

Der CRA-Ansatz: Ein wirksames Konzept für Sozialarbeitende in der Suchthilfe?

Der Ansatz im Vergleich mit sozialarbeiterischen Konzepten, Methoden und Techniken
und Möglichkeiten zur Adaption in die Suchthilfe mit alkoholabhängigen Menschen in
der Sozialen Arbeit



Elena Peter und Tobias Jaussi, VZ 14-3

Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

August 2017

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZ 2014 - 2017

Elena Peter

Tobias Jaussi

Der CRA-Ansatz: Ein wirksames Konzept für Sozialarbeitende in der Suchthilfe?

Der Ansatz im Vergleich mit sozialarbeiterischen Konzepten, Methoden und Techniken und Möglichkeiten zur Adaption in die Suchthilfe mit alkoholabhängigen Menschen in der Sozialen Arbeit

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Bachelorarbeit ist der CRA-Ansatz zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Elena Peter und Tobias Jaussi gehen im Rahmen dieser Literaturarbeit der Frage nach, ob und inwiefern der CRA-Ansatz eine geeignete Methode in der sozialarbeiterischen Suchthilfe darstellen könnte.

Alkohol ist kein gewöhnliches Konsumgut. Die Substanz lässt schöne Ereignisse noch schöner erscheinen und macht scheinbar unerträgliche Situationen für den Moment erträglicher. Gleichzeitig ist das Schädigungspotential des Alkohols aus gesundheitlicher, sozialer und sozioökonomischer Hinsicht immens und wird gesellschaftlich betrachtet häufig verharmlost. Die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit sind meist multifaktoriell bedingt. Verliert jemand die Kontrolle über das eigene Konsumverhalten, kann Alkohol Beziehungen, Familien, Freundeskreise oder den Menschen selbst medizinisch, psychisch und ökonomisch zerstören. Um den Umgang mit Alkohol zu steuern und Negativfolgen zu verringern, agiert der Staat im Rahmen der Viersäulenpolitik.

Zur Behandlung einer Alkoholabhängigkeit stellt der CRA-Ansatz ein evidenzbasiertes und innovatives Konzept dar, welches sich für Sozialarbeitende in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen aufgrund der Ressourcen- und Lebensweltorientierung sowie der systemischen Sichtweise eignet. Die Schnittstellen des CRA-Ansatzes mit der Sozialen Arbeit sind klar erkennbar. Sozialarbeitende verfügen über ein breites Methoden- und Handlungsrepertoire, welches das Arbeiten mit dem CRA-Ansatz ermöglicht. Um einer ganzheitlichen sozialarbeiterischen Sichtweise gerecht zu werden, könnten dem Ansatz noch weitere Aspekte hinzugefügt werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Motivation	2
1.3 Hauptfragestellungen	3
1.4 Teilfragestellungen	3
1.5 Zielsetzung	4
1.6 Begriffsdefinitionen	4
1.6.1 Sucht und Abhängigkeit	4
1.6.2 Salutogenese und Pathogenese	9
1.6.3 Behandlung	9
1.7 Thematische Eingrenzung	10
1.8 Berufsrelevanz	10
1.9 Aufbau der Arbeit	12
2. Hauptteil I Alkohol und Alkoholabhängigkeit	13
2.1 Suchtpolitik in der Schweiz	13
2.2 Alkohol und Alkoholabhängigkeit: Konsummuster, Trinkertypen, Wirkung, mögliche Schädigungen und Ursachen	15
2.2.1 Biologische und neurobiologische Wirkung und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol	18
2.2.2 Ursachen von Alkoholabhängigkeit	23
2.3 Behandlung von Alkoholabhängigkeit	26
2.4 Komorbidität zwischen psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum	28
2.5 Zusammenfassung	29

3. Hauptteil II Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen	31
3.1 Gegenstand der Sozialen Arbeit	31
3.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe	33
3.3 Relevante Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen	37
3.3.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung	38
3.3.2 Motivierende Gesprächsführung	39
3.3.3 Empowerment und Ressourcenorientierung	41
3.3.4 Lebensweltorientierte Sichtweise innerhalb der Sozialen Arbeit	42
3.3.5 Systemische Sichtweise innerhalb der Sozialen Arbeit	43
3.3.6 Psychosoziale Diagnostik	44
3.4 Zusammenfassung	46
4. Hauptteil III Der CRA-Ansatz und die Berührungspunkte mit der Sozialen Arbeit	48
4.1 Ziele des CRA-Ansatzes	48
4.2 Die neun Behandlungsmodule des CRA-Ansatzes sowie deren Schnittstellen zu den Methoden, Konzepten und Techniken der Sozialen Arbeit	49
4.2.1 Anamnese und Verhaltensanalyse	49
4.2.2 Das Abstinenz-Konto	52
4.2.3 Einsatz von Disulfiram	53
4.2.4 Behandlungsplan	54
4.2.5 Paartherapie	55
4.2.6 Skills-Training	56
4.2.7 Arbeitsberatung	57
4.2.8 Beratung im sozialen und Freizeitbereich	58
4.2.9 Rückfallprävention	59
4.3 Kurzbeschreibung des CRAFT-Ansatzes	61
5. Schlussfolgerungen / Fazit	63
5.1 Überprüfung der Hauptfragen und der Teilfragen	63
5.2 Empfehlungen	70
5.3 Ausblick	70
6. Literaturverzeichnis	72
7. Anhang	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sucht-Trias-Konzept-----	8
Abbildung 2: Schädigungen von Alkohol auf den Körper -----	21
Abbildung 3: Multifaktorielles Ursachenmodell -----	23
Abbildung 4: Zielhierarchie der Suchtbehandlung)-----	27
Abbildung 5: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung -----	33
Abbildung 6: Stadien der Veränderung-----	40
Abbildung 7: Koordinaten psychosozialer Diagnostik-----	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Acht Handlungsfelder und ihre Ziele -----	14
Tabelle 2: Verschiedene Trinkertypen-----	18
Tabelle 3: Schnittstelle Modul Anamnese und Verhaltensanalyse und Soziale Arbeit-----	51
Tabelle 4: Schnittstelle Modul Abstinenz-Konto und Soziale Arbeit-----	53
Tabelle 5: Schnittstelle Modul Einsatz von Disulfiram und Soziale Arbeit -----	54
Tabelle 6: Schnittstelle Modul Behandlungsplan und Soziale Arbeit-----	55
Tabelle 7: Schnittstelle Modul Paartherapie und Soziale Arbeit-----	56
Tabelle 8: Schnittstelle Modul Skills-Training und Soziale Arbeit -----	57
Tabelle 9: Schnittstelle Modul Arbeitsberatung und Soziale Arbeit-----	58
Tabelle 10: Schnittstelle Modul Beratung im sozialen und Freizeitbereich und Soz. Arbeit -	59
Tabelle 11: Schnittstelle Modul Rückfallprävention und Soziale Arbeit-----	60

Bemerkung: Die gesamte Bachelorarbeit wurde gemeinsam von Elena Peter und Tobias Jaussi verfasst.

1. Einleitung

In der Einleitung wird zuerst auf die Ausgangslage eingegangen, danach wird die Motivation der Studierenden, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, beschrieben. Anschliessend werden die Hauptfragestellungen, die Teilfragestellungen und die Zielsetzung der Arbeit präsentiert. Im Anschluss befasst sich die Arbeit mit den wichtigsten Definitionen von relevanten Begriffen, die in den Hauptteilen Verwendung finden. Zudem wird eine thematische Eingrenzung vorgenommen und die Relevanz des Themas für die sozialarbeiterische Praxis dargelegt, bevor der weitere Aufbau der Arbeit vorgestellt wird.

1.1 Ausgangslage

Keine andere psychoaktive Substanz erfreut sich in der Schweiz so grosser Beliebtheit wie der Alkohol. Der Konsum von Alkohol ist in unserer Kultur fest verankert: Bei Festen, Feierlichkeiten, gemütlichen Runden oder bei alltäglichen Gelegenheiten ist er oft ein fester Bestandteil. Bei den meisten Menschen findet der Konsum von Alkohol risikoarm statt (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2013, S. 2-4). Gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlichten Zahlen konsumieren 78% der Frauen und 89% der Männer Alkohol. Dabei steigt die Häufigkeit des Konsums mit zunehmendem Alter (ab 55 Jahren) signifikant an, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen (BFS, 2012). Jede fünfte Person weist einen problematischen Konsum auf. Damit ist einerseits das Rauschtrinken, der chronische Alkoholkonsum sowie der situationsunangepasste Konsum von Alkohol gemeint. Andererseits gilt auch der Alkoholkonsum von Kindern und kranken Menschen, die medizinisch betrachtet grundsätzlich auf Alkohol verzichten sollten, als problematischer Konsum (BAG, 2013, S. 4-5).

Die Folgen von Alkoholmissbrauch zeigen sich direkt und indirekt: Der problematische Konsum kann zu schweren gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen führen, Krankheiten und Unfälle begünstigen und Todesfälle verursachen. Alles in allem belaufen sich die Kosten für die Gesellschaft auf rund 2,3 Milliarden Franken – pro Jahr (BAG, 2013, S. 2-5).

Die vom BAG (2015) erstellte «Nationale Strategie Sucht 2017-2024» geht davon aus, dass in der Schweiz schätzungsweise 250'000 Menschen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind. Dabei ist zu beachten, dass bei Männern und älteren Menschen im Vergleich zu Frauen und jüngeren Menschen häufiger ein problematischer Alkoholkonsum auftritt. Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeiten bringen nicht nur Leiden und psychosoziale Probleme für die betroffenen Menschen mit sich, sondern auch für deren Angehörige.

Soziale Folgen von Alkoholmissbrauch für die betroffenen Menschen und deren Angehörigen können zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Verschuldung oder instabile Wohnsituationen sein. Zudem kann der Alkoholmissbrauch ein Begleitfaktor für aggressives Verhalten sein. Rund 1'600 Menschen sterben jährlich an den Folgen von Alkoholmissbrauch (S. 34-38).

1.2 Motivation

Die Autorin und der Autor der vorliegenden Arbeit haben beide in der eigenen Berufspraxis bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde und einem Spital-Sozialdienst die Erfahrung gemacht, dass sich Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oft in Multiproblemlagen befinden und die Entstehung und der Verlauf der Abhängigkeitserkrankung stark individuell geprägt sind. Von einer Abhängigkeitserkrankung ist meist nicht nur die abhängige Person betroffen, sondern oft auch das gesamte System, in dem die betroffene Person lebt. Gemäss dem Berufskodex von Avenir Social (2010) sind die Professionellen der Sozialen Arbeit unter anderem dazu angehalten, Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln und soziale Notlagen zu lindern oder zu beseitigen. Das Menschenbild und die Leitidee der Sozialen Arbeit zielt darauf, dass alle Menschen ein Anrecht auf die Befriedigung von existenziellen Bedürfnissen haben, sowie ein Anrecht auf Integrität und Integration (S. 6).

Abhängigkeitserkrankungen bringen nicht nur körperliche Schädigungen mit sich. Gemäss Rolf Bergmann (2002) geschieht bei problematischen Konsummustern oft temporär oder dauerhaft eine Aneinanderreihung von krisenhaften Lebenssituationen. Familiäre Schwierigkeiten, manchmal verbunden mit Gewalt, Vernachlässigung von Kindern, Probleme am Arbeitsplatz, Unfälle, körperliche Erkrankungen und psychische Folgeerscheinungen sowie Schulden bis hin zu Obdachlosigkeit können mögliche Folgen von problematischem Substanzkonsum sein (S. 506-507).

Solche Folgen bedeuten nach eigenen Praxiserfahrungen häufig die zumindest teilweise oder ganze Exklusion aus sozialen Systemen. Gemäss Martin Hafen (2015) ist die Soziale Arbeit eine Profession, die sich zentral mit dem Management von Inklusion beschäftigen muss, so dass längerfristig die soziale Ungleichheit verringert werden kann (S. 16). Die Integration und Inklusion in soziale Systeme entsprechen den Zielen des Berufskodexes von Avenir Social (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Die Autorin und der Autor stellen in dieser Bachelorarbeit das Konzept «Community Reinforcement Approach» (nachfolgend CRA-Ansatz genannt) zur Behandlung von Alkoholabhängigkeiten dar und verknüpfen dies mit relevanten Konzepten, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit mit abhängigkeitserkrankten Menschen. Dabei wird auch dem Gegenstand der Sozialen Arbeit Beachtung geschenkt.

Da gemäss Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith (2017) das soziale Umfeld eines Menschen erheblichen Einfluss darauf haben kann, ob ein Substanzkonsum fortgesetzt oder eingestellt wird, müssen Angehörige in den Prozess miteinbezogen werden¹. Somit kann in gewisser Weise auch der Exklusion eines suchtbetroffenen Menschen aus seinem oder ihrem Sozialsystem vorgebeugt werden (S.16).

1.3 Hauptfragestellungen

Aufgrund der Ausgangslage und der Motivation stellen sich für die Autorin und den Autor folgende Hauptfragen, wobei die Hauptfrage I aufbauend zu verstehen ist und bereits im Hauptteil III beantwortet wird:

Hauptfrage I: Wo sind die Schnittstellen des CRA-Ansatzes mit der Sozialen Arbeit?

Hauptfrage II: Inwiefern ist der CRA-Ansatz für sozialarbeiterisches Handeln mit Menschen, welche von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind, geeignet?

Die Beantwortung der Hauptfragestellungen folgt nach einem Theorieteil über Alkohol und Alkoholabhängigkeit (Hauptteil I), einem Überblick über das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen (Hauptteil II) und der Darstellung des CRA-Ansatzes und dessen Berührungspunkte mit der Sozialen Arbeit (Hauptteil III).

1.4 Teilfragestellungen

Damit die beiden oben beschriebenen Hauptfragestellungen beantwortet werden können, widmen sich die Autorin und der Autor folgenden Teilfragen:

- **Teilfrage 1:** Inwiefern passt der CRA-Ansatz in den Gegenstand der Sozialen Arbeit?
- **Teilfrage 2:** Inwiefern passt der CRA-Ansatz in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe?
- **Teilfrage 3:** Inwiefern lässt sich der CRA-Ansatz mit den Konzepten, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit vereinbaren?
- **Teilfrage 4:** Was müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit berücksichtigen, wenn sie den CRA-Ansatz als Handlungskonzept anwenden?

¹ Der CRA-Ansatz wird im Hauptteil III «Der CRA-Ansatz und die Berührungspunkte mit der Sozialen Arbeit» ausführlich erläutert.

1.5 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit besteht einerseits darin, den Alkoholkonsum in der Schweiz genauer zu betrachten und die Folgen von problematischem Konsum und Alkoholabhängigkeiten darzustellen. Andererseits soll das Engagement der Sozialen Arbeit im Suchtbereich anhand von verschiedenen Konzepten, Methoden und Techniken beleuchtet werden und mit dem CRA-Ansatz, der sich als eher neues, evidenzbasiertes Suchtbehandlungskonzept darstellt, verglichen werden. Durch die Beantwortung der zwei Hauptfragestellungen soll aus der Arbeit hervorgehen, ob und in welchem Masse der CRA-Ansatz für Sozialarbeitende im ambulanten Suchtbereich ein geeignetes Instrument sein könnte. Des Weiteren wird beleuchtet, welche möglichen Aspekte dem CRA-Ansatz bei einer Verwendung in der Sozialen Arbeit beigefügt werden könnten.

Die Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende, die in einem Tätigkeitsfeld arbeiten, bei dem sie mit abhängigkeiterkrankten Menschen in Kontakt kommen. Das Ziel der Autorenschaft besteht darin, sozialarbeiterische Konzepte, Methoden und Techniken mit dem CRA-Ansatz zu verknüpfen und aufzuzeigen, ob und inwiefern der CRA-Ansatz ein innovatives Konzept für die Soziale Arbeit mit alkoholabhängigkeiterkrankten Menschen darstellen könnte.

1.6 Begriffsdefinitionen

Die Autorin und der Autor setzen bei der Lektüre dieser Arbeit ein allgemeines sozialarbeiterisches Vokabular ohne Vertiefung zu störungsspezifischem Wissen und Abhängigkeiterkrankungen voraus. Die nachfolgenden Begriffsdefinitionen sind alphabetisch in die Unterkapitel «Sucht und Abhängigkeit», «Salutogenese und Pathogenese» und «Behandlung» eingeteilt.

1.6.1 Sucht und Abhängigkeit

Abhängigkeit:

Von einer Abhängigkeit sprechen Andreas Heinz und Anil Batra (2003) im Zusammenhang mit dem zwanghaften und anhaltenden Konsum von psychoaktiven Substanzen. Abhängigkeiterkrankungen charakterisieren sich dadurch, dass eine Unfähigkeit zur Abstinenz besteht. Die betroffene Person erlebt einen Kontrollverlust über den Substanzkonsum und eine stetige Dosissteigerung wird zur Befriedigung des Verlangens notwendig. Wird die psychoaktive Substanz nicht eingenommen, treten im Gegensatz zur Suchterkrankung körperliche Entzugssymptome auf. Zu beachten ist hierbei, dass die Abgrenzung von «normalem» Konsum und «abhängigem» Konsum nicht leicht ist. So müssen zum Beispiel hohe Konsummengen oder eine situative Dosissteigerung sowie Intoxikationen oder körperliche Schäden nicht zwingend eine Abhängigkeit bedeuten (S. 12).

In den medizinischen Diagnosemanualen «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems» (ICD 10) und dem «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM 5) werden ähnliche Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit genannt (S.13). Nach ICD 10 müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien im letzten Jahr gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

- Starker Wunsch oder Zwang die psychotrope Substanz zu konsumieren
- Beginn, Beendigung und Menge des Konsums kann nur vermindert kontrolliert werden
- Bei Beendigung oder Reduktion des Konsums treten körperliche Entzugssyndrome auf
- Toleranzentwicklung kann nachgewiesen werden
- Andere Vergnügen und Interessen werden zu Gunsten des Substanzkonsums vernachlässigt
- Trotz Nachweis von eindeutig schädlichen Folgen wird der Konsum fortgesetzt (Helmut Kuntz, 2009, S. 185-186).

Abstinenz:

Gemäss Jürgen Friedrichs (2002) bedeutet Abstinenz die vollständige Enthaltensamkeit bezüglich der Einnahme einer Substanz (S. 24).

Alkoholmissbrauch:

Missbrauch im Allgemeinen meint gemäss Wilhelm Feuerlein (1989), wenn eine Sache in einer Weise gebraucht wird, die vom ursprünglich dafür vorgesehenen Zweck in Qualität und/oder Quantität abweicht. Bei Medikamenten oder Rauschmitteln kann von Missbrauch gesprochen werden, wenn dafür eine medizinische Indikation fehlt. Bei Alkohol ist es anders, da es gesellschaftlich als Genussmittel, Nahrungsmittel, Rauschmittel oder im Extremfall als Gift betrachtet wird. Von Alkoholmissbrauch wird also dann gesprochen, wenn der Konsum nicht mit gesellschaftlichen Normen vereinbart werden kann, wie beispielsweise der Konsum in unangepassten Situationen wie bei der Arbeit oder im Strassenverkehr. Des Weiteren ist mit Alkoholmissbrauch auch exzessiver Konsum gemeint, der die physischen und/oder psychischen Funktionen der Konsumentin oder des Konsumenten stark beeinflussen kann (S. 3-4).

Angehörige:

Sucht Schweiz (2016) unterscheidet zwischen Familienangehörigen (Grosseltern, Eltern, Geschwister, Kinder etc.) und sonstigen nahestehenden Menschen (Freunde und Freundinnen, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Kolleginnen und Kollegen etc.) im sozialen Umfeld einer betroffenen Person. Alle zusammengefasst lassen sich als Angehörige bezeichnen (S. 1-2).

Antisoziale Persönlichkeit:

Gemäss Matthias Hammer und Irmgard Plössl (2012) wird eine antisoziale Persönlichkeit auch dissoziale Persönlichkeit genannt. Auch hier kann bei starker Ausprägung von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden. Menschen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung können sich wenig bis gar nicht in andere hineinversetzen, verspüren selten Angst und suchen deshalb aktiv nach Risikosituationen (S. 134).

Bipolare Erkrankung:

Gemäss Hammer und Plössl (2012) handelt es sich bei bipolaren Erkrankungen ebenfalls um affektive Störungen, welche sich in einem stetigen Wechsel zwischen Manie (Euphorie, Tatendrang und Energie) und Depression ausdrücken (S. 102-104).

Co-Abhängigkeit:

Jens Flassbeck (2011) versteht unter Co-Abhängigkeit eine vielschichtige, individuelle, soziale und gesellschaftliche Problematik. Das bedeutet, dass es in der Beziehung zu einer abhängigen Person zu typischen Erlebens- und Verhaltensmuster kommen kann, welche als co-abhängig-verstrickt bezeichnet werden. Diese Verhaltensmuster sind einerseits normal, andererseits kann sich aus einer problematischen co-abhängigen Verstrickung eine psychische Störung für die angehörige Person entwickeln. Co-Abhängigkeiten können durch Symptome wie einem übermässigen Wunsch, dem Abhängigen helfen zu wollen oder das Entwickeln von Scham- und Schuldgefühlen zu Depressionen, Angststörungen, psychosomatischen Syndromen oder zu eigenständigen Abhängigkeitsproblematiken führen (S. 29-30).

Craving:

Gemäss Reker (2015) ist das Wort Craving ein Synonym für Suchtdruck. Das Craving ist umso schwerer zu kontrollieren, je angenehmer die positiven Konsequenzen sind, die eine Person beim Konsum von Alkohol zu erwarten hat (S. 15).

Dependente Persönlichkeit:

Gemäss Rainer Sachse (2010) kann sich eine starke Ausprägung einer dependenten Persönlichkeit zu einer dependenten Persönlichkeitsstörung manifestieren. Dabei handelt es sich um eine Nähe-Störung, jedoch umgekehrt als bei der histrionischen Persönlichkeit: Betroffene Menschen brauchen extrem viel Bindung, die ihnen unauflöslich und vollständig verlässlich erscheinen muss (S. 78).

Depression:

Bei einer Depression handelt es sich um eine affektive Störung, wobei das Wort «affektiv» die Regulation des Gefühlslebens meint. Depressionen drücken sich oft in körperlichen Symptomen (Kopf- und Gliederschmerzen, Müdigkeit, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Magenbeschwerden etc.) und psychischen Symptomen (Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Gefühl der Leere, Gefühl der Einsamkeit etc.) aus. Depressionen treten lebensbereichsübergreifend auf (Hammer & Plössl, 2012, S. 80-85).

Drogen und Psychoaktive Substanzen:

Nach der Definition von Sucht Schweiz (2017) wird jede Substanz, die auf das zentrale Nervensystem einwirkt und somit die Gefühle, Emotionen, Wahrnehmungen und die Bewegungen beeinflusst sowie eine Veränderung des Bewusstseins bewirkt, als Droge bezeichnet. Damit sind nicht nur illegale Substanzen wie Heroin, LSD oder Amphetamine gemeint, sondern auch legale Substanzen wie Medikamente, Alkohol und Nikotin. Sucht Schweiz verweist darauf, dass dem Begriff «Betäubungsmittel» eine rein juristische Bedeutung zukommt.

Mit Betäubungsmittel sind lediglich verbotene psychotrope Substanzen gemeint. Im Allgemeinen werden Substanzen in drei verschiedene Kategorien unterteilt: Beruhigend oder dämpfend (zum Beispiel Alkohol oder Cannabis), aufputschend (zum Beispiel Kokain oder Amphetamine) und halluzinogen (zum Beispiel LSD oder psilocybine Pilze) (Sucht Schweiz, 2017). Die WHO definiert Drogen als Stoffe, Substanzen und Mittel, die aufgrund ihrer Chemie auf Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus einwirken. Diese Veränderungen zeigen sich insbesondere in der Stimmungslage, in den Sinnesempfindungen, im Bewusstsein, in psychischen Bereichen oder dem Verhalten des Individuums (Feuerlein, 1975, zit. in Friedrichs, 2002, S.21).

Histrionische Persönlichkeit:

Gemäss Sachse (2010) kann eine sehr ausgeprägte histrionische Persönlichkeit auch eine histrionische Persönlichkeitsstörung genannt werden. Dabei weisen betroffene Personen ein Nähe- und Distanzproblem auf. Sie suchen Nähe und Kontakt, weisen aber auch Bindungsprobleme auf (S. 68). Zudem weisen Menschen mit einer histrionischen Persönlichkeitsstörung die Eigenschaft auf, dass sie generell gerne im Mittelpunkt stehen (Hammer & Plössl, 2012, S. 135).

Komorbidität und Doppeldiagnosen:

Franz Moggi (2007) verweist darauf, dass der Begriff «Doppeldiagnose» das gemeinsame, gleichzeitige Auftreten einer psychischen Störung und einer Substanzstörung bedeutet. Komorbidität meint, dass zwei oder mehrere psychische Störungen gleichzeitig auftreten, wobei keine davon eine Substanzstörung sein muss. Doppeldiagnose ist somit ein Spezialfall von Komorbidität (S. 15-16).

Multifaktorielles Erklärungsmodell / Sucht-Trias-Konzept:

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung existieren verschiedene Modelle. Eine gemeinsame Erkenntnis aus den verschiedenen Erklärungsmodellen ist laut Feuerlein (1989) das multifaktorielle Ursachengefüge und die Interaktion der einzelnen Elemente untereinander. Die drei zentralsten Elemente einer Abhängigkeitsentstehung sind die *Droge* an sich (Wirkung, Dosis, Beschaffung etc.), die *Person*, die sie konsumiert (genetische Dispositionen, Persönlichkeitseigenschaften, frühkindliche Lebenssituation etc.), und die *Umwelt* (soziales Milieu, Konflikte, kritische Lebensereignisse etc.) in der die Person lebt. Zusammen ergeben die drei Hauptelemente das Sucht-Trias-Konzept. Wichtig ist zu beachten, dass Person, Umwelt und Droge immer auch individuell gewichtet und betrachtet werden müssen (S. 12).

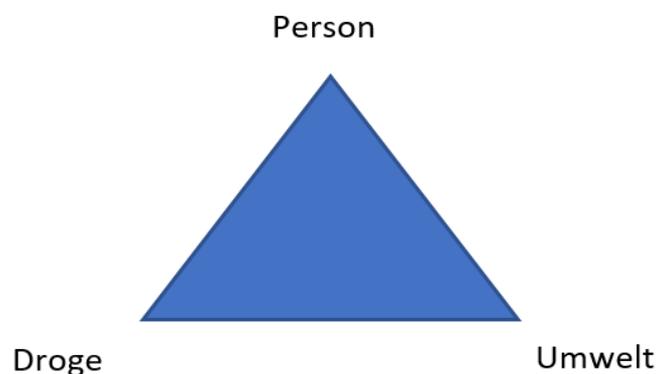


Abbildung 1: Sucht-Trias-Konzept (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Feuerlein, 1989, S. 12)

Abhängigkeit kann als psychopathologisches Phänomen betrachtet werden und hat deshalb einen eigenen Krankheitswert (S. 4). Gemäss Hammer und Plössl (2015) sind psychische Erkrankungen das Ergebnis einer komplexen Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Man spricht also von einem multifaktoriellen Erklärungsmodell (S. 15).

Sucht:

Heinz und Batra (2003) beschrieben Sucht als ein zwanghafter und nicht bezwingbarer Drang. Es handelt sich bei der Sucht um eine unkontrollierbare Verhaltensweise, welche als «Störung» charakterisiert werden kann. Suchtverhalten muss somit nicht zwingend mit der Einnahme einer psychoaktiven Substanz einhergehen, sondern kann auch Verhaltenssüchte beinhalten (S.12). Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist eine Sucht die Eigenschaften auf, dass ein zwanghaftes Bedürfnis besteht, den Substanzkonsum fortzusetzen, eine kontinuierliche Dosissteigerung zur Suchtbefriedigung notwendig ist, die Sucht eine negative Wirkung auf das Individuum und die Gesellschaft erzeugen- und eine psychische und physische Abhängigkeit zur Folge haben kann (WHO 1952, zit. in Friedrichs, 2002, S. 22).²

1.6.2 Salutogenese und Pathogenese

Salutogenese und Pathogenese:

Das Konzept der Salutogenese wurde von Aron Antonovsky entwickelt. Die Salutogenese orientiert sich hauptsächlich an der Frage, was einen Menschen gesund hält und wie die Gesundheit eines Menschen gefördert werden kann. Antonovsky war der Meinung, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um einen festen Zustand handelt, sondern dass sich der Mensch auf einem stetigen Kontinuum zwischen den Polen «gesund» und «krank» befindet. Er versuchte herauszufinden, wie der Mensch näher zu dem Pol «gesund» gelangen kann. Pathogenese meint das Gegenteil, also die krankheitsorientierte Betrachtungsweise (Aron Antonovsky, 1997, S. 23 – 24).

1.6.3 Behandlung

Disulfiram:

Gemäss Susanne Rösner, Martin Grosshans und Jochen Mutschler (2014) genießt Disulfiram (Handelsname: Antabus) in der Suchtbehandlung von alkoholabhängigen Menschen einen Sonderstatus. Die Wirkung des Medikamentes greift nicht wie andere anti-craving-Medikamente neurobiologisch ein und lindert den Suchtdruck, sondern führt bei gleichzeitigem Konsum mit Alkohol zu einer Unverträglichkeitsreaktion. Die Einnahme von Disulfiram bedingt also einen Abstinenzvorschuss. Durch die Einnahme von Disulfiram wird die Umwandlung von Acetaldehyd zu Acetat verhindert, indem das Enzym Aldehyddehydrogenase gehemmt wird.

² *Anmerkung der Autorenschaft:* In der nachfolgenden Arbeit wird grundsätzlich der Begriff der «Abhängigkeit» verwendet, da der Übergang zwischen Sucht und Abhängigkeit fließend ist und verschiedene Autorinnen und Autoren verschiedene Abgrenzungen vornehmen. Im Kapitel 2.1 «Suchtpolitik in der Schweiz» wird der Begriff «Sucht» dennoch verwendet, da sich die Politik ebenfalls diesem Begriff bedient.

Dies hat zur Folge, dass konsumierter Alkohol in der Leber nur beschränkt abgebaut werden kann. Übrig bleibt das giftige Acetaldehyd, welches in verschiedenen Körperregionen (kardiovaskulär, neurologisch, gastrointestinal und respiratorisch) je nach konsumierter Menge Alkohol unangenehme bis lebensbedrohliche Reaktionen hervorbringen kann (S. 47-48).

Skills- Training:

Skills-Training bezieht sich in dieser Arbeit vor allem auf das Behandlungsmodul im CRA-Ansatz, welches gemäss Meyers und Smith (2017) aus den Komponenten «Kommunikationstraining», «Problemlösetraining» und «Ablehnungstraining» besteht (S. 169 – 180).

1.7 Thematische Eingrenzung

Laut den Beschreibungen von Meyers und Smith (2017) kann der CRA-Ansatz auf generelle Suchtproblematiken angewendet werden, im Vordergrund stehen aber Alkoholkrankungen (S. 16). Suchterklärungsmodelle (vgl. Kapitel 2.2.2 «Ursachen von Alkoholabhängigkeit») können grundsätzlich auf alle Substanzen angewendet werden. Dennoch bezieht sich vorliegende Arbeit hauptsächlich auf die Entstehung, Folgen und Behandlung, von Alkoholabhängigkeiten.

Des Weiteren werden vorwiegend die Situationen in der Schweiz und in Deutschland betrachtet³. Die Arbeit bezieht sich hauptsächlich auf den ambulanten Suchthilfebereich. Die ausgewählten Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit werden von den Aufgaben der Sozialen Arbeit im Suchtbereich abgeleitet. Es existieren noch viele weitere Konzepte, Methoden und Techniken, die in der Sozialen Arbeit Anklang finden. Die Arbeit beschränkt sich auf diejenigen, die von der Autorenschaft als besonders relevant betrachtet werden.

1.8 Berufsrelevanz

Laut der «Nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024» (2015) war in den Anfängen der 1990er Jahren nach den offenen Drogenszenen ein Wendepunkt in der Politik festzustellen: Anstelle der bisherigen 3-Säulenpolitik (Prävention, Therapie und Repression) wurde eine vierte Säule hinzugefügt, die Säule der «Schadenminderung». Der Hintergrund dieser Überlegung war, dass abhängige Menschen nicht mehr als kriminelle, sondern als kranke Personen betrachtet werden sollten. Sucht wird heute nicht mehr als Verbrechen betrachtet, sondern als eine Krankheit, welche es zu behandeln gilt. Dies ist einer der Gründe dafür, dass nicht mehr die Abstinenzorientierung im Vordergrund steht, sondern dass Suchthilfe heute akzeptanzorientiert ausgerichtet sein sollte (S.21).

³ Ausser bei Kapitel 2.4 «Komorbidität zwischen psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum» wird die Komorbidität anhand von zwei amerikanischen Studien (NCS-Studie und NESARC-Studie) erklärt.

Gemäss Heino Stöver (1999) verlangt ein akzeptanzorientierter Ansatz eine Orientierung am abhängigen Individuum. Dies bedeutet, dass die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse des Individuums sowie das Kennenlernen seiner oder ihrer Lebensrealität in den Fokus gestellt werden sollen (S.14).

Der CRA-Ansatz wird oben genannter Lebensweltorientierung und der Orientierung an den Bedürfnissen des Individuums gemäss Wolfgang Lange, Martin Reker und Martin Driessen (2008) gerecht. Es wird von den subjektiven Wertsetzungen der betroffenen Person ausgegangen und anhand von positiven Verstärkern in den Lebensbereichen Arbeit, Familie, Freizeit und Wohnraum gearbeitet. Ein Ziel der Behandlung ist es, dem oder der Betroffenen zu vermitteln, dass ein Lebensstil ohne Rauschmittel viele Vorteile für ihn oder sie selbst und deren Umwelt mit sich bringen kann (S. 14). Wie Meyers und Smith (2017) beschreiben, soll dem betroffenen Menschen geholfen werden, positive Verstärker in seinem oder ihrem sozialen Umfeld zu identifizieren. Durch diese Identifikation, welche als «Hilfe zur Selbsthilfe» betrachtet werden kann, ist es der abhängigen Person möglich, intrinsische (innere) Motivation für eine Verhaltensänderung zu generieren (S.17).

Der CRA-Ansatz könnte somit aus verschiedenen Gründen als berufsrelevant erachtet werden:

- Gemäss verschiedenen Studien handelt es sich beim CRA-Ansatz um eine evidenzbasierte Methode, welche in verschiedensten Settings (ambulant, stationär, teilstationär etc.) angewendet werden kann (Lange, Reker & Driessen, 2008, S. 14).
- Der CRA-Ansatz kann als Chance für die Soziale Arbeit gewertet werden, da er klientenzentriert, ressourcenorientiert und systemisch ausgerichtet ist (Beat Kläusler & Charlotte Kläusler-Senn, 2009, S.26).
- Der CRA-Ansatz integriert psychosoziale, motivationale und gemeindeorientierte Ansätze sowie spezifische psychotherapeutische Interventionen wie beispielsweise das Erstellen von Verhaltensanalysen und das Herausarbeiten von Triggern, die zum Substanzkonsum animieren (Lange, Reker & Driessen, 2008, S. 14).

Die Hauptfragen dieser Arbeit befassen sich damit, wo die Schnittstellen des CRA-Ansatzes mit der Sozialen Arbeit sind und inwiefern sich der CRA-Ansatz für sozialarbeiterisches Handeln im ambulanten Suchthilfebereich eignet.

1.9 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich im Hauptteil I vorwiegend mit dem Thema Alkohol, Alkoholabhängigkeit und mit deren möglichen Ursachen. Des Weiteren wird in diesem Hauptteil näher auf die Suchtpolitik in der Schweiz, die verschiedenen Konsummuster sowie unterschiedliche Trinkertypen von Alkohol und auf mögliche biologische und neurobiologische Wirkungen und Schädigungen eingegangen. Ausserdem wird die Behandlung von Alkoholabhängigkeiten sowie der Entzug beschrieben. Die Komorbidität zwischen psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum wird ebenfalls untersucht. Dieser Teil soll einem allgemeinen Suchtverständnis dienen und einen Überblick über Alkoholkonsum, Wirkung und Schädigung bieten und beantwortet nicht direkt Teil- oder Hauptfragen.

Im Hauptteil II wird auf das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen eingegangen. Zuerst wird dabei aus berufsethischer Perspektive der Gegenstand der Sozialen Arbeit betrachtet. Daraus abgeleitet werden die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Suchtbereich. Des Weiteren werden besonders relevante Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit, welche bei abhängigkeiterkrankten Menschen Anwendung finden, vertieft. Während der Hauptteil I die Grundlage des theoretischen Wissens über Alkohol und Abhängigkeitserkrankungen darstellt, bildet der Hauptteil II (zusammen mit dem Hauptteil III) die Basis für die Beantwortung der Hauptfragen I und II, sowie der Teilfragen 1, 2, 3 und 4. Die Hauptteile I und II werden am Ende des Kapitels jeweils zusammengefasst. Schlussfolgerungen für die Praxis werden ebenfalls dargestellt.

Der Hauptteil III widmet sich hauptsächlich dem CRA-Ansatz. Zuerst werden die Ziele des CRA-Ansatzes dargestellt. Dann werden die einzelnen Behandlungsmodule des CRA-Ansatzes fortlaufend mit den Berührungspunkten mit der Sozialen Arbeit abgeglichen. Danach folgt ein kurzer Exkurs zu dem verwandten Ansatz «Community Reinforcement and Family Training» (CRAFT). Der Hauptteil III enthält zudem einige Aspekte, die bei sozialarbeiterischer Anwendung des CRA-Ansatzes nach Meinung der Autorenschaft mitberücksichtigt werden sollten.

Im letzten Teil der Arbeit werden alle Ergebnisse im Rahmen eines Fazits zusammengetragen, die Fragen beantwortet und eine Empfehlung für die sozialarbeiterische Praxis abgegeben.

2. Hauptteil I Alkohol und Alkoholabhängigkeit

In diesem Kapitel werden zuerst die wichtigsten Grundinformationen über die Suchtpolitik in der Schweiz erläutert. Danach wird das Thema Alkohol und Alkoholabhängigkeit vertieft. Des Weiteren beschäftigt sich dieses Kapitel mit der biologischen und neurobiologischen Wirkung von Alkohol sowie möglichen Schädigungen durch Alkoholkonsum. Ursachen von Alkoholabhängigkeiten, Behandlung, Entzug und Komorbidität zwischen Alkoholkonsum und psychischen Erkrankungen werden ebenfalls thematisiert. Die Themen - beginnend bei der Suchtpolitik und endend bei Komorbiditäten zwischen Alkoholkonsum und psychischen Erkrankungen - sind sehr breit gestreut. Dies deshalb, weil diverse Faktoren wie beispielsweise die Suchtpolitik wesentliche Auswirkungen auf die Entstehung, die Behandlung und den Umgang mit Abhängigkeiten haben können.

2.1 Suchtpolitik in der Schweiz

Die «Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024» (2015) gibt für die kommenden Jahre die Stossrichtung für die schweizerische Suchtpolitik vor. Sie basiert auf den bisherigen Erfahrungen der Viersäulenpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression) (S.6). Mit dem Ziel einer kohärenten und wirksamen Suchtpolitik löst die «Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024» die vorherigen Programme («Nationales Programm Alkohol», «Nationales Programm Tabak» und das «Massnahmenpaket Drogen») ab (S.16). Die Strategie soll einen übergreifenden Orientierungs- und Handlungsrahmen vorgeben (S.3). Folgende übergeordnete Ziele verfolgt die neue Strategie:

- Verhinderung von Suchterkrankungen
- Verminderung von gesundheitlichen und sozialen Schäden
- Notwendige Hilfe und Behandlung für abhängige Menschen
- Verringerung der negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft (S.6).

Die «Nationale Strategie Sucht 2017-2024» (2015) formuliert acht Handlungsfelder, die jeweils eigene Ziele verfolgen und in der Gesamtheit die Erreichung der vier übergeordneten Ziele (siehe oben) sicherstellen sollen (S. 7-9). Das Wohl und die Gesundheit des Einzelnen soll ins Zentrum gerückt und die Eigenverantwortung durch Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz gestärkt werden (S.7). Nachfolgend werden diese acht Handlungsfelder und die jeweiligen Teilziele dargestellt (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Acht Handlungsfelder und ihre Ziele (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis der «Nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024», 2015, S. 7-9)

Handlungsfeld	(Teil)Ziele
Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung	Gegen Sucht soll Prävention betrieben werden und Suchtverhalten soll früh erkannt werden
Therapie und Beratung	Menschen sollen Hilfestellungen angeboten werden, um eine Sucht zu überwinden oder zu kontrollieren
Schadensminderung und Risikominimierung	Niederschwellige Hilfen sollen gefördert werden und zugleich sollen negative Auswirkungen von Suchtverhalten verringert werden
Regulierung und Vollzug	Gesetze sollen unter der Berücksichtigung von gesundheitlichen Aspekten umgesetzt werden
Koordination und Kooperation	Kooperationen und Vernetzungen von suchtpolitischen Partnern sollen gefördert werden
Wissen	Wissen soll generiert und weitergegeben werden
Sensibilisierung und Information	Die Bevölkerung soll Informationen über suchtrelevante Themen erhalten und sensibilisiert werden
Internationale Politik	Im internationalen Umfeld soll Wissen ausgetauscht und Interessen vertreten werden

Die «Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024» (2015) geht, wie verschiedene andere Fachliteratur auch, davon aus, dass es sich bei Sucht um ein bio-psycho-soziales Phänomen handelt. Die Sucht entsteht demnach aus einer Wechselwirkung zwischen individuellen Veranlagungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen meint gemäss der Strategie Sucht das persönliche Umfeld einer Person, die berufliche und finanzielle Situation, der gesellschaftliche Umgang sowie die Erhältlichkeit einer Substanz. Sucht hat Auswirkungen auf die psychische und physische Situation eines Menschen und auf dessen oder deren soziales Umfeld. Des Weiteren kann sich Sucht auch auf die soziale Integration auswirken. Sucht ist charakterisiert durch ein zwanghaftes Verhalten, welches trotz dem Wissen oder dem tatsächlichen Eintreten von negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen weiterbesteht (S. 12-15).

Die «Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024» (2015) geht, sowie die Fachwelt auch, davon aus, dass es sich bei einer Sucht um eine Krankheit handelt. Dabei muss es sich nicht zwangsläufig um Substanzabhängigkeiten handeln. Auch die Geldspielsucht gehört als Verhaltenssucht dazu. Andere Themen wie beispielsweise die Internetsucht sind derzeit Diskussions-thema im Parlament (S. 15).

2.2 Alkohol und Alkoholabhängigkeit: Konsummuster, Trinkertypen, Wirkung, mögliche Schädigungen und Ursachen

Alkohol im Allgemeinen

Feuerlein (1989) beschreibt, dass die chemische Bezeichnung für Alkohol Äthylalkohol meint und es sich dabei um eine farblose, brennbare Flüssigkeit handelt, die sich in Wasser und Fett auflösen lässt. Alkohol entsteht durch einen Gärungsprozess von Zuckerarten, die durch Hefe in Kohlensäure und Alkohol getrennt werden. Alkohol entsteht auch im menschlichen Körper, jedoch nur in sehr geringen Mengen (S.19).

Alkohol ist wahrscheinlich die älteste psychoaktive Substanz, die der Mensch kennt. Die Wirkungen des Alkohols sind bekannt: entspannend, stimmungsaufhellend, angstreduzierend und beruhigend. Je nach konsumierter Dosis wirkt der Alkohol mehr oder weniger bewusstseins- und persönlichkeitsverändernd. Bei hoher Dosierung kann es zu Störungen der Konzentrations-, Koordinations- und Reaktionsfähigkeit kommen. Bei sehr hoher Dosierung kann die Wirkung auch halluzinogene Effekte hervorrufen (Klaus Dietze & Manfred Spicker, 2011, 12 – 13).

«Die Zeit» berichtete im Artikel mit dem Namen «Alkohol – Opium fürs Volk» (1998) von einer französischen Studie, welche unter der Leitung des französischen Pharmazieprofessors Bernard Roques durchgeführt wurde. Die Wissenschaftler besagter Studie versuchten erstmals, die Gefährlichkeit von Substanzen in eine Richterskala einzuteilen und kamen zu folgendem Schluss: Auf Platz eins der Gefährlichkeit sind Opiate, Alkohol und Kokain zu finden. Auf Platz zwei stufen die Forscher Substanzen wie Ecstasy, Aufputzmittel und Beruhigungsmittel sowie Tabak ein. Auf Platz drei wurden Cannabisprodukte wie Haschisch und Marihuana verortet. Friedrichs (2002) weist darauf hin, dass der Roques-Bericht zwar einige Fragen offenlässt, aber den bisherigen Umgang mit Drogen in der Gesellschaft, insbesondere dem Alkohol, in Frage stellte (S.31).

Konsummuster von Alkohol

Dietze und Spicker (2011) unterscheiden verschiedene Konsumformen von Alkohol. Menschen, die aus einer neutralen oder positiven Stimmungslage heraus zu einem bestimmten Anlass Alkohol konsumieren, weisen in der Regel keinen problematischen Konsum auf. Sie gelten als die «Normaltrinker». Ein Problem sehen Dietze und Spicker darin, dass der Übergang vom «Normaltrinker» zu «riskantem Konsum» gesellschaftlich betrachtet regelrecht gefördert wird, da Alkohol eine hohe Akzeptanz genießt und als Beruhigungsmittel, Feierabendritual und oft als fester Bestandteil von allen Arten von Anlässen genutzt wird. Unangenehme Situationen werden durch Alkohol erträglicher, schöne Situationen noch schöner (S.18). Auch Sucht Schweiz (2014) ist der Meinung, dass Alkoholkonsum als risikoarm gilt, wenn er massvoll getrunken und der jeweiligen Situation angepasst wird. Eine wichtige Komponente stellt auch das Umfeld, in dem konsumiert wird, dar. Das Alter, das Geschlecht der Person und die konsumierte Menge sind ebenfalls ausschlaggebende Faktoren, welche beachtet werden müssen (S.3).

«*Riskanter Konsum*» ist gemäss Dietze und Spicker (2011) eine Verfestigung eines Musters. Wenn negative Gefühle jedes Mal mit Alkohol beruhigt oder unterdrückt werden, damit positive Gefühle entstehen, entfällt irgendwann die Möglichkeit, sich mit negativen Verstimmungen auseinandersetzen zu können und diese auf natürliche Art und Weise zu bewältigen. Da sich der Stoffwechsel an häufigen Alkoholkonsum gewöhnt, muss die Dosis kontinuierlich erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erfahren. Ein entscheidender Faktor ist ausschlaggebend, dass nicht mehr vom «riskanten Konsum», sondern vom «*Problemtrinken*» gesprochen wird: Wenn man nicht mehr jederzeit auf Alkohol verzichten kann und der Verzicht zu Verstimmungen führt (S.20). Sucht Schweiz (2014) spricht hierbei von problematischem Alkoholkonsum, der in drei Formen unterschieden werden kann:

- **Chronisch risikoreicher Konsum:** Täglicher Konsum von Alkohol. Bei Frauen sind dies 20 Gramm reiner Alkohol (=Ethanol), bei Männern 40 Gramm. 10 Gramm Ethanol entsprechen ungefähr einem 3dl Bier.
- **Episodisch risikoreicher Konsum:** Davon spricht man, wenn Frauen 40 Gramm und Männer 50 Gramm reiner Alkohol oder mehr am Stück konsumieren.
- **Situationsunangepasster Konsum:** Dies bezieht sich auf Situationen, in denen Alkoholkonsum aufgrund von gesellschaftlichen Normen nicht toleriert wird und je nachdem sanktioniert werden kann (zum Beispiel im Strassenverkehr, während der Schwangerschaft, während der Arbeit etc.) (S.3).

Feuerlein (1989) definiert dieselben Kriterien wie Sucht Schweiz, subsumiert darunter jedoch den Begriff «Alkoholmissbrauch» (S.4). Das schwerwiegendste Konsummuster ist die Abhängigkeit. Sucht Schweiz (2014) verweist auf die Definition der WHO, die im Diagnosemanual ICD 10 folgende Symptome festlegt, die auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten:

- Starkes Verlangen / Zwang nach dem Konsum von Alkohol
- Schwierigkeiten in der Kontrolle des Konsums von Alkohol
- Trotz dem Bewusstsein über schädliche Folgen anhaltender Alkoholkonsum
- Alkoholkonsum erhält gegenüber anderen Aktivitäten und Verpflichtungen Vorrang
- Toleranzentwicklung
- Körperliches Entzugssyndrom, wenn nicht konsumiert wird (S. 3).

Von einer «*Alkoholabhängigkeit*» wird dann gesprochen, wenn im letzten Jahr drei oder mehr der oben genannten Kriterien erfüllt waren (S.3). Reker (2015) schliesst sich denselben Kriterien an und betont dabei, dass im ICD 10 nicht mehr von «Alkoholismus», sondern von «psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» gesprochen wird. Des Weiteren wird im ICD 10 eine Abgrenzung von «schädlichem Gebrauch» (wenn der Gebrauch von Alkohol zu einer körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörung führt) und einem «Abhängigkeitssyndrom» (wenn drei oder mehr der oben genannten Kriterien innerhalb eines Jahres erfüllt worden sind) gesprochen (S. 33-36).

Verschiedene Trinkertypen

Feuerlein (1989, S. 155-158), Michael Soyka (1997, S. 16) sowie Dietze und Spicker (2011, S. 30-32) verweisen auf die verschiedenen Trinkertypen, die der amerikanische Forscher Elvin Morton Jellinek in den Vierzigerjahren des letzten Jahrhunderts definiert hatte, welche bis heute nicht an Gültigkeit verloren haben. Die verschiedenen Trinkertypen sind in nachfolgender Tabelle dargestellt (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Verschiedene Trinkertypen (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis nach Jellinek, zit. in Feuerlein, 1989, S. 155-158, Soyka, 1997, S. 16 und Dietze und Spicker, 2011, S. 30-32)

Typ des Trinkers	Art der Abhängigkeit
Alpha-Trinker (Konflikttrinker)	Ausschliesslich psychische Abhängigkeit. Alkohol wird eingesetzt, um Konflikte vorübergehend zu «lösen». Kontrollverlust findet nur selten statt.
Beta-Trinker (Gelegenheitstrinker)	Keine körperliche oder psychische Abhängigkeit vorhanden. Alkohol wird bei jeder sich bietenden Gelegenheit im sozialen Umfeld konsumiert. Kontrollverlust findet nur selten statt.
(Ab Gamma-Trinker kann von Alkoholkrankheit gesprochen werden)	
Gamma-Trinker (abhängiger Trinker)	Eine psychische Abhängigkeit besteht und es wird eine physische Abhängigkeit entwickelt. Toleranzentwicklung tritt ein. Physische, psychische und sozioökonomische Schäden können auftreten. Fähigkeit zur temporären Abstinenz noch vorhanden, jedoch häufiger Kontrollverlust.
Delta-Trinker (Spiegel-Trinker)	Starke körperliche Abhängigkeit verlangt nach einem stetigen Alkoholpegel im Blut. Der Konsum ist rauscharm, aber kontinuierlich. Selten Kontrollverlust, jedoch Unfähigkeit zur Abstinenz.
Epsilon-Trinker (Quartals-Trinker)	Eine psychische Abhängigkeit besteht. Alkoholkonsum tritt episodisch in grossen Mengen auf, dazwischen besteht die Fähigkeit, abstinent zu leben. Völliger Kontrollverlust in Trink-Episoden.

2.2.1 Biologische und neurobiologische Wirkung und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol

Neurobiologie

Allen Suchtmitteln ist gemeinsam, dass sie auf das Belohnungssystem im Gehirn einwirken (Reker, 2015, S. 41). In der Zeitschrift «Neurowissenschaften und Sucht» wird beschrieben, dass das Gehirn verschiedene Botenstoffe (=Neurotransmitter) herstellt. Die Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin, Glutamat, GABA (Gamma- Aminobuttersäure), endogene Opiate, Serotonin und Cannabinoide können beim Konsum von psychoaktiven Substanzen ausgeschüttet werden. Wird eine Substanz konsumiert, so entsteht durch die Ausschüttung von Neurotransmittern ein unerwartet positives Gefühl.

Das positive Gefühl wird vom Belohnungssystem erkannt und ein Lernsignal wird generiert, um das gewünschte Verhalten in Zukunft zu wiederholen. Die Wirkung von Substanzen können in drei Kategorien eingeteilt werden: anregend, dämpfend oder halluzinogen (Société Axess, 2009, S. 11-16). Reker (2015) spricht in diesem Zusammenhang von Regelkreisen im Gehirn, die verantwortlich sind, dass der Mensch die Reize, die er als gut und angenehm empfunden hat, erneut erleben möchte (S.41).

Beim Konsum von Alkohol gelangt die psychoaktive Substanz (Ethanol) direkt vom Verdauungstrakt über das Blut ins Gehirn und es kommt zu einer Dopaminausschüttung. Ethanol wirkt auf zwei Arten. Einerseits aktiviert es die inhibitorischen (hemmenden) Neuronen im Gehirn, andererseits hemmt es die exzitatorischen (erregenden) Neuronen. Die gleichzeitige Wirkung des Ethanols hat zur Folge, dass ein beruhigendes, schläfriges und entspanntes Gefühl entsteht. Die Atemfrequenz wird verlangsamt, die motorischen Fähigkeiten beeinträchtigt, es kann zu Übelkeit kommen und im schlimmsten Fall sogar im Koma enden. Durch Alkoholmissbrauch kann es zu Gedächtnisausfällen kommen, da die Aktivität im Hippocampus durch den übermässigen Konsum von Alkohol gestört wird. Beim chronischen Alkoholkonsum sterben viele Zellen im präfrontalen Kortex ab, was sich in kognitiven Defiziten zeigt und im schlimmsten Fall zu einem Korsakow-Syndrom führen kann (Société Axess, 2009, S. 16-17). Das Korsakow-Syndrom wird auch als alkoholtoxisches amnestisches Syndrom bezeichnet und äussert sich als eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses und der Orientierung. Um die Gedächtnislücken zu schliessen, finden sogenannte Konfabulationen statt. Das heisst, die betroffene Person füllt die Gedächtnislücken mit fantasierten Erinnerungen aus, um die Störung des Kurzzeitgedächtnisses zu kompensieren (Reker, 2015, S. 42). Wird über eine längere Zeit Alkohol konsumiert, so ist die Leber zu einem schnelleren Ethanolabbau gezwungen, was dazu führt, dass das Rauschempfinden ab- und die Toleranzentwicklung zunehmen. Bei fehlender Alkoholfuhr wird das Gehirn überstimuliert. Dies zeigt sich in den Folgen von Schlaflosigkeit, Rastlosigkeit oder sogar epileptischen Anfällen. (Société Axess, 2009, S.16-17).

Reker (2015) erklärt, dass es bei chronischem Alkoholkonsum zu einer regelmässigen Dopaminausschüttung kommt. Das Gehirn reagiert darauf, indem es die Anzahl der Dopaminrezeptoren verringert, damit ein Gleichgewicht hergestellt werden kann. Dies führt dazu, dass der Alkohol durch die geringe Anzahl Rezeptoren nicht mehr seine volle Wirkung entfalten kann und somit weniger wirksam ist. Aufgrund der tiefen Anzahl von Dopaminrezeptoren und dem chronisch zugeführten Alkohol kommt es zu einer schwächeren Reaktion auf andere Reize. Abhängigkeitserkrankte Menschen verspüren somit ein stärkeres Verlangen, erneut Alkohol zu konsumieren (S. 41-42).

Toleranzentwicklung

Gemäss Georg Koob und Michael Le Moal (1997) weisen Menschen, die regelmässig Alkohol trinken, ein geringeres Rauschempfinden auf und zeigen weniger Störungen in der Bewegungskoordination. Hintergrund der Entwicklung einer Toleranz ist neben der gesteigerten Aktivität der Leber ein ständiges Erstreben des Gehirns nach einem Gleichgewicht. Dies bedeutet, dass sich das Gehirn dem chronischen Alkoholkonsum anpasst - es findet eine Neuroadaptation (neurobiologischer Anpassungsvorgang) statt, um der akuten Alkoholwirkung entgegenzuwirken (zit. in Heinz & Batra, 2003, S. 26).

Das Gehirn passt sich zwar an die regelmässige Alkoholeinwirkung an, allerdings nicht ohne Preis: Wird kein Alkohol mehr eingenommen, so entstehen körperliche und psychische Entzugssymptome, weil aufgrund des fehlenden Alkohols ein Ungleichgewicht entsteht. Die Substanz muss also regelmässig zugeführt werden, damit das Gleichgewicht aufrechterhalten und das Entstehen von Entzugssymptomen vermieden werden kann (Heinz & Batra, 2003, S. 26).

Somatische Folgen

Nach Reker (2015) führt langjähriger Alkoholkonsum nicht nur zu Schädigungen im Gehirn, sondern auch zu körperlichen Schädigungen (S. 40). Alkohol schädigt die Schleimhäute, was zu einer Erkrankung der Mundhöhle und des Rachenraumes führen kann. Vor allem Menschen, die Tabak und Alkohol kombiniert konsumieren, sind besonders gefährdet, da die Gifte des Tabaks durch die geschädigte Schleimhaut in den Körper dringen können. Krebserkrankungen der Zunge, der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes sind keine Seltenheit bei Menschen mit Alkohol- und Tabakproblemen (Reker, 2015, S. 51). Übermässiger Alkoholkonsum kann auch zu Magenbeschwerden oder zu einer chronischen Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) führen. Bei einer akuten Pankreatitis kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommen. Auch Zuckererkrankung (Diabetes mellitus) kann eine Folge von Alkoholmissbrauch sein (Michael Soyka & Heinrich Kufner, 2008 S. 189-195).

Das von dem Alkoholkonsum am stärksten beschädigte Organ ist die Leber. Die Leber hat die Funktion, dass sie den Körper entgiftet. Somit muss sie bei chronischem Alkoholkonsum ihre Aktivität erhöhen und an Volumen zunehmen. Sie kann aber ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr alle giftigen Stoffe des Alkohols abbauen, was zu einer reversiblen Alkoholfettleber führen kann oder im schlimmsten Fall zu einer Leberzirrhose beitragen kann. Eine Leberzirrhose ist irreversibel und führt zu diversen körperlichen Schädigungen (Feuerlein, 1989, S. 110-115). Auch der Herz- und Körperkreislauf sind von toxischen Wirkungen des Alkohols betroffen und können schwere Schädigungen bei Intoxikationen davontragen (Soyka & Kufner, 2008, S. 195-198). Ebenfalls von grosser Bedeutung sind die Schädigungen des Nervensystems. Vor allem die unteren Extremitäten (Beine und Füsse) sind dabei betroffen. Die abhängigen Personen können die Sensibilität ihrer Füsse und ihrer Unterschenkel verlieren.

Dies kann dazu führen, dass die Sturzgefahr steigt und sich Probleme beim Laufen zeigen (sogenannter „Storchengang“). Schädlicher Alkoholkonsum kann aber nicht nur zu Koordinationsstörungen beim Laufen führen, sondern auch die Deutlichkeit der Sprache negativ beeinträchtigen und die Motorik der Hände beeinflussen (Reker, 2015, S. 56-57). Alexander Trost (2002) stellt die möglichen Schädigungen von Alkohol auf den menschlichen Körper folgendermaßen dar (zit. in Dörthe Badenschier, 2014, S. 31).

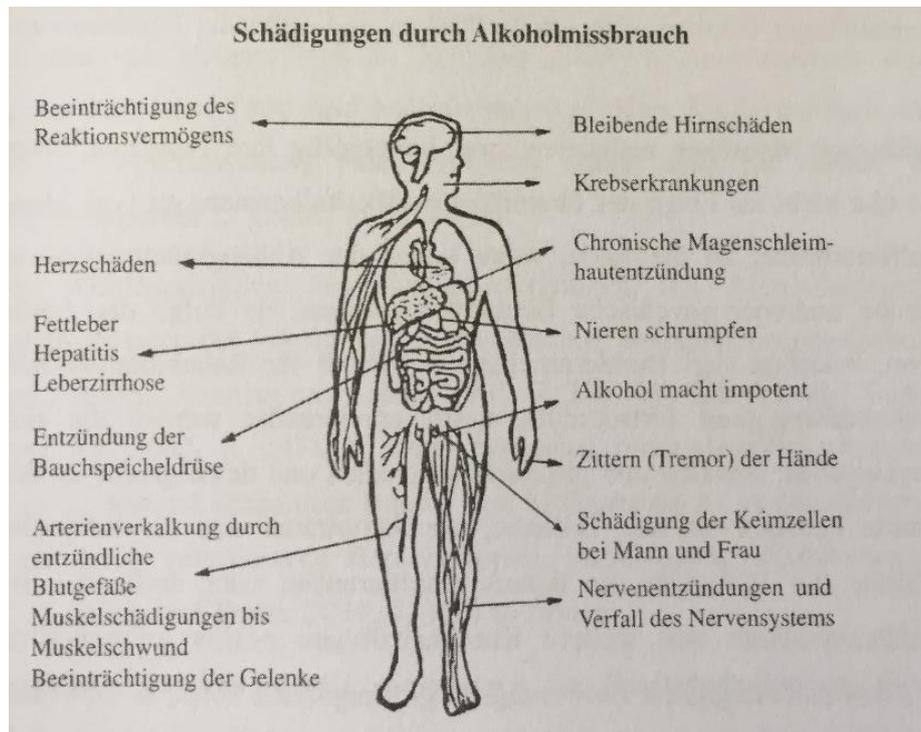


Abbildung 2: Schädigungen von Alkohol auf den Körper (Quelle: Trost, 2002, S. 292)

Soziale und psychische Folgen von Alkoholabhängigkeiten

Chronischer Alkoholkonsum beeinflusst einerseits das Verhalten, andererseits das soziale Umfeld. Problematisches Verhalten aufgrund von Alkoholkonsum ruft wiederum eine Reaktion des Umfeldes hervor. Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit kann sich auf diverse Lebensbereiche auswirken (Soyka & Küfner, 2008, S. 233).

- **Persönlichkeit**

Die häufig zu findenden Persönlichkeitsmerkmale, die bei alkoholkranken Menschen auftreten können, beschreiben Soyka und Küfner (2008) als die «perimorbide Persönlichkeit von Alkoholabhängigen». Erhöhte Depressivität, geringes Selbstwertgefühl sowie eine geringe Frustrationstoleranz und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit zu sozial abweichendem Verhalten werden als Faktoren der perimorbiden Persönlichkeit beschrieben. Des Weiteren werden die Bewältigungsstrategien von alkoholkranken Menschen - im Vergleich zu nicht alkoholkranken Menschen – dahingehend beeinflusst, dass Probleme eher verdrängt als gelöst werden.

Mögliche Hirnschädigungen durch chronischen Alkoholmissbrauch können zudem eine Wesensänderung des betroffenen Menschen bewirken, welche sich beispielsweise durch eine Verlangsamung der psychomotorischen Fähigkeiten und des Denkvermögens oder der Konzentrationsfähigkeiten zeigen (S. 235).

- **Angehörige und Co-Abhängigkeit**

Gemäss Flassbeck (2011) sind Angehörige – oft auch Kinder- von einer Alkoholabhängigkeit in einem oft unterschätzten Masse mitbetroffen. Die Belastungen, die Probleme, die Mitbetroffenheit und das Leiden der Angehörigen beschreibt Flassbeck als „Co-Abhängigkeit“. Genauso wie ein Suchtmittelproblem die betroffene Person in einem erheblichen Ausmass beherrschen kann, können sich Angehörige in ihrem Engagement für die betroffene Person verlieren. Das Zusammenleben mit einem abhängigkeitserkrankten Menschen kann für die Angehörigen immense Stresssituationen mit sich bringen. Angehörige sind aufgrund der Abhängigkeit im schlimmsten Fall physischer oder psychischer Gewalt ausgesetzt, müssen die Ausfälle des betroffenen Menschen kompensieren (Arbeit, Haushalt, Kindererziehung), kümmern sich um die Person und müssen zudem in vielen Fällen die finanzielle defizitäre Situation, die durch die Abhängigkeit entstanden ist, (mit)ausbaden. Als erschwerend kommt hinzu, dass Co-Abhängige mit ihrem Leiden oft alleine sind. Da Schamgefühle häufig ebenfalls eine Rolle spielen, reden viele betroffene Angehörige innerhalb ihres sozialen Systems nicht über die Abhängigkeitsproblematik. Durch die Verheimlichung kann sich das Problem nochmals verschärfen, da die Betroffenen aufgrund des Schweigens über die Probleme in ihrer Notlage keinerlei Hilfe erhalten (S. 29-42).

- **Arbeitsleistung**

Aufgrund der vielfältigen Beeinflussung (Motorik, Kognition, Koordination, Gedächtnisleistung, Problemlöseverhalten, Abstraktion, Wahrnehmung) eines Individuums durch den chronifizierten Alkoholkonsum kann insgesamt die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ebenfalls beeinträchtigt werden (Soyka und Küfner, 2008, S. 233-234). Feuerlein (1989) beschreibt ähnliche berufliche Folgen, und fügt mögliche Beeinträchtigungen wie Unzuverlässigkeit, mangelnde Sorgfalt, Absenzen, Gleichgültigkeit und depressive Verstimmungen den Faktoren hinzu, welche die berufliche Leistungsfähigkeit mindern. Dabei sind ebenfalls eine erhöhte Unfallgefahr und vermehrte zwischenmenschliche Spannungen am Arbeitsplatz Faktoren, die die Arbeitsleistung negativ beeinflussen können (S. 150).

2.2.2 Ursachen von Alkoholabhängigkeit

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Theorien und Modellen existieren, mit denen eine Abhängigkeitserkrankung erklärt werden kann. Die Vielzahl kann damit begründet werden, dass bei einer Abhängigkeitserkrankung verschiedenste Faktoren in unterschiedlichen Zusammenhängen stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Um den verschiedenen Theorien und Modellen gerecht zu werden, zeigt Jörg Häfeli (2008) mit dem multifaktoriellen Ursachenmodell einen Ansatz auf, indem sich Befunde aus den verschiedensten Untersuchungsansätzen einordnen lassen. Damit wird von einer alles erklärenden Theorie zur Entstehung einer Abhängigkeit abgewichen und die multikausalen Zusammenhänge zur Entstehungs- und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung verdeutlicht (Häfeli, 2008, zit. in Suzanne Lischer, 2017, S. 15). Das multifaktorielle Ursachenmodell (ersichtlich in der Abbildung 3) stellt eine Erweiterung des von Feuerlein entwickelten Sucht-Trias-Konzept dar, welches sich aus den Komponenten Droge, Person und Umwelt zusammensetzt.

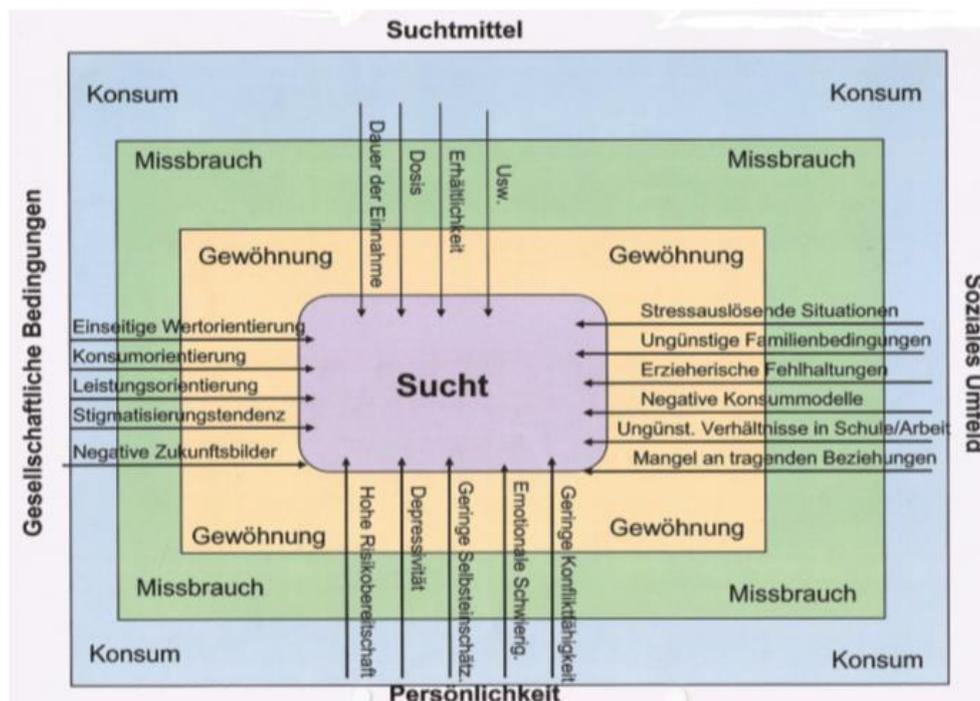


Abbildung 3: Multifaktorielles Ursachenmodell (Quelle: Häfeli, 2008, zit. in Lischer, 2017, S. 15)

Nachfolgend werden verschiedene Konzepte vorgestellt, die eine Abhängigkeitserkrankung erklären könnten. Dabei handelt es sich nicht um alle Erklärungsansätze, sondern um eine Auswahl. Um möglichst viele verschiedene Blickwinkel darzustellen, wird nachfolgend das psychoanalytische-, das genetische-, das persönlichkeitspsychologische-, das lernpsychologische- sowie ein soziologisches Erklärungsmodell vorgestellt. Die Autorin und der Autor sind sich bewusst, dass nachfolgende Konzepte einerseits als eigenständige Erklärungsversuche einer Abhängigkeit betrachtet werden können, oder andererseits anhand des multifaktoriellen Ursachenmodelles verschiedene Konzepte situativ kombiniert werden können.

Psychoanalytische Theorie zur Suchtentwicklung

Gemäss den Ausführungen von Julia Wolf (2003) geht die Theorie primär von Störungen innerhalb einer Persönlichkeitsstruktur eines Individuums aus. Diese Störung beeinträchtigt das Gefühlsleben des Individuums. Es existieren zwei Ansätze, die in der Psychoanalyse eine übergeordnete Rolle spielen: Einerseits ist dies die triebpsychologische Perspektive, welche eine Abhängigkeit als Selbstheilungsversuch eines erkrankten Ichs betrachtet. Dabei geht es gemäss den Werken von Sigmund Freud entweder um Lustgewinn oder Unlustvermeidung. Andererseits ist es die Objekt-psychoanalytische Perspektive, welche die Substanz als Ersatz von frühkindlichen Beziehungen oder Objekten darstellt und somit die frühkindliche Mutter-Kind-Beziehung in den Fokus stellt (S. 36-37).

Abhängigkeit als genetische Veranlagung

Kuntz (2011) verdeutlicht, dass Forscherinnen und Forscher seit vielen Jahren versuchen, das «eine Gen» zu finden, welches für eine Abhängigkeit verantwortlich ist, sie jedoch immer wieder scheitern. Unter den Forscherinnen und Forschern herrscht mittlerweile Konsens darüber, dass genetische Faktoren die körperliche Konstitution eines Menschen beeinflussen. Die genetisch weitergegebene körperliche Konstitution hat Einfluss darauf, ob und in welchem Masse ein Mensch ein Suchtmittel verträgt. Dabei spielt ebenfalls das Geschlecht eine Rolle. Frauen bauen beispielsweise Alkohol weniger stark ab als Männer. Ebenfalls eine genetische Grundlage könnte das menschliche Streben nach Neuem sein, darunter zählen auch das Ausprobieren und der Konsum von Suchtmitteln. Menschliches Suchtverhalten ist hochkomplex und steht in einer stetigen Wechselwirkung mit der Umwelt (S. 104-107).

Auch Dietze und Spicker (2011) schlussfolgern, dass Abhängigkeitserkrankungen ein Ergebnis von Kombinationen aus Vorveranlagungen (Prädispositionen) und Risikofaktoren darstellen. Das «eine Gen», um abhängig zu werden, existiert nicht. Spricht man von genetischer Vorveranlagung, sind damit unterschiedlich lokalisierte Gene gemeint, die das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung begünstigen können. Genetische Prädispositionen sind vergleichbar mit Vorveranlagungen für Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Rheuma oder Allergien sowie andere Stoffwechsel- und Immunstörungen. Anzumerken ist hierbei, dass Menschen, welche nicht genetisch prädisponiert sind, trotzdem eine Abhängigkeit entwickeln können. Dies verdeutlicht das Zusammenspiel zwischen Individuum und Umwelt (S. 51-53).

Persönlichkeitspsychologische Konzepte

In der Persönlichkeitsforschung wird im Verhalten eines Menschen und dessen psychischen Eigenschaften nach Ursachen gesucht, die eine Abhängigkeit begünstigen können. Schwierig zu beantworten ist dabei jedoch die Frage, ob die Eigenschaften bereits vor der Abhängigkeit bestanden haben und diese begünstigten, oder ob die Eigenschaften aufgrund der

Abhängigkeit entstanden sind (Wolf, 2003, S.37). Einige Studien versuchten bereits, ersteres zu belegen. Der amerikanische Forscher Claude Robert Cloninger versuchte 1993 durch die Kombination von genetischen Ergebnissen und persönlichkeitspsychologischen Faktoren herauszufinden, was eine Abhängigkeitsentwicklung besonders begünstigt. Gemäss Cloninger (1993) spielt das Temperament (affektive Reaktionsweise auf Reize und Anforderungen der Umwelt), welches zu 50% genetisch bedingt ist, und Charaktervariablen (Werte, Ziele und Gewohnheiten) eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Insbesondere die Persönlichkeitsvariable «Abenteuerlust» (sensational seeking) beschreibt er als Risikofaktor zur Entstehung einer Abhängigkeit (zit. in Wolf, 2003, S. 37-38).

Lernpsychologische Konzepte

Gemäss dem lernpsychologischen Konzept werden Situationen und Verhaltensweisen gekoppelt. Positive Erfahrungen generieren einen Lerneffekt für das Individuum und wollen deshalb wiederholt werden. Somit kann sich die Einnahme einer Substanz mit bestimmten Lebensgefühlen verbinden. Die Substanz kann instrumentalisiert werden, um einen angestrebten Gefühlszustand (wieder) zu erreichen. Des Weiteren kann Suchtverhalten auch über Nachahmung (Lernen am Modell) erworben und verfestigt werden (Kuntz, 2009, S. 33-34).

Soziologische Konzepte

Es existieren verschiedene soziologische Theorien, welche versuchen, Erklärungen für Suchtmittelkonsum und Entwicklung von Abhängigkeiten in den Kontext der Entwicklung von Devianz – also abweichendem Verhalten – einzubetten (Siegfried Lamnek, 1996, zit. in Marion Laging, 2004, S. 140). Betrachtet man Alkoholabhängigkeit als Ergebnis von deviantem Verhalten, kommt man an der Anomietheorie gemäss Jan Dietrich Reinhardt (2005) kaum vorbei. Robert King Mertons Anomietheorie wird und wurde immer wieder als soziologischen Erklärungsansatz für Alkohol- oder Drogenabhängigkeit verwendet (S. 83-84). Nach Mertons Theorie streben alle Menschen nach kulturell anerkannten Zielen und besitzen individuelle Möglichkeiten (zum Beispiel Geld, Eigentum, Bildung, soziale Beziehungen), diese Ziele zu erreichen. Die Diskrepanz zwischen den kulturellen Zielen und den Möglichkeiten zur Erreichung dieser Ziele kann zu abweichendem Verhalten führen. Eine Abhängigkeit kann unter dieser Perspektive ein Resultat von deviantem Verhalten sein und eine Reaktion auf gescheiterte Versuche der Teilhabe an der Gesellschaft darstellen (Laging, 2004, S.141-142).

2.3 Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Gemäss Feuerlein (1989) kann es bei einer Alkoholabhängigkeit eines Tages zu einem Tiefpunkt in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht kommen. Dabei kann der Leidensdruck so hoch sein, dass die innere Ambivalenz eher für eine Therapie spricht als für den fortwährenden Konsum. Wie bei jeder anderen Krankheit auch empfiehlt sich grundsätzlich, mit der Behandlung so früh wie möglich zu beginnen. Die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit dauert gesamthaft betrachtet oft mehrere Jahre. Feuerlein leitet daraus ab, dass der Grossteil der Behandlung deshalb ambulant stattfinden muss. Die stationäre Behandlung bezieht sich vor allem auf den akuten Alkoholentzug. Ambulante- und stationäre Behandlungen müssen sich gegenseitig ergänzen, damit eine erfolgreiche Alkoholtherapie stattfinden kann. Die Behandlung von einer Alkoholabhängigkeit mit dem Ziel der Abstinenz kann in vier Phasen strukturiert werden (S. 175-176):

- **Kontaktphase**

Dabei geht es darum, den Klienten oder die Klientin für die Veränderungsbereitschaft zu motivieren, die (psychosoziale und medizinische) Situation zu erfassen und eine Indikationsstellung vorzunehmen. Diese Phase dauert von wenigen Tagen bis hin zu Monaten oder Jahren (Feuerlein, 1989, S. 176-177).

- **Entgiftungs- und Entzugsphase**

Wenn mit beträchtlichen Entzugserscheinungen zu rechnen ist, ist diese Phase notwendig. Bei schweren Entzugserscheinungen empfiehlt sich eine stationäre Entwöhnung. Der Alkoholentzug wird im nachfolgenden Kapitel genauer betrachtet. Diese Phase dauert einige Tage bis wenige Wochen (Feuerlein, 1989, S. 177-178).

- **Entwöhnungsphase**

In dieser Phase soll anhand von verschiedenen Wegen der Abhängigkeitsprozess unterbrochen werden. Dies kann durch Information, Erlernen neuer Bewältigungsstrategien oder das Erlernen einer Lebensstruktur ohne Alkohol und – wenn nötig – unter Anwendung von Medikamenten erfolgen. Diese Phase dauert zwischen vier Wochen und sechs Monaten, bei Bedarf auch länger (Feuerlein, 1989, S. 178-179). Felix Tretter (2000) spricht in dieser Phase von einem psychischen Entzug der Substanz (S. 39).

- **Weiterbehandlungs- und Nachsorgephase**

In dieser Phase soll gemäss Feuerlein (1989) die Abstinenz durch Aktivitäten, die zur Wiedereingliederung dienen, stabilisiert werden. Diese Phase dauert grundsätzlich mehrere Jahre und wird normalerweise ambulant durchgeführt (S. 179).

Bei abhängigkeiterkrankten Menschen dürfen gemäss Soyka und Kufner (2008) nicht nur die Abstinenz und/oder die Beseitigung von alkoholbedingten Folgeschäden als Ziel der Behandlung gesetzt werden. Eine ausreichende Stabilität und eine Verminderung der Risikofaktoren in verschiedenen Lebensbereichen reduzieren das Risiko eines Rückfalls. Nicht bei allen Klientinnen und Klienten ist das Ziel der Abstinenz realistisch, dort stellt sich die Frage nach kontrolliertem Konsum (S. 314).

Joachim Körkl (1988) hat die Bedürfnispyramide von Abraham Maslow (1954) auf eine mögliche Zielhierarchie innerhalb einer Suchtbehandlung angepasst, welche nachfolgend dargestellt wird (zit. in Soyka & Kufner, 2008, S. 315):



Abbildung 4: Zielhierarchie der Suchtbehandlung (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Körkl, 1988, zit. in Soyka und Kufner, 2008, S. 315)

Der Alkoholentzug

Der menschliche Körper gewöhnt sich durch chronischen Alkoholkonsum an die Wirkung des Alkohols. Wird der Alkohol nicht mehr zugeführt, entsprechen die auftretenden Symptome in der Regel der gegenteiligen Wirkung von Alkohol. Während die Zufuhr von Alkohol angenehme Gefühle wie Entspannung und Beruhigung auslöst, fühlt sich die betroffene Person während einem Entzug unruhig, angespannt, zitterig und schlaflos. Krampfanfälle, welche als epileptische Anfälle gelten und unter dem Namen «Grand-Mal-Anfälle» bekannt sind, können bei langjährigem, hochdosiertem Alkoholkonsum auftreten (Reker, 2015, S. 85). Alle Krankheitserscheinungen, die aufgrund des Nicht-Konsums von Alkohol auftreten, gelten als Alkoholentzugssyndrome. Als höchste Stufe des Alkoholentzugssyndroms gilt das sogenannte «Delirium tremens» (Soyka & Kufner, 2008, S. 170-171).

Feuerlein (1989) beschreibt das Delirium tremens als eine akute exogene Psychose, welche durch eine örtliche, zeitliche und situative Desorientiertheit charakterisiert ist und Halluzinationen mit sich bringen kann. Grand-Mal-Anfälle können ein Vorbote vom Delirium tremens sein. Dieses kann vier bis zehn Tage dauern und endet mit einem tiefen, langanhaltenden Schlafzustand. Ein nicht behandeltes Delirium tremens kann im schlimmsten Fall zum Tod führen (S. 138-140).

Zur Unterstützung eines Entzugs und zur Linderung von Alkoholentzugssymptomen können in der Praxis verschiedene Medikamente eingesetzt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Entzugsmedikamente teilweise eigenes Abhängigkeitspotential aufweisen (Reker, 2015, S. 89).

2.4 Komorbidität zwischen psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum

Monika Ridinger-Johann und Marc Walter (2014) beleuchten Repräsentativerhebungen, welche aufzeigen, dass 29% der Menschen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, ebenfalls eine Substanzstörung aufweisen. Ausserdem ist erkennbar, dass bei alkoholabhängigen Menschen Doppeldiagnosen sehr häufig zu finden sind (S. 5). Moggi (2007) erwähnt die NCS-Studie (National Comorbidity Survey 1994), in welcher herausgefunden wurde, dass 78% der alkoholabhängigen Männer und 86% der alkoholabhängigen Frauen zusätzlich mindestens eine psychische Erkrankung aufweisen. Signifikant dabei ist, dass etwa ein Drittel der alkoholabhängigen Personen die Kriterien für eine Angststörung erfüllen. Ebenfalls wird in der NCS-Studie ersichtlich, dass fast die Hälfte der alkoholabhängigen Personen (40.6% der Männer und 47.1% der Frauen) zusätzlich die diagnostischen Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit von illegalen Substanzen aufweisen (S. 32-37). Thomas Hillermacher und Stefan Bleich (2014) verweisen anhand der Resultate der NESARC-Studie (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2006) darauf, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und den Persönlichkeitsbereichen histrionisch, dependent und antisozial besteht. Das Risiko, an einer Depression oder einer bipolar-affektiven Störung zu erkranken, ist bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zwei- bis vierfach erhöht (S. 149).

Zur Erklärung der Entstehung von Komorbidität müssen wiederum multikausale Zusammenhänge berücksichtigt werden, welche nicht von einem einzigen Modell erklärt werden können (Moggi, 2007, S. 110). Thomas Wobrock, Robert D'Amelio und Peter Falkai (2008) stellen vier Modelle vor, welche versuchen, die Entstehung einer Komorbidität zu erklären:

- **Modell der gemeinsamen Risikofaktoren:** Verschiedene Faktoren (Persönlichkeitsstile und Genetik) beeinflussen das Entstehen einer Abhängigkeitserkrankung und einer psychischen Störung gleichermaßen.
- **Modell der sekundären Abhängigkeitsentwicklung:** Die Abhängigkeitserkrankung entsteht als Folge von negativen Auswirkungen der vorhandenen psychischen Störung auf die betroffene Person und dient einer Art der Selbstmedikation.
- **Modell der sekundären psychischen Störungen:** Die Abhängigkeitserkrankung führt durch deren Folgen (neurobiologische Veränderungen und soziale Folgen) zu einer psychischen Störung.
- **Bidirektionales Modell:** Die Abhängigkeitserkrankung und die psychische Störung verstärken ihre gegenseitige Wirkung und halten sich gegenseitig aufrecht (S. 17-18).

2.5 Zusammenfassung

Die Politik in der Schweiz versucht, mit der «Nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024» eine kohärente, wirksame und vernetzte Suchtstrategie darzulegen. Alkohol stellt die Politik, die Gesellschaft, Familien, Angehörige und betroffene Personen vor grosse Herausforderungen in verschiedenen Bereichen. Abhängigkeiten können diverse Lebensbereiche in Schieflage bringen und stellen ein System, in dem eine betroffene Person lebt, vor grosse Herausforderungen. Der chronische Alkoholkonsum führt zu einer Toleranzentwicklung, welche sich biologisch und neurobiologisch ausdrücken kann. Um den gewünschten Effekt zu erzielen, muss die Dosis stetig erhöht werden, da einerseits die Leber schneller Alkohol abbaut und andererseits im Gehirn ein Ungleichgewicht kompensiert werden muss. Das körperliche und soziale Schädigungspotential durch Alkoholabhängigkeiten, welches sich in fast jedem körperlichen Bereich und diversen sozialen Bereichen bemerkbar machen kann, ist immens. Damit Alkoholabhängigkeit erfolgreich behandelt werden kann, empfiehlt es sich, zuerst mögliche multifaktorielle Ursachen einer Abhängigkeit zu identifizieren und Risikofaktoren in verschiedenen Lebensbereichen zu verringern. Da Abhängigkeitserkrankungen oft komorbid mit psychischen Störungen auftreten, ist es für Fachpersonen im Suchtbereich von Vorteil, über ein störungsspezifisches Wissen zu verfügen, damit die betroffene Person eine geeignete Behandlung erhält. Das oberste Ziel der Behandlungen von Alkoholabhängigkeiten ist die Sicherung des Überlebens der betroffenen Person. Die Behandlung muss realistisch sein, orientiert sich also nicht (mehr) zwingend an einer Abstinenz.

Daraus ziehen die Autorin und der Autor folgende Schlüsse für die Praxis:

- Chronischer Alkoholkonsum ist ein Teufelskreis, da immer mehr von der Substanz konsumiert werden muss, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Bei fortgeschrittener Abhängigkeit muss zudem fortwährend konsumiert werden, damit keine Entzugssymptome auftreten. Alkohol verlangt bei einer Abhängigkeit also nach einer gewissen Regelmässigkeit.
- Der fast schon verharmlosende, lockere gesellschaftliche Umgang mit Alkohol und die Tatsache, dass bei fast jedem Anlass Alkohol getrunken wird zeigt auf, dass das Schädigungspotential von Alkohol gesellschaftlich betrachtet unterschätzt wird.
- Damit Alkoholabhängigkeiten behandelt werden können, müssen multifaktorielle Ursachen unterschiedlich gewichtet und in einen Zusammenhang gebracht werden. Für eine Behandlung müssen mögliche Risikofaktoren in verschiedenen Lebensbereichen vermindert oder eliminiert werden. Schutzfaktoren und Potentiale eines Menschen sollen gefördert, gestärkt und für eine Behandlung nutzbar gemacht werden.
- Bei der Beratung von abhängigen Menschen muss immer bedacht werden, dass sich eventuell in seiner oder ihrer Lebenswelt eine co-abhängige Person befinden könnte, welche vielleicht auch Hilfe braucht.
- Da Komorbidität zwischen einer Alkoholabhängigkeit und einer (anderen) psychischen Erkrankung sehr häufig auftritt, ist störungsspezifisches Wissen für einen situationsangepassten Umgang und für eine adäquate Weitervermittlung von Vorteil.
- Bei einer Behandlung von Alkoholabhängigkeit geht es darum, die Lebensqualität eines betroffenen Menschen zu fördern – mit oder ohne Alkohol.

3. Hauptteil II Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen

Im zweiten Hauptteil der Arbeit wird einerseits der Gegenstand der Sozialen Arbeit beleuchtet. Andererseits werden die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Suchtbereich betrachtet. Eine Auswahl von verschiedenen relevanten Methoden, Konzepten und Techniken, die in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen angewendet werden können, werden ebenfalls dargestellt. Dieser Hauptteil ist die Grundlage, um nachfolgend feststellen zu können, ob und inwiefern der CRA-Ansatz für Sozialarbeitende im Suchtbereich eine geeignete und vielversprechende Methode darstellen könnte und was dem CRA-Ansatz gegebenenfalls hinzugefügt werden könnte, um dem sozialarbeiterischen Anspruch einer gesamtsystemischen Sichtweise gerecht zu werden.

3.1 Gegenstand der Sozialen Arbeit

Die Frage nach dem Gegenstand in Anbetracht verschiedener Funktionssystemen

Unsere moderne Gesellschaft besitzt für die Bearbeitung von unterschiedlichen Problemlagen spezifische Kommunikationssysteme wie zum Beispiel das Wirtschaftssystem, das Rechtssystem oder das Bildungssystem. Solche Systeme lassen sich auch als «gesellschaftliche Funktionssysteme» bezeichnen. Eines dieser Funktionssysteme ist die Wissenschaft, welche sich hauptsächlich mit der Frage beziehungsweise dem binären Code beschäftigt, was wahr und was unwahr ist. Eine Ausdifferenzierung in unterschiedliche Disziplinen und einen jeweils definierten Gegenstandsbereich für die jeweilige Disziplin sind Merkmale der Wissenschaft. Gegenstandsbestimmungen sind je nach Fachbereich einfacher oder schwieriger festzustellen. Disziplinen wie die Natur- und Technikwissenschaften haben mit Dingen und Stoffen zu tun, die sich einfacher isolieren lassen, obwohl auch bei ihnen ein Problem der Grenzziehung untereinander bekannt ist. Die Schwierigkeit, eine Gegenstandsbestimmung für die Soziale Arbeit vorzunehmen besteht darin, dass die Soziale Arbeit vor nicht-stoffgebundenen Bezugsproblemen steht, welche sich von anderen Gegenstandsbereichen schwer abgrenzen lassen. Deshalb sind Erkenntnisse aus anderen Fachbereichen wie beispielsweise der Soziologie, Psychologie, Recht und Medizin für die Soziale Arbeit von elementarer Bedeutung und stellen interdisziplinäres Bezugswissen dar. Soziale Arbeit als Wissenschaft trägt Wissensbestände aus anderen Disziplinen zusammen und verknüpft diese mit dem eigenen Problemhorizont (Helmut Lambers, 2015, S. 221-225).

In anderen Worten beschreibt Silvia Staub-Bernasconi (2007), dass die Soziale Arbeit, wenn sie den Anspruch an sich stellt, eine Wissenschaft zu sein, ihren Gegenstand und die darin zugrundeliegenden Ausgangs- und Problemkonstellationen beschreiben-, durch Bezugswissen erklären-, ethisch bewerten- und handlungstheoretisch begreifen muss (S. 134). Von einer wissenschaftlichen Disziplin kann gemäss Kaspar Geiser (2015) dann gesprochen werden, wenn ein unverwechselbarer Gegenstand definiert ist (S. 65).

Der Gegenstand der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit stellt ein soziales System dar, welches zum Lösen von kognitiven Problem darauf angewiesen ist, selbst Wissen (Handlungs-, Beschreibungs- und Erklärungswissen) zu generieren. Die Professionellen der Sozialen Arbeit stellen ebenfalls ein soziales System dar, in welchem wissenschaftliches Wissen geteilt-, entsprechende Methoden entwickelt- und nach berufsethischer Orientierung gearbeitet wird. Der Gegenstand der Sozialen Arbeit orientiert sich an den praktischen Problemen von Individuen und sozialen Systemen und deren Ressourcen. Zudem macht der Gegenstand der Sozialen Arbeit Aussagen zu Aufträgen, Werten, Zielen, Methoden und Mitteln, die dazu beitragen, die Probleme zu bearbeiten (Geiser, 2015, S. 64-65).

Konkret heisst dies - gemäss dem Berufsbild von AvenirSocial (2014) - dass sich die fachspezifischen Tätigkeiten der Sozialen Arbeit mit dem Vorbeugen, Lindern und Lösen von Problemen innerhalb der Sozialstruktur beschäftigen. Genannte Probleme können überall dort auftreten, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler zusammentreffen. Die Konsequenz sozialer Probleme besteht darin, dass die Befriedigung von Bedürfnissen auf kultureller-, biologischer-, psychischer-, ökonomischer- und sozialer Ebene be- oder verhindert sein kann. Betroffen davon können Individuen, Gruppen, Gemeinwesen und gesellschaftliche Systeme sein. Soziale Probleme können das Resultat von unterschiedlichen sozialen Voraussetzungen, Zugehörigkeiten zu bestimmten sozialen Gruppen, gesellschaftlichem, politischem oder ökonomischem Wandel oder behinderten Machtstrukturen sein (S. 2-3).

Beat Schmocker (2011) postuliert, dass eine praktische Lebensbewältigung die Lösung von alltäglichen sozialen Aufgaben und Problemen bedeutet. Menschliches Leben definiert Schmocker als die Integration des Individuums in soziale Umfeldler und die Interaktion mit denjenigen Menschen, die diese sozialen Umfeldler bilden. Die Lösung alltäglicher sozialer Probleme ist gleichbedeutend mit dem Abbau von Bedürfnisspannungen, was die Sicherung der eigenen Existenz bedeutet und somit die persönliche Verletzbarkeit wesentlich reduziert und schützt. Soziale Arbeit handelt jedoch subsidiär und wird erst dann aktiv, wenn ein Individuum für die Lösung seiner oder ihrer praktischen Probleme vorübergehend oder andauernd nicht über ausreichende Möglichkeiten verfügt (S. 19).

Die Interventionen der Sozialen Arbeit zur Lösung von praktischen sozialen Problemen können gemäss dem Berufsbild von AvenirSocial (2014) auf drei Ebenen stattfinden:

- **Mikrosoziale Ebene:** Individuelles Arbeiten mit dem oder der direkt Betroffenen und ihren oder seinen Bezugspersonen
- **Meso-soziale Ebene:** Arbeiten im Rahmen von Gruppen und Kollektiven
- **Makrosoziale Ebene:** Arbeiten auf gesellschaftlicher Ebene mit ganzen sozialen Systemen (Organisationen oder Gemeinwesenarbeit) (S.3).

Da die Interventionen immer Menschen betreffen, ist dabei unbedingt die grösstmögliche Selbstbestimmung, die Menschenwürde und die Prinzipien der Gerechtigkeit und Gleichheit aller Menschen zu beachten (AvenirSocial, 2014, S. 3).

3.2 Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe

Wie Günther Rosenhagen (2005) ausführt, sind Sozialarbeitende oft die ersten professionellen Helfer, die in Kontakt mit abhängigen Menschen kommen. Da Abhängigkeitserkrankungen vielfältige Probleme mit sich bringen können, kann der Kontakt in verschiedensten Bereichen, in denen Sozialarbeitende beschäftigt sind, stattfinden. Damit sind beispielsweise Jugendämter, Sozialämter, Erwachsenenschutzbehörden, Akutspitäler, Familienberatungsstellen oder Suchtberatungsstellen gemeint (S. 83).

Sozialarbeiterisches Intervenieren und Zuständigkeiten innerhalb der Suchthilfe

Esther Weber und Daniel Kunz (2012) strukturieren die Felder, in denen die Soziale Arbeit tätig ist, folgendermassen (S. 12).



Abbildung 5: Strukturierungshilfe sozialarbeiterischer Beratung (Quelle: Weber und Kunz, 2012, S. 12)

Sozialarbeiterisches Intervenieren findet auch im Suchtbereich in allen vier Funktionsbereichen statt. Der Bereich «*Information und Service*» umfasst beispielsweise das Informieren über verschiedene psychoaktive Substanzen und deren Abhängigkeitspotential sowie die Beratung über mögliche rechtliche Konsequenzen wie beispielsweise über das FIAZ (Fahren im angetrunkenen Zustand) oder FUD (Fahren unter Drogen). Zu diesem Bereich zählen auch administrative Aspekte wie das Ausfüllen von IV-Anmeldungen oder die Vermittlung von weiterführenden Hilfen in verschiedenen Bereichen (Medizin, Wirtschaft, Psychologie etc.). Im Bereich der «*Veränderung und Entwicklung*» liegt der Hauptfokus auf psychosozialen Hilfen in diversen Settings wie Einzel-, Paar-, und Familiengesprächen. Dabei geht es vor allem darum, neue Möglichkeiten bezüglich des Konsums, des Denkens und des Handelns gemeinsam zu erarbeiten. Motivationsarbeit kann ebenfalls in diesen Bereich eingeordnet werden. Hier sind fließende Grenzen zur Psychotherapie zu beobachten, da viele Sozialarbeitende zusätzlich über therapeutische Ausbildungen verfügen. Im Bereich «*Stabilisierung und Betreuung*» sind (niederschwellige) Substitutionsbehandlungen und Überlebenshilfen wie Gassenarbeit oder Notschlafstellen angesiedelt. Der Bereich «*Schutz und Kontrolle*» umfasst die Begleitung und Führung ambulanter oder stationärer Massnahmen und ist manchmal mit gerichtlichen Auflagen verbunden (Elke Brusa, 2017, S. 4-5).

Heicke Güdel (2013) benennt die Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit im Suchtbereich auch bei den sozialen Aspekten einer Abhängigkeitserkrankung. Damit sind Faktoren gemeint, die die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigen können oder eine Folge der Abhängigkeitserkrankung sein können, wie zum Beispiel die Exklusionen aus sozialen Systemen wie Familie, Freundeskreis oder Arbeitswelt. Sozialer Rückzug, Vereinsamung, Konflikte, Stress, wirtschaftliche Probleme, Wohnungsverlust oder das Abdriften in Schattenwelten wie Prostitution oder Delinquenz fallen ebenfalls unter die Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit im Suchtbereich. Güdel ist der Meinung, dass die Soziale Arbeit insgesamt betrachtet vor allem auf die Integration in soziale Systeme zielt (S. 39).

Hans Joachim Abstein (2012) spricht ebenfalls von den starken sozialen Auswirkungen, welche Abhängigkeiten mit sich bringen können. Abstein sieht Sozialarbeitende in besonderem Masse befähigt, im Suchtbereich tätig zu sein und die damit verbundenen erforderlichen Vernetzungsleistungen vorzunehmen, welche zur Lösung von multifaktoriellen Problemlagen notwendig sind. Dies begründet Abstein damit, dass Sozialarbeitende über professionsspezifische Kompetenzen wie beispielsweise die Erfassung und Analyse von psychosozialen Lebenslagen und Hilfebedarfe, sowie das Fachwissen zur Erschliessung und Geltendmachung sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche und Verfahrenswege verfügen.

All diese Kompetenzen erleichtern eine differenzierte Hilfeplanung, welche zusammen mit dem gefährdeten oder abhängigen Klientel erfolgen kann (S. 8). Als Methode für eine strukturierte Hilfeplanung kann beispielsweise die Indikationsstellung genutzt werden.

Indikationsstellung

Um herauszufinden, was die suchtmittelabhängige Klientin oder der suchtmittelabhängige Klient braucht, empfiehlt Ambros Uchtenhagen (2004), zusammen mit der Klientin oder dem Klienten, eine differenzierte Indikationsstellung vorzunehmen. Indikationsstellung meint mit anderen Worten einen sorgfältigen, gemeinsamen Entscheid betreffend der am besten geeigneten Behandlung unter der Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation des betroffenen Menschen zu treffen. Eine detaillierte Indikationsstellung kann den Behandlungserfolg optimieren. Die zentrale Frage definiert Uchtenhagen folgendermassen: «Wie kann im gegebenen Fall die Selbstheilungstendenz am besten unterstützt, wie kann Selbstschädigungstendenz am besten gebremst werden?». Bei der Indikationsstellung stellen sich einige grundsätzliche Fragen:

- Soll die Therapie ambulant oder stationär stattfinden?
- Wird Abstinenz, kontrollierter Konsum oder Substitution angestrebt?
- Ist Pharmakotherapie (Medikation) notwendig?
- Ist psychosoziale Beratung angezeigt, um allfälligen Exklusionen vorzubeugen?
- Wird Sachhilfe gebraucht (Arbeit, Wohnen Tagesstruktur, Finanzen etc.) (S. 19-23)?

Allfälligen bestehenden oder drohenden psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen muss unbedingt Beachtung geschenkt werden. Dies erfordert eine integrative Behandlung (Uchtenhagen, 2004, S. 19-23).

Peter Schay, Ilona Lojewski und Frank Siegele (2013) legen dar, dass es sich bei einer integrativen Behandlung um einen bio-psycho-sozialen Ansatz handelt, welcher abhängigkeiterkrankte Menschen mit Kombinationsbehandlungen unterstützt und dem betroffenen Menschen so eine umfassende Behandlung verspricht. Diese können aus Psychotherapie, Sozialtherapie, Bewegungs- und Sporttherapie sowie aus Netzwerk- und Familientherapie bestehen (S. 24). Damit das Vorgehen während und nach der Indikationsstellung eine möglichst hohe Qualität an Fachwissen beinhaltet, ist interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation von grossem Wert.

Interdisziplinäre Vernetzung

Hafen (2015) führt aus, wie fließend die Grenzen von der Suchthilfe zu anderen Handlungsfeldern sind. Oft ist nicht trennscharf erkennbar, was noch zur Suchthilfe gehört und was nicht. Ein Beispiel: Eine Arbeitsstelle oder eine Lehrstelle zu finden scheint auf den ersten Blick keine klassische Aufgabe der Suchthilfe zu sein. Wird eine Lehrstellensuche allerdings vernachlässigt, können fehlende Zukunftsperspektiven ausschlaggebend für den weiteren Konsumverlauf sein. Wird hier eine externe Stelle beigezogen, welche die betroffene Person bei der Suche nach einer Lehrstelle oder Arbeit unterstützt, wäre professionelle Hilfe in einem eventuell kritischen Lebensbereich aufgegleist. Dieses Beispiel verdeutlicht die Wichtigkeit der interdisziplinären Vernetzung und Kooperation. Der Einbezug von verschiedenen Fachpersonen, welche spezifisches Wissen von ihrer jeweiligen Disziplin mitbringen, kann zu einer ganzheitlichen Verbesserung der individuellen Lebenslage eines betroffenen Menschen beitragen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit bringt zwar einen Mehraufwand mit sich, wird diese jedoch effizient organisiert, so kann die Interdisziplinarität eine grosse Bereicherung sein, welche die Arbeitsqualität insgesamt erhöht (S. 5-11).

Toni Berthel, Françoise Vogel und Charlotte Kläusler (2015) sind ebenfalls der Meinung, dass sich Abhängigkeitsproblematiken in diversen Lebensbereichen eines Menschen niederschlagen können und somit auch verschiedene Berufsdisziplinen gefordert sind, Hand in Hand zu arbeiten. Gemeint sind damit insbesondere die somatische Medizin, Psychiatrie, Soziale Arbeit, Jugendhilfe, Prävention sowie Justiz-, Straf- und Massnahmevollzug, welche letztendlich alle dasselbe Ziel verfolgen: das Wohl des Menschen (S. 13). Eine Möglichkeit, die verschiedenen Hilfen und die unterschiedlichen Berufsdisziplinen zu koordinieren, könnte das Case-Management sein.

Case Management

Case Management stellt ein handlungsleitendes Konzept in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen dar und hat die Aufgabe, Klientinnen und Klienten im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung und Versorgung zu organisieren, durchzuführen und zu evaluieren. Der Case Manager oder die Case Managerin erarbeitet zusammen mit der betroffenen Person eine qualifizierte Auswahl von Hilfemöglichkeiten. Die Wahl, ob und welche Hilfsmöglichkeit in Anspruch genommen wird, bleibt immer der Klientin oder dem Klienten überlassen. Das Verfahren im Case Management ist klar strukturiert. Es unterliegt der Aufgabe des Case Managers oder der Case Managerin, die notwendigen Hilfen zu erschliessen, zu organisieren, in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen und den Hilfeprozess zu überwachen.

Die Aktivitäten einzelner Fachstellen und Fachkräfte werden vom Case Manager oder der Case Managerin organisiert und koordiniert. Dabei ist Transparenz, Überschaubarkeit und strukturierte Zusammenarbeit von allen Beteiligten von grosser Bedeutung (Wolf Rainer Wendt, 2000, zit. in Franz Stimmer, 2012, S. 165-167).

3.3 Relevante Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen

Nachfolgend werden ausgewählte Konzepte, Methoden und Techniken vorgestellt, welche in der Sozialen Arbeit Anwendung finden und unter anderem auch im Suchtbereich einsetzbar sind.⁴ Das Kapitel gliedert sich nach den Grundlagen der Beratung nach Carl Rogers und widmet sich zuerst der klientenzentrierten Gesprächsführung. Auf dieser Basis wird das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung nach William Richard Miller und Stephen Rollnick vorgestellt. Da es im Gegenstand der Sozialen Arbeit im Allgemeinen, aber auch in Konzepten wie der Motivierenden Gesprächsführung um Stärken und Potentiale einer Person geht, wird anschliessend das Empowerment-Konzept vorgestellt. Das Empowerment-Konzept stellt einen Grundpfeiler für das Konzept der Lebensweltorientierung dar, welches ebenfalls erläutert wird. Da Abhängigkeitserkrankungen multifaktoriell bedingt sind und diverse Lebensbereiche betreffen können, wird der systemische Ansatz ebenfalls dargestellt, um eine ganzheitliche Sicht mit einzubeziehen. Zudem wird die psychosoziale Diagnostik erläutert, um beispielhaft aufzuzeigen, wie eine Intervention strukturiert werden könnte.

Grundsätzlich weisen Harro Dietrich Kähler und Patrick Zobrist (2013) darauf hin, dass es im Sinne der Professionalität notwendig ist, vor dem Kontakt mit Klientinnen und Klienten ein *berufliches Selbstverständnis* erarbeitet zu haben. Dabei muss sich der Sozialarbeitende mit dem Kontext - in diesem Falle der Suchthilfe - auseinandersetzen und eine eigene Positionierung herstellen. Diese dient dem Zweck, dass die eigene und die institutionelle Haltung gegenüber der Klientin oder dem Klienten glaubwürdig vertreten werden kann und ein erfolgreicher Beziehungsaufbau stattfinden kann. Ausserdem verlangt ein professionelles, transparentes und rollenbewusstes Auftreten nach stetiger Reflexion der eigenen Handlungen (S. 80-91).

⁴ *Anmerkung der Autorenschaft:* Aufgrund der unterschiedlichen Abgrenzungen verschiedener Autorinnen und Autoren zwischen den Begriffen «Methoden», «Konzepten» und «Techniken» werden diese nicht näher definiert. Die Begriffe sind den jeweiligen Ausführungen der Autorinnen oder der Autoren übernommen worden.

3.3.1 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Die Grundzüge der klientenzentrierten Gesprächsführung wurden von Carl Rogers 1942 entwickelt. Er geht davon aus, dass der Drang zum Wachstum und zur Selbstverwirklichung in jedem Menschen verankert ist. Es ist die Aufgabe der beratenden Person, dieses Entwicklungspotential zu erkennen, zu aktivieren und zu fördern. Klientenzentriert heisst, dass dem Klienten oder der Klientin keine Ratschläge oder fertige Lösungen angeboten werden sollen. Der Klient oder die Klientin soll sich mit persönlichen und emotionalen Prozessen begleitet auseinandersetzen, mit dem Ziel, das eigene Problemlöseverhalten zu verändern und die Selbstwahrnehmung zu fördern (Angelika Ehrhardt, 2010, S. 68). Gleichzeitig geht Rogers davon aus, dass jeder Mensch das Bedürfnis nach positiver Beachtung und Wertschätzung in sich trägt und nach Selbstverwirklichung strebt, was er als *Aktualisierungstendenz* versteht (Stimmer, 2012, S. 231).

Rogers hat mit der klientenzentrierten Gesprächsführung drei Grundelemente definiert, welche zu einer positiven Beziehungsgestaltung und einem möglichst grossen Beratungserfolg beitragen sollen.

- **Akzeptanz:** Jede Person, sowie die präsentierten Inhalte werden in der Beratung akzeptiert. Eigene Interpretationen und Bewertungen des oder der Beratenden werden zurückgestellt.
- **Empathie:** Die beratende Person versucht soweit wie möglich, das innere Bezugssystem der Klientin oder des Klienten zu erkennen, also die Welt so zu sehen, wie die hilfeschuchende Person sie sieht. Dieses Verstehen soll der hilfeschuchenden Person auch mitgeteilt werden.
- **Kongruenz:** Die beratende Person muss die eigenen Gefühle, das Erleben, die Kognitionen und Intentionen so weit wie möglich dem eigenen Bewusstsein zugänglich machen und fähig sein, diese Gefühle, wenn nötig, auch mitzuteilen. Dies schafft einen hohen Grad an Echtheit (Carl Rogers, 1992, 1973, zit. in Tanja Hoff & Renate Zwicker-Pelzer, 2015, S. 174-175).

Das Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung wurde von der Sozialen Arbeit aus dem Bereich der psychosozialen und psychotherapeutischen Arbeit adaptiert (Ehrhardt, 2010, S. 73). Diese Methode stellt die Grundlage für die motivierende Gesprächsführung dar (William Richard Miller & Stephen Rollnick, 2009, S. 57-66).

3.3.2 Motivierende Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung (aus dem englischen: Motivational Interviewing) ist eine bekannte Methode für verschiedene Berufsdisziplinen und erfreut sich auch in der Methodik der Sozialen Arbeit grosser Beliebtheit. Anwendung findet es in verschiedenen Praxisbereichen, insbesondere in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen (Miller & Rollnick, 2009, S. 11-13). Miller und Rollnick (2009) führen aus, dass ein Kennzeichen von Abhängigkeit die Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen mit hohem selbstzerstörerischen Wert sein kann. Deshalb muss der Frage, was Menschen brauchen, um Veränderungen vorzunehmen, besondere Beachtung geschenkt werden (S. 17). Nahezu jeder Mensch trägt Ambivalenzen, also innere Zwiespältigkeiten bezüglich bestimmter Verhaltensweisen in sich. Alkohol- oder drogenabhängige Menschen sind sich den Kosten und Gefahren ihres Verhaltens meist bewusst, aus vielerlei Gründen kann der Nutzen der Substanz aktuell jedoch höher gewichtet sein als deren Kosten. Konsumentinnen und Konsumenten befinden sich in einem Dilemma: Einerseits wollen sie konsumieren, andererseits wollen sie damit aufhören (S. 31).

Wie Ralf Demmel (2016) ausführt, ist beim Umgang mit Ambivalenzen Vorsicht geboten: Je mehr die beratende Person eine Krankheitseinsicht einfordert und somit auf Veränderung drängt, desto mehr reagiert die Klientin oder der Klient mit Widerstand, da er oder sie sich nicht bevormunden lassen möchte (S. 54). Ausgehend von solchen Erkenntnissen verweisen Otto Schmid, Thomas Müller und Stephanie Fehr (2016) darauf, dass die Motivierende Gesprächsführung eine offene und respektvolle Grundhaltung voraussetzt. Die Grundhaltung lässt sich in vier Hauptkomponenten zusammenfassen, welche stark an die klientenzentrierte Beratung nach Rogers erinnern:

- **Partnerschaftlichkeit:** Eine Beziehung beruht auf Augenhöhe in Form einer partnerschaftlichen Beziehung
- **Mitgefühl:** Das Wohlbefinden der hilfesuchenden Person wird aktiv gefördert und seine oder ihre Bedürfnisse stehen im Zentrum
- **Evokation:** Die eigene Motivation der hilfesuchenden Person wird gesucht und von der beratenden Person hervorgehoben
- **Akzeptanz:** Bedingungslose positive Wertschätzung, Unterstützung der Autonomie und positive Würdigung wird der hilfesuchenden Person entgegengebracht (S. 34).

Miller und Rollnick (2009) beschreiben, dass die Klärung von Ambivalenzen eine zentrale Herausforderung darstellt, bevor eine Veränderung stattfinden kann. Die Erforschung vorhandener Ambivalenzen bedeutet, sich dem Kern des Problems zu widmen und somit die innere Veränderungsbereitschaft der Person zu erhöhen.

Eine geeignete Methode hierfür stellt beispielsweise die «Kosten-Nutzen-Waage» dar. Dabei werden die Vor- und Nachteile des bisherigen Verhaltens sowie die Vor- und Nachteile einer möglichen Veränderung dargestellt (S. 31-35). Ziel der Ambivalenzenklärung ist die Förderung der intrinsischen Motivation des betroffenen Menschen (Demmel, 2016, S. 52). Ein hilfreiches Instrument zur Feststellung der Veränderungsmotivation kann das Transtheoretische Modell darstellen.

Transtheoretisches Modell

Das Transtheoretische Modell wird gemäss Schmidt, Müller und Fehr (2016) oft in Zusammenhang mit der Motivierenden Gesprächsführung gebraucht, kann aber auch eigenständig verwendet werden. Hierbei werden verschiedene Stadien beschrieben, welche Menschen in Anbetracht einer Veränderung durchlaufen, um das problematische Verhalten zu bearbeiten (S. 34). Jürgen Hoyer (2003) führt aus, dass sich die Stadien von dem von James Prochaska, Carlo Di Clemente und John Norcross entwickelten Transtheoretischen Modell folgendermassen gliedern (S. 141):

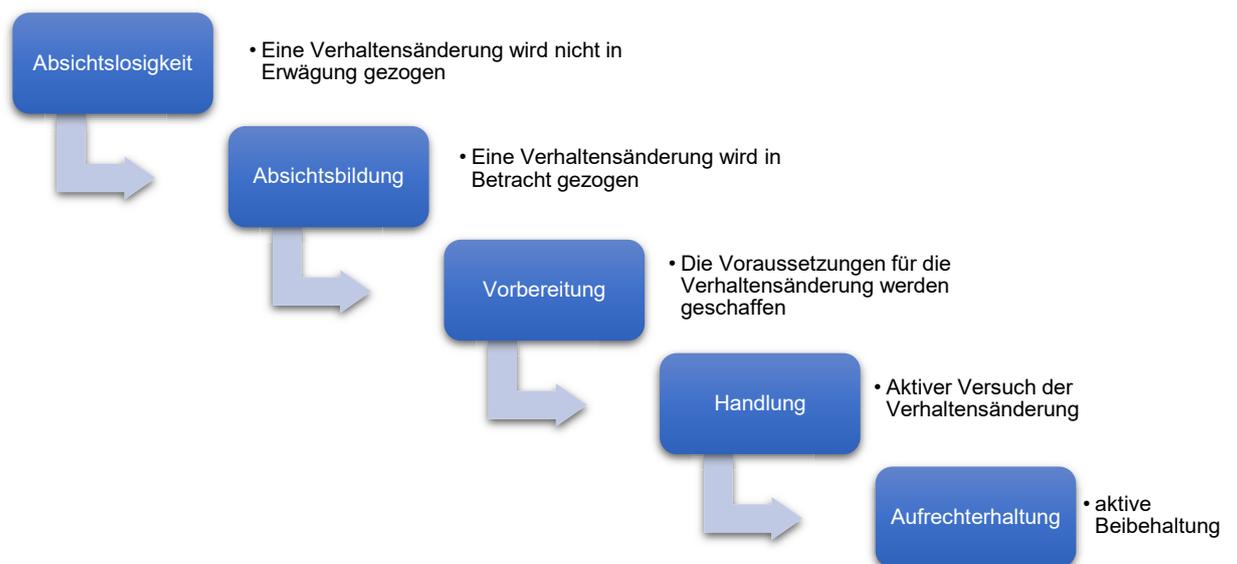


Abbildung 6: Stadien der Veränderung (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Hoyer, 2003, S. 141)

Kernkompetenzen für die Motivierende Gesprächsführung

Um mit der Motivierenden Gesprächsführung zu arbeiten, bedarf es gemäss Schmid, Müller und Fehr (2016) fünf Kernkompetenzen:

- Offene Fragen stellen
- Würdigung und positive Verstärkung von erwünschten Verhaltensweisen
- Reflektierendes Zuhören
- Zusammenfassen und in eigenen Worten wiedergeben
- Bei Bedarf Informationen und Ratschläge anbieten (S. 35).

Motiv- und Bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung

Wie Klaus Grawe (1998, 2004) in der Konsistenztheorie darlegt, ist menschliches Verhalten nicht ziellos, sondern strebt immer danach, folgende grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen:

- Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- Bedürfnis nach Bindung
- Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (zit. in Manfred Cierpka, 2007, S. 18).

Weiter legt Grawe (1998, 2004) dar, dass die oben aufgelisteten Bedürfnisse bei Nichtbefriedigung in der zwischenmenschlichen Beziehung zwangsläufig zu Spannungen führt. Das gleiche gilt auch umgekehrt: Bei Erfüllung der Bedürfnisse tritt Spannungsreduktion und Wohlbefinden ein. Den Bedürfnissen und Motiven ist deswegen grosse Beachtung zu schenken, da sie einerseits zu einer positiven Beziehungsgestaltung beiträgt und andererseits auch wesentlich zur Motivation und Problembearbeitungsbereitschaft der Klientin oder des Klienten beitragen kann (zit. in Cierpka, 2007, S. 18).

Das Erkennen von Kompetenzen und Fähigkeiten eines Menschen und die Wertschätzung solcher Fähigkeiten sind in dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung gemäss Grawe wiederzufinden. Des Weiteren spielen Kompetenzen und Fähigkeiten, welche eine Person besitzt, auch in der Ambivalenzenklärung bei der Motivierenden Gesprächsführung eine wichtige Rolle. Um diese Ressourcen zu mobilisieren, bietet sich zum Beispiel das Empowerment-Konzept an.

3.3.3 Empowerment und Ressourcenorientierung

Empowerment meint wörtlich übersetzt die «Selbstbefähigung», «Selbstbemächtigung» oder die «Stärkung von Eigenmacht und Autonomie» (Norbert Herriger, 2010, S. 13). Wie Stimmer (2012) darlegt, findet das Empowerment-Konzept einen wesentlichen Bezugspunkt zu der salutogenetischen Theorie von Antonovsky in den 1970er Jahren. Dabei wird der Mensch auf einem stetigen Kontinuum zwischen den Polen «krank» und «gesund» betrachtet. Antonovsky widmet sich der Frage, was den Menschen auf dem Kontinuum möglichst weit in Richtung des Pols «gesund» bringen kann (zit. in Stimmer, 2012, S. 158). Gemäss Herriger (2010) zielt das Empowerment-Konzept ebenfalls auf die Stärkung und Erweiterung der Ressourcen, die ein Individuum bereits besitzt. Selbstbestimmung soll innerhalb der eigenen Lebenswelt (wieder)hergestellt werden. Die Grundidee des Empowerment-Konzeptes ist das Vertrauen in die Stärken und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten, «Regie über ihr eigenes Leben zu führen» (S. 15). Stimmer (2012) führt dazu aus, dass die Menschen ermutigt und unterstützt werden sollen, ihre Probleme, orientiert an den vorhandenen Kompetenzen, zu lösen.

Damit sollen Menschen unterstützt werden - anhand von Hilfe-zur-Selbsthilfe - die in ihrem Lebensentwurf definierten Ziele zu realisieren. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind somit gefordert, dem betroffenen Menschen begleitend, unterstützend und beratend zu Seite zu stehen. Dabei sollen Sozialarbeitende dazu beitragen, verborgene oder verschüttete Fähigkeiten eines Individuums ans Licht zu bringen, als solche zu würdigen und aufzuzeigen, welche Bedeutung die jeweilige Kompetenz für die selbstständige Lebensweise haben kann (S. 155-157).

Ehrhart (2010) beschreibt, dass es für Klientinnen und Klienten von grossem Nutzen ist, wenn sie bei kritischen Lebensereignissen ihre inneren und äusseren Hilfsquellen möglichst selbst aktivieren. Nicht die Defizite, also die Schwächen eines Menschen sollen im Zentrum stehen, sondern die Ressourcen, also die Stärken, Potentiale und Fähigkeiten. Auf ein vorschnelles, entmündigendes Expertenurteil wird verzichtet. Die Verantwortlichkeit für eine Veränderung bleibt bei der Klientin oder dem Klienten. Sozialarbeitende sollen demnach *mit*, nicht *für* das Klientel arbeiten. Als oberstes Ziel wird ein gelingender Alltag ohne fremde Hilfe angestrebt (S. 37).

Um mit dem Empowerment-Konzept arbeiten zu können, verweist Ehrhardt (2010) auf folgende dafür notwendige Fertigkeiten:

- Eine Beziehung auf Augenhöhe mit dem Klientel
- Unterstützung bei der (Wieder)Gewinnung der Fähigkeiten des Klientels
- Akzeptanz von eigenwilligen Lebensentwürfen von Klientinnen und Klienten
- Ressourcensensibilität
- Identifikation und Aktivierung von verschiedenen Netzwerken (S. 33).

Das Empowerment- Konzept spielt ebenfalls in dem lebensweltorientierten Ansatz nach Hans Thiersch eine entscheidende Rolle. Auch in dem lebensweltorientierten Ansatz soll durch Empowerment Hilfe-zur-Selbsthilfe geleistet werden, was nachhaltig auf einen gelingenderen Alltag abzielen soll (Lambers, 2015, S. 104-105).

3.3.4 Lebensweltorientierte Sichtweise innerhalb der Sozialen Arbeit

Wie Lambers (2015) darlegt, haben seit der Industrialisierung traditionelle Muster der Lebensführung stark an Gültigkeit verloren. Mehr Selbstbestimmung und Individualität wird gewonnen, zum Preis, dass ein eigener Alltag organisiert werden muss. Der moderne Mensch muss die Lebensplanung in die eigenen Hände nehmen. Somit ist die Lebenswelt ein individualisiertes, neuzeitliches und riskantes Konzept (S. 104).

Gemäss Heidi Reinl, Cornelia Füssenhäuser und Gabriele Stumpp (2008) stellt der Alltag für jedes Individuum ein zu bewältigendes Spannungsfeld dar. Dieses Spannungsfeld enthält Ungleichheiten, Leistungsanforderungen aufgrund hoher Konkurrenz und unterschiedliche Integrations- und Partizipationschancen (S. 175). Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, den Alltag der Individuen zu verstehen und ihnen diesen bewusst zu machen. Da sich die Lebenswelten von Individuen sehr stark unterscheiden, ist das Verstehen der individuellen Lebensrealitäten nur dialogisch möglich, und nicht in Form von Expertentum. Das Handeln von Sozialarbeitenden sollte demnach immer aus den Möglichkeiten und Interessen des betroffenen Individuums erfolgen (Lambers, 2015, S. 105). Ehrhardt (2010) ist der Ansicht, dass Sozialarbeitende die Lebenslage des Klienten oder der Klientin aus verschiedenen Perspektiven analysieren- und Unterstützung im Alltag zusammen mit der Klientin oder dem Klienten aufgleisen müssen. Die Fachpersonen agieren in der Lebenswelt der betroffenen Personen, suchen sie in ihrer Alltagswirklichkeit auf und bieten konkrete Hilfen für die Alltagsbewältigung an. Ziel ist es, den betroffenen Personen durch Empowerment und Hilfe-zur-Selbsthilfe zu einem «gelingenderen Alltag» zu verhelfen (S. 31-32).

Um eine Person ganzheitlich, mit ihren inneren Fähigkeiten, Stärken und Potentialen und ihrer Anbindung an soziale Systeme zu erkennen, ist eine systemische Sichtweise ebenfalls hilfreich.

3.3.5 Systemische Sichtweise innerhalb der Sozialen Arbeit

Franz-Christian Schubert (2015) verdeutlicht, dass sich die systemische Sichtweise dem Erleben und Verhalten eines Menschen in seinem Lebenskontext widmet. Die Wechselwirkung zwischen dem betroffenen Menschen und den Bedingungen, Anforderungen und Strukturen seiner oder ihrer Lebens- und Arbeitswelt ist dabei ausschlaggebend. Die systemische Sozialarbeit beschäftigt sich also mit den Interaktionen verschiedener Funktionssystemen. Daraus resultiert, dass Beratungen in verschiedensten Konstellationen stattfinden können: Einzelberatungen, Paarberatungen, Gruppenberatungen, Beratungen im Rahmen von Institutionen und einige mehr (S. 190).

Wilfried Hosemann und Wolfgang Geiling (2013) erklären, dass sich im breiten Spektrum der Methoden und Verfahren innerhalb der Sozialen Arbeit systemische Herangehensweisen bewährt haben. Von systemischer Herangehensweise lässt sich laut Hosemann und Geiling dann sprechen, wenn Systeme in ihrem Eigensinn und in wechselseitigen Abhängigkeiten zu anderen Systemen betrachtet werden, wenn sich Sozialarbeitende nicht von Beobachtungen ausschliessen und wenn Systeme unter den Aspekten von sozialer Teilhabe beobachtet werden (S. 23).

Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer (2013) veranschaulichen, dass es sich bei der Sozialen Arbeit um ein Funktionssystem inmitten vieler anderer Funktionssysteme wie Medizin, Psychologie oder Recht handelt. Diese anderen Funktionssysteme und deren Güter (zum Beispiel Geld, Gesundheit oder Bildung) spielen für die Soziale Arbeit vor allem dann eine wichtige Rolle, wenn deren Mangel eine Exklusion, also ein Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe für ein Individuum bedeuten könnte. Die Soziale Arbeit versucht Exklusionen zu verhindern oder Individuen in verschiedene Funktionssysteme (wieder) einzubinden (S. 84). Gerade abhängigkeiterkrankte Menschen laufen Gefahr, in Multiproblemlagen zu geraten und aus verschiedenen Systemen Exklusionen zu erfahren (vgl. Kapitel 2.2.1 «Biologische und neurobiologische Wirkung und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol»).

Damit verschiedene Systeme, Beziehungen und Wechselwirkungen und allfällige mögliche Exklusionen erfasst werden können, empfehlen Weber und Kunz (2012) Erfassungstechniken wie beispielsweise das «Genogramm» oder deren Erweiterung, das «Ecogramm» (S. 50). Eine andere Erfassungsmethode, die «psychosoziale Diagnostik», stellt nicht nur systemisch eine Situation dar, sondern kann auch als Hilfe benutzt werden, um daraus eine Interventionsplanung abzuleiten (Silka Birgitta Gahleitner, 2008, S. 17).

3.3.6 Psychosoziale Diagnostik

Wie Gahleitner (2008) anmerkt, stammt das Wort «Diagnose» aus dem Griechischen und steht für «Auseinanderkennen» der Merkmale eines Gegenstandes, einer Person oder eines Systems. Soziale Diagnostik stammt aus der klinischen Sozialarbeit und beleuchtet demnach die Schnittstellen und Wechselwirkungen zwischen sozialen, medizinischen, psychischen und alltagsorientierten Dimensionen. Dabei werden drei Ebenen unterschieden, die in eine psychosoziale Diagnose einfließen:

- *Klassifikatorische Diagnostik*, welche von Ärztinnen oder Ärzten gemäss ICD oder DSM vorgenommen werden
- *Subjekt und Biografieorientierung*, welche sich systematisch an lebensweltlichen Selbstdeutungen der betroffenen Person orientieren
- *Sozial- und Lebensweltorientierte Diagnostik*, welche die Person in der Situation, also in der jetzigen Lebenswelt darstellt (S. 16-19).

Dieses Verfahren weist gemäss Gahleitner (2015) eine hohe Komplexität auf. Die gesammelten Informationen müssen strukturiert werden. Eine Möglichkeit der Strukturierung zeigt Helmut Pauls (2004/2011) in Form der «Koordinaten psychosozialer Diagnostik» auf, welche sich folgendermassen darstellen lassen (zit. in Gahleitner, 2015, S. 9-10):

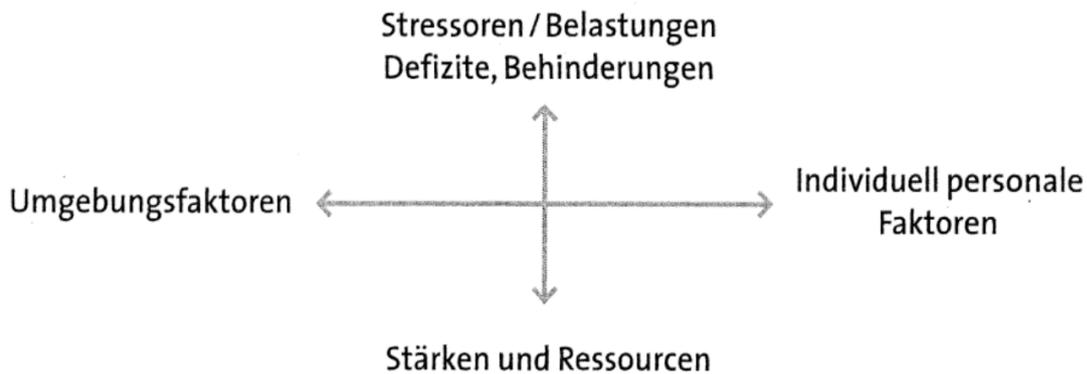


Abbildung 7: Koordinaten psychosozialer Diagnostik (Quelle: Pauls, 2004/2011, zit. in Gahleiter, 2008, S. 9-10)

Gahleiter (2008) merkt an, dass in das Modell der «Koordinaten psychosozialer Diagnostik» für eine weitere Präzisierung die fünf Säulen der Identität nach Hilarion Gottfried Petzold eingefügt werden können. Die Säulen setzen sich aus «Leiblichkeit/Gesundheit», «Soziales Netzwerk», «Materielle Sicherheit», «Arbeit und Leistung» und «Werte» zusammen. Damit wird die psychosoziale Diagnostik zu einem Orientierungsmodell und einer Planungshilfe für die Interventionsplanung (S. 19).

Wie Peter Pantucek (2006) darlegt, existieren verschiedene Modelle der sozialen Diagnostik. Er führt aus, dass es utopisch scheint, nach *dem* klassischen oder zentralen Verfahren der sozialen Diagnose zu suchen und bemerkt, dass die Entscheidung, welches Verfahren zur sozialen Diagnose eingesetzt wird, aus dem Prozess heraus zu treffen sei. Jedes Verfahren sollte jedoch folgende zwei Qualitätsmerkmale erfüllen:

- Das Verhältnis Mensch – soziales Umfeld muss in der Diagnose erfasst und abgebildet werden
- Die soziale Diagnose muss den Unterstützungsprozess fördern und darf ihn nicht behindern (S. 20).

Weiter weist Pantucek (2006) darauf hin, dass soziale Diagnostik auch im Case Management unter dem Namen «Assessment» zu finden ist. Auch dort wird versucht, die Lebenslage einer Klientin oder eines Klienten möglichst umfassend zu erfassen und anhand der vorhandenen Bedürfnisse eine Hilfeplanung zu gestalten (S. 21).

3.4 Zusammenfassung

Der Gegenstand der Sozialen Arbeit stellt die Anforderung an sich, Inklusion von Individuen in soziale Systeme zu fördern, zu unterstützen und sicherzustellen. Die Chance, als Sozialarbeitende in verschiedenen Praxisbereichen auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere Alkoholabhängigkeiten, zu treffen, ist sehr hoch. In der Suchthilfe sind die Grenzen zu anderen Handlungsfeldern fließend. Oft ist nicht trennscharf erkennbar, was genau zur Suchthilfe gehört und was man auch anderen Tätigkeitsfeldern zuordnen könnte. Gerade, weil Abhängigkeiten so viele Lebensbereiche betreffen können, braucht es interdisziplinäres Bezugswissen und je nach Fall verschiedene Fachpersonen, die die betroffene Person in diversen Lebensbereichen unterstützen können. Klientenzentrierte- und motivierende Gesprächsführung, das Empowerment-Konzept, systemische und lebensweltorientierte Sichtweisen, motiv- und bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung und psychosoziale Diagnostik können wertvolle Werkzeuge sein, um mit abhängigen Klientinnen und Klienten zu arbeiten. Das Sozialarbeiterische Repertoire bietet noch weitere Methodik, welche situativ eingesetzt und mit anderen Methoden und Konzepten kombiniert werden kann. Verschiedene sozialarbeiterische Konzepte setzen in der Betrachtungsweise unterschiedliche Schwerpunkte: Das Empowerment-Konzept beschäftigt sich hauptsächlich mit der Ressourcenorientierung und der (wieder)Befähigung von Individuen, während die systemische Sichtweise den Fokus vor allem auf die Wechselwirkungen von verschiedenen sozialen Systemen und deren Individuen legt. Die Kombination von verschiedenen Methoden und Betrachtungsweisen können deshalb einen Schlüssel zum Erfolg darstellen.

Daraus ziehen die Autorin und der Autor folgende Schlüsse für die Praxis:

- Eine Abhängigkeit soll nicht isoliert betrachtet werden. Das soziale System eines Individuums, die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren, berufliche Anbindungen oder Perspektiven, Potentiale und Unterstützungen durch das soziale Umfeld sind wichtige Indikatoren und müssen bei sozialarbeiterischen Interventionen berücksichtigt werden.
- Oft befinden sich Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Multiproblemlagen. Diese Multiproblemlagen in diversen Lebensbereichen verlangen nach verschiedenen Expertisen aus unterschiedlichen Berufsdisziplinen. Medizin, Psychologie, Recht, Sozialarbeit und amtliche Stellen wie Strafvollzug müssen interdisziplinär zusammenarbeiten, um den Klientinnen und Klienten eine möglichst professionelle und qualitativ hochwertige Hilfe bieten zu können. Um verschiedene Fachstellen und Hilfestellungen zu organisieren, zu planen und zu koordinieren sowie zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten eignet sich ein Case Manager oder eine Case Managerin.
- Eine Exklusion in einem Lebensbereich kann für ein Individuum zu weiteren Exklusionen in anderen Lebensbereichen führen. Je mehr ein Individuum aus gesellschaftlichen Funktionssystemen ausgeschlossen wird, desto höher können seine Kosten sein und desto schwieriger ist die Wiedereingliederung. Alkoholkonsum kann eine Kompensation negativer Gefühle und Erlebnisse sein. Diese Bewältigungsstrategie bringt weitere Gefahren mit sich und kann wiederum zu Exklusionen aus sozialen Systemen führen.
- Verschiedene Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit können situativ eingesetzt werden und mit anderen Methoden und Konzepten kombiniert werden. Voraussetzung für den Einsatz von allen Methoden ist eine empathische, akzeptierende, wertschätzende, offene, freundliche und Autonomie wahrende Grundhaltung gegenüber den Klientinnen und Klienten.
- Nimmt man in der Beratung Widerstand oder ein sich anbahnenden Konflikt wahr, ist es empfehlenswert, sich Gedanken darüber zu machen, welche(s) der vier Grundbedürfnisse (Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, Bedürfnis nach Bindung, Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung oder Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung) des Gegenübers nicht erfüllt wurde. Wird das oder die unbefriedigte(n) Bedürfnis(se) erkannt, sollte eine komplementäre Reaktion von Seiten des Sozialarbeitenden erfolgen.
- Multifaktoriell bedingte Abhängigkeiten, welche für Individuen Multiproblemlagen bedeuten können, benötigen von den Sozialarbeitenden die Fähigkeit, Situationen multiperspektivisch betrachten und erfassen zu können und jeweils verschiedene Sichtweisen und Konzepte miteinzubeziehen.

4. Hauptteil III Der CRA-Ansatz und die Berührungspunkte mit der Sozialen Arbeit

Der CRA-Ansatz findet seinen Ursprung in den 1970er Jahren in den USA. Das Grundkonzept wurde von Nathan Azrin und George Hunt entworfen und von Meyers und Smith weiterentwickelt (Soyka & Küfner, 2008, S. 391). Wie Meyers und Smith (2017) darlegen, handelt es sich beim CRA-Ansatz um ein evidenzbasiertes, verhaltenstherapeutisches Konzept⁵ (S. 16). Der CRA-Ansatz wurde für die Behandlung von Alkoholabhängigkeiten entworfen, ist aber auch für andere Substanzen wie beispielsweise Kokain anwendbar. Es handelt sich dabei um ein modernes, integratives Konzept, welches verschiedene Behandlungskomponenten integriert (Kläusler & Kläusler-Senn, 2009, S. 25). Ein weiterer Vorteil des Konzeptes liegt darin, dass es in ambulanten, wie auch in stationären Settings einsetzbar ist (Nathan Azrin & George Hunt, 1973, zit. in Meyers & Smith, 2017, S. 16). Der Ansatz setzt sich aus insgesamt neun Behandlungsmodulen zusammen. Diese müssen nicht alle in die Behandlung einbezogen werden, sondern sollen auf die Probleme und Ziele der Klientin oder des Klienten angepasst werden. Der Ansatz basiert zu einem grossen Teil an «Lernen am Modell» und es kann mit Rollenspielen gearbeitet werden. Der Therapeut oder die Therapeutin stehen der Klientin oder dem Klienten auf Augenhöhe gegenüber und nehmen eine coachende, begleitende und aktivierende Rolle ein (Meyers & Smith, 2017, S. 17-23).

4.1 Ziele des CRA-Ansatzes

Laut Meyers und Smith (2017) liegt das Ziel des CRA-Ansatzes darin, einen abstinenten Lebensstil für eine abhängige Person attraktiver zu machen als der Konsum von Alkohol. Um diese Motivation zu generieren, werden positive Verstärker in dem sozialen-, familiären- und beruflichen- Bereich sowie im Freizeitbereich zusammen mit der Klientin oder dem Klienten identifiziert (S. 16). Wie Lange, Reker und Driessen (2008) ausführen, wird bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeiten mit dem CRA-Ansatz in kleinen Schritten gearbeitet. Anfangs werden die kurzfristigen positiven Effekte den langfristigen negativen Effekten der Substanz gegenübergestellt. Dadurch soll sich die Klientin oder der Klient durch Klärung innerer Ambivalenzen im Idealfall für eine Abstinenzphase entscheiden.

⁵ Von verschiedenen Autorinnen und Autoren aus dem englischsprachigen Raum wird der Ansatz als «Psychosocial Intervention» beschrieben (National Institute on Drug Abuse (NIDA), ohne Datum). Wolfgang Lange, Martin Reker und Stephanie Kunz (2017) übersetzen den Begriff «Psychosocial Intervention» mit «Verhaltenstherapeutischem Konzept» ins Deutsche, und nicht mit «psychosozialer Intervention» (Meyers & Smith, 2017, S. 16). *Anmerkung der Autorenschaft:* Diese Übersetzung hat für Sozialarbeitende eine berufspolitische Relevanz, da Sozialarbeitende in der Regel (je nach Definition) Beraterisch, nicht aber therapeutisch tätig sind. In diesem Kapitel wird deshalb von Therapeutinnen und Therapeuten und von Behandlung gesprochen anstelle von Beratenden und Beratung.

Diese Abstinenzphase soll anhand der subjektiven Wertsetzungen der Klientin oder des Klienten durch individuelle positive Unterstützung in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Arbeit, Freizeit, Wohnraum und gegebenenfalls sogar den Finanzen aufrechterhalten werden (S. 14).

4.2 Die neun Behandlungsmodule des CRA-Ansatzes sowie deren Schnittstellen zu den Methoden, Konzepten und Techniken der Sozialen Arbeit

Nachfolgend werden die neun Behandlungsmodule des CRA-Ansatzes beschrieben. Die einzelnen Module müssen nicht alle verwendet werden, sondern der Therapeut oder die Therapeutin können diejenigen verwenden, die situationsangemessen und notwendig erscheinen. Die Autorenschaft verknüpft jedes Modul mit ausgewählten Methoden, Konzepten und Techniken aus der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 3.3 «relevante Konzepte, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen»).

4.2.1 Anamnese und Verhaltensanalyse

Gemäss Meyers und Smith (2017) setzt sich die CRA-Anamnese aus drei Hauptkomponenten zusammen:

- Veränderungsmotivation und positive Verstärker sollen identifiziert werden
- Hintergrundinformationen zu abhängigkeitspezifischen Themenbereichen sollen erfasst werden
- Verhaltensanalyse soll durchgeführt werden (S. 48).

Als positiven Verstärker verstehen Meyers und Smith (2017) jedes Objekt oder Verhalten, welches die Wahrscheinlichkeit eines nachfolgenden (erwünschten) Verhaltens erhöht. Diese positiven Verstärker sind sehr individuell und persönlich bedingt. Insbesondere diejenigen Verstärker, die die Wahrscheinlichkeit eines abstinenten Verhaltens erhöhen, müssen dialogisch mit der betroffenen Person herausgearbeitet werden. Zur Veranschaulichung von positiven Verstärkern führen Meyers und Smith folgendes Beispiel aus: Möchte ein alkoholabhängiger Mann mehr Zeit mit seinem Sohn verbringen, seine Ex-Frau dies aber nur unter der Bedingung, dass er die Zeit mit dem Sohn komplett nüchtern verbringt, zulässt, so ist die Zeit, die der Mann mit dem Sohn verbringen kann, ein wichtiger positiver Verstärker für den Mann (S. 48-49). Weitere Beispiele für positive Verstärker können laut Meyers und Smith (2011) sportliche Ziele, Familiengründung, Anstreben eines bestimmten Berufs oder auch die Vermeidung eines Führerscheinverlustes oder einer Inhaftierung (bei Massnahmen) sein (zit. in Badenschier, 2014, S. 96).

Kläusler (2009) führt aus, dass nicht nur die Technik des Therapeuten oder der Therapeutin, sondern auch dessen Haltung eine wesentliche Rolle spielen. Der Therapeut oder die Therapeutin soll beispielsweise gegenüber den Klientinnen und Klienten möglichst flexibel sein, was wichtig ist, um sie möglichst lange in Behandlung zu halten, was wiederum ein entscheidender Faktor für die Wirksamkeit der Therapie sein kann (S. 26). Meyers und Smith (2017) unterstreichen, dass die erste Sitzung unbedingt so schnell wie möglich nach der Kontaktaufnahme erfolgen soll, weil dann die Motivation besonders hoch ist. Zudem sollen die einzelnen Sitzungen immer in kurzen Abständen geplant und durchgeführt werden. Der CRA-Ansatz verlangt nach einer positiven Grundeinstellung und einem respektvollen und nicht bewertenden Umgang der Therapeutin oder des Therapeuten mit dem Klientel. Zudem kann sich auch der Einbezug einer nahestehenden Person stark motivationsfördernd auf die Klientin oder den Klienten auswirken. Hierbei sollte immer beachtet werden, dass auch die nahestehende Person ein Substanzproblem haben könnte (S. 49-50).

Bei der Anamnese sollen Hintergrundinformationen über den Klienten oder die Klientin betreffend Familie, medizinischen, psychologischen, beruflichen und gesetzlichen Informationen sowie seine oder ihre persönliche Situation erfasst werden. Andererseits sollen Informationen über den Alkoholkonsum betreffend Art, Menge und Häufigkeit sowie Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum gesammelt werden. Als letzten wichtigen Punkt sollen die Veränderungsgründe in die Anamnese einfließen (Meyers & Smith, 2017, S. 50).

Bei der Verhaltensanalyse sind bei dem CRA-Ansatz deutliche Unterschiede zu älteren, konservativeren Konzepten zu erkennen. Gemäss Meyers und Smith (2017) blendet der Ansatz die funktionellen Aspekte des Konsumverhaltens nicht aus, sondern setzt genau dort an: Angstsymptome, Depressionen oder ein gestörtes soziales Umfeld können beispielsweise dysfunktional durch Alkohol ausgeblendet und bekämpft werden. Der CRA-Ansatz versucht ursachenbezogen, diese Problemfelder zu fokussieren (S. 52). Lange, Reker und Driessen (2008) sprechen bei der Verhaltensanalyse von einem strukturierten Interview mit der betroffenen Person, um kurzfristige (meist positive) und langfristige (meist negative) Konsequenzen des Alkoholkonsums sowie interne und externe Auslöser (Trigger), welche den Substanzkonsum begünstigen, herauszuarbeiten. Zur Unterstützung kann der Therapeut oder die Therapeutin mit der Klientin oder dem Klienten zusammen ein Arbeitsblatt ausfüllen, um die relevanten Informationen (Trigger, kurzfristige und langfristige Konsequenzen) zu erfassen (Arbeitsblatt 1 «CRA-Verhaltensanalyse», siehe Anhang) (S. 14). Meyers und Smith (2009) legen dar, dass das Herausarbeiten von inneren und äusseren Triggern individuelle Risikosituationen und die Beziehung zwischen Konsum und Trigger deutlich machen (zit. in Badenschier, 2014, S. 98).

In einer zweiten Phase der Verhaltensanalyse sollen positive Aktivitäten, welche ohne den Konsum stattfinden, erfasst werden. Der Klient oder die Klientin soll dazu motiviert werden, mehr solche Aktivitäten in seinen Tagesablauf zu integrieren (Meyers & Smith, 2017, S. 64-65).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Anamnese und Verhaltensanalyse) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Schnittstelle Modul Anamnese und Verhaltensanalyse und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Positive Verstärker werden identifiziert	Ressourcenorientierung und Empowerment-Konzept	Beide Ansätze beziehen sich auf Potentiale, Fähigkeiten und Ressourcen, über welche eine Person oder deren Umfeld verfügt. Manchmal sind diese Ressourcen verborgen und werden zusammen mit der Therapeutin / dem Therapeuten bzw. der Beraterin / dem Berater hervorgehoben. Beide vertreten eine positive Grundeinstellung und Vertrauen in die Stärken des Individuums. Hilfe-zur-Selbsthilfe wird aktiv gefördert.
Flexible Haltung der Therapeutin oder des Therapeuten	Reflexion der eigenen und der institutionellen Haltung im Umgang mit Flexibilität	Abhängigkeitserkrankte Menschen halten sich oftmals nicht an Termine. Sozialarbeitende wollen grundsätzlich eine hohe Flexibilität bieten, genauso wie Therapeuten und Therapeutinnen des CRA-Ansatzes. In beiden Fällen muss individuell und praxisbezogen festgelegt werden, welcher Grad der Flexibilität im Rahmen des Möglichen liegt.
Einbezug von einer nahestehenden Person in die Therapie	Einbezug von einer nahestehenden Person in die Beratung	Beide versuchen, mit Bezugspersonen zu arbeiten mit dem Wissen, dass Bezugspersonen einen Veränderungsprozess positiv unterstützen können und sich positiv auf die Veränderungsmotivation der Klientin oder des Klienten auswirken können. Beide ziehen in Betracht, dass eine mögliche Co-Abhängigkeit bestehen könnte.
Anamnese	Situationserfassung (beim Case Management Assessment genannt)	Beide benutzen verschiedene Erfassungsinstrumente, um die Situation des Klienten oder der Klientin möglichst ganzheitlich zu erfassen. Für eine Situationserfassung eignen sich zum Beispiel ein Eco- oder Genogramm, die Form der Koordinaten psychosozialer Diagnostik, die fünf Säulen der Identität etc.

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Verhaltensanalyse	Motivierende Gesprächsführung, Transtheoretisches Modell, Motiv- und Bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung, Klientenzentrierte Gesprächsführung, systemische Sichtweise und Lebensweltorientierung	Beide wollen die Veränderungsbereitschaft der Klientin oder des Klienten fördern, in dem intrinsische Motivation durch die Erarbeitung von Konsequenzen (positiv und negativ) unterstützt wird. Beide wenden Gesprächsführungstechniken an, welche ihren Ursprung in der motivierenden Gesprächsführung finden (Spiegeln, Paraphrasieren, Reflektieren, etc.). Beide verfolgen das Ziel, innere Ambivalenzen zu klären und Arbeiten nach den Grundprinzipien von Rogers. Der CRA-Ansatz betrachtet, sowie die Soziale Arbeit auch, Situationen systemisch und beide orientieren sich an der Lebenswelt der Klientin oder des Klienten.

4.2.2 Das Abstinenz-Konto

Der CRA-Ansatz setzt sich nicht das Ziel, dass die betroffene Person nie wieder Alkohol trinken wird. Stattdessen wird in kleinen Schritten gearbeitet: In einer ersten Phase versucht die Therapeutin oder der Therapeut die Klientin oder den Klienten zu motivieren, eine Zeitspanne festzulegen, in der er oder sie beabsichtigt, nicht zu trinken. Diese Zeit wird dann einem imaginären «Abstinenz-Konto» gutgeschrieben. Die Zeit, welche abstinent gelebt werden soll, wird zwischen der betroffenen Person und der Therapeutin oder dem Therapeuten ausgehandelt. Grundsätzlich ist das Verhandlungsziel des Therapierenden, eine Abstinenzzeit von 90 Tagen auszuhandeln. Ist die Klientin oder der Klient damit nicht einverstanden, muss der Therapierende abwärts verhandeln und entgegenkommen. Wichtig scheint, dass die Abstinenzzeit für die betroffene Person eine Herausforderung darstellt (Meyers & Smith, 2017, S. 72-77). Lange, Reker und Driessen (2008) verdeutlichen, dass nicht bei allen Klientinnen und Klienten eine Abstinenz als realistisch erscheint. Bei solchen Menschen sollten niederschwelligere Ziele wie beispielsweise eine Konsumreduktion vereinbart werden. Wichtiger noch als die Zeitspanne scheint ein erreichbares Ziel zu sein, welches ein Erfolgserlebnis generiert und somit die Klientin oder den Klienten motiviert, die Behandlung fortzusetzen (S. 15). Eine positive Abstinenzenerfahrung führt nicht nur zu mehr Selbstvertrauen, sondern motiviert Familienmitglieder in vielen Fällen auch dazu, der betroffenen Person ihre Unterstützung zuzusichern, was sich ebenfalls positiv auf die Motivationslage und die Veränderungsbereitschaft auswirken kann (Meyers & Smith, 2011, zit. in Badenschier, 2014, S. 100). Meyers und Smith (2017) führen aus, dass nach der Abstinenzvereinbarung eine zweite Phase beginnt: Zusammen mit der betroffenen Person sollen mit Hilfe der identifizierten Trigger in der Verhaltensanalyse Risikosituationen betrachtet und daraus alternative Handlungsstrategien erarbeitet werden.

Dies dient – zusammen mit der Erstellung eines Notfallplanes – der Rückfallprävention. Auch für das Abstinenz-Konto existiert ein Arbeitsblatt (Arbeitsblatt 2 «CRA-Abstinenzkonto», siehe Anhang) (S. 76-77).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Abstinenz-Konto) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 4):

Tabelle 4: Schnittstelle Modul Abstinenz-Konto und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Kurzfristige Ziele	Realistische, umsetzbare Ziele	Beide arbeiten mit umsetzbaren, realistischen Zielsetzungen, welche die Klientinnen und Klienten fordern, aber nicht überfordern sollen. Zudem vertreten beide (je nach institutionellen Rahmenbedingungen) akzeptanzorientierte Ansätze, die nicht immer die komplette Abstinenz anstreben.
Positive Grundhaltung und Einbezug von nahestehenden Personen als Motivationsverstärker	Motivierende Gesprächsführung, Einbezug von nahestehenden Personen als Motivationsverstärker	Beide arbeiten mit Motivierender Gesprächsführung und Einbezug von mögliche Motivationsverstärkern aus dem sozialen Umfeld. Zudem können – je nach Situation – auch rechtliche Rahmenbedingungen (zum Beispiel das Wiedererlangen des Führerscheins) zusätzliche Motivation zur Abstinenz generieren.

4.2.3 Einsatz von Disulfiram

Meyers und Smith (2017) verweisen darauf, dass der Einsatz von Disulfiram (Handelsname: Antabus) empfehlenswert sein kann und vor allem bei Klientinnen und Klienten einen Vorteil darstellen kann, die mehrmals erfolglos versucht haben, den Alkoholkonsum einzustellen oder für abhängige Personen, für die wiederholter Konsum sehr ernsthafte Konsequenzen haben kann (zum Beispiel bei Massnahmen). Des Weiteren empfiehlt sich der Einsatz von Disulfiram bei Klientinnen und Klienten, welche sehr impulsiv trinken sowie für solche, welche einer Vielzahl von Trigger ausgesetzt sind (S. 89). Lange, Reker und Driessen (2008) legen dar, dass die Einnahme von Disulfiram am besten in Form eines Rituals stattfinden soll, bei dem eine nahestehende Person anwesend ist und als Coach agiert (S. 15). Die Vergabe von Disulfiram kann in der Therapie in Form eines Rollenspieles zwischen dem Disulfiram-Coach und der betroffenen Person eingeübt werden mit dem Ziel, dass die Einnahme zu einem positiv verstärkenden Ritual wird (Meyers & Smith, 2017, S. 111-116). Bevor Disulfiram erstmals eingenommen werden kann, muss die Klientin oder der Klient den «Antabus-Leitfaden» welcher sich auf dem Arbeitsblatt 3.A «Einsatz unterstützender Medikamente» (siehe Anhang) befindet, durchlesen und eine Einverständniserklärung abgeben. Wird dies nicht von einer Person mit einer ärztlichen Ausbildung verschrieben, muss eine Hausärztin oder ein Hausarzt beigezogen werden (Meyers & Smith, 2011, zit. in Badenschier, 2014, S. 102).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Einsatz von Disulfiram) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 5):

Tabelle 5: Schnittstelle Modul Einsatz von Disulfiram und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Einsatz von Disulfiram	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Bei beiden muss eine ärztliche Person die Verschreibung von Disulfiram vornehmen. In der Regel liegt dies im Zuständigkeitsbereich der Hausärztin oder des Hausarztes. Eine interdisziplinäre Vernetzung, Koordination und Zusammenarbeit ist auch hier von Vorteil.

4.2.4 Behandlungsplan

Als Basis für den Behandlungsplan schätzt die betroffene Person zuerst anhand von Skalierungen (1-10) seine oder ihre persönliche Zufriedenheit in 20 verschiedenen Lebensbereichen ein. Dafür eignet sich das Arbeitsblatt 4A «Behandlungsplan» (siehe Anhang) (Lange, Reker & Driessen, 2008, S. 15). Diese sind beispielsweise:

- Körperliche Gesundheit
- Soziales Leben und Freizeit
- Wohnsituation
- Arbeit
- Alkoholkonsum und seine Auswirkungen
- Seelische Gesundheit
- Umgang mit Geld
- Beziehung zum Partner / zur Partnerin etc. (Meyers & Smith, 2017, S. 124).

Anhand von Skalierungen wird ersichtlich, welche Lebensbereiche der Klientin oder des Klienten am dringenden eine therapeutische Bearbeitung bedürfen. Zudem verdeutlicht das Arbeitsblatt der betroffenen Person, dass Lebensbereiche existieren, in denen Veränderungen erforderlich sind und andere, in denen eine Veränderung nicht oder nicht dringend notwendig erscheint (Meyers & Smith, 2017, S. 119 – 120).

Anschliessend versucht die Therapeutin oder der Therapeut zusammen mit der betroffenen Person anhand von den herausgearbeiteten Problemfeldern Ziele für die jeweiligen Lebensbereiche zu definieren. Dabei geht es nicht nur um Ziele im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum, sondern um Ziele in verschiedenen Lebensbereichen. Die Formulierung der Ziele soll kurz, positiv, spezifisch und messbar erfolgen. Zur Hilfe kann das Arbeitsblatt 4.B «Behandlungsplan» (siehe Anhang) verwendet werden (Meyers & Smith, 2011, zit. in Badenschier, 2014, S. 103-104).

Lange, Reker und Driessen (2008) weisen darauf hin, dass das übergeordnete Ziel beim Behandlungsplan die Erhöhung der Zufriedenheit in nicht-konsumassoziierten Lebensbereichen ist. Stellt sich bei der Behandlungsplanung heraus, dass die betroffene Person nicht über die notwendigen Fertigkeiten (Skills) verfügt, die für die Erreichung eines Ziels notwendig sind, sollen diese Skills in den kommenden Sitzungen angefertigt oder trainiert werden (S. 15).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Behandlungsplan) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 6):

Tabelle 6: Schnittstelle Modul Behandlungsplan und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Zufriedenheitsskala	Lebensweltorientierung und systemische Sichtweisen	Die Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit orientiert sich an den Bedürfnissen des Individuums und leitet daraus entsprechende Ziele ab. Die systemische Sichtweise bezieht verschiedene Lebensbereiche und deren Schnittstellen in den Prozess mit ein. Auch im CRA-Ansatz wird nicht nur der Konsum, sondern viele verschiedene Lebensbereiche betrachtet, um einen Überblick über die allgemeine Lebensbefindlichkeit der betroffenen Person zu erhalten.
Behandlungsplan	Indikationsstellung, psychosoziale Diagnostik	Aus der psychosozialen Diagnostik und der Indikationsstellung kann ein Interventionsplan abgeleitet werden, dies geschieht beim CRA anhand der Zufriedenheitsskalen in Form eines Behandlungsplans.
Überwachung des Prozesses	Case Management	Das Case Management in der Sozialen Arbeit erarbeitet, koordiniert und überwacht den Hilfeprozess. Dieselbe Aufgabe würde einem Case Manager im CRA-Ansatz zukommen.

4.2.5 Paartherapie

Da Alkoholabhängigkeiten in Beziehungen und Partnerschaften oft zu Konflikten und Problemen führen, wird die Paartherapie im CRA-Ansatz ebenfalls berücksichtigt, falls dies notwendig ist. Partner und Partnerinnen werden als wichtige potentielle Verstärker und Unterstützer der betroffenen Person betrachtet. Das Ziel davon ist, dem Paar generelle Verhaltensweisen und Kommunikationsfähigkeiten zu vermitteln, die es in Konfliktsituationen einsetzen kann (Meyers & Smith, 2017, S. 140). Lange, Reker und Driessen (2008) verdeutlichen die Wichtigkeit, dass der Lebensgefährte oder die Lebensgefährtin möglichst früh in den Prozess miteinbezogen werden soll, damit konstruktive Konfliktlösungsversuche erarbeitet werden können.

Dazu existiert das Arbeitsblatt 5A «Paartherapie» (siehe Anhang) welches die Veränderungswünsche beider Personen erfassen soll. Zudem soll ein liebevoller Umgang innerhalb der Partnerschaft (wieder) erlernt werden (S. 16). Des Weiteren muss gemäss Meyers und Smith (2011) beachtet werden, dass sich Beziehungsschwierigkeiten und Alkoholkonsum gegenseitig (negativ) verstärken können, indem ein Teufelskreis entstehen kann, der unbedingt durchbrochen werden muss (zit. in Badenschier, 2014, S. 111).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Paartherapie) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 7):

Tabelle 7: Schnittstelle Modul Paartherapie und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Paartherapie	Systemische Sichtweise und Paartherapie	Paartherapie findet sowohl beim CRA-Ansatz als auch in der systemischen Sozialarbeit (siehe zum Beispiel Von Schlippe & Schweitzer, 2013, S. 354-366) Anklang, wird jedoch im Rahmen der Methodik dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt.

4.2.6 Skills-Training

Skills-Training ist dann angezeigt, wenn die vorhandenen Fertigkeiten nicht genügen, um ein im Behandlungsplan definiertes Ziel zu erreichen. Der CRA-Ansatz verfügt über drei mögliche Formen des Skills-Training:

- **Kommunikationstraining:** In Form von Rollenspielen sollen Probleme dargestellt, Anliegen klar und präzise formuliert, Gefühle ausgedrückt und versucht werden, das Thema aus den Augen des Gegenübers zu betrachten. Zudem werden Ich-Botschaften und das zeigen von Empathie eingeübt. Dazu eignet sich das Arbeitsblatt 6A «CRA-Skills-Training» (siehe Anhang) (Meyers & Smith, 2017, S. 170).
- **Problemlösetraining:** Das Hauptziel ist das Erlernen von Strategien in psychosozialen Situationen, sodass nicht auf Alkohol als Bewältigungsstrategie zurückgegriffen werden muss. Anhand des Arbeitsblattes 6B «CRA-Skills-Training» (siehe Anhang) wird zuerst das Problem definiert, und dann zusammen nach Strategien gesucht, wie das Problem gelöst werden könnte (Meyers und Smith, 2011, zit. in Badenschier, 2014, S. 105-106).
- **Ablehnungstraining:** Aufgrund des häufig auftretenden sozialen Drucks, Alkohol zu konsumieren, soll die Klientin oder der Klient lernen, mit Hochrisikosituationen adäquat umzugehen. Mit Hilfe von Rollenspielen kann der betroffenen Person geholfen werden, Angebote zum Konsum abzulehnen.

Dazu gehört auch das Üben der Kommunikation, wie er oder sie Angehörigen und Freunden über sein oder ihr Abstinenzvorhaben informieren kann. Für das Ablehnungstraining eignet sich das Arbeitsblatt 6C «CRA-Skills-Training» (siehe Anhang) (Meyers & Smith, 2017, S. 180-188). Meyers und Smith (2011) verdeutlichen die Wichtigkeit der Reflexion der internen und externen Trigger, welche zum Konsum von Alkohol verleiten könnten. Dazu soll der Fokus auf positive Gefühle gelenkt werden, die die Klientin oder der Klient beim Nicht-Konsum wahrnehmen könnte (zit. in Badenschier, 2014, S. 106-107).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Skills-Training) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 8):

Tabelle 8: Schnittstelle Modul Skills-Training und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Skills Training in Form von Kommunikationstraining, Problemlöse-training und Ablehnungstraining	Skills Training, systemische und lebensweltorientierte Sichtweise, Empowerment-Konzept	Auch die Soziale Arbeit benutzt Skills-Training, zu finden zum Beispiel in Form von Kommunikationstrainings in der Paartherapie, in Sozialpädagogischen Settings zum Beispiel in umstrittenen «Anti-Aggressions-Trainings» oder bei psychischen Erkrankungen (auf keine dieser Methoden wird in dieser Arbeit eingegangen). Des Weiteren setzt der Einsatz von Skills-Trainings eine systemische- und lebensweltorientierte Sichtweise voraus, damit dort Fähigkeiten angeeignet werden können, die die Klientin oder der Klient auch wirklich brauchen kann.
Fähigkeiten auf bestehenden Kompetenzen aufbauen	Empowerment-Konzept	Da nicht nur Fähigkeiten angeeignet, sondern auch welche erkannt und gefördert werden, ist das Empowerment-Konzept ebenfalls eine Schnittstelle.

4.2.7 Arbeitsberatung

Gemäss Meyers und Smith (2017) geht der CRA-Ansatz davon aus, dass auch die beste Therapie seine Wirkung nicht entfalten kann, wenn eine abhängige Person keine Arbeit hat (S. 191). Lange, Reker und Driessen (2008) sprechen davon, dass eine befriedigende Arbeit eine häufige Quelle für positive Verstärker wie Selbstwertgefühl und soziale Beziehungen ist. Darüber hinaus verspricht eine regelmässige Arbeit eine Verbesserung der finanziellen Situation, mit dem positiven Nebeneffekt, dass der Klientin oder dem Klienten mehr Mittel zur Selbstverwirklichung zur Verfügung stehen. Deshalb wird der betroffenen Person umfassende Unterstützung rund um den Bereich Arbeit zugesichert (S. 16).

Dies schliesst Unterstützung beim Suchen und Finden von Stellenangeboten, dem Schreiben von Bewerbungen, dem Vorbereiten und Üben von Vorstellungsgesprächen und der Unterstützung zum Erhalt der erworbenen Arbeit mit ein (Meyers & Smith, 2017, S. 191-196).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Arbeitsberatung) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 9):

Tabelle 9: Schnittstelle Modul Arbeitsberatung und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Arbeitsberatung	Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Koordination und Vernetzung	Während der CRA-Ansatz direkt Unterstützung bei der Stellensuche bietet, ist bei der Sozialen Arbeit je nach Institution und aufgrund der schweren Abgrenzung, was genau zur Suchhilfe gehört und was nicht mehr, eine Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen (zum Beispiel Arbeitsberatung) notwendig und wertvoll.
Unterstützung zum Suchen, Finden und Erhalten der Arbeit	Empowerment-Konzept, Lebensweltorientierung	Der CRA-Ansatz und die Soziale Arbeit orientieren sich auch bei der Arbeitssuche an den Vorstellungen, Vorbildungen und dem Alltag des Individuums (Lebensweltorientierung) und versuchen, die Fähigkeiten und Potentiale des betroffenen Menschen zu (re)aktivieren und in eine Arbeit einzubetten (Empowerment-Konzept).

4.2.8 Beratung im sozialen- und Freizeitbereich

Lange, Reker und Driessen (2008) veranschaulichen, dass bei alkoholabhängigen Menschen viele Freundschaften und Beziehungen ebenfalls mit dem Konsum von Alkohol verknüpft sind. Betroffene Menschen, die mit dem Konsum aufhören, fühlen sich in vielen Fällen aus ihrem Freundeskreis ausgeschlossen oder diesem nicht mehr zugehörig. Der soziale Druck, der auf ein betroffenes Individuum einwirken kann, ist hoch und wird häufiger als Trigger für einen Rückfall genannt (S. 16). Meyers und Smith (2017) betonen deshalb die Wichtigkeit, dass die Therapeutin oder der Therapeut zusammen mit der betroffenen Person nach neuen Aktivitäten sucht, die nicht konsumassoziiert sind. Hierbei kann es motivationsfördernd wirken, eine Person miteinzubeziehen, die die Abstinenz des betroffenen Individuums begrüsst und unterstützt. Das Aufgleisen der geplanten Aktivität wird ebenfalls mit der Therapeutin oder dem Therapeuten eingeübt (zum Beispiel Anmeldung für einen Sportverein, Gitarrenstunden etc.). Meyers und Smith verweisen explizit darauf, dass es sinnvoll sein kann, einen Case Manager oder eine Case Managerin hinzuzuziehen, der die betroffene Person unterstützt und allenfalls auch, wenn dies notwendig ist, zu Aktivitäten begleitet (S. 210-215).

Das Suchen von neuen Aktivitäten und Freundeskreisen stellt eine grosse Herausforderung dar. Es verlangt eine gute und vertraute Beziehung zwischen der therapeutierenden Person und der Klientin oder dem Klienten. Dauernde positive Verstärkung und Wertschätzung für die neuen Aktivitäten von Seiten des Therapeuten oder der Therapeutin sind dabei besonders hilfreich (Meyers & Smith, 2017, S. 218-220).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Beratung im sozialen und Freizeitbereich) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 10):

Tabelle 10: Schnittstelle Modul Beratung im sozialen und Freizeitbereich und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Beratung im sozialen und Freizeitbereich	Klientenzentrierte Gesprächsführung	Der CRA-Ansatz beschreibt, dass für die Beratung, insbesondere wenn es um die Erschliessung neuer Aktivitäten oder Freundeskreise geht, eine vertraute Beziehung von besonderer Bedeutung ist. Auch die Soziale Arbeit investiert viel in die positive Beziehungsgestaltung (Klientenzentrierte Gesprächsführung).
Suchen von neuen Möglichkeiten zur Aktivität	Motivierende Gesprächsführung, Empowerment-Konzept	Beide versuchen, die betroffene Person zu motivieren (Motivierende Gesprächsführung) und sie in ihren Fähigkeiten zu bestärken (Empowerment-Konzept).
Case Management hinzuziehen	Case Management	Der CRA-Ansatz verweist explizit auf die Möglichkeit, einen Case Manager oder eine Case Managerin hinzuzuziehen, um eine noch engere Begleitung gewährleisten zu können. Viele Sozialarbeitende verfügen über Zusatzausbildungen im Bereich des Case Management.
Umfassend Unterstützung	Systemische Sichtweise	Da das Individuum in Wechselwirkung mit verschiedenen sozialen Systemen betrachtet wird, ist eine systemische Sichtweise im CRA-Ansatz sowie in der Sozialen Arbeit ebenfalls notwendig.

4.2.9 Rückfallprävention

Meyers und Smith (2017) verdeutlichen, dass die Rückfallprävention beim CRA-Ansatz bereits in der ersten Sitzung beginnt und einen fortlaufenden Prozess darstellt (S. 221). Gemäss Lange, Reker und Driessen (2008) besteht ein wesentlicher Teil der Rückfallprävention aus dem Identifizieren von Risikosituationen und Triggern in der Verhaltensanalyse, welche zum Alkoholkonsum animieren könnten. Zudem werden frühzeitig Lebensgefährten oder Lebensgefährtinnen oder andere nahestehende Personen in den Prozess miteinbezogen, welche Frühwarnzeichen wahrnehmen und eine Handlungsstrategie entwickelt haben,

um einem Rückfall entgegenwirken zu können (S. 16). Entsprechend der Haltung der CRA-Therapeutin oder des CRA-Therapeuten hat die Klientin oder der Klient im Falle eines Rückfalls bei dem erneuten Wahrnehmen einer Therapiesitzung nicht mit moralischen Appellen zu rechnen. Die Klientin oder der Klient wird dafür gelobt, dass sie oder er trotzdem wieder zur Therapie erschienen ist. Der Rückfall kann in der Sitzung anhand des Arbeitsblattes 1A «Analyse einer Konsumsituation» (siehe Anhang) genau dargestellt werden.

Somit werden die Ursachen des Rückfalles präzise erarbeitet und im weiteren Therapieverlauf ebenfalls berücksichtigt. Nach dem Rückfall werden alternative Strategien erarbeitet, auf welche die Klientin oder der Klient in Zukunft - vor einer erneuten Konsumsituation - zurückgreifen könnte (Meyers & Smith, 2010, zit. in Badenschier, 2014, S. 110).

Schnittstellen zwischen dem CRA-Ansatz (Modul Rückfallprävention) und der Sozialen Arbeit (siehe Tabelle 11):

Tabelle 11: Schnittstelle Modul Rückfallprävention und Soziale Arbeit. (Quelle: eigene Darstellung)

CRA-Ansatz	Soziale Arbeit	Begründung der Gemeinsamkeit
Rückfallprävention	Empowerment-Konzept und Hilfe-zur-Selbsthilfe, Lebensweltorientierung	Bei der Rückfallprävention des CRA-Ansatzes werden die Stärken des Individuums und dessen Alltag berücksichtigt, um möglichst wirksame alternative Strategien zum Alkoholkonsum zu entwerfen (Lebensweltorientierung). Wie in der Sozialen Arbeit auch, soll mit dem Individuum Hilfe-zur-Selbsthilfe erlernt werden, sodass bei einer Risikosituation Strategien zur Verfügung stehen, die anstelle von Alkoholkonsum verwendet werden können und sich die betroffene Person selbst helfen kann. Dazu müssen ebenfalls die Stärken und Ressourcen des Menschen berücksichtigt werden (Empowerment-Konzept).

4.3 Kurzbeschreibung des CRAFT-Ansatzes

Gemäss Jane Smith und Robert Meyers (2013) sind Angehörige im Gegensatz zu suchtbetroffenen Menschen oft hochmotiviert, dass die betroffene Person eine Behandlung beginnt. Zudem befinden sich Angehörige in der idealen Ausgangsposition, das Konsumverhalten eines suchtbetroffenen Menschen zu beeinflussen. Des Weiteren soll die Negativspirale, die im System eines suchterkrankten Menschen auftreten kann, durchbrochen werden: Die Lebensqualität von Angehörigen wird durch die Bewältigung von ständigen, meist konstanten Stressoren, die mit dem Substanzkonsum des Abhängigen verbunden sind, stark negativ beeinflusst. Auf solche Stressoren reagieren Angehörige innerhalb der Negativspirale häufig mit Depression, Angst, Krankheitsbeschwerden oder reduziertem Selbstwertgefühl. Aufgrund dieser Extremsituation ist es höchst wahrscheinlich, dass eine Psychotherapie den Angehörigen von grossem Nutzen sein kann und dabei helfen kann, die Negativspirale zu durchbrechen (S. 19). Der CRAFT Ansatz definiert drei Hauptziele, wobei sich zwei auf die abhängige Person beziehen und ein drittes Hauptziel sich ausschliesslich auf die angehörige Person fokussiert:

- 1. Die abhängige Person soll zu einer Behandlung motiviert werden
- 2. Die abhängige Person soll den Substanzkonsum während der Behandlung der angehörigen Person verringern
- 3. Die Lebenszufriedenheit der angehörigen Person soll – egal, ob sich die abhängige Person in Behandlung begibt oder nicht – verbessert werden (Meyers & Smith, 2017, S. 24).

Wie Smith und Meyers (2013, S. 21-22) sowie Gallus Bischof (2012, S. 30-32) darlegen, beinhaltet der CRAFT-Ansatz acht Hauptbestandteile, die stark an die Module des CRA-Ansatzes erinnern:

1. Motivierende Strategie: Positive Erwartungen sollen geschaffen werden durch detaillierte Information der Angehörigen, was der CRAFT-Ansatz ist und welche Ziele er verfolgt.

2. Funktionale Analyse des Konsumverhaltens der abhängigen Person: Der Auslöser und die Konsequenzen des Konsums sollen identifiziert werden. Auf dieser Grundlage sollen Interventionsstrategien für die Angehörigen entwickelt werden. Somit sollen Umweltbedingungen verändert werden, sodass abstinentes Verhalten unterstützt und positiv verstärkt wird.

3. Vorsichtsmassnahmen: Das Gewaltpotenzial innerhalb der Beziehung soll eingeschätzt werden und – bei Bedarf – sollen Auslöser von Aggressionen identifiziert werden. Dahingehend werden Schutzpläne für die Angehörigen ausgearbeitet.

4. Kommunikationstraining: Der aktuelle Kommunikationsstil der Angehörigen mit dem abhängigen Menschen soll untersucht und analysiert werden. Kommunikationsfertigkeiten sollen anhand von Rollenspielen verbessert werden.

5. Positives Verstärkertraining: Angehörige sollen lernen, wie sie das abstinente Verhalten des abhängigen Menschen positiv verstärken können.

6. Strategien zur Reduktion des Substanzkonsums: Den Angehörigen soll gezeigt werden, wie man im Fall von Substanzkonsum das Verhalten nicht positiv verstärken soll. Somit wird abstinenzförderndes Verhalten vermittelt und erlernt.

7. Angehörigen-Selbstverstärkungstraining: Hierbei soll der Fokus komplett auf den angehörigen Menschen gelegt werden. Angehörige sollen bei ihren Zielen, Bedürfnissen und Problemen unterstützt und gefördert werden.

8. Dem Abhängigen Behandlung vorschlagen: Der günstigste Zeitpunkt und die beste Art und Weise, wie der abhängigen Person eine Behandlung vorgeschlagen werden kann, werden ermittelt. Angehörige sollen dabei auch auf eine mögliche Verweigerung vorbereitet werden.

5. Schlussfolgerungen / Fazit

In diesem letzten Teil der Arbeit beantwortet die Autorenschaft die Haupt- und Teilfragestellungen. Zudem wird eine Empfehlung zur Anwendung des CRA-Ansatzes in der Sozialen Arbeit abgegeben und einen Ausblick betreffend der weiteren Vertiefung der Thematik dargestellt.

5.1 Überprüfung der Hauptfragen und der Teilfragen

Die Autorin und der Autor haben zwei Hauptfragen und vier Teilfragen herausgearbeitet. Ziel war es, nach dem Vermitteln von theoretischem Wissen über Alkoholabhängigkeit sozialarbeiterische Konzepte, Methoden und Techniken mit dem CRA-Ansatz zu vergleichen und die Schnittstellen mit der Sozialen Arbeit herauszuarbeiten um herauszufinden, ob und inwiefern der CRA-Ansatz für Sozialarbeitende im Suchtbereich ein geeignetes Instrument darstellen könnte.

Um die Hauptfrage I beantworten zu können, wird diese in drei Teilfragen unterteilt. Dabei wird zuerst betrachtet, ob der CRA-Ansatz sich mit dem Gegenstand der Sozialen Arbeit vereinbaren lässt. Anschliessend wird analysiert, ob sich der CRA-Ansatz in die Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe integrieren lässt. Zum Schluss werden die Methoden, Konzepte und Techniken der Sozialen Arbeit mit den neun Behandlungsmodulen des CRA-Ansatzes rekapituliert.

Hauptfrage I: Wo sind die Schnittstellen des CRA-Ansatzes mit der Sozialen Arbeit?

Teilfrage 1: Inwiefern passt der CRA-Ansatz in den Gegenstand der Sozialen Arbeit?

Wie im Kapitel 3.1 «Gegenstand der Sozialen Arbeit» beschrieben, befasst sich der Gegenstand der Sozialen Arbeit mit der Lösung von praktischen sozialen Problemen sowie der Inklusion und Integration von Individuen in soziale Umfeldler. Soziale Probleme können die Befriedigung von Bedürfnissen auf kultureller-, sozialer-, ökonomischer-, psychologischer-, und biologischer Ebene be- oder verhindern. Alkoholabhängigkeiten können verschiedenste Problemlagen auf genau diesen Ebenen verursachen (vgl. Kapitel 2.2.1 «Biologische und neurobiologische Wirkung und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol»). Der CRA-Ansatz wirkt den sozialen Problemen auf der kulturellen-, sozialen-, ökonomischen-, psychologischen- und biologischen Ebene folgendermassen entgegen: Der CRA-Ansatz agiert auf kultureller Ebene, indem mit der betroffenen Person neben der Alkoholbehandlung neue Aktivitäten, Freundeskreise und nicht konsumassoziierte Tätigkeiten zu erschliessen versucht werden (vgl. Kapitel 4.2.8 «Beratung im sozialen und Freizeitbereich»).

Ausserdem handelt der CRA-Ansatz auf der sozialen Ebene, in dem versucht wird, die Exklusion aus dem angestammten sozialen Umfeld (Familie, Angehörige etc.) zu verhindern, im Angehörige intensiv in die Behandlung miteingebunden werden. Durch die Einbindung der Angehörigen in die Behandlung wird die betroffene Person zusätzlich motiviert, was wesentlich zum Behandlungserfolg beitragen kann. Diese positive Verstärkung durch das soziale Umfeld kann wiederum das Lösen von sozialen Problemen beschleunigen (vgl. Kapitel 4.1 «Ziele des CRA-Ansatzes»). Zudem agiert der CRA-Ansatz auch auf der ökonomischen Ebene: Arbeitstätigkeiten werden im CRA-Ansatz als wichtige Quelle für positive Verstärker betrachtet. Deshalb wird Arbeitsberatung, wenn erforderlich, in den Behandlungsprozess integriert (vgl. Kapitel 4.2.7 «Arbeitsberatung»). Die psychologische Ebene ist der Grundbaustein des CRA-Ansatzes, was sich vor allem in der Anamnese und Verhaltensanalyse äussert: Dort wird der Mensch gesamthaft, mit Einbezug seiner Biografie und den aktuellen Interaktionen innerhalb seines Sozialsystems betrachtet. Interne und externe Trigger, welche zum Konsum animieren, werden ebenfalls dort herausgearbeitet (vgl. Kapitel 4.2.1 «Anamnese und Verhaltensanalyse»). Die biologische Ebene wird im CRA-Ansatz insofern berücksichtigt, dass andere Berufsdisziplinen, wie beispielsweise medizinische Fachpersonen, in den Behandlungsprozess eingebunden werden, wenn dies erforderlich wird (zum Beispiel, wenn Disulfiram eingesetzt werden soll oder wenn die betroffene Person sonstige Anzeichen aufweist, die eine ärztliche Behandlung erforderlich erscheinen lassen) (vgl. Kapitel 4.2.3 «Einsatz von Disulfiram»).

Des Weiteren befasst sich der Gegenstand der Sozialen Arbeit mit der praktischen Lebensbewältigung und mit dem Abbau von Bedürfnisspannungen. Die Sicherung der Existenz und die Verringerung der Verletzbarkeit von Individuen stehen dabei im Fokus (vgl. Kapitel 3.1 «Gegenstand der Sozialen Arbeit»). Die Verringerung der Verletzbarkeit versucht der CRA-Ansatz dahingehend zu fördern, dass neue Fertigkeiten erlernt werden. Dies passiert im Rahmen des «Skills-Trainings», bei welchem die kommunikativen Fertigkeiten verbessert, neue Problemlösestrategien eingeübt und das Ablehnen von Alkohol auch unter sozialem Druck trainiert wird (vgl. Kapitel 4.2.6 «Skills Training»). Auch die Rückfallprävention - bei welcher Risikosituationen und Trigger herausgearbeitet werden - welche zum Konsum von Alkohol animieren könnten, soll längerfristig dazu beitragen, die Verletzbarkeit eines Individuums zu verringern (vgl. Kapitel 4.2.9 «Rückfallprävention»).

Die Interventionen der Sozialen Arbeit zur Lösung von praktischen sozialen Problemen können gemäss dem Berufsbild von AvenirSocial auf der mikrosozialen Ebene (in der Arbeit mit dem betroffenen Menschen und seinen oder ihren Bezugspersonen), auf der mesosozialen Ebene (zusammen mit Gruppen oder Kollektiven) oder auf der makrosozialen Ebene (zusammen mit Organisationen oder innerhalb von Gemeinwesenarbeit) stattfinden (vgl. Kapitel 3.1 «Gegenstand der Sozialen Arbeit»).

Der CRA-Ansatz agiert hauptsächlich auf der mikrosozialen Ebene, die Therapeutin oder der Therapeut muss sich jedoch mit den Angeboten der mesosozialen Ebene, zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder andere Vereinigungen auskennen, um die betroffene Person adäquat weiterverlinken zu können (vgl. Kapitel 4.2.8 «Beratung im sozialen und Freizeitbereich»).

Fazit: Zusammenfassend kommen die Autorin und der Autor zum Schluss, dass sich der CRA-Ansatz gut mit dem Gegenstand der Sozialen Arbeit vereinbaren lässt, weil sich der Gegenstand der Sozialen Arbeit sowie auch der CRA-Ansatz mit dem Vorbeugen, Lindern und Lösen von praktischen sozialen Problemen befassen. Aus berufsethischer Perspektive kann ebenfalls ohne Bedenken mit dem Ansatz gearbeitet werden, da einerseits die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen sowie dessen Autonomie gewahrt werden. Andererseits wird innerhalb des CRA-Ansatzes sowie auch innerhalb der Sozialen Arbeit besonderen Wert auf respektvolle, wertschätzende, wohlwollende und empathische Umgangsformen gelegt. Zudem betrachtet der Therapeut oder die Therapeutin den betroffenen Menschen als Experte oder Expertin seiner oder ihrer selbst und übernimmt eine unterstützende und begleitende Funktion.

Teilfrage 2: Inwiefern passt der CRA-Ansatz in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe?

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe sind sehr vielfältig, wobei selbst die Grenzziehungen, wo und was zur Suchthilfe gehört und was nicht mehr, oft schwierig zu definieren sind. In der Sozialen Arbeit sowie auch in anderen Berufsdisziplinen werden Abhängigkeiten multifaktoriell zu erklären versucht. Dies bedeutet, dass verschiedenste Faktoren zur Entstehung sowie auch zur Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt werden müssen (vgl. Kapitel 2.2.2 «Ursachen von Alkoholabhängigkeit»). Die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen können Menschen vor diverse, schwerwiegende Multiproblemlagen stellen: Die Exklusion aus sozialen Systemen, wirtschaftliche Probleme und Wohnungsverlust, sozialer Rückzug, Vereinsamung, Konflikte, Stress, Delinquenz, Arbeitsverlust etc. Das Übergreifen von Abhängigkeiten auf fast alle Lebensbereiche der betroffenen Menschen macht das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe sehr breit: Einerseits wird versucht, Informationen über psychoaktive Substanzen, rechtliche Konsequenzen, Abhängigkeitspotentiale etc. zu vermitteln. Andererseits wird, besonders bei Suchtberatungsstellen, der Fokus auf die Veränderung und Entwicklung von Menschen gelegt. Dabei kommen verschiedene Settings zur Anwendung. Alternative Handlungsstrategien bezüglich des Konsums, des Denkens und der Weiterentwicklung des persönlichen Handlungsrepertoires werden gemeinsam erarbeitet und Motivationsarbeit bezüglich der Veränderungsbereitschaft wird betrieben. Weitere Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe können Stabilisierung und Betreuung von abhängigkeitserkrankten Menschen sowie auch die Begleitung und Führung von ambulanten und stationären Massnahmen sein (vgl. Kapitel 3.2 «Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe»).

Die Bereiche, mit denen sich die Soziale Arbeit in der Suchthilfe befasst, sind auch im CRA-Ansatz wiederzufinden. Besonders im Behandlungsplan zeigt sich, dass der CRA-Ansatz nicht nur auf die Alkoholabhängigkeit fokussiert ist, sondern auch diverse andere Lebensbereiche wie körperliche Gesundheit, Wohnsituation, soziales Leben und Freizeit, Arbeit etc. berücksichtigt (vgl. Kapitel 4.2.4 «Behandlungsplan»). Die Soziale Arbeit wie auch der CRA-Ansatz orientieren sich an den Ressourcen des Individuums und versuchen, diese soweit zu stärken, dass im Endeffekt eine Hilfe-zur-Selbsthilfe möglich wird und sich das Individuum einer Negativspirale entziehen kann. Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen dem Handlungsrepertoire der Sozialen Arbeit und dem CRA-Ansatz ist die Paartherapie. Beide sind sich der Wichtigkeit von Angehörigen in einem Veränderungsprozess bewusst (vgl. Kapitel 4.2.5 «Paartherapie»).

Fazit: Zusammenfassend kommen die Autorin und der Autor zum Schluss, dass sich der CRA-Ansatz in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit gut integrieren lässt. Alle Lebensbereiche, die der CRA-Ansatz berücksichtigt, sind auch in der Sozialen Arbeit ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit abhängigkeiterkrankten Menschen. Die Sicherung des Überlebens und die Erhöhung der individuellen Lebensqualität wird bei der Sozialen Arbeit sowie auch beim CRA-Ansatz ins Zentrum gestellt. Eine weitere Gemeinsamkeit ist die Orientierung an der Lebenswelt der Klientin oder des Klienten, woraus sich realistische und umsetzbare Ziele formulieren lassen. Bei der Sozialen Arbeit, sowie auch beim CRA-Ansatz wird der Alkoholabhängigkeit in kleinen Schritten entgegengewirkt, wobei nicht immer das Ziel der kompletten Abstinenz im Fokus steht.

Teilfrage 3: Inwiefern lässt sich der CRA-Ansatz mit den Konzepten, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit vereinbaren?

Ausführlich beantwortet wird diese Teilfrage bereits im Kapitel 4.2 mit dem Titel «Die neun Behandlungsmodule des CRA-Ansatzes sowie deren Schnittstellen zu den Methoden, Konzepten und Techniken der Sozialen Arbeit». Um Doppelspurigkeiten zu verhindern, wird bei dieser Teilfrage lediglich ein Fazit dargelegt.

Fazit: Zusammenfassend kommen die Autorin und der Autor zum Schluss, dass bei allen neun Behandlungsmodulen des CRA-Ansatzes Berührungspunkte mit Konzepten, Methoden und Techniken aus der Sozialen Arbeit festzustellen sind. Die meisten Schnittstellen sind beim ersten Behandlungsmodul «Anamnese und Verhaltensanalyse» zu finden: Ein Hauptmerkmal des CRA-Ansatzes ist, dass er sich auf positive Verstärker in der Person und im sozialen Umfeld stützt. Dasselbe ist ein Grundgedanke der Sozialen Arbeit und insbesondere in dem Empowerment-Konzept und der Ressourcenorientierung zu finden.

Der CRA-Ansatz sowie auch die Soziale Arbeit verfügen über verschiedene Mittel, um eine detaillierte Situationserfassung vorzunehmen. Gesprächsführungsprinzipien nach Rogers, Motivierende Gesprächsführung, Motiv- und Bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung sowie eine systemische Sichtweise und die Orientierung an der Lebenswelt des Klienten oder der Klientin sind alles Techniken, die sich sowohl der CRA-Ansatz sowie auch die Soziale Arbeit zu eigen gemacht haben. Zudem wird beidseits versucht, mit realistischen und umsetzbaren Zielen zu arbeiten. Auch wird der Klientin oder dem Klienten eine positive Grundhaltung entgegengebracht, und einen Glauben an das Veränderungspotential des Menschen wird vermittelt. Um eine noch engere Begleitung gewährleisten zu können, zieht der CRA-Ansatz die Möglichkeit in Betracht, einen Case Manager oder eine Case Managerin hinzuzuziehen. Auch in der Sozialen Arbeit stellt das Case Management ein handlungsleitendes Konzept dar, nachdem in der Suchthilfe gearbeitet werden kann.

Beantwortung der Hauptfrage I: Wo sind die Schnittstellen des CRA-Ansatzes mit der Sozialen Arbeit?

Die Schnittstellen des CRA-Ansatzes sind, wie die Beantwortung der Teilfragen 1-3 zeigen, im Gegenstand-, im Aufgabenbereich- sowie in den Konzepten, Methoden und Techniken der Sozialen Arbeit zu finden.

Um die Hauptfrage II zu beantworten, werden die Erkenntnisse der Hauptfrage I berücksichtigt und die Hauptfrage II anhand der Teilfrage 4 beantwortet.

Hauptfrage II: Inwiefern ist der CRA-Ansatz für sozialarbeiterisches Handeln mit Menschen, welche von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind, geeignet?

Teilfrage 4: Was müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit berücksichtigen, wenn sie den CRA-Ansatz als Handlungskonzept anwenden?

Wie aus der Beantwortung der Hauptfrage I und den dazugehörigen Teilfragen 1-3 ersichtlich wird, finden sich sehr viele Gemeinsamkeiten zwischen dem CRA-Ansatz und der Sozialen Arbeit. Die meisten Berührungspunkte finden sich in den Konzepten, Methoden und Techniken. Dennoch gibt es einige Aspekte, die nach der Meinung der Autorenschaft in der Arbeit mit dem CRA-Ansatz als Sozialarbeitende berücksichtigt werden sollten:

Partnerin und Partnerin

Eine Alkoholabhängigkeit kann zum Verlust von sozialen Kontakten und zu Isolation führen (vgl. Kapitel 2.2.1 «Biologische und neurobiologische Wirkungen und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol»). Der CRA-Ansatz stützt sich sehr stark auf positive Verstärkung aus dem sozialen Umfeld. Dies kann aus mehreren Blickwinkeln problematisch sein:

Einerseits kann die starke Gewichtung des sozialen Umfeldes dazu führen, dass der Erfolg der Behandlung zu stark von dem Umfeld der betroffenen Person abhängig gemacht werden kann. Die starke Gewichtung des Umfeldes kann ebenfalls die Gefahr mit sich bringen, dass individuell-personale Faktoren zu wenig gewichtet werden. Andererseits kann es schwierig werden, mit dem Ansatz zu arbeiten, wenn das Umfeld in nur sehr geringem Masse vorhanden ist. Zudem fokussiert sich der CRA-Ansatz stark auf die Unterstützung von einer sehr nahen Bezugsperson, beispielsweise einer Partnerin oder eines Partners. Auch das ist in vielen Fällen – teilweise auch aufgrund der Abhängigkeit – nicht oder nicht mehr vorhanden. Besondere Berücksichtigung verdient auch die Co-Abhängigkeit. Angehörige von abhängigkeiterkrankten Menschen sind aufgrund der hohen Belastung, welchen sie ausgesetzt sind, gefährdet, eine psychische Erkrankung oder eine eigene Abhängigkeit zu entwickeln (vgl. Kapitel 2.2.1 «Angehörige und Co-Abhängigkeit»).

Soziales Umfeld

Alkoholabhängige Menschen erreichen in vielen Fällen eines Tages einen Tiefpunkt in gesundheitlicher und sozialer Hinsicht. Ist dieser Tiefpunkt erreicht, kann die innere Ambivalenz des betroffenen Menschen eher für eine Behandlung sprechen (vgl. Kapitel 2.3 «Behandlung von Alkoholabhängigkeit»). Bis es so weit kommt, vergeht oft sehr viel Zeit. Dies liegt einerseits daran, dass der Alkohol den Körper und die Psyche langsam schädigen und sich so jahrelange Konsummuster festigen können. Andererseits passt sich der menschliche Körper dem Konsum an. Die Leber baut beispielsweise den Alkohol schneller ab und es wird eine Toleranz entwickelt. Zudem generiert das menschliche Gehirn einen Lerneffekt bei dem Konsum, was wesentlich zu der Bildung und jahrelanger Aufrechterhaltung von dysfunktionalen Verhaltensmustern beitragen kann (vgl. Kapitel 2.2.1 «Biologische und neurobiologische Wirkung und mögliche Schädigungen beim Konsum von Alkohol»). Nicht nur die physischen und psychischen Gegebenheiten eines Menschen passen sich dem Alkoholkonsum an, sondern in vielen Fällen gleicht der betroffene Mensch auch sein Umfeld dem persönlichen Konsummuster an. Freunde und Freundinnen trinken in vielen Fällen ebenfalls risikoreich Alkohol (vgl. Kapitel 4.2.8 «Beratung im sozialen und Freizeitbereich»). Die Umgestaltung eines konsumassoziierten Freundeskreises, in welchem sich eine betroffene Person über Jahre bewegt hat, stellen sich die Autorin und der Autor als enorm schwierige Aufgabe vor, welche ebenfalls in ihren möglichen Konsequenzen nicht zu unterschätzen ist: Wird beispielsweise einer Person von dem Umgang mit ihrem Freundeskreis abgeraten, können starke negative Gefühle wie Einsamkeit, Ängste oder Verminderung des Selbstwertes auftreten, was die betroffene Person wiederum zum Konsum von Alkohol animieren könnte und somit eine kontraproduktive Wirkung entfalten könnte.

Komorbidität

Etwas mehr als Dreiviertel aller Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit weisen zusätzlich mindestens eine psychische Erkrankung auf (vgl. Kapitel 2.4 «Komorbidität zwischen psychischen Erkrankungen und Alkoholkonsum»). Bei einer Komorbidität sind andere Ansätze aus der Suchttherapie nach Meinung der Autorenschaft dem CRA-Ansatz vorzuziehen: Einerseits lassen die (Weiter)Entwickler des CRA-Ansatzes (Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith) das Thema der Komorbidität in ihrem Manual dahingehend ausser Acht, dass der Fokus mehr auf das Verhalten der betroffenen Person gelegt wird und weniger auf die psychische Erkrankung. Andererseits sieht der CRA-Ansatz eine parallele Behandlung einer psychischen Erkrankung nicht explizit vor. Nach Meinung der Autorenschaft bedeutet dies für Sozialarbeitende, welche mit dem CRA-Ansatz arbeiten, dass sie über ein störungsspezifisches Wissen verfügen sollten, um einschätzen zu können, ob der CRA-Ansatz für eine Person geeignet scheint oder nicht.

Interdisziplinarität

Bei der Arbeit mit dem CRA-Ansatz in der Sozialen Arbeit erachten die Autorin und der Autor eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit als sehr wichtig bis manchmal unumgänglich. Benötigt eine Klientin oder ein Klient anti-craving-Medikamente oder Disulfiram, muss zwangsläufig die Hausärztin oder der Hausarzt beigezogen werden. In anderen Bereichen wie zum Beispiel der Arbeitsberatung, der Beratung im sozialen- und Freizeitbereich oder bei anderen Bereichen, bei welchen sich im Laufe der Beratung Schwierigkeiten zeigen, empfiehlt es sich, weitere Fachpersonen aus den jeweiligen Bereichen (Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Recht etc.) hinzuzuziehen.

Gefahren bei akutem Konsum

Alkoholkonsum kann bei akutem Konsum– je nach Dosierung – eine bewusstseins- und/oder persönlichkeitsverändernde Wirkung entfalten. Dies kann sich unter anderem in aggressivem Verhalten äussern oder generell die Hemmschwelle eines Menschen heruntersetzen (vgl. Kapitel 2.2 «Alkohol und Alkoholabhängigkeit: Konsummuster, Trinkertypen, Wirkung, mögliche Schädigungen und Ursachen»). Aus diesem Grund können alkoholisierte Menschen Gefahren für die beratenden Personen ausstrahlen. Die Autorenschaft ist der Meinung, dass bei Sozialarbeitenden im Suchtbereich ein Bewusstsein über mögliche Gefahren vorhanden sein muss und ein Sicherheitskonzept bestehen sollte, um drohenden Gefahren entgegen zu wirken.

Beantwortung der Hauptfrage II: Inwiefern ist der CRA-Ansatz für sozialarbeiterisches Handeln mit Menschen, welche von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind, geeignet?

Die Autorenschaft betrachtet den CRA-Ansatz als geeignetes Instrument für Sozialarbeitende im ambulanten Suchthilfebereich. Insbesondere die Parallelen zur Ressourcenorientierung, dem Empowerment-Konzept, der Lebensweltorientierung und der systemischen Sichtweise legen dar, dass Sozialarbeitende über die Basiskompetenzen verfügen, um mit dem CRA-Ansatz arbeiten zu können. Um der Profession der Sozialen Arbeit und deren gesamtsystemischen Blickwinkel gerecht zu werden, erachtet es die Autorenschaft als sehr wichtig, die genannten Punkte unter der Teilfrage 4 ebenfalls zu beachten.

5.2 Empfehlungen

Die Autorenschaft empfiehlt den CRA-Ansatz als Methode in der Sozialen Arbeit in der ambulanten Suchthilfe unter Einbezug weiterer Themenfelder (vgl. Teilfrage 4). Unter Beachtung des Aspektes, dass die Soziale Arbeit einen Teil des Wissens und der Methodik von anderen Professionen adaptiert, wäre es für die Unabhängigkeit der Profession der Sozialen Arbeit von Vorteil, über selbst entworfene, wenn möglich auf ihre Evidenz geprüften Ansätze zu verfügen. Dahingehend empfehlen die Autorin und der Autor, den CRA-Ansatz für die Soziale Arbeit kompatibel zu machen und mit den oben genannten Punkten und möglichen weiteren Aspekten zu ergänzen, die erweiterte Version eventuell umzubenennen (aus berufspolitischer Perspektive sinnvoll, da hierzulande von einem «Verhaltenstherapeutischen Konzept» gesprochen wird) und wenn möglich auf ihre Evidenz überprüfen zu lassen.

5.3 Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet einen Teil des Fokus auf die Schnittstellen von Konzepten, Methoden und Techniken, welche im CRA-Ansatz angewendet werden und auch in der Sozialen Arbeit von grosser Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang wäre eine Verschiebung von dem Fokus in einer weiteren Arbeit interessant: Unter Einbezug der Schnittstellen von der Sozialen Arbeit und dem CRA-Ansatz könnte der Fokus darauf gelegt werden, was konkret an Methoden, Konzepten und Techniken im CRA-Ansatz fehlen, um eine Adaption in die Soziale Arbeit vornehmen zu können und den Ansatz in ein sozialarbeiterisches Konzept weiterzuentwickeln. Unter der Teilfrage 4 wurden einige mögliche Punkte bereits kurz dargelegt. Im Rahmen einer Masterarbeit könnte also eine Weiterentwicklung des CRA-Ansatzes stattfinden, sodass er dem Gegenstand der Sozialen Arbeit und dem Auftrag der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe optimal entspricht. Die Überprüfung des entwickelten Ansatzes auf seine Evidenz könnte innerhalb einer weiteren Forschungsarbeit vorgenommen werden.

Berufspolitisch ist es der Autorenschaft ebenfalls ein Anliegen, nochmals zu erwähnen, dass der CRA-Ansatz ursprünglich aus dem englischsprachigen Raum stammt und von «Psychosocial Intervention» zu «Verhaltenstherapeutischem Konzept» übersetzt wurde. Sozialarbeitende intervenieren nicht therapeutisch, verfügen jedoch in vielen Bereichen über dieselben methodischen Kompetenzen. Konkret möchte sich die Autorenschaft dafür stark machen, dass die Soziale Arbeit nicht aus Berufsfeldern gedrängt wird, in denen sie seit jeher tätig ist (wie beispielsweise die Suchthilfe). Deshalb scheint es der Autorenschaft als Wichtig, dass die Soziale Arbeit sich durch das Entwickeln von eigenen evidenzbasierten Methoden weiter etabliert, den eigenen Berufsverband stärkt und somit berufspolitisch aktiver agieren kann.

6. Literaturverzeichnis

- Abstein, Hans Joachim (2012). Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In Sigmund Gastiger & Hans Joachim Abstein (Hrsg.), *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern* (S. 7-18). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Antonowsky, Aron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autorin.
- AvenirSocial (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit*. Bern: Autorin.
- Badenschier, Dörthe (2014). *Community Reinforcement Approach als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit. Positive Verstärkung im Suchthilfesystem*. Hamburg: disserta Verlag.
- Bergmann, Rolf (2002). Soziale Veränderungen bei Sucht. In Jörg Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie und Prävention* (S. 506-509). Landsberg / Lech: ecomed.
- Bischof, Gallus (2012). Das «Community Reinforcement and Family Training» CRAFT. *Sucht-Magazin*, 1, 30-32.
- Brusa, Elke (2017). *BA-Modul 306 SUCH: Einführung in die Beratung von abhängigkeits-erkrankten Menschen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2013). *Nationales Programm Alkohol 2013 – 2016*. Bern: Silversign GmbH.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024*. Bern: Autorin.
- Bundesamt für Statistik (2012). *Alkohol*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/alkohol.html>
- Cierpka, Manfred (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. *Psychotherapeut*, 1, 16-23.

- Demmel, Ralf (2016). Motivational Interviewing – Psychotherapie auf Augenhöhe. In Anil Batra & Oliver Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (2. überarbeitete Aufl.) (S. 51-58). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Dietze, Klaus & Spicker, Manfred (2011). *Wie viel ist noch normal. Alkoholprobleme erkennen und überwinden* (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Ehrhardt, Angelika (2010). *Methoden der Sozialen Arbeit*. Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Feuerlein, Wilhelm (1989). *Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (4. Überarbeitete Aufl.). Stuttgart; New York: Thieme
- Flassbeck, Jens (2011). *Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Friedrichs, Jürgen (2002). *Drogen und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Gahleiter, Silke Birgitta (2008). Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. *SuchtMagazin*, 4, 15-20.
- Gahleiter, Silke Birgitta (2015). Baustein 11. «Diagnostisches Fallverstehen» erfahren und anwenden. In Helmut Pauls, Johannes Lohner & Ralph Viehauser (Hrsg.), *Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre* (S. 4-15). Würzburg: zks-verlag.
- Gieser, Kaspar (2015). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung* (6. korrigierte Aufl.). Luzern: interact Verlag.
- Güdel, Heike (2013). Suchtarbeit auf dem Sozialdienst. *SuchtMagazin*, 5, 37-41.
- Hafen, Martin (2015). Exklusion – systemtheoretisch. Ein Konzept an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft. *SozialAktuell*, 3, 14-16.
- Hafen, Martin (2015). Interdisziplinäre Kooperation in der Suchtarbeit. *SuchtMagazin*, 1, 5-12.
- Hammer, Matthias & Plössl, Irmgard (2015). *Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen* (3. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Heinz, Andreas & Batra Anil (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. In Thomas Brandt, Rudolf Cohen, Hanfried Helmchen & Lothar Schmid (Hrsg.), *Psychiatrie, Neurologie, Klinische Psychologie. Grundlagen – Methoden – Ergebnisse* (1. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

- Herriger, Norbert (2010). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (4. erweiterte Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hillemacher Thomas & Bleich Stefan (2014). Alkoholabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (S. 149-158). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Hoff, Tanja & Zwicker-Pelzer Renate (2015). *Beratung und Beratungswissenschaft*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Hosemann, Wilfried & Geiling, Wolfgang (2013). *Einführung in die Systemische Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhardt GmbH.
- Hoyer, Jürgen (2003). Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. *Suchttherapie*, 4, 140-145.
- Kähler, Harro Dietrich & Zobrist, Patrick (2013). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann*. Basel: Reinhardt Verlag.
- Kläusler, Beat & Kläusler-Senn Charlotte (2009). Eine Chance für die Soziale Arbeit. Psychosoziale Behandlungsansätze am Beispiel des Community Reinforcement Approach. *Sozialaktuell*, 1, 25-26.
- Kuntz, Helmut (2009). *Der rote Faden der Sucht. Abhängigkeiten überwinden und verstehen* (4. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Kuntz, Helmut (2011). *Drogen & Sucht. Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Laging, Marion (2004). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Lambers, Helmut (2015). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (2. überarbeitete Aufl.). Oplanden und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lange, Wolfgang, Reker, Martin & Driessen Martin (2008). Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Alkoholabhängigkeitserkrankungen. *Sucht*, 54 (1), 13-23.
- Lischer, Suzanne (2017). *Der Suchtbegriff. Theorien und Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

- Meyers, Robert J. & Smith Jane Ellen (2017). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeiten. Erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich* (5. Aufl.) (Wolfgang Lange, Martin Reker & Stephanie Kunz, Übers.). Köln: Psychiatrieverlag GmbH.
- Miller, William Richard & Rollnick, Stephen (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. unveränderte Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Moggi, Franz (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- National Institute on Drug Abuse (ohne Datum). *A Community Reinforcement Approach: Treating Cocain Addiction*. Gefunden unter <https://archives.drugabuse.gov/TXManuals/CRA/CRA3.html>
- Pantucek, Peter (2006). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien; Köln; Weimar: Böhlau Verlag.
- Reinhardt, Jan Dietrich (2005). *Alkohol und soziale Kontrolle. Gedanken zu einer Soziologie des Alkoholismus*. Würzburg: ERGON Verlag.
- Reinl, Heidi, Füssenhäuser, Cornelia & Stumpp, Gabriele (2008). Drogentherapie aus lebensweltorientierter Perspektive. In Klaus Grunwald & Hans Thiersch (Hrsg.), *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (2. Aufl.) (S. 173-232). Weinheim; München: Juventa Verlag.
- Reker, Martin (2015). *Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten* (1. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Ridinger-Johann, Monika & Walter, Marc (2014). Sucht und komorbide Störungen. *SuchtMagazin*, 1, 4-7.
- Rosenhagen, Günther (2005). Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In Karlheinz Ortmann & Heiko Waller (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder* (S. 76-87). Hohengehren: Schneider Verlag GmbH.
- Rösner, Susanne, Grosshans, Martin & Mutschler Jochen (2014). Disulfiram: Aktuelle Befundlage und Wirkmechanismen. *Suchtmed*, 16 (2), 47-48.
- Sachse, Rainer (2010). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten* (10. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

- Schay, Peter, Lojewski, Ilona & Siegele, Frank (2013). *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schmid, Otto, Müller, Thomas & Fehr, Stephanie (2016). MI 3: Motivational Interviewing entwickelt sich weiter. *SuchtMagazin*, 6, 33-38.
- Schmocker, Beat (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Schubert, Franz-Christian (2015). Systemische Beratung. In Tanja Hoff & Renate Zwicker-Pelzer (Hrsg.), *Beratung und Beratungswissenschaft* (S. 190-208). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Smith, Jane Ellen & Meyers, Robert J. (2013). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit* (Gallus Bischof & Jennis Freyer-Adams, Übers.). Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Société Axess Collège Romande de Médecine de l'Addiction (CoRoMa) (2009). *Neurowissenschaften und Sucht*. Bern: Autorin.
- Soyka, Michael (1997). *Alkoholismus. Eine Krankheit und ihre Therapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Soyka, Michael & Küfner, Heinrich (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (6. vollständig überarbeitete Aufl.). Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt Verlag.
- Stimmer, Franz (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Stöver, Heino (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Sucht Schweiz (2014). *Alkohol*. Lausanne: Autorin.
- Sucht Schweiz (2016). *Alkoholabhängigkeit: Auch Nahestehende sind betroffen*. Lausanne: Autorin.
- Sucht Schweiz (2017). *Substanzen und Sucht. Was ist eine Droge?* Gefunden unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/>

Tretter, Felix (2000). *Suchtmedizin. Der Suchtkranke Patient in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft GmbH.

Uchtenhagen, Ambros (2004). Indikationsverfahren – unumgängliche Neuregelung des Zugangs zur Suchthilfe? *SuchtMagazin*, 4, 19-23.

Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen (2013). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH.

Weber, Esther & Kunz, Daniel (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit* (3. überarbeitete Aufl.). Luzern: interact Verlag.

Wobrock, Thomas, D'Amelio, Robert & Falkai, Peter (2008). Pharmakotherapie bei Schizophrenie und komorbider Substanzstörung. Eine systematische Übersicht. *Nervenarzt*, 79, 17-35.

Wolf, Julia (2003). *Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht*. Gefunden unter <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/43966>

Zeit Online (1998). *Alkohol – Opium fürs Volk*. Gefunden unter http://www.zeit.de/1998/28/199828.drogen_.xml

Quelle Titelblatt:

Titelbild. Gefunden unter <https://www.noz.de/deutschland-welt/gut-zu-wissen/artikel/518270/mit-dem-medikament-baclofen-gegen-alkoholsucht#gallery&0&0&518270>

7. Anhang

ARBEITSBLATT 1.A CRA-Verhaltensanalyse

ANALYSE EINER KONSUMSITUATION

Name: Datum:

Verhalten	externale Trigger	internale Trigger
Was konsumierten Sie?	Mit wem waren Sie zusammen, als Sie konsumierten?	Was dachten Sie, kurz bevor Sie konsumierten?
Wie viel konsumierten Sie?	Wo konsumierten Sie?	Was nahmen Sie körperlich wahr, kurz bevor Sie konsumierten?
Über welche Zeit hinweg konsumierten Sie?	Wann konsumierten Sie?	Was nahmen Sie emotional wahr, kurz bevor Sie konsumierten?

Kurzfristige positive Konsequenzen

Was mochten Sie am Konsum
(mit wem)?

Was mochten Sie am Konsum
(wo)?

Was mochten Sie am Konsum
(wann)?

Was waren angenehme Gedanken während Sie konsumierten?

Was waren angenehme körperliche Wahrnehmungen während Sie konsumierten?

Was waren angenehme Gefühle, während Sie konsumierten?

Langfristige negative Konsequenzen

Was waren die negativen Folgen von Konsum in den verschiedenen Lebensbereichen?

Zwischenmenschlich

Körperlich

Emotional

Rechtlich

Arbeit

Finanzen

Andere

ARBEITSBLATT 1.B CRA-Verhaltensanalyse

ANALYSE DES ABSTINENZORIENTIERTEN VERHALTENS:

Name: **Datum:**

Verhalten	externale Trigger	internale Trigger
Was ist Ihr abstinentorientiertes Verhalten?	Mit wem sind Sie zusammen, wenn Sie	Was denken Sie, kurz bevor Sie
Wie oft machen Sie	Wo machen Sie	Was nehmen Sie körperlich wahr, kurz bevor Sie
Wie lange dauert	Wann machen Sie	Was nehmen Sie emotional wahr, kurz bevor Sie

Kurzfristige negative Konsequenzen

Langfristige positive Konsequenzen

Was mögen Sie nicht am?
(mit wem)?

Was sind die positiven Folgen von
.....
in den verschiedenen Lebensbereichen?

Zwischenmenschlich

Was mögen Sie nicht am?
(wo)?

Körperlich

Was mögen Sie nicht am?
(wann)?

Emotional

4. Was sind unangenehme Gedanken während Sie
.....?

Rechtlich

5. Was sind unangenehme körperliche Wahr-
nehmungen während Sie?

Arbeit

6. Was sind unangenehme Gefühle, während Sie
.....?

Finanzen

Andere

ANTABUS-LEITFADEN FÜR PATIENTEN

Durch die Einnahme von Antabus soll der Abstinenzwunsch bei Alkoholabhängigkeit medikamentös unterstützt werden. In diesem Leitfaden finden Sie die wichtigsten Informationen bezüglich Wirkungsweise und Nebenwirkungen dieses Medikamentes.

Die Medikamenteneinnahme allein genügt jedoch nicht, um die bestehende Alkoholabhängigkeit ausreichend zu behandeln. Zusätzlich sollten in Abständen von zwei bis drei Wochen ambulante Gespräche mit einem Arzt, je nach Wunsch des Patienten als Einzel- oder auch Paargespräch, durchgeführt werden. Bezüglich der Paargespräche besteht die Möglichkeit, an einer mehrmonatig angelegten Paartherapie teilzunehmen. Dabei wird der Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Partnerschaft im alltäglichen Umgang miteinander gelegt. Gezielt werden gemeinsame Ressourcen herausgearbeitet und deren Nutzung in der Partnerschaft trainiert.

Im Folgenden finden Sie die wichtigsten Informationen zu Antabus:

Wann wird Antabus verordnet? Antabus wird bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit zur Unterstützung der Abstinenz eingesetzt.

Welche Substanz ist in Antabus enthalten? Antabus-Tabletten enthalten den chemischen Wirkstoff Disulfiram. Im Handel befinden sich zwei unterschiedliche Wirkstärken (0,1g = »kleine Antabus-Tablette« und 0,5g = »große Antabus-Tablette«).

Wie wirkt Antabus? Antabus unterbricht den Alkoholabbau in der Leber, sodass sich Zwischenprodukte (hauptsächlich Acetaldehyd) im Körper ansammeln. Diese Zwischenprodukte führen zu einer Alkoholunverträglichkeitsreaktion. Bei Alkoholkonsum, und zwar ab einer aufgenommenen Menge von 3g reinem Alkohol, kommt es zu Übelkeit, Erbrechen, Gesichtsrötung, Herzklopfen, Durchfall, Schläfrigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Blutdruckanstieg oder -abfall und Atemnot. Dies ist vergleichbar mit der körperlichen Reaktion eines Jugendlichen, der erstmalig zu viel Alkohol getrunken hat. Diese Alkoholunverträglichkeitsreaktion setzt binnen 8–15 Minuten nach Alkoholkonsum ein und dauert ca. 30–120 Minuten an.

Antabus ist kein Psychopharmakon und führt nicht zu einer Abhängigkeit!

Durch die Einnahme von Antabus soll eine Abneigung gegen Alkohol erzeugt und der Abstinenzwunsch bei Alkoholabhängigkeit unterstützt werden.

Wie wird Antabus eingenommen? Antabus wird regelmäßig einmal täglich eingenommen. Man lässt die Tabletten dabei in einem Glas Wasser zerfallen und trinkt die Dosis auf einmal aus. Die Einnahme kann morgens oder bei Auftreten von Müdigkeit auch abends erfolgen. Die Behandlung sollte so lange fortgesetzt werden, bis Abstinenz auch ohne medikamentöse Unterstützung möglich ist. In den ersten drei Tagen der Behandlung beträgt die Dosis 0,5–1,0g. Anschließend wird die Menge auf eine Erhaltungsdosis von 0,2 bis 0,4g reduziert. Unterbricht man die Antabus-Einnahme, lässt die Wirkung in der Regel innerhalb einer Woche nach. Teilweise kann die Alkoholunverträglichkeit jedoch bis zu zwei Wochen nach letzter Einnahme andauern.

Welche Nebenwirkungen hat Antabus?

Sehr häufig:

- Müdigkeit
- unangenehmer Mundgeruch und Körpergeruch
- Oberbauchbeschwerden
- Schweregefühl im Kopf
- Blutdruckabfall

Gelegentlich:

- Reduktion der Sehschärfe und des Farbsehens
- Verstopfung, Durchfall
- Allergie
- Kopfschmerzen
- Polyneuropathie
- Psychose
- Anstieg der Leberenzyme und des Bilirubins

Selten:

- Ataxie (Bewegungsstörung)
- Dysarthrie (Sprachstörung)
- Blutdruckanstieg bei hoher Dosierung

Sehr selten:

- Leberversagen
- Lactat-Azidose

Kann Antabus gefährlich sein? Wenn nach einsetzender Alkoholunverträglichkeitsreaktion weiter Alkohol konsumiert wird, kann ein lebensbedrohlicher Zustand, das sogenannte Acetaldehyd-Syndrom, auftreten. Hierbei kam es in der Vergangenheit auch zu Todesfällen. Unter der Behandlung mit Antabus sowie bis zu zwei Wochen nach der letzten Einnahme muss dringend vor Alkoholkonsum gewarnt werden!

Wann darf Antabus nicht eingenommen werden? Bei Vorliegen folgender Erkrankungen darf keine Behandlung erfolgen:

- koronare Herzkrankheit (Erkrankung der Herzkranzgefäße)
- schwerwiegende Herzrhythmusstörungen
- klinische manifeste Kardiomyopathie (Erkrankung des Herzmuskels)
- Durchblutungsstörungen des Gehirns
- fortgeschrittene Arteriosklerose (Arterienverkalkung)
- Ösophagusvarizen (Krampfader der Speiseröhre)
- Schwangerschaft
- Thyreotoxikose (schwerwiegende Schilddrüsenfunktionsstörung)

Die gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente muss mit dem Arzt besprochen werden!

Darf man während der Behandlung mit Antabus am Straßenverkehr teilnehmen? Während der ersten Behandlungstage sollten das Führen von Fahrzeugen, die Bedienung von Maschinen oder sonstige gefährliche Tätigkeiten unterbleiben.

Einverständniserklärung

Über die geplante Behandlung mit Antabus hat mich

Frau / Herr
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung,
über mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe das Aufklärungsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich
genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante medikamentöse
Behandlung ein.

.....
Ort, Datum, Uhrzeit

.....
Unterschrift Patient / -in / gesetzlicher Vertreter / -in

BRIEFVORLAGE ANTABUS-MEDIKATION

Sollte ein ärztlicher Therapeut die CRA-Behandlung durchführen, besteht die Möglichkeit, dass die Verordnung und die für die Behandlung erforderlichen Untersuchungen durch den Therapeuten erfolgen. Für den Fall, dass ein nichtärztlicher Therapeut die Behandlung durchführt, ist eine Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Patienten erforderlich. Es empfiehlt sich eine erste telefonische Kontaktaufnahme, im Rahmen derer das Anliegen geschildert werden sollte. Das Telefonat ersetzt jedoch nicht die schriftliche Form. Dem Schriftstück sollte eine Kopie der Einverständniserklärung des Patienten beiliegen.

Im Folgenden finden Sie ein entsprechendes Beispiel:

Sehr geehrter Herr Dr. X,

Herr Y befindet sich zurzeit wegen seiner Alkoholabhängigkeit bei mir in psychotherapeutischer Behandlung. Im Rahmen der Behandlung ist deutlich geworden, dass Herr Y von einer Behandlung mit Disulfiram (Antabus) im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans profitieren könnte. Die tägliche Vergabe soll durch seine Ehefrau erfolgen. Herr Y und seine Ehefrau wurden ausführlich über die Wirkungen und Nebenwirkungen, insbesondere über die Disulfiram-Alkohol-Reaktion (DAR), aufgeklärt. Eine Kopie der schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten liegt als Anlage bei.

Ich würde Sie bitten, den Patienten zu untersuchen, um festzustellen, ob eine Medikation mit Disulfiram medizinisch möglich ist.

*Vor Beginn und während der Behandlung alle sechs Monate sind folgende Untersuchungen zu empfehlen: EKG, klinisch chemisches Labor, insbesondere GOT, GPT, GGT.
Ich bitte Sie, die Rezeptierung für Antabus 0,1g (50 Tbl.) vorzunehmen.*

Über den Verlauf der Behandlung werde ich Sie – vorbehaltlich des Einverständnisses des Patienten – weiter unterrichten.

Mit freundlichen Grüßen

ANTABUS-VERGABE: ANLEITUNG FÜR DEN ANTABUS-COACH

- a) Ansicht der Tablette, um sicherzugehen, dass es sich um Disulfiram handelt. Geben Sie die Tabletten in ein durchsichtiges Glas.
- b) Füllen Sie eine geringe Menge »stilles« Wasser in das Glas, bis es etwa halb voll ist.
- c) Warten Sie etwa eine Minute ab, bis sich die Tabletten aufgelöst haben. Zerdrücken Sie Reste mit einem Löffel.
- d) Rühren Sie die Lösung langsam um, um sicherzugehen, dass sich das gesamte Disulfiram aufgelöst hat.
- e) Geben Sie das Glas dem Patienten und sehen Sie ihm bei der Einnahme zu. Wenn Reste an der Innenwand des Glases hängen bleiben, füllen Sie mehr Wasser ein, rühren erneut um und bitten den Patienten, auch die Reste auszutrinken.
- f) Loben Sie den Patienten für die Einnahme und für das, was er erreicht hat, seit er die Entscheidung getroffen hat, mit dem Trinken aufzuhören.

AUFKLÄRUNG ÜBER BEHANDLUNG MIT NEMEXIN® (WIRKSTOFF NALTREXON)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung mit Nemexin® und damit für ein weiteres drogenfreies Leben entschieden. Wie Sie wahrscheinlich aus persönlicher Erfahrung wissen, ist ein dauerhaft drogenfreies Leben nicht immer leicht zu erreichen bzw. aufrecht zu erhalten. Die Behandlung mit Nemexin® soll Ihnen dabei helfen. Es ist uns jedoch sehr wichtig, Ihnen vor Beginn der Behandlung die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen und Gefahren einer Behandlung mit Nemexin® aufzuzeigen, denn gerade die Behandlung mit Nemexin® setzt eine hohe Eigenverantwortlichkeit eines Patienten für die Therapie voraus.

Wie wirkt Nemexin®? Nemexin® ist ein Medikament, welches sich an Opiat-Rezeptoren anlagert und – im Gegensatz zu Heroin und Substitutionsmedikamenten – keine Wirksamkeit entfaltet. Dies führt dazu, dass unter einer regelmäßigen Behandlung alle Opiat-Rezeptoren im Gehirn blockiert sind und deshalb Heroin und andere Opiate bei Konsum keine Wirkung haben.

Was unterscheidet die Behandlung mit Nemexin® von einer Substitutionsbehandlung? Im Gegensatz zu Nemexin® sind Substitutionsmedikamente (Methadon, L-Polamidon, Subutex) Substanzen, die eine Wirksamkeit am Opiat-Rezeptor entfalten. Dies bedeutet, dass Sie nach der Einnahme des Medikamentes einen ähnlichen Effekt verspüren wie unter der Einnahme von Heroin oder anderen Opiaten. Dies führt dazu, dass unter der Behandlung mit Substitutionsmedikamenten der Suchtdruck deutlich nachlässt, was unter Nemexin® nicht geschieht. Nemexin® wirkt sich in keiner Weise auf den Suchtdruck bzw. das Verlangen nach Opiaten aus. Nemexin® blockiert lediglich die Wirkung von Opiaten.

Für wen eignet sich die Behandlung mit Nemexin®? Nemexin® ist in Deutschland zugelassen für die medikamentöse Unterstützung bei der psychotherapeutisch-psychologisch geführten Entwöhnungsbehandlung ehemals Opioidabhängiger nach erfolgter Opioidentgiftung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer sogenannten Off-label-Verordnung. Dies bedeutet, dass die Behandlung außerhalb der offiziellen Zulassung im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit erfolgen kann.

Es gibt Hinweise darauf, dass auch Patienten außerhalb der offiziellen Zulassung von einer Behandlung mit Nemexin® profitieren können. Günstige Prognosekriterien für eine Nemexintherapie sind eine hohe eigene Abstinenzmotivation, Dauer der Opioidabhängigkeit bis fünf Jahre, eine gute soziale Integration (Beruf, Partnerschaft, Familie, Wohnung), eine tragfähige Beziehung zum Therapeuten und eine Identifikation des Patienten mit dem Therapieprinzip. Darüber hinaus zeigen sich Vorteile der Nemexintherapie bei der Überbrückung nach Opiatentzug bis zum Antritt einer stationären Langzeitentwöhnungstherapie oder im Anschluss daran.

Sinnvoll erscheint uns auch der Einsatz von Nemexin® nach Beendigung einer längeren Substitutionsbehandlung.

Wie lange sollte Nemexin® eingenommen werden? Die Behandlungszeit mit Nemexin® sollte mindestens ein halbes Jahr, eher jedoch zwei bis drei Jahre dauern. In den letzten Monaten der Behandlung kann die Dosis auf die Hälfte herabgesetzt werden, ein eigentliches Ausschleichen ist jedoch nicht erforderlich.

Welche Nebenwirkungen und Medikamentenunverträglichkeiten können auftreten? Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen sind – insbesondere zu Beginn der Behandlung – Schlafstörungen, Angstzustände, Nervosität, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Antriebschwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen sowie Kopfschmerzen. Weniger häufig treten Appetitlosigkeit, Durchfall, Verstopfung, Durstgefühl, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Benommenheit, Brustschmerzen, Schweißausbrüche, Schüttelfrost sowie ein gesteigerter Tränenfluss auf. Wie bei anderen Medikamenten auch kann es zu Hautveränderungen kommen. Gelegentlich treten sexuelle Funktionsstörungen auf. Beobachtet wurde auch eine Erhöhung der Leberwerte, die jedoch nach Absetzen von Nemexin® rückläufig war. Aus diesem Grunde sind regelmäßige Kontrollen der Leberwerte(ca. alle sechs Monate) notwendig.

Nemexin® setzt die Wirksamkeit opiathaltiger Medikamente (Hustenmittel, Durchfallmittel, Schmerzmittel) deutlich herab.

Die Nebenwirkungen unter Nemexin® sind in der Regel geringfügig und treten eher selten auf.

Magen-Darm-Probleme können zum Teil durch eine gleichzeitige Nahrungsaufnahme vermindert werden.

Welche Gefahren bestehen bei der Behandlung mit Nemexin®? Die Gabe von Nemexin® führt bei nicht vollständiger Entgiftung zu einem akuten Opiatentzugssyndrom. Bei Selbstverabreichung hoher Dosen von Opiaten (Heroin, Methadon, L-Polamidon, u. a.) besteht Lebensgefahr dadurch, dass die Opiate Nemexin® von den Rezeptoren verdrängen und eine unter Umständen lebensgefährliche Überdosisreaktion mit Atemdepression bis hin zum Atemstillstand auslösen können. Die hierfür notwendige Dosis oben genannter Opiate lässt sich nicht vorhersagen. Nach Absetzen von Nemexin® sind die Opiatrezeptoren besonders empfindlich, so dass bei geringeren (für Sie eventuell früher »normalen«) Dosen ebenfalls eine hohe Gefahr einer lebensgefährlichen Überdosisreaktion mit Atemdepression besteht.

Macht Nemexin® abhängig? Toleranzentwicklung sowie eine Abhängigkeitsentwicklung wurden unter Nemexin® nicht beobachtet.

Was sind die Grenzen der Wirksamkeit? Nemexin® ist lediglich in der Lage, die Wirksamkeit eines zugeführten opiathaltigen Rauschmittels zu unterdrücken, es beeinflusst nicht das Empfinden von Suchtdruck. Nemexin® wirkt sich nicht aus auf den Konsum von Kokain, Benzodiazepinen, Amphetaminen und anderen Rauschmitteln.

Wann sollte Nemexin® nicht eingesetzt werden? Nemexin® sollte nicht bei einer bekannten Überempfindlichkeit gegen Naltrexon sowie bei schwerem Leberschaden oder einer aktiven Hepatitis eingesetzt werden. Eine strenge Indikationsstellung gilt auch für die Zeit der Schwangerschaft.

Wie wird Nemexin® verabreicht? Nemexin® wird als Filmtablette in der Regel dreimal wöchentlich verabreicht.

Einverständniserklärung

Über die geplante Behandlung mit Nemexin® hat mich

Frau / Herr
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen über Art und Bedeutung der Behandlung, über mögliche Risiken und Nebenwirkungen, sowie über Behandlungsalternativen stellen.

Ich habe das Aufklärungsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante medikamentöse Behandlung ein.

Ich wurde darüber informiert, dass in meinem Fall eine Off-label-Verordnung (Behandlung außerhalb der offiziellen Zulassung im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit) außerhalb der gesetzlichen Zulassung erfolgt.

.....
Ort, Datum, Uhrzeit

.....
Unterschrift Patient / -in / gesetzlicher Vertreter / -in

ARBEITSBLATT 4.A Behandlungsplan

ZUFRIEDENHEITSSKALA

Name: Datum:

Die vorliegende Skala dient dazu, ihre aktuelle Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen darzustellen. Ihre Aufgabe ist es, eine Zahl (1–10) für jedes Gebiet anzukreuzen.

Die Zahlen auf der linken Seite der Skala bedeuten hierbei verschiedene Grade von Unzufriedenheit, während die Zahlen auf der rechten Seite der Skala verschiedene Grade von Zufriedenheit zum Ausdruck bringen.

Fragen Sie sich selbst beim Ausfüllen der Skala für jeden Lebensbereich: »Wie zufrieden bin ich mit diesem Bereich meines Lebens?« Mit anderen Worten: Markieren Sie auf der Skala von 1–10 genau, wie zufrieden Sie am heutigen Tag mit dem entsprechenden Lebensbereich sind. Versuchen Sie hierbei, Gefühle von gestern auszuschließen, und konzentrieren Sie sich ausschließlich auf die aktuellen Gefühle.

Versuchen Sie auch zu verhindern, dass die Ergebnisse auf einer Skala durch die Ergebnisse auf einer anderen Skala beeinflusst werden.

1 = absolut unzufrieden (es geht nicht mehr schlechter)

5 = neutral (weder besonders zufrieden noch besonders unzufrieden)

10 = absolut zufrieden (besser geht es nicht)

Zufriedenheit mit	← völlig unzufrieden					völlig zufrieden→				
meiner körperlichen Gesundheit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner sportlichen Betätigung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem sozialen Leben, meiner Freizeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Wohnsituation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem Schulbesuch, meiner Ausbildung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Arbeit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem Umgang mit Geld	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem Alkoholkonsum und seinen Auswirkungen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem Drogenkonsum und seinen Auswirkungen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Abstinenz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner seelischen Gesundheit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinem spirituellen Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Beziehung zu meinen Kindern	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Beziehung zu meinen Eltern	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Beziehung zu meinen Geschwistern	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Beziehung zu meinen engen Freunden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner Art, mit anderen zu kommunizieren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meinen juristischen Angelegenheiten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
meiner allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ARBEITSBLATT 4.B Behandlungsplan

BEHANDLUNGSZIELE

Name: Datum:

Bitte formulieren Sie für jeden unten aufgelisteten Bereich Ziele, die Sie erreichen möchten, um Ihre Zufriedenheit in dem Bereich zu erhöhen. Drücken Sie sich dabei kurz, positiv, präzise und in einer messbaren Weise aus. Überprüfen Sie, ob Ihre Ziele aus eigener Kraft erreichbar sind.

Ziele	Interventionen	Zeitfenster
In dem Bereich körperliche Gesundheit möchte ich gern:		
Im Bereich sportliche Betätigung möchte ich gern:		
In dem Bereich soziales Leben, Freizeit möchte ich gern:		
In dem Bereich Wohnsituation möchte ich gern:		
In dem Bereich Schule, Ausbildung möchte ich gern:		
In dem Bereich Arbeit möchte ich gern:		

Ziele**Interventionen****Zeitfenster**

In dem Bereich Umgang
mit Geld möchte ich gern:

In dem Bereich Alkoholkonsum
und seinen Auswirkungen
möchte ich gern:

In dem Bereich Drogenkonsum
und seinen Auswirkungen
möchte ich gern:

Im Bereich Abstinenz
möchte ich gern:

Im Bereich seelische Gesundheit
möchte ich gern:

Im Bereich Spiritualität
möchte ich gern:

Im Bereich Partnerschaft
möchte ich gern:

Ziele**Interventionen****Zeitfenster**

Im Bereich Beziehung zu meinen Kindern möchte ich gern:

Im Bereich Beziehung zu meinen Eltern möchte ich gern:

Im Bereich Beziehung zu meinen Geschwistern möchte ich gern:

Im Bereich Beziehung zu meinen engen Freunden möchte ich gern:

Im Bereich Kommunikation mit anderen möchte ich gern:

Im Bereich juristische Angelegenheiten möchte ich gern:

ARBEITSBLATT 5.A Paarthherapie

PARTNERSCHAFTLICHE ZUFRIEDENHEITSSKALA

Name: Datum:

Die vorliegende Skala dient dazu, ihre aktuelle Zufriedenheit mit ihrem Partner in verschiedenen Lebensbereichen darzustellen. Ihre Aufgabe ist es, eine Zahl (1–10) für jedes Gebiet anzukreuzen.

Die Zahlen auf der linken Seite der Skala bedeuten hierbei verschiedene Grade von Unzufriedenheit, während die Zahlen auf der rechten Seite der Skala verschiedene Grade von Zufriedenheit zum Ausdruck bringen.

Fragen Sie sich selbst beim Ausfüllen der Skala für jeden Lebensbereich: „Wie zufrieden bin ich heute mit meinem Partner / in in diesem Bereich?“ Mit anderen Worten: Markieren Sie auf der Skala von 1–10 genau, wie zufrieden Sie am heutigen Tag mit ihrem Partner in dem entsprechenden Lebensbereich sind.

Versuchen Sie hierbei, Gefühle von gestern auszuschließen, und konzentrieren Sie sich ausschließlich auf die aktuellen Gefühle. Versuchen Sie auch zu verhindern, dass die Ergebnisse auf einer Skala durch die Ergebnisse auf einer anderen Skala beeinflusst werden.

1 = absolut unzufrieden (es geht nicht mehr schlechter)

5 = neutral (weder besonders zufrieden noch besonders unzufrieden)

10 = absolut zufrieden (besser geht es nicht)

Zufriedenheit mit	← völlig unzufrieden					völlig zufrieden→				
Haushalt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arbeit / Ausbildung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Umgang mit Geld	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sozialleben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kindererziehung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emotionale Unterstützung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unabhängigkeit des Partners	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexualität und Gefühlsleben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommunikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Allgemeine Zufriedenheit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE IN DER PARTNERSCHAFT

Name: **Datum:**

Bitte nennen Sie für jeden unten aufgelisteten Lebensbereich Verhaltensweisen, die für Sie zu einer idealen Partnerschaft gehören. Drücken Sie dabei kurz, positiv, präzise und in einer messbaren Weise aus, was Sie sich an Veränderungen wünschen. Nutzen Sie dafür das »Handwerkszeug für eine gute Kommunikation« (Arbeitsblatt 6.A).

Im Bereich Haushalt wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Im Bereich Arbeit, Ausbildung wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Im Bereich Umgang mit Geld wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Im Bereich Sozialleben, Freizeit wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Im Bereich Kindererziehung wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Im Bereich Emotionale Unterstützung wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Im Bereich Unabhängigkeit des Partners wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Im Bereich Sexualität und Gefühlsleben wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Im Bereich Kommunikation wünsche ich mir, dass mein Partner ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ARBEITSBLATT 5.C Paartherapie

LIEBEVOLLER UMGANG IN DER PARTNERSCHAFT

Name: Woche:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Haben Sie heute Ihrem Partner gegenüber Wertschätzung ausgedrückt?							
Haben Sie Ihrem Partner heute schon ein Kompliment gemacht?							
Haben Sie Ihren Partner heute schon angenehm überrascht?							
Haben Sie heute offen Gefühle gegenüber Ihrem Partner ausgedrückt?							
Haben Sie heute Ihre ungeteilte Aufmerksamkeit einer angenehmen Unterhaltung mit Ihrem Partner gewidmet?							
Haben Sie eine angenehme Unterhaltung angeregt?							
Haben Sie ungefragt Ihre Hilfe angeboten?							

HANDWERKSZEUG FÜR EINE GUTE KOMMUNIKATION

- Stellen Sie das Problem kurz dar, sprechen Sie möglichst in der Ich-Form.
- Finden Sie positive Formulierungen, beschuldigen Sie den anderen nicht.
- Definieren Sie Ihr Anliegen klar, präzise und messbar.
- Beschreiben Sie ihre Gefühle bezüglich dieses Problems. Gut sind Formulierungen wie »Ich empfinde, dass ...« oder »Ich fühle mich ...«
- Versuchen Sie, das Problem aus dem Blickwinkel ihres Gesprächspartners zu betrachten und zeigen Sie Verständnis für die Sichtweise des anderen, z. B. mit Formulierungen wie »Ich kann verstehen, dass du ...«
- Akzeptieren Sie, dass Sie einen Teil der Verantwortung für entstandene Probleme tragen, statt Ihren Gesprächspartner als allein verantwortlich zu betrachten. Das kann sich so ausdrücken: »Es mag sein, dass auch ich manchmal ...«, »Vielleicht bin ich auch an dieser Stelle etwas ...«
- Bieten Sie dem anderen Ihre Unterstützung an.

PROBLEMLÖSUNGSSCHRITTE

A. Problemdefinition

1. Beschreiben Sie das Problem so spezifisch wie möglich.
2. Grenzen Sie andere dazugehörige Probleme ab.

B. Suche nach Lösungsmöglichkeiten

1. Suchen Sie nach möglichen und unmöglichen Lösungen aller Art. Hier dürfen Sie Ihrer Phantasie und Kreativität freien Lauf lassen.
2. Kritisieren Sie keine der sich ergebenden Vorschläge.
3. Entwickeln Sie möglichst viele Lösungsvorschläge.
4. Bleiben Sie bei dem Problemgebiet.
5. Beschreiben Sie die Lösungsmöglichkeiten möglichst genau.

C. Entscheidung für eine Lösung

1. Streichen Sie alle Lösungen, mit denen Sie sich nicht wohl fühlen. Es bedarf hierfür keiner Erklärung.
2. Bewerten Sie jede der verbliebenen Lösungsmöglichkeiten auf ihre Durchführbarkeit, durchdenken Sie auch die möglichen Konsequenzen.
3. Entscheiden Sie sich für eine Lösung und beschreiben Sie genau, wie diese umgesetzt werden soll.
4. Bedenken Sie mögliche Hindernisse bei der Durchführung der Lösung.
5. Listen Sie alle möglichen Hindernisse auf und überlegen Sie, was Sie tun können, um jedes Hindernis aus dem Weg zu räumen.
6. Entwickeln Sie einen »Reserveplan«, um diese Hindernisse zu umgehen.
7. Legen Sie fest, wie oft Sie die gewählte Lösung bis zur nächsten Sitzung durchführen werden.
8. Entscheiden Sie, ob Sie auch eine zweite Lösung versuchen wollen.
9. Durchlaufen Sie die Stufen C.1 bis C.7 für jede weitere zu berücksichtigende Lösung.

D. Einschätzung des Ergebnisses

1. Besprechen Sie das Ergebnis in der nächsten Therapiesitzung und schätzen Sie ein, ob Sie mit der Lösung zufrieden sind.
2. Wenn notwendig, verändern Sie die Lösung.
3. Wenn eine ganz neue Lösung erforderlich ist, wiederholen Sie die ganze Problemlöseprozedur von A–D.

SICHERES ABLEHNEN VON KONSUMANGEBOTEN

1. Sagen Sie: »Nein, danke!« Sie brauchen Ihr »Nein« nicht zu begründen! Denken Sie dabei an all die positiven Erfahrungen, die Sie mit Abstinenz gemacht haben.
2. Achten Sie immer auf Ihre Körpersprache, stehen Sie aufrecht, schauen Sie Ihr Gegenüber offen an.
3. Schlagen Sie ein alternatives Getränk/ Aktivität vor.
4. Wechseln Sie das Thema (Wetter, gemeinsame Freund, Sport etc.)
5. Fragen Sie Ihr Gegenüber, warum es so wichtig ist, dass Sie konsumieren sollen. Vermeiden Sie dabei Konflikteskalation und Gewalt.
6. Verlassen Sie notfalls die Situation.