

Arbeitsblätter

Arbeitsblatt 1

Sechs Soforthilfemaßnahmen für Betroffene 2

Arbeitsblatt 2

Abstinenzvertrag 3

Arbeitsblatt 3

Liste positiver Aktivitäten (Alternativen). 4

Arbeitsblatt 4

Persönlicher Notfallplan 5

Arbeitsblatt 5

Notfallkarte 6

Arbeitsblatt 6

Fragebogen Cannabiskonsum 7

Arbeitsblatt 7

Fragebogen Alkoholkonsum 9

Arbeitsblatt 8

Fragebogen Co-Abhängigkeit für Eltern 12

Arbeitsblatt 9

Rückfallprotokoll 13

Arbeitsblatt 10

Suchtdrucktagebuch 14

Arbeitsblatt 1: Sechs Soforthilfemaßnahmen für Betroffene

1. Sich erinnern, warum ich dem Verlangen widerstehen will
(z.B. Notfallkarte nutzen)
 2. Ablenken (wichtig: Keine Assoziationen mit Drogen)
 3. Achtsamkeits- oder Entspannungsübung, z.B. PMR, autogenes Training oder Entspannungsmusik
 4. Körperlich abreagieren (z.B. laufen, Rad fahren etc.)
 5. Positive Selbstgespräche (eigene Fähigkeiten und Stärken vor Augen führen)
 6. Gedankenstopp
- (Erklärung siehe Kapitel 13)

Arbeitsblatt 2: Abstinenzvertrag

Name: _____

Ziel und Zeitpunkt des Erreichens:

Warum will ich das Ziel erreichen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Was hilft mir, das Ziel zu erreichen, und wer hilft mir?

Belohnung für Zielerreichung:

Jugendlicher (Datum, Unterschrift)

Eltern, Angehöriger (Datum, Unterschrift)

Arbeitsblatt 3: Liste positiver Aktivitäten (Alternativen)

Soziale Kontakte <ul style="list-style-type: none">. Freunde/Verwandte treffen (keine Konsumenten). Gesellschaftsspiele. Gemeinsamer Ausflug, z. B. Café oder Kino. Sich ehrenamtlich engagieren	Freizeitaktivitäten <ul style="list-style-type: none">. Kochen. Malen. Sportveranstaltung besuchen. Minigolf. An einen See fahren. Spazieren gehen
Medien <ul style="list-style-type: none">. Zeitschriften lesen. Film oder Serie gucken. Musik hören. Mit Freunden (keine Konsumenten) chatten. Spiel auf PC oder Konsole spielen	Sport <ul style="list-style-type: none">. Wandern. Schwimmen gehen. Yoga. Radfahren. Im Sportverein aktiv sein
Kultur <ul style="list-style-type: none">. Konzert besuchen. VHS-Kurs belegen. Buch lesen. Museumsbesuch	Sonstiges <ul style="list-style-type: none">. Sauna. Stadtbummel. Anderen helfen. Tagesausflug machen. In der Sonne sitzen

Weitere Ideen und Vorschläge:

Arbeitsblatt 4: Persönlicher Notfallplan

In welchen Situationen ist die Rückfallgefahr hoch?

1. _____
2. _____
3. _____

Wenn das Risiko für einen Rückfall besteht, was kann ich tun?

Körperliche Aktivitäten, welche?

Etwas Entspannendes machen, was?

Mich ablenken, wie?

Positive Kontakte (keine Konsumenten) suchen, zu wem?

Welche Person könnte mir helfen, mich unterstützen?

Name

Telefonnummer

Arbeitsblatt 5: Notfallkarte

Vorderseite

Notfallkarte
Ich will nicht konsumieren, weil ...

Erste Hilfe:

1. Ich gehe aus der Situation heraus
2. Ich lenke mich ab
3. Positives Selbstgespräch

Rückseite

Positive Sätze an mich selbst:

Ich kontaktiere:

Name	Telefonnummer
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Diese Notfallkarte kann man gut laminieren und dann z. B. in das Portemonnaie stecken. So hat man immer einen kleinen »Notfallplan« bei sich.

Arbeitsblatt 6: Fragebogen Cannabiskonsum

Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens kannst du deinen eigenen Cannabiskonsum einschätzen. Wie oft gebrauchst du Cannabis?

- Nie 0
- Etwa 1-mal pro Monat 1
- 2 bis 4-mal pro Monat 2
- 2 bis 3-mal pro Woche 3
- 4-mal oder öfter pro Woche 4

Wenn du Cannabis gebrauchst, wie viele Stunden bist du dann typischerweise »stoned«?

- 1 bis 2 0
- 3 bis 4 1
- 5 bis 6 2
- 7 bis 9 3
- 10 oder mehr 4

Wie oft hast du in den letzten 6 Monaten bemerkt, dass du nicht in der Lage warst, deinen Cannabisgebrauch zu stoppen, sobald du begonnen hast?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hast du in den letzten 6 Monaten im Zusammenhang mit deinem Cannabisgebrauch eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von dir erwartet hatte?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hast du während der letzten 6 Monate Cannabis in Situationen
gebraucht, die gefährlich werden könnten? (z. B. Teilnahme am Straßenverkehr,
Bedienen von Maschinen, etc.)

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat. 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hast du während der letzten 6 Monate daran gedacht, deinen Cannabis-
gebrauch zu beenden oder zu reduzieren?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat. 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hattest du in den letzten 6 Monaten durch den Cannabisgebrauch
Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat. 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft während der letzten 6 Monate verbrachtest du die meiste Zeit des Tages
mit dem Kaufen oder Gebrauch von Cannabis oder dem Nüchtern-Werden?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat. 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Auswertung: Alle Punkte laut der Liste zusammenzählen!

Ab 7 Punkten besteht ein problematischer Gebrauch.

Ab 13 Punkten besteht vermutlich eine Abhängigkeit.

Arbeitsblatt 7: Fragebogen Alkoholkonsum

Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens kannst du deinen eigenen Alkoholkonsum einschätzen. Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk zu dir?

- Niemals 0
- 1-mal im Monat oder seltener. 1
- 2 bis 4-mal im Monat. 2
- 2 bis 3-mal pro Woche 3
- 4-mal oder mehrmals in der Woche . . . 4

Wenn du alkoholische Getränke zu dir nimmst, wie viel trinkst du dann typischerweise an einem Tag? (Ein alkoholhaltiges Getränk ist z.B. ein Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör)

- 1-2 0
- 3-4 1
- 5-6 2
- 7-9 3
- 10 oder mehr 4

Wie oft trinkst du 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hast du in den letzten 12 Monaten erlebt, dass du nicht mehr mit dem Trinken aufhören konntest, nachdem du einmal begonnen hattest?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass du wegen des Trinkens Erwartungen, die man normalerweise an dich hat, nicht mehr erfüllen konntest?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft brauchtest du während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um dich nach einem Abend mit viel Alkoholgenuss wieder fit zu fühlen?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hattest du während der letzten 12 Monate wegen deiner Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Wie oft hast du dich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil du getrunken hattest?

- Niemals 0
- Seltener als 1-mal im Monat 1
- 1-mal im Monat 2
- 1-mal pro Woche 3
- Täglich oder fast täglich 4

Hast du dich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon mal verletzt?

- Nein. 0
- Ja, aber nicht im letzten Jahr 2
- Ja, im letzten Jahr 4

Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen
deines Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass du deinen Alkohol-
konsum einschränkst?

Nein 0

Ja, aber nicht im letzten Jahr 2

Ja, im letzten Jahr 4

Auswertung: Alle Punkte laut der Liste zusammenzählen!

Ab 7 Punkten besteht ein problematischer Gebrauch.

Ab 15 Punkten besteht vermutlich eine Abhängigkeit.

Arbeitsblatt 8: Fragebogen Co-Abhängigkeit für Eltern

Beantworten Sie die folgenden Fragen mit JA oder NEIN

1. Werden Sie wegen Ihrer Opferbereitschaft anerkannt?
2. Verschweigen oder entschuldigen Sie Verhaltensweisen Ihres Kindes gegenüber Dritten, in der Absicht, ihm zu helfen?
3. Fühlen Sie sich abhängig von der Befindlichkeit Ihres Kindes?
4. Misstrauen Sie Ihrem Kind?
5. Vermeiden Sie Auseinandersetzungen?
6. Haben Sie Ihrem Kind mit Rausschmiss gedroht?
7. Misstrauen Sie sich?
8. Vermeiden Sie, mit anderen über Ihre Probleme zu sprechen?
9. Haben Sie häufiger das Gefühl, nur noch wenig Einfluss zu haben?
10. Haben Sie schon oft Drohungen ausgesprochen und nicht wahrgemacht?
11. Haben Sie den Eindruck, dass das Suchtsymptom (Alkohol, Drogen, Essen, Spielen) immer häufiger Thema in Ihrer Familie ist?
12. Übernehmen Sie häufiger Aufgaben, die Ihr Kind selbstständig erledigen kann?
13. Denken Sie und Ihr Partner an Trennung?
14. Sind Sie häufiger deprimiert und verzweifelt, weil Ihr Kind sein Verhalten beibehält?
15. Haben Sie psychosomatische Beschwerden?
16. Haben Sie Ihrem Kind schon öfter mit Geld ausgeholfen?
17. Haben Sie das Gefühl, den Halt zu verlieren, wenn Ihr Kind nicht mehr wäre?
18. Wechseln Ihre Gefühle für Ihr Kind öfter zwischen tiefem Hass und großem Mitgefühl?
19. Haben Sie den Eindruck, die Sucht Ihres Kindes würde sich verstärken, wenn Sie ihm die Verantwortung überlassen?
20. Haben Sie oder ein Familienangehöriger Selbstmordgedanken?
21. Vermeiden Sie Trauer?
22. Haben Sie schon mit Ihrem Kind getrunken, gekifft, Diät gemacht oder gespielt, um es zu verstehen?

Zusätzliche Fragen (nicht mit Ja oder Nein zu beantworten):

23. Welche Bedeutung hat Sterben und Tod in Ihrer Familie?
24. Woran haben Sie Spaß und was macht Ihnen Freude?

Je mehr Fragen Sie mit »Ja« beantworten, desto höher ist der Grad Ihrer Co-Abhängigkeit oder Sie sind gefährdet, sich co-abhängig zu verhalten.

Quelle: pro mente Sucht

Arbeitsblatt 9: Rückfallprotokoll

Datum/ Uhrzeit	Wie war die Situation? Wer war dabei? Wo ist es passiert?	Warum habe ich Suchtmittel genommen?	Was hätte ich stattdessen tun können?
17.06 um 15:45	Mit 4 Freunden im Park, wo wir immer konsumieren. Zusammengesessen und ein Freund baute Joints, alle haben konsumiert	Ich wollte mit- machen, nicht als »Loser« dastehen. Vorher hatte ich Stress in der Schule und Drogen helfen mir, runterzukom- men	<ul style="list-style-type: none"> · Nein sagen · Weggehen · Jemand anrufen, der mir hilft, nicht zu konsumieren

Arbeitsblatt 10: Suchtdrucktagebuch

Fülle das Tagebuch 3 x am Tag aus und schätze deinen Suchtdruck ein. Sollte etwas Besonderes gewesen sein, schreibe dieses zusätzlich auf. Das Tagebuch hilft dir, deinen Suchtdruck selbst besser einzuschätzen und somit besser auf dich zu achten. So kannst du Rückfälle vermeiden.

Stärke	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		
	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab	Mo	Mi	Ab
10															
9															
8															
7															
6															
5															
4															
3															
2															
1															

Erklärungen: Mo = Morgens Mi = Mittags Ab = Abends