

**STELLENWERT DER
SOZIALARBEIT IN DER
ALKOHOLIKER_{INNEN}THERAPIE
NACH DR. OTTO LESCH**

**Entwicklung von Erfolgskriterien für einen transdisziplinären
Therapieansatz aus der Sicht der im Wohnheim Winden/Melk
betreuten Menschen**

von

Josef Ginner

Diplomarbeit zur Erlangung des
akademischen Grades Magister

an der Fachhochschule für Sozialarbeit /
St.Pölten

2006

Begutachtung Mag^a Manuela Brandstetter

DSA MA Kurt Fellöcker

Datum : Mai 2006

INHALTSVERZEICHNIS

Danksagung / Eidestattliche Erklärung.....	4
Abstract / Kurzfassung	5

KAPITEL I

1.1. Zugang zum Thema.....	7
1.2. Volkswe Bedeutung von Alkohol und sozialmedizinischer Zugang	9
1.3. Forschungsfrage:	13
1.4. Arbeitsablauf / Methoden:.....	14

KAPITEL II:

2.1. Alkoholismus:.....	15
2.1.1. Begriff und Definition	15
2.1.2. Epidemiologische Verbreitung in Österreich	17
2.1.3 zur biochemischen Wirkung von Alkohol auf den Menschen.....	20
2.1.3.1. Rausch und Vergiftung.....	20
2.1.4 Psychiatr. Begleit- + Folgeerkrankungen bei chron. Alkoholismus	20
2.1.5 Selbstmordrisiko	21
2.1.6 Neurologische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus	22
2.1.7 Internistische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus	23
2.2. Familiäre Konsequenzen des Alkoholkonsums.....	24
2.3. Soziale Konsequenzen des Alkoholkonsums	25

KAPITEL III

3. Typologien	28
3.1. Jellinek	29
3.2. Cloninger.....	31
3.3. Babor.....	32
3.4. ICD 10.....	33
3.5. DSM IV.....	34
3.6. Kritik am Krankheitsmodell:.....	34
3.7. Typologie nach Lesch.....	36

KAPITEL IV

4. Besonderheit der Typologie nach Dr. Otto Lesch	46
4.1 Entstehungskontext der Typologie nach Lesch	46

KAPITEL V

Sozialarbeit als Wirkfaktor in der Entwöhnungstherapie.....	48
5.1. Definition von Sozialtherapie.....	48
5.2. Richtlinien für die Sozialarbeit mit chronischen AlkoholikerInnen	50

KAPITEL VI

Was bedeutet Erfolg in der Entwöhnungstherapie	
6.1. Therapieerfolg.....	55
6.2. Rückfall.....	57

KAPITEL VII

Stellenwert der Sozialarbeit aus der Sicht der Betroffenen	
7.1. Erhebungsmethode	57
7.2. Erfolgskategorien in der Entwöhnungstherapie	58
7.3. Zusammenfassung	68

KAPITEL VIII

8.1. Erfahrungen im Wohnheim Winden.....	70
8.2. Auszug aus dem Betreuungskonzept	71
8.3. Aus dem Jahresbericht 2005 des Wohnheims	73

KAPITEL IX

Zusammenfassung der Ergebnisse	75
Literaturverzeichnis	78
Internetquellen	80
Grafikverzeichnis / Primärquellen / Sonstige Quellen	81

DANKE SCHÖN

Diese Arbeit entstand im Frühjahr 2006. Ich bin meinem Dienstgeber, dem Verein Wohnen und Arbeit, bzw. seinem Vorstand, sehr zu Dank verpflichtet, dass ich meine beruflichen Erfahrungen auf diese Weise verwerten darf.

Ich bedanke mich beim Team im Wohnheim Winden, meinen Kolleginnen und meinem Kollegen dort, dass sie mich in jeder Phase der Arbeit unterstützt haben.

Besonders wichtig war für mich die Unterstützung durch Dr. Otto Lesch, dessen unkomplizierte Herangehensweise mich stark beeindruckt hat.

Weiters danke ich der Betreuerin Mag^a Manuela Brandstetter für die kritische aber geduldige und selbstverständliche Unterstützung im Prozess der Entstehung dieser Arbeit sowie auch bei der abschließenden Zusammenstellung.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Josef Ginner, geboren am 27. April 1958 in Steinakirchen, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Melk, am 05.05.2006

ABSTRACT

Josef Ginner, Matrikelnummer: 0510096116

Stellenwert der Sozialarbeit in der AlkoholikerInnentherapie nach Dr. Otto Lesch

Entwicklung von Erfolgskriterien für einen transdisziplinären Therapieansatz aus der Sicht der im Wohnheim Winden/Melk betreuten Menschen

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule für Sozialarbeit, St.Pölten im Mai 2006

AlkoholikerInnentypologien wurden anhand medizinischer Untersuchungsverfahren entwickelt. Die daraus resultierenden Therapien orientieren sich ebenfalls vorwiegend an medizinisch-pharmakologischen Vorgaben. Lesch hat eine eigene Typologie von AlkoholikerInnen entwickelt und zu jedem Typ ein Muster von Therapieansätzen, die sich größtenteils an sozialtherapeutische und/oder sozialarbeiterische Herangehensweisen anlehnen. Im Wohnheim Winden bei Melk wird nach dieser Typologie gearbeitet. Die meisten KlientInnen haben davor bereits mehrere (herkömmliche) Entwöhnungstherapien durchlaufen.

Die Diplomarbeit beschäftigt sich mit Alkoholismus im Allgemeinen, mit Typologien und mit Therapieansätzen. Weiters fließen die Erfahrungen der KlientInnen mit ihren Behandlungen ein, wie wirksam erleb(t)en sie die spezifische Sozialtherapie im Vergleich zu den bisherigen Erfahrungen mit Entwöhnungsbehandlungen im vorwiegend medizinisch-stationären Kontext. Welche Faktoren tragen nach Meinung der KlientInnen zu einer erfolgreichen Entwöhnung bei?

The Importance of Social Work in the Therapy of Alcoholics of Dr. Lesch

Developing criterias of success from the point of view of inpatients in a shelter for homeless people in Winden / Melk

Typologies of alcoholics have been developed according to medical procedures. The resulting treatments are more or less following the medical and pharmacological guidelines. Lesch has developed an own typology of alcoholics and suggestions of therapies for each of the four types that are more inclined to involve methods of social work and social therapy rather than only medical treatments. In the home for longterm therapy in Winden/Melk these suggestions are being followed and applied. Most of the clients have already undergone a series of conventional withdrawal-therapies.

This thesis describes the phenomenon Alcoholism in general, different typologies, different therapies and the experiences of the clients with their former medical-centred therapy and the socialwork oriented therapy in Winden. Which factors can contribute to a successful withdrawal therapy.

KAPITEL I

1.1. ZUGANG ZUM THEMA

Das Wohnheim Winden beherbergt seit 1989 obdachlose Menschen. Der Betreiberverein, Verein Wohnen und Arbeit, hat dazu einen Tagsatz-Vertrag mit dem Amt der NÖ Landesregierung, der einerseits die inhaltliche Ausrichtung der Betreuung und andererseits die Finanzierung der Einrichtung festlegt. (Auszüge im Anhang). Als Zielgruppe gelten volljährige obdachlose Männer und Paare, innerhalb dieser Zielgruppe hat sich eine Spezialisierung auf AlkoholikerInnen heraus gebildet. Auch innerhalb dieser Gruppe ergab sich noch eine weitere Spezialisierung auf jene AlkoholikerInnen, die infolge ihres Trink- bzw. Suchtverhaltens den Großteil ihrer bisherigen Ressourcen verspielt und verloren hatten. Diese Menschen leben zumeist überschuldet, sie haben den Verlust von unterstützenden Netzwerken und (familiären) Beziehungen riskiert, oftmals sind Unterhaltspflichten gröblich vernachlässigt worden; sie haben Arbeit und Wohnung verloren sowie eine (oder mehrere Straftat(en) begangen, sie sind aus den Herkunftsfamilien ausgeschieden, meist im Streit und ohne weitere Unterstützung, sie haben keine Beziehungen (mehr) zu ihren Kindern, falls vorhanden, sie haben keine Arbeit und keine Wohnung, sind also völlig mittellos waren bereits einmal oder mehrere Male in Haft, und viele von ihnen haben bereits eine Reihe von stationären Entwöhnungsversuchen durchlaufen. Einzige Unterstützung sind vielfach noch wohlfahrtsstaatliche Leistungen (z.B.: Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Krankengeld, Invaliditätspension)

Da in diesem Zielgruppenbereich Mehrfachindikationen¹ die Regel sind, kann man auch hier davon ausgehen, dass der Alkoholismus meist sekundär zu einer sonstigen Störung ist, die nicht selten auch psychotischer Art oder medizinisch-diagnostisch im Formenkreis einer Persönlichkeitsstörung eingeordnet wird.

Der Umgang mit diesen Menschen erfordert ein hohes Maß an Toleranz und Weitsichtigkeit, das ich mir erst im Laufe der Jahre angeeignet habe und dem gegenüber ich immer selbstkritisch geblieben bin. Vielfach ist man mit einer stark ausgeprägten

¹ Hauptaufnahmegrund im Wohnheim ist die Obdachlosigkeit, aber fast immer ist sie nur die letzte Konsequenz von anderen Problemlagen wie Alkoholismus, psych. Erkrankung, Verarmung bzw. Überschuldung etc. So kann man davon ausgehen, dass es immer mehrere Indikationen gibt, die eine Wohnheimbetreuung notwendig machen.

Skepsis von KlientInnen gegenüber sozialarbeiterischen Interventionen konfrontiert: allzu oft erscheinen die Interventionen der Sozialarbeit zwar für den Augenblick hilfreich aber auf lange Sicht kontraproduktiv. Erst durch die Begleitung der KlientInnen über einen langen Zeitraum hinweg wird feststellbar, ob eine vor längerer Zeit gesetzte Intervention schließlich aus der Sicht der Betroffenen oder objektiv betrachtet zum Erfolg geführt hat. Insofern beschäftige ich mich auch im Kapitel V mit diesem Thema: Was ist Erfolg in der Arbeit mit dieser KlientInnengruppe und in diesem Handlungsfeld? Welche Erfolgskategorien sind für die Betroffenen wesentlich? Vorausschicken möchte ich, dass die Definition von „Erfolg“ aus KlientInnensicht vorgenommen wird, was heißt, dass aus deren Blickwinkel eine feststellbare Verbesserung ihrer Lebensumständen vorliegen muss.

Der Aspekt der „Intuition“ in der sozialarbeiterischen Intervention und Begleitung von AlkoholikerInnen ist nicht zu vernachlässigen. Anfangs haben wir als Team im Wohnheim nach einem eher als „intuitiv“ zu bezeichnenden Zugang gehandelt. Nach einigen Jahren höchst problematischer Versuche war es unumgänglich, dass wir den theoretischen Hintergrund unseres professionellen Handelns verbesserten. Wir beschäftigten uns mit dem Aufbau von Unterstützungsnetzwerken für unsere KlientInnen, mit sozialarbeiterischen Diagnoseverfahren und verschiedenen Therapieansätzen, insbesondere mit der kognitiven Therapie der Sucht (Beck et al 1993). Unsere so genannte „Intuition“ wurde zunehmend durch Fachwissen ergänzt bzw. ersetzt. Dabei war die Anstellung einer Gesundheitspsychologin im Team sicher ausgesprochen hilfreich.

Im Zuge dieses in Kürze umrissenen Prozesses hat sich der Betreuungsansatz des Wohnheims immer besser auf die Anforderungen der Zielgruppe abgestimmt und heute können wir mit Verweis auf die Erfolge sagen, dass wir „richtig“ liegen. In diesem Zusammenhang hat uns auch die Typologie von Alkoholkranken des Dr. Otto Lesch einen zentralen theoretischen Input geliefert und zugleich auch die Praxis der Betreuung beeinflusst.

In dieser Diplomarbeit möchte ich feststellen, was von KlientInnen als „wirksam“ erlebt wird und welche Rolle die sozialarbeiterische Betreuung im Entwöhnungsprozess von KlientInnen im Sinne des transdisziplinären Ansatzes nach Lesch spielt, wie diese

Typologie von Anfang an in die Betreuungsplanung einfließt und warum die daraus resultierende Betreuung wirksam umgesetzt werden kann.

1.2. Volkswirtschaftliche Bedeutung von Alkohol und sozialmedizinischer Zugang

In Österreich werden in knapp über 32.000 Betrieben insgesamt ca 46.000 ha Weine angebaut und gekeltert (Quelle: Eurostat 1 am 22.12.2005), 1997 produzierten in Österreich 54 Brauereien und 33 so genannte Gasthofbrauereien ca 860 Millionen Liter Bier. Der Pro-Kopf-Verbrauch stieg von 85 Liter (1962) auf 113 Liter (1997) (Quelle: <http://www.aeiou.at> am 28.12.2005) Zu Wein und Bier kommen noch ca 5,5 Millionen Liter reiner Alkohol in weiteren Spirituosen wie Whisky, Wodka, Branntwein, Likören usw.

Die Alkoholproduktion ist ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor und sichert in etwa 80.000 Arbeitsplätze in Österreich.

Aus dem Gesundheitsbericht der Stadt Wien (Schmeiser-Rieder/Kunze 1998:247- 248) geht hervor, dass in der EU etwa 85 Prozent der über 15-jährigen Personen Alkohol trinken, davon wiederum sind es zu etwa 90 Prozent Männer. Vier bis fünf Prozent aller Erwachsenen in den mitteleuropäischen Ländern sind alkoholabhängig.

Man unterscheidet dabei zwischen alkoholpermissiven und alkoholrestriktiven Kulturen (Temperenzgesellschaften). Mittel- und Südeuropa zählen zu den alkoholpermissiven, eher Wein und Bier trinkenden Gesellschaften mit einem kontinuierlichen Trinkmuster. Der angelsächsische und schwedische Raum ist hingegen eher restriktiv, was ein etappenartiges Trinkverhalten mit Episoden völliger Abstinenz und solchen hohen Alkoholkonsums (z.B. Wochenende, Feste etc.) zur Folge hat.

Der Anteil der AlkoholikerInnen ist in unserem Jahrhundert etwa gleich geblieben. Der Vergleich der Lebenserwartung alkoholkranker, stationärer Patienten mit der Kontrollgruppe von nicht Alkoholkranken zeigt einen deutlichen Unterschied. Lesch (Lesch 1997:4-15) gibt die Lebenserwartung der beobachteten Alkoholkranken mit 50 +/- 9,8 Jahre an, die von nicht Alkoholkranken mit 73,9 +/- 12,5 Jahren¹¹⁰.

Den Gesundheitsbericht der Stadt Wien 1998 zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den Ländern der EU schätzungsweise 85 Prozent der über 15-jährigen Personen

Alkohol trinken. 4 bis 5 Prozent aller Erwachsenen in den mitteleuropäischen Ländern sind als alkoholabhängig zu bezeichnen.

23 Prozent der Wiener und 6 Prozent der Wienerinnen geben an, fast täglich Alkohol zu konsumieren. Am höchsten ist der Alkoholkonsum in der Gruppe der 46- bis 60-Jährigen. Der Pro-Kopf-Verbrauch an Bier beträgt übrigens in Österreich 100 Liter pro Jahr, an Wein 40 Liter pro Jahr.

Eng verbunden mit dem übermäßigen bzw. suchtbedingten Alkoholkonsum sind eine deutlich niedrigere Lebenserwartung, hohe Sterblichkeitsraten an Leberzirrhose (hier liegt Österreich nach Ungarn im internationalen Vergleich an der Spitze), erhöhte Unfallzahlen, größere Selbstmordgefahr u.v.m. (alle Daten aus dem Gesundheitsbericht)

Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit bzw. der Alkoholkrankheit ist ein nach unserer Beobachtung und auch nach der Meinung einschlägiger Spezialisten (meduniqua 24.4.2006) mehrjähriger Prozess. Die Alkoholkranken werden meistens erst in einem verhältnismäßig späten Stadium auffällig, außerdem versuchen sie, ihre Abhängigkeit so lange wie möglich zu verbergen. Erst wenn sie regelmäßig aus den als üblich angesehenen Trinknormen heraus fallen, werden sie vielfach als Belastung in der Beziehung zu LebenspartnerInnen, in der Familie, am Arbeitsplatz und insgesamt in der Gesellschaft empfunden.

Ein wesentliches Merkmal der Alkoholabhängigkeit ist der Umstand, dass Alkohol nicht wegen des Geschmacks getrunken wird, sondern auf Grund seiner toxischen (angstlösenden, antidepressiven und beruhigenden) Wirkung eingenommen wird.

Folgeschäden im Gehirn und in der Leber prägen häufig das Erscheinungsbild.

Blutbefunde (CDT², Gamma-GT³ und MCV⁴) können über die Leberwerte und somit den Schweregrad der Vergiftung Erkenntnisse liefern.

Alkohol bedient die ganze Palette der psychotropen Substanzen (vgl Benner 1994:70).

Je nach Dosis und Präposition der Person kann Alkohol zuerst als Antidepressivum, dann als Anxiolitikum, schließlich antriebssteigernd, in der Folge beruhigend und ermüdend, sedierend, bis hin zu halluzinogen und endlich narkotisch, ja sogar letal wirken.

² Carbohydrate-Defficient-Transferrin

³ Gamma-Glutamyl-Transferase

⁴ Medium Cell Volume

Wenn man Alkoholismus als isolierende und deprivierende Krankheit versteht, kann man auf die Dringlichkeit der Befassung der Sozialarbeit mit diesem Problembereich schließen. Alkoholismus ist nicht nur für den Einzelnen gefährlich sondern zieht zahlreiche schädliche Folgen für das gesamte Gesellschaftsgefüge und auch die jeweiligen Mitbetroffenen nach sich. Familien zerbrechen, Beziehungen gehen schief, Erwerbskarrieren werden unter- oder abgebrochen, Entzugskuren werden begonnen und wieder abgebrochen, die Selbstmordhäufigkeit steigt. Und ab einem gewissen Stadium der Sucht ist Alkoholismus meiner eigenen Meinung nach als Selbstmord auf Raten zu verstehen.

Die Einrichtungen, die sich in Österreich mit der Therapie von AlkoholikerInnen, das heißt in den meisten Fällen mit der Entwöhnung bis hin zur völligen Abstinenz, befassen, zeichnen sich meist durch große Nähe zur Medizin aus. Grundlage dafür ist ein weitgehend medizinisch-chemisches Verständnis von Alkoholismus als Krankheit.

Dies drückt sich aus in einer dominierend medikamentösen Behandlung und einer Unterbewertung von sozialarbeiterischer Intervention im Zuge einer erfolgreichen Entwöhnung. Wie aus der Suchtarbeit grundsätzlich bekannt, sind im Falle von Substanzabhängigkeit die körperliche, seelische und soziale Ausprägung unmittelbar miteinander verschränkt und können nicht isoliert behandelt werden. Spitzer (1996:104ff) vertritt folgende Auffassung: „Ob jemand suchtgefährdet ist, hängt von einer Reihe von Faktoren ab. Selten gibt es nur einen einzigen Auslöser. Im Wesentlichen kann man drei Ursachenfelder benennen:

- Der / die Einzelne mit seiner Persönlichkeit und Lerngeschichte
- Gesellschaftliche Faktoren
- Das Suchtmittel

In der Regel wirken die Ursachenfelder in unterschiedlichem Maße zusammen und bedingen einander. Betrachtet man allerdings die Ergebnisse der Hirnforschung, so kann man sagen, dass die Prägung unseres Gehirns und damit die unserer Persönlichkeitsstruktur in den ersten Lebensjahren eine große Rolle spielt“.

Alkohol hat – so mein Fazit aus diesem Exkurs – in soziohistorischer und –kultureller Hinsicht eine lange Tradition als Suchtmittel und eine relativ hohe soziale Akzeptanz (alkoholpermissive Gesellschaft). Nach Lindenmeyer (1999:32) ist ein deutlicher

Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines schädlichen und risikoreichen Alkoholkonsums und einer permissiven Einstellung gegenüber Alkohol zu verzeichnen. Er beschreibt, dass in solchen Kulturen sogenanntes „Wirkungstrinken“ zur Stressreduktion, Entspannung, Kontakterleichterung und Enthemmung als angemessen und sozial akzeptiert gilt.

Aus diesem Grund hat Alkohol auch vergleichsweise wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von Betroffenen, weshalb eine frühzeitige Meldung der Auffälligkeit zumeist unterbleibt.

Aus sozialarbeiterischer Sicht sowie aus Sicht der Karriere der Sucht muss folgendes festgestellt werden: Sobald die Abhängigkeit derart fortgeschritten ist, dass die Arbeitsfähigkeit verloren und der Lebensunterhalt vom Betroffenen bzw. seinem sozialen Netz nicht mehr gewährleistet werden kann, erfolgt oft die Meldung der Auffälligkeit und damit auch – so meine Erfahrung - der erste entscheidende Schritt in Richtung Entwöhnung und Veränderung des Gewohnheitsmusters. Häufig wurde dann der Alkoholkonsum so teuer, dass alle anderen Verpflichtungen in den Hintergrund rückten und sich regelrechte „Schuldenberge“ auftürmten. Oftmals kommt es zum Verlust der Wohnung und zu einer Einbusse des bisherigen sozialen Status.

In diesem Stadium nehmen wir Menschen in unsere Wohngemeinschaft in Winden bei Melk auf, mit dem erklärten Ziel der völligen und langfristigen Abstinenz und der gesellschaftliche (Re)-Integration der Betroffenen.

1.3. FORSCHUNGSFRAGE:

WELCHEN STELLENWERT HAT DIE SOZIALARBEIT AUS DER SICHT DER BETROFFENEN FÜR EINE ERFOLGREICHE ENTWÖHNUNG?

In unserer langjährigen Beschäftigung mit der Entwöhnung von AlkoholikerInnen haben wir uns an verschiedenen Modellen orientiert. Das Modell von Lesch (Lesch 1985) hat sich – pragmatisch betrachtet - als das zielführendste erwiesen. Eine Operationalisierung des Begriffs Erfolg wird im Kapitel V im Rahmen der qualitativen Erhebung zu den Erfolgskategorien noch näher erörtert. Dabei ist nicht nur der sozialtherapieorientierte Ansatz ausschlaggebend, sondern auch rückfalltoleranter Umgang mit den möglichen (erreichbaren) Zielen einer Entwöhnungsbehandlung. Eine Definition des Begriff Sozialtherapie folgt im Kapitel 4.2.1.

In der gegenständlichen Arbeit vertrete ich die Auffassung, dass sozialarbeiterische Intervention und Begleitung, optimiert durch theoretische Untermauerung ganz wesentlich zu einer erfolgreichen Alkoholentwöhnung beitragen kann. Diese These möchte ich durch die Erfahrungen mit dem Modell nach Lesch belegen, dem es gelingt einen transdisziplinären Hintergrund für alle mit einem Fall betrauten ProfessionistInnen zu vermitteln. Die meisten Theorien zum Alkoholismus konzentrieren sich auf pathologische Erscheinungsbilder und medizinische Erklärungen sowie Behandlungsformen. In der Typologie von Lesch gelingt ein wesentlicher und entscheidender Schritt hin zu einem sozialtherapeutischen Umgang mit dieser Suchtkrankheit. In diesem Sinn bietet sich für die Sozialarbeit eine sich geradezu aufdrängende Schnittstelle zum eigenen Berufsbild an und zu den Methoden der Sozialarbeit, die auch sonst zur Veränderung von Lebensumständen und Lebenswelten der KlientInnen ausschlaggebend sind.

Lesch vertritt die Auffassung, dass Sozialarbeit als fallführende Instanz in einem multiprofessionellen Betreuungsansatz die zielführendste Behandlungsmethode darstellt.

1.4. ARBEITSABLAUF / METHODEN

In meiner Arbeit werde ich auf diese Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Herangehensweise eingehen und anhand von KlientInnenbefragungen herausfinden, ob und inwieweit die von Lesch vertretene These der Multiprofessionalität als Wirkkriterium evident ist. Ein auf qualitativem Weg erbrachter Nachweis wurde gewählt, weil das in Winden vorliegende statistische Material um die Dimension der Langzeitbeobachtung erweitert werden müsste, um tatsächlich auch quantitativ aussagekräftig zu sein. Weiters bräuchte es einer Vergleichsbeobachtungen einer Kontrollgruppe, was in diesem Setting weder aus forschungspraktischer noch aus ethischer Sicht möglich ist. Mithilfe des gewählten qualitativen Ansatzes der Datenerhebung und –auswertung nach Mayring (2001) und unter Zuhilfenahme des Instruments „Qualitative Datenanalyse MaxQda2“ (© Kuckarz 2005) können Kategorien zur Bestimmung der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Intervention entwickelt werden.

Im Verlauf der gegenständlichen Arbeit werde ich nach einer problembezogenen Erläuterung des Phänomens Alkoholismus eine für die Forschungsfrage relevante Auswahl an gebräuchlichen Typologien und diagnostischen Beschreibungen darstellen. Dann gehe ich auf die aus der Typologie von Lesch resultierende Therapieanleitung im sozialtherapeutischen / sozialarbeiterischen Kontext ein, beschreibe darin die idealtypische Wirkweise der sozialarbeiterischen Intervention und entwickle schließlich anhand von typischen Betreuungsfällen (Tiefeninterviews, Gesprächsmitschriften) Kategorien aus der Sicht der KlientInnen, welche eine nachhaltige Entwöhnung von Suchtverhalten ermöglichen.

KAPITEL II

2.1. ALKOHOLISMUS:

Im nun folgenden Abschnitt möchte ich einige Grundlagen zum Phänomen „Alkoholismus“ anführen. Festgehalten werden muss, dass die dominierende Definition aus einem medizinischen Verständnis kommt. Das heißt Alkoholismus ist ein Krankheitsbild, welches durch eine biomedizinische Behandlung behoben („geheilt“) werden kann.

Sobald also ProfessionistInnen jedweder Disziplin mit dem sozialen Problem des Alkoholismus in Berührung kommen, zwingt sich die Perzeption von Alkoholismus als Krankheit, gerade zu auf. Seit der Typologieentwicklung von Jellinek (1960: 26), ist klar, dass der medizinische Begriff von Alkoholismus und damit auch der medizinisch definierte „Lösungsweg“ der dominierende ist. Entzugskuren und Entwöhnungen finden demnach auch vorwiegend in Spitälern und Sanatorien statt und sind ohne ärztliche Begleitung kaum denkbar. In den Prozess der Entwöhnung wird durch Medikamente eingegriffen und die Beobachtung des Prozesses erfolgt anhand medizinischer Messgrößen.

2.1.1 Begriff und Definition

Alkoholismus nach Mayer-Fally (2005 : [www.netdokter.at / thema / alkoholismus / allgemein . shtml](http://www.netdokter.at/thema/alkoholismus/allgemein.shtml)) bedeutet, dass ein Mensch durch Alkohol in eine seelische und körperliche Abhängigkeit gerät. Dabei wird die körperliche Abhängigkeit durch physische Entzugssymptome in Trinkpausen, die seelische Abhängigkeit durch das zwingende Verlangen nach weiterem Alkoholkonsum charakterisiert. Der Konsum von alkoholischen Getränken hat für die betroffene Person Vorrang gegenüber Verhaltensweisen, die zuvor einen höheren Stellenwert besessen haben, so dass es in weiterer Folge zu psychosozialen und körperlichen Schäden kommt. In diesem Fall spricht man von Alkoholkrankheit.

Ein Mensch ist – nach Mayer-Fally (ebd.) – als alkoholkrank zu bezeichnen, wenn er

- nach dem Konsum einer geringen Alkoholmenge ein unzähmbares Verlangen nach mehr Alkohol verspürt,
- weiter trinkt, obwohl er weiß, dass er aufhören sollte,
- immer mehr Alkohol braucht, um dieselbe Wirkung zu erzielen,
- heimlich und alleine trinkt,
- durch seinen Alkoholkonsum einen Organschaden in Kauf nimmt,
- durch sein Trinkverhalten die Beziehung zu seinen Mitmenschen stört,
- trinkt, um Entzugssymptome zu mildern,
- und wenn es zu einer Zentrierung des Denkens und Strebens nach Alkohol kommt und dies zu einer fortschreitenden Vernachlässigung des sozialen Lebens oder anderer Interessen führt.

Der Übergang vom / von der Genusstrinker/in zum / zur abhängigen Trinker/in ist schleichend. Als kritisch ist die Situation dann zu bezeichnen, wenn Alkohol (zum Essen oder Ausgehen) „einfach dazugehört“ und nicht mehr wegzudenken ist, bei psychischen oder sozialen Belastungen getrunken wird, die Vorstellung, für einige Zeit abstinenter zu leben, Unbehagen bereitet, man sich erst nach einigen Gläsern richtig ausgeglichen und wohl fühlt.

2.1.2 Epidemiologische Verbreitung in Österreich

Österreich weist eine hohe Quote an Alkoholabhängigen auf, also an "Süchtigen" im medizinischen Sinn. Um ein Vielfaches größer ist die Zahl derer, die zwar keine AlkoholikerInnen sind, aber Alkohol in solchen Mengen konsumieren, dass man von Missbrauch sprechen muss. Besonders die starke Zunahme des Alkoholmissbrauchs unter Jugendlichen ist beunruhigend; rund 14 % der Österreicher unter 20 Jahren gelten als gefährdet, rund 5 % der Österreicher gelten als AlkoholikerInnen. Im Vergleich zu den anderen EU-Ländern weist Österreich mit durchschnittlich 11 Liter reinen Alkohol pro Einwohner und Jahr hinter Luxemburg und Frankreich den dritthöchsten Alkoholkonsum auf; 1955 betrug der Jahreskonsum noch 4,5 l, der Anstieg auf das derzeitige Niveau (1998) war vor allem in den 70er Jahren zu verzeichnen. – (Handbuch Alkohol BMGG Internetversion www.api.or.at/akis/texte/001/raugif.htm)

Grafik 1

AKIS Alkoholmissbrauch und Alkoholismus in Österreich - Missbraucher und Alkoholranke nach Geschlecht in Zahlen			
Missbraucher und Alkoholranke nach Geschlecht in Zahlen (und Prozent)			
	Alkoholranke	Missbraucher (exkl. Alkoholranke)	Missbraucher und Alkoholranke
Frauen	~ 90.000 (27%)	~ 280.000 (39%)	~ 370.000 (35%)
Männer	~ 245.000 (73%)	~ 440.000 (61%)	~ 685.000 (65%)
Männer und Frauen	~ 335.000 (100%)	~ 720.000 (100%)	~ 1.055.000 (100%)

Die Zahlen der Tabelle basieren auf Ergebnissen einer Repräsentativstudie (Uhl et al., 2004), die – unter Einbeziehung weiterer Überlegungen und Zahlen – zu den in der Tabelle angeführten Prozentwerten von alkoholmissbrauchenden und alkoholkranken Männern und Frauen in Österreich führt. Für die Umrechnung auf absolute Zahlen wurde die Bevölkerungszahl der ab-15-jährigen österreichischen Bevölkerung herangezogen.

<http://www.api.or.at/akis/kurzinfo/gmbalkkr.htm> (26.12.2005)

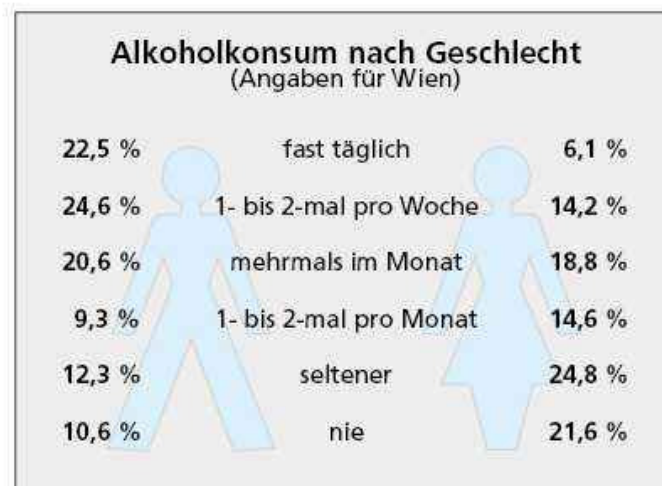
Grafik 2

Durchschnittlicher Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht und Alter								
Frauen und Männer	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	16	32	32	40	34	25	26	31
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	7,4	14,8	14,8	18,5	15,7	11,6	12,0	14,3
Stichprobenumfang	591	2364	2250	1778	1619	1750	798	11150
Männer	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	25	51	51	62	53	46	51	51
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	11,6	23,6	23,6	28,6	24,5	21,3	23,6	23,6
Stichprobenumfang	295	1226	1108	906	793	727	275	5330
Frauen	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-99	16-99
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	7	12	15	17	15	11	12	13
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	3,2	5,5	6,9	7,9	6,9	5,1	5,5	6,0
Stichprobenumfang	296	1139	1142	873	826	1023	522	5821
Quelle: "Repräsentativerhebung 1993/94", Uhl & Springer, 1996, S. 53								

<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0031&doc=CMS1038921521489> (26.12.2005)

Grafik 3

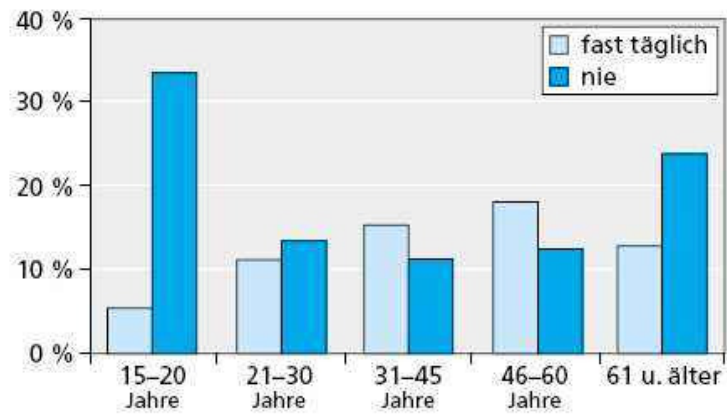
Alkoholkonsum nach Geschlecht, Wien 1996



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997; Kunze et al., 1996; SERMO-Studie

Grafik 4

Alkoholkonsum nach Altersgruppen, Wien 1996



Quelle: Schmeiser-Rieder et al., 1997; Kunze et al., 1996: SERMO-Studie

2.1.3. zur biochemischen Wirkung von Alkohol auf den Menschen:

Im medizinischen Verständnis des Alkoholismus steht die biochemische Wirkung der Droge im Fordergrund, während die Sozialarbeit sich auf die sozialen und familiären Konsequenzen des Alkoholismus konzentriert. Eine Überbetonung der rein biomedizinischen Probleme birgt vielfach das Risiko einer Vernachlässigung sozialer und familiärer Folgen. Die medizinische Diagnose und das Behandeln von Delirien, Vergiftungen etc. sind in der Regel der Anfangspunkt von Rehabilitationsbemühungen, greifen aber für sich betrachtet zu kurz. Ohne entsprechende sozialarbeiterische Intervention bleiben die Entzugs- und Entwöhnungsversuche nur kurzfristige Abstinenzphasen ohne nachhaltige Wirkung.

Dennoch ist die biochemische Wirkung auch für die Sozialarbeit als Hintergrundinformation wichtig und trägt zum besseren Verständnis der gesamten Problematik bei. Die nun folgenden Definitionen und Erklärungen stammen aus dem Handbuch Alkohol (Alfred Uhl et al, 1999: 70ff)

2.1.3.1. Rausch und Vergiftung

Die akute Alkoholwirkung führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann drei Stadien unterscheiden:

Bei einem Blutspiegel von 0,5-1,2 Promille Alkohol kommt es zur Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen: Das bedeutet Enthemmung, vermindertes Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten sind leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berausung fehlen weitgehend. Bei einem Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol wird die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unpräzise und unkoordiniert, die Reaktionsfähigkeit wird herabgesetzt, die Aufmerksamkeit sinkt ab, das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes werden eingeschränkt, Doppeltsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund. Steigt der Blutspiegel auf über 3 Promille Alkohol an, kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es

tritt schwerer, tiefer Schlaf ein. Ein Anstieg des Blutalkoholgehalts auf über 4 Promille kann den Tod zur Folge haben.

Die akute Alkoholvergiftung führt zu tiefer Bewusstlosigkeit. Der Vergiftete ist weder ansprechbar noch erweckbar. Seine Haut fühlt sich kalt und feucht an, die Körpertemperatur sinkt ab, die Atmung wird langsam und geräuschvoll, der Pulsschlag ist beschleunigt, die Pupillen können erweitert sein.

2.1.4 Psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus

2.1.4.1 Alkoholdelir, Delirium Tremens

Das Bewusstsein ist gestört, es besteht Desorientiertheit hinsichtlich der Zeit, des Raumes und der Situation, nicht aber hinsichtlich der Person. Wahrnehmungsstörungen äußern sich vor allem in optischen Halluzinationen. Die Stimmung ist oft angehoben, häufig aber auch ängstlich getönt. Es besteht ein grobschlägiges Zittern (Tremor - daher Delirium tremens), Schwitzen, Herzjagen, Fieber. Ein unbehandeltes Delirium dauert 4-10 Tage. Unbehandelte Delirien führen in 15-30% der Fälle zum Tod.

2.1.4.2 Alkoholhalluzinose

Diese tritt relativ selten auf. Es überwiegen akustische und optische Halluzinationen, die bedrohlich erlebt werden, sie lösen Verfolgungsideen aus. Die Patienten sind sehr unruhig, zeigen Fluchttendenzen und lassen eine Neigung zu gewalttätigen Durchbrüchen erkennen. Es besteht kein Tremor, vegetative Erscheinungen sind wesentlich schwächer ausgeprägt als im Falle des Delirium Tremens. Die Halluzinose verläuft akut, dauert aber Wochen bis Monate an. Wenn sie länger als ein halbes Jahr anhält, spricht man von einer chronischen Halluzinose.

2.1.4.3 Eifersuchtswahn

Chronische AlkoholikerInnen reagieren häufig mit massiver Eifersucht, die sich bis zur wahnhaften Ausprägung steigern kann.

2.1.4.4 Alkoholische Wesensänderung, Psychoorganisches Syndrom

Störungen des Altgedächtnisses und der Merkfähigkeit, Herabsetzung der Aufmerksamkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Abnahme der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesenkte Konzentrationsleistung, gesteigerte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Unzuverlässigkeit, Affektlabilität, Stimmungsschwankungen. Viele, wenn nicht die

meisten, dieser Symptome sind reversibel. Diese Defizite beruhen aber oftmals auf der Grundlage einer zunehmenden alkoholbedingten organischen Schädigung des Gehirns. In diesen Fällen zeigt die Wesens- und Leistungsänderung einen progredienten Verlauf und endet in einer alkoholischen Demenz.

2.1.5 Selbstmordrisiko

Die Selbstmordwahrscheinlichkeit unter AlkoholikerInnen ist bis zum 6fachen höher als in der Normalbevölkerung. Dazu gibt es zahlreiche Studien, hier nur eine Auswahl: Harris & Barraclough (1997), Roy (1995), Sonneck (2000), Hall et al (1999).

Auch Freeman et al (1993/168ff) bezieht sich auf Studien im angelsächsischen Raum und meint, dass alkohol- und drogensüchtige Menschen ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche und vollendetem Selbstmord unterliegen. Hinter einer schweren Alkoholintoxikation kann durchaus der vorsätzliche Versuch stehen, sich selbst zu vergiften, (vergleichbar mit dem sogenannten „goldenen Schuss“). Um den Vergiftungseffekt zu potenzieren, werden häufig gleichzeitig Barbiturate oder andere Medikamente eingenommen. Alkohol in Kombination mit Medikamenten wurden für mehr als 20% aller Suizidversuche durch Überdosis nachgewiesen. Alkoholmissbrauch reduziert die Selbstkontrolle und fördert impulsive, selbstzerstörerische Verhaltensweisen (Freeman ebda).

2.1.6 Neurologische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus

2.1.6.1 Hirnatrophie

Als Hirnatrophie bezeichnet man eine Erweiterung der Hirnräume infolge eines Verlusts an Nervenzellstrukturen.

2.1.6.2. Wernicke-Korsakow-Syndrom

Störungen des peripheren Nervensystems im Sinne einer Polyneuritis der Beine (Schmerzen, Gefühllosigkeit, schlaffe Lähmung) und der Korsakow'schen Psychose, die aus einem Verlust des Altgedächtnisses bei gleichzeitiger Unfähigkeit, sich neue Inhalte zu merken, Konfabulationsneigungen⁵, einer Verschlechterung des

⁵ Konfabulation oder konfabulieren ist die Produktion von objektiv falschen Aussagen oder "Geschichten" (fabula: Geschichte). Verschiedene Formen sind bekannt. Einzelne beruhen auf falschen Wahrnehmungen, andere auf Fehlfunktionen des Gedächtnisses, z.B. wenn jemand mehr Information aus seinem Gedächtnis abzurufen versucht als

Auffassungsvermögens und einer Verminderung der Initiative und Spontaneität besteht. Die Psychose ist Ausdruck der somatischen Störung des Gehirns.

2.1.6.3. Alkoholische Kleinhirnatrophie

Infolge übermäßigen Alkoholkonsums kommt es zur Schrumpfung des Kleinhirns, zu einem Verlust an Zellsubstanz.

2.1.6.4. Alkoholische Polyneuropathie

Sie ist die häufigste neurologische Folgeerkrankung des chronischen Alkoholismus und erfasst etwa 20% der Alkoholkranken. Es kommt dabei zu schmerzhaften Lähmungen der Beine.

2.1.6.5. Alkoholepilepsie

Von einer echten Alkoholepilepsie sollte man nur dann sprechen, wenn die Anfälle eindeutig als Entzugerscheinungen auftreten oder wenn sie im Rahmen eines langjährigen chronischen Alkoholismus in Erscheinung treten.

2.1.7 Internistische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus

2.1.7.0. Lebenserwartung:

Die durchschnittliche Lebenserwartung von AlkoholikerInnen ist um viele Jahre verkürzt: Schätzungen der verringerten Lebenserwartung von AlkoholikerInnen reichen von 10-12 Jahren (Leu, 1981) über 23 Jahre (Lesch et al., 1986) bis zu 28 Jahren (Single et al., 1996).

2.1.7.1. Lebererkrankungen

Der Alkohol übt eine direkte Giftwirkung auf die Leber aus. Die Schäden manifestieren sich zuerst als Fettleber und als Alkoholhepatitis. Bei fortgesetztem Konsum kommt es zur Leberzirrhose (Leberschrumpfung).

2.1.7.2. Erkrankungen anderer Organe des Bauch- und Verdauungstraktes

tatsächlich gespeichert ist (sog. provozierte Konfabulationen). Eine spezielle Variation beruht auf dem Versagen eines vorbewussten Filters, das die kortikale Repräsentation eines aufkommenden Gedankens je nach seinem Bezug zur aktuellen Gegenwart anpasst; Versagen dieses Mechanismus führt zu spontanen Konfabulationen und Desorientiertheit mit Verkennen der aktuellen Gegenwart. Nur diese Form hat eine klare anatomische Bedeutung: Sie beruht auf einer Schädigung des sog. orbitofrontalen Kortex, einer Region unten am Gehirn, oberhalb der Augen. Besondere Aufmerksamkeit hat sie bei organisch bedingten Prozessen bekommen, z.B. beim amnestischen Korsakow-Syndrom. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Konfabulation>)

Neben der Leber werden auch andere Organe des Bauch- und Verdauungstraktes beeinträchtigt: die Bauchspeicheldrüse, die Mundhöhle, die Schleimhaut der Speiseröhre, der Magen und der Dünndarm.

2.1.7.3. Herzerkrankungen

Das Herz kann im Sinne einer Herzmuskelerkrankung beeinträchtigt werden. Es kommt zu einer Herzmuskelerweiterung, verbunden mit Herzschwäche. An Beschwerden bestehen dann Müdigkeit, Atemnot bei Belastung, Herzschmerzen, Herzrhythmusstörungen.

2.1.7.4. Alkohol und Sexualität

Obwohl die Meinung verbreitet ist, dass Alkohol eine Droge ist, die "aphrodisisch" wirkt, ist genau das Gegenteil der Fall. Eine gewisse Erleichterung der Kontaktaufnahme zwischen den Geschlechtern ist auf die enthemmende und kontrollreduzierende Wirkung des Alkohols, noch mehr aber vielleicht auf Erwartungshaltungen der KonsumentInnen zurückzuführen. Die Sexualfunktion hingegen wird auf jeden Fall ab einem gewissen Blutalkoholspiegel beeinträchtigt. Beim Mann kann die Erektion abgeschwächt und die Ejakulation verzögert werden. Bei chronischem Alkoholismus wird zwar das sexuelle Verlangen nicht herabgesetzt, wohl aber die Sexualfunktion schwer beeinträchtigt, wozu auch alkoholbedingte Störungen des Haushalts der Geschlechtshormone beitragen. Auch der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen, der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge.

2.2. Familiäre Konsequenzen des Alkoholkonsums

In der Familie übernehmen Alkoholranke keine verantwortlichen Funktionen mehr. Sie werden als PartnerInnen oder in ihrer Elternfunktion nicht mehr akzeptiert. In vielen Fällen kommt es zum Rollenverlust. Der / die haushaltsführende PartnerIn muss beispielsweise zusätzlich auch die Einkommenssicherung oder Schuldentilgung übernehmen, ein minderjähriges Kind muss die Familie versorgen, etc. Die Familienmitglieder sind gezwungen, sich an die Krisen, die das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Angehörigen bewirkt, anzupassen. Dabei entwickeln sie verschiedene Strategien, die von der Verleugnung des Problems und dem Ko-

Alkoholismus (unterschwelliges Gewähren oder sogar Fördern des krankhaften Trinkverhaltens) über Beeinflussungsversuche bis zum Ausschluss des kranken Angehörigen reichen. (Springer 2000)

Die Familien zerbrechen häufig an den Folgen der Trinksucht, die materielle Grundsicherung geht verloren. Ehescheidungen und Trennungen sind oft unumgänglich. Von den bisher 620 Personen (seit 1989), die sich in Winden um eine Aufnahme beworben haben, konnten sich nur 10 auf eine aufrechte Sexualbeziehung berufen. Fast alle waren verschuldet und, so sie Kinder hatten, säumig mit den Unterhaltszahlungen. Die Beziehung zu den Kindern war fast ausnahmslos auf Dauer und irreparabel gestört. Lindenmeyer (1999:33ff) beschreibt typische Mechanismen aus der systemischen Perspektive und bezeichnet diese als „Co-Abhängigkeit“:

- Abschottung der Familie nach außen, um negative Auswirkungen des Trinkens zu vermeiden bzw. zu verbergen.
- Veränderung der Rollenaufteilung und Übernahme der Verantwortlichkeiten des/der Abhängigen, um ihn zu entlasten und gleichzeitig die Familie vor Folgen seiner/ihrer Unzuverlässigkeit zu schützen.
- Entgegenkommen und Konfliktvermeidung gegenüber dem/der Abhängigen in der Hoffnung, dadurch den Alkoholkonsum und (eventuell) die dadurch gesteigerte Gewalttätigkeit zu senken.

2.3. Soziale Konsequenzen des chronischen Alkoholismus

Alkoholismus ist grundsätzlich als Karriere zu sehen, die mit enormen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen einhergeht. Albrecht (1982) streicht hervor, dass eine medizinische Erklärung des Phänomens Alkoholismus ohne die soziale Dimension zu kurz greift.

Lindenmeyer (1999:34) nennt drei Bedingungen, die im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit zu sozialem Abstieg und zur Ausgrenzung der Betroffenen führen:

- Unmittelbare soziale Folgen des Trinkens (Trennung, Scheidung, Kündigung, Wohnungsverlust usw)
- Das Distanzbedürfnis der Umwelt und die Ablehnung gegenüber Alkoholkranken in der Bevölkerung

- Die Vermeidungsstrategien der Betroffenen (sozialer Rückzug oder bevorzugter Kontakt zu ebenfalls Trinkenden um einer Stigmatisierung zu entgehen)

Es entsteht daraus die Gefahr, dass in der Selbstwahrnehmung der Alkoholkranken eine Verwechslung von Ursache und Wirkung stattfindet. Sie glauben, wegen ihrer sozialen Probleme zu trinken, während in Wirklichkeit ihre soziale Situation zumindest in erheblichem Ausmaß durch ihr Trinken bedingt ist (Lindenmeyer ebda).

Im Allgemeinen ist festzustellen, dass in der Fachöffentlichkeit die Konstituierung von Alkoholismus als soziales Problem immer noch zu wenig Resonanz gefunden hat. Die Behandlungsansätze für Alkoholranke erschöpfen sich demgemäß auch immer wieder in medizinischen Angeboten ohne eine Weiterführung und Ergänzung durch sozialtherapeutische und sozialarbeiterische Maßnahmen zu inkludieren. Das liegt nicht nur an der medizinischen Sichtweise sondern vielmehr auch an den fehlenden Finanzierungsstrukturen für Entzugs- und Entwöhnungstherapien, die sich auch über die Mauern der Krankenhäuser hinaus erstrecken müssen.

Chronischer Alkoholismus führt sehr oft zum Verlust des Arbeitsplatzes. Von den bisher in Winden betreuten 328 Personen waren ausnahmslos alle arbeitslos und meist über längere Zeiträume hinweg unvermittelbar. In 135 Fällen hatte sich dauernde Arbeitsunfähigkeit eingestellt, die materielle Absicherung war dann nur mehr durch Invaliditätspension und Pflegegeld möglich.

Geht man davon aus, dass von der breiten Bevölkerung die Arbeitsfähigkeit bis zur Erreichung des Pensionsalters erwartet wird, also durchschnittlich 40 Beitragsjahre in einer Berufskarriere, so zeigt sich bei den in Winden betreuten Personen eine Verminderung dieser Arbeitsleistung um durchschnittlich 17,7 Jahre (Bewohnerstatistik 1989 bis 2006).

Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes geht aber nicht nur die sichere Einkommensquelle verloren sondern auch der Anschluss an einen sehr wichtigen Teil des gesellschaftlichen Lebens. Davon lassen sich weitere Isolation und Ausgrenzung ableiten. Ein besonderes aber häufiges Problem stellt die durch den chronischen Alkoholismus hervor gerufene Verwahrlosung der Betroffenen in Bezug auf ihre Körperpflege und Wohnungspflege dar. Die oft lang anhaltenden Rauschperioden gehen einher mit einer stark verminderten

Körperhygiene und oft auch mit dem Verlust der Wohnung. Die daraus resultierende Obdachlosigkeit stellt aus sozialarbeiterischer Sicht einen unmittelbaren Handlungsbedarf dar, zugleich aber auch eine Zwangssituation, die durchaus auch als Chance begriffen werden kann, wenn entsprechende Hilfsangebote zur Verfügung stehen und für die Betroffenen erreichbar sind. Eine Reihe von Einrichtungen mit unterschiedlichen Zugangsschwellen wurde im Rahmen der allgemeinen Sozialhilfe etabliert, insbesondere in Wien und in den größeren Städten, zunehmend aber auch in der Peripherie und dezentral in den Regionen. Die Therapieansätze in diesen Einrichtungen sind weitgehend von SozialarbeiterInnen bestimmt und konzentrieren sich im Wesentlichen auf die Re-Integration und die Beseitigung der Obdachlosigkeit, also auf die Eingliederung in geordnete und nachhaltige Wohnungssicherheit und je nach Zugang auch auf die nachhaltige Veränderung von schädlichen Verhaltensweisen und die Abstellung von Suchtverhalten.

Die meisten dieser Einrichtungen sind im wesentlichen abstinentenorientiert. Das heißt: von den Alkoholkranken wird der erkenntliche Wille zur völligen Umstellung ihrer Trinkgewohnheiten verlangt. Die Rückfalltoleranz ist unterschiedlich. Einige sehr niederschwellige Angebote (zum Beispiel: die Gruft⁶) sehen keine Zugangsbeschränkung durch abstinentes Verhalten vor. Den Betroffenen, die die Einrichtung in Anspruch nehmen, stehen für die längerfristige zielorientierte Begleitung diplomierte SozialarbeiterInnen zur Verfügung, die gemeinsam mit den KlientInnen - abgestimmt auf die individuelle Situation - Möglichkeiten zur Problemlösung entwickeln. Die sozialarbeiterische Arbeit umfasst unter anderem: Unterstützung bei Dokumentenbeschaffung, Abklärung finanzieller Ansprüche, Schuldenregulierung, Intervention und Begleitung bei Gerichten, Behörden und Ämtern, Bewusstmachung der Suchtproblematik und Motivation für weitere Schritte, sowie die Weitervermittlung zu Wohnungseinrichtungen.

⁶ Betreuungszentrum für Obdachlose, 1060 Wien, Barnabitengasse 14, Tel. 01/587 87 54 31, <http://www.gruft.at>

KAPITEL III

3. TYPOLOGIEN

Mit diesem Abschnitt soll nun an das in der Öffentlichkeit dominierende Verständnis von Alkoholismus angeknüpft werden. Das medizinische Paradigma dominiert die Arbeit mit alkoholkranken Menschen und erlegt den ProfessionistInnen aller Disziplinen bestimmte Standards und Sichtweisen auf, die im folgenden Abschnitt näher dargestellt werden. Abseits von medizinischen Diagnosen und Erscheinungsbildern der Alkoholsucht, existieren auch so genannte Typologien des Alkoholismuses, welche zum Teil symmetrische Ansätze für die sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Intervention liefern, weshalb sie in diesem Zusammenhang auch für Herangehensweise der Sozialarbeit an die Aufgabe der Langzeitentwöhnung eine Bedeutung haben.

Den Unterschied zwischen Diagnosen und Typologien beschreibt Lesch (Interview 23.1.2006) folgendermaßen: „Ich gebe der Typologisierung einen sehr hohen Stellenwert, weil Diagnosen weder für die Prognose noch für die Therapie etwas taugen. In allen psychiatrischen Krankheiten gibt es dafür unzählige Belege, z.B. Bipolare Depressionen sind biologisch und auch therapeutisch andere Entitäten wie unipolare Depressionen. Schizophrene mit Organläsionen oder ohne, mit Persönlichkeitsstörungen oder ohne haben eine andere Prognose und benötigen eine andere Therapie. Auch im Alkohol, aber auch in allen internen Erkrankungen bringt jeder Kenntnisgewinn eine Zunahme von Untergruppen. Im Bereich Alkohol haben sich diese Gruppen für die Forschung aber auch für die Therapie international durchgesetzt.“

Die Entwicklung der Typologien folgen der Logik, dass jede Therapie nicht nur eine genaue Diagnose erfordert, sondern innerhalb dieser Diagnosen weitere Unterscheidungsmerkmale. In der Folge stelle ich eine Reihe von zur Zeit relevanten Typologien in ihrer chronologischen Reihe dar. Die älteste dieser Typologien diene auch den späteren Typologien als Referenz und selbst die Typologie nach Lesch bedient sich in der Anamnese der Einteilung der TrinkerInnen nach Jellinek, (allerdings reduziert auf die Typen Gamma und Delta bzw Mischtyp).

3.1. Jellinek

„Alkoholkrankheit“ und Alkoholismustypologie nach Jellinek ⁷

Die unter Alkoholismusexperten über viele Jahre gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus geht auf Jellinek (1960) zurück, der erstmals die Alkoholkrankheit in ihren verschiedenen Dimensionen von Folgeerscheinungen erfasste und Alkoholismus als Krankheit definierte. Jellinek unterteilte Personen mit Alkoholproblemen nach 5 Kategorien, reichend von Alpha bis Epsilon. Die Trinkformen des Alpha- und Beta-Typus bezeichnete er als Vorstufen der Alkoholkrankheit, Gamma, Delta- und Epsilon-TrinkerInnen bezeichnete er als alkoholkrank.

Alpha-Typ

- Problem-, Erleichterungs- und KonflikttrinkerInnen
- verwenden Alkohol, um körperliche oder seelische Belastungen leichter zu ertragen.
- Trinken ist undiszipliniert, Fähigkeit zur Abstinenz vorhanden.
- Kein Kontrollverlust beim Trinken und
- keine Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit.

Beta-Typ

- GelegenheitstrinkerInnen,
- weder psychisch noch körperlich abhängig
- ernste gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums, wie Polyneuropathie, Gastritis, Leberzirrhose treten auf.

Gamma-Typ

⁷ Elvin Morton Jellinek (1890, New York, N.Y., U.S. bis 1963, Palo Alto, Calif.U.S. Physiologe. Studierte an der Universität von Leipzig Philosophie (1911 bis 1913 ohne Abschluss {siehe dazu Stanton Peele Addiction Website, Oktober 1997}) und arbeitete in Budapest, Sierra Leone und Honduras, dann in den USA. Sein Interesse an Alkoholismus entwickelte er im Rahmen seiner Tätigkeit als Bio-Statistiker im Worcester State Hospital, Massachusetts. Dr. Norman Jolliffe (Internist im Bellevue Hospital New York) engagierte ihn in seinem Forscherteam für die von der Carnegie-Stiftung finanzierte Studie des „Research Council on problems of alcohol“. Seine Typologie formulierte Jellinek im Buch „The Disease Concept of Alcoholism (1960)“, wodurch er weltweite Anerkennung erfuhr.

- Sucht- oder RauschtrinkerIn“
- unregelmäßiges Trinken, Phasen starker Berausung wechseln mit relativ unauffälligen Phasen.
- erhöhte Alkoholtoleranz.
- psychische Abhängigkeit stärker ausgeprägt als die ebenfalls vorhandene körperliche Abhängigkeit.
- Können im Verlauf eines Trinkaktes nicht mehr aufhören zu trinken, obwohl sie selbst das Gefühl haben, bereits genug zu haben („Kontrollverlust“).
- können phasenweise abstinent bleiben, es kommt beim Trinken allerdings zum Kontrollverlust.

Delta-Typ

- Spiegel- oder GewohnheitstrinkerIn“
- müssen täglich und regelmäßig trinken und zeigen keine Rauschsymptome.
- erhöhte Alkoholtoleranz.
- die körperliche Abhängigkeit ist stärker ausgeprägt als die ebenfalls vorhandene psychische Abhängigkeit und
- es kommt beim Trinken kein Kontrollverlust
- Unfähigkeit zur Abstinenz, da sie sonst unter Entzugserscheinungen leiden.

Epsilon-Typ

- Quartalsäufer
- leben oft monatelang abstinent und haben dann in unregelmäßigen Abständen durchbruchsartig kurze Phasen exzessiven Alkoholkonsums.
- psychische Abhängigkeit wesentlich stärker ausgeprägt als die körperliche.
- Kontrollverluste
- Fähigkeit zur Abstinenz.

Quelle: Uhl A. et al 1999

3.2. CLONINGER:

Diese Typologie ist für uns in der täglichen Arbeit im Wohnheim nicht relevant, weil sie wenig detailliert ist und keinen Ansatz für sozialarbeiterische Interventionen liefert. Sie geht von einer biologischen Erklärung des Phänomens aus und vernachlässigt die sozialen Komponenten, die als Ursachen für selbstschädigendes Suchtverhalten unübersehbar sind. Dementsprechend werden auch vorwiegend medizinische Therapien vorgeschlagen.

Typologie nach Robert C. Cloninger

Cloninger ⁸ betrieb Studien zur Feststellung ob eine genetische Veranlagung ausschlaggebend für Alkoholismus sein kann. Im Zuge dieser Studien entwickelte er zwei Typen von AlkoholikerInnen:

Typ 1:

Männer und Frauen nach dem 25. Lebensjahr mit keiner oder geringer genetischer Disposition und unauffälligem sozialen Verhalten. Als Persönlichkeitsmerkmale sind eine deutliche Tendenz zur Schadensvermeidung (Harm Avoidance) und zur Abhängigkeit von Belohnungen (Reward Dependence) festzustellen. Alkohol wird im wesentlichen als Medikament gegen Angst, psychische Probleme und Schuldgefühle verwendet. Biochemisch besteht eine erhöhte Dopamin⁹- und Serotonin¹⁰-Aktivität.

⁸ C.Robert Cloninger, M.D., has been named a fellow of the American Association for the Advancement of Science (AAAS).

Cloninger has investigated the genetic epidemiology of alcoholism and several other psychiatric illnesses, including schizophrenia and personality disorders. In researching the genetic and environmental causes of the various disorders, he has studied patients from the United States, the former Soviet Union, Italy, Japan and the Scandinavian countries.

⁹ Dopamin $C_8H_{11}NO_2$, Dopamin ist ein Neurotransmitter des vegetativen Nervensystemes. Es wird für eine Vielzahl von lebensnotwendigen Steuerungs- und Regelungsvorgängen benötigt. Unter anderem beeinflusst es die extrapyramidale Motorik. (Hier besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit der Parkinsonschen Erkrankung.) Ebenso steht der Dopaminhaushalt im Zusammenhang mit den neurobiologischen Aspekten von Psychosen und verschiedenen Störungen. Weiter regelt es die Durchblutung der Bauchorgane, speziell bei der Steuerung der Nieren ist Dopamin beteiligt. Dopamin wird eine wichtige Rolle bei Suchterkrankungen zugeschrieben. So kommt es beim Gebrauch von verschiedenen Rauschdrogen zur Ausschüttung von Endorphinen, Dopamin, Serotonin und Gamma-Aminobuttersäure. Hierbei ist die Störung im Dopaminspiegel für einen Teil der Entzugssymptome verantwortlich.

¹⁰ Serotonin $C_{10}H_{13}N_2O$ (auch 5-Hydroxytryptamin oder 5-HT) ist ein Monoamin, das im Organismus als Gewebshormon bzw. als Neurotransmitter im Zentralnervensystem, Darmnervensystem, Herz-Kreislauf-System und im Blut fungiert. Der Name leitet sich von seiner Wirkung auf den Blutdruck ab: Serotonin ist die Komponente des Serums, die den Tonus (Druck) in den Blutgefäßen reguliert.

Typ 2:

Nur Männer, Beginn (onset) des Trinkens schon vor dem 25. Lebensjahr, starke genetische Disposition (seitens der Väter), Depression, antisoziales Verhalten, eventuell Kriminalität. Als Persönlichkeitsmerkmal gilt die verstärkte Neugier (Novelty Seeking), biochemisch besteht eine verringerte Dopamin-Aktivität.

Quelle: Cloninger 1990

3.3. BABOR:

Typologie nach Babor:

Babor (1994)¹¹ folgt im wesentlichen der Typologie von Cloninger.

Typ A Trinker haben einen späten Beginn des Trinkens (late onset of drinking), wenige Risikofaktoren in der Kindheit, geringen Grad der Abhängigkeit und kaum gesundheitliche und soziale Konsequenzen des Trinkverhaltens. Sie sind in der Regel auch nicht von psychiatrischen Erkrankungen betroffen und haben im familiären und beruflichen Bereich keine trinkbedingten Belastungsfaktoren.

Typ B Trinker beginnen schon vor dem 21. Lebensjahr zu trinken, sie haben hohe Risikofaktoren aus der Herkunftsfamilie, die Abhängigkeit von Alkohol (und auch anderen Substanzen) ist massiv, es zeigen sich deutliche negative körperliche und soziale Konsequenzen des Trinkverhaltens, die psychiatrische Komorbidität ist gegeben und im familiären und beruflichen Umfeld gibt es massive Belastungsfaktoren.

Die Verkürzung auf nur zwei Typen ist für unsere tägliche Arbeit zu oberflächlich. Die verstärkte Zuwendung zur genetischen Begründung ist außerdem für den von uns gewählten verhaltenstherapeutischen Ansatz nicht hilfreich wenn nicht sogar kontraproduktiv.

So wie jede Typologie eine Vereinfachung von Beschreibungen ist und im Wesentlichen nur für die Diagnose wichtig ist, so geht sie auch an der Vielfalt der menschlichen

¹¹ Dr. Thomas F. Babor, Vorstand am Alcohol and Drug Abuse Research Center am McLean Hospital in Belmont, MA, USA, wissenschaftlicher Direktor an der University of Connecticut School of Medicine. Leiter des Departments of Community Medicine and Health Care. Er unterrichtet Psychiatrische Epidemiologie

Lebenssituationen und Persönlichkeiten vorbei. Bei einem sozialtherapeutischen Ansatz sind solche Vereinfachungen und Schwarz-Weiß-Zeichnungen oftmals eine Sackgasse, aus der sich kein Ausweg finden lässt.

3.4. ICD 10¹² (Graubner, 2004)

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Geneva, WHO

Die Bedeutung dieses weltweit akzeptierten Diagnosemanuals ist unübersehbar und wirkt bis weit in die Perzeption der Alkoholkrankheit als gesellschaftliches Phänomen hinein. Die Sozialarbeit kann sich dem nicht verschließen, sondern muss im Gegenteil die Implikationen für die eigenen Handlungsplanungen nutzen und im Rahmen der notwendigen Vernetzung aller Hilfseinrichtungen für eine erfolgreiche Entwöhnung einsetzen.

Im Kapitel F 10 des ICD10 werden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol beschrieben.

F 10.0 Akute Intoxikation

F 10.1 Schädlicher Gebrauch

F10.2 Abhängigkeitssyndrom

F10.3 Entzugssyndrom

F10.4 Entzugssyndrom mit Delir

F10.5 Psychotische Störung

F10.6 Amnestische Störung

F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen

F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen

Neben dem ICD 10 ist auch das DSM IV für die Diagnostik und Therapieanleitung der Alkoholkrankheit ein gebräuchlicher Verständigungsfaktor. Es folgt der Systematik und

¹² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Geneva, WHO

Logik des ICD 10, dehnt allerdings das Diagnosematerial etwas mehr in Richtung von Wahrnehmung der Erscheinungen durch die soziale Umwelt der betroffenen Alkoholkranken aus.

3.5. DSM IV (Sass 1996:243ff)

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) wird von der American Psychiatric Association herausgegeben.

Klassifikation der alkoholverursachten Störungen nach DSM-IV sind:

Alkoholintoxikation (303.00)

Substanzmissbrauch (Alkoholmissbrauch 305.00)

Substanzabhängigkeit (Alkoholabhängigkeit 303.90)

DSM-Kriterien für Alkoholentzug (291.8)

3.6. Kritik am Krankheitsmodell:

Das Krankheitskonzept des Alkoholismus ist nach Feuerlein (2002:16) umstritten. 1968 wurde es vom deutschen Bundessozialamt erstmals fallentscheidend anerkannt und 1990 wurde es von der American Society of Addictive Medicine¹³ offiziell akzeptiert. Es wird aber auch zum Beispiel von VerhaltenstherapeutInnen kritisiert, die davon ausgehen, dass Alkoholismus ein erlerntes Fehlverhalten sei, das auch wieder verlernt werden könne. Feuerlein (ebda, 18) bezeichnet Alkoholismus als einen Spezialfall des Phänomens Sucht und Abhängigkeit, der nicht monokausal erklärt werden kann sondern einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise bedarf. Er spricht von einem multikonditionalen Modell mit drei großen Faktorengruppen: einerseits die Droge mit ihrer spezifischen Wirkung, andererseits das konsumierende Individuum mit seinen körperlichen und psychischen Eigenschaften und drittens das Sozialfeld mit den interpersonellen, sozialisierenden Beziehungen, den beruflichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten und den traditionellen Normen. Feuerlein (ebd.31) spannt den Bogen vom moralischen Modell früherer Jahrhunderte, dem so genannten „Trunkenbold“, dem man die Trunksucht als Laster

unterstellte bis zum psychosozialen Opfermodell, das den/die AlkoholikerIn als Menschen auffasst, der vom Unglück gebeugt und in absolute Verzweiflung getrieben wurde.

Petry (1996:4) verweist auf mehrere verhaltenstheoretische Perspektiven des Alkoholismus, in deren Mittelpunkt die Fragen nach vorhandener Schuld bzw. Verantwortung für die Entstehung des Problems sowie nach der Kontrollfähigkeit, also der Verantwortung für die Problembewältigung stehen.

Der Diskurs weist darauf hin, dass Diagnostik und Typologie zwar Anhaltspunkte für Therapien bieten, dass aber Therapiemodelle einen sehr großen Anteil an verhaltenstheoretischen Überlegungen haben (müssen).

Die medizinischen Erklärungsmodelle sind zwar für eine medikamentöse Behandlung von körperlich-neurologischen Folgesymptomen durchaus brauchbar, mangeln aber daran, dass die Gesamtheit der Problemfelder, die aus sozialarbeiterischer und sozialtherapeutischer Sicht zum Krankheitsbild beitragen, vernachlässigt werden. Erst durch eine Erweiterung der Sichtweise auf die gesamte Lebenspraxis der Betroffenen ergeben sich Handlungsansätze der Sozialarbeit, die weit über das Angebot der Medizin hinausgehen und die Ressourcen der KlientInnen und deren Umwelt mit ein beziehen.

In diesem Sinn möchte ich nun überleiten zu der von Lesch propagierten Typologie, die sozialtherapeutische Behandlungsempfehlungen integriert und somit ein Bindeglied zwischen Ursachenforschung und Symptombehandlung darstellt.

3.7. Typologie nach Lesch

In der nun folgenden Typologie nach Lesch wird deutlich eine transdisziplinäre Auffassung von Alkoholismus und dessen Behandlung dargestellt. Im medizinischen Paradigma wurzelnd, bezieht sie eine Vielzahl von situativen, sozialen, räumlichen und zeitlichen Variablen in die Betrachtung ein und erlaubt so eine Anschlussfähigkeit des diagnostischen Wissens für den Betreuungs- und den Therapieprozess. Die Leistungen der Sozialarbeit werden hier zu einem zentralen Bestandteil des Entwöhnungsprozesses.

Quellen: Lesch 1985 und Wetschka 2005.

Typ I: Allergie Modell

Nach Lesch basiert bei Typ I AlkoholikerInnen der Alkoholmissbrauch auf einem biologischen Verlangen, es liegt aber keine Persönlichkeitsstörung zugrunde. Wegen der biologischen Vulnerabilität (Acetaldehydenase) entsteht schnell eine körperliche Abhängigkeit, es zeigt sich ein spezifisch veränderter Alkoholstoffwechsel. Dadurch kommt es zu einem raschen Abbau des Alkoholspiegels und in der Folge zu erhöhtem Craving (=Trinkverlangen). Diese biologische Disposition ist mit großer Wahrscheinlichkeit genetisch bedingt und entspricht damit auch der Theorie von Babor.

Entzugssymptomatik:

Bereits nach 1 bis 2 Jahren Trinkdauer zeigen sich starke Entzugssymptome, jedoch keine cerebralen Schäden. Die Entzugssymptome dauern längstens 5 Tage an.

Psychologische Aspekte:

Typ I TrinkerInnen haben keine auffällige Kindheit und keine wesentliche Persönlichkeitsstörung. Sie fürchten den Trinkdruck der Umgebung und wollen durch eine Gruppe gestützt werden. Alkohol wird als Medikament gegen Entzugssymptome verwendet, es kommt zu einer raschen Toleranzentwicklung.

Entzugsbehandlung:

Als Medikamente sind Benzodiazepine¹⁴ mit anti-epileptischer Wirkung wie Valium, Librium, Distraneurin angebracht, jedoch keine Beta-Blocker¹⁵. Flüssigkeits- und Elektrolytersatz sind sehr wichtig.

Medikamentöse Prophylaxe:

Campral ®¹⁶ (gegen Gusto (Craving“)) kann bereits beim Entzug verabreicht werden und soll mindestens 15 Monate eingenommen werden.

Antabus oder Colme¹⁷ sind nur bei hochmotivierten Betroffenen die unter Trinkdruck von außen stehen anzuraten. Alcover¹⁸ (Alkoholersatzstoff) oder Revia¹⁹ (Anticraving, wirkt auf die Lustzentren) kann bei Rückfällen, die nur einige Tage dauern, zur Verkürzung des Rückfalles verabreicht werden. Kurzfristig sind Benzodiazepine oder niederpotente Antidepressiva (Trazodon, Doxepin) bei Unruhe und Schlafstörungen (späte Abstinenzsyndrome) möglich. Dopaminantagonisten erhöhen die Rückfallgefahr, insbesondere in Kombination mit Nikotin.

In der psychosozialen Therapieempfehlung nach Lesch steht bei diesem Typ die Aufklärung über Alkoholismus sowie die Stützung gegen den Trinkdruck, z.B. mit Rollenspiel. Bewältigungsstrategien für Rückfallsituationen, Coping- und Rewardstrategien im Vordergrund der Betreuung. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen

¹⁴ Benzodiazepine sind bipyklische Verbindungen, Die 1H-Benzo-1,4-diazepine finden in der Medizin Verwendung als Tranquilizer, Das Diazepam ist hierbei das bekannteste und auch unter den Handelsnamen Faustan® bzw. Valium® im Handel. Diazepam wird auch zur akuten Behandlung von epileptischen Grand mal-Anfällen als Antikonvulsivum eingesetzt. (de.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepine am 12.04.2006)

¹⁵ Betablocker hemmen die aktivierende Wirkung von Adrenalin und Noradrenalin, wodurch der stimulierende Effekt des Sympathikus auf die Zielorgane, vornehmlich das Herz, gedämpft wird. (de.wikipedia.org/wiki/Betablocker am 12.04.2006)

¹⁶ Acamprosat (Calcium-bis-acetyl-homotaurinat) soll das bei Alkoholkranken gestörte Gleichgewicht zwischen dem exzitatorischen und dem inhibitorischen System wiederherstellen. Wird unter dem Namen Campral vertrieben www.kvno.de/mitglieder/arzneimittel/richtlini/acampros.html am 02.05.2006)

¹⁷ Alkoholaversive Medikamente, Disulfiram (Tetraethylthiuramdisulfid) ist ein Alkoholentwöhnungsmittel, das bei Alkoholkranken angewendet werden kann. Sobald Alkohol in geringen Dosen eingenommen wird, entstehen starke und unangenehme Unverträglichkeitsreaktionen. Diese Wirkung, das Acetaldehydsyndrom, beruht auf der Blockierung des Enzyms Alkoholdehydrogenase (ALDH). Die Metabolisierung von Alkohol bleibt auf der Stufe von Acetaldehyd stehen, es kommt also zu einer Aldehydvergiftung. Das Präparat mit dem Wirkstoff Disulfiram wird unter dem Handelsnamen "Antabus" vermarktet (http://de.wikipedia.org/wiki/Disulfiram am 02.05.2006).

¹⁸ Der Alcover-Sirup wird zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit, entweder bei akutem Alkoholentzug oder begleitend bei einer Langzeittherapie eingesetzt. Es enthält den Wirkstoff GHB (auch bekannt als Gamma-OH, Liquid Ecstasy, 4-Hydroxybutansäure, Gamma-Hydroxybutyrat, 4-OHB, Na-Oxybat, Somatomax, PM, Wy-3478, Somsanit oder Anetamin) und ist ein sehr einfach gebautes Molekül, das in jeder Zelle des menschlichen Körpers vorkommt. http://druginfo.clifford.at/druginfo/drugs_ghb.html am 27.05.2006

¹⁹ Naltrexon (Revia®), ein reiner Opiatantagonist, reduziert die psychische Begierde (Craving) nach Alkohol, wodurch sich die Rückfallrate reduzieren lässt. <http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=64394&dspaid=491829> am 03.05.06

wie Anonyme AlkoholikerInnen ist angebracht. Hinweise auf die biologischen Faktoren zur Verstärkung der Abstinenzmotivation sind insofern wichtig, als sie das Verständnis der Krankheit fördern und zugleich auch den Schuld-Druck vermindern..

Systemische Ansätze sind bei sozialen/familiären Macht- und Ohnmachtproblemen angezeigt. Weiters ist der Aufbau eines nicht trinkenden Freundeskreises ausgesprochen wichtig.

Eine Miteinbeziehung des Partners/der Partnerin (falls vorhanden) kann ab der 5. Sitzung ist sinnvoll sein.

Es ist anfangs keine spezifische Psychotherapie erforderlich, da sich psychotherapeutische Fragestellungen meist erst nach 6 Monaten Abstinenz ergeben

Ziel ist die absolute Abstinenz ; die Dauer der Begleitung beträgt 2 Jahre.

Typ II: Konfliktlösungsmodell, Angst

Typ II AlkoholikerInnen haben nach Lesch leichte Persönlichkeitsstörungen, sie trinken aufgrund eines psychologischen Verlangens, Alkohol wird wegen seiner angstlösenden Wirkung und als Beruhigungsmittel in Konfliktsituationen eingesetzt. Es besteht eine biologische Vulnerabilität (Beeinträchtigung des Serotonin-Systems). Unter Alkoholeinfluss kommt es zu Affektdurchbrüchen, zu einer herabgesetzte Impulskontrolle und zu Persönlichkeitsveränderungen. Nach Cloninger entspricht dieser Typ dem Harm-Avoidance Typ (Schadens- bzw. Unlustvermeidung). Immer wieder gibt es leichte Rückfälle („Slips“) ohne Kontrollverlust. Ohne Therapie entwickeln sie Merkmale des Typs I, III und IV

Entzugssymptomatik:

Entzugssymptome sind eher leichtgradig, in Form von depressiv-ängstlichen Durchgangssymptomen und Anspannung (Blutdruck und Herzfrequenz erhöht) sowie Schwitzen in den Händen mit feinschlägigem Tremor. Es kommt zu Einschlafstörungen, jedoch sind weder Entzugsanfälle in der Vorgeschichte feststellbar noch eine schwere Polyneuropathie.

Dauer der Symptome: ca. 10 Tage.

Psychologische Aspekte:

Typ II AlkoholikerInnen haben eine deutliche Ich-Schwäche, sie können nicht "Nein" sagen und haben ungünstige Abgrenzungsstrategien. Die Persönlichkeitsstruktur ist depressiv bis hin zur (dependenten, zwanghaften) Persönlichkeitsstörung. Wenn sie keinen Alkohol haben, greifen sie zu Medikamenten. Alkohol bestimmt, wie eine eigene Person, die Interaktion in der Beziehung. Häufig ist zu beobachten, dass ein/e dominante/r PartnerIn "den Betroffenen zur Therapie abgibt". Die Alkoholabhängigkeit ist die Folge von psychodynamischen Defiziten.

Entzugsbehandlung:

Angezeigt sind anxiolytisch wirkende Substanzen, die nicht aus der Benzodiazepinegruppe kommen, wie Delpral, Trittico, Alcover. Bei Benzodiazepinen besteht Suchtgefahr. Anti-epileptische Therapie ist nicht notwendig.

Medikamentöse Prophylaxe:

Als Medikamente kommen in Frage: Campral, Aurorix (antidepressive Wirkung), Trittico (anxiolytische und antidepressive Wirkung), Delpral (Neuroleptikum).

In der psychosoziale Therapieempfehlung nach Dr. Lesch spielen in erster Linie entängstigende Aufklärung und Motivation zur Therapie eine Rolle, interaktive Prozesse müssen bewusst gemacht werden. Wichtige Inhalte sind das Erlernen von Abgrenzungsstrategien und die Aufdeckung und das Erkennen der Abhängigkeitsmechanismen in den Beziehungen, Selbsthilfegruppen zum Thema Angst können sehr hilfreich sein.

Typ II AlkoholikerInnen sollen lernen, Führungsrollen anzunehmen. Die Angst und nicht der Alkoholkonsum ist das Hauptthema der Therapie.

Systemische Therapie für die Bearbeitung der familiären Konstellation sind günstig – Kinder sollen miteinbezogen werden. Der/die PartnerIn leidet häufig an psychosomatischen oder psychiatrischen Beschwerden oder ist Co-abhängig. Hilfreich ist meistens eine aktive Freizeitgestaltung.

Ziel ist die Stärkung der Persönlichkeit, kontrolliertes Trinkverhalten oder Abstinenz. Ohne Behandlung entwickeln sich die meisten Typ II TrinkerInnen zu Typ III oder IV TrinkerInnen.

Die Dauer der Begleitung richtet sich nach dem jeweiligen psychotherapeutischen Therapieziel.

Typ III: Alkohol als Antidepressivum

Nach Lesch (ebd.) trinkt Typ III Alkohol, um Depressionen zu überwinden, um Schlafstörungen zu beseitigen, um die morgendliche Antriebsschwäche zu besiegen. Schwere Persönlichkeitsstörung und depressive Angstzustände sind grundlegend. Alkohol wird als Stimmungsaufheller oder Schlafmittel missbraucht. Alkohol verschlechtert aber sowohl den Antrieb wie auch die Stimmung und das Schlafverhalten. Es entsteht eine biologische Vulnerabilität durch die Störung der Chronobiologie²⁰. Körpergefühle sind oft nur bei Schmerzen vorhanden. Typ III AlkoholikerInnen haben einen episodischen Trinkstil (oft im Spätherbst und Winter, in Zeiten der Depression). Die Abstinenz kann fallweise auch Monate anhalten. Es besteht erhöhte Suizidgefahr. Im Sinne Cloningers handelt es sich Relief-TrinkerIn (Harm Avoidance)

Entzugssymptomatik:

Deutlich ist eine depressive oft auch ängstliche Symptomatik. Leichte Entzugssymptomatik mit Anspannung (Blutdruck und Herzfrequenz erhöht), feinschlägigem Tremor, Ein- und Durchschlafstörungen ist festzustellen. Bei einem Rückfall ergeben sich schwere Schuldgefühle und depressive Reaktionen mit Selbstmordgedanken. Es gibt keine Entzugsanfälle in der Vorgeschichte und auch keine schwere Polyneuropathie.

Dauer der Symptome: ca. 14 Tage

²⁰ Tagesrhythmus oder Periodenrhythmus des Körpers

Psychologische Aspekte:

Starre, krampfhaft, zwanghaft Wertvorstellungen sind vorherrschend, zeitweilig auch schwere Stimmungsveränderungen. Typ III AlkoholikerInnen haben hohe Leistungsansprüche an sich selbst, oft einen zwanghaften Perfektionsdrang, wobei dadurch aber Talente und Eigenschaften verkümmern. Sie haben wenige oder keine "emotionale" Freunde. Sie bewahren aber die Fassade eines optimalen Berufs-, Familien- und Kulturlebens. Sich selbst gönnen sie keine Zeit für emotionelles Wohlbefinden. Sie übernehmen rasch Führungsrollen und wenn etwas schief geht, suchen sie die Schuld bei den anderen. Grundsätzlich glauben sie, alles besser zu wissen. Selbstmord-Tendenzen sind möglich. Sie haben geringe Bereitschaft, den Lebensstil zu verändern.

Entzugsbehandlung:

Angezeigt sind anxiolytisch wirkende Substanzen, die nicht aus der Benzodiazepingruppe kommen. Anti-epileptische Therapie ist nicht notwendig.

Medikamentöse Prophylaxe:

Bei endogenomorph-depressiven Episoden Lithium, Valproinsäure oder Carbamazepin. Trazodon, Doxepin bei Durchschlafstörungen. Keine Neuroleptika (Erhöhung der Suizid-Gefahr). Antidepressiva. Campral nur in Ausnahmefällen. Keine Benzodiazepine (Suchtgefahr).

In der psychosozialen Therapieempfehlung nach Dr. Lesch ist wieder die Aufklärung (primär kognitiv betont, später auf emotionelle Faktoren eingehen) wichtig. In den Gesprächen ist es günstig, die intellektuelle Kontrolle zu reduzieren. Typ III AlkoholikerInnen müssen sich ihrer Rolle in der Interaktion (wird von den anderen rasch als mächtig erlebt) bewusst werden und dass sie vorschnell die Führung der Gruppe übernehmen. Sie sollen ihre Depression erkennen und bearbeiten. Bewusste Körperwahrnehmung und der Abbau des Fassadenverhaltens sind die Hauptthemen der Therapie.

Als Systemmuster lässt sich erkennen, dass PartnerInnen oft ablehnend sind, mit averbalen Aggressionen, oft in schwacher Rolle, mit depressiven Zuständen, psychosomatischer Erkrankung oder Missbrauchserfahrungen. Daher ist oft ein

systemischer Ansatz der Therapie angezeigt mit einer grundlegenden Verarbeitung der Dimensionen Macht / Ohnmacht, verbale Dominanz / averbale Aggression.

Ziel: die Reduktion der depressiven Episoden bzw. Symptome, Verminderung und Verkürzung von Rückfällen, Rückfalls-Notplanung, Abstinenz.

Dauer der Begleitung: Mindestens 2 Jahre, je nach medizinischem bzw. psychotherapeutischem Erfolg.

Typ IV: Alkohol als Gewöhnung

Hier finden sich nach Lesch (ebd.) reduzierte Persönlichkeitsstrukturen, Trinken wird als "normal" empfunden. Es besteht eine deutliche Leistungsreduktion durch voralkoholische organische und cerebrale Schäden. Der genetische Faktor ist oft ausgeprägt. In der Anamnese findet man oft Verhaltensstörungen auf Grund der kindlichen Deprivation, Funktionsstörungen (Bettnässen, Essstörungen, Schlafstörungen), abnorme Gewohnheiten (Daumenlutschen, Nägelbeißen...) Störungen im Leistungsbereich, (erhöhte Ängstlichkeit, Stottern) und Defizite in wesentlichen Teilen der kognitiven, emotionalen und sozialen Steuerung, die durch den Alkoholmissbrauch verstärkt werden. Typ IV TrinkerInnen sind leicht beeinflussbar und haben eine deutlich herabgesetzte Kritikfähigkeit.

Entzugssymptomatik:

Es gibt eine starke Entzugssymptomatik mit deutlicher Leistungsreduktion, Orientierungsstörungen, nächtlich deutlich stärkerer psychischer Symptomatik, mit Erinnerungsfälschungen, Halluzinationen, bis hin zum amentuellen²¹ Zustandsbild, Epileptische Anfälle sind zu befürchten, die Anfallsgefahr besteht auch noch nach 10 Tagen der Abstinenz. Feststellbar ist oft eine starke Polyneuropathie. Der Blutdruck ist unauffällig, vegetativ stabil, aber es kommt eventuell zu leichtem Schwitzen und zu einem essentiellen feinschlägigen Tremor. Die Rückbildung der Symptomatik kann Wochen bis Monaten dauern.

²¹ amentuell, verwirrt. Amnesie, zeitlich oder inhaltlich begrenzte Erinnerungslücke. amnestisch, den Erinnerungsverlust betreffend.

Psychologische Aspekte:

Typ IV TrinkerInnen leiden unter mangelnder Impulskontrolle. Sie sind häufig sozial depraviert (Wohnungs-, arbeitslos) und sehr isoliert. Die Tagesstruktur ist oft nur von den Treffpunkten im Trinkmilieu gekennzeichnet. Sie können ihren Alltag nur schwer gestalten.

Feststellbar sind kindliche Verhaltensstörungen wie Nägelbeißen. Während der Abstinenzperioden kommt es zu Enuresis nocturna²².

Es besteht kein direkter Zusammenhang zwischen der Psychopathologie und dem Effekt von Alkohol..

Entzugsbehandlung:

Angezeigt sind Nootropika²³ zur Besserung der kognitiven Leistung, Neuroleptika in niedriger Dosierung bei produktiver Symptomatik und nächtlicher Unruhe. Benzodiazepine sind nur in Ausnahmefällen zu geben.

Medikamente, die die Leistung beeinträchtigen, verstärken die Symptomatik, daher sollen die Psychopharmaka nach 5 Tagen Abstinenz ausgeschlichen werden

Medikamentöse Prophylaxe

So wenig Medikamente wie möglich! Nootropika, Antiepileptika für Anfälle unabhängig vom Trinkverhalten. Vitamin B1 für die Polyneuropathie. Neuroleptika bei produktiven Durchgangssyndromen. Antidepressiva wie Trazodon oder tranquilisierende Antiepileptika (Valproinsäure) bei Unruhezuständen und Schlafstörungen.

In der psychosoziale Therapieempfehlung nach Dr. Lesch sollen im Rahmen der Betreuung wiederholte, regelmäßige Aufklärungen (1x pro Woche am fixen Tag, danach 1x pro Monat) über die Auswirkungen von Alkohol gegeben werden. Die persönliche Beziehung in der Betreuung ist sehr wichtig. Das Üben einfacher Muster, um dem

²² Nächtliches Einnässen

²³ Nootropika oder Antidementiva werden zur Behandlung von Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, der Konzentrations- und Denkfähigkeit eingesetzt. Bisher können Antidementiva den Untergang der Nervenzellen im Verlauf einer Demenz nicht aufhalten. Sie führen jedoch vorübergehend zu einer Verbesserung des kognitiven Leistungsvermögens und der Alltagskompetenzen, und mit ihrer Hilfe können diese Verbesserungen über einige Zeit auch stabil gehalten werden. Beispiele hierfür sind Biloba Ginko, Ginseng, Weihrauch (Phytopharmaka) und weitere chemisch hergestellten Medikamente wie Axura

Trinkdruck zu widerstehen und eventuell die Einbindung in Selbsthilfegruppen, die Rückfälle akzeptieren, und trotzdem Schutz anbieten sind Bestandteile der Betreuung.

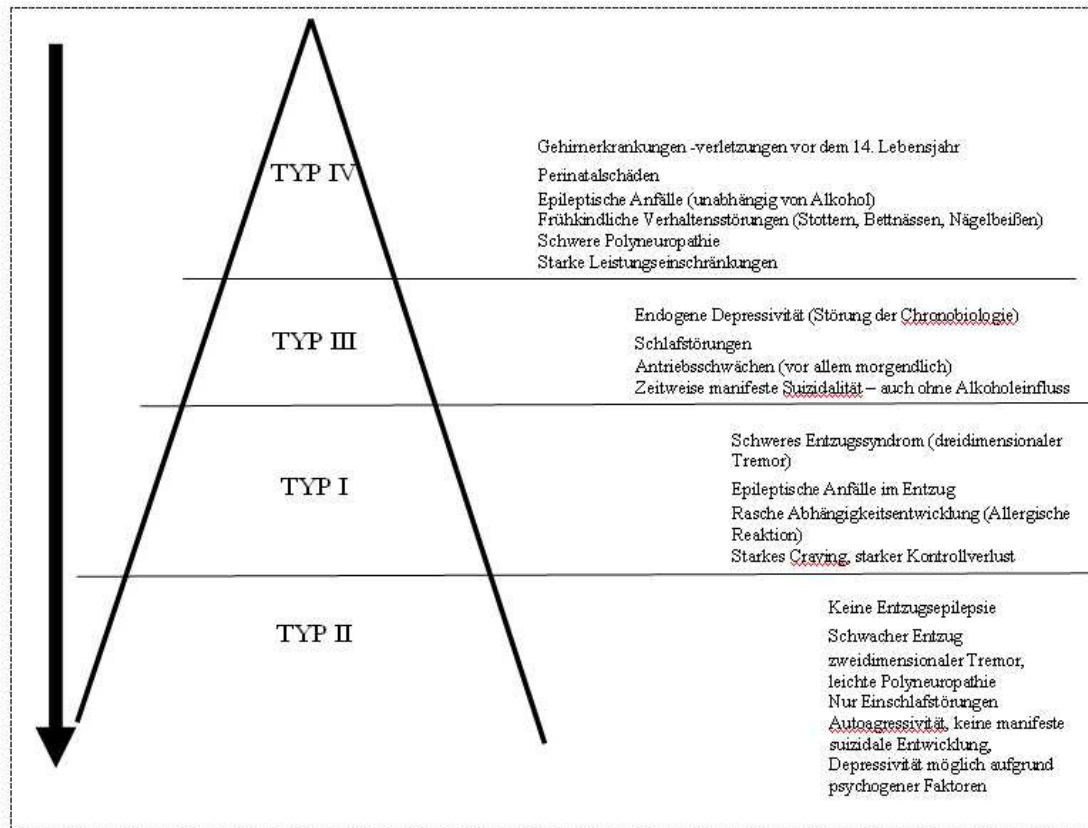
Typ IV TrinkerInnen können keinen komplizierten Inhalten folgen, daher brauchen sie einfache Sätze mit suggestivem Inhalt und verhaltenstherapeutische Konzepte mit kleinen Schritten, sinnvolle Beschäftigungen in einem geschützten, stabilen Milieu. Angezeigt sind geschütztes Wohnen, Einkommensregelungen, eventuell Sachwalterschaft, ergotherapeutische Angebote, geschützte Arbeitsplätze, kognitives Training und möglichst rasche Mobilisierung. Für die Betreuung sind Regelmäßigkeit und Kontinuität wichtige Grundprinzipien.

Ziel ist die Verringerung des Schweregrades und der Frequenz der Rückfälle. Rückfälle rasch behandeln, am besten durch stationäre Krisenintervention.

Die Dauer der Begleitung währt oft ein Leben lang

Diagnostisches Ausschlussverfahren:

Grafik 5



Man beginnt mit der Diagnose für Typ IV, geht dann im Ausschlussverfahren zu Typ III, springt zu Typ I und geht schließlich zu Typ II

KAPITEL IV:

4. BESONDERHEIT DER TYPOLOGIE NACH DR. OTTO LESCH

Im folgenden Abschnitt geht es um die Darstellung der Besonderheit der Typologie für die Frage der Interdisziplinarität und der Anschlussfähigkeit des zur Verfügung gestellten Wissens im Bereich der Sozialtherapie bzw Sozialarbeit. Interessant ist – aus meiner Sicht – der Entstehungskontext, unter dem Lesch zu seinen Erkenntnissen kam, weshalb dieser anfangs grob umrissen wird.

4.1 Entstehungskontext der Typologie nach Lesch

Im Zuge einer Langzeitstudie mit AlkoholikerInnen im Burgenland hat Lesch an 444 Alkoholkranken nachgehende Forschung betrieben und den Verlauf der Krankheit nach der Therapie festgehalten. (Lesch 1985) Aus den Erfahrungen dieser Studie hat er seine Typologie entwickelt. Die theoretischen Erklärungen wurden erst später hinzugefügt. Grundlage seiner Erkenntnisse war also eine ausgedehnte empirische Untersuchung verbunden mit praktischen Erfahrungen in der Psychiatrie beziehungsweise im Psychosozialen Dienst.

Dazu aus dem Interview mit Lesch (Jänner 2006):

„Nach dem Medizinstudium war ich als praktischer Arzt tätig und bin in Wien als Rettungsarzt unterwegs gewesen. Nach der Ausbildung in der Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie übernahm ich Anfang 1976 den Psychosozialen Dienst Burgenland und baute ihn aus auf 8 Betreuungsstellen, geführt von einem Sozialarbeiter mit einem Konsiliararzt pro Betreuungsstelle. Gemeinsam mit Dr. Spielhofer (Psychologe) eröffneten wir 1976 das erste Übergangswohnheim für psychisch Kranke des Burgenlandes (Großpetersdorf). Dann führte ich ProMente Wien [...] In diese Periode fiel die Eröffnung des Patientenkaffees und der Ausbau von ökologischen und kulturellen Projekten. Von 1972 bis 2005 war ich auch im Anton Proksch Institut tätig und habe in dieser Funktion die Forschung des Anton Proksch Institutes mitbestimmt.“

Aus den empirischen Erfahrungen heraus entwickelte Lesch seine Typologie, die sich in erster Linie an den erfolgreichen Therapiemöglichkeiten orientiert und nicht am eigentlichen Trinkverhalten.

Die sich daraus ergebenden Therapieempfehlungen sind also Resultat einer ausgesprochen pragmatischen Überlegung. Forschungsleitend war für Lesch die Frage: Was hilft einem/er AlkoholikerIn bei der Abstinenzorientierung und Alltagsbewältigung?. Die Ursachenanalyse trat also hinter die anzuwendenden Interventionen zurück, die am ehesten zu einem Therapieerfolg führen.

In diesem Sinn geht Lesch auch davon aus, dass in der Behandlung von Typ IV AlkoholikerInnen vorzugsweise Sozialtherapie (siehe dazu Kapitel 4.2.1.) angewandt werden soll und nicht so sehr Psychotherapie.

Während für Typ I TrinkerInnen, die eine primär biologische Störung haben, nach Ansicht Leschs keine intensive psychotherapeutische Behandlung erforderlich ist, sieht er jedoch für Typ II und Typ III PatientInnen psychotherapeutische und analytische Verfahren durchaus als zielführend im Sinne einer Abstinenzorientierung, weil hier Angst- und Minderwertigkeitsgefühle oder eine Depression dem Trinkverhalten zugrunde liegen. Letztere beiden Typen, bedürfen allerdings der Kombination mit medikamentöser Behandlung. Bei Typ IV stehen sozialtherapeutische bzw. sozialarbeiterische Maßnahmen eindeutig im Vordergrund. Diese reichen von geschützter Wohnumgebung bis zur Schaffung einer Tagesstruktur, Ergotherapie, anregender Freizeitgestaltung, konditionierende Trainings und entsprechende Pflegemaßnahmen.

In konsequenter Weiterführung dieses Ansatzes argumentiert Lesch auch über seine ärztliche Tätigkeit hinaus für die Initiierung und Absicherung von sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, die nach seiner Darstellung ein abgestuftes Modell von sehr niederschweligen Einrichtungen über hochspezialisierte Betreuungseinrichtungen bis hin zu lose betreuten Finalwohnungen für Betroffene umfassen sollen²⁴.

Im Wesentlichen gibt Lesch also den sozialtherapeutischen Maßnahmen den Vorzug, weil sie an der Veränderung der Lebensumwelt und der Alltagsstruktur ansetzen und somit den

²⁴ In diesem Zusammenhang ist das zur Zeit in Entwicklung befindliche Projekt „Dauer-Wohngemeinschaften für Typ IV Alkoholkranken“ der Caritasgemeinde Wien zu erwähnen, das Lesch in Kooperation mit Wetschka ins Leben gerufen hat. Im Zuge der langjährigen Betreuung von obdachlosen Alkoholkranken hat sich der Mangel an geeigneten Finalwohnungen als bedenkliche Lücke in der Reihe der Betreuungseinrichtungen herausgestellt, die durch dieses Projekt geschlossen werden soll. Auch hier ist also der sozialarbeiterische Ansatz eine Grundvoraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Entwöhnungstherapie.

Betroffenen aus einem Lebenszusammenhang, der ihnen bislang geschadet hat, herausnehmen und neue Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwöhnung und Re-Integration bieten.

KAPITEL V

Im gegenständlichen Kapitel soll der Begriff der „Sozialtherapie“, wie er in den Empfehlungen nach Lesch zum Ausdruck kommt, definiert werden. Zur Bestimmung des Verhältnisses von Sozialtherapie und Sozialarbeit wird auf die in der Bundesrepublik Deutschland angewandte gesetzliche Festlegung der „Soziotherapie“ Bezug genommen.

Sozialarbeit als Wirkfaktor in der Entwöhnungstherapie

5.1. Definition von Sozialtherapie / Sozialarbeit in der Entwöhnungstherapie:

In der Bundesrepublik Deutschland ist der Begriff Soziotherapie besetzt mit der Definition, wie sie im Sozialgesetzbuch V § 37a gegeben wird. Soziotherapie ist nach diesem Verständnis eine nervenärztlich/psychiatrisch verordnete Unterstützung und Handlungsanleitung für chronisch psychisch Kranke zur Überwindung krankheitsspezifischer Defizite und daraus entstehender Beeinträchtigung im sozialen Umfeld. In den Richtlinien für die Durchführung von Soziotherapie (Bundesanzeiger Nr 217 vom 21. Nov. 2001) ist als Indikation für die Soziotherapie eine schwere psychische Erkrankung erforderlich.

In dieser Diplomarbeit verwende ich allerdings den Begriff Sozialtherapie in Anlehnung an die Theorie der Anthroposophie bzw. wie sie von Küttner (2000: 31-34) formuliert wird: „Der Begriff Sozialtherapie [...] rückt explizit die Begegnung zwischen Menschen und die Gestaltung des sozialen Gefüges als therapeutisch wirksames Element in den Mittelpunkt. Sie versucht, die leiblichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse des Einzelnen in soziale Prozesse und Formen abzubilden, um die Entwicklung des Einzelnen im Spiegel des Gegenüber und der Gemeinschaft zu fördern. Ziel der sozialtherapeutischen Bemühungen ist es, Entwicklungsprozesse im Erwachsenenalter zu fördern und den dafür notwendigen Rahmen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört

soziale Integration, Selbstfindung und Selbstverwirklichung und die Entwicklung von Mündigkeit zu fördern, die die Möglichkeit zur geistigen, sittlichen und wirtschaftlichen Selbstbestimmung schafft. Dies geschieht mit großem Respekt vor dem individuellen Schicksal, das differenzierte Lösungen erfordert. Fachlich ergibt sich daraus die Aufgabe, Formen der Begleitung, Beratung und Formen des Gemeinschaftslebens bzw. des Gemeindewesens zu entwickeln, die es dem Menschen ermöglichen, angepasst an seine Fähigkeiten eigene Entwicklungsschritte vollziehen zu können“.

Beck et al (1997:155) beschreibt, dass Süchtige zu solchen Aktivitäten und Verhaltensweisen neigen, die ihre Sucht noch begünstigen. Gleichzeitig unternehmen sie häufig keinerlei Aktivitäten, die eine soziale Integration begünstigen würden. Die Selbstbeobachtung und Planung von Aktivitäten kann eine nützliche Basis bieten, um die mit dem Alkoholkonsum in Zusammenhang stehenden Verhaltensweisen zu verstehen und zu modifizieren sowie um positive Verhaltensweisen zu verstärken. Als Techniken empfiehlt er Verhaltensexperiment, Rollenspiele, Entspannungstraining, stufenweise Aufgabenstellung, Problemlösetechniken, Sport, Stimuluskontrolle und ähnliche Teile des professionellen Sets an Techniken und Methoden.

Die Betreuung von Alkoholabhängigen erfordert aufgrund der komplexen Problemlage ein sehr umfassendes Konzept, in dessen Rahmen die Sozialarbeit stark gefordert ist. Von der existenziellen Absicherung über die materielle Konsolidierung reicht der Betreuungsinhalt über den Aufbau tragfähiger sozialer Netze bis hin zum Verhaltenstraining und zur Gestaltung einer neuen Wohnumgebung mit allen Implikationen.

In diesem Sinn wird Sozialtherapie als Handlungsfeld der Sozialarbeit begreifbar, und zwar im Sinne aller Handlungsarten der Sozialarbeit (vgl. Lüssi 1991:392 ff) in Form von Beratung, Verhandlung, Intervention, Vertretung, Beschaffung und Betreuung. Bezogen auf die Problemlage der Betroffenen werden nach deren Anamnese und Prioritätensetzung die Angebote aus dem öffentlichen Bereich (allgemeine Sozialhilfe, Behindertenhilfe, Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherung usw) und von Trägern der freien Wohnfahrt, die sich im öffentlichen Auftrag der unmittelbaren Problemlösung widmen sowie die eigenen Ressourcen der KlientInnen miteinander verknüpft und als Angebot an die betroffenen KlientInnen aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Die Leistungen der Sozialarbeit werden im Folgenden einzeln als Richtlinien dargestellt

5.2. Richtlinien für die Sozialarbeit mit chronischen AlkoholikerInnen:

Aus den bisherigen Darstellungen ergibt sich für den sozialarbeiterischen Ansatz in der Entwöhnungstherapie eine Reihe von Richtlinien, die ich in der Folge expliziere und als Erfahrungswert aus der Langzeitentwöhnung einbringe.

5.2.1. Erste Richtlinie für die Sozialarbeit ist die Problemanalyse, die in der Regel drei bis sechs Wochen in Anspruch nimmt. Ohne Problemanalyse kann keine sinnvolle Interventionsplanung statt finden, soll diese doch auf die maximale Kooperation der KlientInnen abzielen. Es geht um die Mobilisierung eigener Kräfte, um der vielfach bereits entstandenen Hospitalisierung (Aneinanderreihung zahlreicher Krankenhausaufenthalte) durch vorbetreuende Einrichtungen und der daraus resultierenden Medikalisierungstendenz entgegenzuwirken. Die Sozialarbeit erstellt in einer eigenen und professionsübergreifenden Weise eine Sozialanamnese als Grundlage für die Interventionsplanung. Befunde, Berichte und Beurteilungen aus anderen Professionen fließen in diese Anamnese ein und werden durch eigene Erhebungen, Tests und in Gesprächen mit den Betroffenen ergänzt und vervollständigt.

5.2.2. Als zweite sozialarbeiterische Richtlinie gilt die Fokussierung auf das Verhalten der KlientInnen. In einem stabilen, förderlichen, sozialtherapeutischen Milieu (zum Beispiel in einer Wohngemeinschaft) soll der medizinischen Stigmatisierung abgeholfen werden. Sinnvolle Beschäftigung in einem geschützten, stabilen Milieu und verhaltentherapeutische Maßnahmen für den Umgang mit Konfliktsituationen sind angezeigt. Die schützende Umgebung in einer Wohngemeinschaft soll auch dazu genutzt werden, sich auf die Versuchung durch Alkohol vorzubereiten, Widerstandstraining gegen das Craving²⁵ zu machen und konkrete Schutzmaßnahmen gegen übermächtige Verlockung zu planen und zu üben.

²⁵ Zwingendes Verlangen nach dem Suchtmittel

5.2.3. Dritte Richtlinie ist das sozialarbeiterische Vorgehen selbst: Gemeinsam formulierte Ziele werden nach Prioritäten gereiht und in Monatszeiträume aufgeteilt und regelmäßig deren Erreichung überprüft. Die Praxis verfolgt eine „Politik der kleinen Schritte“, angepasst an die Verarbeitungskapazität und –geschwindigkeit des Klienten.

Für die nachhaltige Entwöhnung ist Zeitdruck kontraproduktiv. Das Ziel der sozialarbeiterischen Intervention ist die (Rück)Gewinnung von Autonomie in möglichst allen Bereichen der Persönlichkeit und der Lebensgestaltung beziehungsweise der Alltagsbewältigung. Wichtiger als die Persönlichkeitsentfaltung, wie sie in psychotherapeutischen Prozessen angestrebt wird, ist hier neben der Aufrechterhaltung der Abstinenz, dass die Betroffenen mit ihrer Umwelt zurecht kommen, die notwendigen Alltagsaufgaben bewältigen können und ihre eigene Körper- und Wohnungspflege allein bewerkstelligen können.

Steingass (2003 www.ahg.de) stellt die Behandlungsziele der Sozialtherapie (im Sinne des hier gewählten sozialarbeiterischen Ansatzes) denen der Psychotherapie gegenüber. Geht es bei der Psychotherapie um die absolute und dauerhafte Abstinenz und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Individuation, Persönlichkeitsentfaltung und Ich-Stärkung, so zielt die Sozialtherapie auf die Sicherung des (möglichst gesunden) Überlebens, auf die Verhinderung von schweren Folgeschäden, auf Symptomlinderung, auf die Verhinderung weiterer sozialer Isolation, auf die Normalisierung und Sozialisierung durch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und durch die Vermeidung von unverträglichem, selbstausgrenzendem Verhalten. So sollen die Abstinenzphasen möglichst verlängert werden und die Akzeptanz der Abstinenz als gesündeste Lebensform gefördert werden.

5.2.4. Vierte Richtlinie ist die Neu-Ordnung der Lebensverhältnisse: Die Lebenssituation der AlkoholikerInnen wird zunehmend unübersichtlich und katastrophal. Ein Rest an Ordnungsbedürfnis löst meist die Motivation zur Verhaltensänderung aus, nur ist der Weg dahin ohne entsprechende therapeutische und sozialarbeiterische Unterstützung meist eine regelrechte Überforderung. Die oft mangelnde Krankheitseinsicht kann durch Kooperationsbereitschaft ersetzt werden.

Es geht hier nicht nur um Compliance bei der Medikamenteneinnahme sondern auch, und das sogar vorwiegend, um die Zustimmung zu anfangs oft drastischen Maßnahmen der Existenzsicherung, die manchmal auch bis zur buchhalterischen Kontrolle in finanziellen Angelegenheiten reicht oder sogar Sachwalterschaft in bestimmten Angelegenheiten erforderlich macht. Die Sicherung der Lebenshaltungskosten und Einkommensverhältnisse sowie die (Wieder)Herstellung der Arbeitsfähigkeit sind im Fokus der sozialarbeiterischen Interventionen. Eine abstinenzfreundliche Umgebung muss unter Mitwirkung der Betroffenen aufgebaut und dauerhaft gesichert werden.

5.2.5. Fünfte Richtlinie ist der Einbezug von KlientInnen in Gemeinschaftsaufgaben wie zum Beispiel die Übertragung von Hausdiensten, vorwiegend Reinigung, Instandhaltung, gemeinsames Kochen, Versorgung und so weiter. Dadurch kann der Wert des eigenen Beitrags zum Gemeinwohl erfahren und ein gewisses Maß an Selbstbestätigung erreicht werden.. Auf diese Weise kann die Sozialarbeit darauf hinwirken, dass die KlientInnen aus ihrer Selbstbeschränkung heraus eine gewisse Öffnung für soziale Aufgaben und gemeinnützige Aktivitäten vollziehen.

5.2.6. Als **sechste Richtlinie** gilt das Angebot einer Tagesstruktur, die es den Betroffenen leichter macht, zu einer selbständigen Ordnung (zurück) zu finden. Gemeinschaftsdienste haben eine tagesstrukturierende Komponente und fördern den sozialen Austausch. Darüber hinaus gehören Beschäftigungs- und Bewegungstherapie, Terminplanung (Tages- Wochen- Monatsplan), sowie Freizeitangebote und Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen zum Programm. Im Rahmen der Tagesstrukturierung können auch Alternativprogramme für Alltagssituationen, die im bisherigen Suchtverlauf als problematisch erlebt wurden, eingeführt werden.

5.2.7. Die **siebente Richtlinie** ist die multiprofessionelle Orientierung. Lesch (ebd.) geht in seiner Typologie und den daraus resultierenden Empfehlungen von einem multifaktoriellen Modell der Verursachung und Verhinderung von Alkoholismus aus. Im Unterschied zu biomedizinischen Erklärungsmodellen von Alkohol“krankheit“ ist

sein Ansatz ein transdisziplinärer, in dem die Sozialarbeit koordinierende Funktion für alle Leistungen der Gesundheits- und Sozialhilfeeinrichtungen hat. Das bio-psycho-soziale Modell verlangt nach einem breiten Angebot an Maßnahmen, welches vorwiegend in transdisziplinären Settings möglich ist, die vorwiegend durch die Sozialarbeit hergestellt und gewahrt werden können.

5.2.8. Die achte Richtlinie ist die Fallführung durch die Sozialarbeit in der Therapie allgemein. Sozialarbeit ist die fallführende Disziplin in der Betreuung und Begleitung der KlientInnen. Es geht dabei um die Erstellung von Betreuungsplänen, um die Vernetzung mit den anderen unterstützenden Einrichtungen und um die Perspektivenfindung. Oberste Priorität haben die Sicherung von eventuell (noch) bestehenden „natürlichen“ Netzwerken und die Erweiterung derselben in Zielrichtung auf ein selbständiges Leben in funktionierenden sozialen Beziehungen. Die anderen Professionen (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, ambulante und stationäre Gesundheitsdienste, Beratungsstellen usw) werden - je nach Bedarf - eingebunden und zur Unterstützung des Entwöhnungsprozesses spezifisch eingesetzt. Die Interventionsplanung und -kontrolle verbleibt jedoch bei der Sozialarbeit, die auf maximale Kooperation mit den KlientInnen abstellt und darüber hinaus eine optimale Vernetzung der Hilfsstrukturen zu erreichen versucht.

5.2.9. Die neunte Richtlinie ist die Rückfalltoleranz. In der gesamten Entwöhnungstherapie ist Rückfalltoleranz notwendig und meistens unumgänglich. Rückfälle müssen zum Anlass genommen werden, mit noch mehr Motivation einen neuen Abstinenzversuch zu wagen. Über eine gezielte und individuelle Rückfallprävention soll es zu einer möglichst langen Abstinenz kommen.

Ziele hinter allen Richtlinien sind die (Wieder)Herstellung der psychosozialen Gesundheit, die Erreichung eines möglichst hohen Grades an Zufriedenheit oder zumindest von Beschwerdefreiheit, die existenzielle Absicherung der Betroffenen, die Wiedereingliederung in ein funktionierendes Beziehungsnetzwerk und der Aufbau von neuen Verhaltensmustern, die ein abstinentes Leben zur Folge haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung ein langfristiger Prozess ist. Nicht nur die organisch-medizinischen Konsequenzen des Alkoholismus sondern vor allem die sozialen Folgen, sind Gegenstand der Intervention. Die Sozialarbeit leistet für die Entwöhnung aus dem Suchtverhalten den wichtigsten Integrationsschub. Sie wird in den sozialtherapeutischen Empfehlungen Leschs als interprofessionell-kordinierende Kraft und als fallführende Disziplin gefordert.

KAPITEL VI

Was bedeutet Erfolg in der Entwöhnungstherapie

6.1. Therapieerfolg:

Für die Darstellung von Therapieerfolg in der Behandlung von chronischem Alkoholismus müssen neben dem Kriterium „spätere Abstinenz“ auch andere Umstände wie etwa körperliche und seelische Gesundheit, soziale Integration, Arbeitssituation, Schuldenbewältigung, Wohnfähigkeit, Lernbereitschaft, Ausbildungsfähigkeit, Teilnahme am kulturellen Leben und anderes mehr berücksichtigt werden. Ob reine Abstinenz, die mit sozialem Rückzug und Unzufriedenheit einher geht, als Erfolg zu werten ist, scheint in diesem Zusammenhang fraglich. Umso mehr sind hier die umfassenden Betreuungsangebote durch die Sozialarbeit auf alle Lebensbereiche der Betroffenen bezogen und nicht bloß auf ein isoliertes Problemverständnis.

Sucht ist in der Regel eine chronische, von Rückfällen geprägte Krankheit. Eine endgültige Heilung ist in den meisten Fällen unmöglich, wenn sie auch nach wie vor Ziel der Behandlung bleibt

Voraussagekriterien über den „Erfolg“ einer Therapie bzw. Prognosekriterien gibt es kaum. Als zuverlässigster Indikator hat sich noch die eigene Abstinenzzuversicht der KlientInnen erwiesen. (vgl. Sorgo 2006). Die Therapiedauer oder Veränderungen während der Therapie sind zwar Anhaltspunkte für eine Erfolgsprognose, aber keine sicheren Indikatoren, wenngleich aus den bisherigen Erfahrungen in der Wohngemeinschaft Winden hervorgeht, dass eine sozialarbeiterische Begleitung und Betreuung über etwa 2 Jahre hinweg als Mindestanforderung gesehen werden kann. Die Untersuchungen und Erfahrungswerte aus der Übergangswohngemeinschaft Winden, die aus Gründen der Schwierigkeit der Erfassung nur auf Schätzungen beruhen, lassen vermuten, dass etwa ein Drittel der betreuten Personen langfristig abstinent bleibt, wobei kurze Rückfälle nicht ausgeschlossen sind und dass dieses Drittel zugleich auch ein geordnetes und re-integriertes Leben führt, also auch in den anderen Lebensbereichen gut abgesichert ist. Ein weiteres Drittel erlebt zumindest kürzere Perioden der Abstinenz und eine graduelle Verbesserung der Lebensumstände, vor allem was die Einkommenssicherung und die Wohnqualität betrifft. Für das dritte Drittel kann

angenommen werden, dass zumindest während des Aufenthalts in der Wohngemeinschaft die Lebensqualität wesentlich steigt und die sozialarbeiterische Begleitung eine weitgehende Abstinenz für diese Periode ermöglicht. Nach dem Ausscheiden aus der betreuten Umgebung ist für dieses letzte Drittel allerdings ein (schwerer) Rückfall die Regel und eine Wiederaufnahme der Abstinenzversuche in einer anderen Betreuungs- oder Therapieform anzuraten.

Neben der Abstinenz sind die Veränderungen der Begleitumstände des chronischen Alkoholismus möglicherweise aussagekräftig über den weiteren Verlauf der Krankheit bzw. den Grad der Gesundung. Hier sind vor allem die Kriterien der Depressivität, der Dominanz (Übernahme von Verantwortung für sich selbst und im sozialen Umfeld, Durchsetzungsfähigkeit), der Durchlässigkeit (Offenheit, Vertrauensbereitschaft) sowie der sozialen Potenz (d. h. Liebes- und Bindungsfähigkeit sowie allgemeines Selbstvertrauen) ausschlaggebend.

Wenn man bedenkt, dass die sozialen Kontakte im Verlauf der Suchtentwicklung zunehmend beeinträchtigt werden bzw. abgebrochen werden, sind diese Veränderungen zumindest ein Schritt in die Richtung eines Wiederaufbaus der sozialen Kompetenz, die maßgeblich mit dem Abstinenzverhalten zusammenhängt.

Weitere Kriterien können aus der seelischen Gesundung der Betroffenen, den Veränderungen im Bereich der Nervosität und der Selbstzentrierung abgeleitet werden. Wenn sich Betroffene nach der Therapie als emotional widerstandsfähiger und besser dazu in der Lage sehen, externe wie interne Anforderungen zu bewältigen, sich gesunder und beschwerdefreier fühlen und weniger über sich und das bisherige Leben in destruktiver Weise nachgrübeln, kann von einem persönlichen Erfolgserleben ausgegangen werden.

6.2. Rückfall:

Im medizinischen Sinne ist ein Rückfall dann zu verzeichnen, wenn die Konsumation des Suchtmittels fortgesetzt wird. Im sozialarbeiterischen Sinn bedeutet Rückfall allerdings eine Rückkehr zu einer destruktiven Lebensführung. Hier steht nicht die toxische Wirkung des Suchtmittels im Vordergrund sondern die Wiederaufnahme von Verhaltensmustern, die unweigerlich zur weiteren sozialen Exklusion und zur Selbstschädigung führen. Der Rückfall bedroht also die gesamte Lebenssituation des

Betroffenen und zudem auch seine Umwelt. In der sozialarbeiterischen Herangehensweise ist ein gewisses Maß an Rückfalltoleranz unverzichtbar, zugleich muss sie sich darauf konzentrieren, die Rahmenbedingungen für ein langfristig abstinentes Leben (wieder)herzustellen, selbstverständlich immer mit maximaler Kooperation der Betroffenen. Je mehr diese in die (Neu)Gestaltung der Lebensumwelt eingebunden sind, je verantwortlicher sie selbst für die entscheidenden Veränderungen sind, desto geringer kann der Motivationsdruck durch die Sozialarbeit ausfallen. Im wesentlichen kann Sozialarbeit die Strukturen schaffen und zur Verfügung stellen, die für eine nachhaltige Verhaltensänderung und die existenzielle Sicherheit der Betroffenen positive Rahmenbedingungen darstellen.

KAPITEL VII

Der Stellenwert der Sozialarbeit in der Entwöhnungstherapie aus der Sicht der Betroffenen

Die sozialarbeiterische Herangehensweise an die Problemlage von AlkoholikerInnen und der transdisziplinäre Ansatz bei der Behandlung von Entwöhnungswilligen ist nicht nur von seiten der Profession zu bewerten sondern, und das vor allem, aus der Sicht der Betroffenen. Aus dieser Sichtweise können wertvolle Erfahrungen in die Weiterentwicklung von Therapieansätzen und Therapieangeboten integriert werden. Das soll in dem nun folgenden Kapitel versucht werden.

7.1. Erhebungsmethode:

In der Befragung von Betroffenen ging es um den Verlauf der Alkoholkrankheit, um die Entzugsphasen in den Spitälern, um die medikamentöse Einstellung und schließlich um das Erleben der sozialarbeiterischen Einflussnahme auf den Lebensverlauf der Betroffenen. Die Sozialarbeit präsentiert sich den Betroffenen als fallführende Disziplin im Rahmen der Wohngemeinschaft und darüber hinaus auch in Form von Nachbetreuungsangeboten und –vereinbarungen. Die Aussagen der Betroffenen sind daher immer in Bezug auf das sozialarbeiterische Setting im Wohnheim zu verstehen.

Die Interviews fanden mit ehemaligen und aktuellen Bewohnern in der Wohngemeinschaft Winden statt und wurden auf Tonband festgehalten und transkribiert.

Als zusätzliches Material wurden auch Mitschriften aus Hausversammlungen bzw. Gesprächsgruppen herangezogen. Wie schon im Kapitel „Arbeitsablauf“ erwähnt, wird mit Hilfe des gewählten qualitativen Ansatzes der Datenerhebung und –auswertung nach Mayring (2001) und unter Zuhilfenahme des Instruments „Qualitative Datenanalyse MaxQda2“²⁶ der Versuch unternommen, Kategorien zur Bestimmung der Wirksamkeit sozialarbeiterischer Intervention zu entwickeln.

Als Sample wurden wie schon erwähnt 3 typische Verlaufskarrieren (Interviews mit Betroffenen) gewählt und Mitschriften aus Einzelgesprächen und Gesprächsrunden.

Entsprechend der Codierung der Interviews nach Erfolgskategorien, Wirkfaktoren und Hemmfaktoren kann daraus eine Reihe von Erkenntnissen abgeleitet werden, deren Zusammenfassung im nun folgenden Kapitel stattfinden soll. Vorausgeschickt wird, dass sich für die Sozialarbeit in jeder einzelnen Erfolgskategorie Handlungsaufträge ergeben, wobei Wirkfaktoren positiv zu verstärken und Hemmfaktoren dementsprechend zu überwinden sind. Die Herleitung der Erfolgskategorien ergab sich aus den inhaltlichen Wendungen der Interviews und den sozialarbeiterischen Ansätzen in der Problembewältigung. Der Leitfaden für die Interviews war im Wesentlichen von den oben erwähnten Fragestellungen geprägt (Verlauf der Alkoholsucht, Entzugsphasen, stationäre Aufenthalte, medizinische Behandlung, Erfahrungen mit der sozialarbeiterischen Intervention).

²⁶ (© Udo Kuckarz Berlin)

7.2. Erfolgskategorien in der Entwöhnungstherapie:

7.2.1. Erfolgskategorie Überleben: durch Reduktion des Alkoholkonsums bzw. völlige Abstinenz wird die toxische Wirkung beendet und dem Körper die Chance zur Regeneration gegeben. Die Selbstheilungskräfte des Körpers und der Psyche und die Unterstützung durch die Medikamente führen zur Überwindung der Entzugssymptome und eventuell durch weitere therapeutische und sozialarbeiterische Maßnahmen zur dauerhaften Abstinenz. Die bereits angegriffenen Organe können sich, soweit die Schäden reversibel sind, regenerieren. Die Sozialarbeit (in der Wohngemeinschaft) schafft eine abstinenzfreundliche Umgebung und sorgt für eine (meistens stationär durchgeführte) Entzugsphase unter ärztlicher / pflegerischer Beobachtung.

Die Betroffenen erzählen, dass sie oftmals „nur haarscharf am Tod vorbeigehen“ oder beschreiben ihr Trinkverhalten – aus der Retrospektive – als suizidal.

„Eben weil Rum, ein 80er Rum ist ein bisserl was anderes wie eine Weinsauferei oder Bier oder so was. Da hängst, auf dem hängst du, da bist du ja schon ganz weit unten, ... Ja also ich meine, ja da ist der Notarzt gekommen. Aber was ich weiß habe ich um 8 Uhr auf d’Nacht das letzte Viertel getrunken, was ich weiß. Was danach war, keine Ahnung. Ja wie ich da in’s Bachbett runter gekommen bin weiß ich auch nicht, also wenn der nicht um 11 Uhr auf d’Nacht mit dem Hund spazieren geht und sieht mich da umadumkugeln, ja dann säße ich jetzt nicht hier. Da haben mich schon die Würmer gefressen auf Deutsch gesagt. Aber das war halt so und das war mein Glück.“

- ❖ **Wirkfaktoren:** Das Überleben wird oft nur durch selbst gewählte Entzugsversuche zumindest für eine kurze Periode gesichert. So erzählt ein Betroffener über die selbst verordneten Abstinenzzeiten: „da habe ich mich zusammengerissen und ein paar Tage nix getrunken. Sonst wäre ich heute hin²⁷...
- ❖ **Hemmfaktoren:** die körperlichen Entzugserscheinungen werden oft übermächtig und beängstigend erlebt: „[...] wennst am Rum hängst, das ist ja wie eine Art Heroin, so kannst du’s vergleichen. Wennst abkrachst²⁸, da kriegst

²⁷ umgangssprachlich für „tot“

²⁸ umgangssprachlich für „wenn du Entzugserscheinungen hast“

ja alle möglichen... und so ist es mit dem Rum auch, mit dem 80er. Das wäre ja nie gegangen, der Körper hat sich komplett gestraubt dagegen.

7.2.2. Erfolgskategorie Lebensqualität: Die Lebensqualität eines Menschen wird von vielen Einflussfaktoren bestimmt und ist als Wertkategorie nur schwer an wenigen „Highlights“ festzumachen. Im allgemeinen Verständnis der Sozialarbeit umfasst Lebensqualität jedenfalls die Bereiche Gesundheit, Essen, Trinken, Sport, sinnvolle Arbeit, Beziehungen, Sexualität, Kommunikation, Kulturpflege, Körperpflege, Kleidung, Mobilität, Sicherheit, Finanzen sowie Wohnen. Alkoholismus führt mit zunehmender Dauer zum Verlust von Lebensqualität in vielen oder allen diesen Bereichen. Durch die Aufnahme von AlkoholikerInnen in eine sozialtherapeutische Wohngemeinschaft werden die Obdachlosigkeit und meist auch die vorausgehende Beziehungslosigkeit beseitigt. Sichere Wohnverhältnisse, regelmäßiges Essen, Körper- und Zimmerhygiene und eine entsprechende ärztliche Betreuung erhöhen die Gesundheit und somit die Lebensqualität. Schlafstörungen, die im Zusammenhang mit Alkoholismus häufig sind, regeln sich wieder aus, der Tag- Nacht Rhythmus pendelt sich wieder ein, es kommt zu einer Konsolidierung der Lebensverhältnisse und dadurch zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität.

Ein Betroffener beschreibt sein Motiv für die Inanspruchnahme eines Wohnheims so:
„Und im Wohnheim habe ich angenommen, weil das für mich ein Umfeld war, das mir taugte, habe eigenes Zimmer gehabt, Betreuung, Werkstätte, wo ich basteln konnte, und so bin ich gekommen und habe mir fest vorgenommen aus meinem Leben etwas zu machen, weil ich war ziemlich drunter: krank, Schulden, keine Familie, meine Familie war dann hier, ja“.

- ❖ Wirkfaktor Beseitigung der Obdachlosigkeit: Ohne festen Wohnsitz ist der Bezug von Sozialunterstützung kaum möglich. Die Begründung eines Wohnsitzes ist Grundvoraussetzung zum Start in eine abstinenten Lebensweise. Ein Betroffener sagt: „erst jetzt, wo ich nicht jeden Tag nachdenken muss, wo ich heute Nacht schlafen soll, habe ich Zeit für mich selber!“
- ❖ Hemmfaktor Krankheit: häufig leiden Alkoholiker auch unter Beschwerden, die durch abstinentes Leben nicht sofort beseitigt werden. Fallweise sind es

irreparable Schäden (z.B. Polyneuropathie), mit deren Folgen der/die Betroffene sein/ihr weiteres Leben lang zurecht kommen muss, zum Teil auch mithilfe von schmerzstillenden Medikamenten, wie es ein Betroffener ausdrückt: *„Dass ich [vor Schmerz] nicht schlafen kann, dass ich wieder gereizt werde. Aber mit der Spritze und dem Medikament glaube ich, dass das geht“*

7.2.3. Erfolgskategorie Abstinenz: Die Betroffenen beschreiben das strikte Alkoholverbot im Wohnheim als hilfreich weil sie dadurch nicht von vorneherein eine stark ausgeprägte Eigenmotivation aufbringen müssen. Eine längere Periode des „Trocken Seins“ wird von den AlkoholikerInnen als bewundernswert und Anlass zum Feiern erlebt, wie es beispielsweise in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt: *„Am Anfang ist es schwer. Da hab ich mich wirklich zusammen reißen müssen, dass kein Kipper²⁹ gekommen ist. Aber so, jetzt, wenn ich zurück denke, Gott sei Dank“*. In einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft können längere Abstinenzperioden als Anlass für „Abstinenzfeiern“ genommen werden. In der Gruppe wird das sehr geschätzt, wie ein Betroffener sagt: *„das ist ja genauso wichtig wie ein Geburtstag, ich fühle mich auch fast wie neugeboren, seit ich nix mehr sauf... Wir müssen das auch ordentlich feiern“*

- ❖ **Wirkfaktor Kontrolle:** Die Abstinenz in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft wird nicht nur vom Personal kontrolliert sondern auch die MitbewohnerInnen haben eine gewisse Kontrollfunktion. Die zusätzliche Unterstützung durch alkoholaversive Medikamente³⁰ wird nur selten akzeptiert, hat dann aber eine „Geländerfunktion“, wie ein Betroffener es ausdrückte: *„das ist eben zum Anhalten, wie ein Geländer, dass du nicht wieder owi³¹ fällst!“*
- ❖ **Hemmfaktor Trinkverlangen:** Die jahrelange Gewöhnung an alkoholische Getränke machen diese zu Alltagsgetränken, die neben der berauschenden Wirkung auch eine positive Geschmacksempfindung auslösen. Der „Gusto“ wird somit zu einem verführerischen Element. *„Da rinnt dir schon das Wasser*

²⁹ umgangssprachlich für „Rückfall“ oder „Umfaller“

³⁰ Antabus, Kolme: Alkoholentwöhnungsmittel, Wirkstoff: Disulfiram (Tetraethylthiuramdisulfid).

³¹ Umgangssprachlich für „runter“

im Mund zamm, wennst einem beim Biertrinken zuschaust...“ erzählt ein seit 5 Jahren „trockener Alkoholiker“.

7.2.4. Erfolgskategorie Wohnfähigkeit: Die Selbstorganisationsfähigkeit und Ordnungsleistungen kehren mit der Abstinenz zurück und werden von der Sozialarbeit sowohl eingefordert wie auch maximal unterstützt. Nach der oft jahrelang anhaltenden Verwahrlosung der Wohnverhältnisse wird wieder erlebbar, wie der geordnete und individuell gestaltete Wohnraum zu einer Neuorientierung beiträgt. So beschreibt ein Betroffener, dass er nach langer Zeit zum ersten Mal wieder eine Zimmerpflanze hat, die er gießen kann: *„ich habe ja gar nicht mehr gewusst, dass eine Topfpflanze ein Zimmer soviel schöner machen kann... jetzt kümmerge ich wieder um was, auch wenn’s nur ein Kaktus ist, aber den darfst auch nicht vergessen, sonst geht er ein.“*

- ❖ **Wirkfaktor eigenes Zimmer:** die Verantwortung für die eigenen vier Wände wird einerseits als recht auf Privatsphäre erlebt und andererseits auch als Verpflichtung, damit in präsentabler Form umzugehen. So sagt ein Bewohner des Wohnheims: *„da kann ich mich verstecken, wenn ich will, da nimmt mir keine meine Zigaretten weg und manchmal lade ich meinen Zimmernachbarn ein auf einen Kaffee, weil der lädt mich auch ein. Da helfen wir ein bisserl zusammen: er bringt den Zucker mit, ich habe die Kaffeemaschine!“*
- ❖ **Hemmfaktor Verwahrlosung:** mit dem chronischen Alkoholismus geht immer wieder auch eine Vernachlässigung der Pflege von Körper und Wohnung einher. Ein Betroffener erzählt: *„statt dass ich mir die Wäsche von der Gruft³² abgeholt habe, habe ich lieber gleich in der Parkstauden geschlafen, war mir sowieso wurscht mit meinem Rausch...“*

7.2.5. Erfolgskategorie Beziehungsfähigkeit / Sexualität: in der Wohngemeinschaft sorgt die sozialarbeiterische und sozialpädagogische Intervention dafür, dass Konflikte im Zusammenleben der Hausbewohner gemeinsam gelöst werden. Die Konfliktfähigkeit wird geschult, dadurch steigt auch die Beziehungsfähigkeit. Freundschaften entstehen und werden gepflegt, im besten Fall wird auch in der Folge eine Sexualpartnerin gefunden und eine Lebensgemeinschaft kann neu entstehen. Manchmal beleben sich auch Beziehungen

³² Gruft: Obdachlosen-Schlafquartier, Betreuungszentrum für Obdachlose, Barnabitengasse 14, 1060 Wien

zu (versorgungsberechtigten) Kindern und Ex-PartnerInnen. Für die neu gewählte Wohnumgebung können neue Beziehungsnetze aufgebaut werden.

Ein ehemaliger Hausbewohner erzählt über seine Freunde aus der Zeit des Aufenthalts in der Wohngemeinschaft: *„Ja der Roberto (Name verändert), mein Spezialist. Ja freilich, ja den kenne ich in und auswendig, mein Lieber. Ich bin oft in der Nacht umi gangen, schauen ob was ist³³. Ich habe ihn halt mitrennen lassen in meinem System, ich habe mein System gehabt und da habe ich ihn eini zogen. Das hat ihm gefallen da hat er können wurschteln, wie es ihm taugt, ich habe ihm nicht gesagt das und das und das, das hat ihm immer gefallen, da hat er mit getan.“*

Die Aufnahme von neuen Beziehungen ermöglicht offensichtlich auch Verantwortungsübernahme für andere Betroffene. Eine positive Differenzierung von Bewertungen wird möglich (*„Ja der hat gute Seiten auch, der ist nicht nur so narrisch wie alle glauben. Der hat schon seine Qualitäten. Obwohl er's nicht zeigt“*) und eine Teilnahme am Leben des/der Anderen erzeugt Solidarität unter allesamt bereits „Randständigen“.

- ❖ **Wirkfaktor Solidarität:** Im selben Grad der Übernahme von Verantwortung für einzelne andere Mitglieder einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft oder auch für die Gruppe als solche wird solidarisches Verhalten erlebbar und immer wieder auch eingefordert. So hält ein Mitbewohner die ersten paar Wochen in der Wohngemeinschaft für eines seiner besten Erlebnisse: *„da habe ich zum ersten Mal das Gefühl gehabt, da kannst dich ruhig hinsetzen, da will dir keiner was böses, die helfen alle zusammen, da bin ich jetzt gut aufgehoben!“*
- ❖ **Hemmfaktor Egoismus:** Suchtverhalten fördert egoistische Verhaltensweisen. Nicht nur im Bezug auf die Beschaffung des Suchtmittels sondern auch als übergreifende Grundeinstellung, wie es ein Betroffener in seiner Beschreibung einer Notunterkunft³⁴ mit den Worten zum Ausdruck bringt: *„da stehlen sie dir ja die Farbe aus den Augen außer, wennst nicht aufpasst.“*

7.2.6. Erfolgskategorie Arbeitsfähigkeit: Die Abstinenz geht auch einher mit einer allgemeinen Gesundheit im medizinischen Sinn, was auch bedeutet, dass Krankenstände

³³ Roberto litt fallweise unter epileptischen Anfällen und bedurfte daher manchmal in der Nacht der Überwachung.

³⁴ Notschlafstelle „Auffangnetz“

beendet und Arbeitsverhältnisse aufgenommen werden können. Das Angebot von Tagesstruktur ermöglicht die Gewöhnung an rechtzeitiges Aufstehen und die Erfüllung verschiedener Verpflichtungen in der Wohngemeinschaft. Die Integration in die Arbeitswelt ist einer der wichtigsten Schritte auf dem Weg zu einer Normalisierung der Lebensgewohnheiten. Aus einer suchtbedingten Arbeitsunfähigkeit heraus ist es dennoch für die meisten Betroffenen eine fixe Vorstellung, wieder arbeiten zu gehen:

„Ja was glaubst denn!“ sagt ein Betroffener, *„du kannst doch net nur herumhängen. Beim Arbeiten kommst wenigstens mit Leut zusammen, sonst hängst ja praktisch nur mehr am Tropf!“* Die Arbeit wird als Bereicherungsfaktor für die eigenen

Lebenszusammenhänge gesehen und neben der materiellen Absicherung durch das Arbeitseinkommen auch als Anschluss an die Welt der „Normalen“. Aus diesem Grund zielt die Sozialarbeit auf eine rasche Wiederherstellung von Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit ab, nimmt aber auch die Grenzen derselben und des Arbeitsmarktes zur Kenntnis und somit auch andere Möglichkeit der Existenzsicherung in Anspruch. Ein nunmehr seit Jahren als Bezieher einer Invaliditätspension lebender ehemaliger Mitbewohner in einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft sagt: *„Freilich: wenn ich arbeiten könnt, wär’ ich halt mehr mit den Normalen zusammen. So bin ich halt ein wenig „daneben“.*

- ❖ Wirkfaktor geschützte Arbeitsverhältnisse: Immer wieder ist zu beobachten, dass AlkoholikerInnen, die seit Jahren keiner geregelten Arbeit mehr nachgehen, durch geschützte Arbeitsverhältnisse wieder an den „normalen“ Arbeitsmarkt herangeführt werden können. *„Ich habe nimmer geglaubt, dass ich die Lehrabschlussprüfung in meinem Alter noch derpack!“* sagt ein 46jähriger trockener Alkoholiker, *„aber weil die mir so unter die Arme gegriffen haben, ist jetzt doch noch was aus mir geworden!“* Er war Teilnehmer in einem Arbeitsbeschaffungs- und Trainingsprojekt.
- ❖ Hemmfaktor mangelndes Selbstvertrauen: Je länger die Arbeitslosigkeit dauert, desto schwieriger wird die Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses. Das hängt einerseits mit der Gewöhnung an die Arbeitslosigkeit zusammen aber noch viel mehr mit dem Verlust der eigenen Wertschätzung. *„Was soll ich denn dort hin gehen, die lachen mich ja aus, ich habe keinen Führerschein, ich kann nix sagen, wenn die mich fragen, wo ich denn die letzte Zeit gehackelt habe...“*

gibt ein Betroffener als Grund dafür an, dass er sich vor Vorstellungsterminen bei potentiellen Arbeitgebern fürchtet.

7.2.7. Erfolgskategorie Selbsterhaltungsfähigkeit:

Alkoholismus führt sehr häufig zum Verlust des Arbeitsplatzes und somit der stabilen Einkommensquelle. Ein Betroffener schildert: *„In der Früh habe ich so gezittert, dass ich zuerst einen Schluck aus der Schnapsflasche gebraucht habe, damit ich überhaupt grad stehen kann. Und dann... kannst dir eh vorstellen, wenn du so wacklert in die Hockn³⁵ kommst, da kannst du dir nur mehr einen Tritt abholen!“*

Wenn das Einkommen nicht (mehr) durch Arbeitsentgelt gesichert werden kann, müssen die Betroffenen auf Versicherungsleistungen (I-Pension, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pflegegeld, Alterspension und anderes) oder Sozialhilfe zurückgreifen, was oft nur mehr durch entsprechende sozialarbeiterische Intervention sicher gestellt werden kann. Die durchschnittliche Höhe der Invaliditätspension liegt laut Monatsbericht vom November 2005 des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger bei € 915,-. Die meisten AlkoholikerInnen haben aber wesentlich niedrigere Bezüge (der Durchschnitt im Wohnheim Winden liegt bei € 620,-, also unter dem Ausgleichzulagenrichtsatz³⁶), das reicht für ein eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung kaum aus, schon gar nicht, wenn Schuldentilgungen oder Alimentationen zu leisten sind. *„Ich kriege 305,- Euro Pension“, sagt beispielsweise ein Betroffener, „und nix mehr, weil ich habe im Waldviertel ein Grundstückl, auf das ich angeschrieben bin... aber was soll ich denn mit dem machen, verkaufen kann ich das nicht, weil die andere Hälfte gehört meiner Schwester....“*

- ❖ Wirkfaktor sichere Einkommensverhältnisse: ein ehemaliger Bewohner einer Wohngemeinschaft zog erst dann in seine neu gefundene Wohnung um, als sein neuerlicher Antrag auf Verlängerung der Invaliditätspension für weitere zwei Jahre bewilligt war: *„das ist jetzt mein Christkindl³⁷, jetzt kann ich in Ruhe umziehen“*, war seine Schlussfolgerung. Die Sicherstellung der materiellen Grundversorgung hat einen zentralen Einfluss auf den Verlauf der Entwöhnung.

³⁵ umgangssprachlich für „Arbeit“

³⁶ Zur Zeit € 690 pro Monat für alleinstehende PensionsbezieherInnen

³⁷ umgangssprachlich für „Geschenk“ oder „Glück“

- ❖ **Hemmfaktor keine Berufsausbildung:** Bei einem Arbeitseinkommen muss man bedenken, dass LangzeitalkoholikerInnen meistens keine oder nur geringe Berufsausbildungen haben und daher Hilfsarbeiten verrichten. Diese Arbeitsplätze sind häufig instabil und sehr anstrengend. Man muss also mit häufigem Arbeitsplatzverlust oder –wechsel rechnen, was einen zusätzlichen Gefährdungsfaktor in der Langzeitentwöhnung darstellt. Ein Mitbewohner einer Wohngemeinschaft hatte eine Stelle als Küchenhilfe gefunden, wurde aber nach kurzer Zeit wieder gekündigt, denn, wie er es sagte: *„die haben jetzt eine Bedienerin gefunden, da können’s mich nicht brauchen! Was soll ich machen? Soll ich mich jetzt wegen der [...] ansaufen?“*

7.2.8. Erfolgskategorie Schuldenregelung: Für die Betroffenen ist ein Ansparprogramm von zentraler Bedeutung. Es geht ihnen um die Tilgung „alter“ Schulden und um die Verantwortungsübernahme für zukünftige Existenzsicherung. Auch hier bietet die Sozialarbeit bis hin zur rechnerischen Durchführung von Sanierungsprogrammen entsprechende Hilfestellungen:

Dazu ein kurzer Bericht eines Betroffenen: *„Das war gut, das war sehr gut, weil... schon alleine von der Sparerei. Gut, mit Geld habe ich schon immer, wenn ich nichts getrunken habe, umgehen können. Aber da ist halt das was anderes. Da hast... ich habe mir das so ausgemacht, dass ich jede Woche ein bissl was kriege. Das haben wir uns am Anfang ausgemacht, das und das werde ich brauchen in der Woche. Dann haben wir dividiert, soviel nehmen wir, und das andere kommt weg (wird angespart). So bin ich zu der Wohnung gekommen. Ohne dem wäre nichts gegangen. Ich hätte wahrscheinlich ein wenig Geld auf der Seite gehabt, wäre hinaus gegangen bei der Tür und wäre draußen wieder... so wie nach dem Häfen“³⁸.*

- ❖ **Wirkfaktor SchuldnerInnenberatung:** Die Betroffenen sind erleichtert, wenn sie erstmals oder wieder Überblick über ihre Schuldensituation bekommen, dazu bedarf es oft der ausgiebigen Recherche durch die Sozialarbeit. Ein Betroffener beschreibt das so: *„Ich sah mich schon im Spital am Rande, habe nie Selbstmordgedanken gehabt aber ich war ziemlich depressiv und dann kam die Sozialarbeiterin an mich ran und hat mit mir irgendwie die Schuldenfrage geklärt,*

³⁸ Jargon für Justizanstalt

*haben wir eine Liste gemacht, Briefe geschrieben, es war relativ viel für mich.
Und sie hat mir enorm geholfen.*

- ❖ **Wirkfaktor Eigenverantwortung:** Dass die KlientInnen selbst ihr Möglichstes zur eigenen „Genesung“ beitragen, wird von diesen mit Stolz berichtet: *„Meine Schulden habe ich selbst bezahlt ohne ... mein Geld habe ich selber verwaltet, ich habe Schulden bezahlt, ich habe die Alimente bezahlt, ich war der einzige hier, der Geld hatte. Ich habe immer.... , aber ich habe sehr wenig ausgegeben, weil ich sparte für eigene Wohnung, habe ich auch gespart und ihr habt mir geholfen, meine Pension zu sichern, mit den Papieren und dem ganzen, und so dass ich im Laufe der Jahre etwas sparen konnte und meine Schulden bezahlen.“*
- ❖ **Hemmfaktor Überschuldung:** in manchen Fällen ist die Verschuldungssituation von AlkoholikerInnen so immens aussichtslos, dass eine Sanierung nicht möglich erscheint. Mangels entsprechendem Einkommen ergibt sich daraus eine fatalistische Einstellung der Betroffenen: *„da brauche ich sowieso meinen Lebtage lang nix mehr hackeln gehen, weil die nehmen mir ja alles sofort weg!“* Die meist in kurzer Zeit eintreffenden Gehaltspfändungen sind oft Grund dafür, dass eine Arbeitsaufnahme von vornherein verhindert wird. *„Da ist es ja gescheiter, ich habe nix, denn dann ist auch nix zu holen!“* sagt ein Betroffener in der Gesprächsrunde.

7.2.9. Erfolgskategorie Mobilität: Durch die Entwöhnung wird oft auch der (Wieder)Erwerb des Führerscheins möglich. Somit vergrößert sich auch wieder die Lebenswelt / der Aktionsradius der KlientInnen. Die Sozialarbeit bemüht sich um einen möglichst bedarfsdeckenden Zugang der Betroffenen zum öffentlichen Verkehr, insbesondere wenn es um die Erreichbarkeit von Arbeitsstellen geht, wie auch darum, dass bei vorhandener Bereitschaft und körperlich-geistiger Fähigkeit sowie rechtlicher Voraussetzung der Neu- oder Wiedererwerb von Lenkerberechtigungen möglich und leistbar wird.

- ❖ **Wirkfaktor Führerschein:** *„Das hätte ich mir nie gedacht, dass ich mich nochmals in die Fahrschule setze“,* berichtet ein Betroffener stolz über den frisch erworbenen Führerschein, *„aber jetzt pass ich auf meinen Deckel³⁹ auf, den nimmt*

³⁹ umgangssprachlich für „Führerschein“

mir keiner mehr weg!“ Die strengen Bestimmungen der Straßenverkehrsordnung unterstützen ein abstinentes Leben. Insofern ist der Wunsch, den Führerschein nicht (wieder) zu verlieren wegen Trunkenheit am Steuer ein starkes Motiv, abstinent zu bleiben.

- ❖ **Hemmfaktor schlechte Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln:**
Insbesondere bei der Arbeitssuche ist die Erreichbarkeit einer Arbeitsstelle von zentraler Bedeutung. So können weit abgelegene Arbeitsstellen, die keinen Anschluss an den öffentlichen Verkehr haben, nicht besetzt werden. Ein seit 2 Jahren arbeitsloser Alkoholiker erzählt über den Verlust des letzten Arbeitsplatzes, der in einem etwas abgelegenen Reiterhof war: *„im Sommer war mir das eh wurscht, da bin ich mit dem Rad gefahren, die 8 Kilometer habe ich gleich gehabt. Aber im Herbst, wo es dann dauernd geregnet hat und saukalt war es... da habe ich den Hut drauf gehaut!“*

7.2.10. Erfolgskategorie psychosoziale Gesundheit: Durch eine nachhaltige Entwöhnung kommt es zu einem positiven Umgang mit sich selbst und der Umwelt, Belastungsfaktoren nehmen ab und Erfolgserlebnisse fördern das allgemeine Befinden. Das alles trägt zu einer deutlichen Gesundung bei. Dort, wo Psychosen gemeinsam oder als Folge von Alkoholismus auftreten, ist eine medikamentöse Einstellung meist unerlässlich. In manchen Fällen ist sie durch richterliche Weisung vorgeschrieben und nachweispflichtig. Gerade in der psychosozialen Gesundung sind sozialpädagogische und sozialtherapeutische Ansätze wichtig und produktiv.

- ❖ **Wirkfaktor Compliance:** Der verantwortungsvolle Umgang mit Medikamenten, die sogenannte Compliance, ist eine gute und immer wieder auch unverzichtbare Grundlage für eine nachhaltige Entwöhnung: Ein Betroffener meint: *„Die Pulverl nehme ich, ich nehme’s auch und ich habe daheim auch immer eine Reservepartie, falls ich in Urlaub fahre oder zu den Eltern hinauf. Ich habe immer für zwei Wochen daheim. Immer eins drüber.“*
- ❖ **Wirkfaktor Nachbetreuung:** Die meisten KlientInnen bleiben im Nahbereich der Wohngemeinschaft, weil die sie häufig einen gewissen Grad an Nähe zum Unterstützungsangebot im Wohnheim bevorzugen. Es kommt häufig zu Nachbetreuungsvereinbarungen, die dem Auszug aus der Wohngemeinschaft die

Brisanz nehmen: So sagt ein vor drei Jahren in die eigene Wohnung umgezogener: „*Am Anfang habe ich das schon gebraucht, dass ich euch (=das Wohnheim) hab besuchen kommen können... sonst hätte ich mich nicht aussä gesehen und wer weiß...?*“

- ❖ Hemmfaktor Einsamkeit: Der Auszug aus der Wohngemeinschaft, in der alles gemeinsam erlebt wird, bedeutet auch einen plötzlichen Abfall der Beziehungsdichte und somit einen gewissen Gefährdungsfaktor. Ein Betroffener, der nach dem Auszug allein in einer 60m² Wohnung lebt meint: „*a bissl fad ist mir schon, da wär mir schon lieber, wenn noch einer bei mir wohnen tät...*“ Als Freizeitangebot nimmt er den „Klub Aktiv“ des psychosozialen Dienstes in Anspruch, damit er „*ein wenig unter die Leut*“ kommt, wie er sagt.

7.3. Zusammenfassend kann also gesagt werden: Die Sozialarbeit beziehungsweise die Angebote in der Wohngemeinschaft werden als wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Lebenschancen von AlkoholikerInnen erlebt und bieten ein Repertoire an Maßnahmen und Strategien, die auf eine Vernetzung der regional und personell vorhandenen Ressourcen zugunsten der KlientInnen und auf eine optimale Ressourcenförderung bei den KlientInnen selbst abzielt. Die KlientInnen sehen die Sozialarbeit als hilfreich, strukturierend und unterstützend.

Im Rahmen eines Wohnheim-Settings kann die Sozialarbeit durch die große Nähe zu den KlientInnen und die zum Teil fast mütterlich/väterlichen Beziehungen ganz nach dem Natürlichkeitsprinzip arbeiten. Nach Lüssi (2001:276) geht es bei dieser Interaktionsform um die Anpassung der Sozialarbeit an die Lebenspraxis der KlientInnen. Der Umgang mit ihnen entspricht weitgehend der gewöhnlichen, normalen Art menschlichen Umgangs und hat eine möglichst geringe methodisch-technische Künstlichkeit. Durch die Intervention am Wohnort der KlientInnen selbst, also in ihrer eigenen Wohnumgebung, drückt sich die inhaltliche Nähe der Sozialarbeit zur Sozialpädagogik aus. Die Alltagsnähe ermöglicht andere (bessere) Einsicht in die individuelle Problemlage und kommt einer vollen Teilnahme an der Lebenswelt der KlientInnen sehr nahe, bietet somit die Möglichkeit einer sehr alltagsnahen Handlungsform der Sozialarbeit.

Gerade das scheint im Hinblick auf die von Alkoholkranken erwarteten Veränderungen ihrer Lebenspraxis als idealer Handlungsort und –ansatz. Dadurch dass sich die

KlientInnen und SozialarbeiterInnen auch aus nächster Nähe kennen, ergibt sich eine besondere Art der Vertrauensbildung und somit auch der gegenseitigen Akzeptanz, einmal seitens der KlientInnen gegenüber der Kompetenz der SozialarbeiterInnen und genauso seitens der SozialarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen, die diese in ihrer ganzen Persönlichkeit und nicht bloß problembezogen erleben (auch wenn es sich hier um die von Lüssi (2001/350) so genannte taktische Akzeptanz handelt)⁴⁰.

Kapitel VIII

Sozialarbeit im Betreuungskonzept

Im konkreten Betreuungsablauf von Entwöhnungswilligen ist die Sozialarbeit als fallführende Instanz zuständig für die Koordination der Hilfeangebote sowie für den zielgenauen Einsatz von Hilfsdiensten. Während der Betreuung in der Wohngemeinschaft und darüber hinaus auch im Rahmen der Nachbetreuung nimmt sie Einfluss auf die Gestaltung der Alltagswelt der Betroffenen, um ein möglichst abstinentes Leben in einer ausreichen sozialen Absicherung und Einbindung zu gewährleisten. Freilich bleibt nach wie vor die eigene Willenskraft der KlientInnen zentrales Element der Entwöhnung an sich. Diese gilt es jedoch maximal zu unterstützen und die entsprechenden Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen.

Die gesamte Konzeption der Betreuung im Wohnheim war und ist eine Leistung der Sozialarbeit. Es lässt sich anhand des konkreten Beispiels im Wohnheim Winden ablesen, dass die zunehmende Kompetenzsteigerung der Sozialarbeit durch Weiterbildung, Intervision, Supervision und Einbezug von transdisziplinären Ansätzen fruchtbringend für die KlientInnen der Einrichtung waren. Die Einrichtung wurde von SozialarbeiterInnen geschaffen, entwickelt, konzipiert und an den Erfordernissen des Klientels ausgerichtet.

8.1. Erfahrungen im Wohnheim Winden

Im Wohnheim Winden hat sich die Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Lesch-Typologie in die Sozialarbeit durchaus positiv ausgewirkt. Dabei ging es nicht vorrangig

⁴⁰ Akzeptanzverhalten ist Mittel zum Zweck, es hat instrumentellen Charakter....

um eine sklavische Ausrichtung an einer einzigen Theorie, sondern um den pragmatischen Umgang mit Erkenntnissen aus Medizin, Sozialarbeitstheorie, Sozialwissenschaft und sozialarbeiterischer Handlungspraxis im Umgang mit Alkoholentwöhnung. Im Zuge der Professionalisierung der Betreuung haben sich viele dieser Komponenten im Betreuungskonzept und im Betreuungsalltag niedergeschlagen. Es handelt sich allerdings nicht um eine Unterordnung der Sozialarbeit unter ein medizinisch dominiertes Modell sondern um die Einordnung von medizinischen Erkenntnissen in ein genuin sozialtherapeutisches und sozialarbeiterisches Gesamtkonzept der Entwöhnungsbehandlung.

8.2. Auszug aus dem Betreuungskonzept:

Der Verein Wohnen und Arbeit, Verein zur Betreuung von sozial benachteiligten Personen ist ein gemeinnütziger Verein und seine Tätigkeit ist nicht auf Gewinn gerichtet, er führt ein Wohnheim für obdachlose Menschen in Anlehnung an den § 24 des NÖ Sozialhilfe Raumordnungsprogramms (LGBI 8000/31-0).

(Zitat aus dem oben angeführten LGBI 8000/31-0):

Einrichtungen für Obdachlose und sozial nicht angepasste Menschen sind:

1. Wohnheime für Menschen, die obdachlos, unangepasst und am regulären Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar sind, jedoch durch Unterkunft, soziale Betreuung und Arbeitstraining wieder in das Erwerbs- und Gesellschaftsleben integriert werden sollen;
2. Beratungsstellen, die die Betreuung von Obdachlosen und nicht sozial angepassten Menschen sowie deren Nachbetreuung nach Verlassen eines Wohnheimes sicherstellen und als Kriseninterventionsstellen fungieren sollen;
3. Wärmestuben mit Notschlafstellen für obdachlose Menschen, die beruflich und gesellschaftlich nicht mehr integrierbar sind. Diese sollen eine Unterkunft sowie eine Grundversorgung mit Nahrungsmitteln sichern.)

Im Rahmen der Vereinszwecke führt der Verein in Winden 24, 3390 Melk ein Obdachlosenwohnheim. Die Aufnahme und Betreuung erfolgt in Übereinstimmung mit

dem § 20 NÖSHG (Die Hilfe für Obdachlose und Menschen in außerordentlichen Notsituationen umfasst die zur Verfügungsstellung einer vorübergehenden Wohnmöglichkeit und die zur Erarbeitung einer neuen Lebensperspektive erforderliche Betreuung und Beratung) sowie mit dem § 32 NÖSHG (Die Hilfe zur sozialen Eingliederung umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, Menschen mit besonderen Bedürfnissen in die Lage zu versetzen, ihre Fähigkeiten zu entwickeln und zu erhalten, um die in den unabänderlichen Lebensverhältnissen gelegenen Schwierigkeiten zu mildern und ihnen ein erfülltes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen).

Die Beherbergung, Betreuung und Beratung sind Angebote an bedürftige Menschen. Sie orientieren sich an den Grundsätzen der offenen Sozialarbeit, der zielorientierten pädagogischen Ausrichtung und den Erfordernissen einer größtmöglichen Integration der Betroffenen.

Ein besonderes Schwergewicht ist auf die therapeutische Ausrichtung der Betreuung im Zusammenhang mit Suchtproblemen oder Persönlichkeitsstörungen der Betroffenen zu legen. Das Wohnheim soll als extramurale Betreuungseinrichtung die Re-Integration von Menschen, die zuvor in Krankenbehandlung waren, fördern und ermöglichen.

Die Betreuung erfolgt durch das Team der Bediensteten des Vereins, ehrenamtliche Arbeit ist nicht vorgesehen. Das Team ist multiprofessionell und arbeitet eng mit den Konziliarärzten und –therapeuten zusammen.

Die Kosten der Beherbergung, Betreuung und Beratung sind nicht von den betroffenen Menschen zu bezahlen sondern von öffentlichen Stellen im Rahmen des Sozialhilfegesetzes oder anderer Gesetze oder von sonstigen caritativen Stellen im Rahmen von persönlicher und finanzieller Hilfe.

Der Verein schließt zu diesem Zweck Verträge oder verbindliche Vereinbarungen mit den zuständigen GeldgeberInnen.

Mit allen regional zur Verfügung stehenden Kooperationspartnern sind aktiv Kontakte herzustellen und zu pflegen, insbesondere mit Einrichtungen, deren KlientInnen im Sinne einer Nachsorge oder Weiterbetreuung übernommen werden.

Die Beherbergung, Betreuung und Beratung von bedürftigen Menschen unterliegt keinen regionalen, religiösen, ideologischen, altersmäßigen, geschlechtlichen oder nationalen Beschränkungen.

Über die Aufnahme und den Verbleib von bedürftigen Personen entscheidet allein das Team der Bediensteten des Vereins.

Arbeitsfähigen Personen werden soweit möglich an den normalen Arbeitsmarkt vermittelt.

Wenn dies aufgrund der bereits fortgeschrittenen Arbeitsunfähigkeit nicht mehr möglich ist, dann tritt an deren Stelle die sonstige Absicherung der Einkommensverhältnisse.

8.3. Aus dem Jahresbericht 2005 des Wohnheims geht folgendes hervor: (Zitat)

„Die meisten unserer Klienten haben einen geringen Grad der Schul- bzw. Berufsbildung. Von den 30 Bewohnern hatten 11 eine abgeschlossene Berufsausbildung, 14 waren (zumindest über längere Zeiträume) arbeitsunfähig und bezogen Invaliditätspension. Von den 16 arbeitsfähigen Personen konnten durch unsere Betreuung 7 eine Beschäftigung finden und halten, 3 waren im Rahmen einer Trainingsmaßnahme des AMS beschäftigt (Mehrfachnennungen möglich), 3 waren im Rahmen einer Beschäftigungstherapie auswärts tätig.

In Zusammenarbeit mit den Beratern und Beraterinnen am Arbeitsmarktservice Melk ist es gelungen, die arbeitsfähigen Hausbewohner an 1567 Tagen in Beschäftigung zu bringen bzw. zu halten. 4 davon haben die Beschäftigung auch nach dem Ausscheiden aus dem Haus weiter behalten und waren beim selben Arbeitgeber beschäftigt. Bei einem durchschnittlichen Tagsatz von € 20,- haben wir dem Arbeitsamt dadurch das Arbeitslosengeld in der Höhe von ca. € 31.340,- erspart. Durch die Arbeitsaufnahme wurde aber nicht nur Arbeitslosengeld eingespart, sondern in erster Linie auch wertvolle Arbeitsleistung erbracht und Lohnsteuer- und Sozialversicherungsbeiträge wurden einbezahlt. Außerdem dient die Beschäftigung in ganz besonderem Ausmaß der erfolgreichen Re-Integration.

Die Hausbewohner, die nicht einer regelmäßigen Arbeit nachgehen und im Haus sind, wurden im Rahmen der tagesstrukturierenden Beschäftigungstherapie im Haus oder

fallweise auch außerhalb des Hauses beschäftigt. Diese Beschäftigungstherapie ist Teil der Hausdienste und wird als Beitrag zum gemeinsamen Wohnen von den Hausbewohnern erbracht.“

Kapitel IX

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Alkoholismus wird ab einem gewissen Stadium von den Betroffenen als ein lebensbedrohlicher Faktor erlebt. Haben sie sich einmal zur Therapie entschlossen, so ist dem ein kognitiver Prozess der Auseinandersetzung mit den zu erwartenden Folgen des pathologischen Trinkens vorausgegangen. Das Verlangen nach Alkohol (Craving) steht der Angst vor weiteren negativen Konsequenzen gegenüber.

Die Sozialarbeit bevorzugt das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell für Alkoholismus und bedient sich einer systemischen Sichtweise. Das heißt, dass die individuelle Problemlage immer auch vor den Hintergrund der systemischen Rahmenbedingungen gesehen werden müssen. Der direkte Auftrag der Sozialarbeit bezieht sich zwar auf die Problemlösung in ganz konkreten Fällen, aber um in einem institutionalisierten Setting sozialarbeiterisch handeln zu können, bedarf es der Auffassung, dass die einzelnen Menschen Rollenträger in einer systemischen Beziehung zu anderen Menschen sind (vgl. Lüssi 2001/219).

Das soziale Problem des Alkoholismus kann sowohl als dysfunktionelles System gesehen werden wie auch als persönliches Defizit eines konkreten Menschen. Die Sozialarbeit bezieht aus diesen beiden Standpunkten einerseits die Möglichkeit der Problemanalyse und andererseits auch die Handlungsanleitung.

In der Situation von alkoholabhängigen Menschen ist es notwendig, die Motivation der betroffenen KlientInnen zu stärken und einen Lebenskontext (Systemveränderung) herzustellen, der eine Verhaltensänderung begünstigt. Eine Kombination von persönlicher Verhaltensänderung mit der gleichzeitigen Veränderung der Umwelt hin zu einer abstinenzfreundlichen Umgebung eröffnet die größten Aussichten auf eine erfolgreiche Entwöhnung.

In diesem Zusammenhang hat die Sozialarbeit eine ganz zentrale Rolle. Und zwar nicht nur bei der Herstellung von neuen Lebenszusammenhängen sondern auch bei der individuellen Problemlösung.

Sozialtherapeutische Ansätze sind geprägt von institutionalisierter Betreuung (meistens Wohnbetreuung) mit mehr oder weniger starker Tagesstrukturierung. Gruppentherapeutische Prozesse unterstützen die individuellen Lösungsstrategien und konditionierendes Training bereitet die Betroffenen auf ein Leben in größerer Selbständigkeit und mit zuverlässiger Selbstkontrolle vor.

Die Einflussnahme der Sozialarbeit in die Lebenszusammenhänge von AlkoholikerInnen hinein wird von diesen als unterstützend und richtungsweisend erlebt.

Die Rolle der Sozialarbeit ist fallführend und koordiniert die verschiedenen Behandlungsinstrumente (Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Beschäftigungstherapie, Sport, Freizeitaktivitäten, Bewegungstraining, Entspannungstechniken usw) und Versorgungsleistungen (Unterkunft, Verpflegung, Pflegemaßnahmen usw) mit den sonstigen Angeboten der Gesundheits- und Sozialhilfeeinrichtungen sowie der Arbeitsvermittlung und/oder Sozialversicherung. Die Betreuungsleistung der Sozialarbeit geht häufig auch über die „stationäre“ Betreuung in den sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften hinaus in eine quasi-ambulante bzw. nachgehende Betreuung. Diese Nachbetreuungsphasen können viele Jahre dauern und von verschiedenen HelferInnen mitgetragen sein (Selbsthilfegruppe, Hausarzt/ärztin, Psychosozialer Dienst, Beratungsstellen usw).

Die sozialtherapeutischen Empfehlungen aus der Typologie von Lesch stellen einen brauchbaren Rahmen für die individuelle Entwöhnungsplanung dar und sind insbesondere für Typ IV AlkoholikerInnen ganz entscheidend mit sozialarbeiterischen Praktiken verknüpft.

Die Sozialarbeit bedient sich aber in einer transdisziplinären Form aller zur Verfügung stehender Therapieansätze und kann dabei auch durchaus in eklektischer Weise verschiedene Therapien kombinieren.

Insgesamt stellt sich die Sozialarbeit als übergreifende Disziplin in koordinierender und planender Weise den anderen professionellen Diensten zur Verfügung und versucht, die Entwöhnung von Alkoholsucht und Alkoholabhängigkeit durch die Mobilisierung der persönlichen und der sozialen Ressourcen in jedem Einzelfall zu ermöglichen.

Von den Betroffenen werden die Hilfestellungen der Sozialarbeit als konstruktiv und notwendig erlebt. Der praktische Bezug zu ihrer eigenen Lebensführung und zur Veränderung der diese bestimmenden Lebensumstände gibt ihnen die Möglichkeit, selbst genügend Energie und Handlungsfähigkeit zu entwickeln, um dem durchaus schwierigen Prozess der Entwöhnung und der dauerhaften Abstinenz gewachsen zu sein.

Ich möchte als persönlichen Abschluss dieser Arbeit darauf hinweisen, dass der Entwöhnungsprozess eine zutiefst individuelle Angelegenheit der jeweils Betroffenen ist. Es gibt keine hundertprozentigen Sicherheiten bei der Wahl der Mittel sondern immer nur eine mehr oder weniger umfangreiche Auswahl. Meiner Einschätzung nach bietet das Modell Lesch für viele Betroffene sehr brauchbare Ansätze und sie fordert die Sozialarbeit zu einem engagierten Arbeitsstil auf. Im Umgang mit den KlientInnen ist es gut, auf vorhandenes Wissen zurück zu greifen, aber wir müssen auch die Augen offen halten für neue Entwicklungen und Erkenntnisse. In diesem Sinn ist jede/r neue KlientIn eine neue Herausforderung und trägt zur Erweiterung unseres Know Hows bei.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht Günter, Brusten Manfred, *Soziale Probleme und soziale Kontrolle*, Opladen, 1982
- Babor Thomas F.. *Types of Alcoholics, Evidence from clinical, experimental and genetic research*. New York Academy of Sciences, 1994.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse* Guilford Press, 1993, in der deutschen Ausgabe Psychologie Verlags Union, 1997
- Benner Klaus Ulrich. *Gesundheit und Medizin heute*, Miden Verlag, 1994.
- Cloninger Robert. *Genetics and Biology of Alcoholism*. Cold Spring Harbor Press, 1990.
- Feuerlein Wilhelm. *Alkoholismus, Warnsignale, Vorbeugung, Therapien* C.H.Beck, München, 2002.
- Freeman Arthur, Reinecke M.A., *Selbstmordgefahr? Erkennen und Behandeln*, Verlag Hans Huber Bern, 1995
- Graubner Bernd. *ICD-10-GM 2004 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Deutscher Ärzte Verlag, 2003.
- Hall W.D., Mant A., Mitchell P.B., Renlde V.A., Hickie I.B., McManus P. *Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia 1991-2000: trend analysis*. BMJ Medline, 2003.
- Haller Reinhard, *Bericht zum Therapieerfolg aus der Stiftung Maria Ebene*, Stiftung Maria Ebene, 2005
- Harris E.C, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders*. Britsh Journal of Psychiatry, 1997.
- Hörhan Christoph . *Handbuch Alkohol – Österreich*. Akis, 2002.
- Jellinek, Elvin Morton. *Desease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press, 1960.
- Kunze Michael, Schmeiser Anita. *Gesundheitsbericht Wien*. Magistrat Wien, 1998.
- Küttner Armin. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*. Reha Druck Graz, 2000.
- Lesch Otto Michael. *Alkoholabhängigkeit, ihre Erkennung und Behandlung*. Sanitas Deggendorf, 1997.
- Lesch Otto Michael. *Chronischer Alkoholismus – Typen und ihr Verlauf, eine Langzeitstudie*. Thieme, Stuttgart 1985.

- Leu R.E., *Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums aus volkswirtschaftlicher Sicht*.
Drogalkohol 5, 3-10, 1981. wieder abgedruckt in Mühlemann R. und Wieser M.
Alkohol am Arbeitsplatz EKA/SFA 1981.
- Lindenmeyer Johannes, *Alkoholabhängigkeit*, Hogrefe Göttingen, 1999
- Lüssi Peter. *Systemische Sozialarbeit, Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Paul
Haupt, 1991 (5. Auflage 2001)
- Mayer-Fally Erich. *Netdoktor.at*. siehe Internetverzeichnis
- Mayring Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. Beltz, 2002.
- Petry Jörg. *Alkoholismustherapie, 3. erweiterte und aktualisierte Auflage*. Beltz, 1996.
- Roy Alec. *Relation of Family History of Suicide to Suicide Attempts in
Alcoholics* American Psychiatric Association, 1983
- Saß Henning, Wittchen Hans-Ulrich, Zaudig Michael. *Diagnostisches und statistisches
Manual psychischer Störungen*. Hogrefe Göttingen, 1996.
- Single E., Robson L., *The Costs of Substance Abuse in Canada* Ottawa, Canadian Centre
on Substance Abuse 1996
- Sonneck Gernot. *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Uni Taschenbücher 2123,
1991.
- Spitzer Manfred. *Geist im Netz*. Spektrum, Heidelberg 1996.
- Springer Alfred. *Drogen und Drogenmissbrauch, Lehrerinformation zur
Gesundheitsförderung*, 2. aktualisierte und ergänzte Auflage. Bundesministerium für
Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien 2000
- Steingass Hans Peter. *Soziotherapie, mehr oder weniger als Psychotherapie*. Remscheid,
2003.
- Uhl Alfred, Kopf Nikolaus, Springer Alfred, Eisenbach-Stangl Irmgard, Beiglböck
Wolfgang, Preinsperger Wolfgang, Mader Rudolf. *Handbuch Alkohol – Österreich,
Zahlen Daten Fakten Trends*, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales, 1999.
- Uhl Alfred, Kober Ulrich. *Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich, in
Brosch+Mader Hrsg, Alkohol am Arbeitsplatz*, Orac Verlag Wien 2001
- Wetschka Christian. *Soziotherapeutische Arbeit mit Alkoholkranken, Einführung in die
Typologie nach Lesch*. Eigenverlag Caritasgemeinde, 2005.

Internetquellen:

Kurzform	http Adresse	Datum
Eurostat 1	http://epp.eurostat.cec.eu.int/potal/page?_pageid=1996,391409985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=de&product=Yearlies_new_agricultur&root=Yearlies_new_agriculture/E/E1/E11/eda16144	22.12.2005
AEIOU	http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.b/b460805.htm	28.12.2005
Eurostat 2	<a)="" href="http://epp.eurostat.cec.eu.int/extraction/retrieve/de/theme5/food/food_prod14?OutputDir=EJOutputDir_2429&clientsessionid=53EA66486CDCFA758F6425E961D7E4E5.extraction-worker-&OutputFile=foodprod14.htm&OutputMode=U&NumberOfCells=465&Language=de&OutputMime=text%2Fhtml&">http://epp.eurostat.cec.eu.int/extraction/retrieve/de/theme5/food/food_prod14?OutputDir=EJOutputDir_2429&clientsessionid=53EA66486CDCFA758F6425E961D7E4E5.extraction-worker-&OutputFile=foodprod14.htm&OutputMode=U&NumberOfCells=465&Language=de&OutputMime=text%2Fhtml&)	22.12.2005
Meduniqa	http://www.meduniqa.at/944.0.html	24.4.2006
Netdoktor 1	http://www.netdoktor.at/thema/alkoholismus/alkoholismus/_allgemein.shtml	22.12.2005
Handbuch Alkohol	http://www.api.or.at/akis/texte/001/raugif.htm	17.01.2006
Handbuch Alkohol	Bundesministerium für Gesundheit und Generationen, Wien 2001, Internetversion Feb 2003 http://www.api.or.at/akis/texte/001/raugif.htm	17.01.2006
Internet - Version benzodiazepine	http://de.wikipedia.org/wiki/Benzodiazepine	12.04.2006
Acamprosate	www.kvno.de/mitglieder/arzneimittel/richtlinien/acamprosate.html	2.5.2006
Antabus	http://de.wikipedia.org/wiki/Disulfiram	2.5.2006
Alcover Sirup	http://druginfo.clifford.at/druginfo/drugs_ghb.html	27.4.2006
Naltrexon	http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dssid=4171&dsmid=64394&dspaid=491829	3.5.2006
Sozialgesetzbuch	http://www.rententips.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0503701	02.05.2006
Steingass	http://www.ahg.de/ahgde.nsf/3b9860c93b71e438c125688e00309d69/13664222fb72ea1d4125698900539851?OpenDocument	27.04.2006
NÖ Sozialhilfe Raumordnungsprogramm	http://ris.bka.gv.at/taweb/cgi/taweb?x=d&o=d&v=lmi&d=LRNI&i=830&p=9&q=%20und%20(Raumordnungsprogramm)	12.03.2006
Konfabulation	http://de.wikipedia.org/wiki/Konfabulation	17.4.2006
Stiftung Maria Ebene	http://www.mariaebene.at/admin/web/kh.php?katID=153&textID=644	02.06.2006

Grafikverzeichnis:

Grafik 1: Seite 7, aus <http://www.api.or.at/akis/kurzinfo/gmbalkkr.htm> (26.12.2005)

Grafik 2: Seite 7, aus

<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0031&doc=CMS1038921521489>
(26.12.2005)

Grafik 3: Seite 8, aus Schmeiser-Rieder et al. 1997, Kunze et al. 1996, SERMO Studie

Grafik 4: Seite 8, aus Schmeiser-Rieder et al. 1997, Kunze et al. 1996, SERMO Studie

Grafik 5: Seite 43, nach Christian Wetschka, Einführung in die Typologie nach Lesch Seite 67

Primärquellen:

Interview mit M.F. am 21.6.1998 im Psych. Krankenhaus Baumgartner Höhe von Dr. Harald P. David (Transskription)

Interview mit M.F. am 2.12.2005 (Tonbandaufzeichnung und Transskription)

Interview mit C.M. am 24.4.2006 (Tonbandaufzeichnung und Transskription)

Interview mit D.R. am 25.4.2006 (Tonbandaufzeichnung und Transskription)

Interview mit Dr. Otto Lesch am 23.1.2006 (Mitschrift)

Interview mit Lesch am 17.4.2006 (per email)

Vortrag von Lesch am 22.3.2006 im Wohnheim Winden (Mitschrift)

Hausversammlung am 16.12.2005 (Mitschrift, Tagesprotokoll)

Einzelgespräch mit H.R. am 24.4.2006 (Mitschrift)

Einzelgespräche mit S.J am 20.10.2005 und 20.3.2006 (Mitschrift)

Gesprächsrunde am 22.11.2005 (Mitschrift)

Tagesprotokoll 2005, Einzelaufzeichnungen

Sonstige Quellen:

Jahresbericht Verein Wohnen und Arbeit 2005

Betreuungskonzept Verein Wohnen und Arbeit

Vertrag Land Niederösterreich mit Verein Wohnen und Arbeit 1993