

Herausforderung Rückfall!?

Anwendungsmöglichkeiten der systemisch-lösungsorientierten Beratung bei Alkoholabhängigkeit

MAS Thesis

vorgelegt von Evelyne Kalbermatten

eingereicht bei Prof. Dr. Martina Hörmann

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Olten

MAS Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeitberatung und -therapie

Studienleitung Prof. Dr. Martina Hörmann

Im Mai 2022

Abstract

Die systemisch-lösungsorientierte Beratung hat in der Sozialen Arbeit als respektvoller und pragmatischer Ansatz weite Verbreitung gefunden. So ist es nicht erstaunlich, dass dieser Ansatz ebenfalls in der Suchtberatung ihren Einzug gefunden hat. In der praxisnahen Arbeit mit suchtbetroffenen Klientinnen und Klienten werden häufig im Zusammenhang mit Rückfällen beraterische Grenzen erfahren. Die vorliegende MAS Thesis beschäftigt sich mit der Rückfallthematik von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit. Sie geht der Frage nach, inwiefern die systemisch-lösungsorientierte Beratung bei rückfälligen Personen mit einer Alkoholabhängigkeit angewendet werden kann. Es handelt sich um eine literaturgestützte Theoriearbeit mit den Themenschwerpunkten Alkoholrückfälligkeit, systemische und lösungsorientierte Beratung. Rückfall und Alkoholabhängigkeit sind beide per se komplexe und weit verbreitete Phänomene. Die vorliegende Arbeit greift insbesondere die sozial-kognitive Lerntheorie der Alkoholabhängigkeit auf, wonach eine Alkoholabhängigkeit ein erlerntes Verhalten ist und somit verlernt werden kann. Hier baut auch die Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon auf. Das Verhaltensveränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente hat den Baustein gelegt, dass Rückfall als Regelfall gilt und es ist Qualitätsmerkmal in der Suchtberatung geworden, wie mit Rückfällen umgegangen wird.

Die Vorteile (offene Zielorientierung, Ressourcenorientierung, Nutzbarmachen von Ressourcen, neutrale Grundhaltung, Breite an Interventionsmöglichkeiten) überwiegen gegenüber den Nachteilen (zu intensive Kritik an der Pathologisierung, fehlende Gefühlsauseinandersetzung, scharfe Kritik am Begriff des Rückfalls) der systemisch-lösungsorientierten Beratung in der Suchtbehandlung von rückfälligen Personen mit einer Alkoholabhängigkeit. Die Praxis wird aufgefordert den Sprachgebrauch des Rückfallbegriffs zu überdenken und sich aktiv für ein Umdenken in der Alkoholbehandlung aus systemischer Perspektive einzusetzen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
1.1	Ausgangslage und Motivation	5
1.2	Aufbau der Arbeit: Fragestellung und Zielsetzung	6
2.	Sonderfall Rückfall in der Alkoholabhängigkeit	8
2.1	Alkoholabhängigkeit	8
2.1.1	Alkoholabhängigkeit - ein komplexes Phänomen	8
2.1.1.1	Epidemiologie	8
2.1.1.2	Erklärungsmodelle der Alkoholabhängigkeit	10
2.1.2	Definition der Alkoholabhängigkeit	12
2.1.3	Behandlung der Alkoholabhängigkeit	14
2.1.3.1	Suchtberatung	15
2.2	Rückfall in der Alkoholabhängigkeit.....	18
2.2.1	Allgemeines zum Rückfall	18
2.2.1.1	Rückfallprophylaxe	21
2.2.1.2	Rückfallbewältigung.....	23
2.2.2	Das Veränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente	24
2.2.2.1	Stufen der Veränderung	25
2.2.2.2	Spiralmodell der Veränderung	28
2.2.3	Die Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon	29
2.3	Motivational Interviewing: «Der Beratungsweg» bei Alkoholabhängigkeit.....	33
2.3.1	Grundhaltung und zentrale Annahmen	33
2.3.2	Methoden und Therapiephasen.....	35
2.3.3	Möglichkeiten und Grenzen.....	36
3.	Die systemische Beratung bei Alkoholabhängigkeit.....	38
3.1	Grundhaltung und Prinzipien des systemischen Ansatzes.....	38
3.1.1	Selbstorganisation.....	38
3.1.2	Kybernetik	40
3.1.3	Zirkularität	40

3.1.4	Konstruktivismus	40
3.2	Methoden der systemischen Beratung	42
3.3	Der hypnosystemische Ansatz	42
3.3.1	Zentrale Annahmen	43
3.3.2	Abhängigkeit unter hypnosystemischer Sichtweise	45
3.4	Das Brügger Modell - Vorzeigerolle in der Alkoholbehandlung	47
3.5	Kritik an der systemischen Beratung	48
3.6	Rückfall und systemische Beratung	49
4.	Die lösungsorientierte Beratung bei Alkoholabhängigkeit	52
4.1	Grundhaltung und Prinzipien der lösungsorientierten Beratung	52
4.2	Methoden der lösungsorientierten Beratung	54
4.2.1	Fragen	54
4.2.2	Komplimente	55
4.2.3	Hausaufgaben	56
4.3	Kritik an der lösungsorientierten Beratung	57
4.4	Rückfall und lösungsorientierte Beratung	58
5.	Möglichkeiten und Grenzen der systemisch-lösungsorientierten Beratung bei	61
	Alkoholabhängigkeitsrückfällen	61
5.1	Zusammenfassung der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung	61
5.2	Praxisrelevanz und Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses	67
5.3	Kritische Würdigung der Befunde und Ausblick	69
6.	Quellenverzeichnis	71
7.	Eidesstattliche Erklärung	79

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
AVE	Abstinenz-Verletzungs-Effekt
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BPSM	bio-psycho-soziales Erklärungsmodell der Abhängigkeit
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KT	Kontrolliertes Trinken
IB	lösungsorientierte Beratung
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention
MI	Motivational Interviewing, Motivierende Gesprächsführung
PmA	Person/Personen mit einer Alkoholabhängigkeit
sB	systemische Beratung
sIB	systemisch-lösungsorientierte Beratung
S.T.A.R.	strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention
TTM	transtheoretisches Modell
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spiralmodell der Veränderungen

Abbildung 2: Sozial-kognitive Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon (1985)

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Motivation

Die systemisch-lösungsorientierte Beratung (sIB)¹ hat auch in der Suchtberatung ihren Platz gefunden. Dies wird von de Shazer und Dolan (2008: 41) bestätigt. Ingwersen (1999: 45) kommt zum Schluss, dass der Selbsthilfensatz der Anonymen Alkoholiker (AA)² durchaus systemisch und lösungsorientiert ist. De Shazer (2015: 163-167) zeigt in seinem Buch, wie er die lösungsorientierte Beratung (IB)³ bei einem Paar einsetzt, bei dem der Mann an einer Alkoholabhängigkeit leidet. Berg und Miller (2009: 245f) widmen diesem Thema ein ganzes Buch und zeigen auf, wie die IB bei «Problemtrinkern» angewendet werden kann und dass diese Methode einen Lösungsweg darstellt. In ihrer zweiten Auflage sprechen Berg und Miller (1999: 22) davon, dass die Methode hilfreich sein kann, sowohl für «Problemtrinker» als auch für «chronisch Rückfällige».

Wie Widulle (2020: 124), der auf diverse Autoren zurückgreift, aufzeigt, hat die IB in der Sozialen Arbeit als respektvoller und pragmatischer Ansatz weite Verbreitung gefunden. Der Autor empfiehlt diese Gesprächsführung in Situationen, in welchen Klientinnen und Klienten ungenügenden Zugang zu ihren Ressourcen haben, sich in einer Problemtrance befinden - dies trifft auf Abhängigkeitsbetroffene häufig zu, insbesondere nach einer Rückfallerfahrung. Die Verfasserin dieser Thesis arbeitet in der ambulanten Suchtberatung und hat sich durch diverse Weiterbildungen mit der sIB auseinandergesetzt und diese aktiv im Berufsalltag angewendet. Um einen praxisnahen Nutzen aus der MAS Thesis zu ziehen, hat sich die Verfasserin gefragt, in welchen Beratungssituationen Grenzerfahrungen gemacht werden. Es sind Beratungen, in denen ein Rückfall thematisiert wird. Es soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern bei einem Rückfall im Suchtberatungsprozess die sIB förderlich sein kann. Wie Kemper (2016: 7) treffend beschreibt, löst kaum eine andere Erkrankung als die Abhängigkeit eine Gegenübertragung aus. Gefühle der Hilflosigkeit können auch bei der Fachperson entstehen.

Körkel und Kruse (2005: 33-35) greifen auf diverse Studien zurück und zeigen auf, dass über 60% der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (PmA)⁴ nach Ablauf des ersten Jahres nach einem stationären Aufenthalt einen Rückfall erleiden. Andere Studien weisen darauf hin, dass sich bereits während der Behandlung Rückfälle ereignen. Auch der ambulante Weg weist

¹ Nachfolgend wird die Abkürzung sIB verwendet. Sie impliziert die Verbindung der systemischen und der lösungsorientierten Beratung.

² Nachfolgend wird die Abkürzung AA verwendet.

³ Nachfolgend wird die Abkürzung IB verwendet.

⁴ In der MAS Thesis wird der Begriff der Abhängigen möglichst vermieden, um eine wertneutrale Sprache zu wahren. Es wird von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (PmA) gesprochen, die Co-Abhängigen (Angehörigen) sind dabei ausgeschlossen. Nachfolgend wird die Abkürzung PmA verwendet (in Singular- und in Pluralform).

Rückfallquoten auf. Zusammengefasst, finden die meisten Rückfälle nach einer Suchtbehandlung im ersten Halbjahr statt. Lindenmeyer (2005: 159) resümiert, dass das Rückfallrisiko nach einer Therapie innerhalb der ersten drei Monate am grössten ist und je länger eine Person abstinent ist, desto kleiner ist die Gefahr eines Rückfalls.

Da die sIB sowohl in der ambulanten Beratung als auch in der aufsuchenden Suchtarbeit oder im stationären Setting stattfinden kann, wird in der MAS Thesis auf die kontextuale Einordnung verzichtet. Vogt und Schmid (2007: 1054f) benennen, dass Suchtberatung in unterschiedlichen Konstellationen stattfinden kann. Von zentraler Bedeutung für die Suchtberatung sind für sie die Geschlechterperspektive⁵, die Bedeutung der Beziehung, die Ressourcen und die Zielorientierung.

1.2 Aufbau der Arbeit: Fragestellung und Zielsetzung

Um möglichst eine breite Masse von Suchtbetroffenen abzudecken, wird sich diese Thesis auf die häufigste Problemsubstanz Alkohol konzentrieren. Gemäss dem Suchtpanorama (vgl. Sucht Schweiz 2021: 8) trinkt jede zehnte Person über 15 Jahren täglich Alkohol. Auch wenn sich die Anzahl seit 1992 halbiert hat (10.9% im Vergleich zu 20.4%), ist und bleibt Alkohol die am häufigste konsumierte Substanz in der Gesellschaft. Gemäss Grosshans und Mann (2012: 79) ist die Alkoholabhängigkeit eine der kostenintensivsten und häufigsten Erkrankungen westlicher Industrienationen. Auch Mutschler, Müller und Soyka (2019: 94) bestätigen, dass die Alkoholerkrankung zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen zählt und eine hohe Krankheitslast darstellt - PmA sind häufiger stigmatisiert und nicht immer in angepasster Behandlung, obwohl sich die Erkrankung gut behandeln lassen würde. Gemäss Berg, Ridinger und Mäder (2020a: o.S.) wird die Zahl der PmA auf ca. 250'000, also ca. fünf Prozent der Erwachsenen in der Schweiz, geschätzt. Eine Unterscheidung zwischen den Geschlechtern wird nicht gemacht, da sich gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG)⁶ (2020: 7) das Trinkverhalten zwischen den Geschlechtern angleicht.

Die Rückfallthematik ist ein häufig anzutreffendes Phänomen in der Suchtbehandlung, weshalb diese den Schwerpunkt der MAS Thesis darstellen soll.

Deshalb gilt folgende Fragestellung:

Inwiefern kann die systemisch-lösungsorientierte Beratung (sIB) bei rückfälligen Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (PmA) angewendet werden?

⁵ Hiermit sind die geschlechterspezifischen Unterschiede gemeint.

⁶ Nachfolgend wird die Abkürzung BAG verwendet.

Unterfragen:

- Wie wird ein Rückfall aus lösungsorientierter Beratungsperspektive verstanden und definiert?
- Wie wird ein Rückfall aus systemischer Beratungsperspektive verstanden und definiert?
- Welche Chancen und Grenzen bietet die Anwendung der sIB im Suchtbereich?
- Welche Vorteile bietet die sIB im Gegensatz zur Motivierenden Gesprächsführung?

Das Ziel einer jeden wissenschaftlichen Arbeit ist es, das Thema einer Forschungslücke aufzugreifen. Bei der Literaturrecherche hat sich herauskristallisiert, dass es Literatur zum Thema IB in der Suchtarbeit gibt und auch die Motivierende Gesprächsführung ihren Platz hat - ein Vergleich liess sich nicht finden. Zudem wird das Thema der rückfälligen PmA immer wieder aufgegriffen, doch fällt die Literatur, wie damit umzugehen ist, verstreut und nicht klar auf. Es gibt keine einheitliche Definition eines Rückfalls, weshalb die Auseinandersetzung aus wissenschaftlicher Sicht besonders interessant ist. Da die Alkoholabhängigkeit eine komplexe Erkrankung und an diversen Punkten herausfordernd für die Systeme ist (sei es für das Familiensystem oder für die Gesellschaft), lohnt es sich, einen genaueren Blick auf sie zu werfen. Ziel ist also, mehr Klarheit in diese komplexen Themen hineinzubringen.

Die Verfasserin sieht die MAS Thesis auch als Chance, ihre persönliche Haltung als Suchtberaterin weiterzuentwickeln und erhofft sich durch die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik neue Skills oder auch ihre momentane Haltung gegenüber rückfälligen Klientinnen und Klienten zu reflektieren. Aus der MAS Thesis können schlussendlich Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.

Die MAS Thesis wird eine Theoriearbeit sein, deren roten Faden die Alkoholrückfälligkeit bildet. In Bezug auf die sIB wird geschaut, wie diese in Rückfallsituationen angewendet werden kann und wie der Rückfall unter der jeweiligen Perspektive (allgemeine Definition / lösungsorientierte Sichtweise / systemische Sichtweise / hypnosystemische Sichtweise) interpretiert wird.

2. Sonderfall Rückfall in der Alkoholabhängigkeit

2.1 Alkoholabhängigkeit

2.1.1 Alkoholabhängigkeit - ein komplexes Phänomen

2.1.1.1 Epidemiologie

Gemäss dem Suchtpanorama (vgl. Sucht Schweiz 2021: 5) sterben in der Schweiz in etwa jedes Jahr 1'550 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums, heisst in etwa 8% der Todesursachen in der Altersgruppe von den 15-74-jährigen sind alkoholbedingt. Unterschätzt werden die alkoholbedingten Krebserkrankungen. Fast 20% der Todesfälle bei den 15-24-jährigen Männern sind auf Alkohol zurückzuführen. Studien zeigen, dass in Krisensituationen vermehrt konsumiert wird. Somit stellt die aktuell anhaltende Covid-19 Pandemie die Suchtberatung künftig vor weitere Herausforderungen. In der Schweiz verursacht Alkoholmissbrauch volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von 2.8 Milliarden Franken pro Jahr. Weltweit ist Alkohol für drei Millionen Todesfälle verantwortlich und die Haupttodesursache bei jungen Menschen (vgl. Sucht Schweiz 2021: 11). Die Kosten sind sehr hoch, obwohl sich nach Mutschler et al. (2019: 98) nur ca. 10% der Betroffenen in Behandlung begeben. Im Langzeitverlauf werden 90% der PmA aufgrund ihrer somatischen Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, oft ohne suchtmmedizinische Folgebehandlung. In Deutschland sind 70% aller PmA mindestens einmal im Jahr mit einem Arzt in Kontakt, ohne dass die Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wird. Im Schnitt würden neun bis zehn Jahre vergehen, bis eine effektive Behandlung stattfindet (vgl. Lindenmeyer 2021: 357). Nach Lindenmeyer (2021: 354) ist ein interdisziplinäres Zusammenwirken der Behandlungssysteme demzufolge unabdingbar.

Lindenmeyer (2016: 9f) beschreibt, dass die Alkoholabhängigkeit in den westlichen Ländern bei Frauen die zweithäufigste, bei Männern die häufigste psychische Erkrankung darstellt. Dennoch ist ein stetiger Rückgang des Alkoholkonsums zu beobachten. Die Zahl der Personen mit exzessivem Alkoholkonsum ist unverändert geblieben, was bedeutet, dass die Alkoholabhängigkeit immer noch ein wichtiges Thema ist. Weltweit der höchste Alkoholkonsum besteht in Nordamerika und Europa, die schlimmsten Auswirkungen der Trinkmuster sind verstärkt in Mittel- und Südamerika, Osteuropa und Teilen Afrikas zu bemerken. Mutschler et al. (2019: 97) halten fest, dass aktuelle Zahlen aus den USA einen Anstieg der Anzahl an PmA erkennen lässt.

Nach Körkel (2006: 135f) werden **Rückfallquoten** für differenzierte Zeiträume nach einer Behandlung erfasst. Es werden Rückfallquoten nach einer stationären Entzugsbehandlung (körperlicher Entzug), nach einer mehrmonatigen stationären Entwöhnungstherapie, aber auch nach der ambulanten Alkoholentwöhnung nachgewiesen. Die Quoten verdeutlichen, dass der Rückfall eher die Regel als eine Ausnahme ist. Nach Grosshans und Mann (2012: 93) kommt

es nach dem qualifizierten Entzug bei 40-60% der PmA innerhalb der ersten 12-24 Monate zu Rückfällen. Berg und Miller (2009: 157) verweisen auf diverse Studien und halten fest, dass ein alarmierend hoher Prozentsatz (90%) nach einer Behandlung an der Aufrechterhaltung erlangter Fortschritte scheitert und Rückfälle erleidet. Nach Mutschler et al. (2019: 114) erleiden 85% der PmA nach erfolgter Entzugsbehandlung einen Rückfall.

Durch die Literaturrecherche ist die Verfasserin der MAS Thesis immer wieder auf den Forschungsbericht von Maffli, Wacker und Mathey (1995) gestossen (u.a. Körkel 2006: 136; Körkel/Kruse 2005: 33; Körkel/Schindler 2003: 6). Nach den Autoren (1995: 1) handelt es sich um eine 7-Jahreskatamnese, die bei PmA durchgeführt wurde, die stationär 1986/1987 in spezialisierten Einrichtungen der deutschsprachigen Schweiz behandelt wurden. In der Katamnesezeit belief sich die Alkoholrückfallquote auf 84% - also ist die Mehrheit in dieser Zeit rückfällig geworden. Schaut man auf die sechs Monate vor der Befragung zurück, ist die Rückfallquote bei 45%. Somit haben die Autoren herausgefunden, dass es einem Teil der befragten Personen im Vergleich zu vorherigen Rückfällen auch gelungen ist, den Rückfallzustand punktuell zu überwinden, der Rückfall demnach kein Dauerzustand ist und somit phasenweise auftritt (vgl. Maffli et al. 1995: 89f). Körkel (2006: 137) verweist auf dieselbe Studie und fasst zusammen, dass in etwa 50% nach sechs Monaten, 60% nach zwölf Monaten und 80% in den fünf Folgejahren nach der Behandlung wieder tranken.

Zugleich muss aber auch festgehalten werden, dass prognostische Voraussagen für PmA nicht möglich sind. Zu unterschiedlich sind die einzelnen Rückfallsituationen und die angegebenen Zahlen sind mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. Lindenmeyer 2016: 12).

Lindenmeyer (2021: 354) spricht davon, dass die Alkoholabhängigkeit kein einheitliches Phänomen darstellt. Es gibt unterschiedliche Trinkverhalten und eine Vielfalt von psychischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden. Nach Mutschler et al. (2019: 97) kennt man inzwischen ca. 200 psychische und somatische **Folgeerkrankungen**, welche auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Nach den Autoren (2019: 98) kann nahezu jedes Organ durch den Alkoholkonsum geschädigt werden, die Fettleber, die Leberzirrhose und die Pankreatitis sind weit bekannte Folgeerkrankungen. Umso wichtiger ist es demzufolge, die Krankheit früh zu erkennen und zu diagnostizieren.

Lindenmeyer (2021: 357) hält fest, dass 40% aller PmA, die sich in Behandlung begeben, an einer weiteren psychischen Erkrankung leiden - vor allem sind dies Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen. Nach Mutschler et al. (2019: 102f) ist die **Komorbidität** psychischer Störungen mit der Alkoholabhängigkeit hoch, insbesondere an Schizophrenie erkrankte Personen haben ein vierfach höheres Risiko zusätzlich an einer Suchterkrankung zu leiden. Auch affektive Erkrankungen sind überzufällig häufig mit Alkoholabhängigkeit verbunden. Depressive Personen haben ein doppelt hohes Risiko an einer Alkoholkonsumstörung zu

leiden, bei bipolaren Erkrankungen ist das Risiko gar sechs- bis siebenfach so hoch. Nach Lindenmeyer (2021: 357) bedarf es zwingend einer Abklärung der Korrelation zwischen der Alkoholabhängigkeit und der komorbiden Störung, um geeignete Behandlungsstrategie anwenden zu können. Da dies jedoch den Rahmen der vorliegenden MAS Thesis sprengen würde, wird nicht näher auf die Komorbidität eingegangen.

2.1.1.2 Erklärungsmodelle der Alkoholabhängigkeit

Gemäss Kemper (2020: 46) war es ein langer Prozess bis Sucht, beziehungsweise die Abhängigkeit, als Krankheit anerkannt worden ist. Ursprünglich wurde die Alkoholabhängigkeit als Charakter- und Willensschwäche betrachtet. Erst im 19. Jahrhundert entwickelte sich ein erstes Krankheitsverständnis. Lindenmeyer (2016: 3) benennt, dass Alkoholismus erstmals im Jahr 1774 als «schleichende Krankheit» beschrieben wird. Gemäss Berg et al. (2020a: o.S.) entwickelt sich eine Alkoholabhängigkeit in der Regel im Verlauf eines mehrjährigen chronischen Alkoholkonsums und bleibt mehrheitlich unterdiagnostiziert. Nach Kreh, Levas und Hofer (2016: 27) zeichnet sich abhängiges Verhalten durch eine Ablehnung des Hier-und-Jetzt-Erlebens bei gleichzeitiger Konzentration auf zukünftiges, antizipiertes Verhalten aus. Wie diese Erläuterungen bereits zeigen, gibt es diverse Erklärungsansätze für eine Alkoholabhängigkeit. Körkel und Kruse (2005: 11-14) differenzieren die psychoanalytische Sichtweise, verhaltenstherapeutische Ansätze, die systemisch-familientherapeutische Sichtweise und schliesslich die neurobiologischen Wirkmechanismen. Klein und Schmidt (2017: 26-38) unterscheiden ähnliche, benennen diese wie folgt: psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und schliesslich traditionell-medizinische Konzepte, welche nachfolgend kurz beschrieben werden sollen.

Psychoanalytische Konzepte

Nach Klein und Schmidt (2017: 26) gibt es vier verschiedene Erklärungsmodelle: Das Triebmodell, das strukturpsychologische Modell, das objektpsychologische Modell und schliesslich die Narzissmstheorie, wonach die Abhängigkeit die Funktion des Selbstheilungsversuchs übernimmt, um das Persönlichkeitsselbst zu konstruieren. Allen Modellen gemein ist, dass die Abhängigkeit Symptom in der Persönlichkeitsstruktur ist, weil biografisch bedeutsame Konflikte nicht bewältigt worden sind. In diesem Behandlungsansatz geht es darum, die psychotraumatologischen und strukturellen Störungen biografisch aufzuarbeiten. Es wird darauf abgezielt, den Trinkstil zu verändern und Bedingungen zu schaffen, wonach sich Klientinnen und Klienten zu bindungsfähigen Personen entwickeln können (vgl. Klein/Schmidt 2017: 28f). Im Triebmodell dient Alkohol zur Luststeigerung, beziehungsweise Unlustverminderung, im zweiten Modell wird der Alkohol zur Kompensation der Persönlichkeitsstruktur eingesetzt, der Mittelpunkt des objektpsychologischen Modells ist der Selbstzerstörungscharakter der Abhängigkeit (vgl. Körkel/Kruse 2005: 11).

Verhaltenstherapeutische Konzepte

Diese Konzepte gehen davon aus, dass Alkoholabhängigkeit ein erlerntes Verhalten, dementsprechend keine endogene Erkrankung, ist. Ohne dass biologische Prädispositionen ausgeschlossen werden, greifen diverse Bedingungen ineinander, beispielweise das Modelllernen oder die Erkenntnis, dass die Person durch Alkohol belohnt wird (vgl. Körkel/Kruse 2005: 13). Klein und Schmidt (2017: 30-32) unterscheiden drei verhaltenstherapeutische Konzepte: operantes Paradigma (Konsum=positiver Verstärkungseffekt), operantes Paradigma mit der Spannungsreduktionshypothese (Alkohol=Entspannungswirkung → Stressreduktion, Trinkwahrscheinlichkeit ↑) und schliesslich die sozial-kognitive Lerntheorie, welche versucht, die zwei vorherigen Theorien miteinander zu kombinieren. Im letzten Modell entsteht Abhängigkeit durch die Wechselwirkung von Umwelt, Verhalten und Persönlichkeit im Verlauf der psychosozialen Entwicklung. Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (BPSM)⁷ ist auf Georg L. Engel zurückzuführen. Später benannte Feuerlein eine präzisere Form als Bedingungsgefüge der Drogenabhängigkeit (vgl. Kemper 2020: 47f). Tretter (2020: 13) zitiert Schurz (2006) und erklärt, dass das BPSM eine rahmenstiftende Theorie zum Phänomen Abhängigkeit liefern soll und somit eine Unterstützung für die praktische Suchtarbeit darstellt. Tretter (2017b: 14f) benennt, dass je nachdem, wie die Droge (in dieser MAS Thesis der Alkohol) mit ihren Merkmalen des Abhängigkeitspotenzials und die Merkmale der Person (genetische Vorbelastung, depressive oder ängstliche Persönlichkeitsmerkmale) und der Umwelt (Arbeit in der Gastronomie) zusammentreffen, die Suchtentwicklung beeinflussen. Er spricht vom Suchtdreieck (Droge - Person - Umwelt): Je nach Auflistung der Schutz- und Risikofaktoren entwickelt sich eine Abhängigkeit oder nicht.

Aufgrund der Auseinandersetzung mit der Rückfallthematik, wird die verhaltenstherapeutische Sichtweise für die MAS Thesis wichtig sein. Insbesondere, da die sozial-kognitiven Rückfallmodelle - das in dieser Thesis relevante Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon wird hier eingeordnet - davon ausgehen, dass die Abhängigkeit ein erlerntes Verhalten und somit veränderbar ist. Es besteht eine Kontinuität zwischen den verschiedenen Trinkmustern, welche beeinflusst werden können (vgl. Rinckens 2003: 27).

Traditionell-medizinische Konzepte

Nach Klein und Schmidt (2017: 35-37) widerspiegeln diese Modelle einen multimethodischen und multiprofessionellen Ansatz - die Behandlungskette (Aufsuchen ambulanter Suchbehandlung - körperlicher Entzug - stationäre Entwöhnungstherapie - Nachsorgebehandlungen) dient dem Ziel der lebenslangen Abstinenz. In diesen Modellen kommt die Abhängigkeit aufgrund der körperlich qualitativen Unterscheidung der PmA mittels Kontrollverlust und Craving

⁷ Nachfolgend wird die Abkürzung BPSM verwendet.

(Konsumdruck) zu Stande, es kann nur die lebenslange Abstinenz das Ziel sein. Obwohl diese Modelle von den Autoren kritisiert werden, regeln sie die Kostenregelung in der Suchtbehandlung. Klein (2014a: 18) fasst zusammen, dass man sich an den ICD-10⁸ Kriterien (s. Punkt 2.1.2) und deren Eckpfeilern orientieren kann, diese Sichtweise auf Alkoholabhängigkeit jedoch dann auch untermauert wird. Unter anderem werden das Streben nach Abstinenz als vorgelegtes Ziel, die Einsicht in die Erkrankung, die Wiederherstellung der Kontrolle und die Veränderungsmotivation als Behandlungsvoraussetzungen festgelegt. Diese Modelle bieten klare Orientierung, zugleich auch klare Schlussfolgerungen, was die Gefahr birgt, dass die PmA auf die Symptome reduziert wird.

Da die systemische Beratung (sB)⁹ in dieser MAS Thesis relevant ist, soll auch kurz auf die **systemisch-familientherapeutische Sichtweise** der Abhängigkeit eingegangen werden, denn auch Berg und Reuss (1999: 139) sehen die Familie als Ressource bei der Heilung. Schliesslich verfügen die Familienmitglieder über viele Informationen der PmA, die für den Lösungsweg genutzt werden können. Diese Sichtweise fasst die Abhängigkeit als Versuch zusammen, bedrohliche Beziehungskonflikte zu regulieren (vgl. Körkel/Kruse 2005: 14). Die individualisierte Betrachtungsweise wird durch beziehungs-dynamische Aspekte ergänzt, der Rückfall ist in dieser Betrachtungsweise eine beziehungs-gestaltende und häufig auch -erhaltende Massnahme (vgl. Körkel/Schindler 2003: 30).

2.1.2 Definition der Alkoholabhängigkeit

«Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten oder wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt (Lindemeyer 2016: 7)».

«Süchtiges Verhalten ist ein Extrempol des Verhaltens, da es *nicht mehr kontrolliert* werden kann und *automatisch, fast reflexhaft* [Hervorhebung im Original] abläuft (Tretter 2017a: 3)».

Diese Definitionen zeigen, dass die Alkoholabhängigkeit ein hochkomplexes Phänomen ist und dementsprechend schwierig zu definieren. Seit 1942 - Einführung des heute bestehenden Krankheitsmodells durch Jellinek - werden gemäss Lindenmeyer (2016: 3) diverse Begriffe als Synonym von Alkoholabhängigkeit verwendet wie Alkoholismus, Alkoholabusus, Alkoholkrankheit oder neuerdings Alkoholgebrauchsstörung.

Nach Tretter (2017a: 3) entwickelt sich die Abhängigkeit als Schlusstadium von zunächst gelegentlichem zu gewohnheitsmässigem Konsum und schliesslich zum Missbrauch

⁸ Nachfolgend wird ICD-10 als gebräuchliche Abkürzung verwendet.

⁹ Nachfolgend wird die Abkürzung sB verwendet.

(bestimmungsmässiger Gebrauch wird überschritten), beziehungsweise zum schädlichen Gebrauch (Folgeschäden entstehen).

Alkoholprobleme sind mehrdimensional zu verstehen, mit unterschiedlichen Ausprägungsrichtungen und Schweregraden, weshalb sie als explizite Diagnose belegt sind und als Gegenstand des Gesundheitssystems aufgenommen wurden (vgl. Lindenmeyer 2016: 3).

Nach Lindenmeyer (2021: 354) erfolgt die Diagnosestellung durch die ICD-10, für Forschungszwecke ist hingegen die DSM-5¹⁰ gebräuchlich.

Nach Mutschler et al. (2019: 94) wird die Alkoholabhängigkeit im DSM-5 und künftig in der ICD-11 unter «Sucht und zugehörige Störungen» mehrdimensional operationalisiert und der Begriff der «Substanzkonsumstörung» eingeführt. Nach dem DSM-5 nimmt der Schweregrad zu, je mehr Kriterien erfüllt sind (2-3 = leicht; 4-5 = moderat; 6 oder höher = schwer):

- Wiederholter Alkoholkonsum verbunden mit Versagen sozialer Verpflichtungen
- Alkoholkonsum verbunden mit einer körperlichen Gefährdung
- Konsum trotz wiederholter sozialer Probleme
- Toleranz (Mengenerhöhung, um dieselbe Wirkung zu erzielen)
- Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Konsum
- Kontrollverlust
- Erfolgreiche Versuche der Konsumkontrolle oder -reduktion
- Hoher Zeitaufwand
- Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Konsums
- Fortsetzung des Konsums trotz des Wissens der Folgeerkrankungen
- Craving (Konsumverlangen; -druck)

Gemäss Berg et al. (2020a: o.S.) soll die ICD-11 2022 in Kraft treten und stimmt im Wesentlichen mit den Kriterien des DSM-5 überein.

Gegenwärtig gilt im europäischen Raum die ICD-10 Definition (vgl. Mutschler, Müller und Soyka 95f): Mindestens drei von insgesamt sechs Kriterien müssen innerhalb eines Jahres nachweisbar sein:

- Craving
- Kontrollminderung über Umfang, Beginn und Beendigung des Konsums
- Toleranz
- Entzugerscheinungen
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums

¹⁰ Nachfolgend wird DSM-5 als gebräuchliche Abkürzung verwendet.

- Fortführung des Konsums, trotz eingetretener physischer, psychischer oder sozialer Folgeschäden

Auch wird der Begriff der Abhängigkeit und nicht Sucht verwendet, da letzterer schwieriger zu definieren ist und die «World Health Organization» (WHO)¹¹ 1964 vorgeschlagen hat, den Begriff der Abhängigkeit in Verbindung mit der Einnahme chemischer Substanzen (Drogen) zu verwenden (vgl. Soyka/Küfner 2008: 7f). Soyka und Küfner (2008: 8) sprechen davon, dass wieder mehr von Sucht gesprochen wird. Auch schlagen sie vor, man könne von Alkoholismus oder Substanzstörung sprechen. Sie beziehen sich jedoch auf Babor (2008) und benennen, dass in einer wissenschaftlichen Arbeit eine Differenzierung wünschenswert ist: Deshalb wird in der MAS Thesis von Abhängigkeit gesprochen¹². Zuzüglich spricht Lindenmeyer (2021: 356) davon, dass Begriffe wie Alkoholismus, chronisch Abhängige, Alkoholabusus oder Alkoholsucht zu vermeiden sind. In sozial-kognitiven Rückfallmodellen (= zentrales Rückfallmodell in der MAS Thesis) wird zudem der Begriff der Abhängigkeit bevorzugt, da der Konsum als von inneren Verarbeitungsprozessen und äusseren Bedingungen abhängig verstanden wird (vgl. Rinckens 2003: 27).

Lindenmeyer (2021: 356) verweist darauf, dass wiederholt versucht worden sei, verschiedene Alkoholabhängigkeitstypen zu unterscheiden. Da die bisher vorgelegten Typologien jedoch empirisch nicht zufriedenstellend gesichert werden konnten, wird auch in dieser MAS Thesis auf eine Typologieunterscheidung verzichtet.

2.1.3 Behandlung der Alkoholabhängigkeit

Gemäss der nationalen Strategie Sucht (vgl. BAG 2015: 4) werden in der Schweiz folgende Ziele verfolgt: Suchterkrankungen sollen verhindert werden, abhängige Menschen erhalten notwendige Unterstützung, gesundheitliche und soziale Schäden sollen vermindert und die negativen Auswirkungen der Suchterkrankung sollen verringert werden - sie beruht auf der Viersäulenpolitik der Schweiz (Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung / Therapie und Beratung / Schadensminderung und Risikominimierung / Regulierung und Vollzug). Die MAS Thesis wird sich auf die zweite Säule, Therapie und Beratung, stützen. Diese Säule richtet sich an PmA und deren Angehörigen. Sie beinhaltet die psychosozialen und medizinischen Beratungen und Behandlungen im ambulanten und stationären Bereich. Die Nachsorge (inklusive Selbsthilfe) und die freiwillige Hilfe sollen Menschen zu einer Kontrolle der Abhängigkeit verhelfen (vgl. ebd.: 26). In diesen Bereichen kann die Anwendung der sIB ihren Platz finden. Grundsätzlich gilt es zu sagen, dass es um die Sicherung des Überlebens, die Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens, die soziale Rehabilitation und Reintegration, die

¹¹ Nachfolgend wird die Abkürzung WHO verwendet.

¹² Je nach verwendeter Literatur wird dennoch von Sucht gesprochen.

psychische Stabilisierung und schliesslich um die Selbstrealisierung und Autonomie in der Suchtbehandlung geht (vgl. Soyka/Küfner 2008: 315).

Auch wenn die Alkoholabhängigkeit spät als Krankheit anerkannt worden ist, haben die Betroffenen ein Anrecht zu medizinischen Behandlungen sowie sekundärpräventiven Massnahmen (vgl. Mutschler et al. 2019: 105).

Nach Tretter (2017a: 11) wird die Suchtbehandlung mittels eines Stufenprogramms auf die Abstinenz als erstes Ziel ausgerichtet. Im Zentrum stehen nach dem Autor die multidisziplinäre Aufklärung und Beratung, der medikamentöse Entzug, die psychosoziale Entwöhnung und schliesslich die medizinische Schadensminderung, welche mittels stationärer und ambulanter Einrichtungen erreicht werden sollen. Lindenmeyer (2021: 360f) unterscheidet drei Phasen des Behandlungssettings: In der ersten Phase, der Entzugsbehandlung innerhalb der Akutversorgung, werden die körperlichen Entzugserscheinungen gemildert und gezielte Motivationsförderung zur Fortführung der Behandlung findet statt; in der zweiten Phase, der Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitationsmassnahme, können ambulante oder stationäre, mehrwöchige oder mehrmonatige suchtspezifische Behandlungen beansprucht werden. Auch hier findet Rückfallprävention statt. Und schliesslich dient die dritte Phase - die Nachsorgemassnahmen - der langfristigen Stabilisierung.

2.1.3.1 Suchtberatung

Nach Vogt und Schmidt (2007: 1054) findet die Suchtberatung hauptsächlich in den ambulanten und stationären Hilfesystemen, in unterschiedlichen Konstellationen (Einzel- oder Gruppenberatung) statt. Die Autoren (2007: 1055f) sehen folgende bedeutende Einflüsse in der Beratung:

Geschlechterperspektive

Hier geht es um die Reflexion der Macht- und Herrschaftsverhältnisse, der Vermeidung von Diskriminierung und darum, die jeweilige Geschlechterwelt angemessen in die Beratung miteinzubeziehen.

Bedeutung der Beziehung zwischen der beratenden und hilfesuchenden Person

Gemeint ist hier, dass die Beziehung von Akzeptanz, Wertschätzung, Empathie gegenüber der Klientin/dem Klienten geprägt ist und sich die Beratenden kongruent verhalten (Angemessenheit und Echtheit der eigenen Gefühle).

Ressourcenorientierung

Die Beratung soll an die Stärken, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Netzwerke knüpfen und diese als Ressourcen nutzen.

Zielorientierung

Auch wenn der Konsum Risiken und entsprechende Folgen nach sich zieht, hat sich die Zielorientierung in der Suchtberatung ausdifferenziert. Nebst der Abstinenz gibt es andere Ziele, die im Einzelfall zu definieren sind (z.B. Konsumreduktion, Schadensreduzierung, Sichern des Überlebens etc.). Insgesamt sucht die Suchtberatung nach kurzen Wegen von Problemen hin zur Lösung. «Sie ist also als kurzfristige bis mittelfristige Intervention angelegt und umfasst zudem Wiederholungsschleifen nach Rückfällen (Vogt/Schmidt 2007: 1056)».

Beschäftigt man sich mit der Rückfallthematik in der Alkoholabhängigkeit, stösst man bald darauf, realistische Ziele zu formulieren. Hier wird auch aufgezeigt, dass man von der jahrelang bestehenden Abstinenzregel abgewichen ist. Kleinemeier (2004: 35) beschreibt, dass die Abstinenz, also der komplette Verzicht auf den Alkoholkonsum, lange Zeit als wichtigstes Ziel der Behandlungen galt. Die Gefahr des Rückfalls bleibt bei dieser Betrachtungsweise ständig im Mittelpunkt des Lebens. Das Kontrollierte Trinken (KT)¹³ rückt in den Fokus. Gemäss Körkel (2015: 162) geht es beim KT darum, dass PmA den Alkoholkonsum unter Selbstkontrolle halten können - an einer vorher festgelegten Grenze. Soyka und Kufner (2008: 319) benennen, dass die Kritik an der Abstinenzforderung vor allem aus den Vertretern der Verhaltenstherapie und der systemischen Therapie kam, da jedes erlernte Verhalten wieder verlernt werden kann. Es gibt jedoch auch Kritik am KT. Nach Soyka und Kufner (2008: 379f) unterscheidet sich die Zielformulierung je nach Stadium im Veränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente (vgl. Punkt 2.2.2). Aus der Perspektive von Klein und Schmidt (2017: 103) erweist sich das Gegenüberstellen von abhängigem Trinken und der Abstinenz als falsch. Vielmehr steht dem abhängigen Trinken das nicht-abhängige Trinken gegenüber und somit sind Ziele sozial verträglich, weniger Trinken oder KT ebenso zulässig wie kein Konsum - es geht um die Erhöhung der Wahlmöglichkeiten.

Gemäss Mutschler et al. (2019: 106) orientiert sich die Therapieempfehlung bei Alkoholabhängigkeit am Schweregrad der Erkrankung und an den individuellen Therapiezielen. Eine lebenslange Alkoholabstinenz ist nach wie vor eine anzustrebende Idealnorm, entspricht jedoch selten der tatsächlichen Problemlage, die in der Regel durch Rückfälle gekennzeichnet ist. Schmidt (2021: 345) schlussfolgert, dass aus hypnosystemischer Sichtweise nicht die Abstinenz das zentrale Ziel sein kann, denn nach ihm kann es im Weg zu einem suchtfreien Leben in der Übergangsphase durchaus Sinn machen, die Balance des Systems und das Tempo der Veränderung mittels des Suchtverhaltens zu steuern.

Berg und Miller (2009: 53-65) sprechen davon, dass die Ziele in der IB und eben auch für PmA sieben Eigenschaften beinhalten, um als wohlgestaltete Ziele zu gelten:

¹³ Nachfolgend wird die Abkürzung KT verwendet.

- Ziele sollen bedeutsam für die Klientel sein.
- Ziele sollen möglichst klein genug sein, dass diese auch erreicht werden können. Beispielsweise die Alkoholkonsumtage von fünf auf drei zu reduzieren.
- Ziele sollen möglichst konkret und verhaltensbezogen sein. Beispielsweise dass man an einem Wochenende, an dem man mit Freunden feiert, nichts trinkt.
- Ziele sollen die Anwesenheit von etwas beschreiben, denn es ist nicht möglich, etwas nicht zu tun.
- Ziele sollen einen Anfang, nicht das Ende beschreiben.
- Ziele sollen im Lebenszusammenhang der Klientel erreichbar und realistisch sein.
- Ziele zu erreichen, gilt als sehr harte Arbeit. So kann die Klientel eher Verantwortung übernehmen. Auch wenn sie mit Rückschlägen (z.B. Rückfällen) konfrontiert ist, wird dies nicht als vollkommenes Versagen betrachtet, die Selbstachtung geht nicht verloren.

Es wird deutlich, dass die Zielorientierung eine bedeutende Rolle einnimmt, sowohl in der Suchtbehandlung als auch in der Beratung per se. De Shazer und Dolan (2008: 74) beschreiben, dass die Wunderfrage zu den besten Instrumenten des lösungsorientierten Ansatzes gehört. Mit der Wunderfrage wird erarbeitet, wann die Behandlung als abgeschlossen gilt, wann das Ziel der Beratung erreicht ist. Da die Zielorientierung eine solch bedeutende Rolle einnimmt, bietet bereits jetzt die IB eine gute Voraussetzung in der Arbeit mit PmA. Therapieziele müssen in der Behandlung von der PmA und der Beratungsperson regelmässig gemeinsam überprüft werden (vgl. Berg/Miller 2009: 155).

In vorliegender Arbeit wird nicht näher auf die Differenzierung zwischen Beratung und Therapie eingegangen. Nach Soyka und Kufner (2008: 310f) sind Beratung und Therapie rechtlich geprägte Begriffe und nur sekundär inhaltlich bestimmt. Psychotherapie zielt auf dauerhafte Veränderung, Beratung auf inhaltliche Informationsvermittlung ab. Die Methodik unterscheidet sich weniger. Gemäss Körkel (2006: 137) sind insbesondere die Rückfallvorbeugung und rückfallbeeinflussende Massnahmen nach Abschluss einer Behandlung oder beim Wechsel zwischen zwei Behandlungsformen von Bedeutung. Dies erfordert eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Suchthilfesystemmitgliedern und schliesst somit die Beratung per se als wichtige Unterstützung mit ein. Zudem vergrössert sich nach Levold (2014: 14) das systemische Feld zwischen der Beratung und der Therapie, wegen fach- und berufspolitischen Entwicklungen. Die Psychotherapie wird weiterhin professionalisiert, was dem systemischen Gedanken zuwiderläuft.

Es ist sinnvoll, in der Suchtberatung systemisch zu arbeiten. «Süchtiges Verhalten wird als Dynamik verstanden, die sich aus dem spezifischen Zusammenspiel zwischen psychischen, biologischen und sozialen Systemen ergibt (Klein 2014b: 354)». Nach Klein (2014b: 355) zeigt

sich das süchtige Verhalten im Sozialen anfänglich durch Versprechungen, Enttäuschungen, Bitten und wechselseitigen Anklagen, was bei wachsenden Konflikten und erfolglosen Überwindungsversuchen die bestehenden ökonomischen, emotionalen und organisatorischen Ressourcen auffrisst - alle im System leiden, insbesondere Kinder. Zuzüglich ist der ausserfamiliäre Bereich betroffen (System Arbeitsplatz, evtl. Führerscheinverlust).

2.2 Rückfall in der Alkoholabhängigkeit

2.2.1 Allgemeines zum Rückfall

Gemäss Kemper (2016: 4) ist Rückfall ein zentraler Begriff in der Suchthilfe, der in den letzten Jahren einen enormen Bedeutungswandel durchgemacht hat - vom Katastrophenereignis hin zum prozessualen Ereignis auf dem Veränderungsweg. Dennoch ist erstaunlich, dass es keine einheitliche **Definition** des Begriffes gibt.

«In einem ganz allgemeinen Sinn definiert MARLATT (1985) einen Rückfall als ein Versagen oder Aufgeben der Bemühungen einer Person, ein beliebiges Zielverhalten zu unterlassen, abzuändern oder zu modifizieren (Rinckens 2003: 16).»

«Ein Rückfall ist das bewusste Einnehmen von Alkohol [...] mit Suchtpotential in jeglicher Form nach einer Zeit der Abstinenz (Lindenmeyer 2005: 158)».

Körkel und Schindler (2003: V) beschreiben treffend, dass sich das Rückfallverständnis und der Umgang mit rückfälligen Klientinnen und Klienten ausdifferenziert und zum Positiven gewandelt hat. Es ist ein Qualitätsmerkmal der Suchtbehandlung geworden, wie mit Alkoholrückfällen umgegangen wird. Nach den Autoren (2003: 12) ist der Rückfall eher die Regel als die Ausnahme. Auch Lindenmeyer (2005: 157) propagiert, «dass eine Therapie nur dann Sinn macht, wenn man der Möglichkeit eines Rückfalls realistisch ins Auge sieht und gezielte Massnahmen zur Verhütung wie zur Begrenzung von Rückfällen entwickelt und ausgiebig trainiert.» Kemper (2016: 6) spricht sogar davon, dass ein Rückfall lebenserhaltend wirken kann. Weiter benennen Brueck und Mann (2007: 49), möglichst eine wertfreie Sprache zu benutzen und dialektische Kategorien (nass vs. trocken, rückfällig vs. nicht-rückfällig) zu vermeiden, damit auch der moralische Unterton verschwindet. Sie sprechen deshalb vom «Ausrutscher» und nicht von Rückfall. Auch Körkel und Schindler (2003: 15) sprechen von Ausrutschern, um zu verdeutlichen, dass der erste Schluck nicht in eine Katastrophe führen muss. Nach Altmannsbacher (2004: 21) sollte der konstruktive Umgang mit Rückfallrisiken in der Therapie der Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle spielen. Berg, Ridinger und Mäder (2020b: o.S) lehnen sich auch an die Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon (1985) und unterscheiden zwischen

kurzen Rückfällen (lapse oder Vorfälle), die schneller gestoppt werden können, und länger dauernden Rückfällen (relapse), welche oft negative Konsequenzen nach sich ziehen. Gemäss den Autoren treten diese nicht plötzlich auf, sondern sind durch vorangehende Verhaltensweisen gekennzeichnet und bieten eine Chance, etwas zu lernen.

Den typischen Rückfall gibt es nicht - es finden sich in der Literatur unterschiedliche **«Rückfalltypen»**. Körkel und Kruse (2005: 59-65) unterscheiden beispielsweise zwischen schweren Rückfällen (Fallen in alte Verhaltensmuster mit auftretenden Entzugssymptomen), episodischen Rückfällen (Ausrutscher), fließenden Übergängen der Konsummuster (Ausrutscher und schwere Rückfälle), systemischen Rückfällen (abstinent - aber dysfunktionale Beziehungen), KT und schliesslich trockenen Rückfällen (Verhaltensmuster wie in früheren Konsumphasen ohne Konsum). Altmannsberger (2004: 20) differenziert andere Rückfalltypen.

Der Rückfall betrifft nicht nur den Betroffenen, der konsumiert, sondern auch sein **soziales Umfeld**. Es gibt bislang keine Studien, die sich mit dem Rückfall aus der Sicht der Angehörigen beschäftigt (vgl. Kemper 2016: 7). Dem stimmt Bischof (2016: 20) zu und fordert dringend auf, sich mit der Perspektive der Angehörigen auf den Rückfall aus qualitativer Forschungssicht zu beschäftigen. Die sIB könnte hier ansetzen. Die Erhebung würde jedoch den Rahmen dieser MAS Thesis sprengen. Wie Körkel und Kruse (2005: 81f) aufzeigen, kann das co-abhängige Verhalten der Partnerin oder des Partners einen Rückfall einleiten und sogar aufrechterhalten - aus systemischer Sicht ein besonders spannender Aspekt. Gemäss Bischof (2016: 20) gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Rückfallgeschehen und sozialen Faktoren. Die Rückfallforschung konzentrierte sich bis anhin jedoch vermehrt auf die personalen Faktoren. Gemäss dem Autor können Partnerinnen und Partner mit guter Beziehungsqualität rückfallprotektiv wirken. Soziale Faktoren können demgegenüber aber auch das Risiko für einen Rückfall erhöhen.

Unterschiedliche **Gründe** bedingen Rückfälle. Lindenmeyer (2021: 362) benennt, dass das Rückfallverhalten sich zum einen auf die Lebensumstände, zum andern auf die Bewältigungskompetenzen der PmA im Umgang mit Risikosituationen bezieht. Körkel und Kruse (2005: 66) unterscheiden diesbezüglich drei Bereiche: Merkmale der abhängigen Person, Merkmale des sozialen Kontextes und schliesslich Merkmale des Suchthilfesystems. Da die professionelle Beratung der Suchthilfe im letzten Bereich anzugliedern ist, ist ein fokussierter Blick auf diesen Bereich besonders wichtig. Wobei nach den Autoren schliesslich auch wechselnde Faktoren einflüsse zwischen diesen drei Bereichen eine Rolle spielen. Im Hilfesystem sind die fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Ausrutschern, eine zu hohe Zugangsbarriere für Wiederbehandlungen, Fehlplatzierungen und abrupte Behandlungsbeendigungen nach einem Rückfall die grössten Risikofaktoren (vgl. Körkel 2006: 140). Körkel (2006: 139f) bezieht sich auf Marlatt (1985) und benennt, dass die Rückfallbedingungen der PmA in acht Hochrisikosituationen zu

identifizieren sind. Die fünf, welche vorwiegend der PmA zuzuordnen sind, sind unangenehme Gefühle, unangenehme körperliche Zustände, angenehme Gefühle, der Versuch des KT und das Craving. Bei der Rückfallbedingung im sozialen Bereich sind es drei Hochrisikobereiche, nämlich Konflikte im beruflichen oder privaten Bereich, Alkoholversuchungssituationen und schliesslich positive Stimmungen im Zusammensein mit anderen Personen. Körkel (2006: 141) fasst zusammen, dass über 70% der Rückfälle auf Trinkanimationen, unangenehme Gefühle und soziale Konflikte zurückgehen.

Wird der Rückfall aus medizinischer Sichtweise betrachtet, rückt bald einmal der Begriff des **«Suchtgedächtnisses»** ins Zentrum. Nestler und Malenka (2004: 34-41) zeigen in ihrem Artikel beeindruckend auf, wie die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit die Gehirnstrukturen nachhaltig verändert, was die lebenslange Rückfallgefahr erklären könnte. Lindenmeyer (2005: 123f) beschreibt in einfachen Worten, dass das Suchtgedächtnis in Trinksituationen körperliche Reaktionen, wie zum Beispiel einen veränderten Herzschlag oder eine veränderte Hauttemperatur, auch nach langer Abstinenzphase auslösen kann - ähnlich wie der Anblick eines guten Essens den Speichel im Mund aktiviert. Diese körperlichen Reaktionen des Suchtgedächtnisses sind auch verantwortlich, dass die Wirkung von Alkohol schwächer ist, wenn in einer solchen Situation getrunken wird. Was immer im Belohnungssystem des Gehirns auch gelernt wird, ist hier kaum löscher. Bestimmte Reize werden bei der Ausschüttung von Dopamin von der PmA verstärkt wahrgenommen. In solchen Situationen ist die Rückfallgefahr besonders hoch, insbesondere dann, wenn das Verlangen hinzukommt. Soyka und Küfner (2008: 51) erklären, dass auch unspezifische Umgebungsreize, wie ein bestimmter Ort oder Stress, den Suchtdruck auslösen können. Kleinemeier (2004: 36) bezieht sich auf Soyka (1997) und kritisiert, dass das Suchtgedächtnis als hypothetisches Konstrukt eine Dysfunktion der jeweiligen Transmittersysteme annimmt und dieses deshalb nicht als bewiesen angesehen werden kann.

Nach Körkel und Kruse (2005: 105-111) muss man Rückfällen nicht tatenlos gegenüberstehen. Sie sind mittels konstruktiver Umgangsweisen, nämlich der Rückfallvorbeugung (Rückfallvorläufer sollen bei einleitender Nachsorge nach der Therapie erkannt werden, falls nötig mit Unterstützung der medikamentösen Rückfallprophylaxe) und der Rückfallbewältigung zu meistern. Lindenmeyer (2021: 356) sieht es als wichtig an, dass zwischen der PmA und der Fachperson eine gemeinsame Vorstellung über die individuellen wichtigen Risikosituationen besteht, denn sowohl zu hohe als auch zu geringe Abstinenzzuversicht bergen ein hohes Rückfallrisiko. Deshalb wird nachfolgend kurz auf die Rückfallprophylaxe und die Rückfallbewältigung eingegangen.

2.2.1.1 Rückfallprophylaxe

Altmannsberger (2004: 25) unterscheidet zwischen der primären Rückfallprävention, Rückfälle im Vorfeld vorzubeugen, und der sekundären Rückfallprävention, den eingetretenen Rückfall möglichst schnell aktiv zu begrenzen, damit die Auswirkungen abgemildert werden können - beide gehen ineinander über. Da Rückfall jedoch als Normalfall gilt, ist die sekundäre Rückfallprävention die entscheidendere. Mittels spezifischer Interventionen sollen Rückfallrisiken erkannt, Bewältigungsstrategien und die Selbstwirksamkeit gestärkt und die Einstellung zum Thema Rückfall überdacht werden. Durch globale Rückfallprävention wird die Verletzlichkeit für Rückfallrisiken reduziert und Betroffene generell gestärkt. Allgemein unterscheidet der Autor (2004: 26) zwischen dem Training der kognitiven Bewältigungsstrategien, der kognitiven Umstrukturierung und der allgemeinen Selbstkontrolle als Rückfallpräventionsstrategien. Körkel und Schindler (2003: 43) listen eine Auswahl an unterschiedlichen Rückfallpräventionsprogrammen auf. Aufgrund der Literaturrecherche hat sich die Verfasserin entschieden, kurz auf zwei Programme vertieft einzugehen. Neben der Beratung gibt es auch medikamentöse Rückfallprophylaxen. Körkel und Schindler (2003: 46) fassen zusammen, dass eine medikamentöse Rückfallprophylaxe in Erwägung gezogen wird, um das Alkoholverlangen zu verringern. Mutschler et al. (2019: 114) unterscheiden zwischen zugelassenen Medikamenten und Off-Label-Verschreibungen. Acamprosat und Naltrexon sind nur einige Beispiele. Da diese nicht weiter von Relevanz für die MAS Thesis sind, wird auf eine genauere Ausführung verzichtet. Lindenmeyer und Mundle (2012: 11) halten fest, dass eine explosionsartige Verbreitung von achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen in Deutschland stattgefunden hat. Die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention nach der Arbeitsgruppe um G.A. Marlatt hat ein Gruppenprogramm zur Rückfallprävention entwickelt, wobei die bewusste Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf den gegenwärtigen Moment meint, ohne diesen zu bewerten: **Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)**¹⁴ (vgl. Kreh et al. 2016: 27). Ziel ist es, die automatisierten Rückfallabläufe frühzeitig bewusst wahrzunehmen und aussteigen zu können.

Die Einführung der Integration der Meditation und Achtsamkeit ist kein neuer Gedanke in der Suchttherapie. Es geht darum, das Suchtverlangen wahrzunehmen und nicht bezwingen zu wollen und die Veränderlichkeit dieser Abläufe wahrzunehmen. Automatisierte Abläufe vor dem Rückfall sollen bewusst wahrgenommen werden, um frühzeitig reagieren zu können (vgl. ebd.: 27). Das Programm kombiniert achtsamkeitsbasierte Meditationspraxis mit der verhaltenstherapeutischen Rückfallprävention. Achtsamkeitsübungen werden ausgeführt, Erfahrungen analysiert und in Verbindung mit der alltäglichen Abhängigkeit gebracht (vgl. ebd.: 29).

¹⁴ Nachfolgend wird die Abkürzung MBRP verwendet.

Kreh et al. (2016: 29f) halten fest, dass diverse Studien aufgezeigt haben, dass durch das MBRP-Programm das Suchtverlangen gemildert und der Konsum abgenommen, die Selbstakzeptanz und die Achtsamkeit zugenommen haben. Zugleich wird jedoch in der Forschung kritisiert, dass die Forschungsergebnisse der achtsamkeitsbasierten Therapiekonzepte zu ungenau seien, da der Beleg fehle, dass tatsächlich die Achtsamkeit zur Suchtmittelreduktion führe - nichtsdestotrotz kann die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention eine Bereicherung darstellen, insbesondere da der Fokus auf ein annäherndes und nicht ein vermeidendes Ziel deutet. Auch Lindenmeyer und Mundle (2012: 13) halten an der Kritik in der Forschungswelt fest, da der Beleg für die erhöhte Achtsamkeit als Wirkmechanismus fehlt.

Ein weiteres Modell für die Rückfallprävention ist das **strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (S.T.A.R.)**¹⁵, welches das Ziel verfolgt, Klientinnen und Klienten Kompetenzen zu vermitteln, um einen Rückfall möglichst zu vermeiden und wenn er dann doch eintritt, einen Umgang damit zu finden (vgl. Körkel/Schindler 2003: V). S.T.A.R. bietet die Möglichkeit, den eventuellen Wiederkonsum des Alkohols frühzeitig, nicht erst nach Eintritt, anzusprechen und die PmA und dessen soziales Umfeld auf den Wiederkonsum vorzubereiten (vgl. Körkel 2016: 31). Es ist vielseitig einsetzbar und die Wirksamkeit widerspiegelt sich darin, dass der erneute Alkoholkonsum ausgezögert wird, die Dauer milder, die Intensität geringer und die Folgewirkungen weniger zerstörerisch sind, zumal auch die Lebensqualität verbessert wird (vgl. Körkel 2016: 33). Angestrebt wird ein erfahrungsorientiertes und lebendiges Lernen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (vgl. Körkel/Schindler 2003: 60).

Hintergrund des Rückfallpräventionsprogramms S.T.A.R. bildet die Rückfalltheorie nach Marlatt. Ergänzt wird die Theorie durch systemische und psychoanalytische Modellvorstellungen der Rückfallentwicklung (vgl. Körkel/Schindler 2003: 24). Körkel (2016: 31) fasst zusammen, dass S.T.A.R. ein strukturiertes Trainingsprogramm ist, die Module allesamt oder teils angewendet werden können. Das Gruppentrainingsprogramm ist verhaltenstherapeutisch orientiert, das Menschenbild der humanistischen Psychologie liegt ihm zu Grunde. Folgende Ziele werden verfolgt (vgl. ebd.: 31f):

- Rückfall soll enttabuisiert und die eigene Rückfallanfälligkeit soll realistisch eingeschätzt werden können.
- Wissenserweiterung zum Rückfallgeschehen und zu den Rückfallprozessdynamiken soll vermittelt werden.
- Abstinenzmotivationsstärkung
- Persönliche Rückfallrisiken sollen erkannt und Bewältigungskompetenzen erarbeitet werden, auch sind die Entwicklungsstrategien mit Ausrutschern gemeint.

¹⁵ Nachfolgend wird die Abkürzung S.T.A.R. verwendet.

- Zuversichtsstärkung, Rückfälle zu meistern.
- Ermutigung, mit Angehörigen über Rückfälle zu sprechen.
- Befähigung, gezielte Nachsorgeangebote zu beanspruchen.

Beispielsweise werden im Modul 11 «Ausrutscher und Rückfall» die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, zu benennen, was sie unter Rückfall verstehen und geschult, erste Indikatoren eines Rückfalls zu erkennen, indem sie sich ein hypothetisches Rückfallgeschehen vorstellen. Der Begriff des «Ausrutschers» wird eingeführt, um zu verdeutlichen, dass das Konsumereignis nicht in einem schweren Absturz enden muss, sondern durch Aktivierung der bestehenden und erarbeiteten Ressourcen eigenverantwortlich gestoppt werden kann (vgl. Körkel 2016: 32f). Körkel und Schindler (2003: 63) betonen in diesem Modul herauszuarbeiten, inwiefern der Abstinenz-Verletzungs-Effekt (AVE)¹⁶ (s. hierzu Punkt 2.2.3) und selbstüberschätzende Rückfallverläufe ungünstig beeinflusst werden, um sie dann möglichst günstig zu beeinflussen.

Berg und Miller (2009: 159) sehen ein Problem darin, wenn die Energie in die Rückfallvermeidung investiert wird, denn die Energie wird in Möglichkeiten investiert, zu scheitern - einen Rückfall zu vermeiden, ist kein wohlgestaltetes Ziel. Die Klientel wird gezwungen, ständig über eine verbotene Aktivität nachzudenken, die Beratung wird nie abgeschlossen, da ja ein Rückfall immer eintreten kann. Erfolgsversprechender ist es, jene Situationen zu fördern und zu verbessern, in denen die Klientel am erfolgreichsten ist. Deshalb sprechen Berg und Miller (2009: 159f) auch von Aufrechterhaltung des Ziels, sei dies nun Abstinenz oder KT.

2.2.1.2 Rückfallbewältigung

Gemäss Körkel und Kruse (2005: 74) ist die Analyse von Rückfällen ein wichtiger Bestandteil in der Beratung, was Zeit, Geduld und Gelassenheit erfordert. Scham- und Schuldgefühle erschweren diese Arbeit zusätzlich, wobei vor allem in der Beratung wichtig zu benennen ist, dass die fehlende Vorbereitung der beratenden Person auf den Umgang mit Konsumereignissen die erfolgreiche Therapie erschwert.

Die Bedingungen eines Rückfalls sind im Einzelfall anhand einer Verhaltensanalyse zu untersuchen, damit die Vorläufer auch erkannt werden (vgl. Körkel 2006: 138).

Die Überwindung der Alkoholabhängigkeit ist ein dynamischer Prozess. Ein erster Schluck kann, muss aber nicht zu einem Absturz führen. Die Rückfälle sollen weder bagatellisiert, noch dramatisiert werden (vgl. Körkel 2006: 137f). Anstatt einer Ursachenforschung ist bei einem Rückfall eine sofortige Krisenintervention zur Überwindung des Rückfalls erforderlich (vgl. Lindenmeyer 2021: 364).

¹⁶ Nachfolgend wird die Abkürzung AVE verwendet.

Lindenmeyer (2021: 362f) fasst zusammen, dass die PmA lernt, Alkoholaufforderungen abzulehnen, sich Rückfälle vorstellt und diese genau analysiert, sich dem Alkohol exponiert, um konkrete Risikosituationen zu erproben. Ein Antialkoholtraining (computergesteuertes Training) kann zusätzlich unterstützend sein und schliesslich darf die Erstellung des Notfallplans nicht fehlen. Lindenmeyer (2016: 95f) schlussfolgert in der Betrachtungsweise der Verfasserin richtig, dass jede Person gut auf einen möglichen Rückfall vorbereitet werden sollte, da dieser nie auszuschliessen ist. Mittels eines einfachen geprägten Notfallplans für die PmA und deren Angehörigen soll dieser bei einem Rückfall möglichst rasch zur Schadensbegrenzung herangezogen werden. Hilfreich können hierbei nach Ansicht des Autors die Erstellung eines Notfallplan-Vertrags und die Erarbeitung einer Notfallkarte in der Grösse einer Kreditkarte sein, im Sinne eines obligatorischen Erste-Hilfe-Kasten. Wichtig ist es, zu erarbeiten, wer die geeignete Ansprechperson bei einem Rückfall ist. Dies können Personen aus dem professionellen oder privaten Bereich sein, letztgenannte sind jedoch nicht immer per se die geeigneteren Ansprechpartner aufgrund der eigenen Involviertheit. Dann gilt auch, die geeignete Reihenfolge der Massnahmen festzulegen und einzuleiten. Die Aufmerksamkeit soll darauf gelenkt werden, jeglichen weiteren Schaden zu verhindern, den Konsum zu stoppen und erst danach der Ursachenforschung nachzugehen. Als letzter Schritt gilt die Wiedergewinnung der Abstinenzsicherheit (je nach vereinbartem Konsumziel) mittels der Stärkung des Selbstvertrauens in die Änderungsfähigkeit durch bewusste Konfrontationen mit Risikosituationen.

Zusätzliche Schutzfaktoren bilden die Kompetenzförderung zur Alkoholabgrenzung, Kompetenzförderung bezüglich sozialer Konfliktbewältigungsstrategien, Stärkung sozialer Bindungen, Entwicklung einer abstinenten Lebensweise und Stabilisierung von Partnerschaft und Familie (vgl. Körkel 2006: 140).

2.2.2 Das Veränderungsmodell nach Prochaska und DiClemente

Dass der Rückfall als Regelfall angeschaut wird, ist gemäss Kemper (2016: 10) dem transtheoretischen Modell (TTM)¹⁷ nach Prochaska und DiClemente¹⁸ zu verdanken. Es wird auch Veränderungsmodell genannt. Rinckens (2003: 21) benennt, dass in der Rückfallforschung häufig auf das Veränderungsmodell zurückgegriffen wird. Es ist ein Modell intentionaler Verhaltensänderung (vgl. Keller/Velicer/Prochaska 1999: 18).

Prochaska und DiClemente haben sich sehr mit der Thematik der Verhaltensveränderung auseinandergesetzt und ein Modell entwickelt, welches den Rückfall als Teil des Veränderungsprozesses miteinschliesst (vgl. Altmannsberger 2004: 17). Gemäss Körkel und Kruse (2005: 22) zeigt das TTM den langwierigen Ausstieg aus der Abhängigkeit und berücksichtigt den

¹⁷ Nachfolgend wird die Abkürzung TTM verwendet.

¹⁸ Um möglichst originalquellengetreue Informationen zu sammeln, hat sich die Verfasserin dazu entschieden, ältere Literatur zu verwenden.

Rückfall als häufig vorkommendes Ereignis. Der Rückfall wird als Lernoption in den Veränderungsprozess miteingeschlossen. Er bietet die Möglichkeit, Informationen über Risikosituationen, die Veränderungsmotivationsstärke und die Besonderheiten der Lebenssituation herauszukristallisieren (vgl. Altmannsberger 2004: 19).

Durch empirische Forschung konnte das TTM vielfach bestätigt werden (vgl. Keller et al. 1999: 17). Körkel und Kruse (2005: 22) benennen jedoch, dass das Modell empirisch auf wackligen Füßen stehen würde.

Die Kernannahmen des Modells verweisen darauf, dass die Komplexität der Verhaltensänderung nur mittels der Bausteine verschiedener Theorien bestehen kann. Die Verhaltensänderung ist ein zeitintensiver Prozess über verschiedene Stufen hinweg. Diese Stufen sind zugänglich und stabil für Risikoverhalten und Veränderung. Mittels gezielter Interventionen können Personen das Verharren in einer Stufe überwinden. Dies sind nicht rein handlungsorientierte Massnahmen. Die Interventionen sollen auf die individuelle Stufe der Verhaltensänderung zugeschnitten sein. Sie richten sich schlussendlich auf die Verbesserung der Selbstkontrollfähigkeiten (vgl. Keller et al. 1999: 18).

2.2.2.1 Stufen der Veränderung

Gemäss Keller et al. (1999: 18f) erstreckt sich ein Verhaltensänderungsprozess über fünf, beziehungsweise sechs, aufbauende Stufen (processes of change), die anschliessend aufgezeigt werden sollen. Von Erfolg gekrönte Veränderung impliziert das Durchlaufen aller Stufen - ansonsten steigt die Rückfallgefahr, die Aufenthaltsdauer in den Stufen kann unterschiedlich sein. Je nach Theorie, die beigezogen wird, werden die Stufen unterschiedlich benannt (vgl. Keller et al. 1999 und Körkel/Kruse 2005).

Stufe 1: Absichtslosigkeit (Precontemplation) [Ahnungslosigkeit]

Nach Keller et al. (1999: 20f) sehen Personen auf dieser Stufe keinen Bedarf, in naher Zukunft etwas an ihrem Problemverhalten zu ändern. Dies kann daran liegen, dass das Problembewusstsein zu wenig vorhanden ist oder ein Mangel an wichtigen Informationen besteht oder die Personen zu häufig gescheitert sind und auf dieser Stufe verharren. Dies ist die stabilste Stufe des Veränderungsmodells. Altmannsbergerger (2004: 18) nennt diese Stufe die Phase der Vorüberlegung. In früheren Arbeiten wurde sie Vorstadium des Nachdenkens genannt. Selbst wenn das Umfeld die Probleme anspricht, sehen die Betroffenen kein Problem. Deshalb wollen sie sich auch nicht ändern, beziehungsweise sie weigern sich sogar (vgl. Prochaska/Norcross/DiClemente 1997: 48-50).

Stufe 2: Absichtsbildung (Contemplation) [Ambivalenz]

In dieser Stufe setzen sich die Personen mit dem problematischen Risikoverhalten auseinander. Ihnen gelingt es jedoch nicht, Massnahmen zur Veränderung einzuleiten. Sie stehen der

Veränderung ambivalent gegenüber. Diese Stufe kann, wie die vorangehende, sehr stabil sein und Menschen können relativ lange in ihr verharren (vgl. Keller et al. 1999: 21). Das Ziel wird klarer. Das Losgehen funktioniert jedoch nicht (vgl. Prochaska et al. 1997: 52).

Stufe 3: Vorbereitungsstadium (Preparation) [Entscheidung]

Nach Keller et al. (1999: 21) sind Menschen in dieser Stufe sehr motiviert, ihr Verhalten zu ändern, was sich bereits in ersten Handlungen zeigt. Handlungspläne stehen - der Entscheid einer Veränderung wurde klar getroffen (commitment). Aufgrund der Instabilität sprechen die Autoren hier von einer Durchgangsstufe.

Stufe 4: Handlungsstadium (Action) [Veränderung]

Hier finden aktive Handlungsversuche statt, die Veränderung im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen wird angestrebt, um das problematische Verhalten abzubauen (Entschlossenheit und Engagement sind hier klare Voraussetzungen, das Umfeld reagiert auf die Verhaltensänderung) - es ist die aktivste und dadurch auch die am stärksten gefährdete Stufe für einen Rückfall (vgl. Keller et al. 1999: 22). Fälschlicherweise wurde diese Stufe der Handlung häufig mit Wandel gleichgesetzt, was Fachpersonen dazu verleitet hat, wesentliche Fortschritte zu übersehen und Schritte nicht besprochen worden sind, wie die Veränderung beibehalten werden kann (vgl. Prochaska et al. 1997: 54f).

Stufe 5: Aufrechterhaltung (Maintenance) [Aufrechterhaltung]

Keller et al. (1999: 22) sprechen von dieser Stufe, wenn die Verhaltensveränderung während mindestens sechs Monaten aufrechterhalten bleiben konnte. Sie ist eine aktive Stufe, da auch hier Massnahmen zur Rückfallprophylaxe ausgeübt werden. Prochaska et al. (1997: 56) nennen dieses Stadium auch Durchhaltestadium. Es gilt das zu festigen, was in den vorherigen Stufen erreicht worden ist. Fehler und Rückschläge gehören dazu (s. nachfolgende Stufe zum Thema Rückfall).

Stufe 6: Stabilisierungsstufe (Termination stage) [Rückfall]

Die letzte Stufe zeichnet die hundertprozentige Zuversicht aus, das Zielverhalten aufrechtzuerhalten und dass keine Gefahr eines Rückfalls besteht (vgl. Keller et al. 1999: 22). Die letzte Stufe wird von Forschenden stark diskutiert, da es Forschende gibt, die der Ansicht sind, dass gewisse Problemverhalten nie überwunden werden können (vgl. Prochaska/Norcross/Dicelmente 1997: 58). Aus Sicht der Verfasserin ist dies ein staubiges Überbleibsel in der Suchtforschung. Altmannsberger (2004: 19f) nennt die sechste Stufe, Phase des Rückfalls (Relapse). Kommt es hier zu einem Konsumereignis, besteht die Gefahr, den Veränderungsweg zu verlassen und die bisherigen Bemühungen aufzugeben. Gelingt erneut die Abstinenzerrreichung, steigen die Chancen die Stabilitätsphase zu festigen. Interessanterweise verorten Prochaska et al. (1997:56) den Rückfall in die vorherige Stufe. Im Prinzip können in jeder Stufe

Rückfälle stattfinden. In dieser Stufe ist entscheidend, ob die PmA durch schwierigere Situationen als letzte Bewältigungsressource auf den Alkoholkonsum zurückgreift, es bei einem Ausrutscher bleibt und es ihr gelingt, zurück in den Veränderungsprozess einzusteigen oder ob die PmA durch ihre Schuld- und Versagensängste in einen schweren Rückfall rutscht (vgl. Körkel/Kruse 2005: 24).

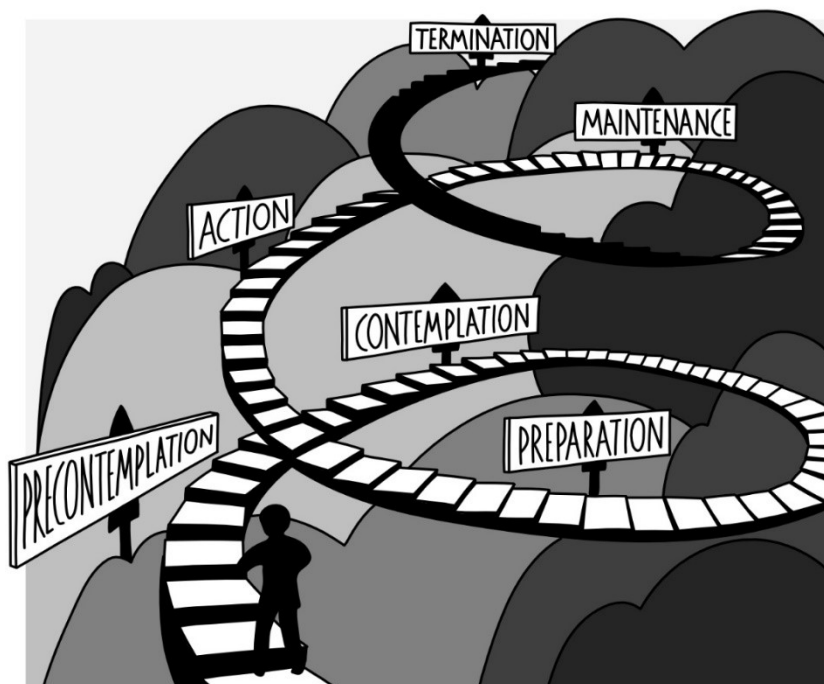
Neben den Stufen der Veränderung beinhaltet das TTM auch die Strategien der Verhaltensänderung (processes of change), die sich in kognitive Strategien (experiential processes) und verhaltensorientierte Strategien (behavioral processes) aufteilen lassen. Sie beeinflussen, wie eine Person von der einen zur nächsten Stufe gelangt (vgl. Keller et al. 1999: 23). Nach Keller et al. (1999: 25-27) beziehen sich die kognitiven Strategien vor allem auf das emotionale Erleben und den subjektiven Bewertungsprozess. Sie sind vor allem für Personen in den ersten drei Stufen von Bedeutung und lassen sich, wie folgt, unterscheiden: Steigern des Problembewusstseins, emotionales Erleben (emotionaler Bezug zum Problemverhalten), Neubewertung der persönlichen Umwelt (Wahrnehmung der Konsequenzen des Problemverhaltens), Selbstneubewertung (welche Konsequenzen das Problemverhalten für die eigene Person / das eigene Image hat) und schliesslich das Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen (verhaltenserleichternde Umweltbedingungen werden wahrgenommen, «soziale Befreiung»). Die verhaltensorientierten Strategien beinhalten handlungsbezogene Strategien, die sich im beobachtbaren Verhalten zeigen. Sie unterscheiden sich in Selbstverpflichtung (Veränderung ist durch mich möglich), Kontrolle der Umwelt (Alternativverhalten wird angewendet), Gegenkonditionierung (Umwandlung der ungünstigen in günstige Verhaltensweisen), Nutzung hilfreicher Beziehungen (aktives Einfordern von Hilfe) und schliesslich die (Selbst-)Verstärkung (sich belohnen nach Erfolgen) (vgl. Keller et al. 1999: 28f).

Mittels weiterer Variablen, wie die Gewichtung der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung - decisional balance - und die Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) beziehungsweise die wechselseitige situative Versuchung (temptation), wird das Veränderungsmodell weiter ausdifferenziert (vgl. Keller et al. 1999: 29). Prochaska et al. (1997: 38) warnen davor, die Methoden mit den Techniken in den Veränderungsstadien zu verwechseln - jede Methode beinhaltet unzählig viele Techniken. Diese Überlegung regt an, dass es unzählig viele Techniken gibt, um Rückfälle zu vermeiden oder konstruktiv damit umzugehen. Es gilt, diese Techniken mit den Klientinnen und Klienten zu erarbeiten.

2.2.2.2 Spiralmodell der Veränderung

Zu Beginn der Forschung war das Modell geradlinig und linear, was sich jedoch geändert hat (vgl. Prochaska et al. 1997: 59). Altmannsberger (2004: 17) fasst das Veränderungsmodell als zirkulären Entwicklungsprozess zusammen, der meist mehrfach durchlaufen wird, um sich dauerhaft von der Abhängigkeit zu lösen (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Spiralmodell der Veränderungen



Quelle: Keller et al. (1999: 24), aus Originalquelle Prochaska, Norcross und DiClemente (1994: 49) (durch Design-Programm überarbeitet)

Keller et al. (1999: 23) beschreiben, dass das geradlinige Durchlaufen der jeweiligen Stufen (von der Absichtslosigkeit bis hin zur Aufrechterhaltung) eher Ausnahme als Regel ist. Dementsprechend ist das Fallen von der Handlungs- oder Aufrechterhaltungsstufe auf eine frühere Stufe als Rückfall definiert und ist integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses. Deshalb wird der Veränderungsprozess auch als spiralförmiges Geschehen betrachtet. Das Zurückfallen kann konstruktive Verarbeitung anregen und zur günstigeren Strategieentwicklung beitragen, was wiederum ein Voranschreiten der Stufen anregt.

«Erfolgreiche Selbstveränderung hängt entscheidend davon ab, dass die rechten Dinge zur rechten Zeit getan werden (Prochaska et al. 1997: 73).» Das bedeutet für den Beratungsprozess mit PmA, dass Fachpersonen erkennen, in welchem Stadium sich die Klientinnen und

Klienten befinden und entsprechend mit ihnen arbeiten. Die richtigen Behandlungsformen in einem Stadium können in einem anderen schädlich sein (vgl. Prochaska et al. 1997: 73).

Prochaska et al. (1997: 299-311) halten fest, dass Menschen aus ihren Rückfällen lernen. Es gibt zehn Lehren, welche aus den Rückfällen gezogen werden können: Nur wenigen Personen gelingt es, nach einem ersten Versuch bereits das Schlusstadium zu erreichen. Versuche und Irrtümer vergeuden keine Kräfte, sondern bringen Menschen dazu, besser mit Rückfällen umzugehen und zu lernen, was anderes zu machen ist. Die Veränderung verursacht mehr Kosten und Kraft, als ursprünglich gedacht. Es ist wichtig, die richtigen Techniken zur richtigen Zeit anzuwenden. Die Veränderung verläuft selten gerade, sondern in einem zyklischen Muster. Ein Fehltritt muss nicht einen Rückfall bedeuten. Mini-Entscheidungen ziehen Maxi-Entscheidungen nach sich (beispielweise kann die Lagerung von Alkohol für Besucherinnen und Besucher im Haus zum eigenen Rückfall führen). Psychisches Leiden beschleunigt einen Rückfall. Und schliesslich muss das Erlernte in Handlungen umgesetzt werden.

2.2.3 Die Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon

Die einflussreichste Rückfalltheorie stammt von Marlatt und Gordon¹⁹, welche die sozialen, kognitiven und verhaltensbezogenen Elemente verbindet, weshalb sie auch als Hintergrundtheorie unzähliger Rückfallprophylaxetrainings verwendet wird (vgl. Kemper 2016: 6). Dies wird von Altmannsberger (2004: 21) bestätigt, auch Körkel (2006: 141) bezeichnet es als differenziertestes und am besten empirisch gestütztes Modell. Lindenmeyer (2016: 26) kritisiert hingegen, dass die einzelnen Elemente des Rückfallmodells empirisch als unbefriedigend gesichert gelten. Dennoch gibt auch er an, dass dieses Rückfallmodell Hintergrund zahlreicher Rückfallpräventionen darstellt, weshalb das Modell auch in der vorliegenden Thesis erläutert werden soll.

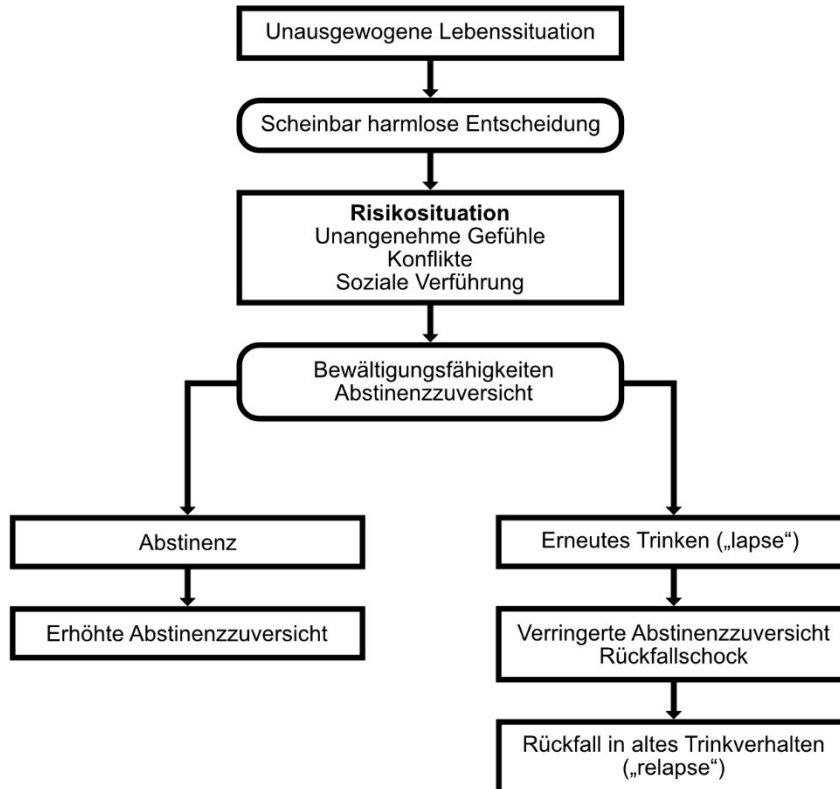
Professor G. Alan Marlatt wird von Lindenmeyer und Mundle (2012: 10f) als Vater der Rückfallprävention bezeichnet und in diesem Gebiet als einer der einflussreichsten Wissenschaftler geehrt: Er habe die Rückfallforschung tiefgreifend beeinflusst, indem er gezeigt hat, dass die Alkoholwirkung neben dem physiologischen Prozess auch das Resultat einer gelernten, sozial-kognitiven Wirkungserwartung ist. Mit der Entwicklung des sozial-kognitiven Rückfallmodells mit Judith Gordon im Jahr 1985 und der daraus abgeleiteten Methode der Rückfallprävention beeinflusste er weltweit die Suchtbehandlung und setzte schliesslich 1989 die harmreduction (Schadensbegrenzung) der einseitigen Zielorientierung der Abstinenz entgegen, um PmA leichter für eine Verhaltensänderung zu erreichen.

¹⁹ Gemäss Lindenmeyer und Mundle (2012: 11) ist keines der Bücher von G. Alan Marlatt auf Deutsch erschienen und die Originalquelle von 1985 war für die Verfasserin durch die Literaturrecherche nicht auffindbar, weshalb auf Sekundärquellen zurückgegriffen werden musste.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass sich das sozial-kognitive Rückfallmodell darauf konzentriert, die wiederholte Überwindung von Rückschlägen und Risikosituationen in einem längeren Genesungsprozess zu fokussieren (vgl. Lindenmeyer/Mundle 2012: 11). Hintergrund bilden die sozial-kognitive Theorie Banduras, die Gesundheitspsychologie und psychoedukative therapeutische Ansätze (vgl. Körkel 2006: 141). Gemäss Rinckens (2003: 26f) haben sich die sozial-kognitiven Rückfallmodelle aus den lerntheoretischen Ansätzen zur Abhängigkeit entwickelt, wo behaviorale Kompetenzdefizite, situative/soziale Einflussbedingungen und kognitive Merkmale, wie beispielsweise die negative Selbstwirksamkeitserwartung, berücksichtigt werden.

Nach Lindenmeyer (2016: 25f) hat das sozial-kognitive Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985) drei Bestimmungsstücke des Rückfallgeschehens spezifiziert, nämlich die Risikosituationen, die Bewältigungsfertigkeiten und die Abstinenzzuversicht (s. Abbildung 2): Das zwei-Phasen-Modell beschreibt den erneuten Alkoholkonsum (lapse) als Übergang in das alte Trinkverhalten (relapse) durch die Abnahme der Abstinenzzuversicht (hier wird eine emotionale und kognitive Komponente angenommen).

Abbildung 2: Sozial-kognitives Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985)



Quelle: Lindenmeyer (2016: 26) (durch Design-Programm überarbeitet)

Ausgangspunkt bildet ein unausgewogener Lebensstil, bei dem das Verlangen wächst, sich durch Alkohol Entspannung zu verschaffen. Die alltäglichen Pflichten (shoulds) sind unausgeglichen gegenüber freudvollen Aktivitäten (wants), der Drang nach Alkohol steigt (urge) und der Suchtdruck (craving) wird bemerkbar (vgl. Körkel 2006: 141).

Nach Körkel (2006: 143-145) lassen Rationalisierungen (z.B. Rechtfertigungsgründe für den erneuten Alkoholkonsum), Leugnungen und scheinbar unbedeutende Entscheidungen PmA die Rückfallgefahr weniger gefährlich einschätzen. Und die Hochrisikosituationen, wie zum Beispiel kritische Lebensereignisse, erhöhen die Rückfallgefahr. Fehlen zuzüglich ausreichende Verhaltenskompetenzen, steigt die Rückfallgefahr weiter an. Die Zuversicht, die Belastung alkoholfrei zu meistern, sinkt. Gleichzeitig steigt die Erwartung, die Belastung durch den Alkoholkonsum zu reduzieren oder die Bewältigungskompetenz wird nicht aktiviert, weil die eigene Verhaltenskompetenz überschätzt oder die Situation nicht als risikoreich eingestuft wird. Dies mündet im Wiederkonsum von Alkohol (lapse). Das wiederum löst einen intensiven kognitiven und emotionalen Prozess aus: Dissonanz zwischen nicht Trinken-wollen und getrunken haben, gefolgt von Erklärungsversuchen. Damit können Resignation und Ohnmacht einhergehen, wodurch die Zuversicht weiter abnimmt, den weiteren Konsum beeinflussen zu können. Schuld- und Schamgefühle beeinträchtigen den Selbstwert. Es wird versucht, diese durch weiteren Alkoholkonsum zu dämpfen. Dies resultiert in einem schweren Rückfall (relapse). Nach dem Alkoholkonsum erlebt die PmA unmittelbar die angenehme Alkoholwirkung. Der beschriebene Verarbeitungsprozess des ersten Alkoholkonsums wird als AVE bezeichnet - im Prinzip eine selbsterfüllende Prophezeiung. Gelingt es der Person jedoch, den Ausrutscher auf ein spezielles Bindungsgefüge mit äusseren Faktoren zurückzuführen, sinkt die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls. Somit ist der Eintritt zukünftiger Rückfälle gut vorhersehbar und damit behandelbar. Rinckens (2003: 28f) beschreibt, wenn eine PmA in einer Hochrisikosituation der Nicht-Konsum gelingt, dies zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung führt und sich somit die Gefahr eines Rückfalls verringert und deshalb die «subjektive Einschätzung der eigenen Verhaltensmöglichkeiten des Abhängigen (...) danach von grosser Bedeutung für den weiteren Rückfallverlauf (Rinckens 2003: 29)» ist.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass das Rückfallmodell neun grundlegende Punkte des bisherigen Rückfallverständnisses geändert hat (vgl. Körkel 2006: 145f):

- In Abgrenzung zur engen Rückfalldefinition wird oftmals ganz auf den Rückfallbegriff verzichtet oder man untersucht die genaue Trinkmengenangabe in mehreren Kategorien in Relation zum früheren Trinkverhalten und zu den Folgen des Alkoholkonsums.
- Alkoholrückfall ist Normalfall.

- Der erneute Konsum wird durch das Zusammenwirken intrapsychischer und sozialer Faktoren, fehlender Bewältigungsfertigkeiten erklärbar und nicht mehr als Willensschwäche interpretiert.
- Der erneute Alkoholkonsum wird als Vorfall verstanden und somit als Lernerfahrung betrachtet (positive Betrachtungsweise).
- Kein Rückfall gleicht dem anderen und ein erster Schluck muss nicht in einer Katastrophe enden.
- Die Erweiterung der Präventionsauswahlmöglichkeiten (Aufspüren der Risikosituationen, Aufbau von Bewältigungskompetenzen, Erarbeitung von Interventionsmöglichkeiten) ist notwendig.
- Weg vom Rückfall als Tabuthema hin zu offenem Ansprechen der Rückfallmöglichkeit.
- Rückfällige Personen sollen auch im stationären Setting weiterbehandelt werden und nicht mit Beendigung der Behandlung bestraft werden.
- Die wissenschaftliche Überprüfbarkeit der theoretischen Annahmen wird angeregt, nicht, wie bislang, möglichst abgeschottet.

Die besondere Bedeutung der sozial-kognitiven Rückfallmodelle liegt darin, dass das Verhalten verändert und beeinflusst werden kann. Die moralische Sichtweise und die lange Annahme der Ausweglosigkeit aus der Alkoholabhängigkeit wird entschärft und in der Forschung wird der Blick auf den Prozess und die Einflussfaktoren eines Rückfalls gerichtet (vgl. Rinckens 2003: 29). Rinckens (2003: 29) bezieht sich auf Barthels (1991) und beschreibt, weshalb die sozial-kognitiven Rückfallmodelle kritisiert werden: Menschen würden mit Tieren gleichgesetzt werden, welche unter der Kontrolle der Umwelt stehen - dieser Blick von aussen würde innen-geleitete Kognitivität, Rationalität, Reflexivität und Autonomie ausschliessen. Verantwortung und Selbstkontrolle finden zu wenig Platz. Er befürwortet die Sichtweise, dass ein Individuum nach seinem Selbstverständnis und seiner Zielvorstellung entsprechend handeln kann.

Gemäss Kemper (2016: 6) hat Marlatt das Rückfallmodell mit Witkiewitz (2004) zum dynamischen Modell des Rückfalls weiterentwickelt. Dies ist in der Wissenschaft jedoch auf scharfe Kritik gestossen, vor allem, weil alles mit allem in Verbindung gebracht wird, was impliziert, dass Rückfälle nur nachträglich erklärt und nicht vorher erkannt werden können. Aufgrund der mangelnden Wissenschaftlichkeit, der hohen Komplexität und der Annahme, dass Rückfälle ohnehin nicht erkannt würden - was die Suchtberatung und den Sinn dieser MAS Thesis fragwürdig erscheinen lässt - wird nicht weiter auf das erweiterte Modell eingegangen.

2.3 Motivational Interviewing: «Der Beratungsweg» bei Alkoholabhängigkeit

Gemäss Miller und Rollnick (1999: 14) entstand das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung «Motivational Interviewing» (MI)²⁰ in der Beschäftigung mit Personen problematischen Trinkverhaltens und ist dementsprechend für eine Gesprächsführung in der Suchtberatung mehr als geeignet; klientenzentrierte Gesprächsführung, Prinzipien der Sozialpsychologie und der Systemtheorie fliessen in MI ein. MI ist ein personenzentrierter therapeutischer Stil (vgl. Miller/Rollnick 2015: 38).

Gemäss Miller und Rollnick (2015: 28) ist die Motivierende Gesprächsführung ein kooperativer Gesprächsstil, bei dem Klientinnen und Klienten zur Veränderung in ihrer eigenen Motivation gestärkt werden. Mit Bezugnahme auf das TTM ist die Entwöhnung von einer Abhängigkeit ein Lernprozess, nach dem der Rückfall eine Phase und nicht das Ende der Veränderungsbestrebungen bedeutet (vgl. Altmannsberger 2004: 24). Das Veränderungsmodell ist auch Hintergrundtheorie der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Miller/Rollnick 1999: 30f). Körkel und Kruse (2005: 91) verweisen in ihrem Buch mit besonderem Blick auf die Motivierende Gesprächsführung, dass MI bei unmotivierten Rückfälligen erfolgsversprechender ist. Mutschler et al. (2019: 106) ordnen MI als geeignete Kurzintervention in der Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit ein. Nach Lindenmeyer (2021: 364) sind die abstinenzorientierte kognitive Verhaltenstherapie und MI bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit erste Wahl. Deshalb soll nachfolgend kurz auf die wichtigsten Punkte von MI eingegangen werden.

2.3.1 Grundhaltung und zentrale Annahmen

Die Aufmerksamkeit wird in MI auf das alltägliche Sprechen über Veränderung gerichtet und leitet daraus Schlussfolgerungen ab. Der Kommunikationsstil der Fachperson bewegt sich zwischen lenkend und folgend, er wird als **geleitender Stil** bezeichnet - die Fachperson wird mehrheitlich zum Fremdenführer, gutes Zuhören und Fachkenntnis wird gleichzeitig angeboten (vgl. Miller/Rollnick 2015 18f). Miller und Rollnick (2015: 20) halten fest, dass Menschen, die etwas ändern möchten, dieser Veränderung ambivalent gegenüberstehen. Dies sei das grösste Hindernis auf dem Weg zur Veränderung. Beratungspersonen können diese zarte Pflanze der Ambivalenz nehmen und weiter pflegen, damit es den Menschen gelingt, den Veränderungsprozess fortzuführen. Menschen lassen sich eher überzeugen von dem, was sie sich selbst sagen hören. Deshalb sollte sich die Fachperson auch davor hüten, einen allzu sehr lenkenden Stil - «Sie sollten mit dem Trinken aufhören!» - anzuwenden, denn dies aktiviert eher die Gegenargumente der hilfeschuchenden Person (vgl. ebd.: 28). Die Fachperson sollte es möglichst vermeiden, in den **Korrektur-Reflex** zu fallen. Wenn nämlich die

²⁰ Nachfolgend wird die Abkürzung MI verwendet.

Fachperson für eine Veränderung argumentiert, reagiert die Klientel mit der Nichtveränderung und das Gegenteil des Gewünschten wird erreicht (vgl. ebd.: 21f).

Die Autoren (2015: 21) unterscheiden bei ambivalenten Personen zwei Arten von Aussagen: Der **Sustain Talk** (Argumente der Klientel selbst geäußert für die Aufrechterhaltung des Status Quo, die Nichtveränderung) und der **Change Talk** (Argumente der Klientel selbst geäußert, pro Veränderung). Der mobilisierende Change Talk wird genutzt, der zur Auflösung der Ambivalenz und zur Veränderung führt (vgl. ebd.: 192).

Der **Spirit**, die grundlegende Einstellung in der Praxis von MI, beginnt als erstes mit der **Partnerschaftlichkeit** als eine der **vier wichtigen Prinzipien der Grundhaltung** (vgl. ebd.: 29f). Nach Miller und Rollnick (2015: 30-32) meint die Partnerschaftlichkeit die aktive Zusammenarbeit zwischen Experten. Es findet Beratung auf Augenhöhe statt, Klientinnen und Klienten werden als Experten in eigener Sache gesehen. Dadurch sollen die eigene Motivation und die eigenen Veränderungsressourcen aktiviert werden. Der partnerschaftliche Aspekt bedingt den tiefen Respekt vor dem anderen Menschen. Es geht darum, die Klientel so zu akzeptieren, wie sie sich zeigt - in umfassender Weise. **Akzeptanz** umfasst nach den Autoren (2015: 35) verschiedene Aspekte:

Wir begegnen jedem Menschen und dem Potenzial, das er in sich trägt, mit *bedingungsfreier Wertschätzung*, nehmen ihn wahr in seiner unveräusserlichen *autonomen Freiheit*, den eigenen Weg zu wählen, unterstützen ihn darin und sind mit *präziser Empathie* bestrebt, seine Perspektive nachzuvollziehen, und *würdigen* [Hervorhebungen im Original] seine Stärken und Bemühungen (ebd.).

Weiter wird die Grundhaltung um das **Mitgefühl** ergänzt. Das Wohlbefinden der hilfesuchenden Person wird aktiv gefördert und ihre Bedürfnisse erhalten Priorität (vgl. ebd.: 35f).

Das vierte und letzte Grundprinzip der Grundhaltung ist die **Evokation**: Die Autoren (2015: 37) setzen auf die Ressourcen der Klientel. Die Klientinnen und Klienten besitzen bereits vieles, was sie benötigen. Es sei Aufgabe der Beratungsperson, «es zu evozieren, also an die Oberfläche zu bringen (ebd.)». Die Evokation ist vergleichbar mit dem Utilisationsprinzip (vgl. Punkt 3.3 und 4.1) der sIB.

Nach Miller und Rollnick (2015: 271f) gibt es Situationen, in denen man als Fachperson keine Impulse setzen soll. Durch die **Neutralität** ist man um die Ausgewogenheit bemüht, keine der einen oder anderen Seite der Ambivalenz zu begünstigen. Die Entscheidung der Klientel soll nicht beeinflusst werden. Grundsätzlich unterscheiden die Autoren (2015: 274), Neutralität zu wahren oder Impulse für eine bestimmte Richtung (Change Talk) zu geben - Erstgenanntes ist durchaus schwieriger. In der MI geht es darum, Diskrepanzen herauszuarbeiten (vgl. ebd.: 285).

2.3.2 Methoden und Therapiephasen

Miller und Rollnick (2015: 43f) haben in den letzten Jahren die motivierende Gesprächsführung weiterentwickelt und ihre Phasen ergänzt. Aktuell beruht MI auf vier sich überlappende, wiederholende und ineinanderfliessende Prozesse: **Beziehungsaufbau, Fokussierung, Evokation und Planung.**

Der **Beziehungsaufbau** beginnt mit einer ersten Phase der Annäherung. Gemeint ist der Prozess, in dem beide Parteien eine helfende Verbindung zueinander herstellen. Die therapeutische Beziehung ist die Voraussetzung für alles Folgende und der wichtigste Indikator für eine erfolgreiche Therapie (vgl. ebd.: 44f).

Anschliessend erfolgt die **Fokussierung** auf gewisse Themen in der Beratung. Dieser Prozess umfasst die gemeinsame Richtung der Klientel und der Fachperson im Veränderungsgespräch, welche sie eingeschlagen haben und beibehalten. Es kann eine Ausrichtung auf ein oder mehrere Veränderungsziele beinhalten (vgl. ebd.: 45).

Miller und Rollnick (2015: 46f) meinen mit der **Evokation** als dritten Aspekt (Kern der MI) das Hervorrufen der Selbstmotivation der Klientel zur Veränderung, also das Gegenteil zum didaktischen Expertenvorgehen. Es geht darum, die Klientel dazu zu bringen, die Argumente für die Veränderung selbst zu formulieren.

Die letzte Phase ist die **Planung**: Die Planung umschliesst das Gespräch übers Handeln. Die Selbstverpflichtung zur Veränderung wird entwickelt und ein konkreter Handlungsplan wird formuliert. Dieser wird gelegentlich überdacht - aufgrund unvorhergesehener Herausforderungen (z.B. einem Rückfall) (vgl. ebd.: 48).

Neben der kommunikativen Kernkompetenz für die MI-Anwendung gibt es weitere **Methoden**, derer sich MI bedient (vgl. ebd.: 51-54): offene Fragen (die Klientinnen und Klienten sollen reflektieren und ausführlich berichten), würdigen (die Klientel vollziehen die Veränderung mittels ihrer Stärken und ihren Bemühungen, welche die Fachpersonen verstärken; das Positive wird stets betont), reflektierendes Zuhören (die Fachperson äussert die Vermutung, was gehört zu haben, um das gegenseitige Verständnis zu vertiefen), zusammenfassen (das Gesagte wird resümiert, neue Verbindungen oder Übergänge können so eingeleitet werden), informieren und Ratschläge geben (diese werden mit Erlaubnis und mit Mass der Klientel mitgeteilt; es wird nachgefragt - Information gegeben und nochmals nachgefragt). Dies wird auch als Akronym **OARS** (= Ruder) aus dem Englischen zusammengefasst: Asking **O**pen Questions, **A**ffirming, **R**eflecting, **S**ummarizing (vgl. ebd.: 85).

Um den Change Talk zu evozieren, nutzen die Autoren (2015: 203-210) evokative Fragen: Wunsch-Fragen, Fragen nach Fähigkeiten, Fragen nach Gründen für die Veränderung (Motive), Fragen nach Notwendigkeit für die Veränderung (herauskristallisieren mittels

Dringlichkeit, zum Beispiel durch Anwendung der W-Skala 0-10; wie die Skalierungsfragen aus der sIB), Fragen nach Extremen, Fragen zur Rückschau (Fragen nach Zeiten vor dem Problem - wie Ausnahmefragen aus der IB), Fragen zur Vorschau (mit dem Ziel, die Zukunft positiv auszumalen; vgl. hierzu auch die Wunderfrage aus der IB) und schliesslich Fragen zur Generierung der Ziel- und Wertvorstellungen der Klientel. Weiter nutzen die Autoren (2015: 252-254) den **Confidence Talk** (Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten der Klientel) als Vorbereitung zum Change Talk. Mit Hilfe der Z-Skala (wie die Zuversichtsskala aus der sIB) wird der Confidence Talk aufrechterhalten. Auch wird die Methode verwendet, frühere Erfolge Revue passieren zu lassen. Mit dem Brainstorming werden möglichst viele Möglichkeiten generiert, Aussagen der Klientel positiv neuinterpretiert (Reframing) und Hypothesenbildungen im Konjunktiv offen benannt (vgl. ebd.: 257-259).

2.3.3 Möglichkeiten und Grenzen

Iseli (2021: 43) zeigt in ihrer Bachelorarbeit auf, dass die ambulante Beratung bei Alkoholproblemen Wirksamkeit zeigt und dass in diversen Studien belegt wurde, dass die Motivierende Gesprächsführung in der Suchtberatung positive Effekte erzielt.

Miller und Rollnick (2015: 49) verweisen auf mehrere Studien und benennen, dass PmA den Alkoholkonsum langfristig und essenziell reduziert haben. Zudem sei MI gut mit vielen Behandlungsansätzen kombinierbar.

Im Gegensatz zur sIB sind die MI-Prozesse direktiv. Gleichzeitig ist aber für die MI-Anwendung auch kein diagnostisches Feedback notwendig, wie auch bei der sIB (vgl. ebd.: 54). Selbst wenn die Autoren (2015: 55) benennen, dass MI keinen manipulativen Aspekt hat, so wird doch durch die Fokussierung auf den Change Talk eine gewisse Manipulation ersichtlich. Gleichzeitig könnte man sich dann jedoch fragen, ob jede Beratung (inkl. sIB) gewisse manipulative Kriterien erfüllt.

Miller und Rollnick (2015: 440f) benennen, dass zahlreiche Publikationen über MI und deren Anwendung erschienen sind. Mehr als 200 randomisierte, kontrollierte Studien aus unterschiedlichen Ländern, Themen und diverse Meta-Analysen sind gemacht worden. Die Erfolge wurden in kleine bis mittlere Effekte zusammengefasst - MI setzt, gepaart mit anderen Behandlungen, einen positiven Prozess in Gang. Körkel (2012: 113) bezieht sich auf Rollnik (2008) und benennt, da die Wirksamkeit von MI von diversen Studien belegt worden ist, dass MI 2008 in die US-amerikanische NERP 'National Registry of Evidence-based-Programs and Practices' aufgenommen worden ist. Der Autor (2012: 113) bezieht sich auf diverse Studien und fasst zusammen, dass das MI Wirkung bei Suchtmittelkonsum (speziell auch bei Jugendlichen), Alkoholkonsum, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Zigarettenkonsum zeigt. Die Meta-Analysen halten folgende Ergebnisse fest: MI bewirkt grössere Veränderungen als keine Intervention. Sie ist mindestens so stark wie andere Eingriffe, z.B. kognitive

Verhaltenstherapie, mit jedoch geringerer Durchführungszeit. Zugleich ist aber die Anzahl der Wirksamkeitsstudien noch zu gering, um den MI-Nutzen als gesichert anzusehen. Zuzüglich bemängelt der Autor, dass die randomisierten Studien deutliche methodische Einschränkungen aufweisen. Unklar bleibt vor allem, ob die motivierende Gesprächsführung in guter Qualität zur Umsetzung kam.

3. Die systemische Beratung bei Alkoholabhängigkeit

3.1 Grundhaltung und Prinzipien des systemischen Ansatzes

Nach Bamberger (2015: 30) stellt die systemische Theorie inzwischen ein hoch komplexes System aus Erklärungen, Wertungen und Hypothesen dar. Nach Schmidt (2021: 18) lehnen sich systemische Konzepte an unterschiedlichen Wissenschaftszweigen an, insbesondere die Autopoiese (Theorie der Selbstorganisation lebender Systeme), der radikale und soziale Konstruktivismus nennt er als Beispiele. Nach Levold (2014: 15) lässt sich der akademische Ansatz nicht aus einer einzelnen akademischen Disziplin ableiten, vielmehr ist es ein disziplinenübergreifender Ansatz, was Schwäche und Stärke zugleich ist.

Nach Brunner (2007: 655 - 657) hat die sB ihre Vorläufer in der Idee der Familientherapie - das Problem soll als Gefüge des Systems, des Familien-Ganzen, angeschaut und nicht isoliert betrachtet werden. Charakteristisch ist das Denken in Zusammenhängen: Durch diese ganzheitliche Sichtweise kann das Problem adäquater erfasst werden, die Komplexität wird per se angenommen und eine Multi-Perspektive wird garantiert. Zu den zentralen Konzepten gehören die Kybernetik, die Selbstorganisation, die Zirkularität sowie das Konzept des Konstruktivismus (vgl. Bamberger 2015: 30), welche nachfolgend vorgestellt werden.

Nach Bamberger (2015: 277) gehört **Neugier** zur systemischen Grundhaltung, die später vorgestellten Fragen werden selbstverständlich gestellt, auch wenn das Gegenüber keine Antwort geben mag. Die verinnerlichte **Haltung des Nichtwissens** hilft, alles erfragen zu dürfen. Allparteilich für jede Person Partei zu ergreifen - es geht um eine respektlose **Neutralität** gegenüber jeder Idee. Nach von Schlippe und Schweitzer (2013: 206f) meint der Neutralitätsbegriff, dass man durchaus eine Meinung als Fachperson haben kann, diese jedoch von der Meinung der Klientel möglicherweise abweicht. Wichtig ist, als Fachperson der Person (keine Parteiergreifung), dem Problem/Symptom (die Problembeschreibung wird nicht gewertet) und der Ideen (Fachpersonen halten sich verdeckt, welche Lösungsideen oder Problemerkklärungen bevorzugt wird) neutral zu begegnen. Es ist eher eine **professionelle Haltung** für Beratungskontexte, in welcher herausgefunden werden muss, wo Neutralität sinnvoll erscheint und wo nicht. Holtz (2017: 60) zählt zu der systemischen Haltung ebenfalls die Wertschätzung, Neugier und Allparteilichkeit.

3.1.1 Selbstorganisation

Bamberger (2015: 30) führt die Selbstorganisation auf die **Autopoiese** zurück - ein Begriff, der auf die Neurobiologen Humberto Maturana und Francisco Varela zurückzuführen ist. Autopoiese bedeutet, dass diese Systeme eine Steuerung beinhalten und dass sie selbsterhaltend funktionieren, also ein lebendes System sind. «Autopoiese (...) bedeutet, dass ein lebendes System die Bestandteile seiner eigenen Reproduktion kontinuierlich selbst generiert (von

Schlippe/Schweitzer 2013: 111)». Nach Bamberger (2015: 30f) funktioniert das psychische System gleichermassen - psychische Systeme sind ständig auf sozialen und sensorischen Input hin angelegt. Daraus erfolgt eine individuell-komplexe Verarbeitung, was individuelles Erleben und Verhalten produziert. Das bedeutet, die Reaktion der Menschen ist immer auf das innere Referenzsystem (den inneren Wissensschatz) bezogen. Menschen werden zu «autonom-selbstwirksam Interagierenden in [ihrer] ganz eigenen Lebenswelt (Bamberger 2015: 31)». Niklas Luhmann (1997) hat das Konzept der Autopoiese auf soziale Systeme erweitert und diese als Selbstreferenz bezeichnet. Nach ihm funktionieren psychische Systeme selbstreferentiell (vgl. Bamberger 2015: 31). Von Schlippe und Schweitzer (2013: 112) sprechen davon, dass autopoietische Systeme strukturell determiniert, keine andere Funktion haben, als sich selbst zu reproduzieren und in sich operationell geschlossen sind.

Nach Bamberger (2015: 31) bedeutet dies für die Beratenden, dass sie nie wissen, wie die Intervention bei der Klientel ankommt und ob dadurch tatsächlich etwas Hilfreiches entsteht. Lebende Systeme tun das, was ihrer Natur entsprechend ist. Wenn etwas nicht passt, wird keine Veränderung in Gang gesetzt. Es gilt, diese Autonomie zu respektieren und genau auf die Reaktion der Klientel zu schauen - diese Logik grenzt die Möglichkeiten der Beratung ein.

Auf die **Alkoholabhängigkeit** bezogen, bedeutet dies nach Klein (2014a: 45-48), dass die Alkoholabhängigkeit ein Selbstregulationsmanagement ist. Die Alkoholabhängigkeit versucht angenehme Zustände angenehmen, unangenehme Zustände erträglicher zu gestalten. Die Alkoholabhängigkeit ist eine Problembewältigungsdynamik, ein Zusammenstossen chronifizierter Lösungsversuche der drei Systeme (biologisches, psychisches, soziales System), welche einander gegenseitig irritieren. Die drei Systeme haben sich über die Jahre so miteinander verknüpft, dass es den Anschein aufrechterhält, das alkoholische System sei nur auf diese Weise funktionsfähig, was nicht stimmt. Es ist ein bio-psycho-soziales Schema entstanden, das zur hilfreichen Komplexitätsreduktion dient. Der Autor hält folgende Punkte fest:

- Die Alkoholabhängigkeit stellt einen Lösungsversuch dar, da keine nützliche Alternative zur Verfügung stand.
- Alkoholabhängigkeit ist Überlebensstrategie. Zugleich konnten bisherige Krisen nicht mit dem Trinken destabilisiert werden.
- Positive Wirkung von aussen (zum Beispiel durch eine Behandlung) kann nur angemessen irritieren, wenn die intern vorhandenen Strukturen erfasst und respektiert werden.
- Die PmA entscheidet, ob eine Irritation angemessen ist.
- Die Alkoholabhängigkeit zu beeinflussen, liegt vollends in der Möglichkeit der trinkenden Person, welche entscheidet, ob und wie sich etwas verändert.

3.1.2 Kybernetik

Gemäss Bamberger (2015: 33) besteht das kybernetische Prinzip darin, dass ein gegenseitiges Bedingungsgefüge von System besteht: Das Verhalten des einen Elements hat Auswirkung auf das andere Element und dieses wiederum hat Einfluss auf das erste Element. Auch dieses Prinzip ist auf soziale Systeme übertragen worden. Die beratende Person wird als ausstehender Beobachter gesehen, der das System objektiv analysiert (Subjekt-Objekt Dualismus) (vgl. Bamberger 2015: 33).

Kybernetik 1. Ordnung

Unter der Kybernetik 1. Ordnung versteht man nach Klein und Schmidt (2017: 39), dass beispielsweise familiäre Systeme als beobachtbar gelten. Die Systeme sind eine primäre Organisationseinheit, die Individuen untergeordnete Systeme dieser Einheit.

Kybernetik 2. Ordnung

Nach Bamberger (2015: 33f) ist die Kybernetik 2. Ordnung auf Heinz von Foerster zurückzuführen, der den Beobachter in das System integrierte. Klientel und Beratungsperson sind in einem systemischen Zusammenhang aufeinander bezogen und nehmen Einfluss auf das Beobachtete. Die Beratungsperson ist im Beratungssetting Interaktionspartner und Bezugsperson. Dies bedeutet für das Beratungssetting, dass es keine eigentliche Objektivität gibt. Es ist nie klar, wie die Klientin oder der Klient wirklich ist. Die Beratungsperson kann nur Möglichkeiten anbieten. Dennoch muss die Fachperson die Verantwortung übernehmen, zwischen Anregung und Autonomierespektierung agieren. Es gilt, regelmässig die Metaposition einzunehmen und zu reflektieren (Klientin/Klient und Beratungsperson!).

3.1.3 Zirkularität

Nach von Schlippe und Schweitzer (2013: 205) bedeutet Zirkularität Kreisförmigkeit. Gemäss den Autoren wird das Denken als Versuch verstanden, das Verhalten der in einem kommunikativ eingebundenen System von Menschen als Regelkreis zu beschreiben, wodurch die Eingebundenheit des Verhaltens klar wird. Ursache-Wirkungs-Hypothesen werden zusammengefügt. Nach Schmidt (2021: 21) bedeutet Zirkularität, dass neben dem individuellen Zustand der Systemmitglieder insbesondere auch die Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen ihnen wichtig sind. «Jedes Verhalten jedes Beteiligten ist gleichzeitig Ursache und Wirkung des Verhaltens der anderen Beteiligten (...) (Schmidt 2021: 21)». Dies verdeutlicht erneut, dass die Alkoholabhängigkeit nicht ein Problem der PmA ist, sondern immer auch in Rückkopplung mit den Verhaltensweisen anderer Systempartner zu verstehen ist.

3.1.4 Konstruktivismus

Die letzte systemische Perspektive betrifft die Interaktion von Person und Umwelt (vgl. Bamberger 2015: 35f): Es geht darum, wie Menschen die Welt als Bild aufnehmen, mittels eines

systemischen Vorgangs. Wir registrieren unsere Umwelt, ohne zu wissen, wie diese wirklich ist. Es wird das registriert, was sich in der Vergangenheit als nützlich erwiesen hat. Die sinnesspezifische Wahrnehmung wird analysiert und Bedeutung gegeben - unter Nutzung früherer Lernerfahrungen. Ein biografisch geprägtes Ordnungs- und Bedeutungsraaster bringt jede Person mit. Dieses Raster bestimmt den Blick der eigenen Wirklichkeit, also ist es eine eigene Konstruktion, welche durch Gefühle weiter geprägt wird.

Mit all dem, was wir auf diese Weise wahrnehmen und was wir korrespondierend dazu denken, fühlen und tun, positionieren wir uns gegenüber der Welt (da draussen) in je situationsspezifischer Weise - und erleben uns in einem je situationsspezifischen 'Ich'-Bewusstsein (da drinnen) (Bamberger 2015: 36).

Bamberger (2015: 37f) schlussfolgert, dass Personen immer nur ein persönliches Bild der Welt gewinnen und niemals ein Bild der Welt per se. Dementsprechend gestalten wir auch unsere Kommunikation individuell. Interaktionspartner in dieser Kommunikation nehmen ihre Interpretation entsprechend auch wieder individuell wahr. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Rückkopplungskreislauf. Personen halten eher Konstruktionen für wahr, wenn ihr Wohlbefinden und ihre Sicherung im Zusammenhang mit anderen nützlich ist (Konsensusrealität). Dennoch bleiben viele Unterschiede, die unter spezifischen Konstellationen zu Konfrontationen führen, da unterschiedliche Realitätskonstruktionen vorhanden sind (interpersonelle Differenzen). Von Schlippe und Schweitzer (2013: 120) beziehen sich auf Schmidt (1988) und definieren den Konstruktivismus als strenge Subjektabhängigkeit - jeder Beobachtung oder Erkenntnis.

Bamberger (2015: 38) zieht für die Beratung die Schlussfolgerung, dass es «keinen Experten geben kann, der weiss, welche Konstruktionen von Wirklichkeit wirklich, richtig oder wahr sind». Beraterinnen und Berater sollen nach dem Autor genügend offen und flexibel sein, um sich auf die Wirklichkeit der Klientel einzulassen. Konstruiertes kann umkonstruiert werden. Die Klientel kann am besten für sich beurteilen, was nützlich ist. Schliesslich sollen Klientinnen und Klienten ermutigt werden, mittels neuer Wirklichkeitskonstruktionen, neue Verhaltensmöglichkeiten auszuprobieren (vgl. Bamberger 2015: 38).

Aus diesem Verständnis heraus, gewinnt erst alles einen Sinn, eine Bedeutung, eine Wirkung in seinem Situationszusammenhang, also seinem Kontext (vgl. Schmidt 2021: 21). Zudem bekommt so der **Begriff Krankheit** eine andere Rolle. Er ist nicht Wirklichkeit, sondern ein Konstrukt und somit ist Alkoholabhängigkeit auch nur ein Konstrukt (vgl. Schmidt 2021: 22). Aus der systemischen Sichtweise spricht man von Problemen, wenn drei Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Klein 2014a: 24):

- Wiederholende Ereignisse finden statt.
- Die Ereignisse werden bemerkt und beobachtet.

- Jemand muss die Ereignisse und damit einhergehende Ergebnisabfolgen negativ bewerten.

Dementsprechend wird von Alkoholabhängigkeit gesprochen, wenn der wiederholte Alkoholkonsum negativ bewertet wird.

3.2 Methoden der systemischen Beratung

Von Schlippe (2015: 14) fasst zusammen, dass sich die sB vor allem als Erkenntnistheorie versteht und es dementsprechend keine systemischen Methoden gibt - die Interventionen ergeben sich aus dem, wie die Systemmitglieder miteinander kommunizieren sowie eigene Wirklichkeiten und leidvolle Muster entwickelt haben. Dennoch soll kurz auf einige methodische Aspekte aufmerksam gemacht werden.

Nach Brunner (2007: 659f) konzentriert sich die sB auf das Verdeutlichen und Verbessern der Kommunikationsabläufe in einem System. **Ressourcenaktivierung** kann durch **Perspektivenwechsel** geübt (→ zirkuläre Fragen: ein Mitglied gibt durch die Frage Auskunft über zwei weitere Systemmitglieder) oder das Problemsystem kann neu gerahmt (→ Reframing = Bezugsrahmen der hilfeschuchenden Person wird umgedeutet) werden. Mittelpunkt der systemischen Methoden bilden diejenigen, welche Autonomie und Selbstorganisation beim Hilfesuchenden stärken. Die Beraterin oder der Berater erfährt die Hintergründe und Zusammenhänge des Systems: Beispielsweise die Methode der **angeleiteten Reflexion**, unter anderem das «Reflecting Team» (lautes Nachdenken über den geschilderten Sachverhalt). Bamberger (2015: 249-279) fasst eine grosse Palette an **systemischen Fragen** zusammen. Der Autor (2015: 251-268) unterscheidet nebst den bereits genannten zirkulären Fragen unzählige weitere Fragen, wie die Skalierungsfragen, die zur Verdeutlichung von Unterschieden verwendet werden, Fragen zur Wirklichkeits- oder Möglichkeitskonstruktion, folglich hypothetische Fragen, Verbesserungsfragen, Ausnahmefragen, Ressourcenfragen oder Verschlimmerungsfragen, um nur ein paar wenige Beispiele zu nennen. Aufgrund der Thematik der MAS Thesis wird die Frage nach dem «bewussten Rückfall» hervorgehoben: «Wenn Sie die Alkoholabhängigkeit verabschiedet hätten, diese noch mal einladen würden: Wie könnte man das besonders charmant tun (Bamberger 2015: 269)?» Weiteres Indiz, dass die sB in der Arbeit mit rückfälligen PmA ihren berechtigten Platz hat.

3.3 Der hypnosystemische Ansatz

Das hypnosystemische Modell ist ein kompetenzaktivierender und lösungsorientierter Ansatz, der systemisch-konstruktivistische Ansätze mit den Konzepten der ericksonschen Hypnotherapie zu einem konsistenten Integrationskonzept verbindet. Es bezieht dabei auch viele kompatible ressourcenaktivierende Aspekte anderer Ansätze ein, z.B. aus Psychodrama,

Körpertherapien, der Energiepsychologie, der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie, der Priming- und der Embodiment-Forschung (Schmidt 2014: 78f).

Schmidt (2017: 18) gründete diesen Ansatz 1980. Therapieziel ist die Konzentration der Aufmerksamkeit auf künftig gewünschte Zustände, die Problembesprechung soll und darf Platz in der Therapie, beziehungsweise Beratung, einnehmen (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2013: 58). Der Autor (2021) widmet in seinem Buch «Liebesaffären zwischen Problem und Lösung» ein ganzes Kapitel der Suchttherapie - auch der Rückfall wird thematisiert, weshalb ein genauerer Blick aus der Perspektive der hypnosystemischen Therapie für die Beantwortung der Fragestellung der MAS Thesis unabdingbar ist. Er (2021: 369) schreibt, dass es aus hypnosystemischer Perspektive keine Rückfälle gibt.

Nach Schmidt (2021: 38) dient der hypnosystemische Ansatz, massgeschneiderter, flexibler und wirksamer auf die einzigartigen Kulturen der Klientensysteme eingehen zu können. Der Autor (2017: 18) sieht das Ziel darin, die Interventionen so massgeschneidert anzuwenden, dass systematisches und zielorientiertes Arbeiten ermöglicht wird, dass auf die einzigartigen Selbstorganisationsprozesse und Kontextbedingungen der Klientel eingegangen wird. Nach von Schlippe und Schweitzer (2013: 58f) ist unter den hypnosystemischen **Interventionen** die Zielfokussierung, das Pacing, Imaginationen, Utilisation, optimale Beobachterposition und Kraftentfaltung zu nennen. Weitere sind das Auftragskarussell, die Aufstellungsarbeit und die Arbeit mit dem inneren Team (vgl. Holtz 2017: 59).

3.3.1 Zentrale Annahmen

Nach Schmidt (2021: 365) ist jedes Erleben Ausdruck eines selbsthypnotischen Fokussierungsprozesses, der in einem bestimmten Kontext stattfindet - also auch die Alkoholabhängigkeit. Der Autor (2017: 19-22) fasst einige Basisannahmen zum Verständnis des Ansatzes zusammen:

- Nach ihm wird alles Erleben ständig neu erzeugt, durch Prozesse der Aufmerksamkeitsfokussierung mittels der fünf Sinne wird jede Realität konstruiert. Demzufolge sind wir Menschen alle multiple Persönlichkeiten mit vielen Ichs.
- Das Ich entwickelt sich interaktionell, was bedeutet, dass es in ständigem Rückkopplungsprozess mit der Umwelt ist. Der Mensch nimmt die Umwelt also auf seine eigene Art und Weise wahr, aber nie, wie sie tatsächlich ist. Schmidt spricht deshalb auch von Wahrgebung und nicht Wahrnehmung (vgl. Punkt 3.1.4).
- Demzufolge sind wir alle eingebettet in einem multilektischen Wechselspiel, indem autonom gestaltet wird, zugleich eine gewisse Abhängigkeit besteht - der Berater oder die Beraterin trägt eine Mitverantwortung in der Beratung.
- Das Episodengedächtnis besteht aus einem eigenständigen Erlebnisnetzwerk, welches emotional geladene Erlebnisprozesse aus dem unbewussten Erlebnisrepertoire

enthält. Menschen haben demzufolge viele Vergangenheiten und viele Zukünfte in sich. Frühere Netzwerke können ganz oder teilweise durch innere oder äussere Reize in der Gegenwart reaktiviert werden.

- Mittels des hypnosystemischen Ansatzes sollen die Erlebnisnetzwerke (meist aus dem Unbewussten) und ihren wichtigen Aspekten systematisch und detailliert beschreibbar, bewusst gemacht werden. Berg und Miller (2009: 135) beschreiben beispielsweise, dass PmA, die sich nicht für die Trinkausnahmen verantwortlich fühlen, implizit die Verantwortung für das Trinken leugnen. Daher muss die PmA lernen, dass sie es schafft, nicht zu trinken und spontane Ausnahmen in bewusste Ausnahmen umwandeln kann.
- Mittels gezielter Fragen können die Problemmuster schnell rekonstruiert und somit auch bewusster Beeinflussung zugänglich gemacht werden.
- Das gegenwärtige Erleben wird durch Prozesse im Gehirn erzeugt. Somit wirken sich auch hypothetische Gedankenspiele, sich in Situationen hineinzusetzen, enorm auf das gegenwärtige Erleben aus, bis es zur erlebten Wirklichkeit wird. Dementsprechend ist es unabdingbar, gewünschte Erlebnisprozesse zu verstehen. Stellt man sich diese vor, können sie tendenziell erlebte Wirklichkeit werden. Die Rückfallverhütung setzt hier an.
- Es ist wichtig, das Problemmuster zu verstehen, damit weitere Informationen erzeugt werden, welche die Lösung verstärken.
- Problemmuster können stark automatisiert wirken, weshalb das systematische Rekonstruieren von Problemmustern mittels einer steuernden Metaposition hilfreich sein kann, um das Erleben umgestalten zu können.

Die **Utilisation** nimmt bei Schmidt (2017: 22f) eine wichtige Rolle ein. Nach ihm sollte jede Interaktion, auch jedes Beratungsgespräch, zieldienliche Fokussierung beinhalten, da alles Erleben durch Aufmerksamkeitsfokussierung erzeugt wird. Klientinnen und Klienten sollen ihre Kompetenzen erlebbar spüren, welche ihrem Ziel entsprechend wirken. In der Beratung sollte jeder Beitrag genutzt werden, «dass jedes in der Kooperation auftauchende Phänomen so beschrieben, benannt, erklärt, bewertet und so damit umgegangen wird, dass dies zieldienlich wirken kann (Schmidt 2017: 23)». Deshalb sieht es der Autor (2017: 33) als wichtig an, über das **Problem** (problem talk) und nicht nur über die Lösung (solution talk) zu sprechen. Nicht das Reden über Probleme führt zu problematischem Erleben, sondern die Art, wie sich die sprechende Person mit dem Gesagten oder Gehörten in Verbindung setzt. Holtz (2017: 55) umschreibt dies passend, dass Problembewältigung wertschätzend als Ressource in künftige Änderungsprozesse integriert wird.

Auch in der hypnosystemischen Arbeit nehmen die **Ziele** eine wichtige Rolle ein. Nach Schmidt (2017: 24) müssen die Ziele in der Beratung so ausgehandelt werden, dass diese von Klienten und Klientinnen selbstwirksam erreicht werden.

Anders als de Shazer sieht es Schmidt (2017: 26f) als eine ethische Pflicht der beratenden Person, viele neuen **Ideen** anzubieten - Unterschiedsbildungen, die das Problem verringern. In einer transparenten Metakommunikation soll überprüft werden, wie die Interaktionsprozesse wechselseitig erlebt werden. Die Ideen müssen verständlich sein. Schliesslich hat die hilfessuchende Person die freie Wahl, wie sie mit dem Angebot umgehen möchte (vgl. Schmidt 2017: 28). Deshalb benennt Schmidt (2017: 31) die Beratungsperson als «Realitätenkellner» - eine Person, die vielfältige Menüs anbietet und Empfehlungen abgibt. Schlussendlich entscheidet sich der Gast für ein Menü. Wichtig ist, mittels Rückfragen zu klären, wie die Ideen wirken. Zudem ist aus Schmidts (2017: 32) Sicht unabdingbar, die Kommunikation mit der hilfessuchenden Person kollegial und auf derselben Augenhöhe zu gestalten, denn sie ist die Expertin ihres Lebens.

Nach Schmidt (2021: 23) zeigt jedes System Tendenzen, **Muster** stabil zu halten - nach dem Prinzip der Sicherheit. Zugleich benötigen die Systeme aufgrund der ändernden Umwelt Musteränderungen (Morphogenese), damit sie überleben können.

3.3.2 Abhängigkeit unter hypnosystemischer Sichtweise

Sind die Schilderungen unter den hypnosystemischen Ansatz nachvollziehbar, wird klar, dass sich dieses Modell «vom klassischen Krankheitsmodell im Bereich der Suchtbehandlung erheblich (Schmidt 2021:325)» differenziert. Hauptgrund sieht Schmidt (2021: 344) darin, dass PmA in ihrer Selbstverantwortung für ihre Lebensgestaltung respektiert werden (Utilisationskonzept).

Nach Schmidt (2021: 327f) sollte das **zentrale Ziel in der Suchtbehandlung die Dissoziation zwischen den diversen Seiten** der Klientin oder des Klienten sein, sie zu lockern, gar zu lösen, damit Kooperation der verschiedenen Seiten stattfindet und integriert werden kann. Gerade im Suchtbereich sei Erfahrung von den Beratungspersonen erwartet, damit systematisch und möglichst detailreich nach Ausnahmen gesucht und der Klientel geholfen wird, diese zu beschreiben. Diese Suche zeigt, dass PmA längst alle Ressourcen für eine konstruktive und dauerhafte Lösung der Suchtthematik haben - mittels der hypnosystemischen Arbeit werden die Ressourcen in ausgewogener und differenzierter Weise auf die nahen Beziehungen übertragen.

PmA reagieren auf quasihypnotische Anker (riskante Situationen wirken für wichtige Beziehungen wie vorbewusste Schlüsselreize). Dadurch erfolgen spontane Reaktionen auf bestimmte Bereiche ihrer Glaubenssysteme, Weltanschauungen und Verhaltensregeln - alle im

System reagieren wechselseitig hypnotisiert, als ob sie gar keine andere Wahl hätten, als so zu reagieren (vgl. Schmidt 2021: 330). Von Schlippe (2015: 12) spricht in diesem Zusammenhang auch von Erwartungs-Erwartungen, nämlich was die PmA glaubt, was von ihr erwartet wird, z.B. ein Rückfall. Dies kann sich innerhalb des Systems in der Kommunikationsweise so verfestigen, dass keine weiteren Spielräume übrigbleiben, als den Erwartungs-Erwartungen entsprechend zu reagieren. Der Autor (2015: 16) benennt, dass bei einem hilfesuchenden System eine «Nebelwolke der doppelten Kontingenz» vorhanden ist. Gemäss der selbsterfüllenden Prophezeiung erzeugt ein Verhalten die Anspannung des Nächsten (z.B. PmA), welcher gemäss den negativen Erwartungs-Erwartungen entsprechend handelt und die Erwartung bestätigt (z.B. mittels eines Rückfalls, «Selbstorganisation zwischenmenschlichen Unglücks»).

Deshalb versuchen die in der Beratung angewandten Interventionen auf die problemstabilisierenden Regeln des Systems einzuwirken und diese zu verändern (vgl. Schmidt 2021: 331). Schmidt (2021: 331-333) fasst folgende Merkmale von suchtblasteten Systemen zusammen:

- Die Systemmitglieder richten sich nach den Erwartungen/Entscheidungen anderer aus.
- Abgrenzung von Bedürfnissen anderer wird tabuisiert.
- Kredo der absoluten Selbstkontrolle gilt.
- Ist man verantwortungsfähig, muss man für alle im System die Verantwortung übernehmen.
- Eine Sich-Abgrenzung wird als massive Schuld gesehen.
- Es gibt nur eine richtige Sichtweise innerhalb des Systems.
- Zeigt ein Systemmitglied Probleme, muss man für dieses Mitglied die Verantwortung übernehmen und alles regeln.
- Wünsche nach Autonomie werden eher gezeigt, wenn man sich krank zeigt.
- ➔ Das Krankheitskonzept hat für die PmA eine erhebliche Attraktivität, da die Abhängigkeit zum Freund wird. Das System schreibt das Problem der Krankheit als Koalitionspartner zu (vgl. Schmidt 2021: 334f).

Demzufolge ist das «Suchtverhalten (...) vor allem ein verzweifelter Lösungsversuch (...), um Loyalitäten in wichtigen Beziehungen gerecht zu werden und zum Bestand von wichtigen Beziehungen beizutragen, welche als gefährdet erlebt werden (Schmidt 2021: 336)». Weiter schlussfolgert Schmidt (2021: 336), dass die Anteile in den PmA abgespalten werden, die nicht mit den vorherrschenden Systemregeln übereinstimmen. Sie werden aus der bewussten Wahrnehmung dissoziiert. Diese Anteile werden immer lauter und die Reaktion folgt in Konsum, was als unwillkürlich geschehend erlebt wird (Tranceerlebnis). Ziel ist dementsprechend PmA zu unterstützen, die dissoziierten Prozesse mit Folge des Abhängigkeitsverhaltens

detailliert wieder bewusst zu machen und in aktive verfügbare Prozesse zu überführen (vgl. ebd.: 338).

Für die Behandlung zieht Schmidt (2021: 342) das Fazit, dass Abhängigkeit als Mittel zur Zielerreichung eingesetzt wird. Es geht in der Beratung darum, die dahinter liegenden Ziele und Bedürfnisse auszuarbeiten, anzuerkennen und in eine konstruktive Art umzustrukturieren. Es muss geprüft werden, ob der Rhythmus, die Intensivität usw. mit der Entwicklung der Systemmitglieder übereinstimmt. Aus diesem Grund muss auch nicht die Abstinenz als oberstes Ziel angestrebt werden, sondern die PmA soll «mit verschiedenen Intensitäten und Alternativen experimentieren, um das richtige Timing und die richtigen Alternativen im Schutz des altbewährten (Schmidt 2021: 344)» Abhängigkeitsverhaltens herausarbeiten. Zentrale Aufgabe der Beratungsperson ist, den Kontext mit der PmA so zu gestalten, dass diese jederzeit überprüfen kann, dass ihre Autonomie sichergestellt ist, uneingeschränkte Autorität, über die weiteren Entwicklungsschritte zu entscheiden, besteht und die Beratungsperson nur reflektiert, reisebegleitend die getroffene Entscheidung der Person respektiert (vgl. Schmidt 2021: 34f).

3.4 Das Brügger Modell - Vorzeigerolle in der Alkoholbehandlung

In der Literatur wird dem Brügger Modell die Vorzeigerolle in der Alkoholbehandlung unter systemischer Perspektive zugeschrieben.

Nach Levold (2019: o.S.) ist das Modell auf den belgischen Psychologen und Psychiater Luc Isebaert zurückzuführen - ein bekannter Vertreter der lösungsorientierten Therapie. Da auch er durch die ericksonsche Hypnotherapie beeinflusst wurde, zeigen sich viele Ähnlichkeiten zum hypnosystemischen Ansatz von Gunther Schmidt, weshalb diese Theorie dem Brügger Modell übergeordnet wird. Das Brügger Modell wurde bekannt, weil es im Alkoholsuchtbereich nicht auf Abstinenz, sondern auf KT setzte. Therapie sei dazu da, die Wahloption zu erweitern, mittels der Ressourcen der Klientinnen und Klienten. Auch Schmidt (2021: 340) schlussfolgert, dass die Suchtregulation ein Ausdruck von Wahlprozessen ist.

Deshalb soll hier das Wichtigste nur kurz wiedergegeben werden. Wie zu Beginn dieser Thesis aufgezeigt, kann Abhängigkeit aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Nach Isebaert (1999: 140) ist eine dieser Möglichkeiten, die Abhängigkeit als Pathologie der Wahl zu betrachten. PmA können nicht und wenn doch, nur schwer wählen, ob sie ihrer Abhängigkeit nachgeben. Wahlfreiheit nach dem Brügger Modell bedeutet Wahlfreiheit zwischen Gewohnheiten zu ermöglichen (vgl. Isebaert 2005: 7). Nach dem Autor (1999: 40) wurden in der Klinik Brügge die theoretischen Prämissen umgesetzt, mit all den Konsequenzen, die sich für die Behandlung ergeben haben. Nach Isebaert (2005: V) sei das Brügger Modell als eine Art Metamodell vorstellbar, in das verschiedene Ansätze aus Verhaltenstherapie, ericksonsche Therapie und der lösungsorientierten Therapie einfließen. Das Brügger Modell geht davon aus,

dass Menschen erlerntes Verhalten und Gewohnheiten fest im Hirn gespeichert haben und die Klientel zwischen diesen Gewohnheiten wählen kann. Dafür muss die Therapie die diversen alternativen Gewohnheiten dem Hilfesuchenden plastisch in seiner Vorstellung zurückrufen: Dadurch wird Wahlfreiheit geschaffen, was das Selbstwertgefühl verbessert. Wertschätzung bildet die Grundlage der Therapie. Auch ist die Entwicklung von neuen Gewohnheiten, welche lebenslang erlernt werden können, wichtig, wie zum Beispiel durch die drei Fragen zum glücklichen Leben:

Was habe ich heute getan, wodurch ich mit mir selbst zufrieden bin? Was hat jemand anders getan, womit ich zufrieden bin, und wie habe ich darauf so reagiert, dass die Chancen grösser sind, dass diese Person das wiederholt? Was ist sonst noch passiert, womit ich zufrieden bin, und wie habe ich das hilfreich verwendet? (Isebaert 2005: 113)

Isebaert (2005: V) geht von vier Grundannahmen aus, welche im Ziel münden, zwischen den Gewohnheiten frei zu wählen, um möglichst das gewünschte Leben zu führen:

- Jede Person kann nur ihre eigenen Gewohnheiten ändern, Therapie ist dementsprechend Hilfe zur Selbsthilfe.
- Fachperson und Klientel sollen einen Kontext schaffen, der Therapie ermöglicht.
- Die hilfesuchende Person bringt den Wunsch in die Therapie ein, an den Problemen etwas zu ändern oder diese besser zu akzeptieren.
- Die Fachperson schaut, dass sie die Therapie für die hilfesuchende Person möglichst einfach macht.

Isebaert (1999: 150) beschreibt, dass es im Brügger Modell um das Rückfallmanagement geht (statt Rückfallverhütung). Rückfälle werden als Übung thematisiert. Ein Rückfall kann dementsprechend wieder als partieller Erfolg betrachtet werden, anstatt als Misserfolg.

3.5 Kritik an der systemischen Beratung

Klein (2014a: 221) zieht für sich das Fazit, dass der systemische Ansatz trotz der jahrelangen Auseinandersetzung mit der Alkoholabhängigkeit als vorläufig und ausbaubar anzusehen ist. Eine **kritische Distanz zu den eigenen Konzepten** ist empfehlenswert, ansonsten würde Gefahr bestehen, eigenen Sichtweisen Wahrheiten zuzuschreiben und ein Fundamentalist zu werden.

Von Schlippe (2015: 20-23) hält sieben Paradoxien systemischer Beratung fest, denn seiner Meinung nach sind Paradoxien unvermeidbar und Erkenntnis immer nur vorläufig. Das Aushalten dieser Paradoxien ist zugleich bedeutendste Stärke systemischer Beratung. Um sich auf den Kernaspekt dieser MAS Thesis zu konzentrieren, wird die Verfasserin kurz auf die wichtigsten Paradoxien eingehen. Die Paradoxien, die hervorzuheben sind, **«Sei neutral in Bezug auf das Ergebnis!» vs. «Orientiere dich an den Gesetzmässigkeiten kindlicher**

(menschlicher) Entwicklung!» und «Sei respektlos gegenüber allen Beschreibungen, auch wenn es um Phänomene geht, die als ‘psychische Krankheit’ bezeichnet werden!» vs. «Behandle störungsspezifisch!».

Bei der ersten Paradoxie geht es der Verfasserin weniger um den Einbezug entwicklungspsychologischen Wissens, als vielmehr um die Erwartbarkeit eines Rückfalls, da ja dieser in der Regel auftritt. Dennoch besteht die Option, dass es nicht zwangsläufig einen Rückfall geben muss. In der Arbeit ist bereits betont worden, dass sich das systemische Denken nur bedingt mit dem Begriff der Krankheit vereinen lässt. Die Krankheit wird verfestigt, Beratende beteiligen sich an der Chronifizierung und der Zugang zur Nutzung eigener Ressourcen bleibt ungenutzt. Schmidt (2021: 356-358) fasst die **Nachteile in der Pathologisierung** treffend zusammen: Aus seiner Sicht wird es für die Beratungsperson fast unmöglich, die gebotene Neutralität beizubehalten, wenn sie sich an den Krankheitskonzepten der klassischen Suchttherapie orientiert. Verständlicherweise wird hier Abstinenz als oberstes Ziel gefordert. Dadurch wird aber die PmA als Problemträger definiert, die Beratungsperson rückt auf die Seite «der Gegner» und kann nur zu dem einseitigen Agenten der Veränderung werden. Pathologisierung impliziert Defizit, Unvermögen, Krankheit und damit Fremdverantwortlichkeit, wodurch die Bedeutung der helfenden Person sehr gross wird. Diese gehemmte Sichtweise für die Ressourcen der Klientel verstärkt die Problemhypnose. Der Vorteil in der Pathologisierung sieht er (2021: 370) beim Etikettieren von Rückfällen, da die PmA mit einer Art Entscheidung und damit selbstverantwortlich Einfluss auf ihr Handeln nimmt, weshalb die meisten Kliniken auch vor Eintritt in die Entwöhnungstherapie den Entzug als Eintrittsbedingung fordern. Es stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch die Frage, wie praxistauglich die starke Tabuisierung der Pathologisierung ist.

3.6 Rückfall und systemische Beratung

Nach Klein (2014a: 122f) gilt, in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit aus systemischer Sicht und beim Eintreten eines Rückfalls, dem Klienten oder der Klienten zu erklären, dass ein Rückfall aus therapeutischer Sicht Vorteile mit sich bringt - nämlich die Möglichkeit zu prüfen, unter welchen Bedingungen getrunken wird und wofür der Konsum als **Lösungsversuch** eingesetzt worden ist. Ohne Rückfälle kann man relevante Einflussfaktoren übersehen. Mit dieser Haltung wird aufgezeigt, dass die Verantwortung für Veränderungen bei der PmA liegt - helfende Personen fühlen sich dadurch weniger schuldig und ein Rückfall wird von der PmA als weniger schambesetzt erlebt. Ein Rückfall ist dementsprechend ein **kooperationsfördernder Vorfall** in der Beratung. Zu diesem Zeitpunkt können auch Beratungsziele neu verhandelt werden oder zusätzliche Unterstützungen (evtl. doch stationäre Entzugs- und Entwöhnungstherapie zu absolvieren) eingebunden werden.

Gemäss Schmidt (2021: 339f) lassen sich Rückfälle gemäss dem hypnosystemischen Ansatz als **(un)bewusste Regulationsversuche** verstehen. Die gewonnenen Fähigkeiten ohne Abhängigkeitsverhalten werden als zu schnell erlebt. Zugleich spricht er davon, dass Rückfälle anders benannt werden sollten, da ein Rückfall impliziert, dass die Person in das alte Muster zurückgefallen ist, wodurch die gelebten Lösungsressourcen als nicht vorhanden definiert würden, was zur Problemhypnose beitragen würde. Die Person zeigt gute Gründe, weshalb sie in ein ähnliches Verhaltensmuster fällt (vgl. ebd.: 370). Nach ihm (2021: 342f) ist der Rückfall ein wichtiger Hinweis dafür, dass sich die PmA in ihrem Beziehungsverhalten und im Umgang mit sich selbst zu einseitig an die Systemregeln orientiert hat. Das erarbeitete «Sowohl-als-auch» ist wieder in das extreme «Entweder-ganz-oder-gar-nicht» zurückgekippt. Gemäss den traditionellen Rückfalldefinitionen fliesst die Annahme ein, dass jemand lebenslang abhängig bleibt. In der Suchtbehandlung würde dadurch eine völlige Identitätsänderung erwartet. Im Suchtbereich ist Rückfall ein Konstrukt, welches intensiv von den Diagnosestellern mitbeeinflusst wird und schliesslich als Rückfall etikettiert wird (vgl. Schmidt 2021: 368). Schmidt (2021: 370) schlägt deshalb vor, anstatt von Rückfall von **Ehrenrunde** zu sprechen - im Sinn von «Fortschritt von wertvollem, zieldienlichem Informationsgewinn (ebd.)». Der Autor (2021: 381) benennt Rückfälle auch als **Lösungswecker**. Die hypnosystemische Sichtweise von Rückfall ist aber nach Schmidt (2021: 371) nur sinnvoll, wenn diese Sichtweise zieldienlich, ethisch vertretbar und die Bedingungen im eigenen Arbeitskontext sie zu lassen.

Schmidt (2021: 371f) sieht vier Zusammenhänge, wie es zu Rückfällen kommen kann:

- Die erlernten Kompetenzen werden von der Klientel als nicht sinnvoll erachtet. Sie sind nicht motiviert, diese umzusetzen.
- Die im Beziehungssystem vorherrschenden Regeln werden mit den neu erlernten Kompetenzen als nicht kompatibel angesehen.
- Die erarbeiteten Lösungsmuster sind zu einseitig.
- Das alte Muster ist so stark automatisiert, dass durch die Auslösereize die Handlung stets noch unwillkürlich abgerufen wird.

Aus systemischer Sichtweise wird der Rückfall aufgrund des beschriebenen Konstruktivismus als **soziale Realitätskonstruktion** angesehen (vgl. Schmidt 2021: 367).

Der Autor (2021: 378-380) empfiehlt bei der Rückfallthematik folgendermassen vorzugehen:

- Mit der Klientel und deren Beziehungspartner hypothetisch durchspielen, was zu tun wäre, um die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zu erhöhen (Prophylaxe).
- Geschieht ein Rückfall, kann man ihn als zieldienliche Handlungsweisung für die nächsten Schritte einbeziehen.
- Auflösung der Problemtrance: Der Rückfall bewirkt eine Überführung in eine willkürlich bewusste Regulation, die eher gestaltbar ist.

- Die selbstverantwortlichen Beiträge der Klientel werden klar herausgearbeitet (mittels systemischer Methoden, wie zum Beispiel zirkulärer Fragen).
- Die neu gewonnenen Erkenntnisse müssen in ein neues, gemeinsames Verständnis der Kooperation überführt werden. Das Beratungsfeld wird zum gemeinsamen Beobachtungsfeld.

Auch Klein (2014a: 100) spricht davon, dass aufgrund der aufwühlenden therapeutischen Prozesse PmA Rückfälle erleiden, welche Indiz für die Auseinandersetzung der Klientinnen und Klienten mit sich selbst sind. Der Autor (2014a: 97-100) hat ein **Dreiphasenmodell des Wandels** entwickelt, das aufzeigt, wie systemisch die Therapie gestaltet werden kann: In der ersten Phase geht es darum, die Selbstregulationsfähigkeiten des übermässigen Alkoholkonsums zu stärken. Der Fokus liegt auf dem Trinkverhalten. In der zweiten Phase liegt der Fokus auf der individuellen Geschichte der PmA. Gemeint sind spezifische gegenwärtige und künftige elementare Herausforderungen, in denen der Blick auf die Ressourcen gerichtet wird, was vorhanden ist und wo es noch Ergänzungen braucht. Die dritte und letzte Phase bezieht sich auf die kommunikativen Aspekte der Alkoholabhängigkeit und orientiert sich an den Erzählungen der sozialen Systeme. Die Muster innerhalb der Beziehungen und auch die Muster, die ausserhalb der Familie zur Stabilisierung der Alkoholabhängigkeit geführt haben (beispielsweise Freundeskreis oder berufliches Umfeld), werden angeschaut - Beendigung und Neubeginn von Beziehungen werden fokussiert.

4. Die lösungsorientierte Beratung bei Alkoholabhängigkeit

Innerhalb der systemischen Bewegung fand das Konzept der Kurztherapie immer grössere Bedeutung und bald darauf war die Geburtsstunde der IB nach Steve de Shazer, einem der Begründer der IB²¹ (vgl. Bamberger 2015: 39-41). Nach Wolf (2014: 75f) lag von Beginn an der Fokus auf der spezifischen Kooperation in der therapeutischen Kommunikation zwischen Klientel und beratenden Person. Fokussiert werden die funktionalen Alltagshandlungen, welche bereits (un)bewusste Lösungs- und Veränderungsressourcen enthalten, die es zu aktivieren gilt.

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass es zwischen der IB und der sB sehr viele Gemeinsamkeiten gibt, weil die IB aus der sB entstand. Nachfolgend wird deshalb nur kurz auf die wichtigsten Punkte eingegangen.

4.1 Grundhaltung und Prinzipien der lösungsorientierten Beratung

Ziel der IB war es, spezifische Kooperationsstrategien zu entwickeln, die mittels hauptsächlich gegenwarts- und zukunftsorientierter Fragen und Verkündungen Veränderungen anregen sollten (vgl. Wolf 2014: 77). Heute spricht Bamberger (2013: 56) davon, dass sich die IB als Haltung etabliert hat.

Nach de Shazer (2015: 33) ist die Suche nach **Ausnahmen** ein wesentlicher Punkt der IB. Sie ist eine Technik, um Veränderungsgespräche in Gang zu setzen (vgl. de Shazer 2015: 115). Ziel ist es, die Suche nach Ausnahmen zu initiieren. Die beschwerdefreie Zeit soll so genau wie möglich untersucht werden, um innerhalb kürzester Zeit mit der Lösung beginnen zu können (vgl. de Shazer 2015: 69). Nach Bamberger (2007: 741) sind Ausnahmen unbewusst funktionierende Lösungen. Berg und Miller (2009: 130) unterscheiden zwischen bewussten und spontanen Ausnahmen. Spontane Ausnahmen sind von Klientinnen und Klienten detailbeschriebene Ausnahmen vom Trinkverhalten. Es ist jedoch ungeklärt, welche Schritte unternommen wurden, um diesen Zustand zu erreichen. Schmidt (2021: 326) betont, dass die konsequente Suche nach Ausnahmen und nach Kriterien der gewünschten Lösung unabdingbar sind für die ressourcenorientierte Arbeit. Bricht man dies auf die Alkoholabhängigkeit herunter, gilt es, die Ausnahme zu untersuchen, wo ein «Problemtrinker» nach Berg und Miller (2009: 90) nicht trinkt oder zumindest weniger getrunken hat.

²¹ Bamberger (2007: 739) verweist auf Keimer (1998) und benennt, dass deshalb auch öfters von lösungsfokussierter Beratung gesprochen wird. Nach Holtz (2017: 54) soll die Verwendung der Lösungsorientierung betonen, dass die Orientierung an den Lösungen und Problemen Herausforderung des beraterischen Handelns ist. Da die Verfasserin die Orientierung offen gestalten möchte, wird weiter von IB oder lösungsorientiertem Ansatz gesprochen.

Die IB bezieht sich auf **drei Faustregeln** - Berg und Miller (2009: 32) bezeichnen sie als zentrale Philosophie des lösungsorientierten Ansatzes:

- Wenn etwas nicht kaputt ist, soll die Person es nicht reparieren.
- «Weiss man, was funktioniert, ist damit weiterzumachen (de Shazer 2015: 156).»
- Funktioniert etwas nicht, soll etwas anders gemacht werden.

Berg und Miller (1999: 159) benennen diese Regeln auch als Umgang mit Rückschlägen. Da ein Rückfall mit einem Rückschlag gleichgesetzt werden kann, ist insbesondere bei einem Rückfall auf diese Regeln zu achten.

Nach den Autoren (2009: 29) ist die **Kooperation** als Gesamthaltung ein zentrales Prinzip der IB. Der Wandel von der Konfrontation in der traditionellen Alkoholbehandlung hin zur Kooperation ist wiederum ein Vorteil, den die IB etabliert hat.

Um die Grundhaltung der Lösungsorientierung zusammenzufassen, sollen nachfolgend weitere Prinzipien der IB betrachtet werden. Bamberger (2007: 739f) unterscheidet das Prinzip der Lösungsorientierung, das Prinzip der Utilisation, das Prinzip der Konstruktivität, das Prinzip der Veränderung und schliesslich das Prinzip der Minimalintervention.

Lösungsorientierung

Nach Bamberger (2015: 55) wird von Beginn an, der Fokus auf die Lösungsorientierung gelegt und nicht auf das Problem. Nach dem Autor (2007: 738f) ist die Devise der IB das Prinzip der Ressourcen- und Lösungsorientierung. Kernannahme ist, dass es ein grosser Irrtum in der Psychologie sei, dass das Problem etwas mit der Lösung zu tun haben müsse. «Lösungen müssen sich nicht unmittelbar auf die Probleme, die sie [Beratungspersonen] lösen sollen, beziehen (de Shazer 2015: 69).»

Utilisation

Wie bereits im hypnosystemischen Ansatz ist die Utilisation auch in der IB ein wichtiges Prinzip. Ressourcen werden als bei der Klientel vorhanden vorausgesetzt (vgl. Bamberger 2015: 56). Jedes System verfügt über alle Ressourcen, die es zur Problemlösung benötigt, nur nutzt es diese im Moment nicht (vgl. Bamberger 2015: 209f). Nach Bamberger (2007: 739) bedeutet die Utilisation, dass die beratende Person alles, was die Klientinnen und Klienten - Expertinnen und Experten für ihr Leben - mit sich bringen (Ressourcen, Kooperation), nutzt, um Lösungsperspektiven zu entwickeln. Der lösungsorientierte Ansatz versteht unter einer guten Behandlung, der Klientel alle Ressourcen und Eigenschaften zu entlocken, die zur Lösung des Problems beitragen (vgl. Berg/Miller 2009: 16).

Konstruktivität

Siehe hierzu Konstruktivismus (3.1.4). «Das Expertentum des Beraters besteht darin, dass er weiss, dass etwas Konstruiertes auch immer umkonstruiert werden kann (Bamberger 2007:

740)». Das Wesentliche in der Konstruktivität sieht de Shazer (2015: 77) darin, dass jede Person für sich eine Bedeutung konstruiert, was sie in ihrer jetzigen Situation für wichtig empfindet. Bei Personen, die sich beispielsweise in der Alkoholabhängigkeit befinden, aber noch in der Ablehnungsphase sind, bedeutet das, dass nicht dem Alkohol aktuell Bedeutung gegeben wird, sondern beispielsweise Ehe- oder Arbeitsproblemen.

Veränderung

Nach Bamberger (2007: 740) genügt ein erster Schritt, um einen eigendynamischen Veränderungsprozess in Gang zu setzen. Nach Berg und Miller (2009: 25f) ist Veränderung unvermeidlich, Klientinnen und Klienten können gar nicht anders, als sich zu verändern. Dementsprechend sollte Therapie oder Beratung natürlich auftretende Veränderungen erkennen und diese für eine Lösung nutzbar machen. Leider wurde in den traditionellen Alkoholbehandlungen die Meinung unterstützt, dass Veränderung in den meisten Fällen unwahrscheinlich ist. Nach den Autoren ist aber ein solcher Pessimismus nicht angebracht, da insbesondere bei PmA Veränderungen sehr wahrscheinlich eintreten.

Minimalintervention

Bamberger (2007: 740) beschreibt die Beratung für sich als ein Problem. Sie sollte deshalb auch baldmöglichst beendet werden. Berg und Miller (2009: 21f) sprechen in diesem Zusammenhang auch von Sparsamkeit. Die einfachsten und direktesten Mittel werden für einen Zweck verwendet. Es wird von unten nach oben gearbeitet, was stark von der traditionellen Alkoholberatung und auch von der Beratung und Therapie im Allgemeinen abweicht.

4.2 Methoden der lösungsorientierten Beratung

Nach Bamberger (2007: 740) sind vor allem die Fragen, Komplimente und Vereinbarungen (Hausaufgaben) Hauptwerkzeuge der IB, die nachfolgend vorgestellt werden sollen. Berg und Miller (2009: 114) sehen die therapeutischen Interventionen als Mittel zur Lösung des Alkoholproblems.

4.2.1 Fragen

Nach Bamberger (2007: 740) laden lösungsorientierte Fragen die Klientel dazu ein, die Aufmerksamkeit von der Problemwahrnehmung wegzuziehen. Nebst der Wunderfrage, Hauptinstrument in der IB, zählt Bamberger (2007: 740f) die Pre-session-change-Fragen (was sich vor Beratungsbeginn bereits verändert hat), Ausnahme-Fragen (wann das Problem nicht oder weniger vorhanden ist), hypothetische Fragen (wenn keine Ausnahmen berichtet werden; Ziel ist hier die problembelastete Realität zu verlassen, eine weichere Wunderfrage kann gestellt werden: «Angenommen, die Beratung würde etwas nützen - woran würden Sie das erkennen?») und schliesslich die Ressourcenfragen, die exakt erfragen sollen, welches Tun,

Fühlen oder Handeln bereits jetzt nützlich für die Lösung vorhanden ist, zum Fragekatalog der IB.

De Shazer (2015: 24) sieht die **Wunderfrage** als Grundgerüst des lösungsorientierten Ansatzes, weshalb sie hervorgehoben werden soll:

Nehmen Sie einmal an, dass eines Nachts, wenn Sie schlafen, ein Wunder geschieht, und das Problem, das Sie in die Therapie geführt hat, ist gelöst. Da Sie jedoch schlafen, wissen Sie nicht, dass das Wunder schon geschehen ist. Sobald Sie morgens aufwachen, was wird dann anders sein, was Ihnen sagt, dass dieses Wunder geschehen ist? Was sonst noch? (ebd.)

Hauptziel dieser Frage ist, dass sich Klientinnen und Klienten eine Zeit in der Zukunft vorstellen, wo das beschriebene Problem nicht mehr vorhanden ist und sie sich somit in der Lösungsbeschreibung befinden (vgl. Berg/Miller 2009: 28).

Wiederholte Fragen zu möglichen Lösungen sehen Berg und Miller (2009: 99) als produktiv an. PmA üben durch die Fragen ihre kognitiven Fähigkeiten und die Bausteine einer Lösung werden zusammengetragen. «Je mehr eine Klientin das erfolgreiche Ergebnis verbal wiederholt, umso realer wird es für sie (Berg/Miller 2009: 99)». Eine Zeit ohne Konsum wird realistischer. Den Nutzen von Skalenfragen sehen Berg und Miller (2009: 104) bei PmA darin, dass diese Personen meist viele Probleme in verschiedenen Bereichen haben und mittels Skalenfragen Prioritäten bezüglich der Frage, was zuerst getan werden muss, festgelegt werden können.

4.2.2 Komplimente

Bamberger (2015: 160) kritisiert, dass die Bezeichnung «Komplimente» eher ungünstig gewählt ist, da dieser schnell mit Oberflächlichkeit und Schmeichelei in Verbindung gebracht wird. Es liesse sich vermuten, dass durch das Erteilen von Komplimenten ein Gefälle in der Beziehung entsteht - was im lösungsorientierten Ansatz per se nicht zutrifft. Er nennt, dass die Intention beim Erteilen von Komplimenten deutlich werden muss. Es geht darum, der Klientel das Gefühl zu geben, dass sie trotz aller Schwierigkeiten kompetent ist - nebst der Beschreibung geht es darum, die eigene Begeisterung zum Ausdruck zu bringen. Nach Bamberger (2015: 161) bestehen Komplimente aus vier Komponenten: Verhalten der Klientel, besondere Stärke, Einladung zur Selbstwertschätzung und die gemeinsame Begeisterung für das positiv Entdeckte.

Ziel in der Komplementierung ist, dass die hilfeschuchende Person Anerkennung für ihre Bemühungen erhält. Die Person erlebt sich als Handelnde und erkennt die eigenen Fähigkeiten und Stärken an, was natürlich motiviert, weitere Handlungsvorschläge umzusetzen. Der Veränderungsprozess wird in Gang gesetzt, Ressourcenaktivierung geschieht (vgl. Bamberger 2015: 164). Die **Ressourcenaktivierung** ist das effektive Wirkprinzip der IB (vgl. Bamberger 2015: 165). Komplimente sollen Ressourcen hervorheben, verstärken und zur Anwendung dieser

führen. Sie sind förderlich für die Fachperson-Klientel-Beziehung (vgl. Bamberger 2007: 742). De Shazer (2015: 113f) benennt, dass das Komplimentieren dazu dient, das «Passen» (schliesst die Beziehung zwischen Klientel und Beratungsperson, die Richtung der Beratung und das Ziel mit ein) zu vergrössern und die Kooperation in der Beratung zu fördern. In jedem Fall sollen Komplimente ehrlich, echt und aufrichtig sein (vgl. Berg/Miller 2009: 125). Berg und Miller (2009: 121) halten fest, dass Fachleute die Befürchtung haben, Komplimente könnten das Trinkverhalten der PmA dulden und verstärken. Dennoch sehen sie darin zwei Vorteile: Erstens kommen PmA nach dem Komplimentieren viel eher zu einer Folgesitzung (Behandlungsabbrüche können reduziert werden) und zweitens fördert das Komplimentieren die Kooperation und die Bereitschaft der PmA, sich am Behandlungsprozess zu beteiligen. Zugleich ist Komplimente zu machen jedoch nicht das Gleiche, wie das destruktive Trinkverhalten zu billigen. Komplimente respektieren die Sichtweise der PmA, sie schenken Glauben und trösten über Misserfolge (Rückfälle) und Frustration hinweg (vgl. Berg/Miller 2009: 124).

4.2.3 Hausaufgaben

In der IB wird bereits zu Beginn, an der Veränderung gearbeitet. Dementsprechend gehören Hausaufgaben zu den essenziellen Methoden (vgl. Bamberger 2015: 57).

De Shazer (2015: 102) unterscheidet zwischen **drei Typen** von Beziehungen zwischen helfender und hilfesuchender Person, nämlich **Besucher**, **Klagende** und **Kunde**. Am besten geeignet hält er (2015: 106) die Aufgabenstellung für Kundinnen und Kunden. Diese Personen wollen aktiv etwas gegen ihr Problem unternehmen. Besucher sind Personen, die keine Beschwerde haben, in der Regel durch Dritte geschickt worden sind und Interventionen zurückweisen. Klagende können ihre Beschwerden formulieren, sehen sich aber nicht als Teil der Lösung und erhoffen sich durch die Beratung, eine Lösung zu erhalten (vgl. de Shazer 2015: 104f). Schmidt (2021: 375) ergänzt im Suchtbereich den Beziehungstypen **«Ko-Therapeutin/Supervisor»**. Eine andere Person wird als Problem gesehen und die Beratungsperson erhält den Auftrag, bei dieser Person Änderungen vorzunehmen. Die Supervisorin/der Supervisor möchte aber selbst vorschreiben, wie vorzugehen ist und den Prozess kontrollieren.

De Shazer (2015: 94) sieht den Zweck in den Hausaufgaben darin, Erfahrungen anders zu deuten und somit die Beschreibung der (Problem)Situation zu verändern. Für Bamberger (2007: 743) sind Hausaufgaben oder Vereinbarungen dazu da, Lösungsverhalten im Alltagsverhalten umzusetzen. Alle **Standartaufgaben** verfolgen das Ziel, Klientinnen und Klienten zu befähigen und erkennen zu lassen, dass ihr Verhaltensrepertoire zur Problemlösung noch nicht ausgeschöpft ist: Eine Aufgabe kann beispielsweise sein, bis zum Folgetermin zu beobachten, was im Leben, wie bisher, bleiben soll (vgl. Bamberger 2015: 57f). Bamberger (2007: 743) nennt dies auch **Beobachtungsauftrag**. Der Autor (2015: 58) fasst passend zusammen, dass sich die IB durch Leichtigkeit und Kreativität auszeichnet, mit der vermeintlich

einfache Lösungen schwere Probleme lösen können. Ein weiterer Auftrag kann das **Vorher-sagen** bezüglich des eigenen Verhaltens sein (beispielweise am Abend vorher zu beschreiben, wie das Verhalten am nächsten Tag aussieht: wird getrunken oder nicht?) - die Ausnahme wird als wiederholte Realität angesehen. Eine weitere Aufgabe ist die «**So-tun-als-ob-Aufgabe**», bei der Klientinnen und Klienten gezwungen werden, die lösungsorientierte Handlung auszuführen. Und als letzte Aufgabe wird der **Joker-Auftrag** angeführt, bei dem alles gemacht werden darf, aber anders als bisher (vgl. Bamberger 2007: 743). Interessanterweise spricht Bamberger (2015: 269) von «Als-ob»-Fragen und wandelt somit die Aufgabe in eine Frageform um, was für die Flexibilität der Methode spricht.

4.3 Kritik an der lösungsorientierten Beratung

De Shazer (2015: 13) benennt selbst, dass sein Interviewstil von anderen als «sparsam, minimal und einfach» beschrieben wird. Obwohl die IB die **Problembeschreibung** unabhängig von der Lösung sieht und möglichst wenig Platz in der Therapie einnehmen soll, schreibt er (2015: 135), dass «der sicherste Weg zum Misserfolg (...) eine mangelhafte Definition der Beschwerde» ist. Gregusch (2005: 1) kritisiert einen völligen Verzicht der Problemanalyse in der Sozialen Arbeit. Es benötigt sowohl die Problemanalyse als auch die Lösungsorientierung. Aufgrund dieser Grundlage hat auch Gunther Schmidt die IB um den hypnosystemischen Ansatz erweitert. Er kritisiert die negative Konnotation der Problembeschreibung. Nach ihm sollte die Problembeschreibung mehr wertgeschätzt werden, da so wichtige Bedürfnisse verwendet werden können (vgl. Bamberger 2015: 58). De Shazer und Dolan (2008: 215f) beschreiben, dass das Sprechen über Probleme auch im lösungsorientierten Ansatz seinen Platz hat. Das Problem kann gewürdigt werden. Es sei selten, mögliche Wünsche zu formulieren, ohne das Problem zu beschreiben. Die meiste Energie wird jedoch auf die Lösungskreierung konzentriert. Gründe hierfür sehen die Autoren darin, dass bei einer ausführlichen Lösungsbeschreibung, detailliert herauskristallisiert werden kann, wie die Lösung erreicht wird. Problembeschreibungen erschweren durch den Sprachgebrauch, widersprüchliche oder neue Möglichkeiten wahrzunehmen. Weiter sehen sich die Autoren (2008: 217) mit der Kritik konfrontiert, die IB befasse sich nicht mit **Gefühlen**: Gefühle würden in der IB Platz haben, wenn die Klientinnen und Klienten dies wünschen. Ein Gespräch über Gefühle würde jedoch tatsächlich nicht gefördert.

Ratschläge in der Beratung zu vermeiden, ist aus lösungsorientierter Perspektive sinnvoll, da die Klientel die oberste Priorität einnimmt. Die Klientel beschreibt, welches Ziel verfolgt wird. Vorschläge können gemacht werden, es sind aber nur Vorschläge, die angenommen oder abgelehnt werden können (vgl. de Shazer/Dolan 2008: 218f). Vorgängig sind die wichtigsten Kritikpunkte an der IB aufgegriffen worden. De Shazer und Dolan (2008: 225) zeigen, dass

sich die IB mit anderen Therapieansätzen verbinden lässt. Die Wirksamkeit ist noch nicht vollständig ergründet, die Beratung funktioniert aber durchaus (vgl. ebd.: 229f). Zudem halten Berg und Miller (2009: 245) fest, dass die IB entwicklungsfähig ist.

4.4 Rückfall und lösungsorientierte Beratung

Berg und Miller (2009: 159f) merken an, dass es schwierig ist, eine Behandlung zu beenden, da ein Rückfall jederzeit eintreffen kann und somit die Behandlung als nicht abgeschlossen gilt. Eher geht es darum, diejenigen Situationen zu verbessern und zu fördern, bei denen die PmA am wahrscheinlichsten erfolgreich ist. Es könne **keine Rückschläge** geben, wenn es vorweg keinen Erfolg gegeben hätte. Dementsprechend richtet sich das Augenmerk in der IB auf die **Aufrechterhaltung des Ziels**. Es geht darum, PmA zu helfen, ihre Erfolge vor dem Rückfall zu sehen und die Aufgabe anzunehmen, so schnell wie möglich zu den ursprünglich festgelegten Zielen zurückzukehren (vgl. Berg/Miller 2009: 173).

De Shazer (2015: 119-131) widmet sich in seinem Buch dem Thema **schwierige Fälle**. Professionelle weisen der Klientel den Rahmen schwieriger Fall zu. Daraus ergibt sich eine selbst erfüllende Prophezeiung und folglich keine Besserung der Situation. Dass die Veränderung eines Teils des Systems Rückwirkungen auf andere Teile des Systems hat, ist der Grundgedanke der Systemtheorie als auch der IB. Folglich geht es darum, beim Klientel Zweifel zu erregen und die Wahlmöglichkeiten zu erweitern. Zweifel werden zu einem Unterschied im Globalrahmen gemacht, ein kleiner Lösungsschritt ist gemacht worden: Aufgabe der helfenden Person ist es, die Beratung in Richtung Zweifel anzuregen. Dieser Gedanke ist insofern spannend, da rückfällige PmA durchaus lange Zeit und vielerorts als «schwierige Fälle» eingestuft worden sind. Berg und Reuss (1999: 129) beispielsweise sprechen in diesem Zusammenhang von «chronisch Rückfälligen» oder «Vielfliegern». Die IB bietet hier die Möglichkeit, den Blickwinkel zu erweitern. Um sich als Beratungsperson von den hilflosen Gefühlen gegenüber rückfälligen Personen zu trennen, sind folgende **Gedankengänge** hilfreich (vgl. Berg/Reuss 1999: 130): Die Behandlung hat bei der PmA versagt, nicht die Person selbst; hat bislang nichts funktioniert, muss die PmA das tun, was funktioniert; das Leben wird beschwerlicher, auch wenn die PmA die Unterschiede noch nicht bemerkt hat und schliesslich hat die PmA gute Gründe aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen, skeptisch zu sein, ob eine Behandlungserfahrung tatsächlich einen Unterschied machen kann.

Berg und Reuss (1999: 130f) schlagen vor, in der Beratung mit chronisch Rückfälligen, mehr Zeit damit zu verwenden, was die PmA anders machen kann. So früh wie möglich sollte damit begonnen werden, **Beratung auf eine andere Weise** zu machen. Es geht darum, bisherige Behandlung detailreich zu erfragen. Es soll herausgearbeitet werden, was geholfen hat und was die Beratungsperson möglichst zu vermeiden versucht (nicht dieselbe Behandlung

wiederholen). Mithilfe unterschriebenen Schweigepflichtentbindungen können zusätzliche Ressourcen von Anfang an in die Beratung miteinbezogen werden. Zum Schluss geht es darum, die Anzahl möglicher Lösungen zu vergrössern. Insbesondere bei «Problemtrinkern» sehen Berg und Miller (2009: 52) die Notwendigkeit, **Erfolgskriterien** in der Beratung aufzustellen, was wiederum die Zieldefinition und die Orientierung an den Zielen als wichtig hervorhebt. Berg und Miller (2009: 46-49) haben herausgefunden, dass bei «Problemtrinkern» die Typisierung der Klientel häufig falsch gemacht wurde. Es geht darum, den verborgenen Kunden aufzuspüren. Die Befassung mit Alkohol kann ausgeschlossen werden, aber die Befassung mit einem anderen Thema macht die Person zur Kundin oder das Aufspüren des anderen Kunden (z.B. Ehepartner).

Berg und Reuss (1999: 82) benennen, dass **Rückfälle unter lösungsorientierter Sichtweise anders gesehen werden als üblich**: Nach den Autoren startet eine Person nach einem erfolgten Rückfall nicht bei null, denn «ohne erfolgte Abstinenz, gäbe es keinen Rückfall (ebd.)». Mit dem Gedanken, dass Veränderung fortwährend geschieht, ist die Trinkgewohnheit ständig im Fluss und auch jeder Rückfall anders (vgl. Berg/Miller 2009: 174). Gemäss Berg und Reuss (1999: 82f) orientiert sich die Beratung nach einem erfolgten Rückfall an folgende Bereiche:

- Es geht darum, herauszufinden, was die Person gebraucht hat, um mit dem Trinken (wieder) aufzuhören, beziehungsweise wie sie eine erneute Verbesserung erreicht (anstatt Rückfallauflösung zu betreiben und die Motivation der hilfeschuchenden Person anzuzweifeln).
- Man könne herausarbeiten, was, kurz bevor der Rückfall beendet worden ist, geschehen ist. Auch hier gilt es, eine detailreiche Beschreibung der Lösung herauszuarbeiten.
- Die Einzelheiten, wie die Person bis zum Rückfall abstinent geblieben ist, sollen herauskristallisiert werden.
- Dann gilt es, den Fokus darauf zu konzentrieren, wie die Person mithilfe der beschriebenen Ausnahmen und Bemühungen, ihrem Ziel entsprechend, weiter handeln kann. Es ist wichtig, die gemachten Anstrengungen der PmA in der Beratung zu berücksichtigen und zu würdigen.
- Es gilt herauszufinden, inwiefern sich der aktuelle Rückfall von den bisherigen unterscheidet, denn die PmA hat bereits in Vergangenheit gezeigt, dass sie in der Lage gewesen ist, Rückfälle zu überwinden.

Schlussendlich ist jedes Trinkverhalten und jeder Rückfall anders. Es gilt, einen Ansatz anzuwenden, der sich an die Person anpasst und ihren Bedürfnissen entspricht. Dies kann die IB aufgrund des präzisen Fokus auf das, was funktioniert - Hilfesuchende können ihren eigenen Behandlungsplan kreieren und in die Tat umsetzen (vgl. Berg/Miller 1999: 30). In der Alkoholbehandlung gibt es nach Berg und Miller (1999: 31) nicht nur eine Lösung, sondern nur

Lösungen, denn jede hilfeschende Person ist individuell. Nach den Autoren (2009: 20) gibt es viele verschiedene Alkoholismen. Es gilt eine nichtnormative, atheoretische, klientenbestimmte Haltung gegenüber Alkoholproblemen einzunehmen - erst nachdem sich die Beratungsperson Zeit genommen hat, von der Klientin oder dem Klienten zu lernen, kann diese auch behilflich sein.

5. Möglichkeiten und Grenzen der systemisch-lösungsorientierten Beratung bei Alkoholabhängigkeitsrückfällen

5.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellung

In dieser MAS Thesis hat sich gezeigt, dass die **Alkoholabhängigkeit** ein weit verbreitetes, komplexes Phänomen ist. Es können sich zahlreiche Folgeerkrankungen entwickeln und sie tritt häufig als komorbide Störung auf. Lindenmeyers (2021: 354) Aussage, dass ein interdisziplinäres Zusammenwirken der Behandlungssysteme unabdingbar ist, wird dadurch bestärkt. Die Alkoholabhängigkeit kann durch unterschiedliche Sichtweisen beschrieben werden. Insbesondere die sozial-kognitive Lerntheorie - zugehörig zu den verhaltenstherapeutischen Konzepten - ist hervorgehoben, da zum einen das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell dazu gehört und zum anderen die verhaltenstherapeutischen Konzepte bedeutend für Rückfälle sind. Sie bauen auf dem **Rückfallmodell** nach Marlatt und Gordon auf, welches in der Thesis detailliert beschrieben worden ist. Schwerpunkt des Rückfallmodells stellt die wiederholte Überwindung von Risikosituationen und Rückschlägen im Genesungsprozess dar (vgl. Lindenmeyer/Mundle 2012: 11). Somit ist die Diskussion von Risikosituationen und Rückschlägen fester Bestandteil der Suchtbehandlung. Verhaltenstherapeutische Konzepte gehen davon aus, dass Alkoholabhängigkeit ein erlerntes Verhalten ist und folglich verlernt werden kann. Die verhaltenstherapeutische Behandlung soll Klientinnen und Klienten helfen, Verhaltensstärken einzuüben, um alternative Verhaltensformen mittels erarbeiteter Bewältigungsstrategien zu ermöglichen (vgl. Klein/Schmidt 2017: 33). Dies ermöglicht die sIB, indem sie auf die Ressourcen der Klientel zurückgreift und sie nutzbar macht. Das **Utilisationsprinzip** ist dadurch besonders vorteilhaft hervorgehoben, da Klientinnen und Klienten bereits Stärken mitbringen. In der klassischen Suchtarbeit ist dieses Merkmal zu lange nicht anerkannt worden - das schafft die sIB, indem Fachperson und Klientel miteinander kollegial, also auf Augenhöhe arbeiten. Aus systemischer Sichtweise bedeutet Alkoholabhängigkeit, drohende Beziehungskonflikte zu regulieren. Insofern bietet die sIB mit ihrem «Methodenkoffer» ein breites Repertoire, um die Beziehung der einzelnen Systemmitglieder verständlicher zu machen.

Die Suchtberatung nimmt eine wichtige Rolle in der Schweizer Suchtpolitik ein. Zur erfolgreichen Beratung hat sich vor allem das Kriterium der **Zielorientierung** herauskristallisiert. Wichtiger als die Abstinenzorientierung hat sich gezeigt, auf individuelle Zielvereinbarungen (z.B. KT) mit der Klientel hinzuarbeiten. So steht der Rückfall als mögliches Ereignis auch nicht im Mittelpunkt jedes Lebens. Diese Kritik stammt vor allem aus Vertreterinnen und Vertretern der verhaltenstherapeutischen/systemischen Sichtweise (vgl. Kufner/Soyka 2008: 319). Die Möglichkeit, sich auf individuelle Zielvereinbarungen zu konzentrieren, bietet die sIB. Denn aus systemischer Perspektive steht das nicht-abhängige dem abhängigen Verhalten und nicht die

Abstinenz gegenüber. Die PmA muss Verantwortung übernehmen und erhält durch diese Sichtweise eine Erhöhung der Wahlfreiheit. Die Chancen sowohl der lösungsorientierten als auch systemischen Beratung sind bei der Zieldefinierung betont worden. Berg und Miller (2009: 53-65) sprechen von sieben Eigenschaften für die Erstellung wohlgestalteter Ziele. Schmidt (2021: 345) widerspricht gar der über Jahre vorherrschender Haltung, dass die Abstinenz als zentrales Ziel gelten kann. Wie erwähnt, unterscheidet sich nach Soyka und Kufner (2008: 379f) die Zielformulierung je nach Stadium des **Veränderungsmodells nach Prochaska und DiClemente**, welches in dieser MAS Thesis ebenfalls ausführlich beschrieben worden ist. Aufgrund dieses Modells wird der Rückfall als Regelfall angesehen (vgl. Kemper 2016: 10). Rückfälle können in jeder der sechs Stufen stattfinden. Es gilt, als Fachperson zu erkennen, in welcher Stufe sich die hilfeschuchende Person befindet und der Stufe entsprechend geeignete, mit der Klientel erarbeitete, Techniken anzuwenden. Die Erläuterungen zur sIB haben gezeigt, dass beide Ansätze genügend Flexibilität aufweisen, um der jeweiligen Stufe entsprechend zu reagieren.

Auch hat sich gezeigt, dass es wichtig ist, in der Suchtbehandlung systemisch zu arbeiten: «Süchtiges Verhalten wird als Dynamik verstanden, die sich aus dem spezifischen Zusammenspiel zwischen psychischen, biologischen und sozialen Systemen ergibt (Klein 2014b: 354)». Der Autor (2014b: 358f), der seine systemische Arbeit auf die Alkoholabhängigkeit konzentriert hat, hat ein Dreiphasenmodell zur systemischen Behandlung von PmA entwickelt, das betont, wie vereinbar die sIB in der Arbeit mit rückfälligen PmA ist.

Zum Begriff des **Rückfalls** konnte aufgezeigt werden, dass dieser ein zentraler Begriff in der Suchtbehandlung darstellt und einen grossen Bedeutungswandel durchlaufen hat - nämlich vom Worst-Case Szenario hin zum Regelfall auf dem Genesungsweg. Neben der Alkoholabhängigkeit an sich, stellt auch ein Rückfall ein komplexes Phänomen dar, welches aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden kann (Suchtgedächtnis vs. Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon). Weil ein Rückfall als Regelfall angeschaut wird, muss die Suchtberatung einen professionellen Umgang mit rückfälligen PmA finden.

Als Beratungsweg in der Vorzeigerolle ist in dieser MAS Thesis die **Motivierende Gesprächsführung - MI** präsentiert worden. Es konnten Ähnlichkeiten (Ausnahmefragen, Ressourcenorientierung, Klientel als Experte etc.), aber auch Unterschiede (Neutralität, MI als direkter Weg mit Möglichkeit zu Ratschlägen) zur sIB aufgegriffen werden. Welche Vorteile bietet also die sIB im Gegensatz zur Motivierenden Gesprächsführung? Die Chancen liegen darin, dass die sIB nichtdirektiv und eine neutrale Grundhaltung zentral ist. Obwohl beide Methoden ressourcenorientiert und flexibel eingesetzt werden können, überwiegen die Vorteile der sIB. Insbesondere bei einer Rückfallerfahrung braucht es eine neutrale, wertfreie Grundhaltung und die nichtdirektive Art, um urteilsfrei Rückfallerfahrungen aufarbeiten zu können.

Wie mit rückfälligen PmA umgegangen wird, ist ein **Qualitätsmerkmal in der Suchtbehandlung** geworden (vgl. Körkel/Schindler 2003: V). Umso wichtiger erscheint für die Praxis, einen professionellen Umgang mit Rückfällen zu gestalten. Die sIB ermöglicht dies - mit gewissen Abstrichen. Es konnte gezeigt werden, dass der **Sprachgebrauch** einen bedeutenden Einfluss hat. Besser sei es, von Ausrutschern, aus der hypnosystemischen Sichtweise von Lösungsweckern, zu sprechen. Die Verfasserin dieser MAS Thesis verwendet im Berufsalltag den Begriff des Konsumereignisses, um eine möglichst neutrale, wertfreie Bezeichnung zu nennen. Die Merkmale des Suchthilfesystems können Gründe für einen Rückfall darstellen, welche aufgefangen werden können: Es hat sich gezeigt, dass eine Vorbereitung, wie mit Rückfällen umzugehen ist, tiefe Zugangsbarrieren für eventuelle Wiederbehandlungen, eine korrekte Platzierungen und die Vermeidung von abrupten Therapiebeendigungen positiv unterstützen. **Rückfallvorbeugung** (z.B. mittels MBRP oder S.T.A.R.) und **Rückfallbewältigung** (Rückfall soll thematisiert werden, Notfallplanerstellung) sind hier die Stichwörter. Nach der IB ist die Energieinvestition der Beratungsperson in die Rückfallprophylaxe problematisch, da Energie in die Rückfallvermeidung und somit in eine Option des Scheiterns investiert wird, was keine wohlgestaltete Zielformulierung in der Beratung darstellt (vgl. Berg/Miller 2009: 159). Hier widerspiegelt sich die **Grenze der IB**: Denn nach Körkel und Kruse (2005: 74) ist die Rückfallanalyse ein wichtiger Bestandteil qualitativer Suchtberatung und unabdingbar für sie. Auch wenn Rückfälle in aller Regel erlebt werden, gibt es Klientinnen und Klienten, deren grösster Wunsch es ist, einen Rückfall zu vermeiden. Und da sie in der Regel Auftraggeber in der Suchtberatung sind, kann es als Fachperson auch angezeigt sein, Energie in die Rückfallprophylaxe zu investieren.

SB wie IB haben Einzug in die Suchtbehandlung gefunden. Alkoholabhängigkeit und damit einhergehende Rückfälle werden als Gefüge des Systems erkannt. Durch diese Betrachtungsweise kann, wie bereits beschrieben, die Problematik adäquater erfasst werden. Die Komplexität wird per se angenommen und eine Multi-Perspektive wird garantiert (vgl. Brunner 2007: 656f). Die zentralen Annahmen des **systemischen Ansatzes** sind vorgestellt worden. Nach Klein (2014a: 46) ist denen zu folge die Alkoholabhängigkeit ein Selbstregulationsmanagement von Lösungsversuchen. Die Klientin, der Klient wird als Expertin, Experte anerkannt, um ihr/sein Problem zu lösen. In der sB geht es um die Verdeutlichung und Verbesserung der Kommunikationsabläufe in einem System (vgl. Brunner 2007: 659f). Ressourcenaktivierung, Reframing, Reflecting Team und eine Unmenge an systemischen Fragen bilden die Hilfsmittel des systemischen «Methodenkoffers». Diese Hilfsmittel bieten die Möglichkeit, auch an die Rückfallaufarbeitung kreativ und mit einer gewissen Leichtigkeit heranzugehen und die Rückfallthematik leichter zugänglich zu machen.

In Bezug auf Rückfälle und Alkoholabhängigkeit ist insbesondere der **hypnosystemische Ansatz** nach Gunther Schmidt hervorgehoben worden. Die Konzentration der Aufmerksamkeit auf künftig gewünschte Zustände liegen im Zentrum. Der Vorteil gegenüber der IB liegt darin, dass hier die **Problembeschreibung** Platz haben soll. Aus hypnosystemischer Perspektive gibt es keine Rückfälle (vgl. Schmidt 2021:369). Dennoch kann diese Erfahrung von PmA als Problem erlebt und in der Behandlung beschrieben werden. Ein zentraler Bestandteil des hypnosystemischen Ansatzes ist die Utilisation - jede Interaktion sollte eine zieldienliche Fokussierung beinhalten, da jedes Erleben durch Aufmerksamkeitsfokussierung erzeugt wird. Ziele sollen so ausgehandelt werden, dass sie von der Klientel selbstwirksam erreicht werden können. Im Sinne eines «Realitätenkellners» soll die Fachperson der Klientel möglichst viele Ideen anbieten (vgl. Schmidt 2017: 31). In der Suchtberatung bedeutet das bezogen auf Rückfälle, ein Konsumereignis aus unterschiedlichen Betrachtungsweisen zu analysieren (Hilferuf nach einer Veränderung in einem anderen Bereich des Lebens, wie Beruf oder Partnerschaft; Hinweis dafür, dass KT eher den künftigen Wünschen und Hoffnungen entspricht) und mit vielen kreativen Möglichkeiten anzugehen. Geht es um eine Zieländerung (hin zum KT, weg von der Abstinenz) oder um Beziehungswechsel - der Kreativität ist hier als Fachperson keine Grenzen gesetzt. Zwischen den Ideenmöglichkeiten entscheidet die PmA, welche Idee für sie umsetzbar ist. Schmidt verdeutlicht, dass Rückfälle umfassend zur Behandlung dazugehören. Er nennt konkrete Anweisungen, wie mit Rückfällen umzugehen ist. Die Abhängigkeit differenziert sich aus hypnosystemischer Sichtweise enorm von ursprünglichen Abhängigkeitserklärungen (vgl. Schmidt 2021: 325). Das Abhängigkeitsverhalten wird als **Lösungsversuch** verstanden (vgl. Schmidt 2021: 336). Oberstes Ziel ist nicht die Abstinenz, sondern die mit der Person erarbeiteten Ziele. Diverse Alternativen und Intensitäten sollen von der Klientel ausprobiert werden (vgl. Schmidt 2021: 344). Die Autonomie der PmA soll sichergestellt werden.

Aus systemischer Sicht ergeben sich viele Nachteile in der **Pathologisierung** (vgl. Schmidt 2021:356-358): Das Gebot der Neutralität kann die Fachperson nicht wahren, wenn sie sich an den Krankheitskonzepten orientiert; mit der geforderten Abstinenzorientierung in der Suchttherapie wird die PmA zum Problemträger, was aus systemischer Perspektive zu vermeiden ist. Denn aus systemischer Sichtweise ist nicht die Person selbst das Problem, das Problem ergibt sich aus Systemstrukturen heraus. Im Berufsalltag widerspiegelt sich hier eine **Grenze**: Die medizinische Versorgung (stationäre Einrichtungen, ambulante Psychotherapien, Tageskliniken etc.) wird von der Krankenkasse nur finanziert, insofern eine Diagnose vorliegt. Der Berufsalltag der Suchtberatung, in dem mehrheitlich Sozialarbeitende tätig sind, kann hingegen gut ohne Diagnosestellung arbeiten, da die Finanzierung der Beratung über Leistungsverträgen zwischen Beratungsstellen und den Kantonen sichergestellt und somit von der Krankenversicherung unabhängig ist.

Das **Brügger Modell** verdeutlicht die Zielvariabilität in der Suchtbehandlung, welche auf kontrollieren Konsum und nicht auf Abstinenz setzt. Klientinnen und Klienten sollen mehr Wahlmöglichkeiten in der Behandlung erhalten. Auch hier geht es eher um das Rückfallmanagement als um die Rückfallverhütung. Also wird auch in diesem Modell der Rückfall als Regelfall angesehen.

Unter 3.6 ist herauskristallisiert worden, was ein **Alkoholrückfall unter systemischer Perspektive** bedeutet, nämlich eine Lernmöglichkeit, da sie aufgrund des Konstruktivismus ohnehin eine soziale Konstruktion ist. Somit ist die Frage, wie ein Rückfall aus systemischer Beratungsperspektive verstanden und definiert wird, beantwortet. Die Veränderungsverantwortung liegt bei der PmA, der Rückfall kann als ein kooperationsfördernder Vorfall in der Beratung verstanden werden, bei dem die Ziele überarbeitet werden können. Aus hypnosystemischer Sichtweise sind Rückfälle, besser gesagt Ehrenrunden, **(un)bewusste Regulationsversuche** - neu erlernte Fertigkeiten, frei von Abhängigkeit, sind als zu schnell erlebt worden. Diese Sichtweise muss jedoch ethisch vertretbar, zielführend und den Bedingungen des Arbeitskontextes entsprechen (vgl. Schmidt 2021: 371). Sie ist in vielen Beratungssettings des Suchtbereiches vorstellbar. Zumindest in der ambulanten Beratung gestalten sich die Ziele offen. Sowohl Klein (2014a) als auch Schmidt (2021) geben aus systemischer Sichtweise an, wie mit Ehrenrunden umzugehen ist. Auch wenn Teilaspekte der systemischen Haltung hinterfragt werden können, so ist doch durch die selbstverständlich selbstreflektierte Grundhaltung eine gute Voraussetzung gegeben, um klientenorientiert und auf gleicher Augenhöhe zu beraten.

Der **lösungsorientierte Ansatz** hat sich von der sB abgehoben und zeigt, bereits zuvor zusammengefasste, Gemeinsamkeiten mit der sB auf. Auch die IB ist vielmehr eine Haltung als eine methodisch fokussierte Beratung, obwohl sie einen breiten «Methodenkoffer» aufweisen kann. Zentrale Merkmale sind die rasche Lösungsorientierung, die Suche nach Ausnahmen. Die drei Faustregeln sind vorgestellt worden, welche auf Rückfallgeschehen angewendet werden können. Vorteil in der Alkoholbehandlung bietet der kooperative Prozess zwischen Klientel und Beratungsperson (im Gegensatz zu vielen konfrontativen Prozessen in der Alkoholbehandlung; auch das Arbeiten von unten nach oben ist anders in der IB), da Ressourcen in der Klientel als vorhanden vorausgesetzt werden (Utilisationsprinzip). Mittels Minimalinterventionen sollen ständig auftretende Veränderungen unterstützt werden. Neben den drei Klienteltypen ergänzt Schmidt (2021: 375) im Suchtbereich die Ko-Therapeutin, den Ko-Therapeuten - ein weiteres Indiz für die Flexibilität des lösungsorientierten Ansatzes. Die Kritik an der IB, dass **Problemen und Gefühlen** zu wenig Raum geschenkt wird, ist nachvollziehbar. Rückfälle, besser gesagt **Ehrenrunden**, werden von den Betroffenen oft problematisch erlebt und lösen riesige Wolken an Gefühlen von Enttäuschung, Frust, Wut, Traurigkeit oder Verzweiflung aus.

Der Problembeschreibung und den Gefühlen zu wenig Platz einzuräumen, könnte für die Folgeberatung fatale Folgen haben. Klientinnen und Klienten könnten sich nicht ernst genommen fühlen und Beratungsabbrüche, ein ohnehin häufiges Phänomen in der Suchtberatung, könnten zunehmen. Deshalb ist es unabdingbar, den Gefühlen Raum zu geben - die Frage ist aber, wie gross der Raum sein soll, ohne die Problemtrance weiter zu verstärken? Auch der **Verzicht von Vorschlägen** ist fragwürdig - in der Praxis gilt abzuwägen, wie schwer ein Rückfall ist. Ein Rückfall in Kombination mit suizidalen Gedanken erfordert eine konkrete Handlung seitens der Fachperson. Vielleicht ist nach dem fünften ambulanten Entzug doch eine stationäre Entwöhnung angezeigt und kann als Vorschlag genannt werden. Stärke der IB ist, dass diese flexibel und entwicklungsfähig ist (vgl. Berg/Miller 2009: 245) und somit ihre Vorteile ihren Nachteilen überwiegen.

Hauptmerkmal der **IB und Rückfälle** ist, dass der Fokus auf der Positivität und der Lösungsorientierung sowie auf dem vereinbarten Ziel bleibt. Auf die Einstufung der rückfälligen PmA wird verzichtet. Die lösungsorientierte Sprache distanziert sich von der Deklaration «schwieriger Fälle» und verhält sich demzufolge PmA gegenüber neutral. Frühestmöglich wird Energie darin investiert, was rückfällige PmA anders machen können. Lösungsvielfalt soll ermöglicht werden und es ist gemeinsam mit der Klientel herauszuarbeiten, ob tatsächlich der Alkoholkonsum oder ein anderes Problem im Mittelpunkt steht, um sie für den Beratungsprozess zu gewinnen. Hier ergibt sich aber auch ein Problem: In der ambulanten Suchtberatung arbeiten häufig Fachperson aus der Sozialen Arbeit. Die fehlende therapeutische Ausbildung hindert Suchtberaterinnen und Suchtberater allzu viel Energie in andere Gefühlsbereiche zu investieren.

Auch in der IB wird weniger von Rückfall gesprochen, da dies ein Zurückfallen in eine vorherige Situation symbolisiert, was nicht stimmt: Vor Ehrenrunden haben Veränderungen stattgefunden. Somit ist auch die Frage der MAS Thesis beantwortet, wie ein Rückfall aus lösungsorientierter Beratungsperspektive verstanden und definiert wird. Die IB bietet Beratungsmöglichkeiten an, wie mit rückfälligen Personen umzugehen ist. Und da sich der lösungsorientierte Ansatz an die Person anpasst, kann schlussgefolgert werden, dass auch der lösungsorientierte Ansatz, wie der systemische Ansatz, mehr Chancen als Grenzen bietet und deshalb geeignet für die Beratung mit rückfälligen PmA ist.

Nach von Schlippe (2015: 24) zeichnet sich die systemische Haltung in der **Paradoxiefreundlichkeit** aus: Mittels der Selbstbeobachtung, die zum systemischen Denken dazugehört, fragt diese Haltung stets danach, wie sie sich an Konstruktionsprozessen beteiligt. Es könnte anders als beschrieben sein. Der Autor bezeichnet es als «eingebaute Selbstkorrektur», was viele Chancen in der Suchtbehandlung bietet.

Inwiefern kann die systemisch-lösungsorientierte Beratung (sIB) bei rückfälligen Personen mit einer Alkoholabhängigkeit (PmA) angewendet werden? Dieser Frage ist vorliegende MAS Thesis nachgegangen und es hat sich gezeigt, dass die sIB einen neuen Blickwinkel auf die Alkoholabhängigkeit und Rückfälle eröffnet. Durch ihre Flexibilität und die breiten «Methodenkoffer» gibt es viele Aspekte, die in der Beratung miteinfließen können. Auch die zu Beginn dieser Arbeit genannten Kriterien der Suchtberatung berücksichtigt die sIB. Wie aufgezeigt, ist die Beziehung in der sIB wichtig, die Ressourcen- und Zielorientierung unabdingbar - zur Geschlechterperspektive kann keine abschliessende Antwort geliefert werden, da die Literatur hierzu, worauf am Anfang der MAS Thesis hingewiesen worden ist, bewusst ausgelassen wurde. Grenzen zeigen sich in der Praxis: Inwiefern ist die heute vorherrschende Praxis bereit, sich mit den Begriffen Ehrenrunde oder Lösungswecker auseinanderzusetzen? Weitere Grenzen bilden die fehlende Gefühlsbetonung und die starke Kritisierung der Pathologisierung und Diagnosestellung - Hypothese bleibt, dass die medizinische Grundversorgung auch künftig mit Diagnosestellungen arbeiten wird. Schweitzer und von Schlippe (2016: 202) greifen dieses Dilemma ebenfalls auf, indem sie darlegen, dass die systemische Therapie einerseits grösstmögliche Ergebnisoffenheit und Neutralität unterschiedlichen Trinkverhaltens fördern möchte, die Kostenträger andererseits jedoch eine schnellstmögliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Abstinenz fordern. Die Aussage von Schmidt (2021: 327) wird unterstützt, dass gerade im Suchtbereich die Fachperson Erfahrung benötigt, um systematisch und differenziert nach Ausnahmen des Suchtverhaltens zu suchen. Es gilt, der Klientel zu helfen, die Ausnahmen detailliert zu beschreiben. Besondere Stärke der sIB liegt darin, der PmA die Verantwortung zurückzugeben und eine grundsätzlich positive Grundhaltung gegenüber Rückfällen einzunehmen.

5.2 Praxisrelevanz und Reflexion des persönlichen Erkenntnisprozesses

Wie sich in dieser Arbeit gezeigt hat, ist und bleibt die Abhängigkeit eine komplexe Erkrankung und die Suchtberatung bewegt sich im ständigen Wandel. Im Arbeitsfeld der Suchtbehandlung bewegen sich Medizinerinnen und Mediziner, Pflegefachperson, Psychologinnen und Psychologen, vor allem aber auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Die Verfasserin dieser MAS Thesis hat die Ausbildung als Sozialarbeiterin BA absolviert und arbeitet in der ambulanten Suchtberatung. Weshalb ein Blick aus **sozialarbeiterischer Sicht** unabdingbar ist, zumal die Soziale Arbeit im Bereich der Suchthilfe wenig Gehör findet, ihre Wirkung wird viel zu oft aberkannt (vgl. Grob 2021: 6). Krebs, Mäder und Mezzera (2021: 22) benennen, dass die Abhängigkeit von der Sozialen Arbeit als Symptom herausfordernder Lebensumstände oder Traumata interpretiert wird, welches nur verstanden werden kann, wenn die soziale Dimension anhand «einer sozialen Diagnostik» ersichtlich wird. Eine systemische Perspektive aller Komponenten und Subsysteme ist aus sozialarbeiterischer Praxis relevant. In der sozialen

Diagnostik formt sich eine Herausforderung, nämlich die, dass die systemische Grundhaltung auf mögliche Diagnosestellungen verzichtet. Zugleich kann es auch bedeuten, dass dieses Paradoxon auszuhalten ist und sowohl Diagnose als auch systemische Grundhaltung vereinbar sind. Dementsprechend tendiert diese Thesis pro Einbezug der systemischen Grundhaltung mit all ihren Möglichkeiten - IB inbegriffen. Der Klientel soll ein bestmöglicher Ausstieg aus der Abhängigkeit geboten werden können. Klientinnen und Klienten haben ein Recht auf qualitative Auswahlmöglichkeiten, um an der Abhängigkeitsproblematik zu arbeiten und das bietet ihnen die sIB.

Weil die Abhängigkeit eben nicht nur Veränderung der Konsummuster (Konsumminderung, KT, Abstinenz), sondern auch gelingende, autonome Lebensführung bedeutet, sollte die Soziale Arbeit alles in ihre Macht Stehende tun, um zielgerichtete Veränderungsprozesse der psychosozialen Dynamik in Gang zu setzen (vgl. Krebs et al. 2021: 23). Die sIB vermag aufgrund ihrer starken Zielorientierung, die individuell mit der Klientel herausgearbeitet wird, den zielgerichteten Prozess einzuleiten.

Die Soziale Arbeit verpflichtet sich dem Berufskodex. Die systemische Grundhaltung lässt sich ideal mit der Grundhaltung der Sozialen Arbeit vereinen. Werte wie Gleichbehandlung, Selbstbestimmung und Ermächtigung sind nur wenige Beispiele, welche sich mit der systemischen Grundhaltung decken (vgl. AvenirSocial 2010: 8f). Bis hin zur Ablösung der Abstinenz als oberstes Gebot in der Abhängigkeit, war und ist es stets noch ein langer Weg. Es ist ein **Umdenken in der praktischen Suchtberatung** angezeigt. Die praktische Herausforderung liegt nun darin, den **Rückfallbegriff** zu eliminieren und durch Ehrenrunde zu ersetzen. Dies kann ein langwieriger sprachlicher und politischer Prozess werden, den es jetzt zu beginnen gilt. Nach Hehlmann (2018: 279) begann Anfang des 20. Jahrhunderts die linguistische Wende, auch linguistic turn genannt, da die Geisteswissenschaft nicht mehr drumherum kam, sich mit der Sprache zu befassen und Stellung zu beziehen, wie diese funktioniert und inwiefern sie auch unsere Realität beeinflusst. Es geht um die Wechselwirkung zwischen Sprache und Realität. De Shazer (2017) befasst sich in seinem Buch «Worte waren ursprünglich Zauber» mit der Sprache als Hauptinstrument der IB. Der Autor (2017: 18-25) hat die Haltung vertreten, um den Zauber der Sprache zu verstehen, muss der Kontext betrachtet werden, in dem Worte ihren Zauber entfalten. Dieser findet in jeder Konversation statt. Die Bedeutungsgebung der Sprache ist instabil und kann dadurch auch umgedeutet werden. Diese Sichtweise nun aufzubrechen, würde aber den Rahmen dieser MAS Thesis sprengen. Sie verdeutlicht aber zugleich, wie wichtig es ist, dass ein bewusster Umgang mit der Sprache in der Rückfallthematik stattfindet.

Aus dem **persönlichen Erkenntnisprozess** kann zusammengefasst werden, dass die Komplexität und Fülle an Einzelthemen innerhalb der Thematik «sIB mit rückfälligen PmA»

unterschätzt worden ist. Für die Praxis konnte das theoretische Wissen erweitert werden. Insbesondere die Hintergrundtheorie des Veränderungsmodells und der Rückfalltheorie nach Marlatt und Gordon haben das theoretische Wissen gefestigt. Zugleich ist die Verfasserin in ihrer Grundhaltung bestärkt worden, Rückfall als Konsumereignis zu bezeichnen und dies als Regelfall, beziehungsweise als Lernerfahrung, zu sehen. Dem Begriff der Ehrenrunde steht die Verfasserin etwas kritisch gegenüber, da ein Rest an negativer Bedeutungsgebung übrig bleibt. Weshalb stehen einigen Klientinnen und Klienten Ehrenrunden zu, weshalb anderen nicht? Zudem kann der Begriff der Ehrenrunde auch eine Gefahr der Stigmatisierung beherbergen. Begriffe wie Konsumereignis oder Lösungswecker erhalten eine neutralere Gewichtung. Da die systemische Haltung jedoch eine kritische Selbstwürdigung stets miteinschliesst, wird dies von den Mitlesenden vermutlich toleriert werden. Das positive Gefühl, lösungsorientierte und systemische Methoden in die Beratung weiter einfließen zu lassen, bleibt der Verfasserin erhalten.

5.3 Kritische Würdigung der Befunde und Ausblick

Die MAS Thesis hat sich mit komplexen Themen (Alkoholabhängigkeit, Rückfallbegriff, systemische Beratung, lösungsorientierte Beratung etc.) beschäftigt. Aufgrund jener Komplexität ist eine **Reduktion** notwendig gewesen, derentwegen auf einzelne Themen nicht näher eingegangen worden ist und einige zusammenfassende Elemente oberflächlich erfasst wurden. Wichtige Bestandteile, wie die Co-Abhängigkeit, der Einbezug komorbider Störungen oder die Wirksamkeitsforschung der sB (inkl. der IB), sind nicht eingeflossen. Da die sB alle Systemmitglieder miteinbezieht, wäre eine **qualitative Forschungsarbeit**, die sich mit der Sicht der Angehörigen auf den Rückfall beschäftigt, empfehlenswert. Demzufolge stimmt die Verfasserin dem Aufruf von Bischof (2016: 7) zu. Ein Rückfall belastet das ganze System, nicht nur die Konsumentin, den Konsumenten. Die Hypothese aus diesem Blickwinkel lautet, dass die sIB viele Chance bietet, da sie explizit mit den Systemmitgliedern arbeitet und unterschiedliche Sichtweisen einfließen lässt. Spannend wäre es, der Frage nachzugehen, wie sich der Einfluss der sIB auf den Problemträger, besser gesagt den Symptomträger (rückfällige PmA), auswirkt. Auch hier könnten sich neue Sichtweisen ergeben.

Die vorliegende MAS Thesis ist eine rein **literaturgestützte Forschungsarbeit**. Es wurde teilweise Werke aus vorherigem Jahrhundert verwendet und in erster Priorität selbständige Literatur beigezogen, um möglichst aus den Originalquellen zitieren zu können. Auch wurde auf den Miteinbezug englischer Originalquellen verzichtet, da diese nicht mehr verfügbar sind. Dies könnte ein Aufruf an die Forschungswelt sein, aktuelle Forschung zur Rückfallthematik zu betreiben. Der Einbezug qualitativer Methoden würden die Ergebnisse weiter bereichern. Beispielsweise könnte der Begriff des Rückfalls aus Betroffenenperspektive analysiert werden.

Auch könnten konkrete Rückfallgespräche miteinander verglichen werden, um so «best practice» Beispiele herauszukristallisieren. Nach Lindenmeyer (2021: 364) ist die erste Wahl der Therapie, beziehungsweise der Beratung, MI und abstinentorientierte kognitive Verhaltenstherapie. **MI** wurde in dieser MAS Thesis nur kurz angeschnitten. Da MI in der Wirkungsforschung breit analysiert worden ist (vgl. Lindenmeyer 2021: 364), wäre eine vergleichende Forschungsarbeit (sIB vs. MI) mit Vergleichskriterien eine weitere Möglichkeit, um tiefer in die Materie einzudringen. Ebenfalls könnte die **kognitive Verhaltenstherapie** mit der sIB verglichen werden. Würden hier viele Gemeinsamkeiten eruiert, liegt die Hypothese nahe, dass sIB besondere Wirkung in der Suchtbehandlung bietet.

Künftig wird sich zeigen, wie mit der Rückfallthematik in der Alkoholabhängigkeit umgegangen wird und wie sich der **Sprachgebrauch** verändert. Die Verfasserin der MAS Thesis blickt positiv in die Zukunft, da anhand dieser Arbeit doch gezeigt werden konnte, dass der Begriff Rückfall im Wandel ist und dies bereits seit einigen Jahren. Nun gilt es, die Veränderung konsequent zu vollziehen, dem Aufruf der Profession der Sozialen Arbeit gerecht zu werden und Stimmen der Sozialarbeitenden laut werden zu lassen und den Ehrenrunden, besser gesagt Lösungsweckern oder Konsumereignissen, Platz einzuräumen. Denn fraglich bleibt, inwiefern die Praxis bereit ist, den seit Jahren vorhandenen Begriff des Rückfalls durch Begriffe wie Ehrenrunde, Lösungswecker oder Konsumereignis aufzugeben. Die Verfasserin hat sich bereits vor Beginn dieser MAS Thesis Gedanken gemacht und den Begriff des Konsumereignisses verwendet, was ein Indiz dafür sein kann, dass der Wandel bereits längst stattgefunden hat. Spannend wäre es, eine solche Arbeit in zehn Jahren nochmals zu schreiben, um zu analysieren, inwiefern sich die Praxis verändert hat und ob der aktuelle Zeitgeist den Mut gefunden hat, Rückfälle aus neuen Konzepten heraus zu verstehen. Erfahrungen aus der eigenen beraterischen Praxis verdeutlichen, dass der Umgang mit Herausforderungen und Rückschlägen für die Klientel ein emotionaler Prozess ist. Diesem Umstand sollten sich die Fachpersonen bewusst sein und dementsprechend sorgsam und mit Bedacht vorgehen - die sIB bietet ihnen die Möglichkeit dazu.

6. Quellenverzeichnis

Altmannsberger, Walter (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern. URL: https://www.rsd-oberhofen.ch/Berufskodex_AvenirSocial.pdf [Zugriffsdatum: 11.02.2022].

Bamberger, Günter G. (2007). Beratung unter Lösungsorientierter Perspektive. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendieck (Hg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 737-748.

Bamberger, Günter G. (2015). Lösungsorientierte Beratung. 5. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Berg, Anke/Ridinger, Monika/Mäder, Roger (2020a). Alkoholabhängigkeit / abhängiges Konsumverhalten. URL: <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol/alkoholkonsumgewohnheiten/alkoholabhaengigkeit> [Zugriffsdatum 24. Juli 2021].

Berg, Anke/Ridinger, Monika/Mäder, Roger (2020b). Rückfall / Vorfall. URL: <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol/rueckfall-vorfall> [Zugriffsdatum 29. August 2021].

Berg, Insoo Kim/Miller, Scott D. (1999). Die Wundermethode. Ein völlig neuer Ansatz bei Alkoholproblemen. 2. Auflage. Dortmund: Verlag modernes lernen.

Berg, Insoo Kim/Reuss, Norman H. (1999). Lösungen - Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmissbrauch. Dortmund: Verlag modernes lernen, Borgmann KG, D.

Berg, Insoo Kim/Miller, Scott D. (2009): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. 7. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Bischof, Gallus (2016). Rolle der Partnerschaft bei Rückfällen. In: SuchtMagazin. 42. Jg. (1). S. 19-22.

Brueck, Rigo/Mann, Karl (2007). Alkoholismus - spezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Brunner, Ewald Johannes (2007). Systemische Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendieck (Hg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 655-661.

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.). (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-sucht/stategie-sucht.pdf.download.pdf/Nationale%20Strategie%20Sucht.pdf> [Zugriffdatum 16. Oktober 2021].

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.). (2020). Langfristige Konsumtrends in der Schweiz. Entwicklung des Konsums von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen über 25 Jahre (1992-2016). URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/faktenblaetter/faktenblaetter-sucht/themenheft-konsumtrends-1992-2026.pdf.download.pdf/LY4_2020_BAG_A4_Themenheft_Konsumtrends.pdf [Zugriffdatum 22. Juli 2021].

De Shazer, Steve/Dolan, Yonne (2008). Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg: Carl-Auer-Syteme Verlag.

De Shazer, Steve (2015). Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurztherapie. 13. Auflage. Heidelberg: Carl- Auer Verlag GmbH.

De Shazer, Steve (2017). Worte waren ursprünglich Zauber. Von der Problemsprache zur Lösungssprache. 4. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.

Gregusch, Petra (2005). Voraussetzungen erfolgreicher Veränderungsarbeit. In: AvenirSocial (Hg.). URL: <https://docplayer.org/19662474-Voraussetzungen-erfolgreicher-veraenderungsarbeit.html> [Zugriffdatum: 27.11.2021].

Grob, Annina (2021). Politische Arbeit konkret. Erschienen im November 2021. In: SozialAktuell. O. Jg. (8). S. 5-6.

Grosshans, Martin/Mann, Karl (2012). Alkohol. In: Batra, Anil/Bilke-Hentsch, Oliver (Hg.). Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Georg-Thieme Verlag KG. S. 73-99.

Hehlmann, Thomas (2018). Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-658-19494-9.

Holtz, Karl L. (2017). LoB macht erfinderisch. Lösungsorientierte Beratung unter hypnosystemischer Perspektive. In: Der Realitätenkellner. Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Coaching und Supervision. Leeb, Werner A./ Trenkle, Bernhard/ Weckenmann, Martin F. (Hg.). Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH. S. 53-66.

Ingwersen, Friedrich (1999). Das Programm der Anonymen Alkoholiker. Ein systemisch-lösungsorientierter Selbsthilfensatz? In: Döring-Meijier, Heribert (Hg.). Ressourcenorientierung. Lösungsorientierung. Etwas mehr Spass und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 34-46.

Isebaert, Luc (1999). Suchttherapie nach dem Brügger Modell. In: Döring-Meijier, Heribert (Hg.). Ressourcenorientierung. Lösungsorientierung. Etwas mehr Spass und Leichtigkeit in der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 140-150.

Isebaert, Luc (2005). Kurzzeittherapie - ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. Unter Mitarbeit von Van Ciollie, Geert/Kersting, Karin/Schimansky, Hans-Christoph. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Iseli, Salome (2021). Das Konzept und die Wirkung der Motivierenden Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Studium Sozialer Arbeit. Muttenz.

Keller, Stefan/Velicer, Wayne F./ Prochaska, James O. (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Keller, Stefan (Hg.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 17-44.

Kemper, Ulrich (2016). Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit? In: SuchtMagazin. 42. Jg. (1). S. 4-11.

Kemper, Ulrich (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Medizin. In: Rummel, Christina/Gassmann, Raphael (Hg.). Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S.46-58.

Klein, Rudolf (2014a). Lob des Zauderns. Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Klein Rudolf (2014b). Süchte. In: Systemische Therapie und Beratung - das grosse Lehrbuch. Levold, Tom/Wirsching Michael (Hg.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH. S. 354-359.

Klein, Rudolf/Schmidt, Gunther (2017). Alkoholabhängigkeit. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Kleinemeier, Eva (2004). Ziele der Suchttherapie. In: Krausz, Michael/Haasen, Christian (Hg.). Kompendium Sucht. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 35-38.

Körkel, Joachim/Schindler, Christine (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer-Verlag.

Körkel, Joachim/Kruse, Günther (2005). Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Körkel, Joachim (2006). Rückfallpräventionstraining. In: Methoden der Verhaltensänderung: Komplexe Interventionsprogramme. Schermer, Franz J./Weber, Angelika (Hg.). S. 133-171.

Körkel, Joachim (2012). 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. 30 Years of Motivational Interviewing: An updated Overview. In: Suchttherapie. 13. Jg. (3). S. 108-118.

Körkel, Joachim (2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. In: Sucht. 61. Jg. (3). S. 147-174.

Körkel, Joachim (2016). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das Programm «S.T.A.R.». In: SuchtMagazin. 42. Jg. (1). S. 31-33.

Krebs, Marcel/Mäder, Roger/Mezzera, Tanya (2021). Die Bearbeitung der sozialen Dimension von Sucht. Erschienen im November 2021. In SozialAktuell. O.Jg..(8). S. 22-23.

Kreh, Oliver/Levas, Julia/Hofer, Karolin (2016). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. In: SuchtMagazin. 42. Jg. (1). S. 27-30.

Levold, Tom (2014). Therapie und Beratung als systemische Praxis. In: Systemische Therapie und Beratung - das grosse Lehrbuch. Levold, Tom/Wirsching, Michael (Hg.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH. S. 14-20.

Levold, Tom (2019). Luc Isebaert 22.5.1941-30.9.2019. In: Systemmagazin. Online-Journal für systemische Entwicklungen. (Hg.). URL: <https://systemmagazin.com/luc-isebaert-22-5-1941-30-9-2019/> [Zugriffsdatum: 17. Oktober 2021].

Lindenmeyer, Johannes (2005). Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 7. überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Lindenmeyer, Johannes (2016): Alkoholabhängigkeit. 3. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH&Co. KG.

Lindenmeyer, Johannes (2021). Alkoholabhängigkeit. In: Psychotherapeut Jg. 66 (4). S. 353-368. Springer Medizin Verlag GmbH. URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00278-021-00518-1.pdf> [Zugriffsdatum: 04.01.22].

Lindenmeyer, Johannes/Mundle, Götz (2012) (Hg.). Vorwort der deutschen Herausgeber. In: Bowen, Sarah/Chawla, Neha/Marlatt, G.Alan. Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 10-17.

Maffli, Etienne/Wacker, Hans-Rudolf/Mathey, Marie-Claire (1995). 7-Jahre-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. Schlussbericht eines durch die Schweizer Stiftung für Alkoholforschung und das Bundesamt für Gesundheitswesen geförderten Projektes. Nr.26. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.

Miller, William R./Rollnick, Stephen (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Miller, William R./Rollnick, Stephen (2015). Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerkes in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Mutschler, Jochen/Müller, Christian A./Soyka, Michael (2019). Alkohol. In: Soyka, Michael/Batra, Anil/Heinz, Andreas/Moggi, Franz/Walter, Marc (Hg.). Suchtmedizin. München: Elsevier GmbH. S. 93-119.

Nestler, Eric J./Malenka, Robert C. (2004). Das süchtige Gehirn. In: Spektrum der Wissenschaft. 5. Jg. S. 34-41.

Prochaska, James/Norcross, John/Diclemente, Carlo (1997). Jetzt fange ich neu an. Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. München: Droemersch Verlagsgesellschaft Th. Knaur Nachf.

Rinckens, Stephan (2003). «Eine Ausrede findet sich immer!». Die subjektive Rückfallbegründung alkoholabhängiger Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Schmidt, Gunther (2014). Hypnosystemische Ansätze. In: Systemische Therapie und Beratung - das grosse Lehrbuch. Levold, Tom/Wirsching Michael (Hg.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH. S. 78-82.

Schmidt, Gunther (2017). Berater als «Realitätenkellner» und Beratung als koevolutionäres Konstruktionsritual für zieldienliche Netzwerkaktivierungen - Einige hypnosystemische Implikationen. In: Der Realitätenkellner. Hypnosystemische Konzepte in Beratung, Coaching und Supervision. Leeb, Werner A./ Trenkle, Bernhard/ Weckenmann, Martin F. (Hg.). Heidelberg: Carl Auer Verlag GmbH. S. 18-35.

Schmidt, Gunther (2021). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. 9. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.

Schweitzer, Jochen/von Schlippe, Arist (2016). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Soyka, Michael/Küfner, Heinrich (2008). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 6. vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Sucht Schweiz (2021). Schweizer Suchtpanorama 2021. Corona-Stress und Sucht: Frühzeitig Hilfe holen. URL: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2021/2021SchweizerSuchtPanorama.pdf [Zugriffsdatum 22. Juli 2021].

Tretter, Felix (2017a). Allgemeines. In: Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Tretter, Felix (Hg.). 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 3-13.

Tretter, Felix (2017b). Ursachen. In: Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Tretter, Felix (Hg.). 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 14-52.

Tretter, Felix (2020). «Bio-psycho-soziales Modell» - Steckbrief und Perspektiven. In: Rummel, Christina/Gassmann, Raphael (Hg.). Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S.13-24.

Vogt, Irmgard/Schmid, Martin (2007). Sucht- und Drogenberatung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendieck (Hg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. 2. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 1051-1062.

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

Von Schlippe, Arist (2015). Systemisches Denken und Handeln im Wandel. Impulse für systembezogenes Handeln in Beratung und Therapie. In: Kontext 46 Jg. (1). S. 6-26.

Widulle, Wolfgang (2020). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS. ISBN 978-3-658-29204-1.

Wolf, Ferdinand (2014). Der lösungsfokussierte Ansatz. In: Systemische Therapie und Beratung - das grosse Lehrbuch. Levold, Tom/Wirsching Michael (Hg.). Heidelberg: Carl- Auer Verlag GmbH. S. 75-78.

7. Eidesstattliche Erklärung

Persönliche Erklärung zur Verfassung der MAS Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz

«Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich diese Arbeit selbstständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln und Hilfeleistungen angefertigt habe. Aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommene Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.»

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....