



Alkoholrückfall

Prophylaxe - Bearbeitung - Therapie



Zusammengestellt von
Hermann Hofstetter

Alkoholrückfall und Rückfallprophylaxe

Ein Rückfall kann sich auf drei Ebenen ankündigen:

1) Die körperliche Ebene (physisch)

Hier kündigt sich der Rückfall durch Symptome des vegetativen Nervensystems in Form von Unruhe, Zittern, Herzklopfen, Schweißausbruch, Schlafstörungen und anderen körperlichen Erscheinungen, die nicht auf eine krankhafte Veränderung eines Körperorgans zurückzuführen sind, an. Suchtkranke Menschen haben erfahren, dass sie durch wiederholte Einnahme ihres Suchtmittels (zum Beispiel Alkohol) diese als unangenehm erlebten Symptome beseitigen können. Gelegentlich werden diese körperlichen Phänomene in Verbindung mit der kognitiven Ebene ("vom Kopf her verstanden") als Suchtdruck („Craving“) bezeichnet.

2) Die gedankliche Ebene (kognitiv)

Der Rückfall findet häufig im Kopf statt und wird auf der gedanklichen Ebene durchgespielt. Der Betroffene hofft, durch den Konsum des Suchtmittels (wie Alkohol) sowohl die körperlichen Missempfindungen als auch die quälenden Gedanken zu beseitigen. Häufig weiß der Betroffene, dass diese Besserung nur kurzfristig, der Schaden aber langfristig wesentlich größer ist. Typische negative Kognitionen (negative Schlussfolgerungen) sind:
"es hat alles keinen Sinn";
"ich halte das nicht mehr aus";
"wenn ich etwas trinke, dann geht es mir besser";
"ein kleines Bier wird mir schon nicht schaden";
"vielleicht kann ich ja doch kontrolliert trinken".

3) Die emotionale Ebene (psychisch)

Auf dieser Ebene können unangenehme, emotionale Zustände beschrieben werden, die häufig vor dem Rückfallgeschehen bei den betroffenen Menschen auftreten. Diese **negativen** Gefühlszustände sind zum Beispiel Angst, Ärger, Wut und Traurigkeit. Diese Emotionen stehen auch mit den zuvor beschriebenen körperlichen Symptomen und den negativen Kognitionen in Beziehung.

Allerdings können aber auch **positive** Emotionen wie Glück, Zufriedenheit und Freude Auslöser für den erneuten Konsum sein, häufig verbunden mit der unrealistischen Erwartung, "noch einen draufzusetzen".

Alternative Lösungen aufzeigen

Treten die Vorzeichen des Rückfalls auf und sind verbunden mit der Erwartung, keine alternativen konstruktiven Möglichkeiten zur Bewältigung zu haben, steht der Rückfall, als die wiederholte Einnahme des Suchtmittels, kurz bevor. Ziel ist dabei, die unangenehmen körperlichen, gedanklichen und emotionalen Zustände zu überwinden.

Rückfallgefährdenden Situationen kann man durch effektive, alternative Problemlösestrategien begegnen. Das kann sein, über den Rückfall zu sprechen, sportliche Aktivität, aus der Gefahrenzone raus gehen, Entspannung etc..

Hintergrund eines Rückfalls kann auch eine noch nicht abgeschlossene körperliche Entgiftung sein. Das zeigt sich darin, wenn er Ausdruck eines starken Wunsches oder einer Art Zwanges ist, die psychisch wirksame Substanz zu konsumieren. Dieses Phänomen muss gerade in den ersten Tagen der Entgiftung berücksichtigt werden.

Die Stärke dieses "körperlichen Zwanges" ist abhängig davon, wie lange das Suchtmittel genommen wurde, von der konsumierten Substanz und von der Halbwertszeit des Wirkstoffes. Dieses Phänomen kann beispielsweise bei Benzodiazepinen (Tranquilizer mit Angst hemmender, beruhigender oder entspannender Wirkung) bzw.

Medikamentenabhängigkeit noch Wochen und Monate nach der letzten Einnahme auftreten.

Aus dem Geschehen lernen

Ist ein Rückfall eine Katastrophe oder eine Chance ? Das ist eine ganz wichtige Frage. Sie ist abhängig von der aktiven Kontrollerwartung des abhängigen Menschen.

Der Rückfall ist dann eine Katastrophe, wenn der konsumierende Mensch weiter trinkt mit dem Gedanken: "Das hat doch alles keinen Sinn" oder "Ich schaffe es ja doch nicht". Dann wird er sich gegen Ausstiegshilfen aus dem Teufelskreis der Sucht entscheiden und weiter konsumieren. Als Konsequenz daraus schädigt er sich weiter körperlich, seelisch und psychosozial. Verfügt der suchtkranke Mensch über konstruktive Bewältigungsstrategien, alternativ mit dem Rückfall umzugehen, dann hat er sehr gute Chancen, aus dem Geschehen zu lernen. Gelingt es ihm, mit den gelernten Problemlösestrategien den Rückfall zu stoppen, kann er eine aktive Bewältigungskompetenz entwickeln. Sie bestärkt ihn in der Gewissheit, langfristig abstinent leben zu können. Es gelingt ihm so, aus dem Teufelskreis der Sucht auszubrechen und seine eigene Selbstbewältigungskompetenz wird größer sein als die rückfallgefährdenden Situationen.

Mit dem Rückfall umgehen:

Wichtigste Regel: Über die oben genannten körperlichen, gedanklichen und emotionalen Inhalte mit jemandem reden, vor allen Dingen mit dem Lebenspartner, Familienmitgliedern, Freunden, anderen vertrauten Menschen, Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe, etc.

Weiters:

Ablenkende und stabilisierende körperliche Aktivitäten aufnehmen wie Sport, leichte körperliche Arbeit, Entspannung, Yoga und anderes.

Die rückfallauslösende Situation sofort verlassen, sich schützen und Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen, um über die Situation zu sprechen. Wenn es trotzdem zum erneuten Konsum gekommen ist, sind folgende Schritte empfehlenswert:

Kontakt herstellen zu wichtigen Personen aus dem Familien- oder Freundeskreis.

Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe.

Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle.

Kontaktaufnahme zum behandelnden Arzt.

Aufsuchen weiterer professioneller therapeutischer Hilfe, wenn der Rückfall Ausdruck einer derzeit nicht anders zu bewältigenden psychischen Erkrankung ist.

Rückfallprophylaxe

Es gibt zwei Arten von Rückfällen:

A) im Affekt (z.B. in einer Extremsituation)

B) ein Rückfall, der sich langsam ankündigt

Vermeidungsstrategien im Fall A (Notfallkoffer):

- sofortiger Ortswechsel (wenn alkoholaffine Umgebung, z.B. Gesellschaft, Feier, Gasthaus, Supermarkt, Tankstelle, etc.)
- Unbedingt Kontakt mit Menschen aufsuchen, die mich in so einer Situation auffangen können (Telefon-/Adressliste greifbar vorbereiten !)
- womöglich nicht alleine bleiben
- wenn zu Hause: akuten Adrenalinanbau durch Bewegung oder laut schreien abbauen
- viel trinken (Wasser, etc.), um Durstgefühl auszuschalten
- kalt duschen
- Zähne putzen
- Orte aufsuchen, an denen man sich wohl fühlt (Kirche, Park, Wald, Museum, etc.)
- Ablenkung suchen:
 - sportliche oder andere Betätigung (spazieren gehen, laufen, Fahrrad fahren, putzen, kochen, handwerkliche Tätigkeit, etc.)
 - Autofahren, U-Bahn-fahren
 - Gefühle schriftlich festhalten, zeichnen, malen

Generell:

ALLES (und sei es noch so skurril !), was kurzfristig den Gedanken an Alkohol und Alkoholkonsum verdrängt/verhindert ist positiv und erlaubt !

Vermeidungsstrategien im Fall B:

- ein soziales Netzwerk aufbauen
- über das, was mich belastet, sprechen
- jeden Abend z.B. vor dem Schlafen eine Bilanz des Tages ziehen: Was war positiv, was war negativ, kann ich was daran ändern?
- Bei Überforderung rechtzeitig Hilfe suchen/annehmen
- sich genügend Auszeiten gönnen
- meine Gedanken beobachten: möchte ich was verdrängen, warum möchte ich was verdrängen, was für Lösungen gibt es, habe ich vereinzelt den Wunsch mich zu berauschen, warum, bin ich mir über die Konsequenzen im klaren?
- Ausgleich zum Stress durch Bewegung / Entspannung
- mir jeden Tag vor Augen führen, wie weit ich schon gekommen bin und wie weit ich noch gehen werde
- Ziele vor Augen führen (z.B. neue Wohnungseinrichtung, Berufsveränderung, Fortbildung)
- mir öfter was Gutes tun (Wellness, Sport, neue Sachen kaufen, Urlaub machen, etc.)
- mich für andere nicht ändern/verstellen, mir immer treu bleiben
- einen Leitsatz/Motto suchen... Z.B. " Ich selbst bin der Mensch, in dessen Arme ich flüchte "
- Liste von Sätzen, die mich in einer kritischen Situation zum nachdenken anregen, sichtbar aufhängen, z.B.:
 - „ Alkohol löst mein Problem nicht“
 - „Es ist unvergleichbar einfacher, jetzt NEIN zu sagen, als später wieder aufzuhören“.
- Bilder von Menschen, die einem wichtig sind, sichtbar anbringen
- Liste der Konsequenzen, die ein Rückfall mit sich bringen könnte, anfertigen
- Liste von Zielen für die Zeit meiner Abstinenz anfertigen
- Liste von positiven Seiten meines Lebens anfertigen
- wichtige Telefonnummern (SHG, Freunde, Familie, Therapeut, Arzt, etc.) bereithalten
- Glücksbringer/Talisman (z.B. Jesuskreuz, Glücksstein, Foto, etc.) einstecken

RÜCKFALL

Liste von Konsequenzen

- körperlicher und psychischer Verfall
- Eheprobleme/Scheidung
- Entzug des Sorgerechts
- Arbeitslosigkeit
- finanzielle Not
- Schulden
- Antriebslosigkeit
- Depression
- Persönlichkeitsveränderung
- Verlust meines Selbstvertrauens
- Schuldgefühle
- Schamgefühle
- schlechtes Vorbild für mein Kind
- Kontrollverlust
- Ängste
- etc.

Liste von Zielen

- Eine gute Mutter/ein guter Vater sein
- Vorbildfunktion wahrnehmen
- Urlaub machen
- weiterhin arbeiten, um unabhängig zu sein
- meinem Kind wichtige Werte vermitteln
- im Alter zufrieden auf mein Leben zurückblicken
- meinem Kind/Kindern etwas hinterlassen können
- Führerschein wiederbekommen / behalten
- etc.

RÜCKFALLBEARBEITUNG UND -BEHANDLUNG

Quelle: Inés Hermes/Dornier - Klinikum Münster

Ziel der Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik bei Patienten in der beginnenden Abstinenz („Maintenance-Phase“) ist es, anstelle eines „Alles-oder-Nichts-Denkens („ich habe es geschafft vs. ich bin wieder rückfällig“) Rückfälle als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses zu vermitteln. Hierzu sollten die Patienten in ihren trotz eines Rückfalls bereits bestehenden Ressourcen bestärkt und die noch fehlenden Fähigkeiten situativ eingegrenzt werden.

Heutzutage legen eine Vielzahl von Ergebnissen aus der Suchtforschung eine kritische Überprüfung des früheren therapeutischen Umgang (disziplinarische Entlassung bei Rückfälligkeit, Ausgangsbeschränkungen um Pat. vor Versuchungssituationen zu schützen) mit dem Thema Rückfall bei der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen nahe:

1. Trotz der im internationalen Vergleich hohen Qualität der Suchtbehandlung in Deutschland werden ca. 54 % aller stationär behandelten Alkoholabhängigen innerhalb von 4 Jahren nach ihrer Entlassung rückfällig (Küfner 1988). D.h., Rückfälligkeit ist selbst nach intensiver Behandlung wahrscheinlicher als Abstinenz. Längsschnittstudien deuten darauf hin, dass hierbei die Mehrheit der Betroffenen im Laufe ihres Lebens mehrfach zwischen Trinken und Abstinenz hin und her pendelt (Vaillant, 1992).
2. Etwa 30% der Patienten in einer stationären Behandlung sind bereits schon einmal in stationärer Therapie gewesen. Diese mehrfach rückfälligen PatientInnen frustrieren ihre TherapeutInnen und neigen selbst zur Resignation, da sie die oben genannten Auffassung von Abstinenz als selbstverständlichen Therapieergebnis nicht entsprechen. Die angestrebte Bewältigung des Rückfalls wird somit durch negative Gefühle aller Beteiligten erheblich erschwert (Herder, 1992).
3. Die meisten der stationär behandelten Alkoholabhängigen könnten bei einem späteren Rückfall auf keine Inhalte aus ihrer Therapie zurückgreifen, sondern fühlen sich dem weiteren Verlauf ihres Rückfalls hilflos ausgeliefert. Überhaupt haben Abhängigkeitsbehandlungen bislang nur einen relativ beschränkten Einfluss darauf, auf welche Weise Abhängige nach Beendigung einer Therapie Versuchungssituationen zu bewältigen versuchen (Moos 1990). Vor diesem Hintergrund wird seit einiger Zeit für die Suchtbehandlung eine grundlegende Umorientierung in der Einstellung zum Rückfall gefordert. Vorgeschlagen wird hierbei insbesondere, den Rückfall in den Therapiealltag zu integrieren und ihn zu einem zentralen Gegenstand der Behandlung von Suchtmittelabhängigen zu machen (Körkel 1993).

1. Theoretischer Hintergrund

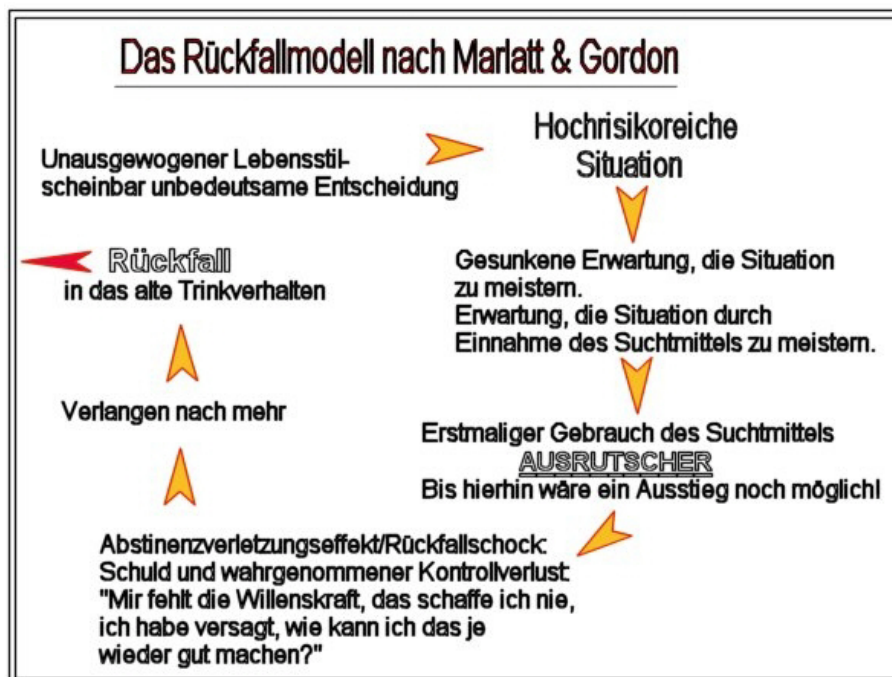
· *Abstinenzverletzungssyndrom:*

Katamnestic Untersuchungen machen deutlich, dass ein Rückfall keineswegs automatisch ein völliges Zurückfallen in früheres Suchtverhalten bedeuten muß. Vielmehr waren z.B. 53 % aller Rückfälligen nach einer stationären Abhängigkeitsbehandlung nur „leicht rückfällig“, insofern als ihr Rückfall höchstens 3 Tage dauerte. 14 % der Rückfälligen hatten nur an einem einzigen Tag getrunken. 48 % der Rückfälligen erlebten keinen Kontrollverlust. Entsprechend unterscheiden verschiedene Rückfallmodelle zwei Phasen des Rückfallgeschehens (Marlatt, 1985):

- die erstmalige Wiedereinnahme des Suchtmittels in Form eines Ausrutschers („lapse“) und
- das Zurückfallen in früheres Trinkverhalten („relapse“).

Zum schwerwiegenden Rückfall kommt es diesen Modellen zufolge nur, wenn die Betroffenen auf die erstmalige Wiedereinnahme des Suchtmittels mit einem sog. „*Abstinenzverletzungssyndrom*“ reagieren. Dieses besteht aus einer kognitiven (z.B. „ich bin ein Versager“) und einer emotionalen Komponente (z.B. Schuldgefühle oder Panik), die beide die Zuversicht der Betroffenen, weiterhin abstinent leben zu können, untergraben.

· *Entstehungsbedingungen von Rückfällen*



Eine Vielzahl von Studien zur Entstehung von Rückfällen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es „die“ Rückfallursache nicht gibt. Stattdessen kann die Entstehung eines Rückfalls am besten als Folge von :

- 1.- mangelnder Abstinenzzuversicht
- 2.- unzureichender Bewältigungsfähigkeiten

der Betroffenen in individuell relevanten Risikosituationen beschrieben werden. Hierdurch kommt es zu einer Überforderung der Betroffenen, die schließlich wieder der erneuten Einsatz von Suchtmitteln als Bewältigungsstrategie attraktiv erscheinen lässt. In verschiedenen Untersuchungen fanden sich folgende 8 Gruppen von typischen Risikosituationen:

Innere Risikosituationen:

- unangenehme Gefühlszustände (60% aller Rückfälle)
- unangenehme körperliche Zustände
- angenehme Gefühlszustände
- Versuch, kontrolliert zu Trinken
- plötzliches Verlangen nach Suchtmitteln

äußere Risikosituationen:

- Konfliktsituationen (40% aller Rückfälle)
- soziale Trinkaufforderungen
- Geselligkeit

· *Bedeutung von körperlichen Reaktionen.*

Forschungsansätze aus der Biochemie des Alkoholismus erklären die Rückfallgefährdung von Alkoholabhängigen mit einem spezifischen Endorphinmangel in der ersten Zeit der Abstinenz. Hierbei wird angenommen, dass die Betroffenen durch mangelnde Stimulierung des Belohnungssystems im Gehirn vermehrt unter Unlustgefühle und Unzufriedenheit leiden. Bei der Entstehung von Rückfällen wird die Rolle von klassisch konditionierten Reaktionen auf Alkohol zunehmend als bedeutsam eingeschätzt. Damit ist gemeint, dass bestimmte Details früherer Trinksituationen (z.B. Geruch von Alkohol, bestimmte Räumlichkeiten, Personen, Geräusche) auch nach langer Abstinenz plötzlich Verlangen bei den Betroffenen auslösen können. Verlangen kann hierbei die Form annehmen von:

- 1.- einem *unmittelbarem Drang* nach Alkohol oder Medikamenten, der sich auch körperlich durch Speichelfluß, Herzklopfen oder Durstgefühl ausdrücken kann;
- 2.- an *Entzugerscheinungen* erinnernde körperliche Reaktionen wie Schwitzen, Zittern oder innerer Unruhe;
- 3.- *angenehmen Gefühlszuständen*, als hätte man bereits Suchtmittel zu sich genommen.

Gemeinsam ist diesen Ansätzen, dass diese unangenehmen körperlichen Reaktionsweisen die Abstinenzzuversicht der Betroffenen aber auch ihre Bewältigungsfähigkeiten in Risikosituationen erheblich beeinträchtigen können, was wiederum die Wirkung von Alkohol attraktiver erscheinen läßt und damit die Gefahr eines Rückfalls erhöht.

2. Therapeutische Grundhaltung bei Rückfallprävention

In direkter Ableitung aus den oben dargestellten theoretischen Überlegungen erfordert eine unmittelbar auf die Rückfallprävention gerichtete Behandlung in der Praxis die Anwendung einer Reihe von Therapieprinzipien, die sich teilweise von den vorherrschenden Einstellungen in der Abhängigkeitsbehandlung unterscheiden (Annis 1990).

A/ Entdramatisierung von Rückfällen anstatt Akzentuierung von Abstinenzgebot.

Der Rückfall muss von therapeutischer Seite ausdrücklich als Ausdruck von Normalität akzeptiert und vertreten werden. Das bedeutete, dass er Rückfall eher als Ergebnis situativer Überforderung anstatt als selbstverschuldet angesehen und eher als Chance zur Weiterentwicklung anstatt als schwerwiegender Rückschlag verstanden muss.

B/ Minimale Intervention anstatt Breitbandtherapie.

Gleichzeitig ist das Behandlungsangebot für rückfällige Patientinnen so niedrigschwellig wie möglich zu halten. Die in der Suchtbehandlung häufig bewusst aufgestellten Hürden und Bedingungen zur Abklärung der Behandlungsmotivation würden die Abstinenzzuversicht von Rückfälligen nur weiter untergraben. Im Gegenteil sind den Betroffenen erneute Abstinenzbemühungen so leicht wie möglich zu machen und dabei selbst kleinste Schritte in Richtung einer Rückfallbewältigung systematisch positiv zu verstärken und zu unterstützen.

C/ Risikokonfrontation anstelle von Isolierungen und Schutz vor Versuchungssituationen

Um künftig in realen Risikosituationen sicher abrufbar zu sein, können die notwendigen Bewältigungsfertigkeiten zur Vermeidung von Rückfälle nicht ausreichend in einem künstlichen Schonraum erworben werden. Sie müssen vielmehr in Übungssituationen mit tatsächlichen Versuchungscharakter trainiert werden. Ebenso kann die prognostische bedeutsame Abstinenzzuversicht der Betroffenen nur durch die erfolgreiche Bewältigung tatsächlicher Risikosituationen entstehen. Für die Rückfallprävention kommt es somit darauf an, Übungssituationen durch die absichtliche Konfrontation mit persönlichen Risikobedingungen (z.B. alkoholische

Getränke, bestimmte Örtlichkeiten, Stimmungsinduktion durch Musik oder Erinnerungen) so zu gestalten, dass tatsächlich Verlangen nach Alkohol oder Medikamenten entsteht, dessen abstinente Bewältigung dann realitätsnah geübt werden kann.

3. Therapeutische Interventionen zur Rückfallprävention

Aus den Ergebnissen der Rückfallforschung lassen sich vier mögliche Schwerpunkte der Rückfallprävention ableiten:

1.- Sensibilisierung von PatientInnen für ihre persönlichen Rückfallrisikobereiche.

Für einen Abhängigen kommt es darauf an, ein Gespür für eigenen Rückfallabläufe im Sinne von besonderer „Wachsamkeit“ zu entwickeln oder sich aufzugeben, um frühzeitig etwas gegen das Auswachsen eines Rückfalls unternehmen zu können, anstatt sich von den Ereignissen treiben zu lassen. Aus diesem Grund ist im Rahmen einer Ausführlichen Rückfalldiagnostik für jede Patientin/en ein individuelles sog. „Risikoprofil“ hinsichtlich der oben geschriebenen 8 Versuchungssituationen zu ermitteln. Dabei ist insbesondere die oftmals schleichende Entwicklung eines Rückfalls durch „scheinbar harmlose Entscheidungen“ (Marlatt) mit den Betroffenen und ihren Angehörigen herauszuarbeiten. Ziel der Rückfalldiagnostik ist außerdem, dass Betroffene ihr Rückfallrisiko nicht als statische Größe abhängig von persönlicher Willenskraft oder allgemeiner Charakterstärke ansehen, sondern eher als situationsspezifisch und damit variabel begreifen. Die relevanten Ergebnisse dieser Diagnostik sollten in einem plausiblen, die Individualität der/des Patientin/en betonenden Rückfallmodell zusammengefasst werden (Lindenmeyer 1993). Hieraus können gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten abgeleitet und schließlich ein individuell abgestimmter Therapieplan zur Rückfallprävention erarbeitet werden.

2.- Einsatz kognitiver Strategien in inneren Versuchungssituationen

Sog. „innere Versuchungssituationen“ bestehen darin, dass Abhängige in sich Rückfallgedanken und oder Verlangen nach ihrem Suchtmittel entwickeln. Viele Betroffene sind über diese manchmal vollkommen unvermittelt auftretenden Reaktionsweisen schockiert und sehen darin bereits einen Ausdruck von Versagen oder Willenschwäche. Dadurch wird die Rückfallgefahr allerdings nur weiter erhöht. Solche Situationen lassen sich dagegen abstinenter durchstehen, wenn man der drohenden Abnahme an Abstinenzzuversicht mit gezielten Abstinenzgedanken entgegenwirkt. Unter Abstinenzgedanken sind zum einen alle persönlich überzeugenden Argumente oder Gründe dafür verstehen, nie mehr zu Suchtmitteln zu greifen. Ebenso wichtig sind aber zum anderen Abstinenzgedanken, die den Betroffenen ermutigen, einen Risikosituation auch trotz erheblichem Verlangens nach Alkohol abstinenter durchstehen können.

Erfahrungsgemäß lässt das Verlangen nach Suchtmittel mit der Zeit nach, wenn man ihn in einer Risikosituationen nicht nachgibt (Marlatt & Gordon, 1985).

Zur Einübung von entsprechen den kognitiven Strategien hat sich der Einsatz von sog. „Bewältigungs-Tonbändern“ bewährt. Hierzu entwerfen die Betroffenen zunächst ein möglichst anschauliches Szenario einer möglichen Rückfallsituation und beschreiben dann, wie sie diese Situation gerade noch rechtzeitig erfolgreich abstinenter bewältigen. Sie sprechen das so entstandene Skript der Bewältigung einer konkreten Rückfallsituation schließlich auf Tonband, das sie sich im Sinne einer selbstgeleiteten Vorstellungsübungen nach dem Prinzip der Verdeckten Kontrolle regelmäßig anhören. Zur Steigerung des Therapieeffekts kann dies bei gleichzeitiger Konfrontation mit Suchtmittel durchgeführt werden (Lindenmeyer 1993).

3.- Ablehnungstraining in sozialen Versuchungssituationen.

In der artigen sog. „sozialen Versuchungssituationen“ kommt es darauf an, das Angebot von Alkohol/Medikamenten oder Drogen selbstsicher ablehnen zu können,

ohne sich in eine längere Diskussion verwickeln zu lassen. Es hat sich als effektiv erwiesen, bereits während der Therapie geeignete Strategien zum Ablehnen von Suchtmittelangeboten im Rahmen des sog. „Ablehnungstrainings“ zu üben. Es gilt in diesem Zusammenhang zu überlegen, in welchen Situationen die Betroffenen beim Ablehnen von Suchtmitteln offen zu ihrer Abhängigkeit stehen wollen und in welchen dies eher nicht angezeigt ist. Zur Steigerung der Therapieeffekts kann das Ablehnungstraining bei gleichzeitiger Konfrontation mit Suchtmitteln erfolgen.

4.- Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen

Auch rückfällige besitzen die Chance, Schlimmeres zu verhüten, indem sie möglichst schnell wieder „aufhören“ und zur Abstinenz zurückkehren. Dies ist allerdings nicht einfach, weil Betroffenen bei einem Rückfall meistens, ähnlich wie bei vielen anderen Unfällen, im Sinne des Abstinenzverletzungssyndroms unter einer Art Schock stehen, „versagt“ zu haben. Alles hängt jetzt davon ab“, dass sie über einen einfachen und vor allem fest eingprägten sog. „Notfallplan“ verfügen. Es hat sich als wirkungsvoll erwiesen, gegen Ende einer Abhängigkeitsbehandlung gemeinsam mit dem Therapeuten und den nächsten Bezugspersonen geeignete Schritte für diesen Fall zu vereinbaren. Diese können z. B. auf einem Kärtchen notiert werden, das man immer bei sich trägt. Hierbei ist insbesondere zu entscheiden, wer als erstes über einen Rückfall informiert werden soll. Ähnlich wie bei einem Verkehrsunfall ist es besonders wichtig, sich bei einem Rückfall zunächst jeglicher Ursachenforschung zu enthalten und stattdessen alle Aufmerksamkeit darauf zu richten, weitere Schaden durch die Absicherung der Unfallstelle zu verhindern und überlebenswichtige Maßnahmen einzuleiten. Bei einem Rückfall bedeutet dies, zuallererst die verlorengegangene Abstinenzzuversicht wiederzugewinnen, damit die Betroffenen die nächste Versuchungssituation wieder abstinert bewältigen können.

Sollten Abhängige nach einem Rückfall erneut therapeutische Hilfe aufsuchen, so müssen sie häufig nicht wieder mit einer Behandlung ganz von vorn anfangen. Die in ihrer ersten Behandlung gewonnen Erkenntnisse bzw. die während ihrer Abstinenz entwickelten Fähigkeiten und gemachten Erfahrungen sind durch den Rückfall nicht einfach ausgelöscht worden, sondern können vielmehr ein äußerst nützliches Fundament für den nächsten Abstinenzversuch bilden.

Die meisten Abhängigen brauchen in diesem Sinne **mehrere Anläufe**, bevor sie zu lebenslanger Abstinenz finden, das heißt, der **Rückfall ist krankheitsimmanent** und bedeutet keineswegs die große Katastrophe. Unter Umständen bedeutet er Veränderung, sowohl in die eine als auch in die andere Richtung. Er ist eine Aktion, welche eine Re-Aktion erfordert und muss auf jeden Fall ernst genommen werden. Es ist wichtig, den Rückfall zu thematisieren, die Ursache zu eruieren, ihn zu bearbeiten.

Aber:

Ein Rückfall bedeutet aufgrund der gemachten Erfahrung wieder eine neue Chance im Prozess auf eine zufriedene Abstinenz - niemand kann garantieren dass er nicht eintritt, aber man hat alle Möglichkeiten, das Beste daraus zu machen.

Und wenn Ihr Partner bereit dazu ist, nimmt er/sie ein therapeutisches Paargespräch in Anspruch oder geht selbst in eine Gruppe - entweder mit dem betroffenen Menschen zusammen oder in eine Gruppe nur für Angehörige.

Auch wenn Sie denken, wozu soll das gut sein. Sie werden erstaunt erfahren, was es noch alles gibt, was Sie seither noch nicht wussten und sie werden Lebens-Partner dort treffen, die genau wissen, wovon Sie reden, wovor Sie jetzt Angst haben und Ihnen gute Tipps geben, wie man das alles miteinander durchsteht.

Rückfallprävention nach einer Alkohol-Entzugstherapie - Leitfaden für Angehörige

Wenn der/die Betroffene aus dem Krankenhaus oder aus einer Entwöhnungsbehandlung, einer Therapie, etc. nach Hause, sollten Sie **über Alkoholismus informiert** sein. Sie sollten wissen, was für eine Krankheit das ist, wie sie wirkt und was sie noch anrichten kann.

Sie sollten daheim den **Haushalt alkoholfrei** halten, auch dann wenn der/die Betroffene meint, das sei nicht notwendig.

Wenn sie glauben, das sei nicht möglich wegen Onkel Fred und Nachbar Karl: wenn jemand zuckerkrank ist, machen Sie ihm dann eine Sahnetorte zum Frühstück und stellen sie ihm ständig die geliebten Pralinen vor die Nase? Griffnähe sollte vermieden werden, auch wenn man glaubt, man habe alles im Griff - vielleicht kommt der Tag, an dem man mal nicht alles im Griff hat. Denken Sie mal nach, wie war das mit der Schokolade im Schrank - nur ein Stückchen ???

Verzichten auch Sie einstweilen auf alkoholisches.

Auch wenn der Partner sagt, das sei nicht nötig!

Damit haben Sie doch keine Probleme?

Oder?

Es kommt in der Zukunft wieder der Tag, an dem Sie schon mal ein Eis mit Schuss essen können. Das springt nicht so ins Gesicht wie ein Glas Bier und mit dem nächsten Kuss warten sie dann ein paar Minuten, ja? Aber bis dahin ist noch ein weiter Weg.

Sagen Sie nicht <<Alkohol ist DEIN Problem, das geht mich nichts an.>>

Bei jeder anderen chronischen Krankheit würden Sie das wohl auch nicht tun.

Oder etwa doch??

Partner sein bedeutet doch, auftauchende Probleme gemeinsam bewältigen. Also interessieren Sie sich für Schwierigkeiten und Nöte, stellen Sie fest, ob Sie etwas dafür tun können, dass die Trockenheit nicht so schwer fällt. Aber kontrollieren Sie nicht alles und jedes. Ein wenig Normalität sollte bald einziehen können. All zuviel Misstrauen macht neue Probleme.

Fragen Sie gezielt nach Rückfall-Prävention.

Wurde in der Klinik erarbeitet, wie der persönliche Notfallplan im Falle eines Falles aussieht?

Akzeptieren Sie bedingungslos, wer als persönlicher Ansprechpartner für den Fall des Falles angegeben wurde.

Nörgeln Sie nicht, wenn Sie es nicht sind. Das ist nämlich wahrscheinlich der Fall. Meist kann man in einer schwierigen Situation mit Außenstehenden viel einfacher reden. Seien Sie froh, wenn überhaupt so ein Plan existiert und Sie - wenn es darauf ankommt - den schwierigen Part an den Ausgesuchten abgeben können. Lassen Sie sich den Notfall-Plan erklären - vielleicht müssen Sie im Falle eines Falles den/die Betroffene daran erinnern, oder es ist sogar Ihre Aufgabe, den Ausgesuchten zu informieren und alles Weitere an ihn abzugeben. Fragen Sie präzise - WEISS der Ausgesuchte davon, dass er zum Notfallhelfer erkoren wurde? Wenn ja, kennt er sich ein bisschen aus? Wenn er nichts davon weiß - wieso? Muss das nachgeholt werden? Oder SOLL er nicht wirklich etwas davon wissen. Soll denn nicht wirklich Hilfe kommen?

Machen Sie eine Notfallplan für sich selbst.

Überlegen Sie so realistisch wie möglich - wenn der Fall des Falles eintritt, wenn dieser Mensch wieder mit dem Trinken beginnt - was werden Sie tun? Gemeint ist nicht ein kurzer Ausrutscher, der schnell wieder aufgefangen ist.

Wenn es wieder in alte Trinkgewohnheiten abgleitet, dann werden Sie wieder bekommen, was Sie hatten. Wollen Sie das? Wollen Sie noch einmal von vorn beginnen und zusehen, wie dieser Mensch sich womöglich zugrunde richtet? Können Sie das aushalten? Und was soll am Ende dabei herauskommen?

Haben Sie selbst für den Fall des Falles einen Nothelfer oder eine Nothelferin, mit der sie dann reden werden? Das sollte möglichst nicht jemand sein, der einen trinkenden Partner

daheim hat, oder jemand, der selbst ein Alkoholproblem hat. Es sollte jemand sein, der mit beiden Beinen auf der Erde steht und der in Sachen Alkohol wenigstens ein bisschen Bescheid weiß. Planen Sie diesmal ohne Druck, was in solch einer Situation zu tun ist, was dem betroffenen Menschen nutzt und nicht schadet, und wie Sie das durchziehen werden. Schreiben Sie es auf - und machen Sie dann auch Gebrauch davon!

Nehmen Sie dem Betroffenen nicht wieder alles ab und laufen Sie nicht von Pontius zu Pilatus um Dinge in gang zu setzen, die dieser Mensch selbst in gang setzen sollte. Er/sie ist nicht entmündigt und nicht hilflos - es ist wichtig, wenn er/sie für alles Notwendige selbst sorgt, denn er/sie muss es WOLLEN, dass Hilfe kommt, wenn etwas schief geht. Ein gesunder Respekt bis zu ein wenig Angst vor einem Rückfall kann hier nichts schaden. Aber reden Sie diesem Menschen nicht Angst ein - wenn er/sie sich nichts zutraut, ist der halbe Weg zum Rückfall schon gegangen. Machen Sie Mut und geben Sie Kraft.

Versuchen Sie zu klären, was für Sie in den vergangenen Monaten an Ungeklärtheiten aufgelaufen ist. Machen Sie freundlich aber bestimmt deutlich, dass Sie ein Recht darauf haben, jetzt über den Alkohol zu sprechen. In den vielen Monaten der Trinkerei durfte man ja nicht über Alkohol oder seine Folgen sprechen. Wahrscheinlich geht es Ihnen so, dass noch viele Fragen offen sind und Angst wegen der Zukunft Ihr Denken beherrscht. Es ist ganz natürlich, wenn Sie Angst haben, dass alles wieder von vorn beginnen könnte. Jeder Mensch in Ihrer Situation hätte diese Angst. Nach der abschließenden Klärung sollte dann aber nicht wieder jeden Tag das gleiche Thema auf den Tisch kommen - wenden Sie sich der Zukunft zu und seien Sie nicht zu ängstlich.

Akzeptieren Sie die Antwort: „Ich werde alles tun, damit das nicht wieder so wird, aber eine hundertprozentige Sicherheit kann ich Dir nicht geben“

Das Leben als solches bietet nirgendwo eine 100%ige Garantie.

Der/die Betroffene kann Ihnen nichts anderes versprechen. Sehen Sie sich die Zahlen an - es ist ein 50/50 Risiko.

Hoffen Sie beide, dass Sie sich auf der richtigen Seite der 50% befinden und tun Sie beide alles dafür. Reden Sie miteinander und klären Sie, was für jeden zu tun ist, wenn doch ein Rückfall eintritt.

Versuchen Sie ihn/sie in eine Selbsthilfegruppe zu vermitteln.

Alle notwendigen Schritte für solche Fälle sind dort bekannt. Helfende Hände gibt es viele. Evtl. wird hier auch der fehlende Notfallhelfer gefunden. Und wenn man sich erst mal ein paar Wochen kennt, werden Vorzeichen auf einen drohenden Rückfall oft hier vorher erkannt. Sie knüpfen neue Kontakte, treffen auf Menschen, die sich auskennen, es werden wahrscheinlich oft lustige Abende und hier haben Sie garantiert alkoholfreie Umgebung.

Nicht zu vergessen: **Sie erhöhen die Chancen auf eine zufriedene Abstinenz drastisch** - es ist eine Art Versicherung gegen den Rückfall - niemand kann garantieren dass er nicht eintritt, aber man hat alle Möglichkeiten, das Beste daraus zu machen.

Und wenn Sie schlau sind, gehen Sie selbst in eine Gruppe - entweder mit dem betroffenen Menschen zusammen oder in eine Gruppe nur für Angehörige. Auch wenn Sie denken, wozu soll das gut sein. Sie werden erstaunt erfahren, was es noch alles gibt, was Sie seither noch nicht wussten und sie werden Lebens-Partner dort treffen, die genau wissen, wovon Sie reden, wovor Sie jetzt Angst haben und Ihnen gute Tipps geben, wie man das alles miteinander durchsteht.

Buchtipps (bei AMAZON):



€ 10,50



€ 11,50