

WENDEPUNKT
Psychosoziale Beratungsstelle für Suchtgefährdete,
Suchtkranke und deren Angehörige
im Saale-Holzland-Kreis

Rosa-Luxemburg-Str. 13
07607 Eisenberg
Tel.: 036691/5720-0
Fax: 036691/5720-29
E-mail: Kontakt@WENDEPUNKT-eV.net

Konzeption zur
Leistungsbeschreibung der PSBS

Träger: WENDEPUNKT e.V.
Stand: Mai 2009
Verfasser M. Frankenstein

Inhaltsverzeichnis:

1. Die inhaltlich - fachliche Ausrichtung der PSBS und ihre theoretische Basis	S. 3
1.1. Persönlichkeitsmodell	S. 3
1.2. Krankheitsmodell	S. 3
1.3. Suchtverständnis	S. 4
2. Angebote	S. 5
2.1. Prävention als Vorsorge	S. 6
2.2. Die Beratung (Kontakt- und Motivationsphase)	S. 7
2.2.1. Das Grundmodell der Beratungsarbeit	S. 8
2.2.2. Der Beratungsprozess	S. 8
2.2.2.1. Die Kontaktphase oder Eingangsphase	S. 8
<i>Das Erstgespräch</i>	S. 9
<i>Die Informationsgruppe</i>	S. 9
<i>Der Hausbesuch</i>	S. 9
<i>Die Rolle der Angehörigen/Bezugspersonen</i>	S. 10
<i>Motivation in der Kontaktphase</i>	S. 10
2.2.2.2. <i>Diagnostik in der Kontaktphase (Eingangsdagnostik)</i>	S. 11
(1) <i>Diagnostik der sozialen Situation</i>	S. 12
(2) <i>Diagnostik der Psychodynamik</i>	S. 12
(3) <i>Medizinische Diagnostik</i>	S. 14
(4) <i>Differentielle Indikation</i>	S. 15
2.3. Die Entgiftungs- und Entziehungsphase	S. 16
Die ambulante Entgiftung	S. 17
Die stationäre Entgiftung	S. 17
2.4. Die Entwöhnungs- oder Therapiephase	S. 18
<i>Der Rückfall</i>	S. 18
2.5. Die Nachsorge	S. 19
2.5.1. Die ambulante Nachsorge	S. 19
2.5.2. Die Nachsorge außerhalb des Beratungssettings	S. 19
3. Behandlungsbegleitende Maßnahmen	S. 20
3.1 Supervision und Fallbesprechungen	S. 20
3.2. Dokumentation und Kooperation	S. 20
3.3. Datenschutz	S. 21
<i>Die Selbsthilfegruppen</i>	S. 21

1. Die inhaltlich - fachliche Ausrichtung der PSBS und ihre theoretische Basis

1.1. Persönlichkeitsmodell

Für die Arbeit in unserer PSBS bildet das Persönlichkeitsmodell der Psychoanalyse die Ausgangsbasis. Sie geht davon aus, daß es oft schon in den ersten Jahren (orale Phase) zu einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung kam.

Dabei stehen für den ich - psychologischen Ansatz besonders Störungen "des Ich und der Identität im Vordergrund:

- Wahrnehmungsstörungen (mangelnde Trennung von Innen- und Außenwahrnehmung) mit der Folge der mangelnden Differenzierung von Affekten und ihren Signalfunktionen;
- Störungen der Objektbeziehungen, die sich häufig mit primitiven Abwehrmechanismen (Spaltung,, Idealisierung und projektive Identifizierung) verbinden;
- Frustrationsintoleranz (insbes. Schwierigkeiten beim Aufschub von Triebbefriedigung);
- Störungen der Affekt- und Impulskontrolle;
- Störungen des Urteils, besonders der Antizipation der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere;
- Abhängigkeitskonflikte (Schwanken zwischen symbiotischen Ansprüchen und Autonomietendenzen)." (W. Feuerlein, S. 82)

"Im Ich-psychologischen Ansatz ist das Symptom nicht mehr Ausdruck eines Konfliktes, sondern Ergebnis eines Defektes in der Struktur der Persönlichkeit. Diese Defizite versucht die Person zu kompensieren, wobei eine Möglichkeit die Drogen repräsentieren, was Rost (1987) treffend beschrieben hat: 'Der Selbstheilungscharakter der Droge für ein in seiner Struktur geschwächtes Ich ist somit die zentrale Aussage der ich-psychologischen Theorie über die Bedeutung der Sucht"'. (H. Arend, S. 35)

Trotz allem wird nach heutigem Kenntnisstand davon ausgegangen, daß sich unter bestimmten Bedingungen (W. Feuerlein, S. 12ff) bei jedem Menschen süchtige Verhaltensweisen entwickeln können. Deshalb der Slogan: "Aus ganz normalen Familien, kommen ganz normale Suchtkranke." Bisher konnte wissenschaftlich keine einheitliche prämorbid Persönlichkeitsstruktur nachgewiesen werden. Bekannt dagegen sind Dispositionen, die die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigen (W. Feuerlein, S. 54f)

1.2. Krankheitsmodell

Auf dem Hintergrund dieses Persönlichkeitsmodells als einem wichtigen Faktor für die Entstehungsbedingungen einer Abhängigkeitserkrankung gehen wir darüber hinaus von einer multifaktoriellen Genese aus.

Trotz aller bisheriger Forschungen scheint Alkoholabhängigkeit sich zu einer Irreversiblen Krankheit zu entwickeln, die einmal manifestiert eine lebenslange Abstinenz erforderlich macht. Aus dem Blickwinkel der Persönlichkeitsentwicklung prägen sich 3 Grundformen

von Abhängigkeitskonflikten aus:

- *der Abhängigkeitstyp*: Alkoholiker ohne Streben nach Autonomie, die sich in ihren infantilen Ansprüchen treiben lassen;
- *Gegenabhängigkeitstyp* mit Verleugnung der Abhängigkeitstendenz;
- *fluktuierender Typ*, bei dem Phasen von Verleugnung und Kompensation mit solchen von Abhängigkeit abwechseln (z.B. episodische und rückfällige Trinker)...

Das Suchtmittel übt hier einige psychische Funktionen aus: Es dient als „innerer Reizschutz“, als Mittel zur Stärkung des Selbstwertgefühls und der Ich-Funktion, zum Abbau von Angst, vor allem aber als symbolisches Liebesobjekt (oft als Ersatzobjekt bei defizitärer Partnerbeziehung):" (W. Feuerlein, S. 82) Somit verstehen wir *Abhängigkeit als ein biopsychosoziales Gesamtgeschehen*, dem wir nur gerecht werden können, wenn wir in unserem beraterischen Vorgehen allen drei Bereichen Rechnung tragen.

1.3. Suchtverständnis

Entsprechend der Kriterien der Weltgesundheitsorganisation gehen wir bei der Existenz folgender Merkmale von einem Abhängigkeitssyndrom aus:

1. Subjektiv unwiderstehliches Verlangen zu trinken, das normalerweise bei dem Versuch aufzuhören oder das Trinken einzuschränken, erlebt wird;
2. erhöhte Alkoholtoleranz;
3. wiederholt aufgetretene Entzugssymptome;
4. Einnahme von Alkohol, um die Entzugssymptome zu lindern bzw. zu vermeiden;
5. Einengung des Trinkverhaltens;
6. Vorrang des Alkoholtrinkens gegenüber anderen wichtigen Aspekten des Lebens;
7. schnelles Wiedereinsetzen des Abhängigkeitssyndroms nach einer Abstinenzperiode. (H. Arend, S.11)

Weitere Kriterien und Anhaltspunkte sind:

- Unfähigkeit zur Abstinenz
- Verlust der Selbstkontrolle in Bezug auf ein Suchtmittel oder
- periodischem Auftreten eines der beiden Symptome

Wir definieren Sucht mit Wanke als "ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und sozialen Chancen eines Individuums" (zitiert nach H. Arend, S. 13)

2. Angebote

Angebote und Aufgabengebiete der PSBS sollen hier nur stichpunktartig aufgezählt werden. Zentrale Bereiche werden später ausführlicher dargestellt.

- **Prävention** als Vorsorge (Primärprävention)
- **Motivations-** und Informationsgespräche
- **Beratungsgespräche** für alle Zielgruppen

- **med., psycholog. und soziale Diagnostik**, Begleitung und Betreuung
- **Krisenintervention** (einschl. ambulanter Entgiftung)
- **ambulante Nachsorge/Nachbetreuung**
- Vermittlung in stationäre Behandlung
- Einzeltherapie
- Gespräche mit Angehörigen
- Familien- oder Paargespräche
- Vermittlung in Selbsthilfegruppe oder zu komplementären Einrichtungen
- aufsuchende und begleitende Hilfe
- Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination der Aktivitäten im sozialen Bezugsfeld der Klienten

Dabei werden alle Gruppentherapien von zwei Mitarbeitern als Berater und Co - Berater durchgeführt. Ebenso werden Paar- und Familiengespräche nach Möglichkeit von einem Beraterpaar, d.h., einem männlichen und einem weiblichen Beratern, angeboten. Die Gesprächstermine werden gemeinsam abgesprochen bzw. telefonisch vereinbart.

Die verschiedenen Selbsthilfegruppen treffen sich in der PSBS wöchentlich an drei unterschiedlichen Tagen und stellen somit ein breites Angebot für viele dar:

Montag 16:30-18:00 Uhr: Selbsthilfegruppe für Abhängige und Angehörige
 Donnerstag 18:00-19:30 Uhr: Selbsthilfegruppe für Abhängige.

Der WENDEPUNKT will ein Angebot sein

- für alle, die nicht länger schweigen können und wollen...
- für die, die sich mit ihren Sorgen und Nöten nicht länger alleine quälen wollen...
- für alle, die Hilfe suchen und annehmen wollen, weil es so nicht weitergehen soll

Was die PSBS bieten kann, sind keine Patentrezepte für die Lösung individueller Probleme, sehr wohl aber die Erfahrungen und das Wissen um diese, damit in einem vertrauensvollem Gespräch gemeinsam mit den Ratsuchenden neue Lösungswege gesucht und erprobt werden können.

Beratung kann nur eine Einladung und ein Angebot sein. Jeder muß sich selbst entscheiden, ob er die Kraft aufbringen will, noch länger den Mantel des Schweigens über seine Sorgen und Nöte zu halten.

Wer jedoch sein Leid nicht länger aushalten oder ohnmächtig zusehen will, wie jemand sein Leben und seine Gesundheit ruiniert, hat die Chance, das Angebot der Beratung zu ergreifen und eine Wende zu suchen. Der/Die Ratsuchende kann selbstverständlich auf Wunsch auch anonym bleiben.

Den Kern des Hilfeangebotes der PSBS bildet jedoch die Beratung und Behandlung. Inhalte der Beratung und Behandlung werden durch die aktuelle Situation des einzelnen Hilfesuchenden bestimmt und können deshalb sehr unterschiedlicher Art sein. Am Beginn jeder fachlichen Beratung steht der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Beratern und Klienten als Basis für einen längerfristigen Behandlungskontakt. Akzeptanz, Vertrau-

lichkeit und Verschwiegenheit, sowie die Entscheidungsfreiheit des Klienten sind wichtige Voraussetzungen für den Aufbau einer solchen tragfähigen Beziehung. Die Erhebung sozialanamnestischer Daten und die Festlegung der Beratungsziele bestimmen den Beginn.

2.1. Prävention als Vorsorge

Schwerpunkt der Prophylaxe ist eine breite Öffentlichkeitsarbeit mit Vermittlung von Informationen zur Aufklärung über die Suchtproblematik (Mißbrauch von Rauschmitteln, Entstehung der Sucht, Suchtdynamik usw.). Weitere Ziele sind die Förderung der Früherkennung durch Aufklärung und Aktivierung der Umgebung von Suchtgefährdeten sowie die Verhinderung von Suchtverhalten.

Zielgruppen sind:

- Schüler und Jugendliche
- Lehrer und Erzieher
- staatliche und kirchliche Einrichtungen und Gremien
- Familien.
- Betriebe

Darüber hinaus gibt es das Anliegen

- einer engen Zusammenarbeit
 - mit den niedergelassenen Ärzten,
 - dem örtlichen Krankenhaus,
- dem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Stadtroda und der Universitäts Nervenklinik Jena sowie der Klosterwald Klinik,
 - den Schulen im Landkreis,
 - den verschiedenen Beratungsstellen (Erziehung, Familien, Schuldnerberatung u.ä.),
 - dem Gesundheits-, Jugend- und Sozialamt, Schul- und Arbeitsamt,
 - dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Sozialstationen

die sich alle samt gemeinsam der Prävention verpflichtet fühlen und deshalb präventive Gruppen- und Projektarbeit im Einzugsgebiet anbieten bzw. koordinieren, um so einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung der Suchtproblematik Vorschub zu leisten.

2.2. Die Beratung (Kontakt- und Motivationsphase)

2.2.1 Das Grundmodell der Beratungsarbeit

In unserer Arbeit verbinden wir *psychoanalytische Ansätze* (hier insbesondere das ichpsychologische Modell vgl. S. Tasseit, S. 87ff) im Sinne eines methodenübergreifenden Ansatzes der beraterischen Arbeit mit *systemisch-familietherapeutischen Theorien und Behandlungskonzepten*. *Psychoanalytisch* gesehen erscheint das Suchtverhalten als eine Folge frühkindlicher Ich-Störungen auf dem Hintergrund mißglückter Objektbeziehungen. Schwach ausgeprägte Ich-Funktionen äußern sich demnach in geringer Frustrationstoleranz, die in tiefe Selbstwertkrisen münden kann, einhergehend mit Verleugnungstenden-

zen, Unsicherheiten und Kränkungen im Selbsterleben, in ungenügenden Selbststeuerungsfähigkeit und Affektstabilität. Der Aufbau befriedigender Objektbeziehungen erscheint erheblich erschwert, wenn nicht unmöglich. Der Mißbrauch von Suchtmitteln wird in diesem Zusammenhang als Versuch eines mißglückten Selbstheilungsversuches verstanden, um wenigstens vorübergehend mit Frustrationen, Unlustgefühlen und Unsicherheiten fertig zu werden. In Einzel- und Gruppengesprächen liegt der Schwerpunkt der beratenden Zielsetzung daher in der Stärkung der Ich-Funktionen, dem Erwerb einer größeren Frustrationstoleranz, der Stärkung der Autonomiefähigkeit und der Entwicklung eines realistischen Selbstbildes sowie der Stärkung der Kontrollfähigkeit. Thematisch haben einzelne Gruppensitzungen in der Regel die Bearbeitung innerer Konflikte und konkreter Probleme der Klienten zum Inhalt (vgl. W.-D. Rost 1987)

Systemische Theorie- und Behandlungsmodelle betonen die interaktionelle Bedeutung symptomatischen Verhaltens. Das Hauptinteresse gilt hier der Frage, durch welche Organisationsprinzipien in sozialen Systemen symptomatisches Verhalten stabilisiert und aufrecht erhalten wird. Es wird davon ausgegangen, daß Suchtverhalten ein in der sozialen Interaktion mit wichtigen Bezugspersonen erlerntes und aufrecht erhaltenes Verhalten darstellt, das im Laufe der familiären Geschichte eine wichtige Bedeutung für die Regulation der Beziehungsgleichgewichte erlangt hat. Versuche von Angehörigen, Suchtverhalten unter Kontrolle zu bekommen, geben häufig unfreiwillig suchstabilisierende Impulse. Eine frühstmögliche Einbeziehung der wichtigsten Bezugspartner in die Beratung und Behandlung wird daher angestrebt mit dem Ziel, Alternativen für ungeeignete Lösungsversuche und suchstabilisierende Verhaltensmuster zu entwickeln. Die Einbeziehung der Angehörigen, insbesondere der Kinder, stellt daher eine wichtige Ergänzung zur Einzel- und Gruppentherapie dar. (vgl. E. Kaufmann/ P.N. Kaufmann)

2.2.2. Der Beratungsprozeß

Im Arbeitsprozeß mit Suchtkranken werden 4 Phasen unterschieden.

- **Kontakt- und Motivationsphase (Clearingphase)**
- Entgiftungs- oder Entziehungsphase (ambulant/stationär)
- Entwöhnungs- oder Therapiephase (ambulant/stationär)
- **Nachsorgephase (W. Feuerlein, S. 175ff)**

Der Beratungsprozeß im engeren Sinn bezieht sich vor allem auf die Kontakt- und Motivationsphase (Clearingphase), wobei gerade die Entgiftungs- und die Nachsorgephasen immer wieder auf die Beratung zurückgreifen müssen.

2.2.2.1. Die Kontaktphase oder Eingangsphase

Die Kontaktaufnahme erfolgt im Wesentlichen durch die Überweisung bzw. Vermittlung der niedergelassenen Ärzte, durch Entgiftungseinrichtungen, staatliche und kirchliche Einrichtungen, durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, durch Betriebe, aber auch durch Familienangehörige oder durch die Veröffentlichungen in den Medien. Von nicht zu unter-

schätzender Bedeutung für die Kontaktaufnahme sind darüber hinaus Informationen, die über die persönliche Erfahrung von Klienten/innen mit der PSBS laufen und über den bereits seit 1981 bestehenden Eisenberger Abstinenzklub als Selbsthilfeorganisation und andere Selbsthilfegruppen sowie abstinent lebende Suchtkranke.

Der erste Besuch in einer Beratungsstelle kostet vielen eine ungeheure Überwindung. Ob Alkohol, Medikamente, illegale Drogen oder anderes süchtiges Verhalten das Leben und Zusammenleben belasten, vor dem ersten Schritt quälen sich viele lange Zeit mit Fragen wie:

- Muß ich nicht allein mit meinen Problemen fertig werden?
- Was erwartet mich dort?
- Was geht das andere an?
- Was denken andere von mir, wenn ich damit komme?
- Es kann mir ja doch keiner helfen, das kann ich nur allein!

Das Erstgespräch

Grundanliegen des Beraters sollte es in dieser Phase sein, dem Klienten die positive Wertschätzung seiner Entscheidung für die PSBS zu signalisieren und ein angstfreies Kennenlernen der Beratungssituation/-personen zu ermöglichen, d.h., dem Klienten in einer annehmenden Atmosphäre Zeit zu schenken, damit er Vertrauen gewinnen kann. Ziel ist es dabei, den Klienten in seiner momentanen Befindlichkeit abzuholen und zu bestärken und gleichzeitig Unsicherheiten und Ängste abzubauen, um ein Wiederkommen für ihn als sinnvolles Handeln erscheinen zu lassen. Ausgangspunkt dazu sollten jedoch immer die Ziele und Erwartungen des Klienten und nicht des Beraters sein.

Frühere Erfahrungen mit Abstinenzversuchen, Beratungen und/oder Behandlungen sollten auf jeden Fall berücksichtigt werden.

Was dürfen Behandlungserwartungen und Änderungsbereitschaft von dem Klienten selber abverlangen und was ist er bereit dafür einzusetzen.

Die Informationsgruppe

Als begleitende Maßnahmen wird intervallmäßig für neue Klienten und Interessierte eine Informationsgruppe zum Thema Abhängigkeitserkrankungen angeboten. Geht es in den Beratungsgesprächen schwerpunktmäßig um Diagnostik, Motivation und/oder um die Beziehungsebene in ihren unterschiedlichen Dimensionen (zum Alkohol, zum Berater, zu den Angehörigen) so geht es in dieser Gruppe eher um eine sachliche Information sowie die Auseinandersetzung mit Fakten und Tatsachen. Der Alkoholkonsum, seine Wirkung und seine Konsequenzen für die physische, psychische und soziale Befindlichkeit, für den Prozeß der Kommunikation u.ä. werden hier reflektiert.

Der Hausbesuch

Für einen Hausbesuch sollte immer das Motiv des Mitarbeiters, der anfragenden Behörde bzw. des Hausarztes hinterfragt werden. Was kann und soll er bewirken? Was sind die Erwartungen der "Auftraggeber"? Je nach Antwort sind die Hausbesuche ein integrierter Bestandteil der Arbeit innerhalb der Beratungsstelle oder nicht. Wenn Anfragen von außen kommen, ist in den meisten Fällen ein gemeinsamer Hausbesuch (mit Arzt, Vertreter der

Behörde usw.) erstrebenswert.

- Je intakter das soziale Umfeld, desto weniger sind Hausbesuche indiziert.
- Je größer die soziale Isolation/Verwahrlosung, desto eher erscheint er sinnvoll, notwendig und angebracht.
- Je größer die psychische, physische und soziale Beeinträchtigung, desto größer die Indikation für Hausbesuche.
- Je öfter Hausbesuche bei einem Klienten gemacht werden, umso deutlicher müssen diese Aktivitäten hinterfragt werden.

Da die Übergänge beraterischer und sozialpädagogischer Interventionen fließend sind, ist es schwer, klare Grenzen für Hausbesuche zu ziehen. Dennoch gibt es je nach Phase im beraterischen Prozeß unterschiedliche Akzente und Notwendigkeiten einer Hausbesuch-intervention.

Die Rolle der Angehörigen/Bezugspersonen

Das Verhalten der Menschen im Umfeld des Betroffenen trägt entscheidend dazu bei, ob die Krankheit zum Stillstand gebracht oder weiter "gepflegt" werden kann.

Auf vielfältige Art und Weise werden Kontakte zu den genannten Zielgruppen geknüpft und erste Gespräche mit den Klienten geführt. Es ist unser Anliegen die Angehörigen/Bezugspersonen von Anfang an mit in die Betreuung der Klienten einzubeziehen. Der soziale Druck einer ländlich-dörflichen Gegend scheint die Angehörigen besonders zu animieren, das Suchtverhalten ihrer Angehörigen vor der Nachbarschaft/Dorfgemeinschaft zu verbergen. Wenn sich dies nicht mehr bewerkstelligen läßt, brechen sie eher mit den Familienangehörigen (Ausstoßen als Selbstheilungsversuch) als mit der Dorfgemeinschaft, weil ihnen dies offensichtlich als der einzige Weg scheint, unter den gegebenen Bedingungen zu überleben.

Motivation in der Kontaktphase

Voraussetzung für jeden weiteren Kontakt zur Beratungsstelle über das Erstgespräch hinaus ist eine Frage der Motivation. Deshalb besteht das Anliegen, von der ersten Begegnung an quasi kontaktbegleitend, einen Motivationsprozess anzustoßen, der von der anfänglich oft vorherrschenden Fremdmotivation hin zu einer verstärkten Eigenmotivation führt und sich damit die Einstellung des Klienten zu dem vorhandenen Alkoholproblem konstruktiv verändert (S. Tasseit, S. 27ff).

Die Motivation ist als ein dynamischer Prozeß zu verstehen, wobei es an dem Berater liegt die Einstiegsmotivation (egal ob Eigen- oder Fremdmotivation) zu nutzen und die Abstinenz als erreichbares Ziel darzustellen. Was kann und will der Klient jetzt dazu leisten?

Wofür könnte es sich lohnen, mit dem Trinken aufzuhören und sich für das Nichttrinken zu entscheiden. Welche Konsequenzen hatte das Trinken/Nichttrinken für ihn selber, für Menschen, in seinem Umfeld. Motivation bedeutet immer auch Bereitschaft zur Veränderung - Mut zu neuen Erfahrungen.

Das aber resultiert nicht nur aus negativem Erleben (was machen Druck/Leidensdruck), sondern heißt immer auch, suchen nach Ressourcen - nach ungenutzten Möglichkeiten/Fähigkeiten.

Motivation vollzieht sich als dynamisches Geschehen im Interaktionsprozess zwischen Berater und Klienten. (vgl. H. Fleischmann/H.E. Klein, S. 13)

Während der ersten Kontakt- und Beratungsgespräche mit Betroffenen wird diagnostisch geklärt, ob ein Mißbrauch oder bereits eine Abhängigkeit von Suchtmitteln vorliegt.

Bei Angehörigen geht es um die Diagnostik co - abhängiger Interaktionsmuster sowie das Erkennen der gegenseitigen Verstrickungen. (Sucht, S. 34ff)

Von jedem, der ernsthaft versucht, sich mit seiner Thematik der Abhängigkeit auseinanderzusetzen, wird die Teilnahme an der Informations- und Motivationsgruppe erwartet. Es wird auf die Chancen und Möglichkeiten von Selbsthilfegruppen und deren langjährige Erfahrung zur Problembewältigung verwiesen.

2.2.3. Diagnostik in der Kontaktphase (Eingangsdiagnostik)

Diagnostik beginnt mit der ersten Begegnung, ist und bleibt jedoch ein *prozessbegleitendes* Geschehen. Zur Diagnose des Suchtverhaltens gibt es die unterschiedlichsten Ansätze (vgl. A. Fett). Sie alle klären Fragen des IST - Zustandes von Krankheitsbild, Motivation und Prognose bzw. der daraus abzuleitenden Behandlungsindikation.

Im Verlauf der vergangenen 20 Jahre wandte sich die diagnostische Sicht von der einseitig pharmakologischen - biologischen Dominanz hin zu einer umfassenden Sicht, die Abhängigkeit als ein psycho - physio - soziales Syndrom(H. Arend, S. 10) versteht.

Die EVARS definiert Abhängigkeit kurz und knapp als

" - Unfähigkeit zur Abstinenz

oder

- Verlust der Selbstkontrolle

oder

- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome".

Die Diagnostik hat zum Ziel, abzuklären inwieweit eine Sucht bzw. eine Abhängigkeit mit diesem Erscheinungsbild vorliegt und wie weit sie ausgeprägt ist. Dabei gilt es, sowohl den Beginn und Verlauf als auch den Grad der Abhängigkeit zu erfassen.

Für unsere Praxis folgen wir Aßfalg und Rothenbacher in der Dreigliederung der Diagnostik: (1) soziale Situation, (2) Psychodynamik und (3) körperliche und seelische Folgeerkrankungen (medizinische Diagnostik). Dabei werden nach Möglichkeit eigen- und fremdanamnestic Angaben zu diesen Bereichen einbezogen.

Entsprechend der Typologie von Jellinek unterscheiden wir fünf Typen des Alkoholmißbrauchs bzw. der Alkoholabhängigkeit:

Alpha - Typ - - Konflikt- oder Entspannungstrinker

Beta - Typ - - Gelegenheits- oder Gewohnheitstrinker

Gamma - Typ - - Kontrollverlusttrinker

05.05.09

(differenziert nach kritischer und chronischer Phase)

- Delta-Typ - Spiegel- oder Abstinenzverlusttrinker
(differenziert nach Einengungs- oder kritischer Phase und Abstinenzverlust- oder chronische Phase) vgl. H. Windischmann, S. 48ff
- Epsilon-Typ - "Quartalstrinker", Trinken mit episodisch exzessiven Phasen

(1) Diagnostik der sozialen Situation

Sie hat zum Ziel, die reale soziale Situation mit ihrem Kontext zu erfassen und die sozialen Folgeschäden zu explorieren. Dazu gehören:

- die eigene Lebensgeschichte (Sozialisationsgeschichte)
- die jetzigen sozio - ökonomischen Lebensumstände
- die derzeitige Arbeitssituation und ihre Geschichte
- die Familiengeschichte, -struktur und -dynamik
- das soziale Netz mit seinen Bezugspersonen (das soziale Milieu)
- die derzeitige familiäre Konstellation mit ihrem Beziehungsgefüge und Kommunikationsmustern
- das Freizeitverhalten
- die Problembeschreibung ("Suchtkarriere")
- soziale Folgen der Sucht (z.B. Gesetzeskonflikte)

Diese Exploration beinhaltet eigen- und fremdanamnestic Angaben, sowie mündliche und schriftliche Befragungen)

(2) Diagnostik der Psychodynamik

Wesentlich zum individuellen Verständnis der Suchterkrankung ist die Klärung der Frage, welche Funktion das Suchtmittel als Symptom für tieferliegende Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen darstellt.

Bei frühgestörten Klienten kann der "Alkohol die Funktion haben, im autoaggressiven Vorgang des Trinkens eine Persönlichkeit, die sich selbst im Kern als böse empfindet, zu zerstören" (M. Beutel, S. 8).

Für ebenfalls frühgestörte Klienten mit einer strukturellen Ich-Schwäche kann der Alkoholismus einen Selbstheilungsversuch darstellen. Der Süchtige versucht "sich mit Hilfe der Droge zu jenen Ich-Leistungen zu befähigen, die er aus sich heraus nicht erbringen kann". (W.-D. Rost, S.132)

Dem Suchtmittel kommt bei diesen Klienten die Funktion eines Reizschutzes zu, wobei sich der Klient auf diese Weise sowohl vor äußeren wie vor inneren Reizen zu schützen versucht.

Schließlich gibt es die Gruppe der Klienten mit einer vergleichsweise gesunden Persönlichkeitsentwicklung, die den Alkohol oder ein anderes Suchtmittel als Mittel zur Lösung neurotischer Konflikte benutzen. Diese Klienten können ohne Suchtmittel Triebbedürfnis-

se, Emotionen und Beziehungskonflikte nicht hinreichend regulieren (A. Fett, S. 81ff)

Ziel der psychodynamischen Diagnostik ist es, die Funktion der Symptome, des Verhaltens und der Haltungen des Klienten intrapsychisch und interpersonell zu verstehen. Dabei sind 3 wesentliche Ebenen zu unterscheiden:

- die Ebene der mitmenschlichen Beziehungen
- die Ebene der Gefühle
- die Ebene des Bewußtseins.

Je nach methodischer Orientierung ergeben sich unterschiedliche Blickwinkel. Zum Beispiel geht es psychoanalytisch betrachtet um die Aspekte

- Triebdynamik (frühhorale Störung)
- Struktur (Fixierung der Triebentwicklung und bestimmter Abwehrmechanismen)
- Objektbeziehung und Narzissmus (Beziehungsstörungen und gestörtes Selbstwertgefühl)
- Ich-Funktionen (frühe Ich-Störung) vgl. Krystal u. Raskin in: Aßfalg.

Aus der Sicht der systemischen Beratung stehen folgende Zusammenhänge im Mittelpunkt:

- Sucht als autodestruktives, selbstaufopferndes Verhalten eines Familienmitgliedes
- der Suchtkranke als Symptomträger des Familiensystems
- das Symptom als Ausdruck eines Familienkonfliktes
- die Notwendigkeit des Symptoms zur Aufrechterhaltung des familiären Gleichgewichts
- Tradierung des Symptoms über Generationen
- der Symptomträger strukturiert Verhaltensmuster der Familie.

Ergänzend zu der beschriebenen Diagnostik werden auch klinische Testverfahren eingesetzt wie z.B. der Münchner- Alkoholismus - Test, das Trierer Alkoholismusinventar, das Freiburger Persönlichkeitsinventar und der Trierer Persönlichkeits - Fragebogen.

(3 Differentielle Indikation

Auf Basis der erfolgten Diagnostik, der bestehenden Motivation mit ihrem Leidensdruck und ihrer Krankheitseinsicht sowie der nachfolgenden Indikationskriterien (vgl. Fachverband Sucht e.V., S. 48ff) wird in der interdisziplinären Fallbesprechung die Indikation für einen stationären oder ambulanten Therapieantrag beraten bzw. ein individueller Behandlungsplan (vgl. E. Fuchtmann, S. 52ff) erstellt. Dieser beinhaltet die Frage nach den individuellen Zielen und deren Operationalisierung sowie den Interventionsmethoden (Setting, Maßnahmen, Indikationen usw.), die den konkreten, individuellen Zielstellungen entsprechen. Zu prüfen bleibt dann, ob sich dies alles mit den Kriterien der ambulanten Arbeit vereinbaren läßt, die zweifellos nicht nur kostengünstiger ist, sondern auch ihre besonderen Vorzüge besitzt.

"Als größter Vorzug erscheint die Nähe zum sozialen Milieu der Betroffenen und die Einbeziehung von Eigenschaften des sozialen Milieus in die ambulanten und suchtherapeutischen Interventionen" (S. Tasseit, S. 8). Die Klienten bleiben mit ihren Alltags- und Bezie-

hungsproblemen direkt konfrontiert. Die Problem- und Konfliktbearbeitung während des ambulanten Settings fordern sie zusätzlich und machen daher ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Zielorientierung notwendig. Diese Situation bietet im Vergleich zur stationären Behandlung weniger Schutz und Halt sowie eine geringere Behandlungsdichte.

Als günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche ambulante Beratung gelten folgende Kriterien:

- Grundvoraussetzung ist die Entwicklung einer tragfähigen und offenen Beratungsbeziehung zwischen den am Behandlungsprozess Beteiligten.
- Von den Klienten wird eine hohe Eigenmotivation im Sinne des Wunsches und der Bereitschaft zur Veränderung in Richtung lebensbejahender Strukturen erwartet (Krankheitseinsicht).
- Die Bereitschaft und die Fähigkeit, die getroffenen Vereinbarungen einzuhalten.
- Sie müssen über ausreichende interne und externe Ressourcen und stabilisierende Faktoren verfügen, d.h. z.B., Rückfallschwelle und Frustrationstoleranz dürfen durch den Krankheitsprozess noch nicht nivelliert worden sein.
- Sie müssen über ausreichende Selbstwahrnehmungs- und Selbstbeobachtungsfähigkeiten verfügen.
- Es muss ihnen möglich sein, sich nach einer Entzugsbehandlung ausreichend stabilisiert zu fühlen, um abstinent leben zu können.
- Sie sollten noch in ein relativ intaktes soziales Umfeld (Familie, Arbeit, Freundeskreis) integriert sein. Das bedeutet: die Familie sollte Veränderungen unterstützen und bereit sein, an der Verwirklichung der gestellten Ziele mitzuarbeiten.
- Die berufliche Tätigkeit soll mit den Beratungszielen vereinbar sein und entsprechend koordiniert werden, um regelmäßig an den vereinbarten Gesprächen teilnehmen zu können.

Der Rückfall

Ein Rückfall bedeutet nach unserem Verständnis keineswegs automatisch den Abbruch der Behandlung, da er nicht das alleinige Erfolgskriterium sein kann (vgl. E. Fuchtmann; S. 106ff).

Er besitzt seine eigene Dynamik und damit auch seine eigenen Chancen. Entscheidend ist es nach unserem Erachten wie der Betreffende mit seinem Rückfall umgeht:

- Hat er ihn möglichst lange versteckt?
- Wie lange und intensiv war er?
- Hat derjenige im Rückfall selber wieder die Initiativen ergriffen, um rauszukommen?
- Wie groß war der Abstand zum letzten Trinkrezidiv?
- Ist er sich der Zusammenhänge und Hintergründe bewußt?
- Ist er sich bewußt, wann der Rückfall begann?
- Was macht die Fortsetzung der Behandlung unter diesen Bedingungen möglich oder unmöglich?

Ein erneuter Rückfall innerhalb kurzer Zeit (3 Monate) ist ein Indikator dafür, dass dieses Angebot offensichtlich für diesen Klienten nicht die geeignete Behandlungsform ist, seine

Probleme zu lösen. Es scheint eine stationäre Therapie das Mittel der Wahl zu sein. Der Rückfall stellt nach unserem Verständnis eine besondere Form der Krisenintervention dar (vgl. S. 26/27).

Sollte aufgrund eines Rückfalls eine stationäre Entgiftung notwendig werden, erfolgt eine unverzügliche Information mit einem Zwischenbericht an den Leistungsträger, damit eine Entscheidung über die Fortsetzung der ambulanten medizinischen Rehabilitation getroffen werden kann.

2.3. Die Entgiftungs- und Entziehungsphase

Die Entgiftungsphase ist häufig eine Initialphase am Beginn des gesamten Beratungs- und Behandlungsprozesses, doch wird sie auch als "retardierendes Moment" in Form von Rückfällen im weiteren Prozeßverlauf integriert sein müssen.

Nicht selten steht sie im mittelbaren oder unmittelbaren Kontext der Kontaktphase eines Klienten.

In dieser Phase ist der Sozialarbeiter/-pädagoge oft mit der ganzen Bandbreite seines Wissens über theoretisch - praktische, juristische, administrative, pädagogische, medizinische, psychologische und soziologische Handlungsmöglichkeiten gefragt.

Darüber hinaus ist besonders hier eine engmaschige Betreuung sowie die enge Zusammenarbeit mit dem betreuenden Facharzt notwendig. Die akute physische, psychische und soziale Verfassung und Situation des Klienten entscheidet auf dem Hintergrund der persönlichen Anamnese darüber, ob diese Phase unter ambulanten oder stationären Bedingungen absolviert werden kann.

ambulant

Die Situation macht deutlich, daß die Entgiftung grundsätzlich primär in den Händen und in der Verantwortung von Ärzten und erst in zweiter Linie in der Zuständigkeit der psychosozialen Beratungsstelle liegen kann.

Dennoch ist eine ambulante Entzugsbehandlung, wenn sie über somatische Wiederherstellung des Klienten hinausgehen soll, nur in einer engen Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und Institutionen möglich.

Rahmenbedingungen für eine ambulante Entzugsbehandlung wären deshalb:

- eine enge Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und dem "WENDEPUNKT"
- das Wissen um den Verlauf vorangegangener Entzugssituationen
- tägliche ärztliche Konsultationen
- engmaschige psychosoziale Betreuung
- Klient und Angehörige sollen über eventuell auftretende Symptome ausreichend informiert sein
- eine medikamentöse Behandlung sollte nur kurzfristig und kontrolliert erfolgen
- Erreichbarkeiten für eventuelle Notfälle sind vorher zu klären.

Die ambulante Entgiftung als eine Möglichkeit für ganz bestimmte Personen und für sie als eine adäquate Alternative zur stationären Entzugsbehandlung wird in unserer Einrichtung seit langem erfolgreich praktiziert und soll nun auch mit den Krankenkassen vertraglich geregelt werden. (vgl. Aktion Psychisch Kranke, S. 101ff)

Die Aufgabe der psychosozialen Beratungsstelle beschränkt sich dennoch in den meisten Fällen auf ein Krisenmanagement, d.h., auf die Koordination der notwendigen Schritte. In dieser Phase hat auch die Rolle der Hausbesuche (aufsuchende Arbeit) einen festen Platz (im Gegensatz zur Komm- Struktur während der ambulanten Behandlung).

Die Krisenintervention setzt eine akute psychische, physische und/oder soziale Situation voraus, die sofortiges Handeln im Einverständnis mit dem Betroffenen notwendig macht.

stationär

Sind die obengenannten Bedingungen nicht gegeben - wie z.B. an den Außenstellen in Camburg, Kahla und Stadtroda, so ist im Interesse des Klienten immer der stationäre Entzug (in Stadtroda, Jena, Gera, Großbreitenbach, Marth oder einem Allgemein - Krankenhaus) das Mittel der Wahl. Wenn Feuerlein (S. 178) die Auffassung vertritt, nur etwa 10% der Klienten bräuchten einen stationären Entzug, so mag dies zweifellos für Großstadtbedingungen gelten mit suchterfahrenen Fachärzten im Hintergrund und mit der engen Anbindung an eine Beratungsstelle.

Auf jeden Fall ist es die unverzichtbare Aufgabe der Beratungsstelle, den "Rückfall" - die Entscheidung für das Suchtmittel (Alkohol) mit dem Klienten zu bearbeiten. Es ist die Verantwortung des Beraters diese Krisensituation zu nutzen, damit sie die Motivation und Befähigung zu einem **krankheitsgerechten oder besser einem gesundheitsbewussten Leben** bei dem Klienten weckt. Nur so hat er die Chance aus seinem eigenen Verhalten zu lernen und den Teufelskreis von immer neuen, erfolglosen "Lösungsversuchen" zu durchbrechen.

2.4. Die Entwöhnungs- oder Therapiephase

Weder auf die ambulante noch auf die stationäre Therapie soll hier weiter eingegangen werden, da sie außerhalb des beschriebenen Aufgabengebietes liegen.

Die ambulante Therapie wird nach Antragstellung vom WENDEPUNKT e.V. als eigenes, unabhängiges und selbständiges Modul in der Behandlungskette der Suchtkrankenhilfe angeboten.

Über die stationäre Therapie und deren Einrichtungen entscheiden nach Antragstellung vom zuständigen Rentenversicherungsträger eigenständig.

2.5. Die Nachsorge

Die Nachsorge umfaßt im Wesentlichen 2 Bereiche:

2.5.1. Die ambulante Nachsorge

Oft werden in der stationären Therapie Veränderungsprozesse angestoßen oder begonnen, ohne daß sie im Rahmen des vorhandenen Zeitbudgets einer Entwöhnungsbehandlung auch nur annähernd abgeschlossen werden können.

D.h., auf der Basis des Abschlußberichtes der vorangegangenen Therapie und einem entsprechenden Antrag beim Leistungsträger wird unabhängig von der ambulanten Rehabilitation eine ambulante Nachsorge mit Einzel- und Gruppengesprächen angeboten. Es geht hier primär darum, nach einer stationären Therapie den erreichten Behandlungserfolg zu stabilisieren und zu festigen. (E. Fuchtmann, S. 110f). Der begonnene individuelle Veränderungsprozeß wird fortgesetzt und weitergeführt. Dazu kommt bekannter Weise die Begleitung durch eine häufig poststationäre Krisensituation besonders in den Beziehungen des primären sozialen Umfelds.

Diese Nachsorge ist daher eine entscheidende Phase, um die stationär erreichten Ergebnisse nicht aufs Spiel zu setzen, sondern zu festigen und für den Alltag tragfähig zu machen. (vgl. Jahrbuch Sucht 1993, S. 174ff) Im Rahmen der ambulanten Nachsorge werden über ein halbes Jahr hinweg 26 Einzel- und/oder Gruppengespräche und 2 Gespräche mit Bezugspersonen durchgeführt. Nur in begründeten Ausnahmefällen werden eine Verlängerung dieses Prozesses bzw. weitere Gespräche beantragt.

2.5.2. Die Nachsorge außerhalb des Beratungssettings

Parallel zu dem vorher beschriebenen Prozeß wird die Integration in eine Selbsthilfegruppe gefördert. Hier kann der Betroffene Verbündete finden, die auf der Grundlage ihrer ganz persönlichen Erfahrung eine ganz hervorragende Nachsorgearbeit leisten. Dabei spielen stets auch die Beziehungen zwischen dem Bemühen um eine adäquate Lebensweise und den gesellschaftlichen Prozessen eine wichtige Rolle.

Die Aufgabe der Langzeitnachbetreuung fällt zum größten Teil dem Abstinenzklub oder anderen Selbsthilfegruppen zu, wobei stets auch die Beziehungen zwischen dem Bemühen um die nüchterne Lebensweise und den gesellschaftlichen Prozessen eine wichtige Rolle spielen. Hauptfelder der Nachsorge sind:

- Langfristige Betreuung in den Selbsthilfegruppen
- Hilfe bei Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Freundeskreis über die Gruppe
- Hilfe bei drohender oder bestehender Obdachlosigkeit
- Hilfe bei der Klärung finanzieller Schwierigkeiten (Zusammenarbeit mit Schuldnerberatung)
- Hilfe zur Selbsthilfe, um soziale und rechtliche Ansprüche zu erreichen

3. Behandlungsbegleitende Maßnahmen

3.1 Supervision und Fallbesprechungen

Die wöchentliche Teamsitzung und Fallbesprechung (je 2 Stunden) sowie die monatliche

externe Supervision (4 Stunden) gehören zu den unverzichtbaren Elementen der Beratungsarbeit und der kritischen Selbstreflexion in der PSBS. Nach Möglichkeit soll jeder neue Klient innerhalb der Clearingphase wenigstens einmal in diesem Rahmen vorgestellt und das eigene Arbeiten einschließlich der geplanten Interventionen reflektiert werden. Darüber hinaus gehören Selbsterfahrung sowie die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen zu den Forderungen an jeden Mitarbeiter, zum einen, um die eigene Beratungskompetenz weiter zu profilieren und zum anderen um die Auseinandersetzung mit der aktuellen Diskussion in der Suchtarbeit in unsere Arbeit einfließen zu lassen.

3.2. Dokumentation und Kooperation

Dokumentation und Statistik erfolgte in den vergangenen Jahren im Rahmen des EBIS Programmes in einer internen Aktenführung. Die Daten werden mit dem HORIZONT-Programm erfaßt und vom IFT in München im Gesamtdeutschen Vergleich ausgewertet.

Die Daten enthalten:

- Eigen- und Fremdanamnese (Sucht-, Sozial- und Familienanamnese)
- diagnostische Befunde
- individuelle Behandlungsplanung
- Protokolle zum Beratungs- bzw. Behandlungsverlauf
- Behandlungsvertrag
- Verlaufs- und Erfolgskontrolle
- Entlassungsbericht, Gutachten u.ä.

Darüber hinaus gibt es einen regelmäßigen Austausch mit der Nachsorgeeinrichtung "Holzmühle" in Kämmeritz sowie mit der Fachklinik Klosterwald.

Aber auch mit anderen Beratungseinrichtungen wie Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatung sowie Schuldnerberatung gibt es eine gute Zusammenarbeit.

Doch viele Initiativen in Richtung einer engeren und effektiveren Kooperation scheitern einfach an der Tatsache, daß zusätzliche Aufgaben nicht übernommen werden können und Gelder nicht zur Verfügung gestellt werden, weil offensichtlich der kostensparende Effekt und die klientenfreundlicheren Angebote so nicht gesehen werden.

3.3. Datenschutz

Alle Angaben und Daten der Klienten unterliegen den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Jede Entbindung von der Schweigepflicht lassen wir uns deshalb von dem betreffenden Klienten schriftlich bestätigen.

Die Selbsthilfegruppen

Gleich bei der Kontaktaufnahme wird darauf verwiesen, daß es Abhängige gibt, die seit vielen Jahren abstinent und zufrieden damit leben. Für viele von ihnen ist es sehr wichtig

geworden, sich mit Gleichgesinnten und Leidensgefährten immer wieder über ihre Situation auszutauschen. Sie sind bereit darüber zu berichten, wie sie den Weg aus den Zwängen der Krankheit gefunden haben und was ihnen half, trotz dieser Krankheit wieder ein zufriedenes Leben zu finden. Für unser Verständnis sind die Selbsthilfegruppen eine elementare Ergänzung zu den bestehenden professionellen Angeboten (vgl. Fachverband Sucht e.V., S. 167ff). Deshalb verstehen wir den idealen, klar begrenzten Beratungs- und Behandlungsverlauf so, daß am Ende des Kontaktes die Weitervermittlung (die bereits während des gesamten Prozesses vorbereitet wurde) in eine Selbsthilfegruppe erfolgt. Erneute Kontaktaufnahmen (in der Regel kurzzeitige) wegen Krisensituation bleiben dennoch jeder Zeit möglich.

M. Frankenstein

Literatur:

- H. Arend, Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe, Weinheim 1994.
- R. Aßfalg/H. Rothenbacher, Diagnose der Suchterkrankung. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg 1991.
- M. Beutel, Alkoholismus - Entstehung und Behandlung aus psychoanalytischer Sicht, Fachverband Sucht e.V., Ambulante und stationäre Suchttherapie - Möglichkeiten und Grenzen, Geesthacht 1993.
- A. Fett, Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Freiburg 1992.
- W. Feuerlein, Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart 1989.
- H. Fleischmann/H.E. Klein, Behandlungsmotivation Motivationsbehandlung, Freiburg 1995.
- E. Kaufmann/P.N. Kaufmann, Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigen, Freiburg 1992.
- W.-D. Rost, Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart 1987.
- W.-D. Rost, Diagnostik in der psychoanalytischen Therapie in: A. Fett, Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Freiburg 1992.
- S. Tasseit, Ambulante Suchttherapie, Geesthacht 1992.
- H. Windischmann, Ein Gläschen in Ehren..., Berlin 1989.
- Aktion Psychisch Kranke, Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg 1997.
- Jahrbuch Sucht 1993, hrg. DHS, Geesthacht, 1992.
- Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 40. Jahrgang, Heft 1 Februar 1994.