



**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**  
BAS Unternehmergeellschaft  
(haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62  
80336 München  
Tel.: 089.530 730-0  
Fax: 089.530 730-19  
E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Registergericht München:**  
HRB 181761

**Geschäftsführung:**  
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
Kto.-Nr. 88 72 600  
BLZ 700 205 00

**Gesellschafter:**  
Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e.V.

## **Dokumentation der 28. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern**

**Konsum – Prophylaxe – Behandlung:  
Aktuelle Informationen aus Forschung und Praxis**

**16. Oktober 2013 in Nürnberg**

## Ablauf der Tagung

Am 16. Oktober 2013 fand im Kleinen Sitzungssaal des Nürnberger Rathauses die 28. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen mit rund 40 Teilnehmern<sup>1</sup> statt. Folgende Vorträge und Workshops wurden angeboten:

- 09:30 Begrüßung und aktuelle Informationen rund um die BAS  
*Christiane Fahrmbacher-Lutz, Vorstand BAS e.V.*
- 10:00 Überblick aktueller Entwicklungen des Suchtmittelkonsums  
*Dr. Daniela Piontek, IFT Institut für Therapieforschung, München*
- 10:45 Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause
- 11:15 Empfehlungen zur Psychosozialen Betreuung Substituierter – Ihre Rückmeldungen  
*Michael Resing, Mudra Substitutionsambulanz, Nürnberg*
- 11:40 Burn-out-Prophylaxe bei im Suchtbereich tätigen Personen (Teil 1)  
*Dr. Götz Berberich, Psychosomatische Klinik Windach*
- 12:30 Mittagspause
- 13:45 Neues zur Behandlung alkoholbezogener Störungen  
*Prof. Dr. Norbert Wodarz, Zentrum für Suchtmedizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg; 1. Vorsitzender BAS e.V.*
- 14:45 Interdisziplinärer Austausch mit Kaffeepause
- 15:00 Burn-out-Prophylaxe – Workshop (Teil 2)  
*Dr. Götz Berberich*
- 16:30 Ende der Veranstaltung

### Begrüßung und Informationen rund um die BAS

Frau Fahrmbacher-Lutz berichtete von den diesjährigen Aktivitäten der BAS zur Optimierung der Versorgungssituation Opiatabhängiger in Bayern, mit der sich auch der Runde Tisch „Rahmenbedingungen der Substitution“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege intensiv befasse.

Auch habe das Bayerische Staatsministerium der Justiz (StMJ) in Zusammenarbeit mit der BAS eine Fortbildung für Staatsanwälte angeboten, die einen Einblick in die Praxis der Substitutionspraxis vermittelt und eine gute Bewertung erhalten habe. Auch sei eine Nachfolgetagung angedacht.

Zu den zentralen Zielsetzungen der aktuellen Initiativen zählten eine optimierte Strukturierung der Ermittlungsverfahren seitens der Staatsanwaltschaften, eine stärkere Einbindung der Qualitätssicherungskommission der Ärzteschaft sowie die Fertigstellung einer Checkliste zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs in Bayern, die eine einheitliche Vorgehensweise sicherstellen und die derzeit regional bestehenden Unterschiede überwinden solle.

Schließlich verwies Frau Fahrmbacher-Lutz noch darauf, dass das im Rahmen der letzten Netzwerktagung thematisierte Approbationsentzugsverfahren gegen eine Ärztin in Niederbayern abgeschlossen sei und sie ihre Approbation wiedererhalten habe.

<sup>1</sup> Soweit in diesem Text bei der Bezeichnung von Personen ausschließlich die männliche Form verwendet wird, geschieht dies ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

## Überblick aktueller Entwicklungen des Suchtmittelkonsums

Die Folien von Frau Dr. Piontek mit Details zu den nachfolgend aufgeführten vier Unterpunkten finden sich in der Anlage zu dieser Dokumentation.

### 1. Regionale Verbreitung des Substanzkonsums in der Allgemeinbevölkerung

Die Zahlen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 werden erst im Dezember 2013 veröffentlicht und konnten in ihrer Präsentation noch nicht berücksichtigt werden

#### Fazit:

- Neue Bundesländer zeigen eine deutliche erhöhte Prävalenz des Tabak- und riskanten Alkoholkonsums
- Cannabiskonsum v.a. als Großstadt-Problem
- Schlafmittelgebrauch im Norden am wenigsten verbreitet
- Teils erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen (und in verschiedenen Altersgruppen)

### 2. Substanzkonsum in der jungen Ausgehscene

Die hier vorgestellten Daten wurden in Kooperation zwischen dem Projekt Phar-Mon und mindzone im Zeitraum von Februar bis Mai 2013 erhoben.

#### Fazit:

- Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sind Konsumprävalenzen deutlich erhöht
- Hauptsächlich werden klassische Partydrogen konsumiert
- Sog. „Legal Highs“ sind auch in der jungen Ausgehscene vergleichsweise wenig verbreitet
- Besonderes Risikopotenzial ergibt sich durch die weite Verbreitung des polyvalenten Konsums

### 3. Crystal/Methamphetamin – ein regionales Phänomen?

#### Fazit:

- Kontinuierlicher Anstieg der Betreuungen wegen Stimulanzien und Crystal seit 2007
- Je näher an der Grenze, desto höher der Anteil der Hauptdiagnose Methamphetamin an allen Klienten
- Aktuell hat Crystalkonsum noch eher regionalen Charakter
- Verglichen mit internationalen Standards fällt geschätztes Ausmaß gering aus

### 4. Politische Maßnahmen und Substanzkonsum

#### Fazit:

- Alkopopkonsum ist erheblich zurückgegangen
- Verschiebung der Getränkepräferenz: Substitutionseffekt vor allem durch Spirituosen
- Kein signifikanter Beitrag zur Reduktion des Gesamtalkoholkonsums unter jugendlichen Trinkern
- Reaktionen der Alkoholindustrie: z.B. neue hochprozentige Mischgetränke

## Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung Substituierter

Herr Resing berichtete über die Zielsetzungen, den Verlauf und den derzeitigen Stand der Bearbeitung der „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer“. Zu den zentralen Zielen der Leitlinien, in die im Zuge des Bearbeitungsprozesses auch die Empfehlungen zur Kooperation aller an der Betreuung Substituierter beteiligter Berufsgruppen integriert wurden, zählten insbesondere die Berücksichtigung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und gesetzlichen Grundlagen. Ferner sollte das in den bisherigen Empfehlungen dargestellte Abstinenzparadigma zugunsten eines alternativen Konstruktes mit mindestens gleichwertigen Zielen ersetzt und die sich zahlreich wiederfindenden negativen Konnotationen zugunsten einer lösungsorientierten Sichtweise aufgegeben werden.

Zu den besonderen Herausforderungen im Kontext der Überarbeitung der Leitlinien in verschiedenen interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitskreisen zählten u.a. die Definition des Begriffs „Betreuung“, die strategische Ausrichtung und Gestaltung der „Psychosozialen Betreuung“, die Berücksichtigung der strukturellen Unterschiede des Suchthilfesystems auf dem Land vs. der Stadt sowie die Berücksichtigung von bayernspezifischen respektive nationalen Regelungen (z.B. beim Thema Substitution und Haft).

Der Textentwurf war im Vorfeld der Veranstaltung an die Teilnehmer verschickt worden, um eine Rückkopplung mit der Praxis zu gewährleisten.

Rückmeldungen sollen möglichst bald an Frau Dr. Erbas unter [erbas@bas-muenchen.de](mailto:erbas@bas-muenchen.de) geschickt werden.

Geplant ist zunächst die Erstellung einer digitalen Version, um einer „dynamischen Fortschreibung“ der Leitlinien gerecht zu werden.

## Burn-out-Prophylaxe bei im Suchtbereich tätigen Personen

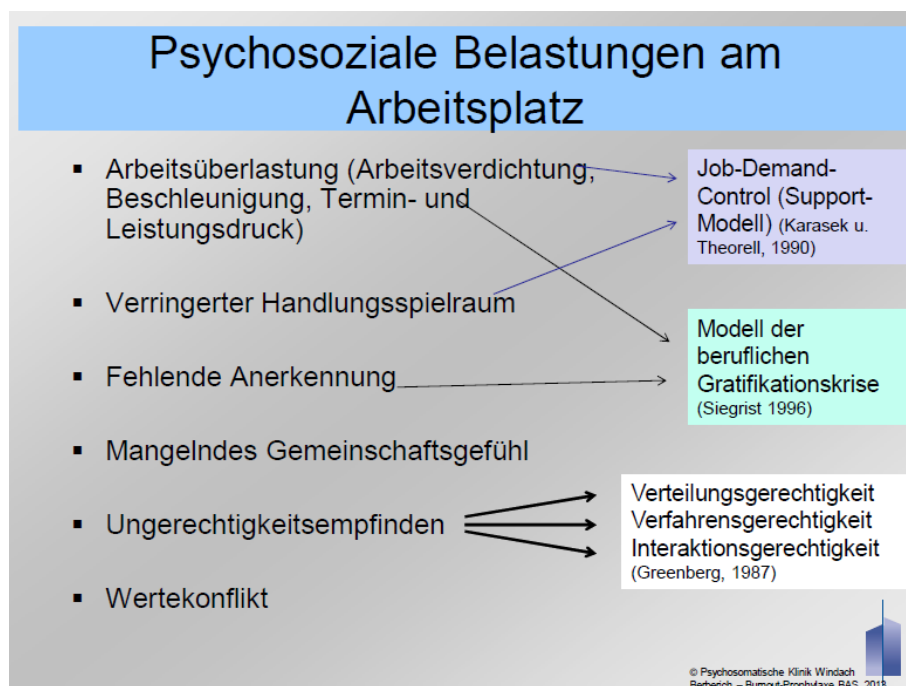
Herr Dr. Berberich erläuterte zunächst den von H.J. Freudenberger (1974) eingeführten Begriff des „Staff Burn-out“, bei dem ganze Teams von Mitarbeitern von Hilfsorganisationen von psychischer und physischer Erschöpfung betroffen sind. Heute versteht man darunter eine negative emotionale Reaktion auf die berufliche Tätigkeit, die auf die fortgesetzte Einwirkung einer stressigen Arbeitsumgebung zurückzuführen ist (Maslach & Jackson, 1984, Maslach et al. 2001). Der Körper reagiert mit verschiedenen Stressreaktionen wie z.B. einer Beschleunigung von Atmung und Herzschlag. Langfristig können sich in der Folge von chronischem Stress Folgeerkrankungen ergeben, die die verschiedensten Organe sowie die Psyche betreffen. Als psychische Folgeerkrankungen nennt Zaudig (2009) beispielsweise depressive Episoden, Angststörungen, Somatisierungsstörungen, das chronische Müdigkeitssyndrom, Alkohol- und Nikotinmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie das Burn-out-Syndrom.

Burn-out lässt sich als Prozess beschreiben (Zaudig), wobei aus anfänglichen Idealismus und Enthusiasmus, zunehmende Überforderung, Frustration, Apathie, Verzweiflung und Erschöpfung werden. Bei Betrachtung von Burn-out als Syndrom (Maslach) stehen Symptome wie Erschöpfung, Zynismus, reduzierte beruflichen Wirksamkeit bzw. Leistungsfähigkeit mit Verzweiflung, Selbstbeschuldigung, psychosomatischen Beschwerden sowie depressiven oder Angstsymptomen im Mittelpunkt.

Ein Erklärungsansatz von Burn-out beruht auf dem Transaktionalen Stressmodell, nach dem Stress wesentlich von kognitiven Bewertungsprozessen mitbestimmt und durch persönliche Einstellungen und Erfahrungen beeinflussbar ist (Lazarus 1966, 1974). Dabei werden äußere Stressoren interindividuell unterschiedlich wahrgenommen und gewertet. Anhaltende Stresseinwirkung führt beim Menschen zu erhöhter Stressvulnerabilität, die sich in erhöhten Glucocorticoid-, Dopamin- und Noradrenalinspiegeln zeigt. Durch wiederholten Stress werden entzündungsfördernde Zytokine vermehrt ausgeschüttet – therapeutische Ansätze mit antientzündlichen Substanzen (z.B. COX-2-Hemmer) haben sich als wirksam erwiesen.

Stress kann neben dem Beruf auch in der Familie auftreten, wenn z.B. finanzielle Schwierigkeiten, räumliche Enge, schwierige Kinder oder zu pflegenden Angehörige zu einer Mehrfachbelastung führen. Für im Suchtbereich tätige Personen gibt es spezifische Stressoren, die Herr Berberich durch Interviews mit niedergelassenen Ärzten aus Stadt (z.B. Szenebildung um die Praxis, Ambivalenz zwischen Grenzziehung und Nachgiebigkeit) und Land (z.B. problematische Auslegung der BtMVV durch die Justiz, Bürokratie), einem Klinikarzt (z.B. ökonomische Fragen, überbordende Bürokratie) und der Leiterin einer Suchtberatungsstelle (z.B. Anforderungen der Kostenträger, zunehmende Ambulantisierung auch bei schwer kranken Patienten) im Interview erfragt hat. Hilfreich können in diesen Situationen berufliche und fachliche Interessenvertretung oder Öffentlichkeitsarbeit sowie Supervision, Vernetzung und Weiter- bzw. Fortbildung sein.

Aus soziologischer Perspektive gibt es verschiedene Arbeits-Stressoren, die in der nachfolgenden Abbildung zusammengefasst dargestellt sind.

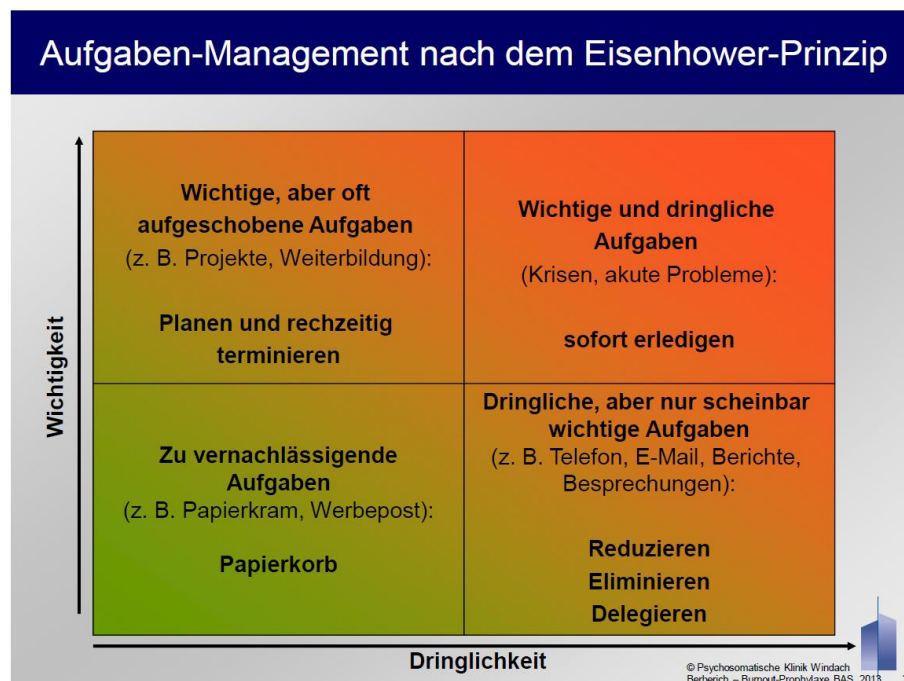


Beruflichen Gratifikationskrisen kann auf verschiedenen Ebenen vorgebeugt werden: Hinsichtlich der Arbeitsorganisation können qualifikationsgerechte Aufstiegsmöglichkeiten und Entlohnung, individuelle Arbeitszeitgestaltung, innerbetriebliche Anerkennungskultur sowie Formen der Gewinnbeteiligung hilfreich sein. Auf der Ebene der interpersonellen Beziehungen können Kooperation, Information, Kommunikation und das Führungsverhalten der Vorgesetzten verbessert werden. Im Bereich des individuellen Verhaltens kann an Stressbewältigung,

Entspannungsfähigkeit, Zeitmanagement, Selbstbehauptung bzw. Abgrenzungsfähigkeit gearbeitet werden und übersteigertes berufliches Engagement überprüft werden.

Zahlreiche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitszügen und erhöhten Burn-out-Maßen. Am häufigsten wurde dazu der Zusammenhang mit den „Big Five“ (Neurotizismus, Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit) mittels Maslach-Burn-out-Inventary (MBI) untersucht (Swider et al. 2010; Alarcon et al. 2009; Wang et al. 2010; Mols u. Denollet 2010). Details zu diesen Persönlichkeitsmerkmalen finden sich in der Dokumentation zum Workshop auf Seite 8.

Eine Methode des Stressmanagements liegt im Aufgaben-Management nach dem Eisenhower-Prinzip. Wie das aussieht, zeigt die nachfolgende Abbildung.



## Neues zur Behandlung alkoholbezogener Störungen

Herr Prof. Wodarz erläuterte zunächst die Bedeutung von Leitlinien in der Medizin. Diese müssen aufgrund der notwendigen Aktualität alle fünf Jahre erneuert werden. Für die Abstimmung ist ein 80 %-iger Konsens der beteiligten Fachgesellschaften erforderlich.

Bei der sich derzeit in Arbeit befindlichen S3-Leitlinie handelt es sich um eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie, die aus einer für den Anwenderkreis repräsentativen Entwicklergruppe besteht und deren Vorgehen systematisch evidenzbasiert ist. Der Konsensusfindung liegt ein strukturiertes Vorgehen zugrunde. Sieben Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit den Themen: Screening und Diagnostik, Kurzintervention, Entgiftung, qualifizierter Entzug, Pharmakotherapie, Komorbidität, spezifische Populationen, Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung sowie Schnittstellen und Versorgungsorganisation. Ende 2013 soll einer Gesamtbeurteilung der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen erfolgen.

Neben verschiedenen Evidenzstärken von hoch (Klasse I) über mäßig (Klasse II) bis schwach (Klassen III, IV und V) gibt es drei Empfehlungsgrade: So wird eine starke Empfehlung im Text mit dem Wort „soll“ und der Kennzeichnung A, eine Empfehlung mit „sollte“ (B) und eine offene Empfehlung mit „kann“ (0 oder KKP, d.h. klinischer Konsenspunkt) gekennzeichnet.

Am Beispiel der Kurzintervention erläuterte Herr Wodarz das Problem der uneinheitlichen Definition in der Literatur, da darunter 1-5 Sitzungen mit einer Dauer von 5-60 Minuten verstanden werde. Auf eine ausführlichere Darstellung weiterer vorgestellter Beispiele wird an dieser Stelle verzichtet, da sich möglicherweise im Rahmen der Gesamtbeurteilung am Jahresende noch Änderungen ergeben könnten.

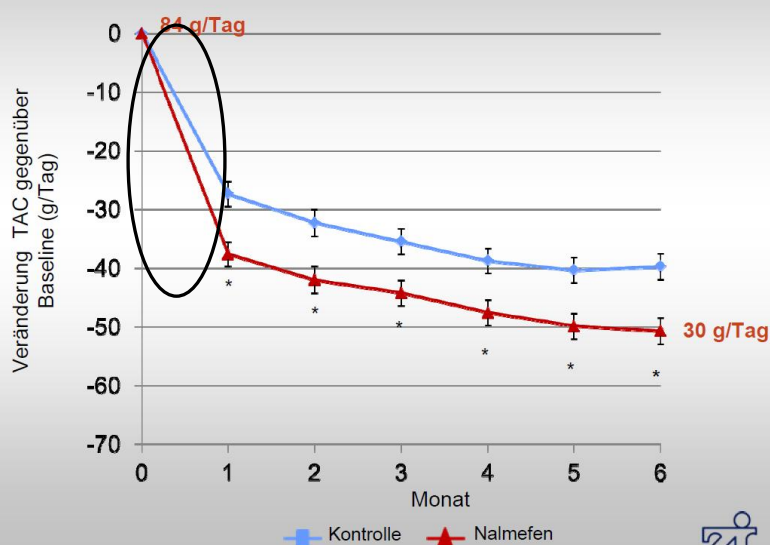
Bezüglich der Evaluation des qualifizierten Entzugs gibt es bislang noch keine randomisierte kontrollierte Studie – derzeit wird eine prospektive, offene, randomisierte, kontrollierte klinische Interventionsstudie mit Kontroll- und Interventionsgruppe durchgeführt. Verglichen werden dabei zwei Gruppen entweder mit manualisierter Gruppenpsychoedukation oder mit unstrukturiertem supportivem Therapieprogramm. Die zugrundeliegende Hypothese lautet, dass die Rate des Antritts einer weiterführenden Postakutbehandlung bei Patienten mit manualisierter Gruppenpsychoedukation signifikant höher ist. Sekundäre Zielparameter sind u.a. die Halte- und Abstinenzquote sowie die Krankheitskosten.

Abschließend befasste sich Herr Wodarz noch mit dem Thema der Rückfallprophylaxe bzw. der Trinkmengenreduktion. Nach einem kurzen historischen Rückblick über verschiedene Substanzen (z.B. Apomorphin, Strychnin und Atropin oder LSD), die in der Vergangenheit schon zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit eingesetzt wurden, ging es in die Gegenwart mit der Substanz Disulfiram (Antabus®). Dieses Mittel hat in Deutschland seit 2011 keine Zulassung mehr und ist nur über die internationale Apotheke zu beziehen. Im ALITA-Projekt (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke) hat sich gezeigt, dass Disulfiram alleine nicht wirksam ist, durchaus aber bei Einbindung des Patienten in das Suchthilfesystem. Auch bei Acamprosat (Campral®) ist es so, dass es bei alleinigem Einsatz nur eine begrenzte Wirkung zeigt. Sowohl für Acamprosat als auch für Naltrexon (Adepend®) beträgt die „number needed to treat“ 9, d.h. dass neun alkoholabhängige Patienten über ein Jahr behandelt werden müssen, um in einem Fall eine andauernde Abstinenz zu erzielen. Ein Einsatz sollte vor allem in einem suchtspezifischen Gesamtbehandlungsplan erfolgen.

Als Mittel zur Trinkmengenreduktion ist in diesem Jahr Nalmefene (Selincro®) – chemisch eine minimale Strukturvariante des Naltrexon – hinzugekommen. Die Substanz ist bereits zugelassen, allerdings ist die Kostenübernahme noch nicht geklärt. Der Effekt der Alkoholreduktion gegenüber der Kontrollgruppe ist zwar signifikant, aber insgesamt mäßig ausgeprägt. Auch die Zielgruppe für die Substanz ist noch unklar.

In der Abbildung auf Seite 8 zeigt sich der größte Rückgang in der täglichen Alkoholaufnahme vor Beginn der eigentlichen Studie (siehe eingekreister Bereich) – die Patienten wurden zum Zeitpunkt 1 den beiden Studienarmen zugeteilt und erhielten erst dann entweder Nalmefene oder Placebo. Hier zeigt sich, dass der prinzipielle Entschluss, sich einer Behandlung zu unterziehen, bereits einen erheblichen Effekt auf die Trinkmenge hat, auch ohne dass zu diesem Zeitpunkt bereits eine spezifische Intervention stattgefunden hat.

## TAC – Veränderung gegenüber Baseline



\*p<0.05 vs Kontrolle; adjustierte Mittelwerte ± SE

Mann et al. Biol. Psychiatry 2013; 73: 706-713



Zentralinstitut für  
Seelische Gesundheit  
Lehrstuhl für  
Medizinische Psychologie

## Workshop – Burn-out-Prophylaxe

Im Rahmen des Workshops präsentierte Herr Dr. Berberich den Teilnehmern sechs Übungen, die weiter unten kurz beschrieben werden. Zunächst werden jedoch relevante Persönlichkeitsfaktoren vorgestellt:

### Für Burn-out relevante Persönlichkeitsfaktoren:

- **Neurotizismus:** Hierunter versteht man die Neigung, nervös, ängstlich, besorgt oder gestresst zu reagieren. Bei diesem Merkmal fanden sich die stärkste Korrelation mit dem Gesamtwert des MBI und eine starke positive Korrelation mit emotionaler Erschöpfung.
- Unter **Extraversion** versteht man die Neigung, Gefühle und Befindlichkeit offen und häufig mitzuteilen. Er stellt einen Schutzfaktor dar. Im MBI fand sich meist eine negative Korrelation zu emotionaler Erschöpfung und Zynismus und eine starke positive Korrelation zu persönlicher Erfüllung.
- **Verträglichkeit:** Hier findet sich eine Neigung zu Altruismus, Verständnis, Wohlwollen, Mitgefühl, Vertrauen, Kooperationsbereitschaft und Nachgiebigkeit. Als Gegenpol gelten Egozentrik, Misstrauen und eine Neigung zu kompetitivem Verhalten. Hier fand sich keine Korrelation zum Gesamtmaß des MBI, allerdings eine positive Korrelation zu persönlicher Erfüllung sowie eine negative Korrelation zu emotionaler Erschöpfung und Zynismus.
- Unter **Gewissenhaftigkeit** versteht man die Neigung, organisiert, sorgfältig, planend, effektiv, verantwortlich, zuverlässig und überlegt zu handeln. Hier fanden sich von der Richtung her die gleichen Korrelationen wie beim Merkmal „Verträglichkeit“.
- Hinsichtlich der **Offenheit** fanden sich widersprüchliche oder nicht signifikante Korrelationen zum Gesamtmaß und den Subitems des MBI.



- *Negative Affektivität*: Hier besteht eine starke positive Korrelation zu emotionaler Erschöpfung und Zynismus, eine negative Korrelation zu persönlicher Erfüllung im Beruf.
- *Typ D<sup>2</sup> Persönlichkeit*: Hier finden sich positive Korrelationen zum Burn-out-Gesamtmaß und zu emotionaler Erschöpfung, eine negative Korrelation zu persönlicher Erfüllung
- *Internale Kontrollüberzeugung*: Hierunter versteht man die Überzeugung eines Menschen, eine gewisse Kontroll- oder Steuerungsmöglichkeit über seine Lebensbedingungen zu haben. Diese Eigenschaft wirkt protektiv gegen Burn-out. So fanden sich hier negative Korrelationen mit emotionaler Erschöpfung und Zynismus, eine positive Korrelation mit persönlicher Erfüllung.
- *Selbstwirksamkeit*: Diese Eigenschaft spiegelt die persönliche Einstellung zur eigenen Kompetenz bzw. den Fähigkeiten wider, etwas in seinem Leben zu bewirken. Ein Mangel an Selbstwirksamkeit ist ein klassisches Merkmal einer Depression im Sinne der erlernten Hilflosigkeit.
- *Hardiness*: Unter dieser resilienzfördernden Eigenschaft versteht man die Kombination aus Engagement – im Sinne von Einverständnis mit dem, was man tut – und Kontrolle sowie Herausforderung. Sie weist eine starke Korrelation mit Burn-out-Maßen auf.

Die erste Aufgabe bestand darin, für sich selbst die fünf wichtigsten Stressoren im beruflichen Alltag zu benennen. Diese ließen sich in der Regel entweder dem System zuordnen oder sie waren persönlich bedingt.

#### Praktische Übungen und Arbeitsaufträge:

In einer zweiten Übung – diesmal mit einem Partner – sollten die Gefühle bezüglich der momentanen Arbeitssituation so mitgeteilt werden, dass Emotionen benannt werden und auf Schimpfen verzichtet wird. In einer Übung in Form einer Kleingruppenarbeit wurde schließlich diskutiert, wo jeder in seinem persönlichen Arbeitsumfeld die Kontrolle in der Hand hat – sei es beispielsweise bei der Zeiteinteilung, der Arbeitsaufteilung oder der Reihenfolge von bestimmten Arbeitsschritten.

In einer vierten Übung ging es darum zu überlegen, wo man etwas im Leben bewirken kann. Anschließend wurde im Rahmen einer fünften Aufgabe mit einem Partner überlegt, wie eine typische Situation in der jüngsten Vergangenheit aussah, bei der man sagte „Ich muss...“ Hier sollten die eigenen Empfindungen bei der langsamen Aussprache dieses Satzes bewusst wahrgenommen und überlegt werden, welche Konsequenzen es gehabt hätte, wäre man diesem „Müssen“ nicht gefolgt. Bei der anschließenden Umformulierung in „Ich entscheide mich zu/gegen/für...“ sollte wiederum das Augenmerk auf die eigenen Empfindungen gelegt werden.

Auf den letzten Arbeitsblättern zu Zielen und Werten sollten zum einen Fragen wie „Wann und wie oft gebe ich mir Zeit, darüber nachzudenken?“, „Wer ist mir im Leben wichtig?“ und „Wann nehme ich mir das nächste Mal für sie/ihn Zeit?“ beantwortet und anschließend eine Gewichtung der Lebensbereiche in Form eines Kreisdiagramms in einer Gegenüberstellung aktuell vs. Wunsch vorgenommen werden. Des Weiteren sollten Fragen beantwortet werden wie „Wo will ich meine Grenzen besser schützen?“, „Wem gegenüber will ich Grenzen setzen?“ und „Wie kann ich meine Grenzen verteidigen?“.

---

<sup>2</sup> D = Distress

**Die 29. Tagung des Netzwerkes Sucht** in Bayern der BAS findet am **19.03.2014** in München statt.

Das Thema wird frühzeitig im Vorfeld der Veranstaltung angekündigt.

**Wir freuen uns, wenn Sie uns über regionale Aktivitäten, Besonderheiten oder auch Schwierigkeiten informieren!**

Anlagen:

Vortragsfolien: Überblick aktueller Entwicklungen des Substanzmittelkonsums (Dr. Piontek)

Entwurf zu den Empfehlungen zur psychosozialen Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer (Stand 26.09.2013)

Weitere Präsentationen auf Anfrage