 Folie 10.12 – Krebsrisiko

- Personen, die Marihuana rauchen, sind ebenso dem Risiko einer Lungenschädigung ausgesetzt wie Personen, die Tabak rauchen.¹⁰
- Der regelmäßige Konsum von Marihuana kann häufige Erkältungen, Bronchitis und Emphyse verursachen.¹¹
- Marihuana-Rauch enthält fünfmal so viel Teer und Kohlenmonoxid und bis zu 70 Prozent mehr Karzinogene als Tabakrauch.¹²
- Das Rauchen von Marihuana kann das Risiko von Lungenkrebs mehr steigern als das Rauchen von Tabak.¹³
- Studien deuten an, dass das Rauchen von Marihuana die Wahrscheinlichkeit von Krebs im Kopf- und Halsbereich steigert.¹⁴

2.11.2.13 Folie 10.13 – Das Risiko von Infektionen und Erkrankungen

- Der Wirkstoff von Marihuana, THC, beeinträchtigt die Fähigkeit des Immunsystems, Infektionen und Krankheiten zu bekämpfen.
- Studien haben gezeigt, dass die Zellen des Immunsystems, die gegenüber Inhaltsstoffen von Marihuana exponiert wurden, eine verminderte Fähigkeit zur Vorbeugung von Infektionen und Tumoren haben.¹⁵

2.11.2.14 Folie 10.14 – Marihuana und das Führen eines Fahrzeugs

- Aufgrund der Beeinträchtigung von Gleichgewicht, Koordination und Entscheidungsfindung wird Marihuana mit allen möglichen Unfällen assoziiert.
- Studien haben gezeigt, dass bis zu 11 Prozent aller Verkehrstoten THC in ihrem Körper hatten.¹⁶
- Das Fahren unter dem Einfluss von Marihuana ist gefährlich.
- Selbst geringe Marihuanadosen vermindern die Leistungsfähigkeit des Fahrers auf der Straße signifikant. Die Kombination von Marihuana mit Alkohol beeinträchtigt die Fähigkeiten des Fahrers zusätzlich.¹⁷
- Nachdem das Rauschgefühl von Marihuana nachlässt, sind Koordination und Reaktionszeit der Fahrer noch für mehrere Stunden beeinträchtigt.
- Nach Alkohol ist Marihuana die am häufigsten gefundene Substanz bei Fahrern, die in tödliche Autounfälle verwickelt sind. Sieben Prozent der tödlichen Verkehrsunfälle stehen mit Marihuana im Zusammenhang.¹⁸
- Studien schätzen, dass mehr als einer von sieben Schülern des Highschool-Abschlussjahrgangs unter dem Einfluss von Marihuana fahren.¹⁹

2.11.2.15 Folie 10.15 – Marihuana und Schwangerschaft

- Eine Frau, die während der Schwangerschaft Marihuana konsumiert, setzt ihrem Fötus einer Reihe von Gefahren aus.
- Ein geringes Geburtsgewicht und Probleme bei der neurologischen Entwicklung konnte man mit Marihuanakonsum in Verbindung bringen.
- Babys, die während der Schwangerschaft gegenüber Marihuana exponiert waren, haben im späteren Leben Schwierigkeiten in der Konzentration, beim Lernen und der Entscheidungsfindung. Diese Probleme werden dann verschärft, wenn die Mutter nach der Geburt des Kindes weiter Marihuana konsumiert.
- Stillende Mütter, die Marihuana konsumieren, können das THC an ihre Babys weitergeben. THC in der Muttermilch ist sehr konzentriert und konnte mit der motorischen Entwicklung von Kindern in Verbindung gebracht werden.

2.11.2.16 Folie 10.16 – Abhängigkeit von Marihuana

- Einer der Gründe, warum die Menschen Marihuana für eine „sichere“ Droge halten, ist, dass sie denken, es macht nicht abhängig.
- Obwohl die Menschen vielleicht keine physische Abhängigkeit von Marihuana entwickeln, können sie psychisch abhängig werden. Sie können sich nicht vorstellen, ohne die Droge zu leben.
- Abhängigkeit bedeutet fortgesetzter Drogenkonsum ungeachtet dessen, dass es in familiäre, schulische, berufliche und andere bedeutende Aspekte des Lebens eingreift.
- Bei denjenigen, die psychisch abhängig sind, kann der Entzug von Marihuana zu Suchtdruck, Angst, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit führen.

2.11.2.17 Folie 10.17 – Marihuana und andere Drogen

- Personen, die Marihuana an mindestens 300 Tagen im Jahr konsumieren, trinken eher übermäßig viel Alkohol und konsumieren illegale Drogen im Vergleich zu Personen, die Marihuana gelegentlich oder gar nicht konsumieren.²⁰
- Je jünger die Personen beim Erstkonsum von Marihuana sind, desto wahrscheinlich sind der Konsum von Heroin und Kokain und eine Drogenabhängigkeit im Erwachsenenalter.²¹
- Weil er so fest mit anderem Substanzkonsum verbunden ist, stellt der Konsum von Marihuana ein besonderes Risiko für Menschen in der Genesung vom Meth-Konsum dar.

2.11.2.18 Folie 10.18 – Marihuana und Rückfall

- Die Forschung zeigt, dass Personen in der Genesung von Kokain oder Meth, die weiter Marihuana konsumieren, zwei- bis dreimal so hohe Rückfallraten haben wie Personen, die kein Marihuana konsumieren.²²

2.11.2.19 Folie 10.19 – Marihuana und Familien

- Menschen können Marihuana als ein Mittel gegen Langeweile, Ängstlichkeit und Depressionen konsumieren.
- Marihuana kann genutzt werden, um ernsten Problemen in der Familie zu entkommen, statt sie anzugehen.
- Zusätzlich zur Erschwernis der Genesung von Meth, kann Marihuana zur Verschlechterung des persönlichen und familiären Lebens beitragen.
- Über die Hälfte aller erwachsenen Männer, die verhaftet wurden, hat in den letzten zwei Jahren Marihuana konsumiert. Zwei von fünf Männern, die verhaftet wurden, waren zum Zeitpunkt ihrer Verhaftung positiv auf Marihuana getestet worden.

1 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Daily Marijuana Users*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 26. November 2004.

2 Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Marijuana*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, Februar 2004, S. 6.

3 Khalsa, J. H., Genser, S., Francis, H. & Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (suppl):75–10S, 2002.

4 Siehe Fußnote 2, S. 1.

5 Siehe Fußnote 2.

6 Center for Substance Abuse Prevention. *Marijuana: Weeding Out the Hype*. DHHS Publication No. (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002, S. 13.

7 National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Marijuana*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, März 2004, S. 4.

8 Ebd.

9 Siehe Fußnote 1.

10 Siehe Fußnote 2, S. 3.

11 Ebd.

12 Siehe Fußnote 7, S. 3.

13 Ebd.

14 Ebd.

15 Ebd.

16 National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Marijuana Abuse*. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, Oktober 2002, S. 4.

17 Siehe Fußnote 7, S. 3–4.

18 Siehe Fußnote 6, S. 19.

19 Siehe Fußnote 2, S. 4.

20 Siehe Fußnote 1.

21 Siehe Fußnote 2, S. 1.

22 Rawson, R. A., Shoptaw, S. J., Obert, J. L., McCann, M. J., Hasson, A. L., Marinelli-Casey, P. J., Brethen, P. R. & Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):121, 1995.

2.12 Sitzung 11: Mit einer Abhängigkeit leben (Multi-Familien-Gruppengespräch)

2.12.1 Ziele der Sitzung

- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, sich Gedanken darüber zu machen, in welcher Weise die Genesung von einer Abhängigkeit das Familienleben beeinflussen wird, und diese zu besprechen.
- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, sich mit anderen in der Gruppe über ihre Bedenken und Lösungsansätze auszutauschen.

2.12.2 Handout

- FE 11—Mit einer Abhängigkeit leben

2.12.3 Einführung (2–3 Minuten)

Der Therapeut erklärt Folgendes:

- Die Verpflichtung zur Genesung erfordert das Erkennen und Akzeptieren bestimmter Realitäten.
- Genesung wirft alle möglichen Fragen auf: Was passiert nach dem Beenden des Drogen- und Alkoholkonsums? Wird das Leben eines Tages zur Normalität zurückfinden? Kann eine Person in Genesung den gleichen Lebensstil führen wie eine Person, die niemals abhängig war?
- Die heutige Sitzung bietet den Teilnehmern eine Möglichkeit, Probleme und Bedenken hinsichtlich des Lebens mit Abhängigkeit und Genesung zu besprechen, sowohl aus der Perspektive der Menschen in der Genesung als auch aus der Perspektive der Angehörigen.

2.12.4 Handoutdurchsicht (10–15 Minuten)

Der Therapeut

- bittet die Teilnehmer, die Informationen auf dem Handout durchzulesen und ihre Antworten auf die Fragen sorgfältig zu bedenken und aufzuschreiben;
- sagt den Teilnehmern, dass ihre Antworten auf die Fragen der Vorbereitung auf das Gruppengespräch dienen – niemand wird ihre Antworten sehen.

2.12.5 Fokussiertes Gespräch (50–55 Minuten)

Der Therapeut unterstützt die Gesprächsrunde und nutzt dabei die Fragen auf dem Handout zur Strukturierung.

2.12.6 Zusammenfassung (2–3 Minuten)

Der Therapeut fasst die besprochenen Probleme und Ideen für ein erfolgreiches Leben mit Abhängigkeit und Genesung zusammen.

2.12.7 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.13 Sitzung 12: Kommunikationsfallen (Multi-Familien-Gruppengespräch)

2.13.1 Ziele der Sitzung

- Stellen Sie Informationen über Arten, Techniken und Fallen der Kommunikation zur Verfügung.
- Bieten Sie den Teilnehmern eine Möglichkeit, familiäre Kommunikationsprobleme zu betrachten und zu besprechen.
- Ermutigen Sie die Teilnehmer, neue Kommunikationsfähigkeiten auszuprobieren.

2.13.2 Handouts

- FE 12A—Kommunikationsfallen
- FE 12B—Kommunikation verbessern
- FE 12C—Vertrag: Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten

2.13.3 Einführung (2–3 Minuten)

Der Therapeut erklärt Folgendes:

- Menschen in Familien, die Suchterkrankungen bewältigen, fühlen sich oftmals schuldig, wütend, verletzt und defensiv.
- Diese Gefühle können ernsthaft die Art und Weise beeinflussen, wie die Familienmitglieder miteinander kommunizieren. Negative Interaktionsmuster werden oft automatisiert.
- Das Verständnis, dass zu einer positiven Kommunikation Fähigkeiten gehören, die *erlernt* werden können, ist ein wichtiger erster Schritt in der Verbesserung familiärer Beziehungen.
- Diese Sitzung konzentriert sich auf Kommunikationsfallen (unproduktives Kommunikationsverhalten) und die Fähigkeiten, die zur Verbesserung familiärer Kommunikation notwendig sind.
- Indem sie ihre Aufmerksamkeit auf Kommunikationsprobleme richten und neue Fähigkeiten erlernen, verbessern Familien ihre Kommunikation.
- Klare, positive Interaktionen steigern Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Menschen und ebnen den Weg für beständige, vertrauenswürdige Beziehungen.
- Die Genesung von Suchterkrankungen ist ein schwieriger Prozess, sowohl für die Person in der Genesung als auch für deren Angehörige.
- Positive und vertrauensvolle familiäre Beziehungen unterstützen *jeden* im Genesungsprozess.

2.13.4 Fokussiertes Gespräch und Handoutdurchsicht (55–60 Minuten)

Der Therapeut leitet eine Gesprächsrunde zu Kommunikation und Genesung ein, indem er den Teilnehmern folgende Fragen stellt:

- In welcher Art und Weise könnte Ihrer Ansicht nach eine Verbesserung der Kommunikation die Beziehungen in Ihrer Familie verbessern?
- In welcher Art und Weise hat sich die Kommunikation in Ihrer Familie während der Genesung verändert?

Der Therapeut

- händigt den Teilnehmern eine Kopie von FE 12A—Kommunikationsfallen aus;
- liefert Beispiele zu jeder Kommunikationsfalle;
(Ein Beispiel für jede Kommunikationsfalle findet sich unter „Kommunikationsfallen: Beispielszenarien“ auf den Seiten 103 und 104. Der Therapeut kann weitere Beispiele ergänzen.)
- regt eine Besprechung jeder Kommunikationsfalle an, indem er beispielsweise fragt:
 - Wie hätte Ihrer Ansicht nach die Situation in dem Beispiel vermieden werden können?
 - Kennen Sie diese Kommunikationsfalle von Ihrer eigenen Familieninteraktion? Wären Sie bereit, ein Beispiel zu berichten?
- stellt Beispiele dafür zur Verfügung, wie Kommunikationsfallen behoben werden können, falls diese im Gespräch nicht vorgebracht wurden.
(Ein Beispiel für jede Kommunikationsfalle findet sich unter „Kommunikationsfallen: Beispielszenarien“. Der Therapeut kann weitere Beispiele ergänzen.)

Nach der Besprechung von FE 12A—Kommunikationsfallen

- händigt der Therapeut den Teilnehmern eine Kopie von FE 12B—Kommunikation verbessern aus,
- geht der Therapeut jeden Punkt durch.

2.13.5 Zusammenfassung (15 Minuten)

Der Therapeut

- fasst die besprochenen Probleme und Ideen hinsichtlich der Kommunikation in genesenden Familien zusammen;
- händigt den Teilnehmern das Handout FE 12C—Vertrag: Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten aus und gibt ihnen etwa fünf Minuten Zeit, den Vertrag anhand der auf FE 12B genannten Techniken zu vervollständigen;
- rät den Teilnehmern, den Vertrag an einem Ort aufzubewahren, der sie daran erinnert, diese Fähigkeiten regelmäßig zu üben.

2.13.6 Offene Gesprächsrunde (15 Minuten)

Der Therapeut gibt den Teilnehmern Zeit, um allgemeine Fragen zu stellen und jedwede drängenden Probleme anzubringen, die sie eventuell haben.

2.13.7 Kommunikationsfallen: Beispielszenarien

1. Haben Sie Vorannahmen?

Das Szenario

Nancy fragte ihren Ehemann Peter: „Kommst du gleich nach der Arbeit nach Hause?“ Peter explodierte: „Du musst mich nicht alle 5 Minuten kontrollieren! Willst du auch noch eine Urinprobe haben?“ Nancy reagierte wütend: „Nun, du hast mir sicherlich genug Gründe gegeben, dich zu kontrollieren.“ Die Konversation wurde dann zu einem ausgewachsenen Streit über die Vergangenheit. Peter ging davon aus, dass Nancy misstrauisch war, als sie ihn fragte, ob er gleich nach der Arbeit nach Hause kommt, und fühlte sich frustriert und wütend, dass sie ihm nicht vertraute oder die Veränderungen wahrnahm, die er in der Genesung gemacht hatte. Was sich Nancy wirklich fragte, als sie ihm die Frage stellte, war, ob Peter die Kleidung aus der Wäscherei abholen könnte, bevor das Geschäft schließen würde, oder ob sie einplanen müsste, die Arbeit früher zu verlassen.

Beispiel zur Behebung des Kommunikationsproblems

Peter hätte den Streit vermeiden können, wenn er nicht davon ausgegangen wäre, das zu wissen, was Nancy denkt. Er hätte in einem neutralen Ton antworten können: „Ja, warum willst du das wissen?“ Oder er hätte direkt antworten und ihre Reaktion abwarten können.

2. Machen Sie Andeutungen?

Das Szenario

Ricardo, ein 17-Jähriger in der Genesung, spielte ein Videospiele, als seine Mutter Rosa vorbeikam und sagte: „Ricardo, der Mülleimer in der Küche ist voll.“ Ricardo antwortete „Aha“, und fuhr mit seinem Spiel fort. Eine halbe Stunde später bemerkte Rosa, dass Ricardo den Müll nicht geleert hatte. Sie konfrontierte Ricardo verärgert darüber, dass er den Müll nicht gleich rausgebracht hatte. Ricardo reagierte auf ihre Verärgerung, indem er laut sagte: „Hey, ich mach's, wenn ich bereit dafür bin!“

Beispiel zur Behebung des Kommunikationsproblems

Anstatt anzudeuten, dass sie möchte, dass Ricardo den Müll sofort rausbringt, hätte sie ihn direkt bitten können, indem sie sagt: „Ricardo, ich möchte, dass du den Müll in den nächsten 15 Minuten rausbringst. Ich werde bald mit dem Abendessen beginnen und viel Gemüseabfälle haben.“ Dann hätte Ricardo gewusst, dass sie „jetzt“ und nicht „irgendwann“ meinte.

3. Übermitteln Sie zweideutige Botschaften?

Das Szenario

Tanja fragte ihren Ehemann André: „Hast du etwas dagegen, wenn ich am Samstag mit Sharon angeln gehe?“ André hatte geplant, am Wochenende Zeit mit Tanja zu verbringen, und wollte nicht, dass sie mit Sharon ausgeht. Er entgegnete allerdings: „Klar, wenn du willst.“ Als er dies sagte, waren seine Arme fest vor seiner Brust gekreuzt und er schaute Tanja nicht direkt an. Tanja fühlte sich unsicher und sagte: „Ist es wirklich in Ordnung für dich?“ André antwortete wütend: „Das habe ich doch gesagt, oder nicht?“ Das Gespräch eskalierte in einem Streit.

Beispiel zur Behebung des Kommunikationsproblems

André hätte gegenüber Tanja ehrlich über seine Gefühle sein können, statt diese indirekt zu zeigen. Er hätte sagen können: „Na ja, ich hatte gehofft, dass wir am Samstag ein wenig Zeit zusammen verbringen können. Ich habe zu viel gearbeitet und vermisse es, dich zu sehen.“ Dann hätte Tanja eindeutig verstanden, was seine Bedürfnisse sind, und entweder ihre Pläne geändert oder einen Weg ausgehandelt, um Zeit mit ihm verbringen zu können.

4. Können Sie einen Fehler eingestehen?

Das Szenario

Robert hatte vergessen, dass es sein und Katrins fünfter Hochzeitstag war. Ein Mitarbeiter hatte ihn eingeladen, nach der Arbeit ein paar Bahnen zu bowlen und er hatte zugesagt. Als er zuhause ankam, entdeckte er den Tisch gedeckt für zwei und Katrin in Tränen aufgelöst. Sie hatte ihre Kinder bei ihrer Schwester gelassen und ein romantisches Abendessen vorbereitet, das nun im Ofen vertrocknete. Als sie Robert damit konfrontierte, dass er so spät heim kam, antwortete er defensiv: „Du weißt, dass es mir schwerfällt, solche Dinge nicht zu vergessen. Du hättest mich daran erinnern sollen! Wie hätte ich wissen sollen, dass du ein besonderes Abendessen geplant hattest?“ Katrin antwortete: „Wie konntest du nur unseren Jahrestag vergessen?“ Zu diesem Zeitpunkt fühlte Robert sich schuldig, wollte aber nicht dazu stehen, dass es sein Fehler war, und wiederholte verteidigend: „Hör zu, Katrin, wir sind nun seit 5 Jahren verheiratet – ist doch keine große Sache!“ Katrin schloss sich im Schlafzimmer ein.

Beispiel zur Behebung des Kommunikationsproblems

Als Robert klar wurde, dass es ihren Jahrestag vergessen hatte, hätte er ganz einfach seinen Fehler zugeben und sich aufrichtig dafür entschuldigen können. Obwohl das folgende Gespräch trotzdem schwer gewesen wäre, wäre es vielleicht nicht eskaliert.

5. Verwenden Sie „Ich“-Botschaften?

Das Szenario

Pamela, eine Schülerin im Highschool-Abschlussjahrgang, war zu einer Verabredung. Sie musste um Mitternacht zuhause sein und kam selten zu spät. Als Pamela um 1:00 Uhr morgens nach Hause kam, war ihre Mutter Emilia extrem besorgt. Emilia begrüßte Pamela an der Haustür und sagte: „Du bist zu spät! Du hättest anrufen können. Du bist immer so rücksichtslos!“ Pamela antwortete wütend: „Ich bin nicht immer rücksichtslos!“ Daraufhin folgte ein Streit.

Beispiel zur Behebung des Kommunikationsproblems

Emilia hätte eine „Ich“-Botschaft verwenden und sagen können: „Ich habe mir wirklich Sorgen gemacht, dass etwas passiert ist, als du zu spät warst und ich nicht von dir hörte. Bitte ruf mich kurz an, wenn du dich verspätest.“ Emilia hätte ein wichtiges Problem in einer ruhigen Art und Weise direkt angesprochen und Pamela hätte nicht das Bedürfnis gehabt, sich auf aggressive Weise zu verteidigen. Pamela hätte ihre Mutter auch eher angerufen, wenn sie das nächste Mal zu spät ist.

3. Handouts zur Familienedukation

Nummer	Titel des Handouts
FE 1A	Eine Definition der Sucht: <i>American Society of Addiction Medicine</i>
FE 1B	Gedanken stoppen
FE 2	Informationsblatt: Alkohol
FE 3A	Richtlinien für Programmabsolventen, die am Forum teilnehmen
FE 3B	Richtlinien für Angehörige, die am Forum teilnehmen
FE 3C	Richtlinien für abstinente Personen, die am Forum teilnehmen
FE 4A	Informationsblatt: Methamphetamin
FE 4B	Informationsblatt: Kokain
FE 5A	Tägliche/stündliche Planung
FE 5B	Rückfallrechtfertigungen
FE 6A	Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für die Person in der Genesung
FE 6B	Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für Angehörige der Person in der Genesung
FE 6C	Familienangehörige und Genesung
FE 7A	Informationsblatt: Opioide
FE 7B	Informationsblatt: Partydrogen
FE 8A	Einen Rückfall vorhersehen und vermeiden
FE 8B	Rückfallrechtfertigungen
FE 8C	Rückfalldrift vermeiden
FE 9	Vertrauen wieder aufbauen
FE 10	Informationsblatt: Marihuana
FE 11	Mit einer Abhängigkeit leben
FE 12A	Kommunikationsfallen
FE 12B	Kommunikation verbessern
FE 12 C	Vertrag: Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten

FE 1A | Eine Definition der Abhängigkeit

American Society of Addiction Medicine

Abhängigkeit ist eine primäre, chronische, neurobiologische Erkrankung mit genetischen, psychosozialen und umweltbedingten Faktoren, die dessen Entwicklung und Ausprägungen beeinflussen. Die Abhängigkeit wird durch Verhalten charakterisiert, das eines oder mehrere der folgenden Dinge umfasst:

- eine beeinträchtigte Kontrolle über den Drogenkonsum
- ein fortgesetzter Konsum trotz Schädigungen
- zwanghafter Konsum
- Suchtdruck

Aus: Graham, A. W., Schultz, T. K., Mayo-Smith, M. F., Ries, R. K. & Wilford, B. B. (Hrsg.). *Principles of Addiction Medicine*, Third Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.

Visualisierung

- Stellen Sie sich einen Schalter oder Hebel vor.
- Stellen Sie sich vor, wie Sie ihn tatsächlich von AN auf AUS stellen, um die Gedanken an Drogen- oder Alkoholkonsum zu stoppen.
- Halten Sie sich ein anderes Bild parat, um die Gedanken an Drogen- oder Alkoholkonsum zu ersetzen.
- Stellen Sie sicher, dass es ein angenehmer und bedeutsamer Gedanke ist und keinen Drogen- oder Alkoholkonsum beinhaltet.
- Sollte das Gedankenstoppen funktionieren, der Gedanke aber häufig wiederkehren, dann ändern Sie Ihr Umfeld oder gehen Sie einer Aufgabe nach, die Ihre volle Konzentration erfordert.

Gummiband schnippen

- „Schnippen“ Sie Ihre Aufmerksamkeit von Gedanken an Drogen- oder Alkoholkonsum weg.
- Legen Sie ganz einfach ein Gummiband lose um Ihr Handgelenk. (Nicht die Blutzirkulation unterbrechen!)
- Wenn Suchtdruck oder ein Konsumgedanke auftreten, dann schnippen Sie das Gummiband leicht gegen Ihr Handgelenk und sagen „NEIN“ (in Abhängigkeit von der Situation entweder laut oder leise) zu den Gedanken an Drogen- oder Alkoholkonsum.
- Wie bei der Visualisierung sollten Sie einen anderen Gedanken parat haben, um die Gedanken an Drogen- oder Alkoholkonsum zu ersetzen.
- Tragen Sie stets das Gummiband.

Entspannung

- Verstehen Sie, dass Suchtdruck oftmals Gefühle der Leere, Schwere und Magenkrämpfe hervorruft. Häufig können diese Gefühle durch ein tiefes Einatmen (die Lungen mit Luft füllen) und ein langsames Ausatmen entlastet werden. Wiederholen Sie dies drei Mal.
- Versuchen Sie, Ihren Körper für ein paar Minuten so gut Sie können zu entspannen.
- Fühlen Sie, wie die Spannung Ihren Körper verlässt.
- Wiederholen Sie diesen Vorgang immer dann, wenn das Gefühl zurückkehrt.

Jemanden anrufen

- Verstehen Sie, dass das Sprechen zu einer anderen Person den Gefühlen ein Ventil bietet und Ihnen ermöglicht, Ihren eigenen Gedankenprozess zu „hören“.

Wie wirkt Alkohol?

Alkohol beeinträchtigt viele chemische Systeme im Gehirn. Es existiert ein empfindliches Gleichgewicht zwischen den chemischen Systemen, die eine stimulierende Wirkung, und den chemischen Systemen, die eine inhibitorische oder hemmende Wirkung auf die Funktionen des Gehirns und Körpers haben. Alkohol stört und verändert dieses empfindliche Gleichgewicht.

Wie werden Menschen von Alkohol abhängig?

Wenn Menschen häufig und stetig Alkohol trinken, passt sich ihr Gehirn im Laufe der Zeit der Präsenz von Alkohol an. Dies geschieht durch die Produktion von mehr natürlich stimulierenden Chemikalien als normal.

Da sich ihr Gehirn anpasst, können Menschen vom Alkohol abhängig werden, um ein chemisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Wenn eine alkoholabhängige Person mit einem Mal aufhört zu trinken, kann dieses hohe Niveau stimulierender Chemikalien Entzugssymptome auslösen.

Die Entzugssymptome variieren in Abhängigkeit davon, wie viel und wie lange die Person Alkohol getrunken hat.

Was sind die Entzugssymptome?

Folgende Entzugssymptome können auftreten:

- Anfälle
- Tremor (Zittern)
- Übelkeit
- akustische oder visuelle Halluzinationen (Dinge hören oder sehen, die nicht da sind)
- Insomnie
- Agitation (extreme Nervosität und Reizbarkeit)
- Verwirrtheit

Der Entzug von Alkohol kann lebensbedrohlich sein. Delirium tremens (DT) ist ein gefährliches Entzugssyndrom. Ohne Behandlung stirbt 1 von 20 Personen mit dieser Symptomatik.

Zu den DT-Symptomen zählen:

- schnelle Herzfrequenz
- erhöhte Körpertemperatur
- Tremor
- Verlust der Kontrolle über muskuläre Bewegungen
- erhöhter Blutdruck
- beschleunigte Atmung
- Schwitzen
- veränderter geistiger Zustand
- Halluzinationen
- kardiovaskulärer Schock

Wer trinkt Alkohol?

Die meisten Personen über 21 Jahre können moderate Mengen an Alkohol trinken, ohne dass sich ein Problem entwickelt. Moderates Trinken bedeutet bei Frauen ein Glas und bei Männern zwei Gläser am Tag. Aus dem *National Survey on Drug Use and Health* von 2003 geht hervor, dass etwa die Hälfte aller US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter angeben, Alkohol zu trinken.

Das *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* schätzt, dass etwa 3 von 10 der erwachsenen US-Amerikaner (30 Prozent) auf einem Niveau trinken, welches ihr Risiko für physische, emotionale und soziale Probleme steigert. Von diesen schweren Trinkern weist 1 von 4 gegenwärtig einen schädlichen Gebrauch oder Abhängigkeit von Alkohol auf.

Im Allgemeinen berichten mehr Männer als Frauen, dass sie gegenwärtig trinken: Im Jahr 2003 gaben 57 Prozent der Männer und demgegenüber 43 Prozent der Frauen im Alter von 12 Jahren oder älter Alkoholkonsum im letzten Monat an.

Die Rate der Alkoholabhängigkeit ist bei Frauen ebenfalls niedriger als bei Männern. Schätzungen deuten darauf hin, dass etwa ein Drittel der alkoholabhängigen Personen Frauen sind.

Die Inzidenz von schwerem Alkoholkonsum ist unter jungen Erwachsenen zwischen 21 und 29 Jahren am höchsten und unter Erwachsenen im Alter von 65 Jahren oder älter am geringsten.

Was sind die unmittelbaren Effekte von Alkohol?

Wenn Menschen anfangen zu trinken, erleben sie eventuell

- Gefühle des Wohlbefindens oder der Euphorie,
- Redseligkeit und gesteigerte Geselligkeit,
- eine niedrigere Hemmschwelle (Menschen können Dinge tun oder sagen, die sie sonst nicht tun oder sagen würden).

Was passiert, wenn Menschen weiter Alkohol trinken?

Sie fangen an, sich sediert und schläfrig zu fühlen, und sie könnten

- Gleichgewichtsprobleme bekommen,
- ein beeinträchtigtes peripheres Sehen erleben (das sehen können, was sich seitlich von einem fokussierten Punkt befindet),
- eine verzögerte Reaktionszeit haben,
- lallen,
- erbrechen,
- einschlafen,
- einen Blackout („Filmriss“) haben und sich nicht mehr erinnern, was in dieser Zeit passierte.

Wie wird eine Person durch schweres Trinken beeinflusst?

„Schweres“ Trinken kann als exzessives Trinken bei fünf oder mehr Anlässen im vergangenen Monat definiert werden. Exzessives Trinken ist das Trinken von fünf oder mehr Gläsern bei einem Anlass, mindestens einmal im letzten Monat. Schweres Trinken kann auch als häufige Alkoholexzesse definiert werden (bei Männern mehr als fünf Gläser und bei Frauen mehr als vier Gläser bei einem Anlass).

Schweres Trinken kann signifikante Schäden an den Organsystemen des Körpers verursachen. Wenn Alkohol konsumiert wird, gelangt es in den Blutkreislauf und wird im Körper verteilt.

Obwohl schweres Trinken üblicherweise mit Leberschädigungen assoziiert wird, kann es auch das Verdauungssystem, das kardiovaskuläre System, das Immunsystem, das endokrine System und das Nervensystem beeinträchtigen.

Alkohol beeinträchtigt die Leber.

- Die Leber ist der Ort, an dem der Alkohol abgebaut wird. Eine Reihe der Chemikalien, die durch diesen Prozess produziert werden, sind für die Leber selbst toxisch (giftig).
- Diese Gifte kumulieren im Laufe der Zeit, was zu einer alkoholbedingten Leberschädigung führt.
- Diese Schädigung kann entweder die Form einer Alkoholhepatitis oder einer Zirrhose (Vernarbung der Leber) annehmen.
- Oftmals kommen bei derselben Person beide Formen der Schädigung vor.
- Alkoholabhängigkeit ist die Hauptursache für leberbedingte Todesfälle in den Vereinigten Staaten.
- Es wird geschätzt, dass mehr als zwei Millionen US-Amerikaner an einer Form von alkoholbedingter Lebererkrankung leiden.

Alkohol beeinträchtigt das Verdauungssystem.

- Es hat sich gezeigt, dass schweres Trinken eine chronische Entzündung (Schwellung und Reizung) des Ösophagus (Speiseröhre) verursacht, was zu Krebs führen kann.
- Erweiterte Blutgefäße im Ösophagus (Ösophagusvarizen) können durch Lebererkrankungen verursacht werden.
- Diese Blutgefäße können platzen, was oft tödlich endet.
- Schwerer Alkoholkonsum steht auch mit Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) sowie mit Krebs im Rachenraum, Dickdarm und Enddarm in Verbindung.

Alkohol beeinträchtigt das Herz.

- Obwohl sich in einigen Studien gezeigt hat, dass moderater Alkoholkonsum das Herz schützt, steht schwerer Alkoholkonsum mit ernsthaften Herzerkrankungen in Verbindung, weil es (a) die Pumpleistung des Herzens beeinträchtigt und dadurch zu unregelmäßigen und/oder schwachen Herzschlägen führt und (b) Bluthochdruck verursacht, was auch das Risiko eines Schlaganfalls steigern kann.
- Blutplättchen, die an der Blutgerinnung beteiligt sind, werden ebenfalls geschädigt, was das Blutungsrisiko erhöht.

Alkohol beeinträchtigt das Immunsystem

- Alkohol kann das Immunsystem des Körpers (das Abwehrsystem gegenüber Krankheitserregern) durch eine Schädigung der weißen und roten Blutkörperchen ernsthaft beeinträchtigen.
- Menschen mit schwerem Alkoholkonsum haben mehr Infektionskrankheiten als Menschen mit moderatem Alkoholkonsum.
- Alkohol kann das Immunsystem zu einem Grad schädigen, bei dem es den Körper angreift. Dies kann zu einer alkoholbedingten Organschädigung, wie zum Beispiel einer Lebererkrankung, führen oder diese verschlimmern.

Alkohol beeinträchtigt das endokrine System.

- Das endokrine System (das Hormonsystem) kann durch einen Langzeitkonsum von Alkohol geschädigt werden.

- Das Gleichgewicht der Hormone Insulin und Glucagon, die den Blutzuckerspiegel regulieren, wird gestört. Diabetes (Zuckerkrankheit) kommt bei Menschen mit schwerem Alkoholkonsum häufig vor.
- Alkoholkonsum kann die Ausschüttung von reproduktiven Hormonen, Wachstumshormonen und Testosteron verändern.
- Zu den Effekten von Alkohol auf das Hormonsystem zählen eine verringerte Größe der Hoden und Eierstöcke sowie eine gestörte Sperma- und Eizellenproduktion.
- Alkoholbedingte Veränderungen der Hormone können die sexuelle Funktion bei Männern wie auch bei Frauen beeinträchtigen.

Alkohol schädigt das Nervensystem.

- Schwerer Alkoholkonsum kann das Nervensystem schädigen. Zu diesen Schädigungen gehören:
 - periphere Neuropathie, die zu Taubheitsgefühlen und Kribbeln in den Beinen, Armen und/oder Händen führt
 - Wernicke-Enzephalopathie, die zu Augenbewegungsstörungen, Gang- und Standunsicherheit führt
 - Korsakow-Syndrom, das zu erheblichen Gedächtnisdefiziten führt, wodurch neues Lernen verhindert wird.
- Zusätzlich zu diesen neuronalen Störungen weisen die meisten Menschen mit schwerem Alkoholkonsum einen gewissen geistigen Funktionsverlust, ein reduziertes Gehirnvolumen und Veränderungen in der Funktionsweise der Gehirnzellen auf.

Alkohol kann behaviorale und physische Probleme verursachen.

- Alkoholkonsum steht im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt, Kindesmissbrauch und Körperverletzung.
- Der Konsum steht im Zusammenhang mit allen Arten von Unfällen.
- Je mehr eine Person trinkt, desto größer ist das Potential für Probleme zu Hause, am Arbeitsplatz, mit Freunden und sogar mit Fremden. Zu diesen Problemen können folgende gehören:
 - Streitigkeiten mit oder Trennung von dem Partner und anderen Familienangehörigen
 - angespannte Beziehungen zu Kollegen
 - zunehmend häufige Abwesenheit von oder Verspätung zur Arbeit
 - Verlust des Arbeitsplatzes wegen nachlassender Leistung
 - Gewalt ausüben oder Opfer von Gewalt werden
 - Autounfälle und/oder Verhaftungen wegen Fahren unter Alkoholeinfluss

Beeinträchtigt Alkohol Männer und Frauen in der gleichen Weise?

Alkohol, selbst in kleinen Mengen, beeinträchtigt Frauen anders als Männer.

- Frauen entwickeln im Vergleich zu Männern schneller und nach weniger Alkoholkonsum eine alkoholische Lebererkrankung. Frauen entwickeln im Vergleich zu Männern eher eine Alkohol-Hepatitis (Leberentzündung) und sterben auch eher an einer Zirrhose.
- Frauen sind für alkoholbedingte Gehirnschäden anfälliger als Männer.
- Unter Personen mit schwerem Alkoholkonsum haben Frauen und Männer ähnliche Raten an alkoholbedingten Herzerkrankungen, obwohl Frauen im Laufe ihres Lebens weniger Alkohol trinken als Männer.

Bei manchen Frauen kann bereits ein alkoholisches Getränk am Tag das Risiko für Brustkrebs leicht erhöhen.

Was ist mit Alkohol und Schwangerschaft?

Eine Frau, die während ihrer Schwangerschaft trinkt, setzt ihr Baby einem Risiko schwerwiegender Probleme aus. Babys von Müttern, die während der Schwangerschaft getrunken haben, können eine geistige Behinderung oder andere Lern- und Verhaltensprobleme haben. Das schwerwiegendste Risiko ist die Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD). FASD ist in den Vereinigten Staaten die führende bekannte Ursache für eine vermeidbare geistige Behinderung.

Obwohl die Auswirkungen von FASD variieren, können Kinder mit dem Syndrom kognitive und behaviorale Probleme haben. Behaviorale und neurologische Probleme im Zusammenhang mit FASD können zu schwachen akademischen Leistungen sowie rechtlichen und beruflichen Schwierigkeiten im Jugend- und Erwachsenenalter führen.

Kinder mit einer schweren FASD haben gewöhnlich markante Besonderheiten an Gesicht und Kopf, wie:

- Hautfalten an den Augenwinkeln
- ein niedriger Nasenrücken
- eine kurze Nase
- eine unscharfe Rinne zwischen Nase und Oberlippe
- ein kleiner Kopfumfang
- schmale Augen
- ein kleines Mittelgesicht
- eine schmale Oberlippe

Die Forschung hat *keine* Menge an Alkohol während der Schwangerschaft als sicher befunden.

Gratulation! Zum Genesungsforum eingeladen zu sein bedeutet, dass Sie Fortschritte in der Genesung machen und helfen können, andere anzuleiten. Es hilft den Patienten (und ihren Angehörigen), die sich in den ersten Monaten der Therapie befinden, Ihre Erfolgsgeschichte zu hören. Diese Erfahrung könnte auch Ihnen helfen, indem es Ihnen die Möglichkeit gibt, Ihre eigene Geschichte zu erzählen und Ihre Erfahrung aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Viele Menschen stellen dabei fest, dass Ihnen die Rolle als Teilnehmer im Forum ein erneuertes Vertrauen und Sicherheit in sich selbst und ihre Genesung gibt.

Sie und drei oder vier andere Teilnehmer werden abwechselnd ihre Therapie- und Genesungsgeschichten in einer Gruppensitzung zur Familienedukation am _____ um _____ Uhr erzählen. Sie werden etwa 10 Minuten Gesprächszeit haben. Wenn Sie mit dem Erzählen fertig sind, haben die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen so direkt wie möglich. Sollte Ihnen eine Frage unangenehm sein, dann sagen Sie bitte der Person, die die Frage gestellt hat, dass Sie die Frage nicht beantworten möchten.

Wenn Sie sich damit befassen, was Sie der Gruppe mitteilen wollen, dann nutzen Sie die nachfolgenden Fragen, um Ihre Gedanken zu ordnen:

- Welche Auswirkungen hatte Ihre Suchterkrankung auf Ihr Leben?
- Wie sind Sie zur Therapie gekommen?
- An welche Gefühle, die Sie in den ersten paar Wochen und Monaten der Therapie hatten, erinnern Sie sich?
- Welche Erfahrungen, Aktivitäten und Verhaltensweisen waren für Sie in der Genesung am hilfreichsten?
- Was denken Sie, hätten Sie anders machen können?
- Welche Rolle spielt AA/NA oder eine andere Zwölf-Schritte- oder gemeinschaftsbasierte Selbsthilfegruppe in Ihrem Leben heute?

- Sollten Sie einen Zwölf-Schritte-Sponsor haben, wie sind Sie bei der Wahl dieser Person vorgegangen?
- Was hätten Sie in den ersten paar Wochen und Monaten der Therapie gern gewusst?

Vergessen Sie nicht:

- Ihre Geschichte wird stärker sein, wenn Sie offen und ehrlich über Ihre Gefühle sind.
- Sie sollten vermeiden, anderen zu sagen, was sie tun sollen. Andere werden am besten lernen, wenn Sie sich auf Ihre Erfahrungen und Emotionen beziehen.

Danke für Ihre Teilnahme!

Gratulation! Zum Genesungsforum eingeladen zu sein bedeutet, dass Ihre Familie gute Fortschritte in der Genesung macht. Es hilft den Patienten und ihren Angehörigen, die sich in den ersten Monaten der Therapie befinden, Ihre Erfolgsgeschichte zu hören. Diese Erfahrung könnte auch *Ihnen* helfen, indem es Ihnen die Möglichkeit gibt, Ihre eigene Geschichte zu erzählen und Ihre Erfahrung aus einer anderen Perspektive zu betrachten. Viele Menschen stellen dabei fest, dass Ihnen die Rolle als Teilnehmer im Forum ein erneuertes Vertrauen und Sicherheit in sich selbst und ihre Genesung gibt.

Sie und drei oder vier andere Teilnehmer werden abwechselnd ihre Therapie- und Genesungsgeschichten in einer Gruppensitzung zur Familienedukation am _____ um _____ Uhr erzählen. Sie werden etwa 10 Minuten Gesprächszeit haben. Wenn Sie mit dem Erzählen fertig sind, haben die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen so direkt wie möglich. Sollte Ihnen eine Frage unangenehm sein, dann sagen Sie bitte der Person, die die Frage gestellt hat, dass Sie die Frage nicht beantworten möchten.

Wenn Sie sich damit befassen, was Sie der Gruppe mitteilen wollen, dann nutzen Sie die nachfolgenden Fragen, um Ihre Gedanken zu ordnen:

- Welche Auswirkungen hat die Suchterkrankung Ihres Familienmitglieds auf Ihr Leben gehabt?
- Welches Verhalten haben Sie angewandt bei dem Versuch, den Konsum Ihres Familienmitglieds zu bewältigen?
- Was erschien Ihnen hilfreich während dieser Zeit?
- Was denken Sie, hätten Sie anders machen können?
- An welche Gefühle, die Sie in den ersten paar Wochen und Monaten der Therapie Ihres Familienmitglieds hatten, erinnern Sie sich?

- Welche Erfahrungen, Aktivitäten und Verhaltensweisen waren für Sie in der Genesung am hilfreichsten?
- Welche Rolle spielt Al-Anon/Alateen oder eine andere Zwölf-Schritte- oder gemeinschaftsbasierte Selbsthilfegruppe in Ihrem Leben heute?
- Sollten Sie einen Zwölf-Schritte-Sponsor haben, wie sind Sie bei der Wahl dieser Person vorgegangen?
- Was hätten Sie in den ersten paar Wochen und Monaten der Therapie Ihres Familienmitglieds gern gewusst?

Vergessen Sie nicht:

- Ihre Geschichte wird stärker sein, wenn Sie offen und ehrlich über Ihre Gefühle sind.
- Sie sollten vermeiden, anderen zu sagen, was sie tun sollen. Andere werden am besten lernen, wenn Sie sich auf Ihre Erfahrungen und Emotionen beziehen.

Danke für Ihre Teilnahme!

FE 3C | Richtlinien für abstinente Personen, die am Forum teilnehmen

Danke für Ihre Zustimmung zu einer Teilnahme am Genesungsforum der Gruppe zur Familien-
edukation. Es hilft unseren Patienten (und Ihren Bezugspersonen), die sich in den ersten Monaten
der Therapie befinden, Ihre Erfolgsgeschichte zu hören.

Sie werden etwa 10 Minuten Gesprächszeit haben. Wenn Sie mit dem Erzählen fertig sind, haben
die Gruppenteilnehmer die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Bitte beantworten Sie die Fragen so
direkt wie möglich. Sollte Ihnen eine Frage unangenehm sein, dann sagen Sie bitte der Person, die
die Frage gestellt hat, dass Sie die Frage nicht beantworten möchten.

Wenn Sie sich damit befassen, was Sie der Gruppe mitteilen wollen, dann nutzen Sie die nach-
folgenden Fragen, um Ihre Gedanken zu ordnen:

- Welche Auswirkungen hat Ihre Suchterkrankung auf Ihr Leben gehabt?
- Wie sind Sie zur Therapie (oder zu den AA/NA) gekommen?
- An welche Gefühle, die Sie in den ersten paar Wochen und Monaten Ihrer Genesung hatten, erinnern Sie sich?
- Welche Erfahrungen, Aktivitäten und Verhaltensweisen waren für Sie in der Genesung am hilfreichsten?
- Was denken Sie, hätten Sie anders machen können?
- Welche Rolle spielt AA/NA in Ihrem Leben heute?
- Sollten Sie einen Zwölf-Schritte-Sponsor haben, wie sind Sie bei der Wahl dieser Person vorgegangen?
- Was hätten Sie in den ersten paar Wochen und Monaten der Genesung gern gewusst?

Vergessen Sie nicht:

- Ihre Geschichte wird stärker sein, wenn Sie offen und ehrlich über Ihre Gefühle sind.
- Sie sollten vermeiden, anderen zu sagen, was sie tun sollen. Andere werden am besten lernen, wenn Sie sich auf Ihre Erfahrungen und Emotionen beziehen.

Nochmals Danke.

Was ist Methamphetamin?

Methamphetamin ist ein starkes Stimulans, das aus mehreren Chemikalien hergestellt wird.

Methamphetamin (Meth) ist in den USA auf der Straße bekannt als:

- Ice
- Glass
- Crank
- Crystal
- Speed
- Chalk
- Tweak

Wie viele Menschen konsumieren Methamphetamin?

Die Zahl der US-Amerikaner, die Meth konsumieren, hat sich zwischen 1994 und 2000 mehr als verdoppelt.

Das *National Survey on Drug Use and Health* aus dem Jahr 2004 schätzte, dass 12 Millionen US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter mindestens einmal in ihrem Leben Meth konsumiert haben.

Einige Befunde zeigen, dass sich der Konsum von Meth stabilisiert hat. Die Zahl der Personen, die Meth konsumieren, und die Zahl der Personen, die es zum ersten Mal probiert haben, ist in den Jahren 2002, 2003 und 2004 konstant geblieben. Von 2002 bis 2004 stieg das Durchschnittsalter des Erstkonsums um mehr als 3 Jahre an, von 18,9 auf 22,1 Jahre.

Wer konsumiert Methamphetamin?

Obwohl die Gesamtrate des Meth-Konsums stagnieren mag, bleibt der Konsum ein großes Problem und nimmt in bestimmten Populationen sogar zu. Einst auf bestimmte Gebiete der Vereinigten Staaten wie Hawaii und die Städte an der Westküste beschränkt, hat sich der Meth-Konsum nun über das Land ausgebreitet.

Personen, die Meth konsumieren, waren traditionell kaukasisch, männlich und Arbeiter. Der Meth-Konsum hat sich schnell auf die Party- und Clubszene ausgeweitet (Raves etc.).

Der Meth-Konsum bei Hispanics und jungen, obdachlosen Menschen nimmt zu.

Auch der Konsum bei Frauen hat zugenommen. Meth wird von mehr Frauen konsumiert als Kokain oder Heroin; annähernd die gleiche Zahl an Männern und Frauen konsumiert jetzt die Droge.

Meth wird verstärkt am Arbeitsplatz konsumiert. Es wurde lange Zeit von Fernfahrern konsumiert, nun aber breitet sich der Konsum auf Baustellen und in der Produktion aus. Menschen in der Unterhaltungsindustrie, im Verkauf, Einzelhandel und in juristischen Berufen konsumieren ebenfalls in zunehmendem Maße Meth.

Was sind die Wirkungen von Meth?

Die unmittelbaren *psychischen* Effekte von Methamphetamin umfassen:

- Euphorie
- Aufmerksamkeit und Wachsamkeit
- Gefühle zugenommener Stärke und neuer Energie
- Gefühle einer Unverwundbarkeit
(das Gefühl, dass einem selbst nichts Schlimmes widerfahren kann)
- Gefühle gestiegenen Selbstvertrauens und vermehrter Kompetenz
- intensivierete Gefühle sexueller Lust
- verminderte Gefühle von Langeweile, Einsamkeit und Schüchternheit

Die unmittelbaren *physischen* Effekte von Methamphetamin umfassen:

- Zunahme von
 - Herzfrequenz
 - Pupillengröße
 - Reizempfindlichkeit
 - Blutdruck
 - Atemfrequenz
 - Körpertemperatur

- Abnahme von
 - Appetit
 - Schlaf
 - Reaktionszeit

Die chronisch *psychischen* Effekte („chronisch“ bedeutet, dass diese Effekte später im Konsumkreislauf einer Person beginnen können und für eine lange Zeit anhalten) des Meth-Konsums umfassen:

- Verwirrtheit
- Verlust der Fähigkeit, sich zu konzentrieren und Informationen zu ordnen
- Verlust der Fähigkeit, ohne die Droge Freude zu empfinden
- Paranoia
- Schlafstörungen und Erschöpfung
- Stimmungsschwankungen
- Reizbarkeit und Wut
- Depressionen
- Angst- und Panikstörungen
- rücksichtsloses, ungeschütztes Sexualverhalten
- taktile Halluzinationen (die Person hat das Gefühl, als würde etwas auf ihr krabbeln) oder akustische Halluzinationen (die Person hört Dinge, die nicht da sind)
- schwere Depressionen, die zu Suizidgedanken oder -versuchen führen können
- Episoden plötzlichen gewalttätigen Verhaltens
- schwerer Gedächtnisverlust, der von Dauer sein kann

Die chronisch *physischen* Effekte des Konsums umfassen:

- Tremor (Zittern)
- Schwäche
- trockener Mund
- Gewichtsverlust und Mangelernährung
- vermehrtes Schwitzen
- fettige Haut
- Wunden, verursacht durch fettige Haut und das Herumdücken der Person an ihrer Haut – ein häufiger Effekt des Meth-Konsums
- Kopfschmerzen
- schwere Probleme mit den Zähnen und dem Zahnfleisch, verursacht durch Zähneknirschen, einem verringerten Blutfluss zum Mund und weniger Speichel
- Anfälle
- Schädigungen an kleinen Blutgefäßen im Gehirn, was zu einem Schlaganfall führen kann
- geschädigte Hirnzellen
- unregelmäßiger Herzschlag, der zu einem plötzlichen Tod führen kann
- Herzinfarkt oder chronische Herzprobleme, einschließlich eines Abbaus des Herzmuskels
- Nierenversagen
- Leberversagen
- „Tweaking“ – ständig wiederholte Bewegungen, die die Person nicht kontrollieren kann
- infizierte Kratzspuren auf der Haut, die eine starke Narbenbildung verursachen können

Die Art und Weise, wie Meth konsumiert werden kann, bringt spezielle Probleme mit sich.

Das *Injizieren* von Meth kann Folgendes verursachen:

- Blutgerinnsel
- Hautabszesse
- Exposition gegenüber HIV, Tuberkulose oder Hepatitis-C-Virus vom Teilen der Nadeln und sonstiger Arbeiten oder durch ungeschützten Sex
- Herzentzündung
- Pneumonie
- Nierenversagen

Das *Sniefen* von Meth kann Folgendes verursachen:

- Kieferhöhlenvereiterung
- Nasenbluten
- Löcher in der Nasenscheidewand, im Knorpelgewebe zwischen den Nasenlöchern
- Heiserkeit

Das *Rauchen* von Meth kann Folgendes verursachen:

- Rachenprobleme
- verbrannte Lippen
- Lungenstauungen
- starker Husten mit schwarzem Schleim
- chronische Lungenerkrankung

Was ist mit Meth-Konsum während der Schwangerschaft?

Eine Frau, die während der Schwangerschaft Meth konsumiert, kann ihren Fötus schädigen.

Föten von Müttern, die Meth konsumieren, sind einem höheren Risiko ausgesetzt, einen Schlaganfall oder Hirnblutungen zu erleiden, was oft vor der Geburt zum Tod führt. Der Konsum von Meth während der Schwangerschaft kann auch zu einer Frühgeburt führen.

Föten können auch gegenüber HIV oder Hepatitis exponiert sein, wenn die Mutter mit diesen Viren infiziert ist.

Babys von Müttern, die während der Schwangerschaft Meth konsumierten, können folgende Symptome aufweisen:

- abnorme Reflexe
- extreme Reizbarkeit
- Schwierigkeiten beim Essen und bei der Verdauung

Auf welche Weise können Kinder noch durch Meth beeinträchtigt werden?

Manchmal befinden sich Meth-Labore in Haushalten mit Kindern. Meth-Labore sind aus vielerlei Gründen gefährliche Orte für Kinder *und* Erwachsene:

- Feuer, Explosionen, Chemieunfälle und toxische Dämpfe kommen häufig vor.
- Die Chemikalien, die zur Herstellung von Meth verwendet werden, sondern Dämpfe ab, die stark genug sind, um Lungen zu verätzen. Sie können das Gehirn, die Nieren oder die Leber schädigen und sogar tödlich enden.

Im Jahr 2001 wurden 700 Kinder, die in Meth-Laboren anwesend waren, positiv auf toxische Chemikalien getestet.

Welche anderen Probleme werden durch Meth-Labore verursacht?

Die toxischen Dämpfe, die von den Chemikalien zur Herstellung von Meth freigesetzt werden, setzen sich in den Wänden und Teppichböden ab und bleiben dort für sehr lange Zeit, was jedem im Haus einem Risiko aussetzt. Selbst Menschen, die in ein Haus einziehen, in dem ehemals ein Meth-Labor untergebracht war, sind einem Risiko ausgesetzt.

Die Herstellung von Meth bringt Feststoffabfälle mit sich. Für jedes Pfund produziertes Meth fallen 5 bis 6 Pfund toxische Abfälle an und werden üblicherweise vor Ort weggeworfen, in örtlichen Gewässern entsorgt oder in das Abwassersystem oder Kläranlagen gespült, wodurch die Umgebung kontaminiert wird.

Was ist Kokain?

Kokain ist ein starkes Stimulans, das aus den Blättern der Coca-Pflanze hergestellt wird. Pulverförmiges Kokain (Kokainhydrochlorid, ein Salz) ist in den USA auf der Straße bekannt als:

- Coke
- Flake
- Snow
- Blow

Crack ist Kokain, das aus Kokainhydrochlorid in steinförmige Kristalle verarbeitet wurde und geraucht werden kann. Es hat seinen Namen von dem knisternden Geräusch beim Erhitzen.

Crack wird manchmal „Rock“ oder „Freebase“ genannt.

Wie viele Menschen konsumieren Kokain?

Das *National Survey on Drug Use and Health* aus dem Jahr 2004 schätzt, dass annähernd 34 Millionen US-Amerikaner irgendwann in ihrem Leben Kokain konsumiert haben.

In derselben Umfrage ergaben sich folgende Schätzungen:

- Etwa 2 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten konsumieren gegenwärtig Kokain.
- Etwa 2,5 Prozent der jungen Menschen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren berichteten, dass sie mindestens einmal Kokain konsumiert haben.
- Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren berichteten 16 Prozent, dass sie mindestens einmal Kokain konsumiert haben.

Wer konsumiert Kokain?

Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren haben eine höhere Rate an gegenwärtigen Kokainkonsum als irgendeine andere Altersgruppe. Insgesamt haben Männer eine höhere Rate gegenwärtigen Kokainkonsums als Frauen.

Was sind die Wirkungen von Kokain?

Die unmittelbaren *psychischen* Effekte von Kokain ähneln denen von Meth und umfassen:

- Euphorie
- Antriebssteigerung
- gesteigerter Rededrang
- vermehrte Empfindsamkeit gegenüber visuellen, akustischen und taktilen Sinneseindrücken
- gesteigerte geistige Aufmerksamkeit
- gesteigertes Selbstvertrauen
- intensiviert Gefühle sexueller Lust

Die unmittelbaren *physischen* Effekte von Kokain umfassen:

- verengte Blutgefäße
- geweitete Pupillen
- gestiegene Herzfrequenz
- gestiegene Temperatur
- gesteigener Blutdruck
- verminderter Appetit
- verminderte Schlafdauer

In seltenen Fällen kann Kokainkonsum zum plötzlichen Tod führen, selbst bei der ersten Drogeneinnahme.

Das Trinken von Alkohol in Verbindung mit Kokain steigert dieses Risiko. Die Leber verbindet Kokain und Alkohol und bildet eine dritte Substanz, Cocaethylen. Cocaethylen intensiviert die euphorischen Effekte von Kokain, während es das Risiko eines plötzlichen Todes steigert.

Die chronisch *psychischen* Effekte des Kokainkonsums umfassen:

- Reizbarkeit
- Depression
- vermehrte Unruhe
- Paranoia
- paranoide Psychosen mit akustischen Halluzinationen

- bizarres und/oder gewalttätiges Verhalten (bei hohen Dosen)
- beeinträchtigte Fähigkeit, sich ohne die Droge wohl zu fühlen
- Exposition gegenüber HIV oder Hepatitis-C-Virus durch rücksichtslosen, ungeschützten Sex

Die chronisch *physischen* Effekte des Kokainkonsums umfassen:

- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkte
- Brustschmerzen
- Bronchitis und Pneumonie
- Atemversagen
- Schlaganfälle
- Anfälle
- Kopfschmerzen

Zusätzlich kann Appetitverlust mit der Zeit zu signifikantem Gewichtsverlust und Mangelernährung führen. Wie bei Meth kann die Art und Weise des Kokainkonsums besondere Probleme verursachen. Bei Menschen, die regelmäßig Kokain *injizieren*, sind dies folgende:

- Abszesse (infizierte Wunden) an den Einstichstellen
- ernste allergische Reaktionen
- Exposition gegenüber HIV und Hepatitis-C-Virus

Regelmäßiges *Sniefen* von Kokain kann zu Folgendem führen:

- Verlust des Geruchssinns
- Probleme beim Schlucken
- allgemeine Irritation der Nasenscheidewand, die zu einer chronisch entzündeten, laufenden Nase führt
- Nasenbluten
- Heiserkeit
- Löcher in der Nasenscheidewand, dem Knorpelgewebe zwischen den Nasenlöchern

Das *Rauchen* von Crack kann zu denselben Problemen führen wie das Rauchen von Meth:

- Rachenprobleme
- verbrannte Lippen
- Lungenstauung
- starker Husten
- chronische Lungenerkrankung

Was ist mit Kokainkonsum während der Schwangerschaft?

Babys von Müttern, die während der Schwangerschaft Kokain konsumierten, können

- zu früh geboren werden,
- ein geringes Geburtsgewicht haben,
- einen kleineren Kopf haben,
- eine kleinere Körpergröße haben.

Babys können auch gegenüber HIV oder Hepatitis exponiert sein, wenn die Mutter mit diesen Viren infiziert ist.

Eine fetale Exposition gegenüber Kokain scheint nicht so ernste und langanhaltende Probleme zu verursachen, wie ursprünglich angenommen.

Allerdings können gegenüber Kokain exponierte Kinder, wenn sie aufwachsen, später im Leben subtile, aber doch signifikante Probleme in Bereichen haben, die für den schulischen Erfolg von Bedeutung sind, wie

- aufmerksam bei der Aufgabe sein,
- neue Informationen erfassen,
- Dinge durchdenken.

FE 5A | Tägliche/stündliche Planung

Datum:

Wie viele Stunden werden Sie schlafen?

07:00

Von: _____ Bis: _____

08:00

Notizen:

09:00

10:00

11:00

12:00

13:00

14:00

15:00

Erinnerungen:

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00

21:00

22:00

23:00

Wenn sich Menschen dazu entschlossen haben, keine Drogen mehr zu konsumieren, wie kommt es, dass sie am Ende wieder konsumieren? Geschehen Rückfälle gänzlich durch Zufall? Oder gibt es Warnzeichen und Möglichkeiten, um Rückfälle zu vermeiden?

Rückfallrechtfertigung ist ein Prozess, der sich im Kopf einer Person abspielt. Eine Person kann sich dazu entschlossen haben, den Konsum zu beenden, aber das Gehirn der Person ist immer noch im Heilungsprozess und hat immer noch das Bedürfnis nach den Substanzen. Das abhängige Gehirn erfindet Entschuldigungen, die der Person im Genesungsprozess erlauben, sich nah genug an Rückfallsituationen heranzubegeben, so dass Ausrutscher passieren können.

Es ist wichtig, dass Menschen in der Genesung und ihre Angehörigen lernen, Rückfallrechtfertigungen schnell zu identifizieren. Gehen Sie die Beispiele auf diesem Handout durch, die Ihnen helfen können, eine Rechtfertigung als solche zu erkennen.

Andere Menschen haben mich dazu gebracht

- Meine Frau konsumierte, also ...
- Es ging mir gut, bis er ... nach Hause brachte.
- Ich bin mit meiner Schwester zum Strand gegangen und ...
- Mein Bruder kam zum Abendessen vorbei und brachte etwas ...
- Ich wollte meinen Freund noch einmal sehen und er bot mir etwas ...

Ich brauchte es für einen bestimmten Zweck

- Ich nahm wieder zu und musste mein Gewicht unter Kontrolle bringen, also ...
- Ohne ... fehlte mir die Energie, die ich brauchte.
- Ich kann ohne ... keinen Spaß haben.
- Das Leben ist zu langweilig ohne ...
- Ich fühle mich in gesellschaftlichen Situationen nicht wohl oder kann mich nicht mit Menschen treffen ohne ...

Ich habe mich getestet

- Jetzt, da ich eine Weile clean war, wollte ich sehen, ob es „besser funktionieren“ würde.
- Ich wollte meine Freunde wieder sehen, und ich bin jetzt stärker.
- Ich brauchte etwas Geld und dachte, dass ich etwas verkaufen könnte, ohne zu konsumieren.
- Ich wollte sehen, ob ich nur ein bisschen konsumieren könnte.
- Ich wollte sehen, ob ich es um mich herum haben und „Nein“ sagen könnte.
- Ich dachte, ich könnte trinken, ohne ... zu konsumieren.

Es war nicht meine Schuld

- Es war die Zeit kurz vor meiner Periode und ich war depressiv.
- Ich hatte einen Streit mit meinem Partner.
- Meine Eltern gingen mir auf die Nerven.
- Mein Partner war mit einer anderen Person intim.
- Das Wetter war bedrückend.
- Ich wollte nur einmal was nehmen und ...

Es war ein Versehen

- Ich war in einer Bar und jemand hat mir etwas Meth angeboten.
- Ich war bei der Arbeit und jemand bot mir ...
- Ich fand etwas in meinem Auto.
- Ich ging ins Kino und sah einen Film über ...
- Ein Freund rief mich an, um zu erfahren, wie es mir geht. Wir sprachen miteinander und entschieden uns zu einem Treffen.

Ich fühlte mich schlecht

- Das Leben ist so langweilig, also kann ich auch konsumieren.
- Ich fühlte mich depressiv, also ...
- Meine Arbeit lief nicht gut und ich war frustriert, also ...
- Ich tat mir selbst leid, also ...
- Die Genesung ist einfach zu schwer.

FE 6A | Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für die Person in der Genesung

Die Möglichkeit eines Rückfalls ist in der Genesung eine Realität und es ist sowohl für Personen in der Genesung als auch für die Angehörigen normal, diese zu befürchten. Manche Menschen würden lieber nicht über die Möglichkeit nachdenken. Allerdings kann die Überlegung, wie Sie und Ihre Familie mit einem Rückfall umgehen würden, Sie darauf vorbereiten, diesen zu bewältigen und damit sowohl die Dauer des Rückfalls als auch seine Auswirkungen auf Ihre Familie minimieren.

Denken Sie über jede der folgenden Fragen nach und beantworten Sie sie so ehrlich wie möglich. Diese Fragen dienen als Anregung für die Gruppendiskussion; wir werden Ihre Antworten nicht sehen, es sei denn, Sie wollen es. Wenn allerdings die Gruppenmitglieder ihre Gedanken untereinander austauschen, hören alle Mitglieder neue Ideen und Einsichten und fühlen sich unterstützt und weniger allein.

Was sind Ihre größten Ängste bezogen auf einen Rückfall?

Sollte es zu einem Rückfall kommen, welche Gefühle werden Sie Ihrer Ansicht nach haben?

Sollten Sie einen Rückfall haben, was könnten Ihre Angehörigen tun oder sagen, um Ihnen zu helfen, schnell wieder auf Kurs zu kommen?

Welche Schritte könnten Sie unternehmen, um einen Rückfall zu vermeiden?

FE 6B | Umgang mit der Möglichkeit eines Rückfalls für Angehörige der Person in der Genesung

Die Möglichkeit eines Rückfalls ist in der Genesung eine Realität und es ist sowohl für Personen in der Genesung als auch für die Angehörigen normal, diese zu befürchten. Manche Menschen würden lieber nicht über die Möglichkeit nachdenken. Allerdings kann die Überlegung, wie Sie und Ihre Familie mit einem Rückfall umgehen würden, Sie darauf vorbereiten, diesen zu bewältigen und damit sowohl die Dauer des Rückfalls als auch seine Auswirkungen auf Ihre Familie minimieren.

Denken Sie über jede der folgenden Fragen nach und beantworten Sie sie so ehrlich wie möglich. Diese Fragen dienen als Anregung für die Gruppendiskussion; wir werden Ihre Antworten nicht sehen, es sei denn, Sie wollen es. Wenn allerdings die Gruppenmitglieder ihre Gedanken untereinander austauschen, hören alle Mitglieder neue Ideen und Einsichten und fühlen sich unterstützt und weniger allein.

Was sind Ihre größten Ängste bezogen auf einen Rückfall?

Sollte es zu einem Rückfall kommen, welche Gefühle werden Sie Ihrer Ansicht nach haben?

Sollte Ihr Familienmitglied in der Vergangenheit rückfällig geworden sein, wie haben Sie versucht, die Situation zu bewältigen?

Was hat Ihnen am meisten geholfen? (Sollte Ihr Familienmitglied keinen Rückfall gehabt haben, was *denken* Sie würde Ihnen bei der Bewältigung helfen?)

Vergessen Sie nicht:

- Sie nehmen für **sich** an der Behandlung teil, nicht einfach nur der Person wegen, die Substanzen konsumiert hat.
- Die Genesung, Nüchternheit oder Abstinenz Ihrer geliebten Person hängt nicht von Ihnen ab.
- Die Genesung Ihrer Familie hängt nicht von der Genesung der Person ab, die Substanzen konsumierte.
- Sie haben nicht die Suchterkrankung Ihres Familienmitglieds verursacht. Es ist nicht Ihre Schuld.
- Rückfälle kommen vor, aber Menschen kehren *trotzdem* in die Genesung zurück.
- Sie können Ihr Familienmitglied in der Genesung unterstützen, aber Sie sind nicht dafür verantwortlich, dessen Genesung aufrechtzuerhalten. Die Person in der Genesung ist für das Erkennen der Warnzeichen eines Rückfalls und für notwendige Anpassungen selbst verantwortlich.
- Obwohl es wichtig ist, dass Sie Ihr Familienmitglied in der Genesung unterstützen, ist es ebenso wichtig, dass Sie gut auf sich selbst achten – emotional und physisch.
- Sollte Ihr Familienmitglied rückfällig werden, ist es besonders wichtig, dass Sie weiterhin für sich sorgen. Nachfolgend sind hierfür einige Maßnahmen aufgelistet:
 - Nehmen Sie weiterhin an Zwölf-Schritte- oder anderen Meetings der Selbsthilfe teil.
 - Sprechen Sie mit Ihrem Familienmitglied im Genesungsprozess über Ihre Gefühle und Bedenken.
 - Bewegen Sie sich regelmäßig.
 - Ernähren Sie sich ausgewogen.
 - Sorgen Sie für ausreichend Schlaf.
 - Sprechen Sie mit unterstützenden Freunden und Verwandten.
 - Gehen Sie in Ihre Kirche, Moschee, Synagoge, Tempel oder zu anderen spirituellen Organisationen zur Unterstützung.
 - Nehmen Sie weiterhin an Freizeit- und sozialen Aktivitäten oder Hobbys teil, die Ihnen Spaß machen.
 - Nehmen Sie für sich Beratung oder Therapie in Anspruch, wenn Sie glauben, dass es Ihrer persönlichen Weiterentwicklung hilft.

Was sind Opioide?

- Opioide sind eine Gruppe von Drogen, die an den Opiatrezeptoren im Gehirn wirken.
- Es gibt natürliche Opioide, die in der Mohnpflanze vorkommen (z. B. Morphin und Heroin), und synthetische Opioide (z. B. Oxycodon und Meperidin). Beide haben ähnliche Wirkungen.

Welche Wirkungen haben Opioide?

- Die physischen Anzeichen eines Opioidkonsums sind verengte Pupillen, Hautrötungen und ein schweres Gefühl in den Gliedmaßen. Es wird gesagt, dass Menschen auf Heroin „nicken“, weil sie schläfriger aussehen.
- Nach dem euphorischen Rausch des Opioidkonsums folgt ein schläfriger Zustand. Atmung und Herzfrequenz verlangsamen sich. Kopfschmerzen und Schwindelgefühle treten häufig auf.

Was ist eine Opioidtoleranz?

- Wenn Menschen weiter Opioide konsumieren, benötigen sie immer höhere Dosen, um high zu werden. Dies nennt sich „Toleranz“.
- Irgendwann bedeutet Toleranz für Opioide, dass die Droge hauptsächlich eingenommen wird, um den Entzug zu verhindern, nicht um high zu werden.

Was ist Opioidabhängigkeit? Was ist Opioidsucht?

- Menschen, die Opioide einnehmen, die ihnen verschrieben wurden, werden selten süchtig.
- Bei einer Langzeitanwendung von Opioiden allerdings können Menschen, die die Medikation wie verordnet einnehmen, abhängig werden.
- Menschen, die von opioidhaltigen Schmerzmitteln abhängig sind, müssen es schrittweise absetzen oder sie wird durch einen Entzug gehen.
- Sucht bedeutet, dass eine Person von Opioiden physisch abhängig ist, aber auch einen zwanghaften Drang hat, die Droge zu nehmen, selbst wenn es schädlich ist.

Wie ist ein Opioidentzug?

- Ein Entzug tritt auf, wenn eine Person, die von Opioiden physisch abhängig oder süchtig ist, die Droge plötzlich absetzt.
- Entzugssymptome umfassen Unruhe, starke Muskel- und Knochenschmerzen, Insomnie, Diarrhoe, Erbrechen, Kältegefühle und Gänsehaut („Going Cold Turkey“).

Was sind verschreibungspflichtige Opioide?

- Die wesentlichen verschreibungspflichtigen Opioide sind Codein, Oxycodon (OxyContin[®], Percodan[®], Percocet[®], Tylox[®]), Hydrocodon (Vicodin[®]), Meperidin (Demerol[®]) und Hydromorphon (Dilaudid[®]).

Wer missbraucht OxyContin?

- Im Jahr 2003 missbrauchten annähernd 3 Millionen US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter OxyContin, das potenteste verschreibungspflichtige Opioid, das erhältlich ist.
- Die meisten derer, die OxyContin missbrauchen, sind über 30 Jahre, jedoch gaben 5 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs an, dass sie es schon konsumiert haben.
- Um OxyContin zu erhalten, geben die Personen vor, Schmerzen zu haben, fälschen Rezepte und rauben Apotheken aus.

Was sind die Gefahren des Missbrauchs von OxyContin?

- Die Personen zermahlen die Tabletten und essen, sniefen oder injizieren (nachdem sie sie mit Wasser gemischt haben) die Substanz dann. Wenn OxyContin in dieser Form eingenommen wird, steigt das Risiko einer gefährlich verlangsamten Atmung sowie von Herzinfarkt und Überdosis.
- Die Injektion einer Mischung zermahlener Tabletten und Wasser setzt die Person Erkrankungen wie Hepatitis und HIV/AIDS aus, die im Zusammenhang mit verunreinigten Nadeln stehen.
- OxyContin ist bei Missbrauch hochgradig suchterzeugend.

Was ist Heroin?

- Heroin ist ein starkes narkotisches Schmerzmittel, das aus Morphin hergestellt wird, welches aus der Mohnpflanze gewonnen wird.
- Reines Heroin ist ein weißes Pulver. Auf der Straße verkaufte Heroin variiert farblich von weiß bis dunkelbraun und ist normalerweise mit anderen Substanzen wie Zucker, Milchpulver, Stärke oder Giften wie Strychnin vermischt.
- Heroin ist in den USA unter vielen Straßennamen bekannt, einschließlich Smack, Horse, Big H, Junk, Dope, Skag und Poison.

Wer konsumiert Heroin?

- Etwa 1,6 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren oder älter haben Heroin konsumiert. Mehr als 3,1 Prozent aller Highschool-Schüler haben Heroin konsumiert.
- Die meisten Personen, die Heroin konsumieren, sind kaukasische Männer im Alter von über 30 Jahren und leben in Städten. Allerdings ist das Alter, in dem Menschen anfangen, Heroin zu konsumieren, von Mitte Zwanzig im Jahr 1990 auf Anfang Zwanzig im Jahr 2000 gesunken.

Was sind die Gefahren des Heroinkonsums?

- Weil die Reinheit des Heroins variiert, sind versehentliche Überdosen eine reale Gefahr.
- Heroin wird mit 15 Prozent aller Einweisungen in Notaufnahmen in den Vereinigten Staaten in Verbindung gebracht.
- Die meisten Personen, die regelmäßig Heroin konsumieren, injizieren es. Intravenöser Drogenkonsum ist in einem Drittel aller HIV-Fälle und in mehr als die Hälfte aller Hepatitis-C-Fälle in den Vereinigten Staaten ein Faktor.
- Das Injizieren von Heroin kann zum Venenkollaps, zu Gefäßverstopfungen, bakteriellen Infektionen des Herzens und der Blutgefäße, Pneumonie, Tuberkulose und Leber- oder Nierenerkrankungen führen.

Was sind Partydrogen und wer konsumiert sie?

- Partydrogen umfassen Substanzen wie GHB, Rohypnol, Ketamin, LSD und Ecstasy, die oft auf Partys und in Clubs konsumiert werden. Viele Menschen nehmen fälschlicherweise an, dass diese Drogen sicher sind.
- Die meisten Personen, die Partydrogen konsumieren, sind unter 30 Jahre und kaukasischer Abstammung. Highschool-Schüler und Studenten zeigen den höchsten Konsumgrad.

Was ist GHB?

- GHB wurde einst als Narkosemittel verwendet. Es ruft Euphorie und Halluzinationen hervor.
- Inzwischen ist GHB verboten und wird in illegalen Laboren hergestellt.
- In Clubs wird es oftmals in flüssiger Form aus einer Wasser- oder Sportgetränkflasche zu je einer oder mehr Verschlusskappen verkauft.
- GHB ist in den USA unter den Straßennamen Liquid Ecstasy, Soap, Easy Lay, Vita-G und Georgia Home Boy bekannt.

Wer konsumiert GHB?

- Etwa 2 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben im Jahr 2004 mindestens einmal GHB konsumiert.

Was sind die Wirkungen von GHB?

- In geringen Dosen erleben Menschen einen Gleichgewichts- und Koordinationsverlust sowie eine verminderte Atem- und Herzfrequenz.
- In höheren Dosierungen kann GHB zu einem Koma führen. Seit 1990 sind 70 US-Amerikaner an einer Überdosis GHB gestorben.¹

Was ist Rohypnol?

- Rohypnol ist der Handelsname eines Arzneimittels, das in Mexiko und Europa, wo es zur Behandlung von Schlafstörungen angewendet wird, legal ist. Rohypnol ist in den Vereinigten Staaten zu keinem Zeitpunkt legal gewesen.
- Rohypnoltableten werden oft in ihrer Originalverpackung verkauft, was die US-Amerikaner denken lassen könnte, sie seien legal.
- Rohypnol ist ein Beruhigungsmittel wie Halcyon, Xanax und Valium, allerdings um ein Vielfaches stärker.
- Rohypnol ist in den USA unter den Straßennamen Roofies, Rophies, Roche, Rope und Forget-me Pill bekannt.

¹ Anm. d. Ü.: Stand November 2002.

Wer konsumiert Rohypnol?

- Etwa 1,6 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben 2004 mindestens einmal Rohypnol konsumiert.
- Rohypnol ist unter Jugendlichen bekannt, weil es billiger ist als andere Partydrogen.

Was sind die Wirkungen von Rohypnol?

- Die ersten Wirkungen von Rohypnol sind Entspannung der Muskulatur und Benommenheit. Spätere Wirkungen umfassen Blutdruckabfall, undeutliche Sprache, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit und Schwierigkeiten beim Gehen. Rohypnol kann Kopfschmerzen, Alpträume, Zittern, Muskelschmerzen, Verdauungsprobleme, aggressives Verhalten und Blackouts verursachen, was bis zu 24 Stunden anhalten kann.

Was ist Ketamin?

- Ketamin ist ein Narkosemittel, das wegen seines schnellen Wirkeintritts zunächst auf Schlachtfeldern angewendet wurde. Heute wird es fast ausschließlich von Tierärzten verwendet. Tierkliniken werden eigens wegen Ketamin ausgeraubt. Ketamin ist in den USA unter den Straßennamen Special K, Vitamin K, Kit Kat, Super Acid und Jet bekannt.

Wer konsumiert Ketamin?

Etwa 1,9 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs haben im Jahr 2004 mindestens einmal Ketamin konsumiert.

Was sind die Wirkungen von Ketamin?

- In geringen Dosen führt Ketamin zu undeutlicher Sprache, erhöhter Herzfrequenz und erhöhtem Blutdruck, Koordinationsstörungen, Muskelsteifheit, Erbrechen und Krämpfen.
- Hohe Ketamindosen können zu einer nahezu vollkommenen Ausschaltung der Sinne führen. Diese Erfahrung ist als „K-Hole“ bekannt.
- In hohen Dosen kann Ketamin zu einem Herzinfarkt, Schlaganfall, Koma und Tod führen.

Was sind „Date-Rape-Drogen“?

- Date-Rape-Drogen sind Drogen wie GHB, Rohypnol und Ketamin, die die Personen verwirrt und hilflos machen, was sie der Gefahr von Verbrechen, insbesondere Vergewaltigung (engl. *rape*), aussetzt.
- Weil Rohypnol die Erinnerung beeinträchtigt, können sich die Personen vielleicht nicht daran erinnern, was mit ihnen nach der Einnahme passierte.
- Neuere Rohypnoltabletten verfärben sich im Getränk blau, um die Sichtbarkeit zu erhöhen und die Verwendung als Date-Rape-Droge einzudämmen.

Was ist LSD?

- LSD ist eine starke stimmungs- und wahrnehmungsverändernde Droge.
- LSD verändert die Stimmung der Personen, und wie sie die Welt wahrnehmen; es kann starke Halluzinationen hervorrufen.
- LSD ist in den USA unter den Straßennamen Acid, Blotter Acid, Battery Acid, Window Pane, Microdot, Sunshine und Zen bekannt.

Wer konsumiert LSD?

- Etwa 10 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren und älter haben LSD probiert; 0,2 Prozent haben LSD im Jahr 2003 mindestens einmal konsumiert.
- Im Jahr 2004 berichteten 2,2 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs, dass sie im vorangegangenen Jahr mindestens einmal LSD konsumiert haben.

Was sind die Wirkungen von LSD?

- In geringen Dosen ruft LSD rapide emotionale Schwankungen und verstärkte Sinneseindrücke hervor.
- In hohen Dosen führt LSD zu Wahrnehmungsstörungen: Formen verändern sich, Zeit verlangsamt sich und die Sinneseindrücke scheinen zu verschmelzen.
- LSD-Halluzinationen können Verwirrtheit, Panik und Angst verursachen.
- Einer der gefährlichsten Aspekte von LSD ist seine Unkalkulierbarkeit. Seine Wirkung ist von der Dosis, der Stimmung des Konsumenten und der Umgebung, in der es konsumiert wird, abhängig.
- Menschen mit LSD-Halluzinationen haben tödliche Unfälle gehabt.
- Menschen, die regelmäßig LSD nehmen, neigen zu Flashbacks, bei denen sie plötzlich Halluzinationen erleben, ohne dass sie die Droge genommen haben.
- LSD kann zu ernsthaften psychischen Erkrankungen wie Langzeitdepressionen oder Schizophrenie beitragen.

Was ist Ecstasy (MDMA)?

- Reines Ecstasy ist ein weißes Pulver, das aber mit anderen Drogen oder Substanzen kombiniert werden kann, bevor es verkauft wird – in der Regel in Pillenform.
- Ecstasy ist der am häufigsten genutzte Straßename. Es ist aber in den USA auch als XTC, X, E, Adam, Clarity, Hug Drug und Love Drug bekannt.
- Weil Ecstasy das Wohlbefinden und die Toleranz gegenüber anderen steigert, betrachten viele Menschen es fälschlicherweise als harmlose Droge.

Wer konsumiert Ecstasy?

- Annähernd 5 Prozent der US-Amerikaner im Alter von 12 Jahren und älter haben Ecstasy probiert; 1 Prozent hat es im Jahr 2003 mindestens einmal konsumiert.
- Etwa 4 Prozent des Highschool-Abschlussjahrgangs konsumierten im Jahr 2004 zumindest einmal Ecstasy; diese Anzahl scheint sich zu verringern.

Was sind die Wirkungen von Ecstasy?

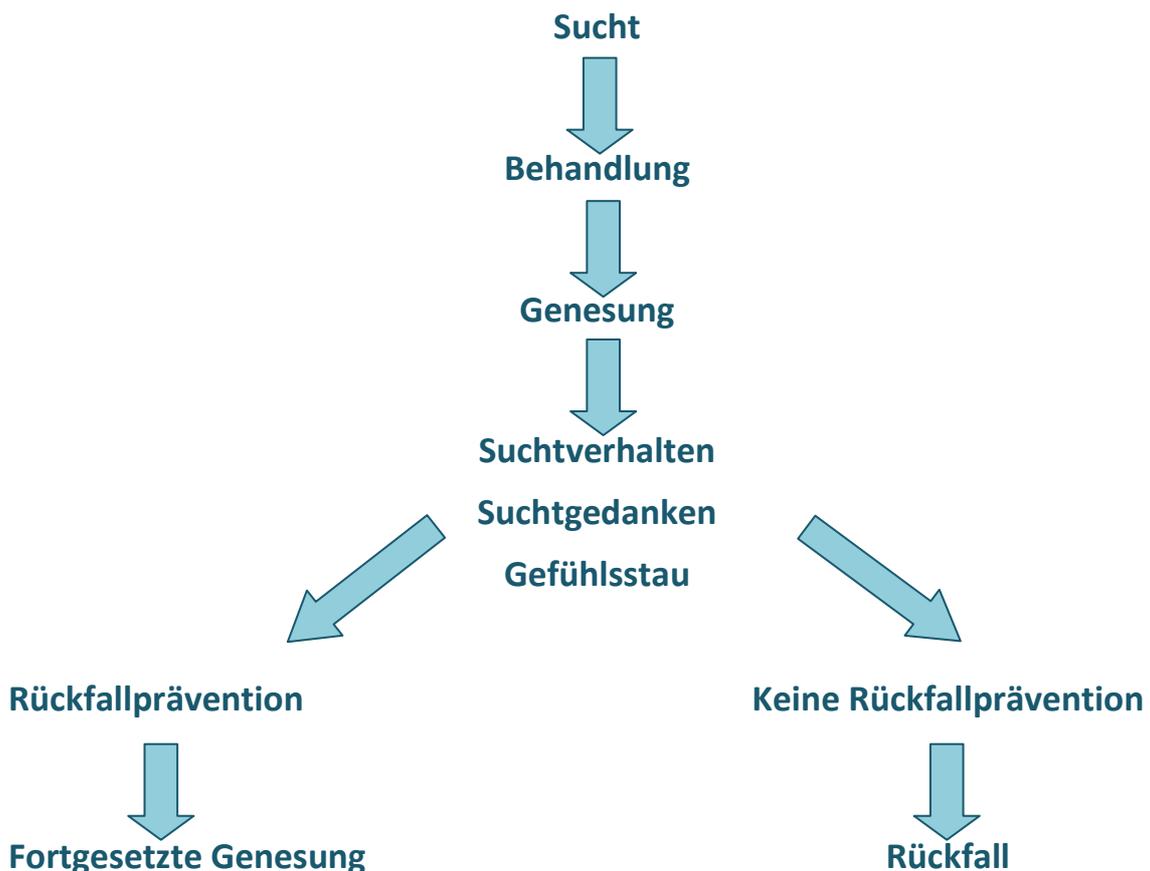
- Durch Ecstasy kann die Körpertemperatur auf ein riskantes Niveau ansteigen (bis 43 °C). Dieses hohe Fieber führt zu Dehydration, woran Menschen auf Ecstasy gestorben sind.
- Weil die Dehydration als Risiko bekannt ist, trinken Konsumenten manchmal zu viel Wasser, was wiederum zu einem gefährlichen und potentiell tödlichen Zustand führen kann, der sich Hyponatriämie nennt.
- Ecstasy wirkt neurotoxisch – es tötet Nervenzellen im Gehirn. Studien an Ratten und Affen haben gezeigt, dass selbst wenige Ecstasydosen eine Schädigung verursachen, die 7 Jahre später noch nicht wieder behoben ist.

Weshalb ist Rückfallprävention wichtig?

Genesung bedeutet mehr, als „nur“ keine Drogen und kein Alkohol zu konsumieren. Der erste Schritt in der Behandlung ist das Beenden des Drogen- und Alkoholkonsums. Der nächste Schritt ist, nicht wieder anzufangen. Dies ist sehr wichtig. Der Prozess, um dies zu tun, nennt sich *Rückfallprävention*.

Was ist ein Rückfall?

Rückfall bedeutet, zurück zum Substanzkonsum und den damit einhergehenden Verhaltensweisen zu gehen. Oftmals kehren die Verhaltensweisen vor dem Substanzkonsum zurück. Das Verhalten kann ein frühes Warnzeichen für einen Rückfall sein. Indem Menschen in der Genesung lernen, den Beginn eines Rückfalls zu erkennen, können sie den Prozess stoppen, bevor sie wieder anfangen zu konsumieren.



Was ist Suchtverhalten?

Dinge, die die Menschen als Teil des Missbrauchs von Drogen oder Alkohol tun, werden als Suchtverhalten bezeichnet. Oftmals sind dies Dinge, die süchtige Menschen tun, um Drogen oder Alkohol zu beschaffen, den Konsum zu vertuschen oder als Teil des Missbrauchs. Lügen, Stehlen, Unzuverlässigkeit und zwanghaftes Verhalten sind Formen von Suchtverhalten. Wenn diese Verhaltensweisen wieder auftreten, sollten Menschen in der Genesung gewarnt sein, dass ein Rückfall droht, wenn sie nicht intervenieren.

Was sind Suchtgedanken?

Suchtgedanken sind Gedanken, die einen Substanzkonsum okay erscheinen lassen. (In Zwölf-Schritte-Programmen kennt man dies als „Stinking Thinking“.) Einige Beispiele für Suchtgedanken von Personen in der Genesung sind die folgenden:

- Ich kann mit nur einem Drink umgehen.
- Wenn sie sowieso denken, dass ich konsumiere, dann kann ich es auch tun.
- Ich habe hart gearbeitet. Ich brauche eine Pause.

Was ist ein Gefühlsstau?

Gefühle, die nicht wegzugehen scheinen und immer stärker werden, verursachen einen *Gefühlsstau*. Manchmal scheinen die Gefühle unerträglich zu sein. Einige Gefühle, die sich während der Genesung aufstauen können, sind Langeweile, Angst, sexuelle Frustration, Reizbarkeit und Depressionen.

Maßnahmen ergreifen

Der wichtige Schritt ist *zu handeln*, sobald die Anzeichen einer Gefahr erscheinen. Familien können der Person in der Genesung auf zweierlei Weise helfen. Erstens können sie Ausschau nach Anzeichen einer Gefahr halten. Zweitens können sie Unterstützung bieten, wenn die geliebte Person folgende Maßnahmen ergreift:

- eine Suchtberater oder Therapeuten kontaktieren
- einen Freund anrufen
- zu einem Zwölf-Schritte- oder anderem Meeting der Selbsthilfe gehen
- Meditieren oder Beten
- Sport/Bewegung
- sich einen Tag freinehmen
- mit der Familie sprechen
- Zeit konsequenter planen
- sich Zeit nehmen, um über die Gefühle während der Genesung zu schreiben

Wenn sich eine Person dazu entschlossen hat, keine Drogen mehr zu konsumieren, wie kommt es, dass Sie am Ende wieder konsumiert? Geschehen Rückfälle gänzlich durch Zufall? Oder gibt es Warnzeichen und Möglichkeiten, um Rückfälle zu vermeiden?

Rückfallrechtfertigung ist ein Prozess, der sich im Kopf einer Person abspielt. Eine Person kann sich dazu entschlossen haben, den Konsum zu beenden, aber das Gehirn der Person ist immer noch im Heilungsprozess und hat immer noch das Bedürfnis nach den Substanzen. Das abhängige Gehirn erfindet Entschuldigungen, die der Person im Genesungsprozess erlauben, sich nah genug an Rückfallsituationen heran zu begeben, so dass Ausrutscher passieren können. Patienten erinnern sich vielleicht an Zeiten, als Sie abstinent bleiben wollten, sich dann aber Rechtfertigungen für den Konsum ausgedacht haben. Und noch bevor Sie sich versahen, haben Sie wieder konsumiert. Angehörige oder Bezugspersonen können sich wahrscheinlich an Zeiten erinnern, in denen sie sich dazu entschlossen, ihr Verhalten zu ändern (z. B. keinen Nachtisch mehr zu essen oder mit dem Fluchen aufzuhören), dann aber an Gründe dachten, warum es in Ordnung sei, den Beschluss rückgängig zu machen.

Die nachfolgenden Beispiele werden den Angehörigen helfen, die Arten von Rechtfertigungen zu verstehen, die vom abhängigen Gehirn einer Person in der Genesung erfunden werden. Wenn Familienangehörige diese Rechtfertigungen bemerken, könnte ein Rückfall bald folgen.

Die Schuld einer anderen Person

Ein abhängiges Gehirn kann Menschen in der Genesung davon überzeugen, dass sie keine andere Wahl haben, als zu konsumieren. Diese Rechtfertigungen könnten sich folgendermaßen anhören:

- Ein alter Freund hat angerufen und wir entschieden, uns zu treffen.
- Mein Partner hat wieder angefangen zu konsumieren.
- Ich hatte Freunde zum Abendessen eingeladen und sie haben mir Wein mitgebracht.
- Ich war in einer Bar und jemand hat mir ein Bier angeboten.

Katastrophale Ereignisse

Manchmal haben Menschen in der Genesung eher unwahrscheinliche bedeutende Ereignisse, die ihnen das Gefühl einer Entschuldigung für den Konsum geben. Dies ist eine Art Sicherheitsluke, reserviert für Notfälle. Diese Rechtfertigungen können folgendermaßen aussehen:

- Mein Ehepartner hat mich verlassen. Es gibt keinen Grund mehr, clean zu bleiben.
- Ich habe mich gerade verletzt. Das hat all meine Pläne ruiniert. Also kann ich genauso gut konsumieren.
- Ich habe gerade meinen Job verloren. Warum also nicht konsumieren?
- Es gab einen Todesfall in meiner Familie. Ich kann das nicht durchstehen, ohne zu konsumieren.

Aus einen besonderen Anlass

Manchmal überzeugen sich Menschen in der Genesung selbst, dass der Konsum von Drogen oder Alkohol der einzige Weg ist, etwas zu erreichen. Hier sind einige Beispiele für diese Art der Rückfallrechtfertigung:

- Ich nehme an Gewicht zu und brauche Stimulanzien, um mein Gewicht zu kontrollieren.
- Ich fühle mich ausgebrannt. Ich funktioniere besser, wenn ich konsumiere.
- Ich brauche Drogen, um mit Menschen leichter in Kontakt zu kommen.
- Ich kann Sex nicht genießen, ohne zu konsumieren.

Depression, Wut, Einsamkeit und Angst

Gefühle von Depression, Wut, Einsamkeit oder Angst können Konsum als eine gute Idee erscheinen lassen. Hier sind einige Beispiele dafür, wie Emotionen als Rechtfertigung für den Konsum verwendet werden können:

- Ich bin depressiv. Was macht es für einen Unterschied, ob ich konsumiere oder nicht?
- Wenn ich wütend genug bin, dann kann ich mich nicht mehr kontrollieren.
- Ich habe Angst. Ich weiß, dass das Gefühl weggehen wird, wenn ich konsumiere.
- Wenn mein Partner denkt, dass ich konsumiert habe, dann kann ich es ebenso gut auch tun.

Die Substanzabhängigkeit ist geheilt

Menschen in der Genesung überzeugen sich manchmal davon, dass sie nur einmal oder nur ein bisschen konsumieren könnten. Diese Rechtfertigungen könnten sich wie folgt anhören:

- Ich habe mich wieder unter Kontrolle. Ich kann aufhören, wann ich will.
- Ich habe meine Lektion gelernt. Ich konsumiere nur kleine Mengen und nur gelegentlich.
- Diese Substanz war nicht mein Problem – Stimulanzien waren mein Problem. Also kann ich dies konsumieren und nicht rückfällig sein.

Sich testen

Es ist sehr einfach zu vergessen, dass Klugheit, nicht Stärke, der Schlüssel zu einer fortdauernden Abstinenz ist. Wenn Menschen in der Genesung vergessen, sich klug zu verhalten, versuchen sie manchmal zu beweisen, dass sie stärker als die Drogen sind. Sie rechtfertigen diese Entscheidung mit den folgenden Gedanken:

- Ich bin jetzt stark genug, um es um mich herum zu haben.
- Ich möchte sehen, ob ich zum Trinken und Konsumieren „Nein“ sagen kann.
- Ich möchte sehen, ob ich mit meinen alten Freunden zusammen sein kann.
- Ich möchte sehen, wie es sich jetzt, da ich aufgehört habe zu konsumieren, anfühlt, high zu sein.

Wie der Rückfall geschieht

Ein Rückfall geschieht nicht schnell und ohne Vorzeichen. Das allmähliche Gleiten von der Abstinenz in den Rückfall kann auf subtile Art erfolgen und einfach weggeredet oder geleugnet werden. So scheint für die Person in der Genesung ein Rückfall oftmals plötzlich aufzutreten. Diese langsame Bewegung weg von der Abstinenz kann verglichen werden mit einem Schiff, das allmählich von der Stelle abdriftet, an der es verankert war.

Rückfalldrift unterbrechen

Während der Genesung machen Menschen bestimmte Dinge, um abstinent zu bleiben. Diese Aktivitäten können auch als „Ankerketten“ bezeichnet werden. Menschen in der Genesung und ihre Familien müssen verstehen, welche Aktivitäten die Abstinenz unterstützen. Menschen in der Genesung müssen diese Ankerketten auf bestimmte Weise identifizieren, so dass sie klar und messbar sind. Diese Aktivitäten halten die Genesung an Ort und Stelle und verhindern ein unbemerktes Abdriften zum Rückfall.

Genesung aufrechterhalten

Das Befolgen dieser Richtlinien verhindert, dass Menschen von ihrer Genesung in einen Rückfall abdriften. Angehörige und geliebte Personen sollten den Prozess eines Rückfalldrifts verstehen und wissen, wie die Person in der Genesung diesen verhindern kann. Die Person in der Genesung sollte das Folgende tun:

- Identifizieren und listen Sie vier oder fünf *spezifische* Dinge auf, die Ihnen jetzt dabei helfen, abstinent zu bleiben (z. B. 20-minütiges Training, dreimal pro Woche).
- Nehmen Sie Punkte auf wie Sport, in ein Tagebuch schreiben, Einzelgespräche mit dem Therapeuten oder Gruppentherapien, Planung von Aktivitäten, Zwölf-Schritte-Meetings oder Ernährungsweise.
- Listen Sie keine Einstellungen auf. Diese lassen sich nicht so einfach messen wie Verhaltensweisen.
- Notieren Sie spezielle Personen oder Orte, die für Sie bekannte Trigger sind und vermieden werden müssen.
- Informieren Sie Angehörige über die Aktivitäten und Verhaltensweisen, die als Ankerketten dienen.

Manchmal behindern Ereignisse die Ankerketten. Notfälle und Krankheiten können nicht kontrolliert werden. Die Ankerketten verschwinden. Viele Menschen werden in diesen Zeiten rückfällig. Je mehr die Menschen darüber wissen, was ihre Genesung stabilisiert, umso stärker werden sie in schwierigen Zeiten sein. Angehörige können die Person in der Genesung unterstützen, indem sie gegenüber Anzeichen eines Rückfalldrifts wachsam sind. Sie können sich auch sicher sein, dass sie der Person in der Genesung helfen, die Ankerketten an Ort und Stelle zu halten.

Die meisten Menschen, die Substanzen konsumieren, verbergen ihr Verhalten vor denen, die sich um sie sorgen. Das Täuschen von Angehörigen ist Teil ihres Substanzkonsums. Wenn diese Täuschung ans Tageslicht kommt, zerstört es das Vertrauen der Familie. Menschen, die Substanzen konsumieren, haben oft Schwierigkeiten, ehrlich zu sein, insbesondere in ihren wichtigsten Beziehungen. Sie sagen und tun Dinge, die das Vertrauen zerstören und Beziehungen schädigen.

Ehepartner, Familienangehörige und Freunde, die durch den Substanzkonsum betroffen sind, können zu dem Problem beitragen. Aus der Angst und Wut heraus können sie Dinge sagen und tun, die das Vertrauen in der Beziehung noch weiter zerstören. Zwei Dinge könnten den Familienmitgliedern helfen, Vertrauen wieder aufzubauen. Erstens könnte es ihnen helfen zu wissen, was die Person in der Genesung erlebt. Zweitens könnte es ihnen helfen zu erfahren, dass Abhängigkeit eine chronische medizinische Erkrankung wie Diabetes ist.

Der erste Schritt bei der Wiederherstellung von Vertrauen in einer Beziehung ist, dass Menschen in der Genesung aufhören, Drogen zu konsumieren, und abstinent bleiben. Aber Vertrauen kehrt nicht unmittelbar in eine Beziehung zurück, weil Menschen in der Genesung abstinent sind. Selbst wenn alle beteiligten Personen wollen, dass die Situation besser wird, ist Vertrauen ein Gefühl, das nicht einfach verlangt oder gewollt werden kann. Menschen in der Genesung müssen konsistente Nachweise erbringen, dass sie das Vertrauen der Angehörigen wieder verdient haben. Das Vertrauen kehrt normalerweise zurück. Aber Menschen in der Genesung und Angehörige müssen bereit sein, offen über die geschehenen Verletzungen zu sprechen und zusammenzuarbeiten, um zu einer vertrauensvollen Beziehung zurückzukehren.

Ist das Vertrauen in Ihrer Beziehung durch den Stimulanzienkonsum beschädigt worden? Inwiefern?

Zusätzlich zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, was kann die Person in der Genesung tun, um das Vertrauen wiederherzustellen?

Was können Angehörige zum Prozess des Wiederaufbaus einer vertrauensvollen Beziehung beitragen?

Welche Schritte hat Ihre Familie unternommen, um das Vertrauen wiederherzustellen? Welche Schritte waren erfolgreich? Wie können Sie auf diesen erfolgreichen Bemühungen aufbauen?

Das Wiederaufbauen von Vertrauen kann sowohl für die Menschen in der Genesung als auch für ihre Familien frustrierend sein. Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, um sich den Kampf der anderen Person vorzustellen. Die Familienangehörigen stellen sich vor, sie hätten hart daran gearbeitet, den Drogenkonsum zu beenden und ihr Leben zu verändern, haben aber immer noch nicht das volle Vertrauen derjenigen, die ihnen am nächsten stehen. Die Personen in der Genesung stellen sich vor, wie es sich anfühlt, hintergangen zu werden und ihre vertrauensvolle Beziehung beschädigt zu haben.

Wer konsumiert Marihuana?

- Marihuana ist die am weitesten verbreitete konsumierte illegale Droge. Jedes Jahr konsumieren mehr als einer von zehn US-Amerikanern im Alter von 12 Jahren oder älter Marihuana.
- Jedes Jahr probieren 2,6 Millionen US-Amerikaner zum ersten Mal Marihuana. Zwei Drittel dieser Personen sind unter 18 Jahre.
- Es erhalten mehr junge Menschen eine Behandlung wegen Marihuanakonsum als wegen allen anderen illegalen Drogen zusammen.
- Zwei von fünf US-Amerikanern haben Marihuana probiert.

Was ist Marihuana?

- Marihuana sind getrocknete Teile der Hanfpflanze (*Cannabis sativa*), die in der Regel geraucht werden.
- Marihuana ist in den USA unter anderem als Pot, Weed, Bud, Ganja, Grass und Chronic bekannt.
- Marihuanazigaretten werden Joints genannt.
- Die Pfeifen sind als Bongs bekannt.
- Marihuanazigarren werden Blunts genannt.
- Marihuana war (ausgenommen für den medizinischen Gebrauch) seit 1937 illegal.

Was ist medizinisches Marihuana?

- Marihuana ist zur Behandlung von Schmerzen und Übelkeit sowie bei Verlust des Sehvermögens durch ein Glaukom verwendet worden.
- Im Jahr 1985 hat die US-amerikanische Behörde für Lebensmittel- und Arzneimittelsicherheit Marinol zugelassen, ein Medikament mit dem Wirkstoff von Marihuana.
- Marinol wird zur Behandlung bei Übelkeit in der Chemotherapie bei Krebs und Gewichtsverlust bei Patienten mit AIDS eingesetzt. Marinol ist verschreibungspflichtig.

Welche Kurzzeiteffekte hat Marihuana?

- THC ist der Inhaltsstoff, der den Marihuana-Rausch hervorruft.
- Der Rauschzustand ist ein entspanntes, euphorisches Gefühl.
- THC kann zu Folgendem führen:
 - beeinträchtigt Kurzeitgedächtnis
 - Koordinationsprobleme
 - erhöhte Herzfrequenz
 - Desorientiertheit
 - Verwirrtheit
- Der Rauschzustand lässt nach 1 bis 3 Stunden nach. Dann können sich die Personen schläfrig, depressiv oder ängstlich fühlen.
- Personen, die Marihuana konsumieren, sind eher dazu geneigt
 - Heroin und Kokain zu konsumieren,
 - verhaftet zu werden,
 - von anderen Drogen abhängig zu werden,
 - Krebs zu entwickeln,
 - erwerbslos zu sein.

Welche Langzeiteffekte hat Marihuana?

- Marihuana erschwert das Lernen und Erinnern:
 - Schüler, die Marihuana konsumieren, haben schlechtere Noten als Schüler, die es nicht konsumieren.
 - Mitarbeiter, die Marihuana konsumieren, haben mehr Probleme am Arbeitsplatz als diejenigen, die es nicht konsumieren.
- Das Rauchen von Marihuana schädigt die Lungen und kann Folgendes verursachen:
 - häufige Erkältungen, Bronchitis und Emphyse
 - Lungenkrebs
- THC macht es dem Immunsystem schwerer, Infektionen und Krankheiten zu bekämpfen.

Wie beeinträchtigt Marihuana das Autofahren?

- Selbst geringe Marihuanadosen reduzieren die Fahrtüchtigkeit. Zusätzlicher Alkohol macht es noch schlimmer.
- Reaktionszeit und Koordination sind selbst dann noch beeinträchtigt, wenn sich die Personen nicht mehr high fühlen
- Sieben Prozent der tödlichen Verkehrsunfälle in den USA stehen mit Marihuana im Zusammenhang.

Was ist mit Marihuanakonsum während der Schwangerschaft?

- Eine schwangere Frau, die Marihuana raucht, kann ein Baby mit Folgendem bekommen:
 - geringes Geburtsgewicht
 - Probleme der Gehirn- und Nervenfunktionen
- Kinder, die während der Schwangerschaft gegenüber THC exponiert waren, können im späteren Leben Folgendes haben:
 - Lernprobleme
 - Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung

Macht Marihuana abhängig?

- Langzeitkonsum von Marihuana kann zu Abhängigkeit führen.
- Menschen sind abhängig, wenn sie weiter Marihuana konsumieren ungeachtet dessen, dass es ihrem Leben schadet.
- Der Entzug kann Folgendes umfassen:
 - Suchtdruck nach Marihuana
 - Angst
 - Verschrobenheit
 - Schlafstörungen

Wie beeinträchtigt Marihuana die Genesung?

- Personen mit starkem Marihuanakonsum trinken eher übermäßig viel Alkohol und konsumieren illegale Drogen.
- Der Konsum von Marihuana steigert das Risiko eines Rückfalls in den Meth-Konsum.
- Oft konsumieren Menschen Marihuana zur Vermeidung persönlicher und familiärer Probleme.

Die Verpflichtung zu einer Genesung erfordert die Anerkennung und Akzeptanz bestimmter Tatsachen. Eine Genesung bringt allerlei Fragen mit sich: Was passiert, nachdem der Drogen- und Alkoholkonsum beendet wurde? Wird das Leben eines Tages zur Normalität zurückkehren? Kann eine Person in der Genesung denselben Lebensstil führen wie eine Person, die niemals abhängig war? Denken Sie über die folgenden Prinzipien nach und darüber, inwieweit jedes für Ihre familiären Beziehungen relevant ist, und beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen:

1. Menschen in der Genesung müssen ihre Grenzen und Rückfallsignale erkennen.
2. Eine Person in der Genesung muss unmittelbar auf Rückfallsignale reagieren. Die Familienangehörigen müssen verstehen, dass die Vermeidung eines Rückfalls oft Priorität vor familiären Beziehungen und Plänen haben kann, dass aber die Vermeidung eines Rückfalls im Interesse aller ist.
3. Eine Person in der Genesung muss einen ausgewogenen Lebensstil beibehalten und dies umso mehr, als wenn es keine Abhängigkeit gegeben hätte.
4. Die Genesung ist ein Prozess, und all die zugehörigen Aspekte, einschließlich des Wiederaufbaus von Vertrauen, können sich langsam vollziehen.
5. Für Angehörige ist es oft schwer, ohne die Garantie zu leben, dass ein Rückfall nicht auftreten wird.

In welcher Art und Weise treffen diese Prinzipien auf die Situation in *Ihrer* Familie zu?

Welche Prinzipien sind (oder werden Ihrer Meinung nach) für Sie am schwersten anzunehmen (sein)?

Welche Probleme haben Sie in Ihren familiären Beziehungen während der Genesung bisher erlebt?

Falls Sie ein Angehöriger einer Person in der Genesung sind, was könnte Ihnen helfen, mit der Tatsache zu leben, dass eines Ihrer Familienmitglieder in Genesung ist?

Falls Sie eine Person in der Genesung sind, was sollte Ihr (Ehe-)Partner oder Familienmitglied über die Beschränkungen verstehen, die eine Abhängigkeit Ihrem Leben auferlegt?

Warum sind Worte so bedeutsam? Was macht es für einen Unterschied, wie etwas gesagt wird? Wie ist es möglich, dass der Zuhörer eine andere Nachricht erhält, als der Sprecher beabsichtigte? Menschen in Familien, die eine Suchterkrankung bewältigen, fühlen sich oft schuldig, wütend, verletzt und defensiv. Diese Gefühle können die Art und Weise, wie die Familienmitglieder miteinander kommunizieren, ernsthaft beeinflussen. Oftmals automatisieren sich negative Interaktionsmuster. Das Verändern dieser Muster kann für Familienmitglieder schwer sein. Fehler zuzugeben, Verantwortung für die eigenen Gefühle zu übernehmen und ehrlich zu sein, können beängstigende Schritte sein. Allerdings ist das Verständnis dafür, dass zu einer positiven Kommunikation Fähigkeiten gehören, die *erlernt* werden können, ein wichtiger erster Schritt in der Verbesserung familiärer Beziehungen.

Betrachten Sie die folgenden Kommunikationsprobleme, um neue Wege der Kommunikation mit anderen Familienmitgliedern zu erlernen und Vorwürfe und Streit zu vermeiden. Hören Sie sich selbst beim Sprechen zu, um zu beurteilen, ob Sie in eine dieser Kommunikationsfallen geraten.

1. Haben Sie Vorannahmen?

Wenn Sie glauben, dass etwas wahr ist, ohne alle Fakten zu kennen, erfragen Sie weitere Informationen, bevor Sie reagieren.

2. Machen Sie Andeutungen?

Fragen Sie ganz klar danach, was Sie möchten oder brauchen, und versuchen Sie zu akzeptieren, dass Ihrer Bitte vielleicht nicht entsprochen wird.

3. Übermitteln Sie zweideutige Botschaften?

Seien Sie sich darüber bewusst, dass Mimik oder Gestik oft eine Botschaft übermitteln, die sich von den gesprochenen Worten unterscheidet. Seien Sie sich Ihrer eigenen nonverbalen Signale und die der anderen bewusst.

4. Können Sie einen Fehler eingestehen?

Akzeptieren Sie, dass es wichtiger ist, verstanden zu werden als recht zu haben. Fangen Sie an, sich gegenseitig zu verstehen; lassen Sie sich nicht auf einen Machtkampf ein.

5. Verwenden Sie „Ich“-Botschaften?

Seien Sie sich darüber im Klaren, dass die Tendenz zu Vorwürfen und Streit gestoppt werden kann, wenn beide Seiten eindeutig über ihre eigenen Erfahrungen und Gefühle sprechen. Beginnen Sie Sätze mit „Ich“ und einer daran anschließenden Beschreibung Ihrer eigenen Gefühle, um Vorwürfe und Streit mit Familienmitgliedern zu vermeiden.

Das Beachten dieser Aspekte hilft Familien, ihre Kommunikation zu verbessern. Klare, positive Interaktionen ermöglichen den Personen, ihren Selbstwert und ihr Selbstvertrauen zu steigern und den Weg zu festen, vertrauensvollen Beziehungen zu ebnen. Die Genesung von Suchterkrankungen ist ein schwerer Prozess, sowohl für Personen in der Genesung als auch für ihre Angehörigen. Positive und vertrauensvolle familiäre Beziehungen unterstützen *jeden* im Genesungsprozess.

Bei der Kommunikation mit Familienmitgliedern:

Seien Sie höflich

Verwenden Sie dieselben zuvorkommenden Worte und denselben Tonfall, die Sie bei einem Fremden oder einem Mitarbeiter verwenden würden. Seien Sie sich darüber im Klaren, dass „Bitte“ und „Danke“ die familiären Beziehungen enorm verbessern kann.

Bringen Sie positive Gefühle zum Ausdruck

Lassen Sie andere Menschen wissen, was Sie an ihnen und den Dingen, die sie getan haben, mögen. Fokussieren Sie ebenso auf Erfolge wie auch auf Dinge, die nicht gut laufen.

Bestimmen Sie die Bedeutung eines Problems, bevor Sie sich darüber beklagen

Fragen Sie sich, ob etwas es überhaupt wert ist, sich darüber zu beklagen. Beklagen Sie sich nur über die Dinge, auf die es wirklich ankommt.

Wählen Sie einen geeigneten Zeitpunkt

Wählen Sie Umgebungen und Zeiten, die einer positiven Diskussion zuträglich sind. Sprechen Sie keine Dinge an, wenn einer von Ihnen wütend ist oder keine Zeit hat, sie zu besprechen.

Haben Sie ein Ziel vor Augen

Fragen Sie sich selbst: „Was versuche ich zu erreichen? Worum geht es? Warum will ich diese Veränderungen? Sind diese angemessen und realisierbar?“

Drücken Sie Ihre Klagen konkret aus

Konzentrieren Sie sich immer nur auf eine Sache. Haben Sie ein konkretes Beispiel zu dem Problem parat. Seien Sie darauf vorbereitet, den Familienmitgliedern genau zu sagen, was sie anders machen sollten. Bleiben Sie fokussiert und vermeiden Sie „Immer ...“ zu sagen und weitere Probleme anzubringen.

Bitten Sie in positiver Weise um Veränderungen

Sagen Sie den Menschen in einer positiven Art und Weise, was Sie stört und was Sie gern anders hätten. Vermeiden Sie Kritik, Herabsetzungen und Annahmen über Motive.

Verwenden Sie „Ich“-Botschaften

Seien Sie sich darüber im Klaren, dass Äußerungen wie „Ich mache mir Sorgen, wenn du dich nicht meldest, wenn du dich verspäten wirst“ zu einem ruhigeren Gespräch führen als Botschaften wie „Nie rufst du an, wenn du dich verspäten wirst; du bist so rücksichtslos.“

Schließen Sie Kompromisse

Seien Sie darauf vorbereitet, Lösungen zu besprechen, die für Sie beide funktionieren können. Stellen Sie keine Ultimaten oder weisen die Vorstellungen der anderen Person ab.

Tun Sie etwas Nettes

Arbeiten Sie an Ihren familiären Beziehungen und helfen Sie, die Kommunikation zu verbessern, indem Sie für andere Familienmitglieder etwas Nettes tun. Tun Sie etwas, das ein Familienmitglied mögen oder besonders finden würde, ohne dass Sie darum gebeten wurden oder ohne einen besonderen Grund.

FE 12C | Vertrag: Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten

Eine formale Verpflichtung zum Praktizieren von Kommunikationsfähigkeiten einzugehen, kann Ihnen helfen, Ihren guten Vorsätzen nachzukommen. Zur Vermeidung einer Überforderung wählen Sie nur eine Fähigkeit aus, an der Sie zu diesem Zeitpunkt arbeiten.

Vervollständigen Sie diesen Vertrag, unterzeichnen Sie ihn und bewahren Sie ihn griffbereit. Vielleicht wollen Sie ihn mit anderen Familienmitgliedern teilen und sie um ihre Unterstützung bitten, oder Sie wollen es für sich behalten, zumindest für eine Weile. Egal wie, nehmen Sie von Zeit zu Zeit wieder Bezug zu dem Vertrag, um Ihre Verpflichtung zu erneuern.

Ich, _____, verpflichte mich zum 1-wöchigen Praktizieren der folgenden Kommunikationsfähigkeit:

Unterschrift: _____ Datum: _____

Sobald Sie diese neue Fähigkeit eine Weile lang praktiziert haben und damit gut zurechtkommen, können Sie eine neue Fähigkeit auswählen, um daran zu arbeiten.

Kommunikationsfähigkeit: _____

Kommunikationsfähigkeit: _____

Anhang A. Das Methamphetamine Treatment Project

Überblick

Das *Methamphetamine Treatment Project* (MTP) ist die bis dato größte randomisierte klinische Studie zu Therapieansätzen bei Methamphetaminabhängigkeit (Rawson et al., 2004). In einem Zeitraum von 18 Monaten zwischen 1999 und 2001 nahmen 978 Individuen an der Studie teil. An jedem Therapiestandort wurden die Teilnehmer durch die MTP-Forscher zufällig der Behandlung nach dem Matrix-Modell oder der regulären Behandlung (*treatment as usual*, TAU) der Therapieeinrichtung zugewiesen. In dem Studiendesign wurde TAU nicht über die Standorte hinweg standardisiert, so dass jede Einrichtung unterschiedliche ambulante Behandlungsmodelle anbot (mit einer Behandlungsdauer von 4 bis 16 Wochen).

Zusammen mit dem Matrix-Modell forderten oder empfahlen alle TAU-Modelle den Teilnehmern, während ihrer Behandlung an Zwölf-Schritte- oder anderen Selbsthilfegruppen teilzunehmen, und ermutigten die Teilnehmer, nach der primären Behandlung weiterführende Therapieangebote zu nutzen.

Die Charakteristika eines Querschnitts der MTP-Teilnehmer (sowohl der TAU- als auch der Matrixgruppe) waren konsistent zu denen der klinischen Populationen, die an ähnlichen Therapiestudien zum Methamphetaminmissbrauch teilgenommen haben (Huber et al., 1997; Rawson et al., 2000). Abbildung A-1 führt spezifische Charakteristika der Patienten auf.

Die Vorgeschichte der Teilnehmer wies auf einen multiplen Substanzkonsum hin. Selbstberichte, Drogen- und Atemalkoholtests während der Studie ergaben, dass manche Patienten Marihuana oder Alkohol sowie Methamphetamin konsumiert hatten. Andere Suchtmittel wurden praktisch nicht identifiziert.

Alle MTP-Teilnehmer vervollständigten die Baseline-Erhebung, einschließlich der Checkliste zur Methamphetaminabhängigkeit des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) und der Schwere der Abhängigkeit (*Addiction Severity Index*, ASI; McLellan et al., 1992). Die Messungen wurden zu mehreren Zeitpunkten während der aktiven Behandlung der Teilnehmer, bei Abschluss der Therapie sowie 6 und 12 Monate nach Therapieende wiederholt. Urin-Drogentests wurden während der aktiven Behandlung wöchentlich durchgeführt.

Abbildung A-1. Charakteristika der MTP-Teilnehmer			
Männlich	45 %	Durchschnittliche Bildung	12.2 Jahre
Weiblich	55 %		
Kaukasisch	60 %	Berufstätig	69 %
Hispanisch/Lateinamerikanisch	18 %		
Asiatisch / pazifische Inseln	17 %		
Anderer Hintergrund*	5 %		
Durchschnittsalter	32.8 Jahre	Durchschnittliche Dauer des MA-Konsums im gesamten Lebenszeitraum	7.54 Jahre
		Durchschnittliche Anzahl der Tage mit MA-Konsum in den letzten 30 Tagen	11.53 Tage
Verheiratet und nicht getrennt lebend	16 %	Bevorzugte MA-Applikationswege	
		Rauchen	65 %
		Intravenös	24 %
		Intranasal	11 %

*Zwei Prozent der Teilnehmer in der Kategorie „Anderer Hintergrund“ waren Afroamerikaner (persönliche Korrespondenz mit Jeanne Obert, Matrixinstitut, November 2004). Quelle: Rawson et al., 2004, S. 711.

Ergebnisse

Zwischen den TAU- und den Matrixgruppen wurden bei Therapieende und beim Follow-up nach 6 Monaten hinsichtlich Substanzkonsum und Funktionsfähigkeit keine signifikanten Unterschiede gefunden. Allerdings ergab die MTP-Studie, dass die Teilnehmer der Matrix-Bedingung im Vergleich zur Kontrollbedingung

- konsistent bessere Raten bei der Behandlungsretention hatten;
- eine um 27 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit hatten, die Behandlung abzuschließen;
- während der Behandlung eine um 31 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit von negativen Urintests auf MA hatten (Rawson et al., 2004).

Beim Follow-up nach 6 Monaten wurden mehr als 65 Prozent der Matrix- wie auch der TAU-Teilnehmer im Urin negativ auf Methamphetamin und andere Drogen getestet (Rawson et al., 2004).

Anhang B.

Hinweise zur Leitung einer Gruppe

Alle Mitglieder einer Therapiegruppe, selbst innerhalb der hoch strukturierten Familien- edukationsgruppe, entwickeln individuelle Beziehungen mit ihrem Therapeuten. Der Grad, in dem der Therapeut positive Veränderungen im Leben der Patienten initiieren und deren Angehörige unterstützen kann, ist direkt mit der Glaubwürdigkeit verbunden, die der Therapeut aufbaut. Der Therapeut muss als höchst glaubwürdige Informationsquelle über den Substanzkonsum angesehen werden. Zwei Schlüssel zum Aufbau von Glaubwürdigkeit bei Patienten und Angehörigen sind (1) der Grad, in dem der Therapeut sich der Gruppe verpflichtet und die Kontrolle über sie behält, und (2) die Fähigkeit des Therapeuten, die Gruppe für alle Teilnehmer zu einem Ort zu machen, der als sicher wahrgenommen wird.

Diese beiden Elemente hängen eng miteinander zusammen. Damit eine Gruppe sich sicher fühlt, müssen die Mitglieder den Therapeuten als kompetent und in der leitenden Position sehen. Manchmal kommen die Gruppenmitglieder mit viel Energie in die Gruppe und sind Gesprächig und ausgelassen. Diese Situation tritt häufig während der Feiertage auf, insbesondere wenn mehrere Mitglieder rückfällig wurden. Der Therapeut sollte verbale und nonverbale Methoden anwenden, um die Gruppe zu beruhigen und auf das Sitzungsthema zu fokussieren. Umgekehrt kann es Zeiten geben, in denen die Gruppenmitglieder lethargisch, träge und depressiv sind. Während dieser Zeiten sollte der Therapeut Energie und Enthusiasmus einbringen. Er muss sich des emotionalen Tons der Familien gewahr sein und dementsprechend reagieren, insbesondere bei der Arbeit mit Multi-Familien-Gruppen.

Aufgrund der Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Angehörige, könnten negative Emotionen direkt unter der Oberfläche brodeln. Der Therapeut muss darauf vorbereitet sein, mit diesen Emotionen, sobald sie auftauchen, angemessen umzugehen und nicht zuzulassen, dass negative Diskussionen und Streitigkeiten eine Gruppensitzung dominieren.

Die Gruppenmitglieder müssen das Gefühl haben, dass der Therapeut die Gruppe in eine sinnvolle und gesunde Richtung voranbringt. Der Therapeut muss bereit sein, private Gespräche in der Gruppe zu unterbinden, eine bildhafte Konsumgeschichte abubrechen oder eine langgezogene, sprunghafte Unterhaltung in eine neue Richtung zu leiten. Es muss klar erkennbar sein, dass er die Kontrolle über die Zeit in der Gruppe hat. Jedem Mitglied muss die Möglichkeit gegeben werden, seine Ansichten mitzuteilen. Der Therapeut sollte sicherstellen, dass nicht wenige Mitglieder die Gruppenzeit monopolisieren.

Der Therapeut muss gegenüber emotionalen und praktischen Problemen, die in der Gruppe auftauchen, einfühlsam sein. Gelegentlich kann es auch erforderlich sein, direktiv und konfrontativ zu sein oder Beiträge von Gruppenmitgliedern als ein Abbild abhängigen Denkens zu charakterisieren. Unter diesen Umständen, sollte der Therapeut auf die Abhängigkeit fokussieren statt auf die Person. Mit anderen Worten, er sollte darauf achten, ein negatives Feedback gegenüber dem Patienten zu vermeiden, und sich stattdessen auf die abhängigkeitsbasierten Aspekte im Verhalten oder Denken des Patienten fokussieren.

Der Therapeut der Familienedukationsgruppe kann auch derjenige sein, der die Gruppenmitglieder in den vorgegebenen Einzelsitzungen allein / mit Angehörigen sieht. Der Vorteil dieser dualen Rolle (Gruppenleiter und Einzeltherapeut) ist der, dass der Therapeut effektiver koordinieren und die fortschreitende Genesung jedes Einzelnen lenken kann. Die Häufigkeit der Kontakte stärkt zudem die therapeutische Beziehung, die den Patienten in der Behandlung halten kann. Ein potentieller Nachteil der dualen Rolle ist die mögliche Gefahr, dass der Therapeut gegenüber der Gruppe versehentlich vertrauliche Informationen des Patienten preisgeben könnte, bevor der Patient sich selbst dazu entschließt. Selbst die Andeutung einer existierenden Information und der Versuch, einen Patienten dazu zu bringen, diese Information in der Gruppe zu teilen, wenn dieser das nicht vorhatte, ist eine Grenzüberschreitung seitens des Therapeuten.

Eine andere Gefahr, die zu vermeiden ist, besteht darin, dass der Eindruck entsteht, der Therapeut bevorzuge manche Patienten oder Angehörige. Es ist wichtig, dass der Therapeut alle Gruppenmitglieder gleichermaßen unterstützt und keinen Konkurrenzkampf um Aufmerksamkeit zulässt.

Der Therapeut kann Diskussionen der Entwicklung, Leitung, Konzepte, Techniken und andere hilfreiche Informationen für die Durchführung einer Gruppentherapie im *Treatment Improvement Protocol 41, Substance Abuse Treatment: Group Therapy* (CSAT 2005) finden, einer kostenlosen Veröffentlichung des *Center for Substance Abuse Treatment*.

Anhang C.

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
ACA	Adult Children of Alcoholics (Erwachsene Kinder von Alkoholikern)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Al-Anon	Eine Selbsthilfegruppe für Angehörige und Freunde von Menschen mit Alkoholabhängigkeit
Alateen	Eine Selbsthilfegruppe für Kinder und Jugendliche in Familien mit Alkoholabhängigkeit
ASI	Addiction Severity Index (Index für die Schwere der Abhängigkeit)
CoDA	Co-Dependents Anonymous (Anonyme Co-Abhängige)
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DT	Delirium tremens
ERS	Early Recovery Skills (Kompetenzen in der frühen Genesungsphase)
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorders (Fetale Alkoholspektrum-Störung)
FE	Familienedukation
GHB	Gamma-Hydroxybuttersäure
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IOP	Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders (Ambulante Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulanzienkonsum)
LSD	Lysergsäurediethylamid
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin
Meth	Methamphetamin
MTP	Methamphetamine Treatment Project
NA	Narcotics Anonymous
Nar-Anon	Eine Selbsthilfegruppe für Angehörige und Freunde von Menschen mit Drogenabhängigkeit
NSDUH	National Survey on Drug Use and Health
RP	Relapse Prevention (Rückfallprävention)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TAU	Treatment as Usual
THC	Tetrahydrocannabinol

Anhang D. Feldforscher

Rosie Anderson-Harper, M.A., RSAP
Mental Health Manager
Missouri Department of Mental Health
Jefferson City, MO

Stephen R. Andrew, M.S.W., LCSW,
LADC, CGP
Director
Health Education Training Institute
Portland, ME

Michelle M. Bartley
Behavioral Health Specialist
Division of Behavioral Health
Anchorage, AK

Frances Clark, Ph.D., MAC, LADAC,
QSAP, CCJS
Director of Behavioral Services
Metro Public Health Department
Nashville, TN

María del Mar García, M.H.S., LCSW
Continuing Education Coordinator
Caribbean Basin and Hispanic Addiction
Technology Transfer Center
Universidad Central del Caribe
Bayamón, PR

Darcy Edwards, Ph.D., M.S.W., CADC II
Substance Abuse Treatment Coordinator
Oregon Department of Corrections
Salem, OR

Marty Estrada, CAS, CSS-III
Ventura, CA

Eric Haram, LADAC
Administrative Specialist
Mercy Recovery Center
Westbrook, ME

Sherry Kimbrough, M.S., NCAC
Vice President
Lanstat, Inc.
Port Townsend, WA

Thomas A. Peltz, LMHC, LADAC-1
Therapist
Private Practice
Beverly Farms, MA

John L. Roberts, M.Ed., CCDC III-E, LPC, MAC
Consultant/Trainer
Continuing Education Center
Cincinnati, OH

Jim Rowan, M.A., LAC
Program Manager
Arapahoe House, Inc.
Thornton, CO

Angel Velez, CASAC
Addiction Program Specialist II
Office of Alcohol and Substance Abuse
Services
New York, NY

Anhang E.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

Center for Substance Abuse Prevention. *Ecstasy: What's All the Rave About?* DHHS Publication No. (SMA) 3710B. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.

Center for Substance Abuse Prevention. *Marijuana: Weeding Out the Hype*. DHHS Publication No. (SMA) 3710D. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.

Center for Substance Abuse Prevention. *Heroin: What's the Real Dope?* DHHS Publication No. (SMA) 3710C. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.

CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Treatment for Stimulant Use Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 33. DHHS Publication No. (SMA) 99-3296. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.

CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41. DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

CSAT (Center for Substance Abuse Treatment). *Improving Cultural Competence*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 59. DHHS Publication No. (SMA) 15-4849. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.

Graham, A.W.; Schultz, T.K.; Mayo-Smith, M.F.; Ries, R.K.; and Wilford, B.B., eds., *Principles of Addiction Medicine*, Third Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc., 2003.

Huber, A.; Ling, W.; Shoptaw, S.; Gulati, V.; Brethen, P.; and Rawson, R. Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16(4):41–50, 1997.

Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; Bachman, J.G.; and Schulenberg, J.E. *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Abuse: Overview of Key Findings 2004*. NIH Publication No. 05-5726. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2005.

Khalsa, J.H.; Genser, S.; Francis, H.; and Martin, B. Clinical consequences of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology* 42 (Suppl):7S–10S, 2002.

McLellan, A.T.; Kushner, H.; Metzger, D.; Peters, R.; Smith, L.; Grissom, G.; Pettinati, H.; and Argeriou, M. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 9:199–213, 1992.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert* 46, December 1999 (updated October 2000).

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Fetal alcohol exposure and the brain. *Alcohol*

Alert 50, December 2000 (updated April 2001).

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*, 2005 Edition. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2005.

National Institute on Drug Abuse. *NIDA Community Drug Alert Bulletin: Methamphetamine*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 1998.

National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Marijuana Abuse*. NIH Publication No. 02-3859. Bethesda, MD: National Institutes of Health, October 2002.

National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Marijuana*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2004.

National Institute on Drug Abuse. *Research Report Series: Cocaine Abuse and Addiction*. NIH Publication No. 99-4342. Bethesda, MD: National Institutes of Health, revised November 2004.

National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: LSD*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005.

National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Rohypnol and GHB*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, March 2005.

Obert, J.; McCann, M.J.; Marinelli-Casey, P.; Weiner, A.; Minsky, S.; Brethen, P.; and Rawson, R. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychiatric Drugs* 32(2):157–164, 2000.

Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Gamma Hydroxybutyrate (GHB)*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2002.

Office of National Drug Control Policy. *Pulse Check: Trends in Drug Abuse*. Washington, DC: Executive Office of the President, November 2002.

Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Heroin*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, June 2003.

Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Methamphetamine*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, November 2003.

Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Rohypnol*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2003.

Office of National Drug Control Policy. *Fact Sheet: Marijuana*. Rockville, MD: Drug Policy Information Clearinghouse, February 2004.

Rawson, R.; Huber, A.; Brethen, P.; Obert, J.; Gulati, V.; Shoptaw, S.; and Ling, W. Methamphetamine and cocaine users: Difference in characteristics and treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs* 32(2):233–238, 2000.

Rawson, R.A.; Marinelli-Casey, P.; Anglin, M.D.; Dickow, A.; Frazier, Y.; Gallagher, C.; Galloway, G.P.; Herrell, J.; Huber, A.; McCann, M.J.; Obert, J.; Pennell, S.; Reiber, C.; Vandersloot, D.; and Zweben, J. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* 99(6):708–717, 2004.

Rawson, R.A.; Shoptaw, S.J.; Obert, J.L.; McCann, M.J.; Hasson, A.L.; Marinelli-Casey, P.J.; Brethen, P.R.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: The Matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12(2):117–127, 1995.

Shoptaw, S.; Rawson, R.A.; McCann, M.J.; and Obert, J.L. The Matrix model of outpatient

stimulant abuse treatment: Evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases* 13(4):129–141, 1994.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Club Drugs, 2002 Update. *The Dawn Report*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, July 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Daily Marijuana Users*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, November 26, 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Overview of Findings From the 2003 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Series H-24, DHHS Publication No. (SMA) 04-3963. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-25, DHHS Publication No. (SMA) 04-3964. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2004.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *The NSDUH Report: Methamphetamine Use, Abuse, and Dependence: 2002, 2003, and 2004*. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, September 16, 2005.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Results From the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. (SMA) 05-4062. Rockville, MD: Office of Applied Studies, SAMHSA, 2005.

Tevisan, L.; Boutros, N.; Petrakis, I.; and Krystal, J.H. Complications from alcohol withdrawal. *Alcohol Health and Research World* 22(1):61–66, 1998.