

IV. Wissen und Handeln in der Suchtselbsthilfe

1.	Definitionen, Art und Ausprägung suchtbezogener Störungen	2
2.	Substanz- / Verhaltensbezogene Süchte / Mehrfachabhängigkeit	3
3.	Zahlen zum Umfang der Sucht	4
4.	Suchtbehandlung / Suchthilfesystem	5
5.	Genesungsverlauf der Suchterkrankung	9
6.	Rückfall / Rückfallvorbeugung	9
7.	Suchtprävention	12
	Anlage	13
	„Meine Abstinenzkarte“	

1. Definitionen, Art und Ausprägung suchtbezogener Störungen

Weiterführende Literatur: R. Schneider (2019) Suchtfibel, Schneider Verlag, Hohengehren.

Umgangssprachlich wird Sucht sehr häufig in verschiedenen Zusammenhängen verwendet, wie Putz-, Sport-, Tob-, Sehn-, Streit-, Eifersucht usw.

Im Bereich der Suchthilfe wird unter Sucht jedoch nur die „Sucht mit Krankheitswert“ verstanden, d. h. **eine psychische Störung, die durch ein unbezwingbares Verlangen gekennzeichnet ist und die betreffende Person in ihren sozialen, psychischen oder körperlichen Funktionen erheblich beeinträchtigt.**

Synonym wird bei Suchterkrankungen auch von **Abhängigkeitserkrankungen** (oder Abhängigkeitssyndrom) gesprochen. Um jedoch die anderen Formen und gewissermaßen die Vorstufen (Intoxikation, schädlicher Gebrauch) der Abhängigkeit einzubeziehen, wird der Begriff der **suchtbezogenen Störung** allgemein bzw. in den speziellen Formen (Alkohol-bezogene Störungen, Methamphetamin-bezogene Störung usw.) verwendet.

In der medizinischen Diagnostik werden z. B. die Alkohol-bezogenen Störungen (oder Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) wie folgt unterschieden:

F10.X Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:

F10.0	Akute Intoxikation [akuter Rausch]
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom

Unabhängig der verschiedenen Bezeichnungen ist es wesentlich, dass suchtbezogene Störungen medizinische Diagnosen nach einem internationalen Klassifizierungssystem (aktuell ICD 10 / ICD 11 in Vorbereitung) mit vorgegebenen Diagnosekriterien erhalten, da dies eine Voraussetzung für die Regelbehandlung dieser Störungen innerhalb der Krankenversorgung und Rehabilitation ist.

Für die F10.2 Diagnose (Alkohol-Abhängigkeitssyndrom) gelten dann folgende Kriterien

Vorliegen von mindestens 3 der folgenden 6 Kriterien in den letzten 12 Monaten:

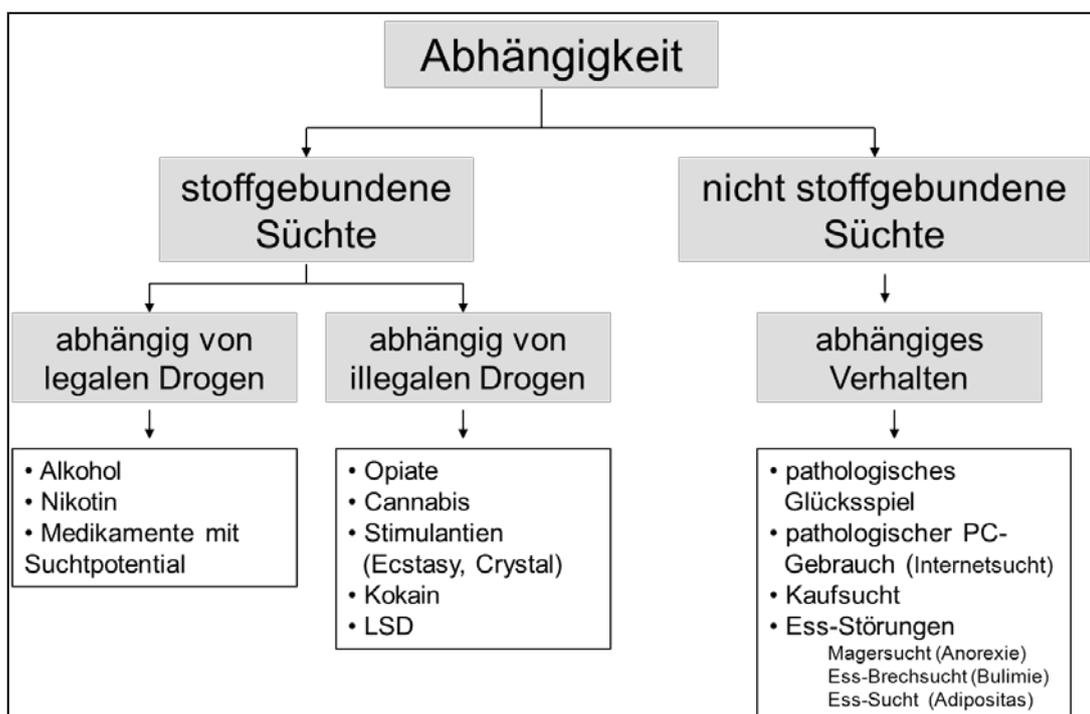
- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu trinken
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginns, Beendigung und Menge des Trinkens
- körperliche Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (z. B. Zittern, Schweißausbrüche, Unruhe, Angstzustände, Übelkeit, Schlafstörungen, Krampfanfälle, Halluzinationen etc.)
- Toleranzsteigerung des Körpers, d.h. Gewöhnung des Körpers an den Alkohol, so dass die Trinkdosis gesteigert werden muss, um die gleiche Wirkung zu erzielen
- zunehmende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
- anhaltender Alkoholkonsum trotz nachweislich schädlicher körperlicher oder psychischer Folgen

Aus neurobiologischer Sicht ist Sucht ein gelerntes Verhalten nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen in einer zwanghaften Art und Weise. Das süchtige Streben nimmt einen immer größeren Raum ein und verdrängt andere Bedürfnisse. Die Substanzen oder Verhaltensweisen werden konsumiert bzw. beibehalten, obwohl negative Konsequenzen für die betroffene Person und für andere damit verbunden sind. Von Sucht spricht man bei Verhaltensweisen somit erst dann, wenn sie nicht nur exzessiv sind, sondern erhebliche negative Auswirkungen haben. Abhängigkeit kann sich in einer Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung sowie Auftreten von Entzugserscheinungen äußern, führt jedoch immer entweder zum Kontrollverlust oder zum Abstinenzverlust in Bezug auf das Suchtmittel oder Suchtverhalten.

2. Substanz- / Verhaltensbezogene Süchte / Mehrfachabhängigkeit

Sowohl der Konsum von psychoaktiven Substanzen, wie Alkohol, Tabak, Medikamenten, Heroin, Cannabis, Ecstasy u. a., als auch Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit Glücksspielen, Essen und Internet- /PC-Nutzung stehen, können zwanghafte Züge annehmen, die Suchtcharakter haben.

Eine Einteilung kann wie folgt vorgenommen werden:



Mehrfachabhängigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem verschiedene Suchtprobleme gleichzeitig auftreten (z. B. Alkohol **und** Cannabis bzw. Alkohol **und** pathologisches Glücksspielen). Im Drogenbereich wird der Begriff „polyvalentes Konsummuster“ verwendet, wenn verschiedene Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

3. Zahlen zum Umfang der Sucht

Weiterführende Literatur: DHS (2022) Jahrbuch Sucht.

Umfangreiches Zahlenmaterial wird jährlich von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im sogenannten „Jahrbuch Sucht“ zusammengestellt. Beziffert werden sowohl die Häufigkeiten suchtbezogener Störungen in der Bevölkerung als auch Schätzungen zur suchtbedingten Schadensbilanz, wie Daten zu den volkswirtschaftlichen Kosten oder Todesfällen, die im Zusammenhang mit verschiedenen Suchtstoffen stehen („Alkohol-bezogene Todesfälle“, „Rauschgifttote“).

Einige Daten zur Häufigkeit verschiedener Suchtprobleme werden in der folgenden Tabelle zusammengestellt. Auch werden absolute Zahlen für Sachsen angegeben, die Schätzungen darstellen und davon ausgehen, dass in Sachsen suchtbezogene Probleme ähnlich häufig auftreten.

Daten zur Jahresprävalenz ausgewählter Suchtprobleme in Deutschland und Sachsen

Suchtform	Prävalenz in % (18-64 Jahre)	Anzahl Betroffener in Deutschland	Anzahl Betroffener in Sachsen (Hochrechnung)
Alkoholabhängigkeit	3,1 %	1,6 Mio.	80.000
Alkoholmissbrauch	2,8 %	1,4 Mio.	70.000
Abhängigkeit von illegalen Drogen (darunter z. B. Crystal, Cannabis, Opiate, Kokain)	0,9 %	460.000	23.000
Medikamentenabhängigkeit (vor allem Analgetika, Sedativa)	3,5 %	1,8 Mio.	90.000
Pathologisches Glücksspielen	0,4 %	200.000	10.000
Medienabhängigkeit	1 % (14-64 Jahre)	500.000	25.000

Quellen: DHS (2022) Jahrbuch Sucht

Aufgenommen wurde in der Übersicht die sogenannte „Medienabhängigkeit“, die teilweise in den neuen Diagnosesystemen (DSM V, ICD 11) in Form der „Computerspielsucht“ als Erkrankung anerkannt ist und eine zunehmende Rolle im Bereich der Suchtprävention / Entwicklung von Medienkompetenz und Beratung / Behandlung spielt. Ausgewählte Suchtfachkliniken bieten bereits anerkannte und spezialisierte Angebote der Suchtrehabilitationen an. Häufig sind bei einer Medienabhängigkeit weitere psychische Begleiterkrankungen inklusive substanzbezogener Suchtprobleme zu beachten.

4. Suchtbehandlung / Suchthilfesystem

Die Behandlung von Suchterkrankungen kann in drei wesentliche Phasen eingeteilt werden. In der Übersicht werden die beteiligten Dienste und Einrichtungen zugeordnet. Selbsthilfegruppen spielen vor allem in der Kontakt- sowie Nachsorgephase eine bedeutende Rolle:

Kontakt- / Beratungs- / Motivationsphase	
Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB), niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Selbsthilfe, Allgemeinkrankenhäuser, betriebliche Suchtkrankenhilfe, Sozialverwaltung	
Behandlungs-/ Rehabilitationsphase	
Entzugsbehandlung:	psychiatrische Einrichtungen
Entwöhnungsbehandlung (Reha):	Suchtfachkliniken, Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (ambulante Reha)
Nachsorgephase	
SBB, niedergelassene Ärzte, Selbsthilfe, Adaption, betreutes Wohnen, Arbeits- und Beschäftigungsangebote für suchtkranke Menschen	



Schema zum Behandlungsnetz für suchtkranke Menschen

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichtes (1968) werden Abhängigkeitserkrankungen als Krankheit anerkannt und notwendige Behandlungskosten von der Sozialversicherung übernommen. In der Regel erfolgt die Finanzierung der Entzugsbehandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung, während eine Entwöhnungshandlung die zuständige Rentenversicherung (z. B. DRV Bund, DRV MD) finanziert.

Die Entzugsbehandlung sollte als qualifizierte Entzugsbehandlung mit Behandlungszeiten von ca. 3 Wochen erfolgen, da im Rahmen dieser Behandlung Motivation und Vorbereitung einer weiterführenden Behandlung (z. B. Reha-Behandlung) erfolgen kann. Auch führt dies zur Verminderung der Rückfallgefährdung und Verhinderung chronischer Suchtverläufe.

Die Therapiezeit im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf und beträgt ca. 12 Wochen im Fall der stationären Alkohol-entwöhnungsbehandlung (24 Wochen bei Drogen). Unter bestimmten Voraussetzungen wird diese Therapie auch ambulant über einen längeren Zeitraum (bis zu 18 Monate) bzw. als Kombinationstherapie mit stationären und ambulanten Behandlungsanteilen durchgeführt.



Die verschiedenen Angebote zur Bewältigung von Suchterkrankungen sind für Sachsen in einer online Datendank unter www.suchthilfe-sachsen.de zusammengefasst.



Eine bundesweite Übersicht der verschiedensten Suchthilfeeinrichtungen befindet sich auf der Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen unter www.dhs.de.

Online-Datenbank der Sächsischen Suchtkrankenhilfe

Hier finden Sie sächsische

- Selbsthilfegruppen
- Suchtberatungsstellen
- Suchtfachkliniken
- Wohnangebote
- Wohnstätten für CMA

START

Online-Datenbank der Sächsischen Suchtkrankenhilfe

Suche: Suchtberatungsstelle

PLZ

Ort

Landkreis / Kreisfreie Stadt

Spezielle Angebote

Schwerpunkt

- Bautzen
- Chemnitz Stadt
- Dresden Stadt
- Erzgebirgskreis
- Görlitz
- Leipzig Land
- Leipzig Stadt
- Meißen
- Mittelsachsen
- Nordsachsen
- Sächsische Schweiz Osterzungen
- Vogtlandkreis
- Zwickau

NEWSLETTER

Name:

E-Mail:

ANMELDEN

Online-Datenbank der sächsischen Suchthilfe unter www.suchthilfe-sachsen.de

Vernetzung und Kooperation der Hilfesysteme

In der Suchthilfe gibt es eine lange Tradition der Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe. Es mag sein, dass diese Kontakte regional unterschiedlich ausgeprägt und mancherorts vielleicht auch nicht frei von Vorurteilen sind. Dennoch ist das gemeinsame Tun ein tragendes Element im Netz der Suchtkrankenhilfe. Nur wenn die einzelnen Fäden eines Netzes untereinander verknüpft werden, kann es tragen. Gemeinsames Ziel ist die möglichst frühzeitige Vermittlung von geeigneten Hilfestellungen, suchtspezifischen Behandlungsmöglichkeiten sowie die nahtlose Vermittlung von langfristigen nachsorgenden bzw. rückfallvermeidenden Angeboten zur Bewältigung eigener oder familiärer Suchtprobleme.

Das Gelingen der Kooperation zwischen ehrenamtlicher und beruflicher Suchthilfe wird von verschiedenen Faktoren auf der formalen Ebene (regelmäßige Treffen, Struktur, Verankerung in den Konzeptionen) sowie der Beziehungsebene (eigene Rolle und Identität, methodische Ansätze, gemeinsam erarbeitete fachliche Vorstellungen) beeinflusst.

Kooperation kann nur funktionieren, wenn die Kompetenzen der jeweiligen Partner anerkannt und respektiert werden, im Sinne von „Auch der Andere macht gute Arbeit!“ Damit verbunden ist auch das Kennen der eigenen Grenzen. Wichtig sind die offene Ansprache auftretender Konflikte sowie das klare Formulieren entsprechender Bitten und Aufträge anstatt einer unklaren Erwartungshaltung.

In der Fachwelt sind die sich ergänzenden Hilfestellungen von Selbsthilfe und beruflicher Suchthilfe allgemein anerkannt. Therapeutische Interventionen erfolgen zeitlich befristet und bedürfen einer inneren Distanz, um die Zusammenhänge klar zu erkennen. Klare Vorgaben von Ort und Zeit setzen notwendige Grenzen, aber auch einen verlässlichen Rahmen und eröffnen damit die Chance zu ordnen und zu strukturieren. Selbsthilfe dagegen bietet längerfristige, wenn gewünscht auch lebenslange Unterstützung an. In Selbsthilfegruppen kann man aus der gemeinsamen Betroffenheit heraus ein enormes Zusammengehörigkeitsgefühl erleben, was Mut macht und Hoffnung vermittelt. Hier entstehen Freundschaften, gegenseitige Akzeptanz ermöglicht Offenheit, gemeinsame Interessen ermöglichen sinnvolle Freizeitgestaltung.



© Martin Schumann – Fotolia.com

In einer Umfrage der SLS in den stationären Einrichtungen der Suchthilfe konnte festgestellt werden, dass regelmäßige Gruppenvorstellungen und Kontakte zu Selbsthilfegruppen zum therapeutischen Konzept zählen. Die Umfragen zu Aktivitäten der Suchtselbsthilfe bestätigen andererseits das große Engagement der ehrenamtlichen Suchthilfe im Kontakt zur professionellen Suchthilfe. Vielerorts gibt es somit Modelle und Strukturen gut funktionierender Kooperation. Selbsthilfegruppen treffen sich turnusmäßig mit Mitarbeitern von Suchtberatungsstellen, gehen in Kliniken und stellen sich vor, Betroffene sind in Angebote von Beratungsstellen eingebunden oder es werden gemeinsame Veranstaltungen geplant.

Trotz dieser guten Beispiele sind sicherlich mancherorts noch Verbesserungen möglich. Das gelingt am besten, wenn man offen aufeinander zugeht und miteinander spricht.

Mit den Übergängen zwischen Beratung, Entzugsbehandlung, Therapie und Suchtselbsthilfe beschäftigte sich auch ein Projekt der fünf Suchtselbsthilfeverbände in Zusammenarbeit mit der Universität Hildesheim. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Chancen nahtlos nutzen – Suchtselbsthilfe als aktiver Partner im Netzwerk“ möchte die Übergänge zwischen beruflicher Suchthilfe und Suchtselbsthilfe verbessern und hat vielfältige Anregungen und Empfehlungen zusammengestellt, die sich als Diskussionsgrundlage für die Akteure vor Ort sehr gut eignen (Rummel u. a. 2015 „Chancen nahtlos nutzen – konkret!“).



5. Genesungsverlauf der Suchterkrankung

Auf der Basis wirksamer Behandlungsstrukturen und verschiedener Hilfeleistungen können Suchterkrankungen in der heutigen Zeit gut und erfolgreich behandelt werden. Zu beachten ist jedoch, dass Suchterkrankungen Rückfallerkrankungen sind, die somit u. U. lebenslange Unterstützung zur Krankheitsbewältigung erfordern. Diese langfristige Unterstützung wird vor allem über die Mitarbeit in der Selbsthilfegruppe erreicht, so dass die Selbsthilfe eine wichtige Säule im Behandlungssystem darstellt.

Der Genesungsverlauf der Suchterkrankung ist individuell unterschiedlich und dieser ist im Allgemeinen umso erfolgreicher

- je früher innerhalb des Krankheitsverlaufes die suchtspezifische Behandlung erfolgt.
- je besser Suchtkranke nach der Behandlung sozial und beruflich integriert sind.

Wesentliche Aufgaben der ambulanten Suchthilfe bestehen somit in der frühzeitigen Behandlung von Suchtstörungen, z. B. durch die Kooperation mit Ärzten, Ämtern, sowie in der Unterstützung bei der sozialen und beruflichen Reintegration, z. B. durch Hilfen im Bereich Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung.

6. Rückfall / Rückfallvorbeugung

Rückfälle treten während des Gesundungsprozesses von Suchtkranken häufig auf (Suchterkrankung = Rückfallerkrankung). Unter Rückfall versteht man die Wiederaufnahme des Suchtmittelkonsums, obwohl es zuvor den festen Vorsatz einer suchtmittelabstinenten Lebensweise gab.

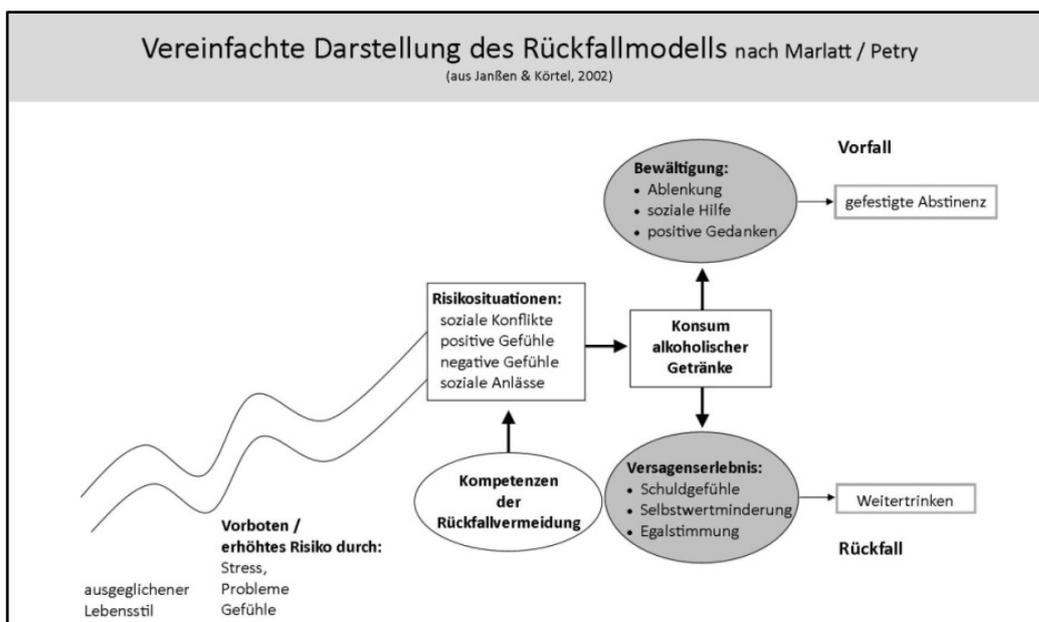
In der Fachwelt erfolgt beim Thema Rückfall oft eine Unterscheidung in Ausrutscher, Vorfall (engl. lapse), d. h. der einmalige geringe Konsum, im Abgrenzung zum schweren Rückfall mit Rückkehr zum früheren Konsumniveau (engl. relaps).

Behandlungsziel ist, möglichst dauerhaft abstinent zu leben und die Rückfallhäufigkeit soweit es geht zu minimieren, doch andererseits gehört der Rückfall zur Krankheit.

Wenn jemand rückfällig ist, wird das häufig von ihm selbst und von seiner Umgebung nicht als erneut auftretendes Krankheitssymptom gesehen, sondern löst eher Gefühle des Versagens und der Schuld, Scham und Resignation aus. Alle bisherigen Bemühungen erscheinen wertlos. Doch der Rückfall deutet lediglich auf einen kritischen Punkt innerhalb der Suchtbewältigung hin.

Rückfallvorbeugung und Rückfallbearbeitung sind somit auch Dauerthemen innerhalb der Suchtselbsthilfegruppe. Es geht darum, Risikosituationen frühzeitig zu begegnen bzw. in Rückfallsituationen angemessen zu agieren und zu reagieren. Das heißt auch, auf diese Situation vorbereitet zu sein und im Ernstfall den Notfallkoffer (oder z.B. konkret „Meine Abstinenzkarte“ siehe Anhang) zu nutzen.

Das **sozial-kognitive Rückfallmodell nach Marlatt** (siehe Abbildung) verdeutlicht Faktoren für die Erhaltung der abstinenten Lebensweise als auch für das Rückfallgeschehen. Diese Betrachtung hat sich auch in der Aufarbeitung von Rückfällen als hilfreich erwiesen. Das Modell geht davon aus, dass es im Leben immer wieder einen Ausgleich zwischen Anforderung und Entlastung, zwischen Verlusterlebnissen und positiven Erfahrungen zu schaffen gilt.



Bei einem Ungleichgewicht in der Lebensführung treten sehr intensive Gefühle (positiv oder negativ) auf. Dabei spielen die bisherigen Erfahrungen in der Lebens- und Krankheitsgeschichte eine wichtige Rolle. Scheinbar harmlose Entscheidungen, die für sich betrachtet möglicherweise wenig Tragweite besitzen (z. B. die Entscheidung, die Beförderung anzunehmen, obwohl dadurch kaum Zeit für die Familie bleibt), führen zu einer Annäherung an Risikosituationen. Verfügt der Betroffene dann über keine geeigneten Bewältigungsstrategien und hat er hohe Erwartungen an die Wirkung des Suchtmittels bei gleichzeitig geringem Vertrauen in sich selbst, ist der Weg für den erneuten Konsum gebahnt.

Alle Verhaltensweisen laufen zunächst gedanklich ab. Durch die „im Kopf“ erteilte Erlaubnis wird der Weg zum Konsumieren des Suchtmittels freigegeben. Fehlende Bewältigungsstrategien, Scham und Schuld können dazu beitragen, dass aus dem Vorfall ein Rückfall wird.

Nach Marlatt sind bei der Entstehung und dem Verlauf von Rückfällen folgende Aspekte bedeutsam:

- Unangenehme Gefühle (z. B. Angst, Wut, Einsamkeit, Unruhe)
- Unangenehme körperliche Empfindungen (z. B. Schmerzen, Schlaflosigkeit)
- Angenehme Gefühle (z. B. Erfolgserlebnisse, Euphorie)
- Austesten der Trinkkontrolle
- Verlangen nach dem Suchtmittel
- Zwischenmenschliche Konflikte (häufig in Zusammenhang mit neg. Gefühlen)
- Verführungssituationen (z. B. Aufforderung zum Konsum)
- Geselligkeit

„Der Rückfall“ darf in der Selbsthilfegruppe nicht nur bei rückfälligen Verhalten eines Gruppenmitgliedes Thema sein, sondern sollte gerade in „guten“ Zeiten bearbeitet werden, um in auftretenden Risikosituationen mit dem nötigen Handwerkszeug gerüstet zu sein. Die Gruppe beschäftigt sich offen mit Rückfallgedanken und Signalen für die eigene Rückfallgefährdung. In der Gruppe kann u.a. gelernt werden, sich selbst zu akzeptieren, zu reden, um Hilfe zu bitten, sich abzugrenzen, positive und negative Gefühle wahrzunehmen und mitzuteilen wie auch vorausschauend zu handeln.

Unterstützung durch die Selbsthilfegruppe in jeder Phase!

<i>Abstinenz</i>	Ausgeglichene Lebensführung, Risikosituationen kennen, Notfallplan erarbeiten
<i>vor dem Rückfall</i>	Gedanken, Auslöser, Risikosituationen beachten
<i>im Rückfall</i>	Hilfe anbieten, Notfallplan anwenden, Unterstützung geben
<i>nach dem Rückfall</i>	Auseinandersetzung mit Schuldgefühlen, Scham, Verantwortung übernehmen, Ursachen analysieren

nach Janßen & Körkel 2002

7. Suchtprävention

Unter Suchtprävention versteht man vorbeugende Maßnahmen, um eine Suchterkrankung bzw. Abhängigkeitsentwicklung zu vermeiden.

Entsprechend der Zielrichtung werden drei Formen unterschieden:

- **Universelle** Suchtprävention richtet sich an die Gesamtheit der Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe. Dazu zählen z. B. Schulprogramme, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen auf Gemeindeebene oder am Arbeitsplatz.
- **Selektive** Suchtprävention ist auf gefährdete Gruppen zugeschnitten, d. h. Personengruppen mit besonderen Risiken wie Armut, Arbeitslosigkeit, Stress oder besondere Familienverhältnisse (Kinder aus suchtbelasteten Familien als Zielgruppe für Angebote der selektiven Suchtprävention).
- **Indizierte** Suchtprävention richtet sich an Personen mit Risikoverhalten in Bezug auf Suchtmittelkonsum oder exzessive Verhaltensweisen, z. B. Jugendliche mit Alkoholintoxikation.

Hinsichtlich der Umsetzung sollte Suchtprävention:

- frühzeitig, kontinuierlich, alters- und geschlechtsspezifisch durchgeführt werden,
- durch gezielte Maßnahmen und Projekte positive Entwicklungsmöglichkeiten in den verschiedensten Zielgruppen und Handlungsfeldern unterstützen,
- unterschiedlichste Handlungsfelder erreichen (z. B. Kindergärten, Schulen, PEERs, Familien, Betriebe),
- gesundheitsfördernde Strukturen mitgestalten und
- wirksame Programme zur Suchtprävention flächendeckend umsetzen.

Die frühere Unterscheidung in **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** hat sich als ungünstig erwiesen, da die Abgrenzung von Tertiärprävention und Behandlung zu ungenau ist. Dennoch findet vor allem der Begriff der Primärprävention weiterhin Verwendung (z. B. bei der gesetzlichen Krankenversicherung). Primäre Prävention soll das Auftreten von Schädigungen und Krankheiten verhindern, richtet sich an die gesamte Bevölkerung und ist somit der Prävention im eigentlichen Sinne gleichzusetzen.

In den einzelnen Bundesländern koordinieren und unterstützen sogenannte Landeskoordinierungsstellen bzw. Landesfachstelle die suchtpreventive Arbeit in den Bundesländern. In Sachsen ist das die folgende Institution:

- Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen (Träger: SLS e.V. und SLFG e.V. unter www.suchtpraevention-sachsen.de), u.a. auch mit einem mobilen Angebot der Angebot der Suchtprävention „GLÜCK SUCHT DICH“ unter www.gluecksuchtdich.de

Anlage

„Meine Abstinenzkarte“

bestellbar in der SLS-Geschäftsstelle (an: info@slsev.de)

<p>Das kann ich tun!</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ich zeige deutlich, dass ich nicht trinke. ☞ Ich besuche regelmäßig eine Selbsthilfegruppe. ☞ Ich achte auf guten Kontakt zu Freundinnen und Freunden. ☞ Ich spreche meinen Ärger aus. ☞ Wenn es mir schlecht geht, spreche ich mit jemandem. ☞ Ich tue mir Gutes (z. B. Hobbys). 	<p>Alles Gute wünscht Ihnen die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren!</p> 	 <p>Meine Abstinenz-Karte</p> <p>Tipps ...</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ damit ich abstinent lebe. ☞ damit ich einem Rückfall vorbeuge. ☞ im Fall der Fälle.
<p>Der Inhalt dieser Karte wurde zum größten Teil von den Bundesverbänden des Kreuzbundes und der Freundeskreise entwickelt und veröffentlicht (Janßen, Körtel -2002: Der Rückfall- Eine Handreichung für Suchtbetroffene und Helfer, Lambertus).</p>		

<p>Ich lebe abstinent, weil ...</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="color: red; font-size: small;">Tragen Sie hier eine Aussage ein, die Ihnen helfen wird, abstinent zu bleiben. In kritischen Situationen lesen Sie sich den Satz mehrmals laut vor!</p>	<p>Wie kündigt sich ein Rückfall an?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e0f2f1;">Körper</td> <td>Unruhe, Herzklopfen, Schlafstörungen</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0f2f1;">Gedanken</td> <td>„Es hat alles keinen Sinn.“ „Ich halte das nicht mehr aus.“ „Am liebsten würde ich wieder trinken.“</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e0f2f1;">Gefühle</td> <td>Angst, Ärger, Traurigkeit</td> </tr> </table> <p style="color: red; font-size: small;">Wenn Sie merken, dass diese Anzeichen bei Ihnen vermehrt auftreten, sollten Sie mit jemandem darüber sprechen!</p>	Körper	Unruhe, Herzklopfen, Schlafstörungen	Gedanken	„Es hat alles keinen Sinn.“ „Ich halte das nicht mehr aus.“ „Am liebsten würde ich wieder trinken.“	Gefühle	Angst, Ärger, Traurigkeit	<p>Was mache ich nach einem Rückfall?</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Ich höre sofort auf zu trinken! ☞ Ich verlasse sofort den Ort des Trinkens! ☞ Ich hole mir Hilfe – zum Beispiel von: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vertrauensperson:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td>Selbsthilfegruppe:</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td>Beratungsstelle:</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">☎</td> </tr> <tr> <td>Sucht Hotline:</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;">☎ 01805-31 30 31</td> </tr> </table>	Vertrauensperson:	☎	Selbsthilfegruppe:	☎	Beratungsstelle:	☎	Sucht Hotline:	☎ 01805-31 30 31
Körper	Unruhe, Herzklopfen, Schlafstörungen															
Gedanken	„Es hat alles keinen Sinn.“ „Ich halte das nicht mehr aus.“ „Am liebsten würde ich wieder trinken.“															
Gefühle	Angst, Ärger, Traurigkeit															
Vertrauensperson:	☎															
Selbsthilfegruppe:	☎															
Beratungsstelle:	☎															
Sucht Hotline:	☎ 01805-31 30 31															