

Auf- und Ausbau resilienter und kohärenter Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen im Kontext eines stationären Langzeittherapie-settings

*Development and expansion of resilient and coherent lifestyle systems of drug addicted
clients in the context of a stationary long-term therapy setting*

Masterarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Social Sciences

der Fachhochschule FH Campus Wien
Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Vorgelegt von:

Carina Bittner

Personenkennzeichen

1410534004

Erstbegutachter:

Mag. (FH) Schörghofer Josef, DSA

Zweitbegutachterin:

Seyr Marina, MA, DSA

Eingereicht am:

12. 05. 2016

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Des Weiteren versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:

Mein Dank gilt ...

- ... meinem Erstbetreuer Mag. (FH) Schörghofer Josef, DSA, welcher durch seine kompetente und verlässliche Unterstützung, aber vor allem durch die motivierenden und beruhigenden Gespräche zur Verfassung meiner Arbeit beigetragen hat.
- ... meiner Zweitbetreuerin Seyr Marina, MA, DSA, welche durch ihre berufliche Erfahrung und kompetente Lehrmethodik das Interesse zur Vertiefung und zur praktischen Anwendung der psychosozialen Diagnostik hervorbrachte.
- ... den KlientInnen der stationären Therapieeinrichtung, welche sich für die Leitfadeninterviews zur Verfügung stellten. Sie machen meinen Beruf zu einer herausfordernden und spannenden Tätigkeit.
- ... meiner Arbeitskollegin Christa, hinsichtlich der Forschungsmethodik konnte sie mich mit Ratschlägen und Feedback unterstützen.
- ... meiner Familie, die mich bei meinem Studium sowohl finanziell als auch emotional sehr unterstützt hat.
- ... meiner Freundin Isabella, welche mich in den letzten Jahren in meinem Tun immer bestärkt hat und mir hinsichtlich der Korrektur dieser Arbeit sehr geholfen hat.

Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit erforscht die Anwendbarkeit sozialtherapeutischer Interventionen, insbesondere sozialdiagnostischer Verfahren, welche zum Auf- und Ausbau resilienter und kohärenter Lebensführungssysteme beitragen können. Im Zentrum dieser Arbeit stehen KlientInnen, welche sich seit mindestens drei Monaten in einer stationären Langzeitsuchttherapie befinden. Anhand der Forschungsergebnisse aus 10 Leitfadeninterviews werden vorerst, auf einer beschreibenden Ebene, resiliente und kohärente Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen im stationären Langzeittherapiekontext dargestellt.

Durch die Festlegung von Analyseeinheiten konnten durch die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse neun Hauptkategorien festgelegt werden, welche sich aus theoretischen Vorannahmen des Resilienzmodells sowie des Kohärenzkonzeptes ableiten.

Die Forschungsergebnisse heben die Bedeutsamkeit psychosozialer Diagnostikverfahren, im Sinne der Ressourcenorientierung, hervor. Sie zeigen auf, dass KlientInnen, bezugnehmend auf die Reintegration aus der stationären Therapie sowie hinsichtlich der Bewältigung ihres Alltags, auf sozialtherapeutische Unterstützung angewiesen sind. Eine Sicherheit vermittelnde HelferInnenbeziehung stellt eine tragende Komponente innerhalb einer stationären Therapie dar.

Die Entscheidung zur Wahl dieser Forschungsthematik resultiert aus dem Interesse, im Sinne eines erweiterten Kompetenzaufbaus Interventionsformen intensiver in die klinisch-sozialarbeiterische Tätigkeit miteinzubeziehen und gezielt anzuwenden.

Abstract

This Master Thesis explores the applicability of social-therapeutic interventions, particularly social diagnostic methods, and their potential contribution to the construction and development of resilient and coherent lifestyle systems. This research study focuses on clients, who have been staying in a stationary long-term therapy setting for at least three months. The research findings from ten guided interviews describe resilient and coherent lifestyle systems of drug addicted clients in a stationary long-term therapy context. Nine main categories, which are derived from theoretical presuppositions of the resilience model as well as the coherence concept, were established through analysis units following the qualitative contents analysis.

For the purposes of the resource orientation, the results of the research emphasize the importance of psychosocial diagnostic procedures. They indicate that clients, with reference to the reintegration from the stationary therapy as well as concerning the coping of their everyday life, depend on social-therapeutic support. An assistant conveying safety and security shows a weight-bearing component within a stationary therapy.

This research topic stems from an interest in the purposes of an enlarged competence construction to incorporate and selectively apply intervention forms more intensely into clinical social work.

Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>SUCHTERKRANKUNG</u>	<u>3</u>
2.1	DROGENKONSUM IN ÖSTERREICH.....	3
2.2	DROGENPOLITIK.....	4
2.3	ZUM WESEN DER SUCHT	5
<u>3</u>	<u>STATIONÄRE LANGZEITSUCHTTHERAPIE</u>	<u>10</u>
<u>4</u>	<u>INTEGRATION UND LEBENSFÜHRUNG</u>	<u>11</u>
4.1	SOZIALE SYSTEME UND HANDELNDE SUBJEKTE	12
4.2	DAS MODELL DES „LEBENSFÜHRUNGSSYSTEMS“	12
4.3	BEWÄLTIGUNGSARBEIT IN EINER STATIONÄREN EINRICHTUNG	14
<u>5</u>	<u>KOHÄRENZ & RESILIENZ.....</u>	<u>20</u>
5.1	SALUTOGENESE.....	21
5.2	RESILIENZ	25
<u>6</u>	<u>SOZIALTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN KLINISCHER SOZIALARBEIT ...</u>	<u>30</u>
<u>7</u>	<u>DATENERHEBUNG – METHODISCHES VORGEHEN</u>	<u>32</u>
7.1	ZUGANG ZUM FELD.....	32
7.2	DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	33
7.3	AUSWERTUNGSVERFAHREN: QUALITATIVE INHALTSANALYSE	33
7.4	AUFBEREITUNGSVERFAHREN: WÖRTLICHE TRANSKRIPTION	36
7.5	BESCHREIBUNG DER INTERVIEWPARTNERINNEN	36
<u>8</u>	<u>DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE</u>	<u>40</u>

8.1	SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND & UMGANG MIT AKTUELLEN GESUNDHEITLICHEN BESCHWERDEN ..	40
8.2	RISIKOHAFTE UND PROTEKTIVE EINFLUSSFAKTOREN	42
8.3	BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN.....	48
8.4	SOZIALES UMFELD	59
8.5	KOMMUNIKATION	61
8.6	AFFEKU-SENSOMOTORISCHE ERFAHRUNGEN.....	62
8.7	SELBSTWERT, SELBSTBILD UND SELBSTVERTRAUEN.....	65
8.8	LEBENSINN UND ZUKUNFTSORIENTIERUNG	67
8.9	STATIONÄRE THERAPIE + PROFESSIONELLE UNTERSTÜTZUNG.....	70
9	<u>ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE</u>	76
9.1	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGEN	76
9.2	RELEVANZ DER STUDIE: KLINISCH-SOZIALARBEITERISCHE INTERVENTIONEN	81
10	<u>QUELLENVERZEICHNIS</u>	83
10.1	BÜCHER	83
10.2	ZEITSCHRIFTEN.....	85
10.3	INTERNETQUELLEN	86
10.4	GESETZESTEXT	87
11	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</u>	88
12	<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	89
13	<u>ANHANG</u>	90
13.1	LEITFADENINTERVIEW	90
13.2	AUSZUG TRANSKRIPTION LEITFADENINTERVIEW IV: KLIENT D	93
13.3	AUSZUG KATEGORIENAUSWERTUNG	103
13.4	ARBEITSBÜNDNIS – VERTRAG ÜBER DIE INTERVENTIONSPLANUNG	105

1 EINLEITUNG

Das individuelle Lebensführungssystem suchtkranker Menschen, welches von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren wechselwirkend beeinflusst wird, stellt eine Herausforderung für den therapeutischen Alltag dar. Gesellschaftliche Bedingungen und Veränderungen führen zu einem ambivalenten Suchtverhalten, welches von polytoxikomanem Substanzkonsum und psychiatrischen Komorbiditäten geprägt ist. Das gesamte System der Drogenhilfe steht, aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen sowie der einfachen Herstellung und Zugänglichkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln vor der Aufgabe, die Versorgung (Einrichtungskonzepte, Methoden etc.) weiterzuentwickeln. Der Klinischen Sozialarbeit kommt hierbei die Aufgabe zu (Handlungsbedarf), gezielte sozialtherapeutische Interventionen (fokussiert wird die psychosoziale Diagnostik) im Hinblick auf die einzelfallorientierte Betreuung und Behandlung zu implementieren. Das Konzept der Salutogenese und das Resilienzmodell bilden die forschungsleitende Grundlage für die vorliegende Masterarbeit. Im Detail werden empirische Ergebnisse aus 10 Leitfadeninterviews mit suchtkranken KlientInnen einer stationären Langzeitsuchttherapie, welche durch die qualitative Forschungsmethodik der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden, mit sozialtherapeutischen Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit in Bezug gesetzt, um eine (verstärkte!) Implementierungs- bzw. Anwendungsmöglichkeit der geeigneten psychosozialen Diagnostikverfahren aufzuzeigen. Dem Prozess der Ergebniserhebung vorangestellt ist die Orientierung an folgenden Forschungsfragen:

- Wie stellen sich resiliente und kohärente Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen im Kontext eines stationären Langzeittherapie-settings dar?
- Welche sozialtherapeutischen Interventionen (vorrangig bezugnehmend auf die psychosoziale Diagnostik) Klinischer Sozialarbeit können durch die Erkenntnisse aus der Forschung für den Auf- und Ausbau resilienter und kohärenter Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen in einem stationären Langzeittherapie-setting abgeleitet werden?

Innerhalb dieses Therapie-settings, welches unterschiedlich, aber in diesem Kontext bis zu zwölf Monate andauern kann, sollen KlientInnen unter anderem Problemlösungsstrategien im Umgang mit Suchtmitteln und deren individuellen Verhalten und Erleben erlernen, um bestmöglich auf die Zeit nach der Therapie vorbereitet zu werden. Bei der Betrachtung der persönlichen Entwicklung der KlientInnen innerhalb des

Therapiesettings, im Hinblick auf das individuelle Lebensführungssystem, wird seitens der Autorin postuliert, dass die Fähigkeit, gegen äußere Belastungen widerstandsfähiger zu werden bzw. der Auf- und Ausbau protektiver Ressourcen und die Heranziehung protektiver Einflussfaktoren sowie die Entwicklung der Gefühle von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit wichtige Komponenten für die Bewältigung der Suchterkrankung darstellen.

Nach der einleitenden Vorstellung der vorliegenden Masterarbeit beleuchtet das zweite Kapitel den Themenkomplex der Suchterkrankung, mitunter statistische Erhebungen, bezugnehmend auf den Drogenkonsum in Österreich, einbeziehend, Forderungen auf der drogenpolitischen Ebene sowie die Entstehung, die Folgen und die Behandlung der Suchterkrankung. Anschließend werden der Aufbau und die Struktur sowie Ziele und Inhalte der stationären Langzeitsuchttherapie beleuchtet. Der forschungsgestützte Beitrag zu Integration und Lebensführung (Sommerfeld et al. 2011) bildet die Grundlage des vierten Kapitels, welches vor allem auf das individuelle Lebensführungssystem und die Bewältigungsarbeit in einer stationären Therapie Bezug nimmt. Des Weiteren werden im fünften Kapitel das Konzept des Kohärenzgefühls sowie das Resilienzmodell vorgestellt. Diese Ausführungen zeigen auf, dass sich das Konzept und das Modell aufeinander beziehen und gemeinsame, verwandte Aspekte aufweisen. Folglich kommt es zu einem zusammengefassten Überblick über sozialtherapeutische Interventionen Klinischer Sozialarbeit, deren Bedeutung und Komplexität nur annähernd nachgegangen werden kann. Der Bezug zu den Interventionsmöglichkeiten wird im empirischen Teil der vorliegenden Masterthesis hergestellt. Kapitel 7 beleuchtet die Datenerhebung und das methodische Vorgehen dieser Arbeit. Bevor es zur Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse kommt, werden die Forschungsergebnisse im empirischen Teil vorgestellt. Diese leiten sich aus den Leitfadeninterviews ab und gliedern sich in neun Hauptkategorien, welche durch die qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und in Bezug zur Theorie gesetzt werden.

Anmerkungen innerhalb direkter oder indirekter Zitate durch die Verfasserin werden durch eckige Klammern ([...]) gekennzeichnet.

Das zentrale Forschungsinteresse resultiert aus der Tätigkeit als Sozialarbeiterin und Betreuerin in einer stationären Langzeittherapieeinrichtung für suchtkranke KlientInnen. Bis dato liegen im Forschungsbereich Klinischer Sozialarbeit keine Forschungsarbeiten zu dieser Fragestellung vor.

2 SUCHTERKRANKUNG

Sucht wird in der vorliegenden Forschungsarbeit als Gesamtphänomen betrachtet und nicht differenziell nach der Einteilung der Süchte (z. B. Spielsucht, Alkoholsucht) beleuchtet. Die Begriffe „Droge“ und „Suchtmittel“ werden synonym verwendet.

Mit der Suchthematik vor allem in Verbindung gebracht wird zunächst der Konsum von psychoaktiven Substanzen, wie, in legaler Form, Tabak, Alkohol und Medikamente und in illegaler Form Substanzen wie Ecstasy, Cannabis, Amphetamine, Heroin, Kokain und biogene Drogen (vgl. Sting 2011: 1596). Eine Suchterkrankung liegt dann vor, wenn ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert wird, welches eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen beschreibt, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. In der Regel besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen und die Schwierigkeit, den Konsum zu kontrollieren sowie anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben, des Weiteren entwickeln sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen), einen einzelnen Stoff (z. B. Tabak, Alkohol), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen (vgl. Dilling et al. 2011: 114ff.).

2.1 Drogenkonsum in Österreich

„Längst hat der Drogenkonsum die marginalisierten Kreise einer Jugendkultur verlassen und ist zu einem transversalen Phänomen der gegenwärtigen Stress- und Freizeitgesellschaft geworden.“ (Mahler 2012: 18)

Laut dem Epidemiologiebericht Drogen (2015b: 6f.) des Bundesministeriums für Gesundheit stellt der Opioidkonsum den Großteil des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich dar. Beim risikoreichen Opiatkonsum handelt es sich laut DOKLI (=Behandlungsdokumentationssystem im Bereich illegale Drogen in Österreich), welches Analysen zu den Konsummustern von KlientInnen bestätigt, um einen polytoxikomanen Substanzkonsum, bei welchem der Konsum von bis zu sechs Drogen pro Person keine Seltenheit darstellt. Personen, welche ausschließlich Cannabis als Leitdroge konsumieren, sind die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich. Es ist eine steigende Bedeutung von Psychopharmaka (z. B. Benzodiazepin) in den

hochproblematischen Konsummustern feststellbar. Des Weiteren konnte eine wachsende Szene mit Konsum von Stimulanzien festgestellt werden (z. B. Methamphetamin). Der risikoreiche Drogenkonsum hat sich in den letzten Jahren in Richtung Cannabiskonsum verlagert. Es ist zwar ein Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden festgestellt worden (v. a. in der Altersgruppe 15 bis 25 – bedeutet weniger EinsteigerInnen), dennoch dominieren Opioide nach wie vor den behandlungsrelevanten Drogenkonsum (vgl. BMFG 2015b: 13f.). Im Jahr 2014 waren laut dem Bundesministerium für Gesundheit 1.174 Personen in stationärer Behandlung (vgl. BMFG 2015b: 17). Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG, welches den zentralen Rahmen für den Umgang mit Drogen in Österreich darstellt, stieg im Jahr 2014 an. 13,2 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen standen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (vgl. BMFG 2015a: 19f.).

2.2 Drogenpolitik

Der Gebrauch illegaler Substanzen wird als kriminell, labil, krank und auch abhängig definiert. Die Drogenpolitik heutzutage verfolgt die Prämisse, dass es „steuerungsbedürftige“ Substanzen gibt, da diese den/die Einzelne/n bzw. die Gesellschaft gefährden können (vgl. Krause, Simon 2009: 34). KonsumentInnen illegaler Substanzen fallen schon verfrüht in die Gefahr der Kriminalisierung, damit einhergehend kommt es zur Stigmatisierung und einer verstärkten Identifizierung mit Außenseiterrollen. Der Verlust von gesellschaftlichen Bezügen (z. B. durch Schulverweis, Verlust des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes etc.) kann zur Verfestigung der Drogenkarriere führen (vgl. ebd.: 36). Die Drogenpolitik, welche psychiatrisch-medizinisch ausgerichtet ist, individualisiert den Sachverhalt Drogengebrauch, indem sie Problemlagen, Krisen und abweichende Handlungsweisen allein der konsumierenden Person sowie der psychophysischen Ausstattung und Biografie zurechnet und zuschreibt. Durch Anforderungsprofile und Vollzugsnormen gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen wird die Individualisierung der Subjekte beeinflusst und diese werden oft auch entmündigt: „Im ‚Helfen‘ und ‚Beraten‘ manifestiert sich eben auch ein subtiler Kontrollprozess, der die Selbstbestimmung der betroffenen Subjekte einengt“ (Jungblut 2011: 293).

Drogenabhängige zählen seit den 1980er-Jahren zu den Risikogruppen. Hauptziele der Drogenhilfe sind die Verminderung des Infektionsrisikos von AIDS, die Absicht, die Beschaffungskriminalität zu reduzieren, sowie Drogenfreiheit und gesellschaftliche

Reintegration (vgl. Petzold et al. 2006: 49). Auf drogenpolitischer Ebene besteht aktuell mehr denn je die Forderung nach Drogenmündigkeit.

Der Begriff Drogenmündigkeit beschreibt die Fähigkeit, sich in unterschiedlichsten Alltagssituationen eigenständig orientieren und einen passenden Umgang mit psychoaktiven Substanzen finden zu können (vgl. Barsch 2012: 48). Mündigkeit verträgt sich, wie der Name schon sagt, nicht mit Bevormundung und nicht mit zu vielen Regeln und Gesetzen, sondern heißt Entscheidung der eigenen Persönlichkeit und des eigenen Gewissens (vgl. Haller 2007:179). Notwendig ist die Verknüpfung von technischen, sozialen, kulturellen, reflexiven, emotionalen, sinnlichen und ethischen Kompetenzen (vgl. Krause, Simon 2009: 37). Haller (2007: 179) ergänzt diese Forderung nach Mündigkeit durch die Begriffe Mäßigkeit und Medizinalisierung: Mäßigkeit meint den vernünftigen Umgang mit Drogen, das bedeutet, diese sollen nur ihrer vorteilhaften Wirkungen halber eingesetzt werden und niemals zu körperlichem, psychischem und sozialem Leid führen. Medizinalisierung meint in diesem Zusammenhang, dass für jede/n Behandlungswillige/n adäquate therapeutische Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

2.3 Zum Wesen der Sucht

„Süchte sind entgleiste Sehnsüchte des Menschen in seiner Suche nach Vollkommenheit und Glück.“ (Niccolò Machiavelli 1459-1527, zit. n. Haller 2007: 195)

Süchtiges Verhalten ist laut Haller (vgl. 2007: 11) ein uraltes, zutiefst menschliches Phänomen sowie der Wunsch eines Individuums, der Realität vorübergehend zu entfliehen. Sucht stellt eine schwerwiegende Störung dar, welche einen eigendynamischen Verlauf aufweist und durch ganz bestimmte Merkmale charakterisiert ist. Geprägt ist sie durch eine fehlende Fähigkeit zur freien Entscheidung und durch ein passives, begieriges und zwanghaftes Verhalten. Auf Dauer kann die Suchterkrankung, welche die Suchtkranken an ein schädliches Bedürfnis bindet, zu einer selbstaggressiven Handlung, zu einem Suizidersatz, führen. Süchtiges Verhalten ist geprägt von einem wachsenden Verlangen und einem unwiderstehlich werdenden Zwang nach einem bestimmten Erlebnis- und Gefühlszustand (vgl. ebd.: 33f.). Oft finden Menschen im Rausch das, was ihnen im nüchternen Zustand fehlt. Primär geht es um ein Gefühl der verbesserten Kommunikation, um einzigartige Überlegenheit oder ein Gefühl der Entspannung. Des Weiteren können durch diesen Zustand versteckte, unterdrückte oder

auch abgewehrte Seiten der Persönlichkeit gefördert werden, z. B. wird der Verschlussene offen, der Traurige fröhlich, oder der Gestresste entspannt usw. (vgl. ebd.: 47f.). Sucht ist auch mit Suche und mit Ausweichverhalten verbunden, mit dem Versuch der Selbstheilung, der Flucht, Selbstablehnung und Selbstaggression (vgl. Haller 2007: 54).

Meist ist es der Wunsch nach Geborgenheit und Nestwärme: „Es geht um Zuwendung, Zärtlichkeit und Zeit“ (Haller 2007: 55f.). Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, versuchen, ihre emotionalen Schmerzen zu bewältigen. In diesem Zusammenhang kann süchtiges Verhalten als überlebenssichernder Lebensstil, Bewältigungsmechanismus oder Coping-Strategie gesehen werden (vgl. Ghedina, Oleksy 2008: 19f.). Da Suchtverhalten ein erworbenes Verhalten ist, kann es durch lerntheoretische Begriffe, wie z. B. der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura¹, erklärt werden. Dieses Modell beschreibt, dass Suchtverhalten durch sich wiederholende Entscheidungsprozesse entsteht. Mahler (2012: 55f.) kritisiert, dass komplexen biografischen Lernprozessen sowie den darin enthaltenen biopsychosozialen Ressourcen (und deren Wirkung) keine ausreichende Beachtung geschenkt werde, was jedoch im Kontext der Klinischen Sozialarbeit beleuchtet wird (siehe Kap. 6 & 8).

Das Modell des „Suchtgedächtnisses“ wird seit einigen Jahren in der Forschung diskutiert. Ein Suchtgedächtnis weiß, dass unerwünschte emotionale Zustände durch den Suchtmittelkonsum abgebaut werden können („Suchtlernen“ – psychodynamische Bedeutung von Suchtmitteln) (vgl. Mahler 2012: 57).

2.3.1 Entstehung einer Suchterkrankung

Primärfaktoren für die Entstehung der Suchterkrankung sind personenspezifische Faktoren (biopsychische Komponente), umweltspezifische Faktoren (soziale Komponente) sowie suchtmittelspezifische Faktoren (vgl. Barth 2011: 187ff.):

¹ Bandura A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. & Bandura A. (1997): Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.

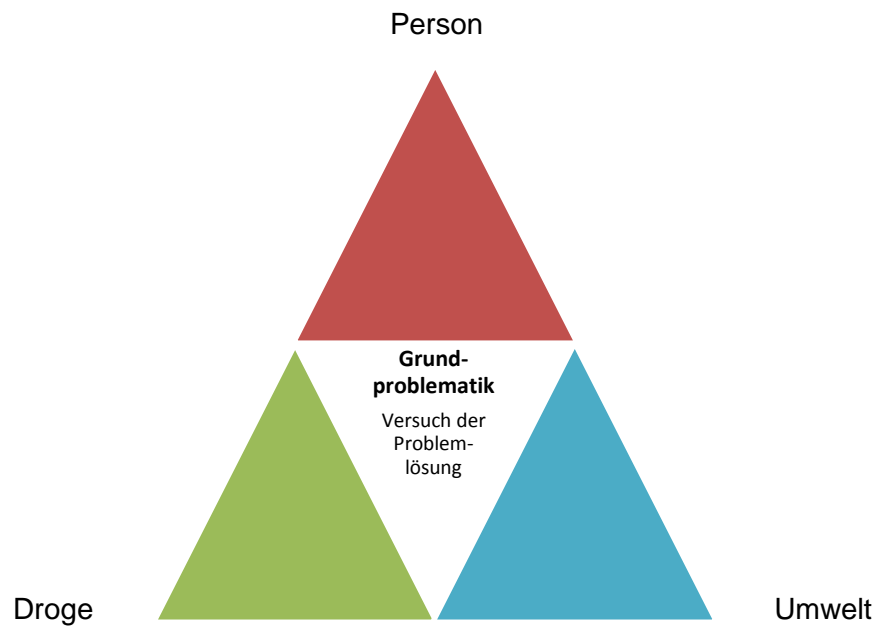


Abbildung 1: Suchtdreieck – eigene Darstellung

Der frühkindlichen Situation wird eine große Bedeutung zugesprochen, da Suchtkranke zu einem Großteil aus Broken-Home-Situationen stammen oder aus einem zu sehr behüteten, überfürsorglichen Familienmilieu, welche beide als Risikofaktoren gelten. Durch fehlende Geborgenheit kann das Kind in den Schutz der Drogengruppe oder zur wohligen Wirkung des Suchtmittels getrieben werden. Eine niedrige Frustrationstoleranz sowie die Unfähigkeit zur eigenständigen Bewältigung von Problemen können das Ausweichen in Stressfreiheit und Gleichgültigkeit bewirken. Wenn die Bindung zur Familie zu eng ist, können Schritte zur Eigenständigkeit ein schlechtes Gewissen auslösen, denn Sucht hat oft mit der schmerzhaften Ablösung vom Elternhaus zu tun (vgl. Haller 2007: 53). Da es sich bei süchtigem Verhalten um eine komplexe Störung handelt, macht es keinen Sinn, nach einem einzigen Grund oder einer einzigen Ursache zu suchen. Sucht ist ein Zusammenspiel verschiedener Ursachen, sie beruht auf einem multikonditionalen Bindungsgefüge, welches sich aus genetischer Disposition, negativen kindlichen Prägungen, Entwicklungsproblemen, nachteiliger Erziehung, lebensgeschichtlichen Umständen, sozialen Belastungen, Schicksalsschlägen oder unter anderem auch Krankheiten zusammensetzen kann (vgl. ebd.: 51).

2.3.2 Folgen von Sucht – Sucht als soziales Problem

Das Wesen eines Menschen ändert sich im Laufe der Suchtkarriere. Es lässt sich ein soziales Rückzugsverhalten durch Vermeidung von Kontakten und zwischenmenschlichen Beziehungen, ein fehlendes Interesse an der Umwelt, ein

aggressives Reagieren auf Anforderungen sowie Monotonisierung und Einengung der Lebensführung beobachten. Süchtige scheinen zunehmend in sich gekehrt und selbstbezogen zu sein – sie nehmen immer weniger Anteil an Geschehnissen der Umwelt (Wesensveränderung). Weitere Störungen, welche bei Substanzkonsum auftreten können, sind neben dem Vergiftungseffekt (körperliche Schädigungen) Antriebs- und Lustlosigkeit, Abnahme der Spontanität und Nachlassen der Eigeninitiative, depressive Verstimmungen und Verflachung der Emotionen, was wiederum die Wesensveränderung verstärkt (vgl. Haller 2007: 67f.). Der Suchtprozess wird oft von komorbiden Störungen, welche ursächlich bedingt oder als dessen Folge auftreten, begleitet. Häufig sind Depressionen, Angsterkrankungen, psychosomatische Störungen oder manchmal sogar alkohol- oder drogenindizierte Psychosen feststellbar. Zu den typischen Suchtdelikten zählen neben dem illegalen Handel Betrug, Rezeptfälschung, Gewalttätigkeit und Prostitution. Des Weiteren sind Süchtige als Opfer vermehrt in Straftaten involviert. Wenn Suchtkranke ihr altes Verhalten, welches zur Sucht geführt hat, wieder aufnehmen, beginnt die Suchtkarriere nicht wieder von vorne, sondern wird dort fortgesetzt, wo sie unterbrochen wurde, denn das Suchtgedächtnis bleibt während der ganzen Karriere erhalten (vgl. ebd.: 68f.). Oftmals enden Suchtkarrieren mit frühzeitigem Tod und der Suchtprozess endet fast immer mit Vereinsamung. Soziale Beziehungen werden vernachlässigt und Mitmenschen verlieren ihr Interesse an den Suchtkranken. Die Substanz, welche als Kommunikationsmittel gedient hat, entwickelt sich zu einem Isolationsfaktor (vgl. ebd.: 71f.).

2.3.3 Behandlung der Suchtkrankheit

Aus der medizinischen Perspektive beleuchtet erfolgt die Behandlung der Suchterkrankung in den stationären Langzeittherapieeinrichtungen größtenteils sowohl abstinenzorientiert als auch substitutionsgestützt.

Morphin in Retardform (56%) stellt das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel in Österreich dar, gefolgt von Buprenorphin (19%) und Methadon (13%). Die Verschreibungspraxis variiert jedoch in den einzelnen Bundesländern (vgl. BMFG 2015b: 26). Die aktuelle Praxis in der Schweiz zeigt, dass z. B. Methadon in sehr hohen Dosen verschrieben wird, um das Risiko des Beikonsums zu kontrollieren [das trifft auch auf Österreich zu]. Hohe Dosierungen haben jedoch den Nachteil verminderter Zugänglichkeit [ich denke hier eher an die Aufmerksamkeit, bedingt durch körperliche Folgeerscheinungen wie Müdigkeit etc.], wobei dies aber noch kaum erforscht ist (vgl. Mahler 2012: 72). Die Behandlung der Suchtkrankheit bleibt leider viel zu oft ohne Erfolg,

da sie sich als überaus schwierig darstellt. Der Heilungsprozess gelingt oft nicht oder nur unvollkommen. Oft sterben die Suchtkranken an den Folgen ihrer Erkrankung (vgl. Röhr 2014: 15). Die Betroffenen befinden sich in einem Teufelskreis und haben Angst vor der Entzugsbehandlung. Oft ist sozialer Druck [Fremdmotivation] das einzige Mittel, welches die Betroffenen in eine Behandlung bringt, z. B. Verlassenwerden durch den/die PartnerIn, Eltern, Großeltern etc., Verlust des Arbeitsplatzes [oder auch eine Weisung durch die Justiz]. Auch das körperliche Befinden kann als Grund gesehen werden (vgl. Röhr 2014: 23). Für den Anfang ist es notwendig, die eigene Situation, Bedürfnisse und Gewohnheiten kritisch zu betrachten, sich selbst zu reflektieren und Ehrlichkeit aufzubringen. Als zweiter wesentlicher Schritt ist die Erkennung und Bearbeitung der Verdrängungsmechanismen zu nennen. Des Weiteren sind die Gründe für das süchtige Verhalten zu beleuchten, welche Umstände in Rausch und Abhängigkeit getrieben haben und was zur Flucht in die Sucht geführt hat. Es soll aufgearbeitet werden, welchen Problemen der/die Kranke ausweichen wollte und was vom entrückten Zustand erwartet wurde. Essentiell ist vor allem die Erkenntnis seitens der Person, dass ein Abhängigkeitsproblem vorliegt (vgl. Haller 2007: 187). Bedeutend ist die Tatsache, dass sich der Mensch aufgrund des jahrelangen Konsums verändert, deshalb wird er/sie auch labiler für Rückfälle. Aus diesem Grund führen kürzere Behandlungen, wie die Entgiftung, nicht zum Erfolg. Das Gehirn erholt sich nach einer Entgiftung nur allmählich, Informationen werden erst nach Wochen bzw. Monaten sicher verarbeitet. Auch die seelische Erholung, die Fähigkeit, wieder stabiler und belastbarer zu werden, dauert viele Wochen und Monate. Rückfälle treten besonders in den ersten drei Monaten einer stationären Therapie auf, vor allem aufgrund von Selbstüberschätzung, niedriger Frustrationstoleranz, mangelnder Krankheitsakzeptanz oder auch Angst. Rückfälle gehören zur Krankheit, und sie machen Defizite deutlich. Es sollte der Frage nachgegangen werden, was der Person gefehlt hat (die Botschaft dahinter verstehen) (vgl. Röhr 2007: 141f.): „Wir brauchen mit uns und anderen Geduld und Zeit für Reifung und Entwicklung.“ (Röhr 2014: 40) Die bereits wirksamen Schädigungen und Risiken dürfen in der Behandlung nicht nur eindimensional berücksichtigt werden (vgl. Mahler 2012: 64), sondern müssen im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses bearbeitet werden.

3 STATIONÄRE LANGZEITSUCHTTHERAPIE

In den stationären Therapieeinrichtungen werden gesundheitsbezogene Maßnahmen durchgeführt, welche durch das österreichische Suchtmittelgesetz vorgeschrieben sind:

- „die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung,
- die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, die Psychotherapie sowie
- die psychosoziale Beratung und Betreuung.“ (SMG § 11 Abs.2)

Stationäre Settings [Tertiärprävention] sind geeignete Räume, durch welche KlientInnen die Übernahme von Selbstverantwortung und sozialer Verantwortung lernen, im Sinne von „alltagsnahen Übungssequenzen mit ausreichender Beziehungsresonanz“, um Misserfolge zu bewältigen (vgl. Mahler 2012: 76). Mahler (ebd.: 9) deutet die ressourcenorientierte Suchtarbeit als Versuch, für ein gelingendes Leben der Süchtigen einzutreten, „ohne dabei jedoch die Sucht als lebensbedrohliche Dynamik des menschlichen Verhaltens zu bagatellisieren.“ Die Autoren Petzold, Scheiblich und Thomas (vgl. 2006: 41f.) postulieren, dass es keine optimale Methode gebe; keine Therapierichtung könne beanspruchen, der „Stein der Weisen“ im Kontext der Suchttherapie zu sein. Es bedürfe einer „integrativen und zugleich differentiellen“ Ausrichtung. Die stationäre Suchttherapie bietet psychosozial-stabilisierende Prozesse, einen Schutzraum und sie ermöglicht Wiedergewinnung von Perspektiven und stärkt die Selbstverantwortung (vgl. Mahler 2012: 19). Im besten Fall sind langfristige Beziehungsangebote präsent [Bezugsbetreuung], vor allem stationäre Langzeitangebote bieten die Möglichkeit des Aufbaus supportiver sozialer Strukturen, sowie eines gemeinschaftlich-partizipativen Lebensraums. Die Frage ist, ob das Angebot auch für die noch „offene Karriere“ des/der Süchtigen genutzt wird (vgl. ebd.: 54).

Dies ist zugleich als Kritik an der stationären Therapieform zu sehen, denn das Beziehungsangebot endet zum Ende der Therapie, im besten Fall gibt es eine Nachbetreuung. In diesem Kontext ist keine durchgehende Fallführung im Sinne des Clinical Case Managements verfügbar, also keine professionelle Betreuungsperson, die den/die KlientIn durch seine/ihre „Drogenkarriere“ hindurch begleitet.

Des Weiteren werden die Kosten, unter Miteinbeziehung des Karriereverlaufes von Suchtkranken [hohe Rückfallrate], als nicht gerechtfertigt empfunden. Niederschwellige und akut stabilisierende Maßnahmen sind kostengünstiger und für den Kostenträger scheinbar weniger risikohaft (vgl. ebd.:79).

4 INTEGRATION UND LEBENSFÜHRUNG

Der forschungsgestützte Beitrag (Sommerfeld et al. 2011) zu Integration und Lebensführung beschreibt die Übergänge von „drinnen“ nach „draußen“ im Kontext der stationären Therapie. Der Auf- und Ausbau von Kohärenz und Resilienz, bezugnehmend auf das individuelle Lebensführungssystem, steht im Hinblick auf die Suchttherapie im Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit.

Integration bezeichnet ein komplexes Zusammenspiel von individuellen Prozessen und sozialen Strukturen (→ sozialer Prozess), welches sich dynamisch vollzieht und über einen gewissen Zeitrahmen hergestellt wird. Menschen bilden für ihr Überleben soziale Systeme, mit und durch welche sie ihr Leben führen, um in diesen, unabhängig von der Form, integriert zu sein [systemtheoretische Sichtweise] (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 14f.). In Verbindung mit dem Terminus Integration wird nachstehend Lothar Böhnisch, welcher sich in seinem Konzept der Lebensbewältigung mit den beiden Begrifflichkeiten Integration und Lebensführung auseinandersetzt, angeführt. Im Kontext der Lebensbewältigung arbeitet er die brüchig gewordenen Integrationsbedingungen unserer Gesellschaft heraus.

Böhnisch (2012: 57ff.) erklärt, dass die sozialarbeiterische Aufgabe darin bestehe, Integrationshilfe zu leisten, wenn Menschen sich in sozial desintegrativen Situationen befänden, und sich von selbst nicht mehr in die Gesellschaft einfügen könnten. Aus Sicht der Betroffenen steht jedoch die Bewältigungsfrage, also der aktuelle Verlust der Handlungsfähigkeit, im Vordergrund. Menschen versuchen zunehmend in Krisensituationen handlungsfähig zu bleiben, und sie greifen durchaus zu normwidrigen Mitteln, welche die soziale Desintegration fördern. Aktuelles Bewältigungsverhalten, welches von den geltenden normativen Mustern der Sozialintegration abweicht, hat immer auch eine subjektive sozialintegrative Absicht. Es geht vielmehr um das Sich-Zurecht-Finden in einer sozial unübersichtlich gewordenen Gesellschaft.

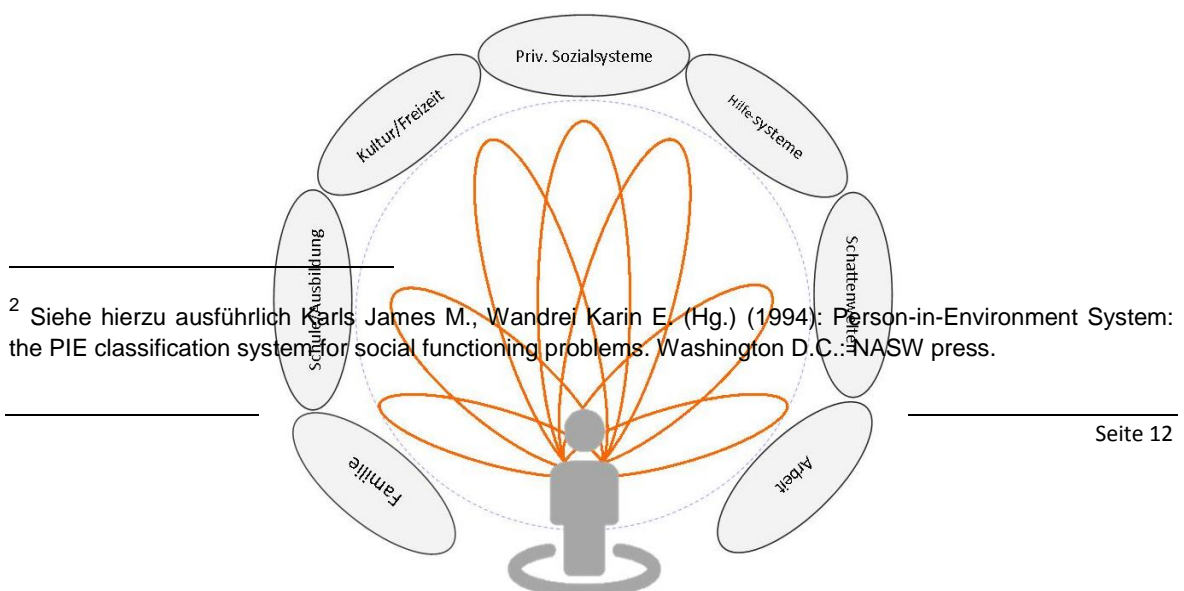
Durch diverse Programme versucht die Gesellschaft die Kompetenzen von Individuen zu bilden, damit diese durch den Wiedergewinn an Handlungsfähigkeit in der Gesellschaft besser zurechtkommen, was wiederum zu Integration führen soll (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 25f.). Der Begriff Lebensführungssystem verweist darauf, dass Menschen durch Tätigkeiten oder Handlungen, aufgrund ihrer spezifischen Erkenntniskompetenz, ein strukturiertes Verhältnis zur Welt herstellen und insofern ihr Leben führen. Diesbezüglich bilden sie sozio-kulturelle Systeme (= typische Form des menschlichen Lebens, dynamische Verknüpfung der psychischen und sozio-kulturellen Seite) (vgl. ebd.: 29).

4.1 Soziale Systeme und handelnde Subjekte

Menschen setzen sich erkennend und tätig mit der Welt auseinander, sie schaffen sich ihre Lebensverhältnisse und in diesem Sinn führen sie ihr Leben (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 45). Menschliche Lebensführungssysteme entstehen dadurch, dass Menschen (sozio-biologische Systeme) sozio-kulturelle Systeme für ihre Lebensführung bilden, welche sie für das Überleben brauchen, da menschliches Leben in sozialen Verhältnissen geführt wird (vgl. ebd.: 47). Um soziale Handlungen, welche sich in sozialen Kontexten ereignen, koordinieren zu können, bedarf es der Ausbildung von Kommunikations-, Bedeutungs- und Handlungsstrukturen [SOC], wodurch die sozialen Strukturen, die das soziale Leben regulieren, gebildet werden. Die individuellen Strukturen (psychische und somatische) resultieren aus der individuellen sozialen Aktivität. Die Ausführung einer Tätigkeit wirkt immer zugleich auf der sozialen und individuellen Ebene, wodurch sich eine Dynamik entwickelt (vgl. ebd.: 48f.).

4.2 Das Modell des „Lebensführungssystems“

Das individuelle Lebensführungssystem, welches durch die nachfolgend illustrierte Grafik (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 287) abgebildet wird, setzt sich aus unterschiedlichen sozialen Figurationen in diversen konkreten Handlungssystemen zusammen. Erstmals formuliert wurde das Lebensführungssystem durch den Person-in-Environment-Ansatz durch Karls und Wandrei im Jahr 1994². Pauls (vgl. 2013: 64) weist darauf hin, dass die psychosoziale Veränderung eines Menschen immer ein Prozess sei, welcher vor allem die soziale Umgebung betreffe sowie das Erleben/Verhalten der Person in konkreten Situationen. Es herrsche eine wechselseitige Beeinflussung von Individuum, sozialem Kontext und physikalischer Welt (vgl. ebd. 2013: 71).



Das

Abbildung 2: Lebensführungssystem – eigene Darstellung

Lebensführungssystem, welches sich aus dem Individuum, seiner psychischen Potentiallandschaft und den spezifischen Formen der Integration in unterschiedliche soziale Systeme zusammensetzt, bildet ein dynamisches, sich organisierendes System. Es stellt den zu bearbeitenden Gegenstand der Sozialen Arbeit dar. Die Frage richtet sich nach der psychosozialen Dynamik und den musterförmigen Strukturen, welches ein Individuum im Laufe seiner/ihrer Entwicklung hervorgebracht hat. Individuen reagieren, besonders auf soziale Ereignisse in der Lebensführung, ausnahmslos und permanent. Das Lebensführungssystem eines Menschen definiert sich durch das dynamische Zusammenspiel von sozialen und psychischen Prozessen in den sozialen Figurationen in den konkreten Handlungssystemen [z. B. Hilfesystem – stationäre Langzeitsuchttherapie] (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 289).

Es kann ein Ordnungswandel im sozio-biologischen System (Individuum) entstehen, wenn sich frühere Strukturen neu ordnen – in Form von aufeinander aufbauenden Strukturen ist eine Entwicklung möglich [Bewältigungsstrategien in Bezug auf die Vermeidung von Suchtmittelkonsum]. Einmal entstandene Komponenten und die daraus gebildeten Muster können nicht einfach so gelöscht werden, denn im Lebendigen gibt es keinen „Reset-Knopf“ wie bei Computern. Ein Ordnungs-Ordnungs-Wandel bezieht die vorausgegangenen Formen der Strukturen mit ein und integriert sie als Wiederherstellung, auf neue Weise, als erneutes Ganzes (vgl. ebd.: 290). Die Aufgabe [Klinischer] Sozialarbeit besteht darin, Prozesse auszuloten, zu re-arrangieren, zu unterstützen sowie gegebenenfalls [neu] zu inszenieren, welche Individuen, abhängig von ihren Möglichkeiten aus der spezifischen Form ihrer psychischen Potentiallandschaft in Kombination bzw. im dynamischen Zusammenspiel mit den sozialen Prozessen und

Strukturen, realisieren lassen. Bezugnehmend auf eine zielgerichtete Behandlung und Beratung im Kontext des Lebensführungssystems der zu betreuenden Person ist es notwendig, die Funktionsweise sowie Zusammenhänge eines sozialen Systems zu verstehen (vgl. ebd.: 291). Die Form der menschlichen Lebensführung stellt eine grundsätzlich komplexe und störanfällige Lebensform dar, die an die Integration in sozio-kulturelle Systeme geknüpft ist. Im Zusammenhang mit der Gesellschaft können soziale, psychische sowie biologische Probleme des Individuums auftreten, welche mit problematischen sozialen Situationen und Konstellationen in dessen/deren Lebensführungssystem in Verbindung stehen (vgl. ebd.: 306). Daraus resultierend können soziale Probleme als Spannungszustände bei den Individuen hervorgerufen werden, welche die Bedürfnisbefriedigung der beteiligten Personen auf Dauer negativ beeinflussen, was wiederum nicht unmittelbar ausreichende, problemlösende Aktivitäten motiviert, um die problematische Situation zu verbessern [z. B. Suchtmittelkonsum] (vgl. ebd.: 306).

4.3 Bewältigungsarbeit in einer stationären Einrichtung

Die eigentliche Auseinandersetzung mit dem Ereignis [psychische Erkrankung, Drogensucht etc.] stellt die Bewältigungsarbeit dar, welche eine psychosoziale Dynamik entfaltet, die in diesem Kontext als Problemlösungsdynamik bezeichnet wird. Jene vergegenständlicht sich als beobachtbare Verlaufskurve, welche eine stationäre Phase der Hyperinklusion und den anschließenden (Re-)Integrationsprozess umfasst (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 310). Die nachstehend abgebildete Grafik, in Anlehnung an Sommerfeld et al. (2011: 311), veranschaulicht eine beobachtbare Verlaufskurve, welche sich als „Meta-Abbildung“ dieser Forschungsarbeit versteht, da die behandelten theoretischen als auch empirischen Ergebnisse in Bezug zur Illustration gesetzt werden können.

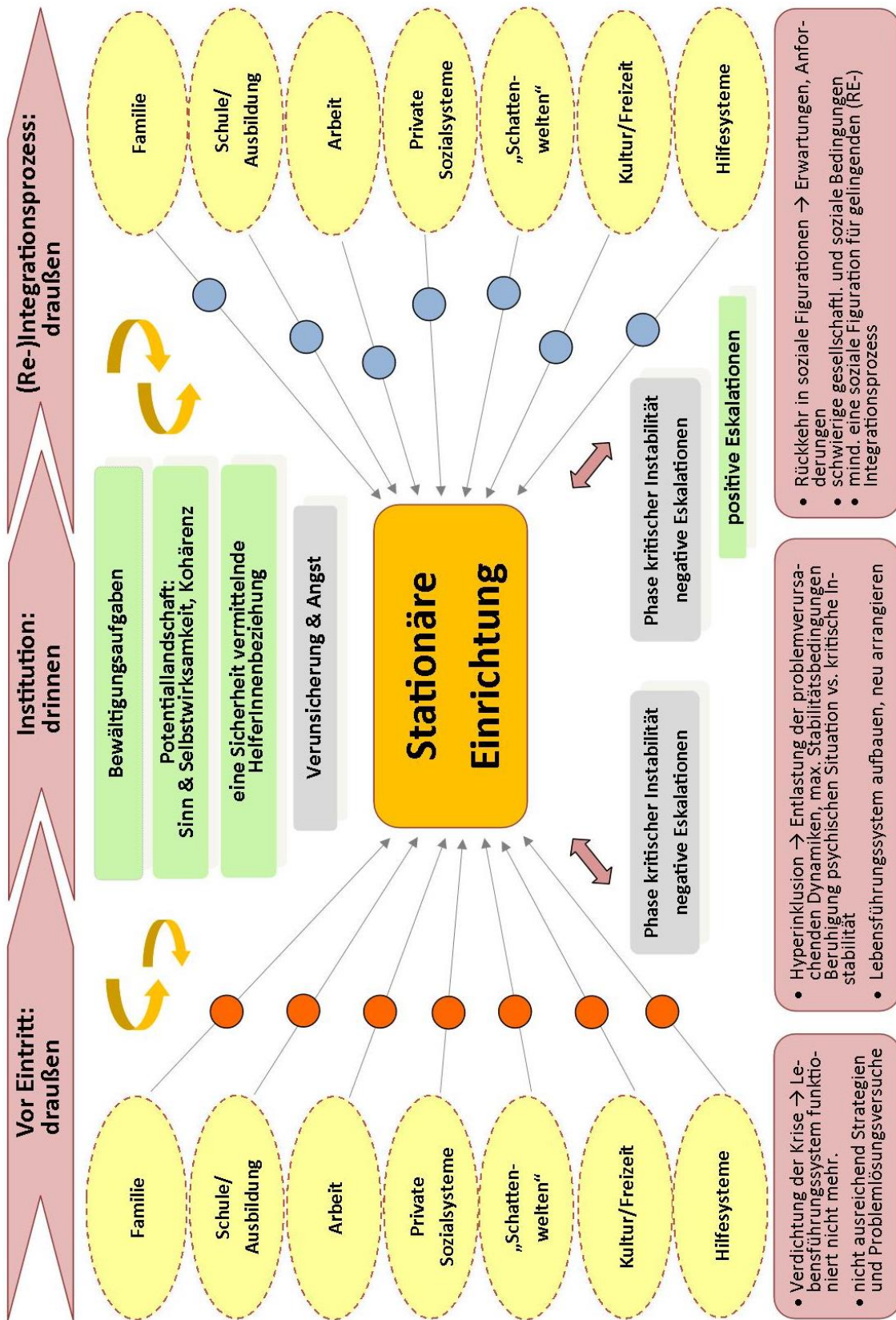


Abbildung 3: Beobachtbare Verlaufskurve – eigene Darstellung

4.3.1 Vor Eintritt: „draußen“

Vor dem Eintritt in die stationäre Einrichtung kann es zu negativen Eskalationen kommen. Darunter fallen Prozesse, welche in differenziellen sozialen Konfigurationen gleichzeitig stattfinden können (Familie → z. B. Scheidung der Eltern, Schule/Ausbildung → Nichtbestehen der Matura etc.). Negative Eskalationen beschreiben des Weiteren eine Steigerung der Spannung im Lebensführungssystem, welche mit den bestehenden Mustern nicht mehr bewältigt werden kann. Dieser Spannungszustand kann ab einem gewissen Punkt unerträglich werden und drängt definitiv zum Handeln. Der Prozess der negativen Eskalation findet über einen längeren Zeitraum statt und bringt graduell progressive Veränderung der Spannungslage mit sich. Die in diesem Zeitraum getätigten Bewältigungsversuche, welche als motivierte Lösungsversuche und zielgerichtete Handlungen verstanden werden, können mitunter auch zu einem Teil des Problems werden (z. B. Fassade aufbauen, Kontakt zur Familie meiden etc.). Eine negative Eskalation kann auch in einer „befreienden“ Tat enden oder führt zu einem Lebensführungssystem, welches weitgehend im Exklusionsbereich der Gesellschaft angesiedelt ist [z. B. Heroinsucht als Alltag]. Diese Randzone der Gesellschaft, die als „draußen“ bezeichnet wird, als nicht zur „normalen“ Gesellschaft gehörend, führt oft zu Stigmatisierungen [z. B. ein suchtmittelabhängiger Mensch zu sein, der im Zuge seiner Sucht keiner Beschäftigung nachgehen kann] (vgl. Sommerfeld et al.: 310ff.). Für die Randbereiche der Gesellschaft wird im Kontext des Lebensführungssystems innerhalb der Verlaufskurve der Begriff „Schattenwelten“ gewählt. Dieser bezeichnet Subkulturen als die „dunkle“ Ecke der Gesellschaft, welche von gesellschaftlich dominanten Normen erheblich abweichen (z. B. das Lebensführungssystem ist auf die Zufuhr eines illegalen Stoffes angewiesen. Zur Bewältigung dieser Spannung ist die Person auf Geld angewiesen, was wiederum auf legalem Weg nicht erreichbar ist, dies führt zu einem kriminellen Risikomanagement → Karriere als „dealende/r“ Süchtige/r). Diese Art von Lebensführungssystem kann nicht mehr funktionieren, wenn Schweinwerfer darauf gerichtet werden. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis ein weiteres soziales System eingreift (Polizei/Rechtssystem), wenn sich die Krise verdichtet. Vorhergehende Strategien und Problemlösungsversuche [z. B. Suchtmittelkonsum], welche die AkteurInnen eingesetzt haben, können zu einer dominanten, energetisierenden Dynamik führen, wodurch die Spannungen nicht abnehmen (vgl. ebd.: 313).

4.3.2 Institution: „drinnen“

Innerhalb der stationären Einrichtung kommt es durch den Ausschluss von (allen) sozialen Systemen (Hyperinklusion) vorerst zur Entlastung der problemverursachenden Dynamiken der KlientInnen. Dies stellt deren Potential dar, in eine verändernde Richtung wirken zu können. Einrichtungen können maximale Stabilitätsbedingungen bieten und Lernprozesse im Sinne von Restrukturierung oder Aktivierung anderer Areale der psychischen Potentiallandschaft schaffen. Nach Ablauf einer gewissen Zeit kann, durch Brechung der problemverursachenden Dynamiken und/oder weiteren gezielten Interventionen, eine Beruhigung der psychischen Situation bzw. kritische Instabilität eintreten.

In der stationären Einrichtung lösen sich die einhergehenden Spannungen und Überforderungen zwar nicht auf, aber die Distanz zum Alltag kann die Situation entspannen. Zudem ist anzumerken, dass die Einrichtung auch Strukturen und Zeit bereitstellt sowie Lernanlässe bietet [in Form von Psychotherapie, Klinischer Sozialarbeit, Arbeits- und Qualifizierungsmaßnahmen etc.]. Weitere Indikatoren wären die distanzierte Verarbeitung der Ereignisse, Reflexion auf die Zukunft, Beratung, Reizreduktion, weitgehende Entlastung von Entscheidungen, soziale und persönliche Erwartungen sowie vor allem die Motivation, das Lebensführungssystem aufzubauen, neu zu arrangieren, und das Leben so zu ändern, dass Sinn und Selbstwirksamkeit erlebt werden und dass ein „gelingenderer“ Alltag³ ermöglicht wird (vgl. ebd.: 314f.).

Sozialtherapeutische Drogenarbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit (Mahler 2012: 183), welche das Ziel hat, KlientInnen zu befähigen, im Sinne der Ressourcenorientierung, eigene Entscheidungen zu treffen. Sommerfeld et al. (2011: o. J.) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Sicherheit vermittelnden HelferInnenbeziehung.

4.3.3 (Re-)Integrationsprozess: „draußen“

Nach dem Austritt aus der stationären Einrichtung kann es, aufgrund von Unsicherheiten, zu einer Phase der kritischen Instabilität kommen, da die AkteurInnen in eine Reihe von sozialen Figurationen zurückkehren. Um die Integration in die konkreten Handlungssysteme [wieder] herzustellen, müssen mehrere Aufgaben bewältigt werden, um den damit verbundenen Erwartungen, Anforderungen und Ansprüchen [v.a. durch

³ Siehe hierzu ausführlich Thiersch Hans (1997): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Juventa Verlag.

das soziale Netz] gerecht zu werden. Weitere wichtige Aufgaben stellen die persönliche Alltagsbewältigung sowie die Arbeit an den eigenen psychischen Mustern, Erwartungen und Zielen dar, denn KlientInnen kehren oft in alte, vertraute Handlungssysteme und damit in Verbindung stehende dynamische Prozesse zurück, welche vor Therapieaufenthalt zu der Krise geführt hatten. KlientInnen haben sich, durch (Re-)Aktivierung anderer Anteile ihrer psychischen Potentiallandschaft, in gewisser Weise verändert. Teilweise passen sie nicht mehr in die sozialen Systeme, in die sie zurückkehren. Dies kann in den sozialen Systemen Kräfte auslösen, die den alten Zustand der KlientInnen wieder herstellen. Womöglich können „drinnen“ vollzogene Lernprozesse unter den draußen herrschenden sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen nicht bestätigt werden. Dies kann Gefühle wie Selbstunwirksamkeit, Frustration und Ernüchterung auslösen. Im Fall eines gelingenden (Re-)Integrationsprozesses („positive“ Eskalation), treten im kognitiv-emotionalen Erleben die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Kohärenz und der Zugewinn an Sicherheit auf. Dazu bedarf es mindestens einer sozialen Figuration, damit die Veränderungsprozesse der KlientInnen gewürdigt werden (vgl. ebd.: 316f.). Eine Stabilisierung ist unter Umständen bereits ein Erfolg, jedoch wird dadurch noch keine nachhaltige Problemlösung erzielt. Negative Eskalationen zeigen sich vor allem im Bereich der stationären Drogentherapie, wie aus diversen Rückfallquoten ersichtlich ist (vgl. ebd.: 319). Weitere wichtige Faktoren für einen gelingenden (Re-)Integrationsprozess sind die Erfahrungen von Sinn und Selbstwirksamkeit sowie Stabilitätsbedingungen, eine geregelte finanzielle Situation, tragfähige Beziehungen, eine Sicherheit vermittelnde Helferbeziehung, neu erworbene Bewältigungsstrategien, Verständnis sowie Kontrollgewinn über die eigene Lebenssituation (vgl. ebd.: 323f.).

Die Süchtigkeit wird meist der Person selbst zugerechnet, die Umgebung, welche zur Entwicklung der Erkrankung beiträgt, wird selten pathologisiert. Der/die suchtkranke Person wird [besonders häufig im Kontext der stationären Therapie] oft in die gleiche Umgebung entlassen, welche die Entstehung der Sucht überhaupt erst möglich gemacht hat (vgl. Bell 2015: 51), was als problematisch zu bewerten ist.

Sommerfeld et al. (2011: 342) merken kritisch an, dass die Soziale Arbeit diagnostische Verfahren benötige, welche in der Lage seien, die Komplexität des konkreten individuellen Lebensführungssystems zu erfassen und daraufhin notwendige Hilfen zu organisieren sowie den Prozessbogen aufzubauen. Bezugnehmend auf diese Kritik ist anzumerken, dass Diagnostikinstrumente Klinischer Sozialarbeit im Kontext des

Prozessbogens und des individuellen Lebensführungssystems von KlientInnen gut einsetzbar sind, was sich im empirischen Teil dieser Forschungsarbeit zeigt.

5 KOHÄRENZ & RESILIENZ

Die Literatur beschreibt Kohärenz als globale Orientierung (vgl. Antonovsky 1997: o. S.), sie beleuchtet generalisierte Widerstandsressourcen für die Bewältigung von Stressoren. Resilienz, als übergeordnetes System (vgl. Wellensiek 2011: 21), betrachtet protektive Einflussfaktoren im Kontext der Bewältigung schwieriger Lebensereignisse. Die nachstehenden Ausführungen zeigen auf, dass sich das Konzept und das Modell aufeinander beziehen und gemeinsame, verwandte Aspekte aufweisen. In der vorliegenden Arbeit werden die beiden in Bezug auf die Empirie als Gesamtes beleuchtet, da es, wie folgende Abbildung veranschaulicht, viele Gemeinsamkeiten gibt, wobei die inhaltlichen Schwerpunkte natürlich differenzieren. Die Erstellung der Interviewleitfäden sowie die inhaltliche Auswertung unterscheiden nicht zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Resilienzmodell, sondern verbinden die inhaltliche theoretische Fundierung sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten.

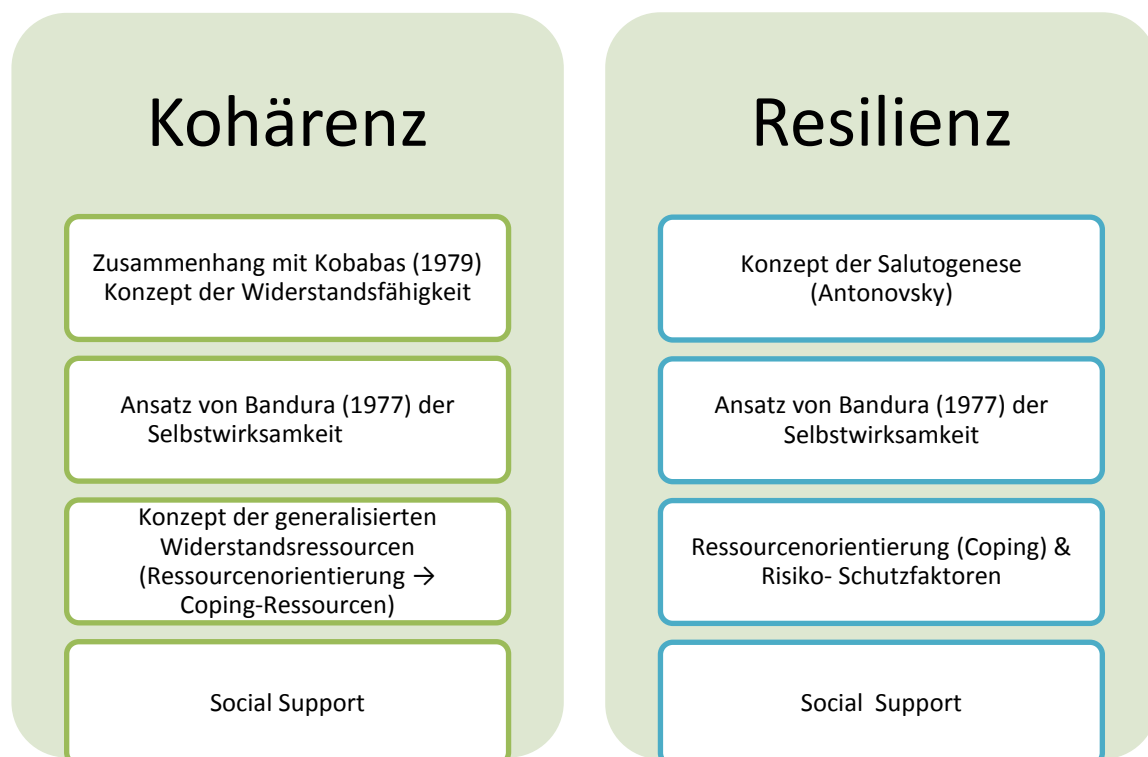


Abbildung 4: Gemeinsame/verwandte Modelle von Kohärenz und Resilienz – eigene Darstellung

5.1 Salutogenese

Antonovsky beschreibt, dass die salutogenetische Orientierung [als übergeordnetes Konzept], im Gegenteil zur pathologischen Orientierung, welche zu erklären versucht, warum Menschen krank werden, sich auf die Ursprünge von Gesundheit konzentriert und der Frage nachgeht, warum sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums bewegen (vgl. Antonovsky 1997: 15). Stressoren sind im menschlichen Leben omnipräsent. Trotz hoher Stressorenbelastung gibt es Menschen, die gut zurechtkommen. Die salutogenetische Orientierung versucht zu enträtseln, wie sich die Gesundheit von Menschen entwickelt. Durch die Konfrontation mit einem Stressor entsteht ein Spannungszustand, den eine Person unterschiedlich bewältigt. Als Antwort auf den Umgang mit Spannungszuständen formuliert Antonovsky (ebd.: 16) das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen, welche Phänomene darstellen, die zur Bekämpfung von Stressoren wirksam sind; hierzu zählen u. a. soziale Unterstützung, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität etc. Gesundheit und Krankheit betrachtet Antonovsky auf einem Kontinuum, dies wird durch folgende Aussage des Autors untermauert: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ (Antonovsky 1997: 23)

Die pathogene Orientierung geht davon aus, dass Krankheiten durch Erreger ausgelöst werden, dem entgegengesetzt veranlasst die salutogenetische Orientierung, dass über Faktoren nachgedacht werden soll, die zur Bewegung hin zum gesunden Ende des Kontinuums beitragen (vgl. ebd.: 25). Es wird nicht der Erreger, der eine spezielle Krankheit ausgelöst hat, betrachtet, sondern die Geschichte der Person. Dies verschafft die Möglichkeit einer adäquateren Diagnose und die Betrachtung des Menschen auf einem Kontinuum. Die Salutogenese sucht nach nützlichen Inputs für das soziale System [über einen rekonstruktiven Zugang eruierte Ressourcen], um dem immanenten Trend der Entropie entgegenzuwirken (vgl. ebd.: 27).

Antonovsky postuliert, dass eine Person eine eigene Position auf dem Kontinuum ab dem frühen Erwachsenenalter einnimmt. Radikale, dauerhafte Veränderungen der persönlichen Lebenssituation können die Position jedoch verändern (vgl. ebd.: 158).

Zusammenfassend wird unter der salutogenetischen Orientierung, welche argumentiert, dass Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie alle lebenden Organismen charakterisieren, Folgendes verstanden:

- sie lokalisiert den Menschen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und verwirft die dichotome Klassifizierung der Menschen als gesund bzw. krank,
- sie fokussiert das Suchen nach der gesamten Geschichte eines Menschen einschließlich seiner/ihrer Krankheit, im Gegensatz zur ausschließlichen Fokussierung auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit,
- sie konzentriert sich auf die Beleuchtung von Coping-Ressourcen anstelle von Stressoren, welche als allgegenwärtig betrachtet werden. Die Auflösung der Spannung, welche durch einen Stressor ausgelöst werden kann, kann auch in einem gesunden „Zustand“ enden (vgl. ebd.: 29f.).

5.1.1 Kohärenzgefühl (SOC)

Das Kohärenzgefühl (sense of coherence), [welches eng mit Kobasas⁴ Konzept der Widerstandsfähigkeit sowie Banduras Ansatz der Selbstwirksamkeit⁵ verbunden ist], bedeutet für die/den Einzelnen die Grundsicherheit bzw. Grundstimmung, innerlich zusammengehalten zu werden und nicht zu zerbrechen und des Weiteren auch äußere Unterstützung bzw. äußeren Halt zu finden (vgl. Schiffer 2007: 205). Antonovsky entwickelte das Konzept des Kohärenzgefühls, um der salutogenetischen Frage nachzugehen. Diesem ordnete er die generalisierten Widerstandsressourcen zu, welche es leichter machen, Stressoren, die dem Menschen fortlaufend begegnen, einen Sinn zu geben. Je mehr sinnhafte Erfahrungen, desto stärker entwickelt sich das Kohärenzgefühl. Dieses zentrale Konzept wird von ihm als

„(...) eine globale Orientierung definiert, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß [sic!] die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß [sic!] es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß [sic!] sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“ (Antonovsky 1997: 16)

Nachstehend werden die drei Komponenten des SOC – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit – angeführt:

- **Verstehbarkeit** (= der Kern): Bezieht sich auf das Ausmaß, inwiefern eine Person interne und externe Stressoren als sinnhaft wahrnimmt. Stressoren werden als geordnet, strukturiert und klar wahrgenommen und nicht chaotisch, willkürlich

⁴ Kobasa S. C. (1979): Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 37 (1). 1–11.

⁵ Bandura A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. & Bandura A. (1997): Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.

bzw. unerklärlich. Ein hohes Ausmaß an Verstehbarkeit bedeutet, dass zukünftige Stressoren vorhersehbar sind bzw. eingeordnet und erklärt werden können. Z. B. wenn Tod, Krieg oder auch Versagen eintritt, kann die Person sich das erklären.

- **Handhabbarkeit:** Bezieht sich auf das Ausmaß der Wahrnehmung von zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen und Stressoren. Hierzu zählen eigene kontrollierbare Ressourcen, sowie jene von legitimierte Anderen, denen vertraut wird, z. B. FreundInnen, EhepartnerIn etc. Personen mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit gehen davon aus, dass sie mit Stressoren umgehen können, und sehen sich selbst nicht in der Opferrolle.
- **Bedeutsamkeit** (das motivationale Element): Bezieht sich auf die Bewertung, die Ereignisse als Herausforderungen einschätzen und als wichtig genug anzusehen, um sich für sie zu engagieren und Emotionen in sie zu investieren. Das Leben wird als emotional sinnvoll empfunden. Zumindest einige der gestellten Probleme und Anforderungen im Leben sind es wert, dass Energie in sie investiert wird und dass sich eine Person dafür einsetzt. Betont wird hier vor allem der emotionale Aspekt (vgl. Antonovsky 1996: 34ff.).

Antonovsky geht davon aus, dass die drei Komponenten unauflöslich miteinander verwoben sind. Alle drei Komponenten sind essentiell, aber nicht in gleichem Ausmaß zentral. Laut dem Autor ist die motivationale Komponente (Bedeutsamkeit) am wichtigsten, da ohne sie das Ausmaß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nur von kurzer Dauer ist. ABER: ein erfolgreiches Coping hängt vom SOC als Ganzes ab (vgl. Antonovsky 1996: 36ff.). Im Sinne des SOC kann ein Sinnzuwachs dadurch entstehen, dass die Chance positiver Entwicklungen erkannt wird, wenn sich eine Person in einer Belastungssituation befindet (vgl. Mahler 2012: 45).

Stressoren bedingen, dass ein Spannungszustand aufgelöst wird, welcher aber auch als sinnvoll erachtet werden kann. Stressoren bringen Entropie in ein System, also eine Lebenserfahrung, die durch Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungen beschrieben ist (vgl. Antonovsky 1997: 43f.). In Bezug auf Lebenserfahrungen ist es wichtig, dass sie auch von uns mitentschieden und nicht nur durch fremdes Tun und fremde Entscheidungen beeinflusst werden (vgl. ebd.: 93):

„Wenn andere alles für uns entscheiden – wenn sie die Aufgaben stellen, die Regeln formulieren und die Ergebnisse managen – und wir in der Angelegenheit nichts zu sagen haben, werden wir zu Objekten reduziert. Eine Welt, die wir somit

als gleichgültig gegenüber unseren Handlungen erleben, wird schließlich eine Welt ohne jede Bedeutung.“ (Antonovsky 1997: 93)

Dieses Zitat verdeutlicht die Notwendigkeit der Miteinbeziehung der KlientInnen in gemeinsame Entscheidungen sowie diagnostische Prozesse (KlientIn als Ko-ProduzentIn).

Bezugnehmend auf die Unterstützung durch professionelle HelferInnen im Kontext des SOC geht Antonovsky davon aus, dass Begegnungen innerhalb einer professionellen Beziehung [Betreuung, Beratung etc.] dazu führen können, dass der SOC-Wert eines Menschen ansteigt. Den Menschen kann ermöglicht werden, ihre Erfahrungen neu zu interpretieren, und es können ihnen SOC-verbessernde Erfahrungen angeboten werden [z. B.: Ressourcen ausfindig machen] (vgl. ebd.: 119).

Die Grenzen des Kohärenzgefühls können, bezugnehmend auf das individuelle Lebensführungssystem und auf die stationäre Therapie, hergestellt werden.

Personen, die ein starkes SOC aufweisen, betrachten die umgebende objektive Welt als kohärent. Menschen ziehen jedoch Grenzen, was bedeutet, dass die Welt außerhalb der gezogenen Grenzen nicht mehr als gleichsam wichtig erachtet und teilweise ausgeblendet wird. Jede Person zieht die Grenze anders. Wenn die Grenzen zu eng gezogen werden (v. a. in Bezug auf die eigenen Gefühle, die wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen wie z. B. Konflikte, Isolation oder auch Tod sowie unmittelbare interpersonelle Beziehungen), dann ist es kaum möglich, ein starkes SOC aufrechtzuerhalten (vgl. Antonovsky 1997: 39).

5.1.2 Affektu-sensumotorische Vorerfahrungen

Wenn KlientInnen über wenige affektu-sensumotorische Vorerfahrungen verfügen (=leibhaftige Welterfahrung mit allen Sinnen, Gefühlen und auch Bewegungssinnen), dann sind sie, um etwas zu spüren, auf aktuelle Außenreize angewiesen. Z. B. dient die Nahrungsaufnahme nur mehr dazu, dass wir uns spüren, und nicht mehr allein der Sättigung. Dieses Schema ist zu vergleichen mit diversen anderen Unternehmungen, die intensive Außenreize mit sich bringen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Genuss legaler und illegaler Suchtmittel (vgl. Schiffer 2007: 202f.). Auch Mahler (2012: 63f.) deutet darauf hin, dass Risikokonsum bzw. Risikoverhalten im Kontext der Sensationssuche stünden.

Aus einer salutogenetischen Perspektive heraus betrachtet bedeutet dies: je mehr affektu-sensumotorische Vorerfahrungen zuvor spielerisch gemacht wurden, desto

lebendiger ist die Phantasie und umso reicher das Innenleben eines Menschen. Um etwas zu erleben, bedarf es keiner ständigen neuen äußeren Reize und Sensationen. KlientInnen verfügen über eine lebendige Phantasie, da sie sich das, was sie für ihr Vergnügen brauchen, selbst „zaubern“ können (vgl. Schiffer 2007: 202f.).

Wenn der Eigensinn im schöpferischen Gestalten und die Eigendarstellungsweise nicht geachtet werden, dann können daraus Beschämungen resultieren. Auf Dauer kann aus den Beschämungen Selbstverachtung entstehen und diese kann sich durch Rauschmittel lösen. Deshalb muss Beschämung präventiv vermieden werden, und aus salutogenetischer Perspektive ein starkes Selbstwertgefühl gefördert werden, damit das Rauschmittel nicht dazu benötigt wird, sich bzgl. des Selbstwert- bzw. des Selbstunwertgefühls zu verändern (vgl. Schiffer 2007: 211).

5.2 Resilienz

Der Terminus „Resilienz“ kommt ursprünglich aus dem Lateinischen („resilire“) und bedeutet so viel wie „zurückspringen“ oder „abprallen“. Im deutschsprachigen Raum liegt keine eindeutige Definition des Terminus vor, er wird daher als Synonym für Widerstandsfähigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit verwendet. Ferner bezeichnet Resilienz die Toleranz gegenüber von innen oder außen kommenden Störungen. Ein resilientes System ist in der Lage, Irritationen auszugleichen oder zu ertragen, ohne dabei die Aufrechterhaltung der eigenen Integrität zu verlieren (vgl. Wellensiek 2011: 18). Resilienz ist auch ein Begriff, welcher aus der Physik stammt, und in diesem Zusammenhang beschreibt er ein Material, welches nach einem Belastungszustand schnell in seinen Ursprungszustand zurückkehrt. Im Kontext der Gesundheits- und Stressforschung beleuchtet die Resilienzforschung Ursachen für das Gesundbleiben von Menschen trotz ungünstiger Bedingungen im Vergleich zu erkrankten Menschen unter vergleichbaren Bedingungen (vgl. Rummel 2010: 12). Wolter (2005: 229) konstatiert, dass Resilienz in allen Lebensphasen erworben bzw. eingeübt werden kann. Da soziale Systeme als vulnerabel und jederzeit störfähig betrachtet werden und Krisen im Sinne von Brüchen im Leben eines Menschen nie ausgeschlossen werden können, ist das Anknüpfen an Resilienzpotentiale von großer Bedeutung (vgl. Bonß 2015: 21). Bei Resilienz handelt es sich um ein Phänomen, welches in der Theorie nicht leicht zu fassen ist und auch noch nicht ausreichend erforscht ist (vgl. Zander 2009: 12). Das Verständnis der Resilienz geht jedoch über diese Definitionen hinaus: Resilienz versteht sich als

übergeordnetes System, da sie äußere Faktoren, sowie die Interaktion von Mensch und Umwelt, integriert (vgl. Wellensiek 2011: 21).

Das Leben in der Risikogesellschaft (Beck 1986)⁶ verlangt vom Individuum, dass es sich auf rapide wechselnde Verhältnisse einzustellen vermag und subjektive Unsicherheiten auch verkraften kann (postindustrielle Flexibilität) (vgl. Mahler 2012: 47). Soziale Lernprozesse tragen zur internalen Verarbeitung von protektiven Faktoren bei und somit auch zur Ausbildung von Resilienz (vgl. Mahler 2012: 37). Internalisierte Werte, die stabilisierende Erfahrungen einordnen können und somit den Sinnzusammenhang aufrechterhalten, deuten auf die Sinnkohärenz [Dimension Bedeutsamkeit des Kohärenzgefühls] hin, welche ebenfalls als Wirkfaktor für Resilienz steht – menschliches Handeln ist wertgeleitetes Handeln (vgl. Mahler 2012: 41). Die Möglichkeit, Widerstandskraft zu erlernen, bedarf folgender Eigenschaften: Beziehungsfähigkeit, Hoffnung, Selbstständigkeit, Phantasie, Kreativität, Unabhängigkeit, Humor, Entschlossenheit, Einsicht, Mut und Reflexion (vgl. Wolter 2005: 300f.).

5.2.1 Resilienzforschung

Seit Mitte des. 20. Jahrhunderts richtet die Psychologieforschung den Fokus auf die negativen Einflüsse von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren (Armut, Hunger, Gewalt, Traumatisierung, Unfälle, Krankheit, Scheidung, etc.). Bisher ging die Forschung davon aus, dass sich psychosoziale Risikofaktoren nachteilig auf die Entwicklung des Menschen auswirken. Im Gegensatz dazu interessiert sich das Resilienz-Modell für eine positive Entwicklung und die Ausbildung des Selbstbewusstseins trotz Krisen und Überforderungen. Darauf beziehend lieferte die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy E. Werner einen wichtigen Beitrag. In einer Längsschnittstudie begleitete sie über 40 Jahre lang die Entwicklung von ca. 700 Kindern, welche 1955 in Kauai in Hawaii geboren wurden. Hierbei wurden die biologischen und psychosozialen Risiko- und Stressfaktoren sowie die Schutzfaktoren (Ressourcen der Person und der Umwelt) betrachtet.⁷ Im Zuge dieser Forschung wurden die Kinder erstmals in der pränatalen Entwicklungsperiode (vor der Geburt) sowie im Alter von ein, zwei, zehn, 18, 32 und 40 Jahren nochmals untersucht. 210 der untersuchten Kinder wuchsen unter sozial schwierigen Bedingungen auf (chronische Armut, Krankheit,

⁶ Erstmals erschienen in Beck Ulrich (1986): Risikogesellschaft – auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.

⁷ Zur Vertiefung siehe den Originalbeitrag von Emmy E. Werner et al. (2001): Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. Ithaca (NY): Cornell University Press.

Scheidung der Eltern etc.). Trotz dieser Bedingungen zeigte 1/3 der Kinder während des Untersuchungszeitraums keine Verhaltensauffälligkeiten (weder straffällig noch Schul- oder Drogenprobleme) (vgl. Wellensiek 2011: 18f.). In dieser Gruppe traten im Alter von 40 Jahren die wenigsten Todesfälle und Gesundheitsprobleme auf. Folgende Einflussfaktoren, welche das Risiko von psychosozialen Störungen bzw. Erkrankungen mildern, konnten durch die Längsschnittstudie entdeckt werden: → angeborene Eigenschaften des Individuums, → Fähigkeiten, die der/die Einzelne in Interaktion mit seiner/ihrer Umwelt entfaltet und → umgebungsbezogene Faktoren. Demnach ist Resilienz keine Eigenschaft, welche ein Mensch von Natur aus mitbringt. Resilienten Menschen ist es möglich, die eigenen Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen proaktiv zu gestalten [ähnlich dem Ansatz von Bandura⁸ zur Selbstwirksamkeit] und positiv auszulegen. Des Weiteren können unterstützende Faktoren erkannt und gezielt genutzt werden. Resilienz bedeutet demnach einen wechselseitigen Austausch zwischen Mensch und Umwelt sowie die Aktivierung von inneren und äußeren Ressourcen (vgl. ebd.: 19f.). Der Fokus der Resilienzforschung liegt aktuell auf den positiven Einflüssen der individuellen Entwicklung und auf der Bewältigung von erfahrenen Benachteiligungen oder existenziellen Bedrohungen. Der Blick wird auf protektive Faktoren gerichtet, welche trotz belastender Situationen/Bedingungen zu einer stabilen Entwicklung beitragen. Die protektiven Aspekte des Sozialen sind ebenso wie die psychischen Komponenten des Konstruktes als dynamisch und wandelbar zu verstehen (vgl. Gabriel 2011: 1241).

Die Ausbildung von Resilienz sowie die Auswirkungen von sozialer Benachteiligung sollten individuumsbezogen verstanden werden und sind so zu analysieren. Dies erfolgt insbesondere auf der Makroebene sozialer Systeme. Resilienz erzeugt das Individuum nicht aus sich selbst heraus, sondern sie ist ohne unterstützende Interaktion im Sozialen nicht zu denken. Resilienzforschung kann empirisch belegen, dass trotz ungünstiger Entwicklungsbedingungen gelungene Biografien möglich sind. Die Frage nach Qualität und Quantität von Netzwerken ist als Faktor für die Herausbildung von Resilienz mit zu betrachten. Es ist somit bedeutsam, neben der genetischen Disposition (biologische Determinanten) und der psychischen Ebene den sozialen Kontext einzubeziehen (vgl. ebd.: 1243f.). Zukünftig sollte es zu einer Konzentration auf entwicklungsfördernde Einflüsse kommen, um den inhärenten Konzentrationen auf Abweichungen und Defiziten entgegenzuwirken, da diese zu unzulässigen Pathologisierungen der KlientInnen führen

⁸ Bandura A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. & Bandura A. (1997): Self-efficacy. The exercise of control. New York: Freeman.

können, welche sich, aufgrund der Zumutungen ihrer Umwelt, als vulnerabel zeigen (vgl. ebd.: 1245).

5.2.2 Resilienzförderung

Es stellt sich die Frage, ob sich Resilienzförderung in bereits bestehende Konzepte der (Klinischen) Sozialarbeit integrieren lässt, wie vor allem Ressourcenorientierung bzw. Empowerment, oder ob es sich hierbei um einen neuen Ansatz handelt. Zander (2009: 12) postuliert, dass es sich hierbei, bezogen auf spezifische Zielgruppen, um ein neues Arbeitskonzept handele. Der Akzent wird hierbei auf eine Herangehensweise gesetzt, welche die Stärken von Personen hervorhebt, die sozialen und personalen Ressourcen. Der Fokus liegt auf der Sichtweise, dass es Menschen aufgrund ihrer eigenen Kraft (interne Schutzfaktoren) und äußeren Unterstützung (externe Schutzfaktoren) möglich ist, trotz schwieriger und belastender Lebenssituationen ihre Integrität zu bewältigen/bewahren. Eine Studie von Mahler (2012) zur Erhebung konzeptioneller risiko- und resilienzorientierter Förder- bzw. Behandlungsplanung in der stationären Drogenhilfe arbeitet die Wichtigkeit der Ressourcenorientierung im Kontext der Resilienzförderung in der stationären Suchttherapie heraus.

Die Problemlösungsfähigkeit der KlientInnen ist geprägt von der Verarbeitung unterschiedlicher Erfahrungen und Einflüsse im Leben (risikohafte vs. protektive Faktoren) eines menschlichen Entwicklungsgeschehens, die entweder als Herausforderung oder Stärkung wahrgenommen werden. Im Sinne des Aufbaus und der Aktivierung von vorhandenen Kompetenzstrukturen sollten resilienzorientierte Interventionen, also kontinuierliche Verfahren [siehe Kapitel 8], eingesetzt werden (vgl. Mahler 2012: 15f.). Mahler (2012: 33) spricht der sozialen Unterstützung im Kontext der Resilienzförderung eine große Bedeutung zu. Die Unterstützung durch soziale Kontakte, im Sinne protektiver Faktoren, trägt zur Herausbildung der komplexen Widerstandsfähigkeit, des selbstwirksamen Empowerments, bei. Zur Resilienzförderung zählt auch, einem Individuum eine von Permanenz inhärente Lebenserfahrung (darunter fällt z. B. der Beitritt zu einem Fußballverein) zu ermöglichen, welche von Stabilität geprägt ist (vgl. Mahler 2012: 48).

Durch die Resilienzforschung wurden notwendige Fähigkeiten für den Resilienzfaktor herausgearbeitet, welche einem Menschen helfen, sich trotz Bedrohungen, gesundheitlicher, familiärer, beruflicher oder finanzieller Probleme, tragischer Ereignisse etc. zu regenerieren. Folgende Grafik veranschaulicht die herausgearbeiteten Fähigkeiten (vgl. Rampe 2014: 14ff.):



Abbildung 5: 7 Säulen der Resilienz – eigene Darstellung

6 SOZIALTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN KLINISCHER SOZIALARBEIT

Dieses Kapitel bietet einen grundlegenden, sehr kurz zusammengefassten Überblick über sozialtherapeutische Interventionen Klinischer Sozialarbeit, deren Bedeutung und Komplexität nur annähernd nachgegangen werden kann. Der Bezug zu den Interventionsmöglichkeiten wird im empirischen Teil der vorliegenden Masterthesis (Kap. 8) hergestellt.

„Je schwerer und chronischer die Störung, desto wichtiger sind Bodenhaftung und psychosozialer Alltagsbezug im Sinne Klinischer Sozialarbeit.“ (Wallroth 2013: 5)

Gahleitner definiert Klinische Sozialarbeit als beratende und behandelnde Sozialarbeit, welche den Fokus auf konstruktive Veränderungsimpulse für Individuen im Kontext der Umfeld- und Lebensbedingungen richtet. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der Unterstützung von KlientInnen in Multiproblemsituationen. Suchtarbeit gehört zu den ursprünglichen Aufgabenstellungen Sozialer Arbeit, welche eine Spezialisierung auf „hard-to-reach“ KlientInnen voraussetzt. Hierbei ist vor allem der Fokus auf Inklusionsprozesse erforderlich (vgl. Gahleitner 2008: 17). Die Klinische Sozialarbeit geht, ebenso wie die Suchthilfe, von einem biopsychosozialen Grundverständnis von Krankheit, Störung, Gesundheit sowie Behinderung aus und legt den Fokus auf psychosoziale Diagnostik und im Kontext der Lebenswelt der Betroffenen auch auf Beratung und Behandlung. „Klinisch“ betont in diesem Zusammenhang den direkten Kontakt mit KlientInnen in einem sozialtherapeutischen Kontext (vgl. Leune 2013: 15). Im Hinblick auf die Klientenzentrierung⁹ als grundsätzliche Perspektive der Klinischen Sozialarbeit, bezugnehmend auf die Begegnungssituationen mit KlientInnen, umfasst die psychosoziale Behandlung differenzielle Strategien und Methoden zur Veränderung von Lebensweisen und Lebenslagen von KlientInnen. Zu den Grundformen der Behandlung zählen unter anderem die psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, Krisenintervention, soziale Prävention/Rehabilitation sowie die psychosoziale Diagnostik. (vgl. Pauls 2013: 191ff.). Verlaufs- und Vergleichsdiagnostik werden im Suchtbereich als wichtige Motivationsfaktoren in der Behandlung gesehen [Zielerreichungsanalyse]. Diagnostik, [welche polyvalent wirksam ist], ist nicht nur die Voraussetzung für eine Intervention, sondern im selben Moment eine bereits vollzogene Intervention. Durch die Einbeziehung

⁹ Rogers Carl R. (2000): Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus Sicht eines Therapeuten. 13. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

der KlientInnen in den diagnostischen Prozess wird ihnen verdeutlicht, dass sie auch Ressourcen und Hilfen haben, auf die sie zurückgreifen können. Im gesamten Vorgehen ist die dialogische Erarbeitung der psychosozialen Diagnose mit den KlientInnen ein zentraler Aspekt (vgl. Gahleitner 2008: 20).

Die gesetzten Interventionen Klinischer Sozialarbeit beziehen sich perspektivistisch auf das Hintergrundwissen, dass Krisen, Störungen und Krankheiten durch das Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entstehen und sich diese drei Ebenen gegenseitig beeinflussen.

Das biopsychosoziale Modell, welches sich ab den 1970er-Jahren etablierte¹⁰, bedarf nach Pauls (2014: 112) einem disziplinübergreifenden Verständnis und Handlungswissen. Die professionelle Positionierung und ein integratives Arbeiten sind im Kontext der Klinischen Sozialarbeit essentiell, ebenso die Anwendung eines multidimensionalen Verständnisses hinsichtlich aller drei Komponenten.

Vor dem Hintergrund jeder Intervention stellt die Gesprächsführungskompetenz eine zentrale Komponente dar. Aus der Suchtarbeit entstanden ist die motivierende Gesprächsführung.¹¹ Krisengespräche, Konfliktgespräche, Kritik- und Konfrontationsgespräche sowie auch Schlechte-Nachrichten-Gespräche¹² zählen u. a. ebenfalls zum Alltag Klinischer SozialarbeiterInnen in der stationären Suchttherapie.

Aufgrund der vielfältigen psychosozialen Problemlagen, Gesundheitsprobleme und psychischen Störungen des Klientel (z. B. in einer therapeutischen Gemeinschaft der Suchttherapie, wo die Sozialtherapie eine bedeutende Position errungen hat) sind sozialtherapeutische Kompetenzen (es bedarf v. a. einer komplexeren Kommunikation: vgl. Pauls 2013: 294). Voraussetzung für die Professionellen, da sie sonst an die Grenzen ihres beruflichen Handelns stoßen (vgl. Pauls, Hahn 2015: 32f.). Die Fähigkeit, mit der Multiproblemlage eines Falles umzugehen, insbesondere mit den biopsychosozialen Verknüpfungen, nennen Pauls und Reicherts (2014: 5) als zentrale Kernkompetenz von sozialtherapeutisch beratenden Fachkräften. Durch ihre „sozialtherapeutisch-beratend-begleitend-intervenierende Methodologie“ (Pauls 2013: 290f.) schließt die Klinische Sozialarbeit die Lücke zwischen traditioneller Sozialarbeit und Psychotherapie.

¹⁰ Engel G. L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 8. April 1977, 196(4286), 129-136. & Engel G. L. (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*. 137(5). 535-544.

¹¹ Miller W.R., Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd edition). New York: Guilford. & Körkel Joachim, Drinkmann Arno (2002): Wie motiviert man „unmotivierte“ Klienten? In: *sozialmagazin*. 27. Jg., Nr. 10. 26-34.

¹² Widulle Wolfgang (2012): *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen*. 2. durchgesehene Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag

7 DATENERHEBUNG – METHODISCHES VORGEHEN

Für diese wissenschaftliche Arbeit wird ein qualitatives Forschungsdesign, die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Kap. 7.3), gewählt. Ein quantitatives Design erscheint aufgrund der noch unerforschten Thematik im Kontext der Klinischen Sozialarbeit für die Beantwortung der Forschungsfragen inadäquat, da die Erzählungen und in diesem Zusammenhang das explizite Nachfragen der InterviewpartnerInnen eine bessere Interpretation und Vertiefung zulassen. Die Fragestellung resultiert aus dem Interesse, sozialtherapeutische Interventionen für den Auf- und Ausbau resilienter und kohärenter Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen in die einzelfallorientierte klinisch-sozialarbeiterische Praxis der stationären Langzeitsuchttherapie vermehrt zu integrieren. Die bisherige Literatur zur Kohärenz und Resilienz stellt keine Verbindung zur Klinischen Sozialarbeit, insbesondere in Bezug auf sozialtherapeutische Interventionen, her. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird ein theoriengeleiteter Leitfaden, welcher vorab die Erstellung von Kategorien zuließ, erstellt, und die InterviewpartnerInnen dazu anregt, über bisherige Handlungen, Empfindungen, Situationsbewältigungen und eigene biografische Erfahrungen zu berichten. In diesem Zusammenhang ist es nun von Interesse, ob die Erfahrungen suchtkranker KlientInnen ähnlich sind; vor allem, inwieweit Resilienz und Kohärenz beeinflusst, aber auch auf- und ausgebaut werden können und wie sich dies auf den Umgang mit dem individuellen Lebensführungssystem auswirkt.

7.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Forschungsfeld resultiert aus der Tätigkeit als Sozialarbeiterin und Betreuerin in der beforschten Einrichtung, einer Langzeittherapieeinrichtung für suchtkranke Menschen. Der Einrichtungsleiter erhielt einen Auszug aus dem Exposé und sprach, mit Verweis auf die Einhaltung der Anonymität, bereits im Mai 2015 die Forschungserlaubnis aus. Die Zielgruppe der Forschungsarbeit sind KlientInnen, welche für 6 bis 12 Monate in der oben genannten Einrichtung wohnhaft sind. Das Klientel weist größtenteils Komorbiditäten (v.a. Persönlichkeitsstörungen) sowie einen polytoxikomanen Substanzkonsum (medikamenten-, alkohol- sowie drogenabhängig und/oder spiel- und kaufsüchtig) auf. Das Auswahlkriterium der InterviewpartnerInnen betrifft die Dauer des Aufenthaltes in der Therapiestation. Es wurden ausschließlich KlientInnen befragt, welche sich seit mehr als 12 Wochen in stationärer Therapie befinden, da sich einige Fragen aus dem Leitfaden auf die Entwicklung seit Therapiebeginn beziehen und eine kürzere

Aufenthaltsdauer die Ergebnisse beeinflusst hätte. Im Hinblick auf die Erreichung der theoretischen Sättigung wurden nicht mehr als 10 Leitfadeninterviews durchgeführt.

7.2 Durchführung der Interviews

Die Leitfadeninterviews mit den KlientInnen fanden im Zeitraum zwischen November 2015 und Jänner 2016 im Therapiezimmer der Einrichtung statt. Die KlientInnen, welche sich freiwillig zur Verfügung stellten, wurden über das Forschungsthema aufgeklärt und auf die Verschwiegenheit seitens der Forscherin aufmerksam gemacht, um möglichen Ergebnisverfälschungen vorzubeugen und Unsicherheiten entgegenzusteuern.

Aufgrund der Doppelrolle als Betreuerin und als Forscherin kam es zu auftretenden Problemen, die vor allem die „soziale Erwünschtheit“ der Antworten betreffen. Es kam vor, dass die KlientInnen die Fragen nicht vollständig beantwortet haben (es wurden Informationen ausgelassen), obwohl die Forscherin aufgrund der Betreuungstätigkeit schon Hintergrundwissen zu bestimmten Themen, welche den Leitfaden betreffen, hatte. Womöglich betrifft dies die Angst vor der Aufzeichnung des Tonmaterials. Eine positive Erfahrung stellte dar, dass viele KlientInnen mehr über ihre Erfahrungen sprachen und sich die Forscherin somit mehr Wissen bezüglich ihres Lebensführungssystems aneignen konnte, wobei dies im Betreuungsalltag, den KollegInnen gegenüber, nicht erwähnt wurde, um die Verschwiegenheit, welche vor jedem Interview besprochen wurde, zu gewähren. Vereinzelt gaben die KlientInnen nach den Gesprächen an, dass sie das Interview sehr zum Nachdenken angeregt habe, und sie sich wünschten, dass auch in den Einzelgesprächen (Bezugsbetreuung) eine intensive Auseinandersetzung, ähnlich der Fragestellungen innerhalb des Interviews, stattfände.

7.3 Auswertungsverfahren: qualitative Inhaltsanalyse

Als Auswertungsverfahren wurde die qualitative Inhaltsanalyse mit zusammenfassender deduktiver Kategorienbildung nach Mayring herangezogen.

Zusammenfassend möchte Inhaltsanalyse:

- „Kommunikation analysieren,
- fixierte Kommunikation analysieren,
- dabei systematisch vorgehen,
- dabei also regelgeleitet vorgehen,

- dabei auch theoriegeleitet vorgehen,
- das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.“ (Ebd.:13)

Die Inhaltsanalyse knüpft an alltägliche Prozesse des Verstehens und des Interpretierens von sprachlichem Material an, dabei kommt es zur Übernahme der Perspektive des/der Anderen (vgl. ebd. 38).

Mayring (2015: 67) fasst drei Grundformen des Interpretierens zusammen:

- Zusammenfassung: Ziel = Reduzierung des Materials, wesentliche Inhalte müssen erhalten bleiben, durch Abstraktion wird ein überschaubares Abbild des Grundmaterials geschaffen.
- Explikation: Ziel = einzelne fragliche Textteilen durch zusätzliches Material ergänzen. Das Verständnis soll erweitert werden. Textstelle erläutern, erklären + ausdeuten (besonders interessante Stücke genauer ansehen).
- Strukturierung: Ziel = bestimmte Aspekte aus Material herausfiltern (Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen).

Zu Beginn des Ablaufs sollen Analyseeinheiten festgelegt werden, im Zentrum steht hierbei immer die Entwicklung eines Kategoriensystems. Diese Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt. Sie werden während der Analyse überarbeitet und rückgeprüft (vgl. Mayring 2015: 61). Die deduktive (strukturierende) Kategorienerstellung bezieht sich auf vorab bereits formulierte Theoriekonzepte und darin enthaltene theoretische Überlegungen (vgl. Mayring 2015: 85). Daraus ergibt sich das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell, welches nachfolgend illustriert wird. Die Kategorienbildung dieser Masterthesis nimmt vorab Bezug zu theoretischen Annahmen des Resilienzmodells und des Kohärenzgefühls.

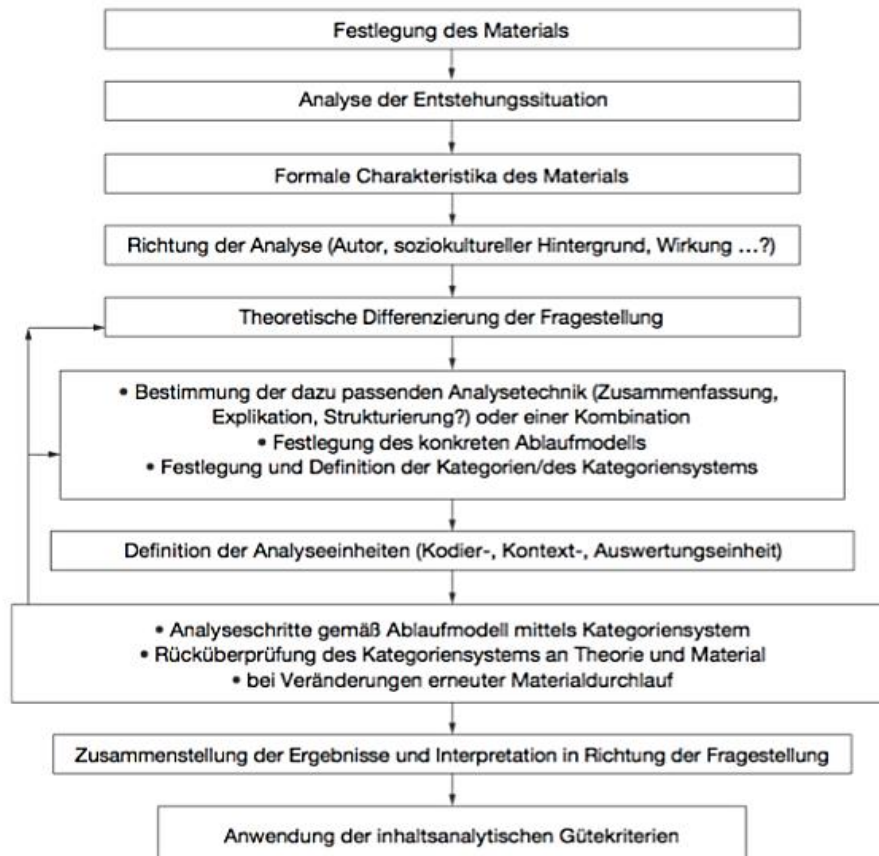


Abbildung 6: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2015:62)

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse reduziert das Material bereits bei der Transkription oder Datenaufbereitung bei der Paraphrasierung, z. B. durch die Auslassung bedeutungsloser Aussagen. Das Interesse gilt der Inhaltsebene des Materials, es wird ein überschaubarer Kurztext benötigt. Der Zuordnungsprozess von Kategorien zu Textstellen bzw. umgekehrt bleibt interpretativ (vgl. Mayring, Gahleitner 2010: 296). Mayring (2015: 63f.) beschreibt den Ablauf wie folgt:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Kodiereinheiten müssen paraphrasiert werden (in knapper, sich auf den Inhalt beschränkender, beschreibender Form)
3. Sammlung von Ankerbeispielen zu den einzelnen Ausprägungen aus der Studie
4. Abstraktionsniveau: Generalisierung der Paraphrasen (evtl. Hinzuziehen von Theorie). Ausstreichen und Selektion von unwichtigen Paraphrasen. Kategorien überprüfen (vgl. Mayring 2015: 63-71).

Ein exemplarischer Auszug einer Auswertungskategorie (Subkategorie „vergangene risikohafte Einflussfaktoren in Bezug auf die Suchterkrankung“) befindet sich im Anhang (Kap. 13.3). Das Hinzuziehen der Literatur sowie eine zweite Reduktion des

Textmaterials erfolgten erst bei der Darstellung und Interpretation der Ergebnisse (Kap. 8).

7.4 Aufbereitungsverfahren: wörtliche Transkription

Die Leitfadeninterviews wurden mit Tonband aufgenommen und daraufhin in hochdeutscher Form transkribiert (ein Auszug befindet sich im Anhang – Kap. 13.2). Dabei orientierte sich die Verfasserin, in Anlehnung an Mayring (vgl. 2015: 57), an folgender Transkriptionsanweisung:

- vollständiges und wörtliches transkribieren
- „Äh“ und Ähnliches wird weggelassen, der Inhalt steht im Vordergrund
- Dialektfärbungen werden eingedeutscht
- bei Unklarheiten oder Unverstandenen werden Punkte eingefügt (...)
- bei Pausen werden Gedankenstriche (-) verwendet. Bei längeren Pausen mehrere Gedankenstriche, wobei der Grund der Pause angegeben wird, wenn er ersichtlich ist
- Auffälligkeiten wie Lachen, Räuspern oder Ähnliches wird in Klammern angeführt
- nonverbale Merkmale, die für das inhaltliche Verständnis wichtig sind, werden ebenso in Klammern angegeben (Mhm = zustimmen)

Innerhalb der Transkriptionen werden zusätzliche Kontextinformationen in Klammern angeführt.

7.5 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Die Anzahl der Frauen beläuft sich auf eine Person, dies spiegelt auch die proportional größere Zahl von Männern in stationären Therapieeinrichtungen wider. Es sollen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede herausgearbeitet werden, weshalb auf die Verteilung des Geschlechtes kein Fokus gelegt wurde.

Informationen über die soziodemografischen Daten werden aus den Leitfadeninterviews entnommen. Aus dem Akt wurden folgende Informationen herangezogen: Alter, Dauer des Aufenthalts in der Therapiestation, Diagnosen sowie Substitutionsmittel bzw. Medikamenteneinnahme.

Die Gesamtanzahl (=10) der befragten KlientInnen, über welche Aussagen getätigt werden, wird nachstehend definiert. Die Anschaulichkeit des Materials steht im

Vordergrund, sie kann nicht als repräsentativ gelten. Im Einzelnen handelt es sich um 9 Klienten sowie eine Klientin im Alter zwischen 22 und 47 Jahren. Die Dauer des Aufenthaltes beläuft sich auf drei bis 10 Monate, wobei zwei Klienten bereits, aufgrund einer zwischenzeitlichen Suspendierung, ihren zweiten Aufenthalt in der Einrichtung absolvieren. Für mehr als die Hälfte der KlientInnen stellt dies den ersten Therapieaufenthalt dar. Der Großteil der InterviewpartnerInnen ist, aufgrund von richterlichen Weisungen (Zwangskontext) bzw. dem Anraten der Familie oder Freunden, fremdmotiviert in der Einrichtung. Viele der KlientInnen weisen Komorbiditäten auf, welche bereits vor der stationären Therapie diagnostiziert oder im Kontext der Eingangsdagnostik in der Einrichtung festgestellt wurden. Knapp die Hälfte der Personen ist substituiert, bis auf eine Person erhalten die KlientInnen größtenteils Antidepressiva sowie Medikamente zur Beruhigung innerer Spannungszustände. Vereinzelt gibt es KlientInnen, die Kinder haben, keine der befragten Personen lebt aktuell in einer Partnerschaft oder Ehe. Die Dauer des Konsums legaler/illegaler Substanzen beläuft sich unterschiedlich auf vier bis 30 Jahre, wobei mehr als die Hälfte der Befragten für den Zeitraum des Konsums keine drogenfreien Zeiten angeben. Die überwiegende Mehrheit der KlientInnen gibt eine Leitdroge an, wobei es vereinzelt vorkommt, dass mehrere Substanzen konsumiert wurden (Polytoxikomanie). Knapp die Hälfte hat vor dem Eintritt in die Therapiestation einen Beruf ausgeübt, größtenteils haben die KlientInnen höchstens die Berufsschule abgeschlossen. Einige beziehen ihr Einkommen durch die Notstandshilfe (AMS), vereinzelt wird Rehabilitationsgeld bezogen, lediglich eine Person verfügt über kein Einkommen und knapp die Hälfte hat Schulden. Fast alle KlientInnen haben außerhalb der Therapiestation eine Wohnmöglichkeit bei der Familie, wobei vereinzelt eine eigens finanzierte bzw. keine weitere Wohnmöglichkeit vorhanden ist.

	Klient A	Klient B	Klient C	Klient D	Klient E	Klient F	Klient G	Klient H	Klientin I	Klient J
Alter	24 J.	31 J.	33 J.	47 J.	23 J.	33 J.	28 J.	22 J.	33 J.	28 J.
Aufenthalt Therapie-station	seit 6 M.	seit 4 M.(mit ca. 3 M. Unterbrechung)	seit 5 M.	seit 4 M.	seit 6 ½ M. (ca.2 M. Unterbrechung)	4 M.	10 M.	5 ½ M.	8 M.	3 M.
vorherige Therapie-aufenthalte	Nein	Drei	Nein	Zwei	Nein	Vier	Nein	Nein	Nein	Einen
Grund Therapie-entscheidung	Fremd-motivation (Familie + Freunde)	Fremd-motivation (Weisung) + Selbst-motivation	Fremd-motivation (Weisung)	Eigen-motivation	Fremd-motivation (Weisung) + Eigen-motivation	Eigen-motivation	Eigen-motivation	Fremd-motivation (Arzt) + Eigen-motivation	Eigen-motivation + Fremd-motivation (Familie, Freunde)	Fremd-motivation (Weisung + Freunde)
Diagnosen	Stimulantien-missbrauch, mittelgradig depressive Episode	multipler Substanz-gebrauch, kombinierte Persönlich-keitsstörung	Medika-menten-abhängigkeit mittelgradig depressive Episode	Alkohol-abhängigkeit	Opiat-abhängigkeit antisoziale Persönlich-keitsstörung	Opiat-abhängigkeit Benzo-diazepin-Abhängigkeit	Stimulantien-missbrauch, mittel-gradig depressive Episode	Opiat- und Benzo-diazepin-abhängigkeit	Alkohol-abhängigkeit	Opiat-abhängigkeit mittel-gradig depressive Episode
Substitution/ Medikamente	Concerta Wellbutrin XR	Buprenor-phin Quetialan Pantoloc Motilium	Nein	Lyrika Diclovit	Buprenor-phin Truxal	L-Polamidon Atarax Truxal	Zymbalta	L-Polamidon Wellbutrin XR	Ritalin Truxal	Methadon Wellbutrin XR
Kinder	Nein	Nein	Nein	Ja (zwei Buben)	Nein	Ja (ein Mädchen)	Nein	Nein	Nein	Nein
Partnerschaft/ Ehe	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Dauer Konsum + drogenfreie Zeiten	7 Jahre. Eine Woche drogenfrei	18 Jahre. Drogenfreie Zeiten im Gefängnis	7 Jahre. Keine drogenfreien Zeiten.	30 Jahre. Die letzten 10 Jahre keine drogenfreien Zeiten	7 Jahre. Drogenfreie Zeiten (1 J. + 6 M.)	20 Jahre. Keine drogenfreien Zeiten	10 Jahre. Drogenfreie Zeit max. ein halbes J.	4-5 Jahre. Keine drogenfreien Zeiten	19 Jahre. Keine drogenfreien Zeiten	11 Jahre. Bis zu drei Monate drogenfreie Zeit

	Klient A	Klient B	Klient C	Klient D	Klient E	Klient F	Klient G	Klient H	Klientin I	Klient J
Leitdrogen	Crystal, MDMA und Kokain	Cannabis	Tramal	Alkohol	Heroin	Substitol und Benzos.	Crystal Meth	Opiate	Alkohol, Cannabis, Speed	Heroin
Beruf vor Therapie	Tankstellenmitarbeiter	Keinen	Eventmanager	Stapler & Lagerarbeiter	Umzugs- helfer	Keinen	Kranfahrer	Keinen	Keinen	Universal- schweißer
Schulbildung	Handels- schule	3. HS	Poly- technische Schule	Berufsschule	Poly- technische Schule	Berufsschule	Berufsschule	Berufsschule	Berufsschule	Berufsschule
Finanzielle Situation	Notstands- hilfe, keine Schulden	Reha-Geld. Privat- schulden	Reha-Geld	Reha-Geld. Kein Erspartes.	Kein Einkommen. Unter- stützung durch Eltern	Reha-Geld	Notstands- hilfe. 25.000 Euro Schulden	Notstands- hilfe +Schulden	Notstands- hilfe + finanzielle Unter- stützung durch Eltern	Notstands- hilfe + Schulden.
Wohn- verhältnisse	eigener Wohn- bereich im Elternhaus	Couch bei Mutter im Wohn- zimmer	Miet- wohnung	Zimmer bei Vater	Bei den Eltern	keine Wohn- möglichkeit	keine Wohn- möglichkeit	Wohn- möglichkeit bei Familie	eigenen Stock im Haus der Eltern	Zimmer bei Eltern

Tabelle 1: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen

8 DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die gewonnenen Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews, welche durch die qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet sowie durch ein Expertinneninterview ergänzt und in den Bezug zur Theorie gesetzt werden.

8.1 Subjektiver Gesundheitszustand & Umgang mit aktuellen gesundheitlichen Beschwerden

Die Ergebnisse dieser Kategorie lassen sich als differentiell beschreiben, da die Befragten ihren subjektiven Gesundheitszustand sehr unterschiedlich einschätzen. Einige KlientInnen lokalisieren ihren Gesundheitszustand, im Hinblick auf ein Gesundheits-Krankheitskontinuum, eher negativ. Als Gründe werden aktuelle körperliche Leiden, wie ein Bandscheibenvorfall, Folgeschäden der inneren Organe, eine Nierenerkrankung, eine Lebererkrankung, psychische Angeschlagenheit sowie ein Mangel an körperlicher Fitness (Muskelmangel) angegeben. Ein Klient beschreibt seine Zahnprobleme wie folgt: „Die sind richtig abgebröckelt, die sind richtig weich, vom Sirup [Substitution] vielleicht und von den anderen Drogen oder was.“ (F/16-17) Des Weiteren wird beschrieben, dass die hohe Dosierung der Substitution sowie eine Hepatitis C-Erkrankung als belastend empfunden würden. Ein Klient gibt an, dass sich sein psychischer Zustand dadurch, dass er keine Drogen mehr konsumiere, verschlechtert habe und er dadurch an Depressionen leide.

Ein paar KlientInnen beschreiben ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, als Gründe dafür werden die Suchthematik und ein Fitnessmangel sowie die hohe Substitutionsdosis genannt. Ein Klient gibt an, dass er sich erhole und wieder gesund werde. Ein weiterer Interviewpartner beschreibt eine Verbesserung des Zustandes trotz Zahnschmerzen und Nervenschmerzen, welche er vorher nicht gespürt habe: „dass ich es mehr spüre wie vorher, weil vorher wenn du so betäubt bist dann spürst du das nicht so.“ (D/4-5)

Eine geringe Anzahl der KlientInnen beschreibt ihren subjektiven Gesundheitszustand positiv ohne die Bestehung aktueller gesundheitlicher Probleme, wobei die Sorge hinsichtlich einer möglichen Hepatitis C-Erkrankung vereinzelt mitschwingt.

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen gibt an, dass sie aktuell keine gesundheitlichen Beschwerden hätten. In Bezug auf die Bewältigung aktueller gesundheitlicher Beschwerden werden folgende Strategien angewendet: Vermeidung körperlicher Arbeit, Organisieren von Arztterminen, Einnahme von Tabletten sowie den

Zustand aushalten oder durch einen Spaziergang ablenken, das Achten auf die Ernährung oder auch das „Deprimiertsein“.

Auffällig erscheint, dass der psychische Gesundheitszustand, bis auf eine Person, nicht genannt wird, auch wird die soziale Komponente (damit sind soziale Einflussfaktoren gemeint, also umweltbezogene Faktoren wie z. B. Interaktionen in sozialen Systemen) nicht bewusst wahrgenommen. Der subjektive Gesundheitszustand wird stark von der biologischen Komponente dominiert.

Der sozialen Dimension der Sucht wird, aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit, im Sinne einer Sozialpathologie, auch ein (mit-)auslösender Charakter zugeschrieben (vgl. Deloie 2015: 6). Im Sinne des biopsychosozialen Handlungsverständnisses kann sich die Behandlung der sozialen Ebenen positiv auf die psychische sowie biologische Ebene auswirken (Abklärung soziales Netzwerk kann z. B. mittelgradig depressive Episode stabilisieren).

Trotz Einschätzung eines mäßigen Gesundheitszustandes wird dieser von den KlientInnen teilweise nicht als gesundheitliche Beschwerde wahrgenommen. Dies führt zu der Schlussfolgerung, dass viele der KlientInnen im stationären Kontext ihre gesundheitlichen Folgeschädigungen falsch einschätzen bzw. eine verzerrte Körperwahrnehmung aufweisen.

Die bereits wirksamen Schädigungen und Risiken dürfen in der Behandlung nicht nur eindimensional berücksichtigt werden (vgl. Mahler 2012: 64), sondern müssen im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses bearbeitet werden: Die gesetzten Interventionen Klinischer Sozialarbeit beziehen sich auf das Hintergrundwissen, dass Krisen, Störungen und Krankheiten durch das Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entstehen und sich diese drei Ebenen gegenseitig beeinflussen. Bezugnehmend auf die salutogenetische Orientierung soll im Kontext Klinischer Sozialarbeit über Faktoren nachgedacht werden, die zur Bewegung hin zum gesunden Ende des Kontinuums beitragen. Über einen rekonstruktiven Zugang eruierte Ressourcen können, den Ausführungen Antonovskys (1997: 27) zufolge, nützliche Inputs [Coping-Ressourcen] für das soziale System gefunden werden, um dem immanenten Trend der Entropie entgegenzuwirken. Im Sinne der Resilienzförderung können die Ursachen für das Gesundbleiben trotz ungünstiger Bedingungen beleuchtet werden (vgl. Rummel 2010: 12). Mithilfe der Zielerreichungsanalyse (siehe Kap. 8.8.2), als einer Möglichkeit der sozialtherapeutischen Intervention, können Ziele im Sinne der Gesundheitsförderung erarbeitet werden.

Bezugnehmend auf die Ausführungen der KlientInnen, können Ziele hinsichtlich folgender subjektiv empfundener Gesundheitsbelastungen vereinbart werden (im Sinne einer multiprofessionellen Zusammenarbeit): kontinuierliche begleitende Reduktion der Substitution, Abklärung des Hepatitis C-Status und Einleitung gesundheitsbezogener Interventionen, auf den Fitnessmangel bezogene Erschließung von Möglichkeiten körperlicher Betätigungen sowie Eruiierung von Ressourcen bzw. Schutzfaktoren hinsichtlich der Depression.

Des Weiteren kann die gesundheitliche Komponente durch das IC3 (siehe Kap. 8.3.2.1) auf der Achse 1 der Funktionssysteme (medizinische Versorgung) sowie auf der 3. Achse zur Funktionsfähigkeit (Gesundheitszustand) erhoben werden und es kann zur Einschätzung der Tendenz/Dynamik sowie zur Planung von Interventionen kommen.

Die PIE-Klassifikation (siehe Kap. 8.2.1) nimmt vor allem bei der Einschätzung der Probleme in der Umwelt (Faktor II) auf die (geistige) Gesundheit Bezug.

8.2 Risikohafte und protektive Einflussfaktoren

Diese Hauptkategorie beleuchtet biologische und psychosoziale Risiko- und Stressfaktoren ebenso wie Schutzfaktoren (Ressourcen der Person und der Umwelt).

8.2.1 Risikohafte Einflussfaktoren

8.2.1.1 Vergangene risikohafte Einflussfaktoren im Kontext der Suchterkrankung

Dass Sucht multifaktoriell bedingt ist (vgl. Haller 2007: 51), veranschaulicht die Beantwortung der nächsten Frage. Die vergangenen risikohaften Einflussfaktoren werden nach der Anzahl ihrer Nennung sortiert (dies dient lediglich als Hilfskonstrukt, da es sich hier um eine qualitative Analyse handelt). Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit der Familie werden besonders häufig genannt, als Begründung hierfür werden unter anderem die Identifizierung mit dem durch den Beruf beeinflussten Lebensstil des Vaters (immer fit sein, auf Knopfdruck tagelang munter sein), der Selbstmord des Vaters im Alter von 8 Jahren des Klienten und ein daraus resultierendes Fehlen der Bezugsperson, Gewalt durch den sehr strengen Vater, Depressionen der Mutter und Angst vor Übernahme dieser Erkrankung sowie ein zu geschütztes Elternhaus genannt.

„Mein Vater ist ein wenig ein Choleriker und ja und da war ich halt nur der Trottel und du kannst nix und hin und her und da habe ich mich komplett abgeschirmt

eigentlich dann. (...) habe niemanden zum Reden gehabt, das war schon ein großes Thema.“ (F/30-33)

„Die ewigen Streitereien zuhause und die Gewalt und das nächtelang nicht schlafen. Das ist halt war psychisch sehr anstrengend, ich habe immer Angst gehabt (...).“ (J/12-13)

Eine geringe Anzahl der KlientInnen geben Neugier als Gründe für die Suchtmittleinnahme an, laut der Aussage eines Klienten habe diese Neugier in die sofortige Abhängigkeit geführt. Der Freundeskreis wird von einigen wenigen KlientInnen angeführt, im Detail wird der Wechsel des Freundeskreises, bedingt durch einen Umzug, der Einfluss der Bundesheerzeit sowie der der eigenen Musikband und die Wahl des falschen Freundeskreises genannt. Die Medien, dazu zählen drogenverherrlichende Filme sowie Musikeinfluss, werden ebenfalls angegeben. Langeweile und Depressionen als einflussnehmende Risikofaktoren werden von einer geringen Anzahl benannt und von einem Klienten wie folgt beschrieben: „Ich wollte den Zustand nicht haben, ich wollte nicht unglücklich sein. Das hat mir Angst gemacht, ich wollte glücklich sein.“ (H/26-28) Weitere Gründe, welche die InterviewpartnerInnen in Bezug auf negative Einflüsse nennen, die zur Einnahme der Suchtmitteln führten, sind der Schulwechsel, eine mangelnde Aufklärung bei der Verschreibung eines Medikamentes, das Fortgehen, Spaß, Schmerzen, das Verhalten von Älteren, der gute Geschmack, Langeweile, Frust bzgl. Schulden und Beziehungsstreit, Todesfälle (Hund, Mutter), Abheben von der Masse und zu viel Arbeit:

„Die Anstrengung und der Stress und alles, das eintönige Leben. Und dann hat man das Umfeld ein bisschen dass man bei den einen mitbekommt dass die das total schön haben, dass die vielleicht mehr Geld haben als wie du und weniger arbeiten, auch sehen und mehr tun, und bei dir ist das alles nicht so.“ (H/41-45)

Als Grundlage psychosozialer Interventionen bedarf es der Aneignung von Erklärungs- und Kontextwissen, bezugnehmend auf die Entstehung einer Suchterkrankung, weshalb die biografischen Erfahrungen der KlientInnen nachstehend mit theoretischen Ausführungen verknüpft werden.

Da es sich bei süchtigem Verhalten um eine komplexe Störung handelt, macht es keinen Sinn, nach einem einzigen Grund oder einer einzigen Ursache zu suchen. Sucht ist ein Zusammenspiel verschiedener Ursachen, sie beruht auf einem multikonditionalen Bindungsgefüge, welche sich aus genetischer Disposition, negativen kindlichen Prägungen, Entwicklungsproblemen, nachteiliger Erziehung, lebensgeschichtlichen Umständen, sozialen Belastungen, Schicksalsschlägen oder unter anderem auch Krankheiten zusammensetzen kann (vgl. Haller 2007: 51).

Negative Erfahrungen in Zusammenhang mit der Familie werden von den KlientInnen besonders häufig genannt. Der frühkindlichen Situation wird eine große Bedeutung zugesprochen, da Suchtkranke zu einem Großteil aus Broken-Home-Situationen stammen oder aus einem zu sehr behüteten, überfürsorglichen Familienmilieu, welche beide einen Risikofaktor darstellen. Durch fehlende Geborgenheit kann das Kind in den Schutz der Drogengruppe oder zur wohligen Wirkung des Suchtmittels getrieben werden. Eine niedrige Frustrationstoleranz sowie die Unfähigkeit zur eigenständigen Bewältigung von Problemen können das Ausweichen in Stressfreiheit und Gleichgültigkeit bewirken. Wenn die Bindung zur Familie zu eng ist, können Schritte zur Eigenständigkeit ein schlechtes Gewissen auslösen, denn Sucht hat oft mit der schmerzhaften Ablösung vom Elternhaus zu tun (vgl. Haller 2007: 53). In Bezug auf Lebenserfahrungen ist es wichtig, dass sie auch von uns mitentschieden werden – und nicht nur durch fremdes Tun und fremde Entscheidungen beeinflusst werden (vgl. Antonovsky 1997: 93). Im Kontext der Bindungstheorie wird davon ausgegangen, dass Kinder bereits früh lernen, auf suchtartige Verhaltensweisen und Suchtmittel zurückzugreifen, quasi als Ersatz für eine Bindungsperson [Sucht = etwas Stabiles].¹³ Suchtkranke Menschen versuchen oft im Rausch etwas zu finden, was sie in der Realität vergeblich suchen. Meist ist es der Wunsch nach Geborgenheit und Nestwärme. „Es geht um Zuwendung, Zärtlichkeit und Zeit.“ (Haller 2007: 55f.) Bei traumatischen Erfahrungen [wie oben beschrieben z. B. Gewalt oder der Verlust der Bezugsperson] kann süchtiges Verhalten als überlebenssichernder Lebensstil, Bewältigungsmechanismus oder Coping-Strategie gesehen werden (vgl. Ghedina, Oleksy 2008: 19f.). Neben dem Einfluss der familiären Bedingungen beschreiben die InterviewpartnerInnen Langeweile, Neugier, Frust, Spaß und den Einfluss der Medien als mögliche Risikofaktoren in Bezug auf die Entstehung der Suchterkrankung. Gesellschaftstheoretische Modelle wie Stress- Risiko- und Freizeitgesellschaft können u. a. in diesem Zusammenhang genannt werden.

Sommerfeld et al. (2011: 310ff.) beschreiben, dass ein individuelles Lebensführungssystem, aufgrund negativer Eskalationen [nicht zu bewältigende Risikofaktoren], einem Spannungszustand ausgeliefert ist, welcher definitiv zum Handeln drängt. Als mögliche Bewältigungsstrategie kann der Suchtmittelkonsum gewählt werden, welcher eine Person in den Randbereich einer Gesellschaft drängt. Dies führt oft zu Stigmatisierungen. Problematische soziale Situationen rufen soziale Probleme als Spannungszustände bei den Individuen hervor, welche die Bedürfnisbefriedigung der beteiligten Personen auf Dauer negativ beeinflussen, was wiederum nicht unmittelbar

¹³ Zur Vertiefung siehe Karl-Heinz Brisch (Hg.) (2013): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta.

ausreichende, problemlösende Aktivitäten motiviert, um die problematische Situation zu verbessern [Suchtmittelkonsum] (vgl. ebd.: 306): „Der Mensch wird krank, weil ihm im Blick auf bestimmte Lebensumstände Widerstandsressourcen fehlen!“ (Mahler 2012: 46).

8.2.1.2 Aktuelle risikohafte Einflussfaktoren im Kontext der Suchterkrankung

Knapp die Hälfte der KlientInnen geben im Interview an, dass aktuell keine Risikofaktoren vorhanden seien, die sie bewältigen müssten. Ein Klient ist sich nicht sicher, er nimmt es bewusst nicht wahr. Etliche InterviewpartnerInnen geben unter anderem Risikofaktoren im Bereich Schulden [Verhandlung Privatkonkurs], das ambivalente Verhältnis zur Exfreundin sowie den möglichen Verlust der Bezugsperson an: „Kritisch wäre für mich wenn meine Mutter sterben würde, das wäre ganz schlimm für mich. Da wüsste ich nicht ob ich nicht da wieder zu Drogen greifen würde.“ (B/19-20) Weitere genannte Faktoren sind Einsamkeit, Langeweile, fehlende Beschäftigung, fehlende Selbstständigkeit sowie die Aufarbeitung der Kindheit. Depressionen stellen für einige wenige KlientInnen einen weiteren Risikofaktor dar:

„Ich glaube, (...) dass ich die Depressionen vielleicht mein ganzes Leben lang habe. Dass es vielleicht angeboren ist, dass ich vielleicht schon immer drinnen gehabt hab. (...) Ich glaube ich muss mein ganzes Leben lang Medikamente nehmen, dass es nicht ausbricht.“ (H/31-34)

Aus der Perspektive der Salutogenese ist es in diesem Zusammenhang wichtig, sich auf die Beleuchtung von Coping-Ressourcen anstelle von Stressoren zu konzentrieren, welche als allgegenwärtig betrachtet werden. Die Auflösung der Spannung, welche durch einen Stressor ausgelöst werden kann, kann auch in einem gesunden „Zustand“ enden (vgl. Antonovsky 1997: 29f.). Auffallend ist, dass die InterviewpartnerInnen häufig soziale Einflussfaktoren, wie Schulden, Beschäftigungslosigkeit etc., nennen.

Im Sinne der Beleuchtung von Einflussfaktoren eignet sich die PIE-Klassifikation gut, welche auf den ersten Blick problemzentriert wirkt.

Die PIE-Klassifikation, entwickelt von Karls und Wandrei 1994, eignet sich als umfassendes und fachlich fundiertes Diagnostikinstrument, um die Komplexität sozialer Prozesse erfassen und darstellen zu können sowie Interventionen abzuleiten. Die Definition von Problemen wird nicht als Problem einer Person angesehen, sondern auf der Verhaltensebene beobachtet, dem „Ort des Sozialen“ (vgl. Hahn 2006: 45f.).

Dieses psychosoziale Diagnostikverfahren bildet eine Grundlage zur Einschätzung der Situation, der Ressourcen sowie der Probleme der KlientInnen. Durch eine systematische Identifizierung und Codierung findet eine Diagnostik über soziale Funktionsstörungen

statt [problemorientiert], um daraus resultierend sozialarbeiterische Interventionen zu planen (vgl. Pauls 2013: 239). Vor dem Beginn der Erstellung soll sich die Fachkraft damit auseinandersetzen, ob die Problemeinschätzung und die Codierung gemeinsam mit den KlientInnen vorgenommen werden kann.

8.2.2 Protektive Einflussfaktoren

8.2.2.1 Vergangene protektive Einflussfaktoren im Kontext der Suchterkrankung

Alle Befragten geben den Einfluss von sozialen Kontakten als protektive Elemente an. Häufig genannt wurden die Familie, v. a. die Mutter, die Kinder/das Kind, ein Bruder, der Vater, die FreundInnen sowie die Eltern und die finanzielle Absicherung durch jene. Als wichtigen sozialen Kontakt gaben einige KlientInnen den Hund/die Hündin an. Gespräche und die eigene Willenskraft stellen ebenfalls vergangene protektive Einflussfaktoren dar.

„Also ein großes Thema war seit 8 Jahren die Tochter würde ich sagen. Also davor war mir das wirklich scheißegal, da habe ich mir einen gemacht und da habe ich mir gedacht, wenn ich drauf gehe, ist es auch egal und das hält mich sozusagen eigentlich am Leben, weil da ist ja noch jemand, auf den ich schauen sollte.“ (F/54-57)

Vereinzelt geben KlientInnen an, dass ihnen das/die Suchtmittel geholfen habe/hätten:

„Schlussendlich hat mir eigentlich auch nur geholfen dass ich, dass ich zu Medikamenten gegriffen habe, zu Drogen, das hat auch geholfen, das hat mich auch ein bisschen motiviert. Familie hat mir nicht geholfen, ich habe es niemandem erzählt.“ (H/50-53)

Das Antwortverhalten der KlientInnen spiegelt die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung/Beziehungen wider. Beim Vergleich des Antwortverhaltens zu den vergangenen risikohaften Einflussfaktoren ist eine Divergenz feststellbar, da die Befragten familiäre Bedingungen als Risikofaktoren nannten, diese jedoch gleichzeitig als Schutzfaktoren deuten.

Die Frage nach Qualität und Quantität von Netzwerken ist demnach als Faktor für die Herausbildung von Resilienz mitzubetrachten (vgl. Gabriel 2011: 1243f.).

Besondere Betrachtung gilt der Unterstützung durch die Hunde, welche von den KlientInnen mehrfach angeführt wird.¹⁴ Die beforschte Einrichtung stellt aktuell die einzige stationäre Langzeitsuchttherapieeinrichtung in Österreich dar, in welcher Hunde wohnhaft sein dürfen. Mehrfach geben die KlientInnen an, dass ihnen das Suchtmittel in der

¹⁴ Zur Vertiefung siehe Schöll Christiane (2015): Tiergestützte Pädagogik und Therapie. Betrachtung unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Vergangenheit geholfen habe. Dadurch kann auf die Selbstheilungshypothese hingewiesen werden, denn es handelt sich beim Suchtmittelkonsum laut Haller (2007:54) um einen Versuch der Selbstheilung.

8.2.2.2 Aktuelle protektive Einflussfaktoren im Kontext der Suchterkrankung

Besonders häufig wird die Familie als aktueller protektiver Einflussfaktor genannt, insbesondere die Mutter, Kinder, der Vater sowie die Großmutter, welche als Unterstützung und guter Rückhalt bezeichnet werden.

„Also ich will die nicht noch weiter enttäuschen ich habe sie eh schon 15 Jahre enttäuscht und irgendwann will man halt auch einmal, dass jemand sagt: „Ja, ich bin stolz auf dich oder du hast etwas richtig gemacht.“ (F/59-62)

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen beschreibt die Therapiestation als große Stütze, im Detail nennen sie die Hilfe, die jederzeit verfügbar sei, den geschützten Rahmen und die dadurch mangelnde Verfügbarkeit von Drogen sowie gute Stabilitätsbedingungen. Eine geringe Anzahl nennt Freunde und Bekannte sowie KollegInnen über Facebook als unterstützende Faktoren und die Unterstützung durch andere KlientInnen innerhalb der Therapiestation. Auch Selbstmotivation stellt für viele KlientInnen einen protektiven Einflussfaktor dar, hierzu zählen der Wunsch, das eigene Leben zu ändern, der Wille und das Umdenken in Bezug auf die Suchterkrankung sowie Hoffnung, bezugnehmend auf die Regelung von Schulden sowie das Finden eines Arbeitsplatzes.

„Daran zu denken, dass alles besser wird, so an die Zukunft denken, dass ich alles besser werden mache und dass es nicht schlimmer wird. Das motiviert mich schon, das hilft mir. Das ist auch wichtig, man darf nicht aufgeben.“ (H/55-57)

Eine geringe Anzahl der InterviewpartnerInnen gibt als aktuellen protektiven Einflussfaktor das abstinenten Leben sowie den/die Hund/Hündin an.

Auch das Antwortverhalten zeigt, ähnlich der vergangenen protektiven Einflussfaktoren, die Bedeutsamkeit der sozialen Unterstützung auf. Mahler (2012: 33) spricht der sozialen Unterstützung im Kontext der Resilienzförderung eine große Bedeutung zu. Der Support durch soziale Kontakte, im Sinne protektiver Faktoren, trägt zur Herausbildung der komplexen Widerstandsfähigkeit, des selbstwirksamen Empowerments, bei. Im Sinne der Dimension der Handhabbarkeit des SOC beziehen sich die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen und Stressoren auch auf jene von legitimierten anderen [MitklientInnen, Hund, Familie] (vgl. Antonovsky 1997: 34ff.).

Der Aufenthalt in der stationären Therapie stellt für viele einen aktuellen Schutzfaktor dar.

Einrichtungen können maximale Stabilitätsbedingungen bieten, im Sinne einer Hyperinklusion, und können Lernprozesse im Sinne von Restrukturierung oder Aktivierung anderer Areale der psychischen Potentiallandschaft schaffen. Nach Ablauf einer gewissen Zeit kann, durch Brechung der problemverursachenden Dynamiken und/oder weiteren gezielten Interventionen, eine Beruhigung der psychischen Situation bzw. kritische Instabilität eintreten. In der stationären Einrichtung lösen sich damit die einhergehenden Spannungen und Überforderungen zwar nicht auf, aber die Distanz zum Alltag kann die Situation entspannen (vgl. Sommerfeld et al.: 314f.). Die stationäre Suchttherapie bietet psychosozial-stabilisierende Prozesse, einen Schutzraum, sie ermöglicht Wiedergewinnung von Perspektiven und stärkt die Selbstverantwortung (vgl. Mahler 2012: 19). Zukünftig sollte es zu einer Konzentration auf entwicklungsfördernde Einflüsse kommen, um den inhärenten Konzentrationen auf Abweichungen und Defizite entgegenzuwirken, da diese zu unzulässigen Pathologisierungen der KlientInnen führen können, welche sich, aufgrund der Zumutungen ihrer Umwelt, als vulnerabel zeigen (vgl. Gabriel 2011: 1245). Die SOC-Dimension der Bedeutsamkeit findet sich in einigen Aussagen der KlientInnen wieder, u. a. der Wille und das Umdenken in Bezug auf die Suchterkrankung sowie eine auf Hoffnung basierende Zukunftsorientierung.

8.3 Bewältigungsstrategien

Diese Hauptkategorie richtet sich nach der psychosozialen Dynamik und den musterförmigen Strukturen, welche das Individuum in seiner/ihrer Entwicklung im Laufe des individuellen Lebensführungssystems hervorgebracht hat (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 289). Dabei werden auch Veränderungen seit Therapiebeginn herausgearbeitet. Die erste Subkategorie „Flexibilität“ bezieht sich auf aktuelle und vorhersehbare Veränderungen im Leben, die Bewältigung jener, die Bewältigung von unvermeidbaren Dingen sowie auf die Bewältigung mehrerer Dinge gleichzeitig. Flexibilität stellt eine wichtige Komponente im Sinne des Resilienzfaktors dar.

8.3.1 Flexibilität

Die KlientInnen sprechen unterschiedliche Veränderungen an, welche in ihrem Leben aktuell beziehungsweise vorhersehbar erscheinen.

Die häufigste vorhersehbare Veränderung im Leben ist der baldige Abschluss der stationären Therapie. Diesbezüglich gilt es, die KlientInnen früh genug auf die „Realität“

vorzubereiten: „Das ist nicht das richtige Leben da herinnen.“ (C/54) Für viele KlientInnen stehen das abstinente Leben sowie Wohnungssuche bzw. Umzug in eine eigene Wohnung als Veränderungen an. Weitere Veränderungen sind unter anderem Arbeitssuche, eigenständiger Umgang mit Geld, Verhandlung der Privatinsolvenz, Ausgänge zu Hause verbringen, die Unsicherheit, ob eine weitere Strafe im Gefängnis verbüßt werden muss, der Aufenthalt in der Therapiestation, das Betreiben von Sport, gesund zu werden, schwere Erkrankung der Großmutter, Realisierung, was im Leben verpasst wurde, ein Umdenkens- und Reifeprozess sowie die Neugestaltung des Lebens, v. a. in Bezug auf Wohnung und Arbeit.

*„Mir wird nämlich erst nach einem halben Jahr erst bewusst, dass ich doch eigentlich etwas tun möchte, zwecks arbeiten und so weiter, und ich doch einmal ein normales Leben führen will eigentlich. Das, was ich davor nicht gehabt habe.“
(A/46-48)*

Ein Klient realisiert, dass das Leben in der Einrichtung „nicht das richtige Leben“ darstellt. Menschen ziehen oft Grenzen, was bedeutet, dass die Welt außerhalb der gezogenen Grenzen nicht mehr als gleichsam wichtig erachtet und teilweise ausgeblendet wird [dies zeigt sich oft in der stationären Therapie, wo KlientInnen „hyperinkludiert“ werden und der Alltag sehr strukturiert und teilweise fremdbestimmt ist]. Wenn die Grenzen zu eng gezogen werden (v. a. in Bezug auf die eigenen Gefühle, die wichtigste eigene Tätigkeit und existentielle Fragen wie z. B. Konflikte, Isolation oder auch Tod sowie unmittelbare interpersonelle Beziehungen), dann ist es kaum möglich, ein starkes SOC aufrechtzuerhalten (vgl. Antonovsky 1997: 39).

Bezugnehmend auf die Bewältigung aktueller und vorhersehbarer Veränderungen im Leben, stehen mehrere InterviewpartnerInnen den aktuellen und vorhersehbaren Veränderungen positiv gegenüber. Der Großteil vertraut darauf (Dimension Handhabbarkeit SOC), dass sie Ressourcen haben, die zur Verfügung stehen, um Anforderungen und Stressoren zu bewältigen. Es wird der Versuch angegeben, andere Möglichkeiten zu suchen, als Drogen zu konsumieren. Des Weiteren wurde angegeben, dass Veränderungen im positiven Sinn als Abenteuer gesehen werden: „Ich will es halt auf jeden Fall schaffen, ohne den Störfaktor Sucht.“ (I/32-33) Dieser Veränderungswunsch zeugt von einem resilienten Charakter, wobei das Individuum nicht aus sich selbst heraus Resilienz erzeugt, denn dies ist ohne unterstützende Interaktion im Sozialen nicht zu denken (vgl. Gabriel 2011: 1241).

Manche KlientInnen sind sich in Bezug auf die Bewältigung unschlüssig, sie geben an, dass sie es versuchen und sich den Veränderungen stellen wollten. Ein Klient gibt an,

dass er sich auf Veränderungen erst einstellen müsse. Angst und Anspannung wurden einige Male angegeben, mitunter auch ein oftmaliges Blockieren bei Veränderungen: „Wie ich damit umgehe, keine Ahnung, Druck ist da, Angst auch, dass man versagt, dass wieder alles so wird wie früher.“ (J/38-40)

Wenn unvermeidbare Dinge anstehen, die bewältigt werden müssen (als Beispiel wurde z. B. Zimmerreinigung genannt), gehen die KlientInnen größtenteils abwehrend mit solchen Situationen um. Genannt wurden Verdrängung und Flucht, das Hinausschieben von Dingen, den Dingen aus dem Weg gehen und der Versuch, mit allen Mitteln die Bewältigung unvermeidbarer Dinge zu umgehen: „Da bin ich eher der Typ, der was flüchtet.“ (A/56) „Ja, ich schaue so gut wie möglich, dass ich es nicht tun muss, mit allen Mitteln.“ (I/40) Bezugnehmend auf dieses Antwortverhalten, kann die Gesprächsführung des „motivational interviewing“ als gezielte Intervention eingesetzt werden.

Diese Form der Beratungstechnik hat ihren Ursprung in der Suchtberatung. Es zeichnet sich durch die Anerkennung der inneren Ambivalenzen der KlientInnen aus. Ausgangspunkt ist jener, dass KlientInnen sich einerseits Änderungen ihres Verhaltens wünschen und dass sie andererseits Angst davor haben. Im Kontext der motivierenden Gesprächsführung kann die 4-Felder-Matrix angewendet werden, welche Nach- und Vorteile bezüglich der Entscheidung zwischen Aufrechterhalten bzw. Änderung des Verhaltens/Lebensstils darstellt (vgl. Pantucek 2012: 314f.). Die beforschte Einrichtung verwendet die 4-Felder-Matrix zu Beginn im Kontext der Bezugsbetreuung, wo es um die Vor- und Nachteile des Konsums geht. Auch wenn KlientInnen zu Beginn der Betreuung den Konsum als Vorteil sehen, sollte dies seitens der Professionellen nicht abgewertet werden. Um Ambivalenzen herauszuarbeiten, ist die Aneignung gezielter Fragetechniken förderlich (z. B. Reframing, Wunderfragen etc.).

Ein geringer Anteil erledigt unvermeidbare Dinge, ohne darüber nachzudenken, nach dem Motto „Augen zu und durch“. Ein paar KlientInnen stehen dem positiv und realistisch gegenüber, indem sie sich z. B. eine Übersicht verschaffen, also einen Plan machen, darüber nachdenken und abwägen (ein Für und Wider), oder weil es den/die KlientIn in der Zukunft weiterbringt:

„Ich sage wenn es wichtig ist, wenn es mir persönlich was bringt, oder meiner Gesundheit oder meiner Zukunft, wenn ich daraus irgendwas Positives für mich habe, dann mache ich das. Sonst lasse ich es.“(J/43-45)

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen gehen positiv mit der Bewältigung mehrerer Dinge um, die gleichzeitig anstehen, sie werden demnach als flexibel und stressresistent

wahrgenommen. Es werden Prioritäten gesetzt, Listen im Kopf erstellt, mit Ruhe und Gelassenheit den Situationen entgegengeblickt, langsam und nach und nach alles abgearbeitet. Eine Person gibt an, dass sie stressige Situationen möge. Viele KlientInnen bewältigen diese Situationen mittelmäßig, sie sind damit manchmal überfordert und müssen erst lernen, damit umzugehen.

„Ja, manchmal war ich ein wenig überfordert. Aber da dann mache ich mir eigentlich einen guten Plan, und dort einen Termin und da einen Termin, und dann ist es auch wieder so ein Nacheinander. Ich bin froh, wenn alles vorbei ist.“(F/80-82)

Eine geringe Anzahl gibt an, dass sie sich in solchen Situationen komplett zurückzöge, nichts mehr täte und auch nicht versuche, etwas zu verändern.

8.3.2 Selbstwirksamkeit

Die Kategorie Selbstwirksamkeit beleuchtet die Subkategorien Gestaltung und Planung des Tagesablaufes vor und nach der stationären Therapie, die Ursachen für den Kontrollverlust und die daraus resultierende Einnahme des Suchtmittels, die Beibehaltung der Kontrolle bei Suchtdruck sowie kontrollierbare vs. unkontrollierbare Lebensbereiche.

8.3.2.1 Gestaltung und Planung Tagesablauf

Mehr als die Hälfte der Interviewten gibt an, dass sie vor der stationären Therapie keinen geregelten Tagesablauf gehabt hätten und auch nicht in der Lage gewesen seien, diesen zu planen. Es wird angegeben, dass Tag und Nacht oft durchgemacht worden sei, keine Struktur vorhanden gewesen sei, sie so dahingelebt hätten, sich nicht mehr bewusst darüber gewesen seien, welcher Wochentag bzw. welche Uhrzeit aktuell gewesen sei und dass ihnen dabei alles „völlig egal“ gewesen sei.

„Ich war nur mehr zu Hause und war 10 bis 12 Tage auf, dann zwei bis drei Tage geschlafen und dann wieder dasselbe. Ich habe meine Couch gehabt, meinen Laptop, mit dem Hund bin ich rausgegangen.“(G/71-73)

„Da gibt es kein Planen, keine Struktur, kein, ich habe es zwar immer wieder geschafft, dass ich ein paar Monate arbeite, aber trotzdem. Das, die Drogen, und das Suchtgift regiert dann dein Leben. Du hast keine Stabilität, du hast dann keine Bodenhaftung, du hast gar nichts, da ist nichts mehr geregelt.“(J/64-69)

Vereinzelt kommt es vor, dass die Gestaltung des Tagesablaufes meistens funktioniert habe, wobei dieser immer unterschiedlich gewesen sei und es auch Zeiten gegeben habe, wo nichts gemacht worden sei. Die Arbeitssuche habe dabei, geholfen, beschäftigt

zu sein. Ein Klient berichtet, dass er seinen Tagesablauf nach den Drogen ausgerichtet habe, wobei ihm fixe Zeiten jedoch eine Struktur geboten hätten:

„Das war leider so mein Leben und das war leider so Routine, das war alles zu fixen Zeiten, dann habe ich mir den ersten gemacht, dann habe ich schon wieder auf die Uhr geschaut, um 12 war der zweite, und dann habe ich wieder auf die Uhr geschaut. Ich habe zwar keine Termine gehabt, aber meine fixen Zeiten habe ich gehabt.“ (F/102-106)

Mehr als die Hälfte der interviewten Personen haben bereits Pläne hinsichtlich der Strukturierung ihres Tagesablaufes nach der stationären Therapie. Einerseits wird angegeben, dass der Wochenplan der Therapiestation beibehalten würde, und andererseits wird davon ausgegangen, dass der Tagesablauf von der Arbeit und der Nachbetreuung beeinflusst würde. Ein Klient gibt an, dass er hinsichtlich seiner Tagesstrukturierung wieder frei entscheiden könne: „Ich habe ja die Lebensqualität jetzt wieder. Ich habe die Sucht nicht mehr, die mich da bindet, an das Medikament.“ (C/87-88) Einige wenige KlientInnen beschreiben, dass sie darauf hofften, dass es besser werde, dass sie noch unwissend seien und noch Unterstützung, z. B. durch die Hilfe eines/einer Beraters/in, benötigten.

„Nein gar nicht, gar nicht. Ja, ich denke mir, jetzt bin ich unter Leuten in einem geschützten Rahmen und es ist schon noch lange hin, bis ich mir das zutraue. Und dann sitze ich in der Wohnung und denke mir (...) was tue ich. Plan weggewesen, nein keinen Plan.“ (F/108-111)

Hinsichtlich der Reintegration von „drinnen“ nach „draußen“ (Sommerfeld et al. 2011) bedarf es seitens der Klinischen Sozialarbeit eines erhöhten Unterstützungsbedarfs.

Es kann ein Ordnungswandel im sozio-biologischen System (Individuum) entstehen, wenn sich frühere Strukturen neu ordnen – in Form von aufeinander aufbauenden Strukturen ist eine Entwicklung möglich (Bewältigungsstrategien in Bezug auf die Vermeidung von Suchtmittelkonsum). Einmal entstandene Komponenten und die daraus gebildeten Muster können nicht einfach so gelöscht werden, denn im Lebendigen gibt es keinen „Reset-Knopf“ wie bei Computern. Ein Ordnungs-Ordnungs-Wandel bezieht die vorausgegangenen Formen der Strukturen mit ein und integriert sie als Wiederherstellung, auf neue Weise, als erneutes Ganzes (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 290). Durch die Erstellung des IC3 können Lebenslagen von KlientInnen erfasst und Möglichkeiten für Interventionen und Aktivitäten „aufgespürt“ werden (vgl. Pantucek 2012: 238). Dadurch ist eine Einschätzung der Einbindung in die essentiellen Funktionssysteme, der Funktionsfähigkeit sowie des Grades der Existenzsicherung möglich (vgl. ebd.: 273). Analog zum schriftlichen Verfahren gibt es auch eine IC3-Datenbankversion (IC3_graph), welche stärker grafisch gestaltet ist. Des Weiteren ist

unter (<http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren>) eine Visualisierung verfügbar, als Ergänzung zur schriftlichen Variante. Pantucek stellt, in Anlehnung an Karls und Wandrei, ein ausführliches Manual zur Verfügung.¹⁵ Empfohlen wird, zuerst die handschriftliche Version auszufüllen (in Kooperation) und dann die Visualisierung durchzuführen, oder der/die BeraterIn kann diese dann in die Software eintragen. Eine visuelle Darstellung zuhanden des/der KlientIn dient als Grundlage zur Nachbesprechung:

„Wo sind Interventionen erforderlich?“, „Was soll sich ändern?“, „Wie soll es weitergehen?“

8.3.2 Ursachen Kontrollverlust + Einnahme Suchtmittel

Die Ursachen, welche zu Kontrollverlust und in diesem Zusammenhang zur Einnahme des Suchtmittels führen, sind äußerst komplex. Einige KlientInnen geben an, dass Routine, Gewohnheit sowie Rituale zu den Ursachen des Kontrollverlustes zählen.

„Das waren ja fixe Zeiten dass es dir nicht schlecht geht, das ist ja wie eine Medizin du musst dir vorstellen wie eine Welle (...). Ich weiß nicht, ich kann dir das auch nicht beschreiben, entweder ist man saudumm oder ich weiß es nicht (...). Du blendest die Folgen aus, du blendest auch aus, dass du süchtig bist, mir ist auch das Hepatitis egal gewesen, ich habe gewusst, dass ich die Nadel nehme und dass der das hat, habe ich gewusst.“ (F/116-124)

Manche geben Konfliktsituationen, vor allem Beziehungsstreit, als mögliche Ursache an. Die Bewältigung innerpsychischer Zustände, wie Depressionen, schlechte Stimmung, Sensibilität, Angst (z. B. vor dem Verlust der Mutter oder vor Gesprächen), Aggressionen, Stress, Freude, Langeweile, Trotz sowie unter anderem Gleichgültigkeit führten unter anderem zur Betäubung durch das Suchtmittel.

„Wenn es soweit ist, reagiert man ganz anders als man denkt, das ist wie ein Schutzmechanismus. Du hast keine Zeit zu denken und für Gefühle. Das war so wie ein, wie soll ich sagen? Wie so eine Bewältigung. Wo ich meine Trauer eingesteckt habe. Und wenn ich was genommen hab, ist es vielleicht für fünf Minuten vergangen oder was. Ich hab das ja gedämpft, ich habe das ja danach hinterfragt alles.“ (C/104-108)

¹⁵ Pantucek Peter (2011): Person in Environment System Manual. Deutsche Version. FH St. Pölten/Ilse Art Institut für Soziale Inklusionsforschung. Original: Karls, J.M. / Wandrei, K.E. (Eds.) (1994): PIE-Manual. Person-In-Environment System. Washington. <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren/70-person-in-environment-classification-system-pie> [28.03.2016]

Äußere Faktoren, wie z. B. Schulden, Geburtstage, Todesfälle, die permanente Verfügbarkeit von Medikamenten, Schmerzen oder schlechte Nachrichten werden von einzelnen KlientInnen angeführt.

Süchtiges Verhalten ist geprägt von einem wachsenden Verlangen und einem unwiderstehlich werdenden Zwang nach einem bestimmten Erlebnis- und Gefühlszustand (vgl. Haller 2007: 33f.). Die Frage ist, was der Mensch im Rausch sucht. Primär geht es um ein Gefühl der verbesserten Kommunikation, um einzigartige Überlegenheit oder ein Gefühl der Entspannung. Des Weiteren können durch diesen Zustand versteckte, unterdrückte oder auch abgewehrte Seiten der Persönlichkeiten gefördert werden, z. B. wird der Verschlussene offen, der Traurige fröhlich, oder der Gestresste entspannt usw. (vgl. ebd.: 47f.).

Einige KlientInnen beschreiben, dass die Einnahme des Suchtmittels zur Routine geworden sei. Hirnorganische Vorgänge sind nach langjährigem Suchtmittelkonsum nicht zu verharmlosen, im Hinblick auf den inhärenten Begriff des „Suchtgedächtnisses“ bedarf es des Aufbaus neuer Strukturen und Abläufe, wobei die stationäre Therapie vor allem in diesem Zusammenhang eine förderliche Rolle spielt. Demnach ist Zeit ein wesentlicher Heilfaktor. Um die Ursachen und Zusammenhänge besser zu verstehen, bedarf es eines biografischen Fallverstehens, wobei sich ein rekonstruktiver Zugang in diesem Zusammenhang gut eignet. Als mögliches Diagnostikinstrument kann der „easy biograph“ herangezogen werden.

Der biografische Zeitbalken ordnet Erzählungsbestandteile in einer mehrdimensionalen Timeline an. Er zeichnet sich durch eine kooperative Erstellung aus und ist gut bei langfristigen Beratungen einsetzbar. Da es in der biografischen Arbeit auch zu Retraumatisierungen kommen kann, schlägt Pantucek (2012: 238) vor, nach der Erstellung wieder den Bezug zum „Jetzt“ herzustellen.

8.3.2.3 Beibehaltung Kontrolle bei Suchtdruck

Besonders häufig beschreiben die InterviewpartnerInnen, dass sie die Kontrolle bei Suchtdruck unter anderem durch folgende Ablenkungsstrategien beibehielten: Spaziergang mit dem Hund, Telefonat mit der Mutter bzw. Schwester, Unterhaltung durch das Tablet, hinausgehen, viel mit anderen Leuten unternehmen, Sport, putzen, arbeiten, mit anderen Personen darüber sprechen oder auch fernsehen. Eine geringe Anzahl nennt das Aushalten des Suchtdrucks (2-3 Tage), das Vermeiden von drogenverherrlichenden Gesprächen oder auch das Denken an vergangene Folgen als Strategie. Ein Klient erzählt über die goldene Regel eines Alkoholikers:

„Ich habe immer meine gute alte goldene Regel, ein kaltes Glas Wasser trinken ein kaltes, dass der Durst, also das Wichtigste ist also für Alkoholiker halt, dass das Durstgefühl einmal weg ist. Immer gleich wupp.“ (D/134-136)

Vereinzelt kommt es auch vor, dass aktuell kein Suchtdruck vorhanden ist. Als negative Bewältigungsstrategie wird die Aussage eines Klienten bewertet, welcher versucht, sich Drogen zu besorgen, die bei den Harntests nicht angezeigt werden:

„Man will sich selbst bescheißen man will euch bescheißen, du spielst einfach nur im Kopf jedes Szenario durch und du redest dir vielleicht ein, dass es gutgehen könnte. Und entweder du gibst nach oder es verfliegt wieder.“ (F/133-136)

Das Modell des „Suchtgedächtnisses“ wird seit einigen Jahren in der Forschung diskutiert. Ein Suchtgedächtnis weiß, dass unerwünschte emotionale Zustände durch den Suchtmittelkonsum abgebaut werden können („Suchtlernen“ – psychodynamische Bedeutung von Suchtmitteln) (vgl. Mahler 2012: 57). Wenn ein/e Süchtige/r sein/ihr altes Verhalten, welches zur Sucht geführt hat, wieder aufnimmt, beginnt die Suchtkarriere nicht wieder von vorne, sondern wird dort fortgesetzt, wo sie unterbrochen wurde, denn das Suchtgedächtnis bleibt während der ganzen Karriere erhalten (vgl. Haller 2007: 68f.). Zu den Interventionen zählt v. a. auch die psychosoziale Beratung zur Klärung von Konflikten, Ressourcenaktivierung als Problemlösungs- und Handlungshilfe sowie Orientierungs- und soziale Haltefunktion, wobei oft sozial- und psychotherapeutische Anteile enthalten sind (vgl. Pauls 2013: 192).

Des Weiteren können gezielte Strategien im Umgang mit Suchtdruck im Einzelgespräch oder in der Gruppe, in Form einer psychoedukativen Vorgangsweise, besprochen und vorgeschlagen werden, z. B. durch die Erstellung einer Notfallkarte.

8.3.2.4 Kontrollierbare vs. unkontrollierbare Lebensbereiche

Die InterviewpartnerInnen berichten über folgende Lebensbereiche, welche sie kontrollieren und handhaben könnten: kein Konsum, Freundschaften, Rückzug bei Konflikten, Zimmer sauber halten, Selbstkontrolle bzw. Selbstbeherrschung, Finanzen, um den Hund kümmern, Durchsetzen des eigenen Willens, auf den Körper hören oder auch die Gesundheit organisieren. Vereinzelt kommt es vor, dass ein/e KlientIn alles kontrollieren kann, also Kontrolle über das gesamte Leben hat. Personen mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit (SOC) gehen davon aus, dass sie mit Stressoren umgehen können und sehen sich selbst nicht in der Opferrolle (vgl. Antonovsky 1997: 34ff.). Hinsichtlich möglicher resilienz- und kohärenzfördernder Interventionen wäre die Erstellung der IC3 zur Erfassung der Lebenslagen und Ableitung möglicher

Interventionen anzuführen sowie die PIE-Klassifikation. Die Wenigsten erzählen, dass es keinen Bereich in ihrem Leben gebe, den sie kontrollieren könnten. Etliche KlientInnen beschreiben, dass sie sich schwer im Kontakt mit anderen Menschen täten, insbesondere dabei, ihnen lange die Aufmerksamkeit zu schenken in der Kommunikation.

„Ja, momentan tue ich mir sehr schwer durch das viele Alleinsein, durch den Umgang mit anderen Leuten (...) also für mich selber, ich denke mir oft, was soll ich reden, oder bleibe ich geduldig dabei oder ruhig, da tue ich mir eigentlich schwer, seit Neuestem, früher habe ich das genossen.“ (F/149-155)

Besonders häufig wird der Umgang mit Geld genannt und die Verwaltung der Finanzen, vor allem das Erlernen des Umgangs mit Geld. Vereinzelt erzählen die InterviewpartnerInnen, dass ihnen die Selbstmotivation schwer falle, dass sie bei kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod der Mutter) erneut konsumieren würden, dass sie sich beim Schreiben schwer täten (Wortwahl und Rhetorik), unwissend seien bzgl. möglichen Konsums beim Fortgehen, dass sie Schwierigkeiten hätten, einen Job zu finden und dass sie ihre Sensibilität schwer handhaben könnten (keine Gelassenheit, Unruhe, Zwang).

„Ja es gibt viele Sachen, wo ich keine Kontrolle darüber habe. Ich kann manchmal total schnell aggressiv werden. Wenn jemand etwas macht, was nicht so ist, was ich will, dann kann ich schon schnell böse werden, und das habe ich dann nicht unter Kontrolle.“ (H/113-116)

8.3.3 Konfliktbewältigung

Diese Subkategorie behandelt die Themen Umgang mit Konfliktsituationen, vergangene schwierige Situationen im Leben sowie die Bewältigung diffiziler Situationen im Leben und den veränderten Umgang mit problematischen Situationen und Konflikten.

8.3.3.1 Vergangene schwierige Situationen im Leben

Die KlientInnen nennen allesamt sehr unterschiedliche kritische vergangene Lebensereignisse. Vereinzelt kommt es vor, dass der Entzug als kritisches Lebensereignis beschrieben wird, mitunter auch paranoide Zustände. Des Weiteren wurden Selbstmordgedanken nach dem Gefängnisaufenthalt, die aktuelle Lebenssituation (Therapie statt Strafe), im alkoholisierten Zustand verübte Unfälle, der Tod der Großmutter im Alter von 15 Jahren als Wendepunkt im Leben, Inhaftierung und die damit verbundene Enge der Zelle oder auch eine Situation, in der ein Klient gejagt und angeschossen wurde, genannt. Die prekären Wohnverhältnisse werden nicht selten

von KlientInnen angeführt, mitunter das Leben auf der Straße durch Verlust der Wohnung. Ein Klient beschreibt das Alleinsein in der Wohnung als vergangene schwierige Situation in seinem Leben:

„Wenn du halt dann so allein in der Bude liegst, und kein Mensch ist mehr da, und du kotzt nur mehr in den Kübel hinein neben deinem Bett, und du denkst dir eigentlich: „Nein. Das kann es nicht sein.“ Wenn du unfähig bist, dass du aufstehst.“ (D/159-162).

8.3.3.2 Umgang mit Konfliktsituationen

Mehr als die Hälfte der KlientInnen gibt an, dass sie gut mit Konfliktsituationen umgehen könnte. Es wird angegeben, dass oft über die Situation gesprochen werde, darüber diskutiert werde und eine Lösung gefunden werde. Einzelne betonen, dass sie darüber nachdächten und sich in die andere Person hineinversetzten. Eine geringe Anzahl versucht, ruhig mit dem Konflikt umzugehen. Besonders häufig versuchten die InterviewpartnerInnen dem Konflikt aus dem Weg zu gehen, sie vermieden die Konfrontation und fühlten sich teilweise schlecht.

„Ich fresse alle in mich hinein. Ich kann es auch keinem, teilweise kann ich schon jemanden die Meinung sagen, aber dann will ich denjenigen auch nicht verletzen, also ich kann sehr schwer mit Konflikten umgehen, bin auch sehr konfliktscheu. Sehr. Aber ich ärgere mich dann so, dann rede ich mit anderen darüber.“ (F/158-162)

Verbale Beschimpfungen werden von einigen Wenigen als Bewältigungsstrategie eingesetzt, wobei keine körperliche Gewalt angewendet wird: „Lieber gehe ich raus und haeue auf einen Baum drauf, bevor ich jemandem eine reinhaue.“ (D/155-156)

8.3.3.3 Bewältigung schwieriger Situationen

Die Bewältigung schwieriger Situationen im Leben lässt sich ambivalent beschreiben, da die KlientInnen diese zum Großteil durch Eigeninitiative bewältigten, z. B. indem sie sich zu einem Entzug entschieden haben, Gedanken an die Mutter im Sinne eines Vorbildes gefasst haben, Hilfe organisiert (Einlieferung Psychiatrie, Entscheidung zum Entzug) und darüber gesprochen haben, vor Handlungen nachgedacht bzw. abgewartet wurde oder auch Strategien entwickelt wurden (einen kühlen Kopf bewahren). Soziale Kontakte wurden auch einige Male als Bewältigungshilfe angemerkt, unter anderem die Schwester, Bekannte und die Großmutter. Einzelnen KlientInnen fiel es schwer, mit schwierigen Situationen umzugehen. Sie hätten sich zum Teil durch rohe Gewalt gewehrt oder seien nicht in der Lage gewesen, Situationen zu bewältigen. In diesen Fällen sei die Droge die

Hilfe zur Bewältigung gewesen: „Schwierig, gar nicht. Ich bin wieder rückfällig geworden, oder habe immer wieder zu Drogen gegriffen.“(J/129-130)

„Kaum bin ich bei der Tür zuhause hineingegangen, ist wieder der Schalter geflogen, ich weiß einfach nicht, was da los ist mit mir. (...) Ich weiß nichts anzufangen mit mir alleine.“(F/172-174)

Aktuelles Bewältigungsverhalten, welches von den geltenden normativen Mustern der Sozialintegration abweicht, hat immer auch eine subjektive, sozialintegrative Absicht (vgl. Böhnisch 2012: 57ff.). Wenn sich ein/eine KlientIn in einer schwierigen, „multikomplexen“ Situation befindet, kann der Einsatz/die Nutzung der „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ auf der Basis einer mehrdimensionalen Problem- und Bedingungsanalyse als Mehrebenen-Diagnostik besonders hilfreich sein. Es werden individuelle (personenintern) sowie umfeldbezogene (personenextern) Stressoren/Belastungen/Defizite sowie Stärken/Ressourcen/protective Faktoren beleuchtet (vgl. Pauls 2013: 242f.).

8.3.3.4 Veränderter Umgang mit schwierigen Situationen und Konflikten

Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen kann besser mit schwierigen Situationen und Konflikten umgehen, indem sie beispielsweise das Bedürfnis verspüren, Konflikte zu klären, ruhiger damit umgehen können und darüber nachdenken, längere Gespräche führen, besser über Probleme mit den Bezugspersonen sprechen können, eine bessere Aggressionskontrolle haben, Unterstützung von anderen Personen annehmen können, besser zuhören können und weniger egoistisch sind. Es ist ein Zugewinn an Resilienzfähigkeit und der Komponente der Handhabbarkeit (SOC) feststellbar.

Eine Person gibt an, dass sie den Umgang erst erlernen müsse. Einige erklären, dass sie zwar mit Konflikten besser umgehen könnten, jedoch nicht mit schwierigen Situationen. Vereinzelt gibt es Personen, die nichts anders machen können als bisher. Sie fräßen den Ärger und die Wut in sich hinein, zögen sich total zurück oder hielten sich aus schwierigen Situationen heraus.

„Nein ich glaube nicht. Ich mache das immer noch gleich wie früher. Ich hoffe, ja, ja dass ich, komplett gleich wie früher mal sicher nicht. Also den Sachen aus dem Weg gehen und mich betäuben, also Drogen nehmen, das möchte ich sicher nicht mehr. Aber ich werde sicher was anderes suchen, was mich davon ablenkt, vielleicht keine Drogen, aber so eine Suchtverlagerung, vielleicht dass ich Sport mache oder so, ist positiver.“(H/147-152)

8.4 Soziales Umfeld

Die meisten InterviewpartnerInnen empfinden ihre Eltern als größte Hilfe und Unterstützung. Weitere Familienmitglieder, die vereinzelt genannt wurden, sind die kleine Schwester, der Bruder, Geschwister, Tante und auch Onkel sowie zwei Buben. Die Wenigsten zählen Freundschaften zu den sozialen Kontakten beziehungsweise es sind oftmals keine FreundInnen und KollegInnen vorhanden. Bezugnehmend auf die Kontakthäufigkeit gibt mehr als die Hälfte an, dass sie täglich bzw. alle zwei Tage Kontakt hätten, die Wenigsten geben an, dass sie eher selten Kontakt zu ihren Bezugspersonen hätten. Mehr als die Hälfte der KlientInnen vertraut darauf, dass sie auch zukünftig soziale Unterstützung erhalten werden. Einzelne sind sich diesbezüglich nicht sicher und eher vorsichtig. Vereinzelt kommt es auch vor, dass nur das Vertrauen hinsichtlich der Unterstützung durch die Familie gegeben ist, hinsichtlich der Unterstützung durch andere Menschen wird es schwer:

„Außerhalb von der Familie. Ich weiß nicht, sehr schwer mit dem Alter noch sowas finden, so einen richtigen Freund habe ich leider nicht, habe ich auch leider nie so einen richtigen tiefen Freund alleine gehabt, dem ich auch so vertraut hätte wie meiner Familie. Weiß ich nicht glaub ich nicht.“ (F/194-197)

Soziale Netzwerke haben große Bedeutung für Lebensführung und Lebensbewältigung. Netzwerke wirken sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden aus, Menschen orientieren sich an ihren täglichen Netzwerkbezügen (vgl. Weinhold, Nestmann 2012: 53). Menschen bilden für ihr Überleben soziale Systeme, mit und durch welche sie ihr Leben führen, um in diesen, unabhängig von der Form, integriert zu sein [systemtheoretische Sichtweise] (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 14f.). Das Finden von äußerer Unterstützung bzw. äußerem Halt ist für den Aufbau des Kohärenzgefühls bedeutsam (vgl. Schiffer 2007: 205).

Soziale Unterstützung wirkt sowohl gesundheitsfördernd als auch stressmindernd. Im Kontext der Klinischen Sozialarbeit geht es um die Stärkung des individuellen Immunsystems, Netzwerkintervention(en) und die Förderung sozialer Unterstützung.

Als Intervention kann die egozentrierte Netzwerkkarte, kooperativ mit dem/der KlientIn erstellt, zum Einsatz (gut geeignet ist die digitale Form, welche als erprobte Software „easyNWK“ im Internet zugänglich ist) kommen. Durch Ermittlung der Dichte des Netzwerkes, Anzahl der Personen in den unterschiedlichen Sektoren (Familie, FreundInnen, KollegInnen und professionelle HelferInnen) kann Aufschluss über die

Anzahl der Kontakte gewonnen werden sowie die Nähe/Distanz jener zur Ankerperson (vgl. Pantucek 2012: 189-202).

Es eignet sich besonders für das Setting der stationären Langzeitsuchttherapie, da diese Form der sozialen Diagnostik zu Beginn, während und gegen Ende der Betreuung angewendet werden kann. Veränderungen und Interventionen können in der Einzelbetreuung gemeinsam besprochen und geplant werden.

Bei der Erstellung der Netzwerkkarte sollte parallel ein Reflexionsgespräch, im Sinne von Pauls (2013: 222), über die subjektive Bedeutung und Bewertung der Beziehungen im Netzwerk stattfinden, denn objektive Daten gestatten keine Aussage darüber, wie ein/e KlientIn die Faktoren wahrnimmt. Ein Netzwerk kann nicht automatisch mit einem „sozialen Stützsystem“ gleichgesetzt werden. Es sind diejenigen Personen herauszufiltern, die für die KlientInnen hilfreich und unterstützend sind (vgl. ebd. 318).

Da die wenigsten KlientInnen in dieser Forschungsarbeit über freundschaftliche und kollegiale Kontakte verfügen, können sich Interventionen vor allem auf den Ausbau sozialer Unterstützung, im Sinne der Resilienz- und Kohärenzförderung, beziehen. Konkret können Bekanntschafts- und Freundschaftsbeziehungen durch den Beitritt zu Vereinen (z. B. Sportvereine), über die Erschließung von Nachbetreuungseinrichtungen oder auch über die Gewinnung einer sinngebenden Beschäftigung (Ehrenamt, Teilzeit, Vollzeit etc.) aufgebaut werden. Vereinzelt geben KlientInnen an, dass sie eher selten Kontakt zu ihren Bezugspersonen hätten. Angehörigengespräche können eine Form der Intervention darstellen, in diesem Zusammenhang auch die Aufarbeitung der möglichen, dem Kontaktmangel zugrunde liegenden Konflikte, welche ggf. auch zur Entwicklung der Suchterkrankung beigetragen haben. Dem Erklärungswissen erschließend steht die Interventionsplanung vor dem Hintergrund, dass die frühkindliche Situation (Broken-home- Situation oder ein überbehütetes Elternhaus) der Einfluss der Peergroup im Jugendalter sowie die Vermeidung von Kontakten und zwischenmenschlichen Beziehungen in der Phase des Suchtmittelkonsums (vgl. Haller 2007: 51ff.) den Auf- und Ausbau von sozialen Beziehungen beeinflussen und dass frühere (negative) Erfahrungen das aktuelle Verhalten beeinflussen können, wobei dies im Sinne einer biografischen Aufarbeitung im Einzelfall beleuchtet werden soll. Im Zuge der Bezugsbetreuung kann sich die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung auch positiv auf die KlientInnen auswirken, ggf. auch auf die zukünftige Bewertung von Beziehungen sowie auch die Kontakte innerhalb der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft.

Die Süchtigkeit wird meist der Person selbst zugerechnet, die Umgebung, welche zur Entwicklung der Erkrankung beiträgt, wird selten pathologisiert. Suchtkranke werden

[besonders häufig im Kontext der stationären Therapie] oft in die gleiche Umgebung entlassen, welche die Entstehung der Sucht überhaupt erst möglich gemacht hat (vgl. Bell 2015: 51), was als problematisch zu bewerten ist. Nicht nur die KlientInnen selbst, sondern auch deren Umfeld (Familie, Freunde, PartnerInnen) leidet unter den Folgen der Suchterkrankung. Die systemische Perspektive ist für die Klinische Sozialarbeit essentiell, da das Umfeld (die Umwelt) die Person beeinflusst und umgekehrt (Person-in-Environment-Ansatz). Die Erstellung der PIE-Klassifikation kann Aufschluss über soziale Rollen einer Person geben.

8.5 Kommunikation

Diese Hauptkategorie bezieht sich auf das Ausmaß, inwiefern die KlientInnen ein Gefühl von Verständnis (SOC) haben und wie sie mit dem Ansprechen von unangenehmen Gefühlen umgehen.

8.5.1 Gefühl von Verständnis

Die Wenigsten fühlen sich immer verstanden, wenn sie mit anderen Menschen kommunizieren. Besonders häufig berichten die KlientInnen davon, dass sie sich nicht sicher seien, ob die richtige Information beim Gegenüber ankomme. Die unterschiedliche Einstellung kann zu Divergenzen im Kontext der Kommunikation führen, des Weiteren fühlen sich die Befragten oft nicht ernst genommen. Knapp die Hälfte fühlt sich, aufgrund einer falschen Ausdrucksweise, undeutlichem oder leisem Sprechen, Nichtbeachtung oder Verheimlichung von wichtigen Informationen (um nicht die ganze Wahrheit von sich preis zu geben), weniger verstanden.

„Bei dem Wurr Wurr das ich zusammenrede nicht. (...) ich rede selber oft teilweise so viele Widersprüche in sich, wo ich erst beim Reden drauf komme, dass das eigentlich kompletter Blödsinn ist. (...) ich bin komplett verwirrt.“ (F/200-202)

Es zeigt sich, dass KlientInnen oft unsicher sind, wenn sie mit anderen kommunizieren (→ Selbstunsicherheit).

Um soziale Handlungen, welche sich in sozialen Kontexten ereignen, koordinieren zu können, bedarf es der Ausbildung von Kommunikations-, Bedeutungs- und Handlungsstrukturen [SOC] (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 48f.). Für die Ausbildung dieser Strukturen eignet sich die stationäre Therapie, da es sehr viele Gruppenangebote gibt, in

denen v. a. die Kommunikationsfähigkeit sowie Selbstunsicherheit bearbeitet werden können.

8.5.2 Ansprechen von unangenehmen Gefühlen

Den wenigsten KlientInnen fällt es leicht, über unangenehme Gefühle zu sprechen. Mehr als die Hälfte tut sich nun leichter, über unangenehme Gefühle zu sprechen. Seit Therapiebeginn gibt es diesbezüglich eine Verbesserung, wobei aber auch das Gesprächsthema und die Person beeinflussen, inwiefern sich eine Person öffnen kann. Aufgrund von mangelndem Vertrauen in andere fällt es einigen InterviewpartnerInnen sehr schwer, über unangenehme Gefühle zu sprechen: „Ich habe gelernt, dass ich mit den Gefühlen selber umgehen muss. Ich habe nie jemanden gehabt eigentlich. So richtig.“ (C/216-217) „Weil das ein Zeichen von Schwäche ist und ich nicht gerne Schwäche von mir preis gebe.“ (E/122-123)

8.6 Affektu-sensomotorische Erfahrungen

Wenn KlientInnen über wenige affektu-sensomotorische Vorerfahrungen verfügen (= leibhaftige Welterfahrung mit allen Sinnen, Gefühlen und auch Bewegungssinnen), dann sind sie, um etwas zu spüren, auf aktuelle Außenreize angewiesen, z. B. dient die Nahrungsaufnahme nur mehr dazu, dass wir uns spüren, und nicht mehr allein der Sättigung. Dieses Schema ist zu vergleichen mit diversen anderen Unternehmungen, die intensive Außenreize mit sich bringen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang der Genuss legaler und illegaler Suchtmittel (vgl. Schiffer 2007: 202f.).

8.6.1 Nachgehen von Freizeitaktivitäten und Hobbies & Veränderung seit Therapie

Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen erzählt, dass sie häufig Freizeitaktivitäten wie Kinobesuche und Sportaktivitäten wie Radfahren, Joggen, Spazieren gehen (mit und ohne Hund) und Tennis/Fußball spiele, nachgehe. „Die letzten fünfzehn Jahre gar nichts. Und jetzt (...) freut mich auch alles wieder, wenn ich etwas mitmache.“ (F/209-210) Einzelne Personen geben an, dass sie außerhalb der Therapiestation Aktivitäten nachgingen, jedoch innerhalb der Therapiestation kein Interesse hätten. Des Weiteren wird auch angemerkt, dass weder Freizeitaktivitäten noch Hobbies innerhalb und außerhalb der Therapiestation nachgegangen werde.

Etliche KlientInnen beschreiben bezugnehmend auf ihr Freizeit- und Hobbyverhalten keine Veränderung seit Therapiebeginn. Mögliche Gründe sind Faulheit, Unzufriedenheit, Wetterbedingungen und mangelnde Motivation.

Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen fühlt sich aktiver, betreibt mehr Sport, führt längere Spaziergänge mit den Hunden, empfindet mehr Lust und nimmt öfter an Freizeitaktivitäten teil: „Ja das hat sich alles geändert das habe ich alles nicht gemacht. Das habe ich alles nicht gemacht in meiner Sucht, da war ich nur zu Hause.“ (J/160-161)

„Ballspielarte, oder an der Natur oder mir taugt es jetzt auch wieder unter Menschen zu gehen. Das schauen einfach und so – ja, ein paar neue Sachen habe ich entdeckt. Oder zum Beispiel (...) ich tue sehr viel nachschlagen im Wikipedia und so, das hätte ich vorher nie getan.“ (F/214-217)

8.6.2 Verlangen nach Ablenkung, Bewegung und Kreativität

Die Wenigsten verspüren kein Verlangen nach Ablenkung, Bewegung oder Kreativität. Als mögliche Erklärung wird dargelegt, dass dieses Verlangen unter dem Einfluss von Drogen, im Gegensatz zur heutigen Situation, schon vorhanden gewesen sei.

Besonders häufig erzählen die KlientInnen, dass ein Verlangen vorhanden gewesen sei, welches sich in Form von Sport, Musik machen und hören, lesen, Interesse an Mode, Perlenbänder flechten, Langeweile sowie Empfinden eines erdrückenden Gefühls mit dem Drang, hinauszugehen, äußere.

„Ich möchte immer gerne irgendwas machen, ob es jetzt mit Ton arbeiten ist oder irgendwas weißt eh, oder was basteln, aber dann weiß ich nicht was, also ich möchte das sehr gern. (...) aber mir fehlt dann immer der letzte Dings, dass ich es anfangen.“ (F/219-222)

8.6.3 Suche nach äußeren Reizen und Sensationen, Äußerung & Veränderung seit Therapie

Ziemlich viele InterviewpartnerInnen geben an, dass sie ständig auf der Suche nach äußeren Reizen und Sensationen seien. Dies habe sich seit Beginn der Therapie auch verändert, da unter anderem der normale Tagesablauf zu langweilig sei, darauf gewartet werde, dass etwas Spannendes passiere, ein Diebstahl begangen worden sei, um einen Kick, Adrenalinschub und Angstgefühl zu erleben, Neues entdeckt werden wolle, Sensationen durch Medien erfahren würden, oder auch eine Suchtverlagerung durch übermäßiges Shoppen (Belohnungssystem) erreicht worden sei. „Wenn ich irgendetwas sehe, was gefährlich ist, möchte ich es unbedingt machen. Dann will ich es ausprobieren.“ (E/143-144)

„Das ist belohnen, wobei es immer noch gescheiter ist, etwas zu kaufen als schnell einen trinken und du hast nichts davon. Von einem Gewand hast du wenigstens was.“ (D/222-224)

Nicht selten wird auch argumentiert, dass es keine Suche nach äußeren Reizen und Sensationen gebe und dass es diesbezüglich auch keine Veränderung gebe. Begründet wird dies unter anderem durch die Suche nach sich selbst und dass die Person leicht zu unterhalten sei.

Aus einer salutogenetischen Perspektive heraus betrachtet bedeutet dies, dass, je mehr affektu-sensumotorische Vorerfahrungen zuvor spielerisch gemacht wurden, umso lebendiger die Phantasie und umso reicher das Innenleben eines Menschen sind. Um etwas zu erleben, bedarf es keiner ständigen neuen äußeren Reize und Sensationen. KlientInnen verfügen über eine lebendige Phantasie, da sie sich das, was sie für ihr Vergnügen brauchen, selbst „zaubern“ können (vgl. Schiffer 2007: 202f.). Mahler (2012: 63f.) deutet an, dass Risikokonsum bzw. Risikoverhalten im Kontext der Sensationssuche stünden.

8.6.4 Veränderung von Phantasie und Vorstellungsvermögen

Hinsichtlich der Veränderung von Phantasie und Vorstellungsvermögen seit Therapiebeginn wird besonders häufig erwähnt, dass es positive Erfahrungen gegeben habe. Die KlientInnen können sich unter anderem nun vorstellen, wieder arbeiten zu gehen, die Denkweise sei realistischer und nicht mehr so größenwahnsinnig, sie seien vereinzelt zielstrebig geworden, verfolgten Pläne, Ideen und Inspirationen. Sie dächten viel an die Zukunft, könnten sich ein Leben ohne Sucht nun vorstellen (Umdenkprozess hat stattgefunden) und auch der Erlebnisfaktor spiele eine wichtige Rolle (Urlaube).

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen erzählt, dass es seit Therapiebeginn keine Veränderung gegeben habe. Hier wird vor allem auf die Phantasie Bezug genommen, welche laut Aussagen der KlientInnen immer schon vorhanden gewesen sei oder auch nie vorhanden gewesen sei, sowie auch das Vorstellungsvermögen, das sich auch nicht herausgebildet habe.

„Ja ich merke schon, dass mein Hirn nicht mehr so funktionsfähig ist wie es einmal war. Und die Phantasie ist auch nicht mehr so blühend wie sie einmal war (...).“ (F/228-230)

8.6.5 Spaßempfinden und Veränderung seit Therapie

Mehr als die Hälfte der KlientInnen berichtet über eine positive Veränderung hinsichtlich ihres Spaßempfindens seit Beginn der stationären Therapie. Unter anderem wird angemerkt, dass der/die KlientIn mehr lachen könne, dass sie einen schwarzen Humor besäßen, dass das Spaßempfinden wieder neu gelernt worden sei und dass unter anderem Humor als Bewältigungsstrategie eingesetzt werde, um Aggressionen zu bewältigen. Ein erheblich großer Anteil der KlientInnen erlebt keine Veränderung, sie seien vereinzelt vorsichtiger gegenüber Mitmenschen in puncto Spaß, einige glaubten nur, unter dem Einfluss von Drogen Spaß haben zu können, wenige finden sich selbst trocken und fad, könnten nicht herzhaft lachen und hätten vereinzelt auch nie Spaß.

Wolter beschreibt, dass es Humor als Eigenschaft bedürfe, um Widerstandskraft zu erlernen (vgl. Wolter 2005: 300f.). Je nach Ausprägung der professionellen Beziehung zwischen Klinischer/m SozialarbeiterIn sollte Humor in die Betreuung miteinfließen, da man in dieser Position häufig mit schwierigen und ernsten Situationen konfrontiert ist.

8.7 Selbstwert, Selbstbild und Selbstvertrauen

Diese Hauptkategorie betrachtet, ob und inwiefern die KlientInnen auf ihr eigenes Leben stolz sind, ob sie selbstkritisch sind bzw. ob dies auch bis zu Selbstvorwürfen geht und des Weiteren über welche individuellen Stärken sie verfügen.

8.7.1 Stolz in Bezug auf eigenes Leben

Bei der Beantwortung der Frage haben die KlientInnen besonders häufig sehr emotional reagiert, sodass sie den Tränen nahestanden. Trotz dieser Situation konnten alle InterviewpartnerInnen etwas in ihrem Leben benennen, auf das sie stolz sind. Unter anderem werden der gelungene Schulabschluss trotz Einfluss von Drogen, die Abstinenz, der Entzug, die eigens gegründete Band, das Erreichen der aktuellen Lebenssituation, der aktuelle Erfolg, die Verbesserung des Äußerlichen sowie das Erreichen der Lehrabschlussprüfung genannt. Eine Person gibt an, dass sie nichts bereue und die Sucht als einen vergangenen Lebensabschnitt betrachtet.

„Ja, das sind jetzt keine großen Sachen, aber ich finde es schon super, dass ich zum Beispiel nicht mehr auf der Straße hocke, dass ich die ganzen flüchtigen Kontakte abgebrochen habe, dass ich einen Lehrabschluss habe. Dass ich noch einen guten Kontakt zu meiner Familie habe, vielleicht hängt das nicht von mir ab

aber. Ja, ich bin auf mich selbst auch ein bisschen stolz, dass ich die Entscheidung getroffen habe, da herzugehen.“ (H/198-203)

„Ich habe nie aufgegeben, ich habe immer gekämpft, ich war Gefängnis, ich war, habe schon viel erlebt, war tagelang unterwegs, Drogen und Krankenhaus etc. und ja, ich stehe immer noch da und kämpfe immer noch weiter, und ich glaube irgendwann, dass ich endlich einmal glücklich werden kann.“ (J/183-186)

Auffallend ist, dass es vereinzelt vorkommt, dass die KlientInnen kaum auf sich selbst, sondern auf Bezugspersonen in ihrem Leben stolz sind, unter anderem auf die Mutter, die Familie, die Söhne, die Tochter, die Schwester, die immer abstinent gewesen ist sowie auf den Hund.

Wenn der Eigensinn im schöpferischen Gestalten und die Eigendarstellungsweise nicht geachtet werden, dann können daraus Beschämungen resultieren. Auf Dauer kann aus den Beschämungen Selbstverachtung entstehen und diese kann sich durch Rauschmittel lösen. Deshalb muss Beschämung präventiv vermieden werden und aus salutogenetischer Perspektive muss ein starkes Selbstwertgefühl gefördert werden. Damit das Rauschmittel nicht dazu benötigt wird, sich bzgl. des Selbstwert- bzw. des Selbstunwertgefühls zu verändern (vgl. Schiffer 2007: 211). Im Sinne der Resilienzförderung ist es essentiell innerhalb der Einzelbetreuung die Akzeptanz der Lebenssituation herauszuarbeiten. Des Weiteren ist es wichtig, dass die KlientInnen die Opferrolle verlassen können (vgl. Rampe 2014: 14ff.).

8.7.2 Selbstkritik und Selbstvorwürfe

Besonders häufig geben die KlientInnen an, dass sie sehr selbstkritisch seien. Dies äußere sich unter anderem durch Unzufriedenheit, durch das Begehen von Fehlern, Selbstunzufriedenheit (wenn Dinge nicht gut genug gemacht werden), nach Lob oder dem bewussten Machen von Fehlern.

„Ich denke mir oft, wenn jemand sagt, das hast du eh schon gut gemacht, dann denke ich mir ja, das ist ja, dass das normal ist und dass es nichts Besonderes ist, und andere sind noch ärmer und müssen noch mehr.“(F/242-245)

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen leidet unter Selbstvorwürfen, vor allem sich und der Mutter gegenüber, weil die Person nicht den richtigen Weg gefunden hat oder weil eine Person sich selbst nicht für wichtig genommen hat und deshalb auch selbstzerstörerisch ist.

„Ja, mich nervt das schon, warum ich das gemacht habe, und ich denke halt erst jetzt darüber nach, keine Ahnung. Wo wäre ich jetzt, wenn ich das alles nicht gemacht hätte?“(A/196-198)

8.7.3 Individuelle Stärken

Die meisten KlientInnen können einige individuelle Stärken benennen, zum Beispiel die Fähigkeit, sich gut unterhalten zu können. Etliche beschreiben sich als höflich, dynamisch, erfolgreich, ehrgeizig, freundlich oder auch hilfsbereit. Vereinzelt zählt Teamfähigkeit zu den individuellen Stärken. Ein Klient gibt an, dass er über keine individuellen Stärken verfüge:

„Ich habe keine Stärken. Weil ich sehe das oft bei anderen, dass sie das oft können, und ich mache mir oft Gedanken, was kann denn ich eigentlich gut? Und da fällt mir eigentlich gar nichts auf, vielleicht kommt das erst noch. Das ist komisch, ich kann wirklich nichts gut.“ (H/218-221)

Bezugnehmend auf die Hauptkategorie Selbstwert, Selbstbild und Selbstvertrauen wurde gezielt nach den individuellen Stärken anstatt den individuellen Schwächen gefragt, um die Fokussierung auf Ressourcen, bezugnehmend auf Resilienz und Kohärenz, hervorzuheben.

8.8 Lebenssinn und Zukunftsorientierung

Nachstehend wird angeführt, was den KlientInnen Halt im Leben gibt und was ihnen als besonders wichtig erscheint. Des Weiteren wird hervorgehoben, welche Ziele und Wünsche sie für ihre Zukunft haben.

8.8.1 Halt und Wichtigkeit im Leben

Die Antworten der KlientInnen ließen es zu, bezugnehmend auf den Halt und die Wichtigkeit im Leben, zwischen inneren und äußeren Faktoren zu unterscheiden, wobei angemerkt werden muss, dass sich diese gegenseitig beeinflussen (PIE).

Äußere Faktoren, die Halt im Leben geben und als wichtig erscheinen, werden von mehr als der Hälfte der KlientInnen benannt. Hierzu zählen die Familie (mitunter der Wunsch, ihnen Kraft zurückzugeben), insbesondere die Eltern, der Bruder, Vater, Mutter und Tochter, die Kinder, die Freunde, ein Zuhause (welches ein Gefühl von Sicherheit vermitteln soll), eine Freundin (jemanden, um den man sich kümmern kann), der/die

Hund/Hündin, eine geregelte Arbeit sowie eine Regelung bezüglich Rückzahlung der Schulden. „Mein Vater wäre komplett zerstört wenn ich mich jetzt selber wegdrehe. Der wäre, das könnte ich ihm nie antun. Oder meinen Kindern das könnte ich gar nicht.“ (D/277-279) Innere Faktoren, wie der Glaube an ein drogenfreies Leben, der Glaube an sich selbst und die Hoffnung, den richtigen Weg einzuschlagen, werden nicht selten erwähnt.

Antonovsky betont den emotionalen Aspekt der Bedeutsamkeit von Ereignissen im Leben. Zumindest einige der gestellten Probleme und Anforderungen im Leben sind es wert, dass Energie in sie investiert wird und sich eine Person dafür einsetzt (vgl. Antonovsky 1997: 34ff.). Das Antwortverhalten der KlientInnen zeigt, dass äußere soziale Faktoren öfter genannt wurden, dies hebt die Bedeutung der sozialen Beziehungen hervor.

8.8.2 Ziele & Wünsche für die Zukunft

Etliche KlientInnen erzählen, dass sie gerne ihr eigenes Geld verdienen würden, indem sie einen Job finden, vereinzelt wird auch eine höhere Position gewünscht. Eine Person hofft, dass die Schulden reguliert würden. Einige KlientInnen wünschen sich eine positive Veränderung hinsichtlich ihrer sozialen Kontakte, unter anderem eine Freundin, eine eigene Familie (beschrieben wird auch der Wunsch nach einem normalen Familienleben) und sie möchten neue Leute kennenlernen, sich ein neues Leben mit einem neuen Umfeld aufbauen und das alte hinter sich lassen.

„Ja, nüchtern durchs Leben zu gehen und ja, Freude haben an dem was ich mache, egal ob es jetzt Arbeit ist, eine neue Partnerschaft. Ja ein ausgeglichenes Leben, immer Spaß und actionreich, ein bisschen verrückt.“(I/164.166)

Geregelte Wohnverhältnisse zählen ebenfalls zu Zielen und Wünschen für die Zukunft. Ziemlich viele wünschen sich eine eigene Wohnung oder ein Haus und der Wunsch nach einem kleinen Auto wird ebenfalls angesprochen.

„Ich möchte auf alle Fälle da jetzt eine Wohnung, Hobby, einen geregelten Tagesablauf möchte ich auf alle Fälle, und ich möchte mit meiner Tochter viel Zeit verbringen, aber das weiß ich jetzt noch nicht, wie das laufen kann. Und wenn sie die Schule fertig hat, dass sie dann bei mir wohnt. Das wäre mein Ziel, oder sagen wir mein Traum.“(F/260-264)

Eine Person erklärt, dass sie noch in der Zielfindung sei. Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen wünscht sich für die Zukunft ein abstinentes Leben (Stabilität),

wobei manche über einen kontrollierten Konsum nachdenken. Der Wunsch nach einer geregelten Substitution nach der Therapie wird vereinzelt genannt.

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung der Zielerreichung beschreiben ziemlich viele KlientInnen, dass sie nicht aufgeben, bis die Ziele erreicht seien: „Du kannst ja nicht wegen jedem Scheiß gleich die Flinte ins Korn werfen, das tut man nicht.“ (D/110-111) Nicht selten komme es vor, dass leichte Ziele besser erreicht würden. Wenn sie keinen Sinn mehr hätten, würden sie irgendwann aufgeben.

„Wenn man schwer süchtig ist, dann kann man seine Ziele nicht so verwirklichen dann lebt man ja in einer, in einer Illusion und jetzt Ziele verwirklichen wird sicher nicht einfach.“ (J/56-58)

Eine geringe Anzahl gibt an, dass Ziele mit Aufwand nicht erreicht würden, mit der Zeit gäben sie dann auf:

„Ich bin leider überhaupt nicht ehrgeizig, und ich bin auch sehr faul, dass ich mir überhaupt Ziele setze. Ich habe kein Ziel. Also außer, dass ich das jetzt überstehe und abstinent bleibe, na gut das sind eh schon Ziele.“ (F/86-89)

Zander (2009: 12) postuliert, dass es sich hinsichtlich des Resilienzaufbaus um eine Herangehensweise handelt, welche die Stärken von Personen hervorhebt, also die sozialen und personalen Ressourcen. Der Fokus liegt hierbei auf der Sichtweise, dass es Menschen aufgrund ihrer eigenen Kraft (interne Schutzfaktoren) und äußerer Unterstützung (externe Schutzfaktoren) möglich ist, trotz schwierigen und belastenden Lebenssituationen ihre Integrität zu bewältigen/bewahren. Je mehr sinnhafte Erfahrungen, desto stärker entwickelt sich das Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997: 16).

Die KlientInnen können zwar konkrete Ziele benennen, dies gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, wie Probleme gelöst werden könnten (mangelnde Problemlösefähigkeit). Da Menschen, im Sinne der Aktualisierungstendenz (Rogers), versuchen, ihre Ziele und Entwicklungen zu entfalten und zu verwirklichen, stellt die Zielerreichungsanalyse als Intervention Klinischer Sozialarbeit ein gut einsetzbares Verfahren dar:

Das Konzept der ZEA ist ein Modell, welches eine exakte Messung von IST- und SOLL-Zustand realisieren kann. Es zeichnet sich durch partizipative Elemente aus, der/die KlientIn kann selbst eine Einschätzung der individuellen Situation und den Grad der Zielerreichung vorgeben (vgl. Pauls, Reicherts 2010: 8). Der/die KlientIn hat eine explizite Möglichkeit zur Mitwirkung bei der Planung, Durchführung und Bewertung der Hilfe (vgl. ebd.:12). Es handelt sich um ein evidenzbasiertes Verfahren, welches in den 1990er-

Jahren entwickelt wurde. Es ist gekennzeichnet durch die Erarbeitung von konkreten Veränderungszielen, dem Prozess der Steuerung der Zielerreichung und der abschließenden Evaluation (vgl. ebd.: 10). Es gibt insgesamt 100 Punkte und die Ziele werden gewichtet. Die Bewertung nimmt immer Bezug zur Anfangssituation. Die Erreichung des Zustandes wird mittels Prozentangabe bewertet (vgl. ebd.: 35f.). KlientInnen empfinden oft Hilflosigkeit, sie sind häufig ohne Ziele und ohne Hoffnung. Wichtig ist die Wiederherstellung von Autonomie, Gesundheit, Orientierung, ein Gefühl von persönlicher Gestaltungskraft und Wirkung [Resilienz] sowie Kontrolle über das eigene Leben. Es geht um die partizipative Beteiligung an einem salutogenetischen Veränderungsprozess (vgl. ebd.: 13). Im Sinne des SOCs kann ein Sinnzuwachs dadurch entstehen, dass die Chance positiver Entwicklungen erkannt werden, wenn sich eine Person in einer Belastungssituation befindet (vgl. Mahler 2012: 45).

8.9 Stationäre Therapie + professionelle Unterstützung

In Bezug auf eine zielgerichtete Behandlung und Beratung im Kontext des Lebensführungssystems eines/r Klient/in ist es notwendig, die Funktionsweise sowie Zusammenhänge eines sozialen Systems [stationäre Therapie] zu verstehen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 291). Diese Hauptkategorie gibt Aufschluss darüber, was für den besseren Umgang mit der Suchterkrankung hilfreich war, wie die KlientInnen das Hilfsangebot beurteilen, ob es eine Betreuungsperson mit besonderer Bedeutung gibt, was sich seit Beginn der Therapie für sie verändert hat, wie sie aktuell mit ihrer Suchterkrankung umgehen und welche Unterstützung vor Therapieabschluss aus ihrer Sicht notwendig ist.

8.9.1 Hilfe und Unterstützung für besseren Umgang mit Suchterkrankung

Die InterviewpartnerInnen beschreiben in dieser Subkategorie, welche Art von Hilfe und Unterstützung ihnen für einen besseren Umgang mit der Suchterkrankung geholfen habe. „Dass ich trotz Rückfällen und so weiter die Chance doch wieder bekommen habe, zum dableiben. Und die Rückfälle waren jetzt eh im Nachhinein alle sinnlos.“ (A/220-221) Knapp die Hälfte beschreibt die Gespräche, vor allem mit der Betreuerin bzw. der Einzeltherapeutin, als besonders hilfreich. Zu den hilfreichen Gesprächen zählten auch die Gruppengespräche, vereinzelt wurde die Rückfallprophylaxe angeführt.

Die Therapiestation selbst stellt für etliche eine Stütze dar. Genannt wurden diesbezüglich unter anderem die Abstinenz, der geschützte Rahmen, der geregelte Tagesablauf, sowie vereinzelt auch, dass der Zugriff zu Medikamenten verweigert worden sei und dass Klarheit über die eigene Abhängigkeit vermittelt worden sei. „Auf jeden Fall die Einzeltherapie, die Zeit, die Regeln, die ich hasse, aber die was bringen“. (I/169-170)

Ablenkung stellt für viele eine Unterstützung dar, in Form von den angebotenen Freizeitaktivitäten, die mit PraktikantInnen durchgeführt werden, Arbeitstherapie sowie Beschäftigung. Der Wechsel des Umfeldes und das Zusammenhelfen in der Therapiestation mit den MitklientInnen (z. B. gemeinsames Kochen) werden von Einzelnen als Hilfe wahrgenommen.

Durch die Festlegung eines Arbeitsbündnisses zu Beginn der Betreuung kann dem/der KlientIn vermittelt werden, dass die Fachkraft an sie glaubt und Vertrauen in ihre Selbstheilungskräfte setzt. Arbeitsbeziehung zum/zur klinischen SozialarbeiterIn kann ein Wirksamkeitsfaktor auf dem Weg zur „Heilung“ sein (vgl. Kuntz 2007:137). Im Anhang (Kap. 13.4) ist eine Vorlage für ein mögliches Arbeitsbündnis angeführt. Es handelt sich um eine eigens modifizierte Form für die stationäre Therapie, welche sich inhaltlich stark an dem Mustervertrag von Kuntz (2007: 141ff.) orientiert.

8.9.2 Beurteilung des Hilfsangebotes

Knapp die Hälfte der InterviewpartnerInnen beurteilt das Hilfsangebot als gut bis sehr gut. Unter anderem erzählen sie, dass sie gelernt hätten, den Alltag wieder zu gestalten, Vertrauen zu Menschen aufzubauen sowie ausreichend Ablenkungsmöglichkeiten (Freizeitangebot) sowie Unterstützung vorhanden seien. Besonders häufig beurteilen die KlientInnen das Angebot als mittelmäßig und schlagen in diesem Zusammenhang einige Verbesserungsvorschläge vor. Vereinzelt wird das mangelnde Ablenkungsangebot kritisiert, es besteht z. B. der Wunsch nach mehr Sportgeräten. Hinsichtlich der Betreuung kommt es vereinzelt vor, dass die Kompetenz mancher BetreuerInnen angezweifelt wird:

*„Ja, ich finde halt, dass sich zu wenig um die Leute gekümmert wird. Also eh nicht bei allen kann man eh nicht verallgemeinern. Aber die mehreren sitzen halt mehr drinnen, die müssen nur schriftliche (...) bürokratische Sachen machen und da steht sowas im Vordergrund und nicht die Leute und das finde ich extrem schade.“
(F/276-279)*

Stationäre Settings [Tertiärprävention] sind geeignete Räume, durch welche KlientInnen die Übernahme der Selbstverantwortung und sozialer Verantwortung lernen, im Sinne von „alltagsnahen Übungssequenzen mit ausreichender Beziehungsresonanz“, um Misserfolge zu bewältigen (vgl. Mahler 2012: 76). Der Autor (ebd.: 9) deutet die ressourcenorientierte Suchtarbeit als Versuch, für ein gelingendes Leben der Süchtigen einzutreten, „ohne dabei jedoch die Sucht als lebensbedrohliche Dynamik des menschlichen Verhaltens zu bagatellisieren.“

Hinsichtlich der Qualitätssicherung kann es in einem festgelegten Intervall (z. B. alle zwei Monate) zur Bewertung im Sinne einer Selbsteinschätzung der Maßnahmen kommen. Als Verfahren eignet sich z. B. der STRUPP-Fragebogen nach Strupp, Wallach & Wogan (1964), welcher besonders auf die Bewertung der Sitzungen/Gespräche Bezug nimmt. Pauls und Reicherts haben den Fragebogen modifiziert und erweitert.¹⁶

8.9.3 Betreuungsperson mit besonderer Bedeutung

Mehrere KlientInnen geben an, dass sie eine Betreuungsperson hätten, die eine besondere Bedeutung für ihn/sie habe. Vereinzelt wird angegeben, dass zur Einzeltherapeutin ein anderes Verhältnis bestehe. In diesem Setting unterliegt die Einzeltherapeutin der Verschwiegenheitspflicht, sie ist Honorarkraft und zählt nicht zum Team. Vereinzelt erzählen die KlientInnen, dass es zwei Betreuerinnen gebe, die von Bedeutung für sie seien: „Weil sie doch unter Anführungszeichen menschlicher sind, also die sehen den Klienten nicht so, dass der eine geht und ein neuer wieder kommt.“ (A/227-278) Nicht so selten wird angegeben, dass alle Betreuungspersonen gleich wichtig seien und versucht werde, sich mit allen gut zu verstehen. „Solange ich Therapie bin, also, haben sie sicher eine Bedeutung, aber wenn ich weg bin, ist mir das eigentlich egal.“ (H/243-245)

Im besten Fall sind langfristige Beziehungsangebote präsent [Bezugsbetreuung], vor allem stationäre Langzeitangebote bieten die Möglichkeit des Aufbaus supportiver sozialer Strukturen sowie eines gemeinschaftlich-partizipativen Lebensraums. Die Frage ist, ob das Angebot auch für die noch „offene Karriere“ des/der Süchtigen genutzt wird (vgl. Mahler 2012: 54). Sozialtherapeutische Drogenarbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit, welche das Ziel hat, KlientInnen zu befähigen, im Sinne der

¹⁶ Pauls H., Reicherts H. (1999): Empirische Forschung in der Gestalttherapie am Beispiel eines praxisorientierten Forschungsprojektes. In: Fuhr R., Sreckovic M., Gremmler-Fuhr M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 1137-1160.

Ressourcenorientierung eigene Entscheidungen zu treffen (vgl. ebd.: 183). Sommerfeld et al. (2011: o. J.) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Sicherheit vermittelnden HelferInnenbeziehung.

Wie bereits oben erwähnt, ist dies zugleich als Kritik an der stationären Therapieform zu sehen. Das Beziehungsangebot endet zum Ende der Therapie der zu betreuenden Person. Im besten Fall gibt es eine Nachbetreuung. In diesem Kontext ist keine durchgehende Fallführung im Sinne des Clinical Case Managements verfügbar, also kein/e professionelle/r HelferIn, die den/die Süchtige durch seine/ihre „Drogenkarriere“ hindurch begleitet.

Bezugnehmend auf die Unterstützung durch professionelle HelferInnen im Kontext des SOC, geht Antonovsky davon aus, dass Begegnungen innerhalb einer professionellen Beziehung [Betreuung, Beratung etc.] dazu führen könnten, dass der SOC-Wert eines Menschen ansteigt. Den Menschen kann ermöglicht werden, ihre Erfahrungen neu zu interpretieren, und sie können ihnen SOC-verbessernde Erfahrungen anbieten [z.B: Ressourcen ausfindig machen] (vgl. Antonovsky 1997: 119).

8.9.4 Veränderung seit Beginn der Therapie

Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen beschreibt eine Veränderung in Bezug auf die Suchthematik. Sie können sich ein Leben ohne Drogen vorstellen, sie fühlen sich nicht mehr von dem Mittel kontrolliert bzw. sie möchten Drogen für eine Zeit lang lassen. In diesem Zusammenhang geben etliche KlientInnen an, dass sie sich stabiler fühlten, da sie unter anderem jetzt von der Nadel weg seien, eine Umstellung der Substitution eingetreten sei und sich das Verlangen verringert habe. Hinsichtlich der Kommunikation erkennen einige KlientInnen eine Verbesserung, da sie besser auf Leute zugehen könnten, aufgeschlossener seien und über eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit verfügten. Vereinzelt kommt es vor, dass es eine Veränderung hinsichtlich der Lebensqualität gibt, mitunter fühlen sich einige fitter und agiler, sie empfinden mehr Freude und sehen nun alles positiv. Eine Person gibt an, dass die Eltern nun Stolz empfinden.

„Ja, eben jetzt sehe ich das voll als Chance und als Geschenk, dass es so etwas gibt eigentlich, dass man so etwas überhaupt möglich bekommt, weil sowas mit 2-3 Wochen Entzug, das kannst vergessen, man braucht eben die Zeit und natürlich auch die vielen Gespräche, die wir jetzt haben, das ist echt super.“ (I/182-185)

8.9.5 Aktueller Umgang mit der Suchterkrankung

Besonders häufig beschreiben die InterviewpartnerInnen, dass sie stabiler geworden seien. Die Denkweise über die Sucht habe sich verändert, es gebe keine positiven Gedanken an Drogen mehr. Das Verlangen sei von der ersten Stelle nach hinten gerutscht, des Weiteren gingen sie vereinzelt gut mit der Substitution um. Eine Person erklärt, dass sie nun ohne Probleme einkaufen gehen könne, da sie die Verfügbarkeit von Alkohol wegschalten könne. „Süchtig werde ich ein ganzes Leben lang bleiben, aber ich habe halt gelernt, damit umzugehen.“(G/203-204) „Ja, es ist ein stiller Begleiter, mein ganzes Leben lang.“ (I/199) Etliche KlientInnen geben an, dass sie nicht so gut mit ihrer Suchterkrankung umgingen, da sie vereinzelt hoch substituiert seien, Angst vor Rückfälligkeit hätten und noch darauf hofften, dass es zu einer Veränderung komme. „Ich will sie irgendwie verdrängen, dass ich süchtig bin, so auf die Art. Ich will es irgendwie hinten lassen, wie wenn das nie existiert hätte“ (A/232-233) „Ja schlecht. Es ist anstrengend, es belastet einen, es nimmt sehr viel Platz ein, man ist den ganzen Tag damit beschäftigt. Ja es ist ein Kampf.“(H/256-257)

Bei der Psychoedukation als mögliche Intervention geht es um die kooperative Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung [mögliche Form = soziale Gruppenarbeit], mit dem Ziel der Krankheitseinsicht und auch der Aufklärung, vor allem hinsichtlich der Akzeptanz der Erkrankung bei den Angehörigen (vgl. Pauls 2013: 344).

8.9.6 Notwendige Unterstützung vor Beendigung der Therapie

Einzelne geben den Wunsch an, frei von der Substitution zu sein. Besonders häufig wird ausreichend Zeit angegeben, damit sich z. B. das Hirn regenerieren könne oder eine lange stabile Phase, damit nicht alles wieder aufs Spiel gesetzt werde. Eine Person würde die Therapie gerne um 6 Monate verlängern.

Soziale Themen rücken für etliche InterviewpartnerInnen in den Vordergrund, unter anderem die Abklärung der Schulden, Unterstützung bei der Abklärung einer möglichen Inhaftierung, Hilfe bei der Beantragung einer finanziellen Starthilfe, Suchen einer geeigneten Wohnung sowie das Erstellen eines fixen Plans für die Zeit nach der Therapie. „Dass ich arbeitsfähig bin, das wäre gut, dass ich auch wieder gesellschaftsfähig bin, also dass ich mich wieder zeigen kann.“ (H/260-261)

„Ja, auf alle Fälle ein Netz, ein soziales Netz, sprich Wohnung, Hobby, am besten Fall eine Arbeit, oder irgendeine Beschäftigung, woraus resultiert, dass ich dann Kontakte habe.“ (F/298-300)

Böhnisch (2012: 57ff.) erklärt, dass die sozialarbeiterische Aufgabe darin bestehe, Integrationshilfe zu leisten, wenn Menschen sich in sozial desintegrativen Situationen befänden und sich von selbst nicht mehr in die Gesellschaft einfügen könnten.

Nach dem Austritt aus der stationären Einrichtung kann es, aufgrund von Unsicherheiten, zu einer Phase der kritischen Instabilität kommen, da die AkteurInnen in eine Reihe von sozialen Figurationen zurückkehren. Um die Integration in die konkreten Handlungssysteme [wieder-]herzustellen, müssen mehrere Aufgaben bewältigt werden, um den damit verbundenen Erwartungen, Anforderungen und Ansprüchen [v. a. durch das soziale Netz] gerecht zu werden. Weitere wichtige Aufgaben stellen die persönliche Alltagsbewältigung, die Arbeit an den eigenen psychischen Mustern, Erwartungen sowie Zielen dar, denn KlientInnen kehren oft in alte, vertraute Handlungssysteme und damit in Verbindung stehende dynamische Prozesse zurück, welche vor Therapieaufenthalt zu einer Krise führten. KlientInnen haben sich, durch (Re-)Aktivierung anderer Anteile ihrer psychischen Potentiallandschaft, in gewisser Weise verändert. Teilweise passen sie nicht mehr in die sozialen Systeme, in die sie zurückkehren. Dies kann in den sozialen Systemen Kräfte auslösen, die den alten Zustand der KlientInnen wiederherstellen (vgl. Sommerfeld et al. 2011: 316f.).

9 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Das vorliegende Kapitel beleuchtet die wichtigsten Ergebnisse aus dem deskriptiven Studiendesign, die sich aus den Interviews ergeben haben. Diese werden in Bezug auf die Fragestellungen dargestellt und theoretisch diskutiert:

- Wie stellen sich resiliente und kohärente Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen im Kontext eines stationären Langzeittherapiesettings dar?
- Welche sozialtherapeutischen Interventionen (vorrangig bezugnehmend auf die psychosoziale Diagnostik) Klinischer Sozialarbeit können durch die Erkenntnisse aus der Forschung für den Auf- und Ausbau resilienter und kohärenter Lebensführungssysteme suchtkranker KlientInnen in einem stationären Langzeittherapie-setting abgeleitet werden?

9.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden die Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews inhaltlich in neun Hauptkategorien gegliedert, welche sich an den theoretischen Überlegungen des Konzeptes des Kohärenzgefühls, am Resilienzmodell sowie am forschungsgestützten Beitrag (Sommerfeld et al. 2011) zu Integration und Lebensführung orientieren. Aus den empirischen Ergebnissen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

1. Die soziale Komponente hinsichtlich des subjektiven Gesundheitszustandes wird seitens der KlientInnen nicht bewusst wahrgenommen. Der subjektive Gesundheitszustand wird stark von der biologischen Komponente dominiert.

Im Sinne des biopsychosozialen Handlungsverständnisses kann sich die Behandlung der sozialen Komponente positiv auf die psychische sowie biologische Ebene auswirken. Der sozialen Dimension der Sucht (siehe Kap. 8.1) wird, aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit, im Sinne einer Sozialpathologie, auch ein (mit-)auslösender Charakter zugeschrieben. Wie bereits in Kap. 2.3.3 erwähnt, dürfen die bereits wirksamen Schädigungen und Risiken in der Behandlung nicht nur eindimensional berücksichtigt werden, sondern müssen im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses bearbeitet werden: Die gesetzten Interventionen Klinischer Sozialarbeit beziehen sich perspektivistisch auf das Hintergrundwissen, dass Krisen, Störungen und Krankheiten

durch das Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entstehen und sich diese drei Dimensionen gegenseitig beeinflussen. Bezugnehmend auf die salutogenetische Orientierung soll im Kontext Klinischer Sozialarbeit über Faktoren nachgedacht werden (gesundheitsfördernde Maßnahmen), die zur Bewegung in Richtung des gesunden Endes des Kontinuums beitragen.

2. Negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Familie stellen den am häufigsten genannten vergangenen Risikofaktor im Kontext der Suchterkrankung dar. Gleichzeitig stellt sich heraus, dass der Einfluss von sozialen Kontakten (v. a. die Familie, der Hund/die Hündin) als wichtigster vergangener protektiver Einflussfaktor bedeutsam ist.

Als Grundlage psychosozialer Interventionen bedarf es der Aneignung von Erklärungs- und Kontextwissen bezugnehmend auf die Entstehung einer Suchterkrankung. Der frühkindlichen Situation wird eine große Bedeutung zugesprochen, da Suchtkranke zu einem Großteil aus Broken-Home-Situationen stammen oder aus einem zu sehr behüteten, überfürsorglichen Familienmilieu, was beides einen Risikofaktor darstellt (siehe Kap. 2.3.1). Wie bereits in Kapitel 8.3.2 erwähnt, stellt der Einsatz des „easy biograph“ eine mögliche Interventionsform dar, um sich ein biografisches Kontextwissen anzueignen. Das Antwortverhalten der KlientInnen spiegelt die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung/Beziehungen wider. Die Frage nach Qualität und Quantität von Netzwerken ist als Faktor für die Herausbildung von Resilienz mit zu betrachten (siehe Kap. 5.2.1). Besondere Betrachtung gilt der Unterstützung durch die Hunde, welche von den KlientInnen mehrfach angeführt werden. Die beforschte Einrichtung stellt aktuell die einzige stationäre Langzeitsuchttherapieeinrichtung in Österreich dar, in welcher Hunde wohnhaft sein dürfen.

3. Die Familie (v. a. die Eltern) zählt, im Kontext der Suchterkrankung, als aktueller protektiver Einflussfaktor. Die Wenigsten zählen Freundschaften zu den sozialen Kontakten, oftmals sind keine FreundInnen und KollegInnen vorhanden. Gleichzeitig stellen soziale Einflussfaktoren (u. a. die Familie, Schulden, Beschäftigungslosigkeit etc.) aktuelle risikohafte Einflussfaktoren dar.

Die Unterstützung durch soziale Kontakte, im Sinne protektiver Faktoren, trägt zur Herausbildung der komplexen Widerstandsfähigkeit, des selbstwirksamen Empowerments, bei (siehe Kap. 5.2.2). Da die Familie jedoch häufig gleichzeitig als risikohafter Einflussfaktor benannt wird, kann die PIE-Klassifikation, wie bereits im

Forschungsteil ausgeführt, zu einem besseren Verständnis hinsichtlich der Probleme in Rollen beitragen. Des Weiteren können Angehörigengespräche als mögliche Intervention dienlich sein. Soziale Unterstützung wirkt sowohl gesundheitsfördernd als auch stressmindernd. Im Kontext der Klinischen Sozialarbeit geht es um die Stärkung des individuellen Immunsystems, Netzwerkintervention(en) und die Förderung sozialer Unterstützung. Als Intervention kann die egozentrierte Netzwerkkarte (siehe Kap. 8.4), kooperativ mit dem/der KlientIn erstellt, zum Einsatz (gut geeignet ist die digitale Form, welche als erprobte Software „easyNWK“ im Internet zugänglich ist) kommen. Es eignet sich besonders für das Setting der stationären Langzeitsuchttherapie, da diese Form der sozialen Diagnostik zu Beginn, während und gegen Ende der Betreuung angewendet werden kann. Veränderungen und Interventionen können in der Einzelbetreuung gemeinsam besprochen und geplant werden. Da die wenigsten KlientInnen in dieser Forschungsarbeit über freundschaftliche und kollegiale Kontakte verfügen, können sich Interventionen vor allem auf den Ausbau sozialer Unterstützung, im Sinne der Resilienz- und Kohärenzförderung, beziehen. Konkret können Bekanntschafts- und Freundschaftsbeziehungen durch den Beitritt zu Vereinen (z. B. Sportvereine), über die Erschließung von Nachbetreuungseinrichtungen oder auch über die Gewinnung einer sinngebenden Beschäftigung (Ehrenamt, Teilzeit, Vollzeit etc.) generiert werden. Vereinzelt geben KlientInnen an, dass sie eher selten Kontakt zu ihren Bezugspersonen hätten. Im Zuge der Bezugsbetreuung kann sich die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung auch positiv auf den/die KlientIn auswirken, ggf. auch auf die zukünftige Bewertung von Beziehungen, sowie auch die Kontakte innerhalb der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft.

4. Die häufigste vorhersehbare Veränderung im Leben der KlientInnen ist der baldige Abschluss der stationären Therapie. Mehr als die Hälfte der interviewten Personen hat bereits Pläne hinsichtlich der Strukturierung ihres Tagesablaufes.

Gezielte Interventionen bezüglich dieser am häufigsten genannten Veränderung betreffen das „Entlassungsmanagement“. Diesbezüglich gilt es, die KlientInnen früh genug auf die „Realität“ vorzubereiten. Angehörigengespräche, Vernetzung mit Nachbetreuungseinrichtungen sowie die Erstellung eines Wochenplans als haltgebende Struktur sind intendiert. Hinsichtlich der Reintegration von „drinnen“ nach „draußen“ (vgl. Kap. 4) bedarf es seitens der Klinischen Sozialarbeit eines erhöhten Unterstützungsbedarfs. Durch die Erstellung des IC3 können Lebenslagen von KlientInnen erfasst und Möglichkeiten für Interventionen und Aktivitäten „aufgespürt“ werden (siehe Kap. 8.1 und

8.3.2). Dadurch ist eine Einschätzung der Einbindung in die essentiellen Funktionssysteme, der Funktionsfähigkeit sowie des Grades der Existenzsicherung möglich. Empfohlen wird, zuerst die handschriftliche Version ausfüllen (in Kooperation) und dann die Visualisierung durchzuführen oder der/die BeraterIn kann dies dann in die Software eintragen. Eine visuelle Darstellung zuhanden der KlientInnen dient als Grundlage zur Nachbesprechung: „Wo sind Interventionen erforderlich?“, „Was soll sich ändern?“, „Wie soll es weitergehen?“

5. Wenn unvermeidbare Dinge anstehen, die bewältigt werden müssen, gehen die KlientInnen größtenteils abwehrend mit solchen Situationen um.

Bezugnehmend auf die abwehrende Haltung gegenüber unvermeidbaren Dingen, die bewältigt werden müssen, kann die Gesprächsführung des „motivational interviewing“ als gezielte resilienz- und kohärenzfördernde Intervention eingesetzt werden. Im Kontext der motivierenden Gesprächsführung kann die 4-Felder-Matrix angewendet werden, welche Nach- und Vorteile bezüglich der Entscheidung zwischen Aufrechterhalten und der Änderung des Verhaltens/Lebensstils darstellt (siehe Kap. 8.3.1). Die beforschte Einrichtung verwendet dieses Instrument zu Beginn im Kontext der Bezugsbetreuung, um die Vor- und Nachteile des Konsums zu beleuchten. Auch wenn KlientInnen zu Beginn der Betreuung den Konsum als Vorteil sehen, sollte dies seitens der Professionellen nicht abgewertet werden. Um Ambivalenzen herauszuarbeiten ist die Aneignung gezielter Fragetechniken förderlich (z. B. Reframing, Wunderfragen etc.).

6. Die Ursachen, welche zu Kontrollverlust und in diesem Zusammenhang zur Einnahme des Suchtmittels führen, sind häufig Konfliktsituationen sowie Routine und Gewohnheit. Etliche KlientInnen können nicht so gut mit ihrer Suchterkrankung umgehen, da sie vereinzelt hoch substituiert sind, Angst vor Rückfälligkeit haben und noch darauf hoffen, dass es zu einer Veränderung kommt. Jedoch verfügen die KlientInnen größtenteils über Strategien zur Beibehaltung der Kontrolle bei Suchtdruck. Mehr als die Hälfte der InterviewpartnerInnen kann seit Beginn der Therapie besser mit schwierigen Situationen und Konflikten umgehen.

Hirnorganische Vorgänge sind nach langjährigem Suchtmittelkonsum nicht zu verharmlosen, im Hinblick auf den inhärenten Begriff des „Suchtgedächtnisses“ bedarf es des Aufbaus neuer Strukturen und Abläufe, wobei die stationäre Therapie vor allem in diesem Zusammenhang eine förderliche Rolle spielt. Um die Ursachen und

Zusammenhänge besser zu verstehen bedarf es eines biografischen Fallverstehens, wobei sich ein rekonstruktiver Zugang in diesem Zusammenhang gut eignet. Als mögliches Diagnostikinstrument kann der „easy biograph“ (siehe Kap. 8.3.2) herangezogen werden. Unterstützende Interventionen können durch gezielte Strategien im Umgang mit Suchtdruck im Einzelgespräch oder in der Gruppe, in Form einer psychoedukativen Vorgangsweise, besprochen und vorgeschlagen werden, z. B. durch die Erstellung einer Notfallkarte. Die Psychoedukation als mögliche Intervention beinhaltet die kooperative Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung [mögliche Form soziale Gruppenarbeit], mit dem Ziel der Krankheitseinsicht, sowie die Aufklärung, vor allem hinsichtlich der Akzeptanz der Erkrankung, bei den Angehörigen (siehe Kap. 8.9.5). Wenn sich ein/eine KlientIn in einer schwierigen, „multikomplexen“ Situation befindet, kann der Einsatz/die Nutzung der „Koordinaten psychosozialer Diagnostik und Intervention“ auf der Basis einer mehrdimensionalen Problem- und Bedingungsanalyse als Mehrebenen-Diagnostik (siehe Kap. 8.3.3) besonders hilfreich sein.

7. Etliche KlientInnen beschreiben, bezugnehmend auf ihr Freizeit- und Hobbyverhalten, keine Veränderung seit Therapiebeginn. Hinsichtlich des Spaßempfindens gibt es eine positive Veränderung seit Beginn der stationären Therapie. Humor wird unter anderem als Bewältigungsstrategie eingesetzt, um Aggressionen zu bewältigen.

Zu den Interventionen zählt v. a. auch die psychosoziale Beratung zur Ressourcenaktivierung [Hobbies] als Problemlösungs- und Handlungshilfe sowie Orientierungs- und soziale Haltefunktion [aktivierende Teilnahme an Freizeitangeboten seitens der Einrichtung], wobei oft sozial- und psychotherapeutische Anteile enthalten sind (siehe Kap. 8.3.2). In Kap. 8.6.5 wurde angeführt, dass es Humor als Eigenschaft bedarf, um Widerstandskraft zu erlernen. Je nach Ausprägung der professionellen Beziehung zwischen Klinischer/m SozialarbeiterIn sollte Humor in die Betreuung miteinfließen, da wir ohnehin ständig mit schwierigen und ernsten Situationen konfrontiert sind.

8. Die KlientInnen können konkrete Ziele benennen, dies gibt jedoch keinen Aufschluss darüber, wie und wodurch erkannt werden kann, dass Probleme gelöst werden können.

Da Menschen versuchen, im Sinne der Aktualisierungstendenz, ihre Ziele und Entwicklungen zu entfalten und zu verwirklichen, stellt die Zielerreichungsanalyse (siehe

Kap. 8.2.2) als Intervention Klinischer Sozialarbeit effektives Verfahren dar. Die prozentuale Bewertung der Zielerreichung kann Aufschluss darüber geben, inwiefern Probleme (bereits) gelöst sind.

9. Gespräche, vor allem mit der Betreuerin bzw. Einzeltherapeutin werden für einen besseren Umgang mit der Suchterkrankung als besonders hilfreich wahrgenommen. Mehrere KlientInnen haben eine Betreuungsperson, die eine besondere Bedeutung für ihn/sie hat.

Für die Qualitätssicherung kann es zu einem festgelegten Intervall (z. B. alle zwei Monate) zur Bewertung im Sinne einer Einschätzung der Maßnahmen und Sitzungen kommen. Die Gesprächsführungskompetenz hat in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung.

Im besten Fall sind langfristige Beziehungsangebote präsent [Bezugsbetreuung] (siehe Kap. 3). Sozialtherapeutische Drogenarbeit ist in erster Linie Beziehungsarbeit (siehe Kap. 4.3.2). Wie bereits angeführt, ist dies zugleich als Kritik an der stationären Therapieform zu sehen, das Beziehungsangebot endet zum Ende der Therapie einer zu betreuenden Person, im besten Fall gibt es eine Nachbetreuung. In diesem Kontext ist keine durchgehende Fallführung im Sinne des Clinical Case Managements verfügbar, also kein/e professionelle/r HelferIn, die den/die Süchtige/n durch seine/ihre „Drogenkarriere“ hindurch begleitet.

9.2 Relevanz der Studie: klinisch-sozialarbeiterische Interventionen

Nach den oben angeführten Ergebnisverknüpfungen wird ersichtlich, dass sozialtherapeutische Interventionen, vor allem eingesetzte sozialdiagnostische Verfahren, zum Auf- und Ausbau von resilienten und kohärenten Lebensführungssystemen beitragen können. Es konnte dargelegt werden, dass es sich bei diesem Handlungsfeld um hard-to-reach-KlientInnen mit einem instabilen Lebensführungssystem handelt, was vor allem das differenzielle Antwortverhalten der Befragten bestätigen kann. Des Weiteren kann konstatiert werden, dass es seitens der Profession zu einem methodenintegrativen und flexiblen Einsatz von sozialtherapeutischen Interventionen kommen muss, um den oft divergenten Lebensführungssystemen gerecht zu werden. In Anbetracht der theoretischen Erkenntnisse kann aufgezeigt werden, dass Resilienz und

Kohärenz nicht angeboren sind, sondern im Laufe der Sozialisation erworben werden können. Resilienz und Kohärenz erzeugt das Individuum nicht aus sich selbst heraus. In diesem Sinn ist darauf hinzuweisen, dass unterstützende Interaktionen im Sozialen förderlich sind. Dieses Wissen sollte im Kontext der stationären Langzeittherapie handlungsleitend sein.

Der Einsatz von klassifikatorischen und rekonstruktiven Diagnostikinstrumenten kann Struktur und Anhaltspunkt für die gesetzten einzelfallorientierten Interventionen sein. Aufgrund der Einrichtungsstruktur bedarf es seitens der Fachkraft auch organisatorischer, rechtlicher, psychotherapeutischer sowie pädagogischer Kompetenzen. Die vorliegende Masterarbeit zeigt die Möglichkeiten des Einsatzes unterschiedlicher Diagnostikverfahren sowie Interventionsmöglichkeiten auf, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass es noch weitere Interventionsformen gibt und in diesem Kontext nur ausgewählte Instrumente angeführt werden. Daraus ergeben sich Handlungsempfehlungen für die Klinische Sozialarbeit. Eine Evaluierung der eingesetzten Verfahren (Qualitätsmessung) wird besonders empfohlen. Resümierend kann aufgezeigt werden, dass die Orientierung an einem Ablaufmodell hinsichtlich des Einsatzes von sozialtherapeutischen Interventionen, vor allem der psychosozialen Diagnostik, in der Praxis förderlich sein kann. Die nachstehend illustrierte Abbildung (in Anlehnung an Gahleitner 2008) schlägt eine Orientierung vor und bezieht alle in der Arbeit angeführten Instrumente mit ein:

Arbeitsbündnis	• Vertrag über die Interventionsplanung (in Anlehnung an Kuntz)
Zielerreichungsanalyse	• Pauls und Reicherts
Klassifikatorische Diagnostik	• PIE Klassifikation (Pantucek, im Original Karls und Wandrei)
Rekonstruktive Diagnostik	• Biografischer Zeitbalken (Pantucek)
Sozial- und Lebensweltdiagnostik	• Netzwerkkarte & IC3 (Pantucek)
Gestaltungsdiagnostik	• Koordination psychosozialer Diagnostik und Intervention (Pauls)

Abbildung 7: Ablaufmodell psychosozialer Diagnostik – eigene Darstellung

10 QUELLENVERZEICHNIS

10.1 Bücher

Antonovsky Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von Franke Alexa. Tübingen: dgvt-Verlag.

Barth Volker (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed MEDIZIN.

Bell Andreas (2015): Philosophie der Sucht. Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken. Wiesbaden: Springer VS.

Bonß Wolfgang (2015): Karriere und sozialwissenschaftliche Potentiale des Resilienzbegriffs. In: Endreß Martin, Maurer Andrea (Hg.): Resilienz im Sozialen. Theoretische und empirische Analysen. Wiesbaden: Springer VS. 15-33.

Böhnisch Lothar (2012): Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Gabriel Thomas (2011): Resilienz. In: Otto Hans-Uwe, Thiersch Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 1240-1246.

Haller Reinhard (2007): (Un)Glück der Sucht. Wie Sie Ihre Abhängigkeiten besiegen. Salzburg: Ecowin Verlag GmbH.

Jungblut Hans-Joachim (2011): Drogen, Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. In: Otto Hans-Uwe, Thiersch Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 288-298.

Kuntz Helmut (2007): Sucht – Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Mahler Roland (2012): Resilienz und Risiko. Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Wiesbaden: Springer VS.

Mayring Philipp, Gahleitner Silke Birgitta (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Bock Karin, Miethe Ingrid (Hg.): Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich. 295-304.

Mayring Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Pantucek Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. aktualisierte Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Pauls Helmut, Reicherts Michael (2010): Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit. Coburg: ZKS-Verlag.

Pauls Helmut (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3.Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag.

Pauls Helmut, Hahn Gernot (2015): Sozialtherapie. In: Lammel Ute Antonia, Jungbauer Johannes, Trost Alexander (Hg.): Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte. Dortmund: Verlag modernes Lernen Borgmann GmbH & Co. KG. 29-43.

Petzold Hilarion, Scheiblich Wolfgang, Thomas Günther (2006): Drogentherapie – Entwicklung, Formen, Methoden. Wirkungen und „der Integrative Ansatz“. In: Petzold Hilarion, Schay Peter, Scheiblich Wolfgang (Hg.): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 41-94.

Rampe Micheline (2014): Der R-Faktor. Hamburg: Books on Demand GmbH.

Röhr Heinz-Peter (2014): Sucht – Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. 5. Auflage. Ostfildern: Patmos Verlag der Schwabenberg AG.

Schiffer Eckhard (2007): Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Zum Synergismus präventiver und salutogenetischer Momente. In: Möller Christoph (Hg.): Sucht im Jugendalter. Verstehen, vorbeugen, heilen. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht. 200-215.

Sommerfeld Peter, Hollenstein Lea, Calzaferri Raphael (2011): Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sting Stephan (2011): Sucht und Rausch. In: Otto Hans-Uwe, Thiersch Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. 1596-1604.

Weinhold Kathy, Nestmann Frank (2012): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: Gahleitner Silke, Hahn Gernot (Hg.): Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit. Band 4. 2. Auflage. Bozen: Psychiatrie-Verlag. 52-67.

Wellensiek Sylvia Kéré (2011): Handbuch Resilienz-Training. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Werner Emmy E. (2008): Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann. In: Welter-Enderlin Rosmarie, Hildenbrand Bruno (Hg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 2. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag. 28-42.

10.2 Zeitschriften

Barsch Gundula (2012): Drogenmündigkeit. In: Sozial Extra. 11(12). 45-48.

Deloie Dario (2015): Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit. In: Praxis. Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation (Sonderheft). 28. Jg., Heft 1 (95). 4-36.

Ghedina Wolfgang, Oleksy Patricia (2008): „Der betäubte Schmerz“ Sucht als Überlebensstrategie. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 31. Jg., Nr. 1. 19-21.

Krause Daniel, Simon Titus (2009): Politische und kulturelle Bezüge aktueller Drogenpolitik. In: Sozial Extra. 11 (12). 34-37.

Leune Jost (2013): „Hier sind Sie richtig“ – Klinische Sozialarbeit und ihre Schlüsselfunktionen in der Suchthilfe. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für

psychosoziale Praxis und Forschung. 9.Jg., Heft 1. Ottweiler: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH. 15-16.

Pauls Helmut, Reicherts Michael (2014): Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 10.Jg., Heft 1. Ottweiler: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH. 4-6.

Stöver Heino (2009): Akzeptierende Drogenarbeit weiterentwickeln! In: Sozial Extra. 11 (12). 38-41.

Wallroth Martin (2013): Stärken und Chancen Klinischer Sozialarbeit: das Beispiel der Suchthilfe. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung 9.Jg, Heft 1. Ottweiler: Ottweiler Druckerei und Verlag GmbH. 4-6.

Zander Margherita (2009): Resilienz: Seelische Widerstandsfähigkeit. In: Sozial Extra. 11 (12). 12-13.

10.3 Internetquellen

BMFG (Hg.) (2014): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMG-Version 2014. SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS. Wien.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/6/4/CH1166/CMS1128332460003/icd-10_bmg_2014_-_systematisches_verzeichnis.pdf [16.02.2016]

BMFG (Hg.) (2015a): Bericht zur Drogensituation 2015. Wien.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation_2015.pdf [16.02.2016]

BMFG (Hg.) (2015b): Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/7/9/5/CH1040/CMS1382083630055/epidemiologiebericht_drogen_2015.pdf [16.02.2016]

Gahleitner Silke Birgitta (2008): Psycho-soziale Diagnostik im Suchtbereich. In: SuchtMagazin 4/2008. Schweiz. 15-20. <http://www.suchtmagazin.ch/2008/articles/id-42008.html> [31.03.2016]

Hahn Gernot (2006): Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE). In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis

und Forschung. 2.Jg. Online-Sonderausgabe. <http://www.zks-verlag.de/klinische-sozialarbeit-zeitschrift-fur-psycho-soziale-praxis-und-forschung/> [29.03.2016]

Rummel, Martina (2010): Resilienz aufbauen. Sich selbst und andere für schwierige Zeiten wappnen. In: Konturen. Zeitschrift für Sucht und soziale Fragen. Ausgabe 6/2010. Bad Orb: DO Suchthilfe. 12-17. <http://www.ibs-berlin.net/fachart/fachart.html> [03.02.2016]

Wolter Birgit (2005): „Resilienzforschung“ – das Geheimnis der inneren Stärke. In: systema. Online-Journal für systemische Entwicklungen. 03/05. 19. Jahrgang. 299-304. <http://if-weinheim.de/if-weinheim/systema/systema-2005.html> [25.01.2016]

10.4 Gesetzestext

Suchtmittelgesetz (SMG): idF BGBl. I Nr. 144/2015 (NR: GP XXV RV 821 AB 882 S. 104. BR: 9486 AB 9487 S. 848.)

11 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Suchtdreieck – eigene Darstellung	7
Abbildung 2: Lebensführungssystem – eigene Darstellung	13
Abbildung 3: Beobachtbare Verlaufskurve – eigene Darstellung	15
Abbildung 4: Gemeinsame/verwandte Modelle von Kohärenz und Resilienz – eigene Darstellung	20
Abbildung 5: 7 Säulen der Resilienz – eigene Darstellung	29
Abbildung 6: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring (2015:62)	35
Abbildung 7: Ablaufmodell psychosozialer Diagnostik – eigene Darstellung	82

12 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zusammensetzung der InterviewpartnerInnen.....	39
Tabelle 2: Vergangene risikohafte Einflussfaktoren	104

13 ANHANG

13.1 Leitfadeninterview

1. Gesundheit - Krankheit

- Wie würdest du momentan deine Gesundheit beschreiben?
- Hast du gesundheitliche Beschwerden und wie gehst du damit um?

2. Risikohafte Einflussfaktoren

- Bitte erzähl mir von deinem bisherigen Leben. Was hat dich in die Sucht geführt?
- Ist von dem, was dich in die Sucht geführt hat, noch etwas aktuell, was du noch bewältigen musst?

3. Protektive Einflussfaktoren

- Was hat dir dennoch dabei geholfen, alles durchzustehen?
- Was hilft dir aktuell in deinem Leben, um alles durchzustehen?

4. Bewältigungsstrategien

4.1 Flexibilität

- Gibt es aktuell Veränderungen in deinem Leben, die gerade da sind oder in nächster Zeit auf dich zukommen?
- wie gehst du mit diesen Veränderungen um?
- Manchmal gibt es Dinge im Leben, die man eigentlich nicht tun will, die aber trotzdem anstehen. Wie gehst du damit um?
- Manchmal kommt viel zusammen im Leben. Wie gehst du damit um, wenn mehrere Sachen gleichzeitig anstehen?

4.2 Selbstwirksamkeit

- Wenn du dir etwas vorgenommen hast, also ein Ziel vor Augen hast, bist du eher jemand der die Ziele erreicht oder gibst du irgendwann auf?
- Derzeit hast du ja einen geregelten Tagesablauf in der Therapie. Wie war das vor der Therapie, hast du deinen Tagesablauf selbst geplant und gestaltet?
- hast du eine Idee, wie das nach der Therapie ausschauen wird?
- Was hat dazu geführt, dass du in bestimmten Situationen die Kontrolle verloren hast und zu Suchtmitteln gegriffen hast?
- Wenn du Suchtdruck verspürst – wie schaffst du es, die Kontrolle zu behalten?
- Gibt es andere Bereiche in deinem Leben, wo du sagst, du hast Kontrolle darüber bzw. tust du dir bei manchen Dingen schwer?

4.3 Konfliktbewältigung – Bewältigung schwieriger Situationen

-
- Wenn du dir und mir gegenüber ganz ehrlich bist, wie gehst du mit Konflikten um, z. B. wenn du einen heftigen Streit hast?
 - Bist du schon in ganz schwierigen Situationen gewesen?
 - Wie bist du da wieder rausgekommen?
 - Wenn du an Konflikte und schwierige Situationen denkst, hast du das Gefühl, dass du schon etwas dazu gelernt hast und besser damit umgehen kannst?
 - Was kannst du anders machen als bisher?

5. Soziales Umfeld

- Welche Menschen gibt es in deinem Leben, die dich unterstützen bzw. wo du weißt, dass du Hilfe von Ihnen bekommst? (Vertrauen)
- Wie häufig hast du Kontakt zu ihnen?
- Glaubst du, dass es auch weiterhin Personen geben wird, auf die du zählen kannst?

6. Kommunikation

- Wenn du mit Leuten sprichst, hast du oft das Gefühl, dass du auch verstanden wirst?
- Bist du jemand dem es eher leicht oder schwer fällt, über unangenehme Gefühle zu reden?

7. Affektu-sensomotorische Erfahrungen

- Bist du jemand, der oft Freizeitaktivitäten + Hobbies nachgeht?
- Hat sich, seitdem du in Therapie bist, etwas verändert?
- Hast du ein Verlangen nach Ablenkung, Bewegung und Kreativität? Wie äußert sich das?
- Bist du jemand der ständig auf der Suche ist nach äußeren Reizen und Sensationen? Wie äußert sich das?
- Hat sich, was deine Phantasie bzw. dein Vorstellungsvermögen betrifft, etwas verändert?
- Spaßempfinden, schwarzer Humor

8. Selbstwert, Selbstbild und Selbstvertrauen

- Auf was in deinem Leben bist du stolz?
- Bist du jemand, der sich selbst gegenüber sehr kritisch ist?
 - Geht das manchmal bis zu Selbstvorwürfen?
- Individuelle Stärken

9. Lebenssinn

- Was gibt dir Halt in deinem Leben, was ist dir wichtig?

10. Zukunftsorientierung

- Was möchtest du in der Zukunft erreichen? Was sind deine Ziele?

11. Stationäre Therapie + professionelle Unterstützung

- Was in der Therapie hat dir dabei geholfen, mit deiner Suchterkrankung besser umzugehen?
- Was ist dir hilfreich/nützlich vorgekommen?
- Wie würdest du das Hilfsangebot beurteilen?

- Ist irgendjemand von uns von besonderer Bedeutung für dich?
- Was hat sich seit Beginn der Therapie für dich verändert?
- Was hat sich in Bezug auf deine Suchterkrankung geändert?
- Wie gehst du aktuell damit um?
- Was glaubst du was du vor Beendigung der Therapie noch brauchst?

12. Allgemeines + soziodemografische Daten

- Hast du Kinder?
- Lebst du in einer Partnerschaft/Ehe?
- Hast du bereits mehrere Therapieaufenthalte hinter dir?
- Hast du von dir aus die Therapie gewählt, aufgrund einer Weisung oder auf Anraten deiner Familie, deiner Freunde oder Bekannten etc.?
- Weisung: aufgrund welcher Verurteilung?
- Seit wann konsumierst du illegale Drogen (Jahre)?
- gab es in dieser Zeit auch drogenfreie Zeiten?
- Was ist bzw. war deine Leitdroge?
- Welchen Beruf hast du vor der Therapie ausgeübt?
- Was ist deine höchste abgeschlossene Schulbildung?
- Wie würdest du deine finanzielle Situation beschreiben?
- Bitte beschreibe mir deine derzeitigen Wohnverhältnisse.

13.2 Auszug Transkription Leitfadeninterview IV: Klient D

1 **I: Wie würdest du momentan deine Gesundheit beschreiben?**

2 D: Ja, besser als wie vor bevor vor dem Einzug, auf jeden Fall. Bis auf die kleinen
3 Wehwehchen was halt so bedingt durchs Alter wahrscheinlich heraus kommen und halt (-)
4 dass im Lauf der Zeit dass jetzt die (...) dass ich es mehr spüre wie vorher, weil vorher wenn
5 du so betäubt bist dann spürst du das nicht so mit den Zähnen oder mit den Nerven bei den
6 Füßen oder bei der Hand. Das war früher alles nicht aber wahrscheinlich habe ich es schon
7 gehabt und nur nicht gespürt. Aber so insgesamt auf jeden Fall besser, auf jeden Fall. Weit
8 besser.

9 **I: Hast du aktuell gesundheitliche Beschwerden und wie gehst du damit um?**

10 D: Ja also das mit der Hand das Capaltunnelsyndrom (...) da habe ich jetzt die Nachtschiene.
11 Seit ich die Nachtschiene habe spüre ich es gar nicht mehr da geht es gut weil sonst (...). Da
12 muss ich bei der plastischen Chirurgie noch anrufen wegen einem Termin. (...)

13 **I: Was brauchst du da für einen Termin?**

14 D: Ja (-) zum Operieren. Also die haben schon die Befunde dort alles (...).
15 Die machen irgendetwas und dann ist es hoffentlich gut. Ja und dann bin ich mit dem Fuß
16 umgeknickt weißt eh wie ich spazieren gegangen bin (...) aber das wird schon. Aber so
17 nein so im Prinzip geht es mir eigentlich viel besser also von den Beschwerden her.

18 **I: Und wie gehst du damit um wenn du gesundheitliche Beschwerden hast?**

19 D: Ja manchmal deprimiert es mich schon. (...)

20 **I: Bitte erzähl mir von deinem bisherigen Leben. Was hat sich in die Sucht geführt?**

21 D: Ja (-) am Anfang eigentlich (-) wahrscheinlich ja die Gruppen und man sucht halt dann
22 selber auch am Anfang schmeckt es dir halt. Am Anfang war es ja nicht so eine Sucht es war
23 halt am Wochenende trinkst du einmal was und dann wird es immer mehr und öfter unter der
24 Woche schon, dann jeden Tag (...). Ja Langeweile so teilweise (...) ja einfach am Anfang
25 der Zustand dass es dir gut geht. Am Anfang geht es dir eh gut und alles aber wenn es
26 immer mehr wird und ja der Frust natürlich dann auch wenn du die ganze Zeit die ganzen die
27 mit den Schulden und den gelben Briefen und Streit mit der Freundin und und und alles
28 zusammen. Und natürlich sucht man sich dann die ganzen (...) da nimmt man sich dann
29 jeden Anlass her weißt eh zum Trinken eigentlich im Prinzip.

30 **I: Und was glaubst du was ausschlaggebend war?**

31 D: Ja wenn man halt mit (...) Freunde am Anfang mitn Moped halt oder wenn wir dann mit
32 dem Auto gefahren sind (-) oder Bundesheer nach dem Bundesheer da trinkt sowieso fast
33 ein jeder. Aber da hast du nicht so massiv und so intensiv getrunken und so regelmäßig. Das
34 ist dann eigentlich erst so, ja mit der Band vielleicht auch ja da haben wir dann schon ein
35 bisschen angefangen zu ziehen hier und da was und zum Rauchen was.

36 **I: Was hast du gezogen?**

37 D: Ja Kola halt Koks halt (...) Aber war auch nicht immer da hast dir halt (...) da hast du halt
38 ab und zu was getrunken. So richtig massiv ist es eigentlich erst geworden die (-) ja zehn
39 Jahre sicher, zehn Jahre auf jeden Fall.

40 **I: Also du hast gesagt Langeweile, Frust?**

41 D: Ja einfach betäuben. Ich meine selber ja vielleicht selbst mit mir nicht zufrieden und ich
42 meine am Anfang hat es mir schon geschmeckt (...) aber dann ja wo mein Hund gestorben
43 ist (...) wo meine Mama gestorben ist ich meine das kann man alles dann hernehmen, das
44 nimmt man halt dann her als zum Dämpfen und Betäuben.

45 **I: Mhm.**

46 D: Also man nimmt jeden Anlass her, jeden Tag kannst du eigentlich sagen. (...)

47 **I: Ist von dem, was dich in die Sucht geführt hat, also was du mir gerade erzählt hast,
48 noch etwas aktuell, was du noch bewältigen musst?**

49 D: Ja das mit meiner Exfreundin irgendwie. (-) Ja mit den Schulden auch aber da habe ich
50 dann eh einen Termin (-) Ja mit meiner Exfreundin telefoniere ich wieder öfter und wir
51 schreiben uns. Mit der war ich auch sieben Jahre lang zusammen das kann man nicht
52 einfach so wegtun, ich meine wir haben auch alle Höhen und Tiefen gehabt und ja schwer.
53 Aber ich muss mich auf mich selber konzentrieren ist gescheiter auf jeden Fall.

54 **I: Was hat dir dennoch in deinem Leben geholfen, alles durchzustehen?**

55 D: Ja meine Kinder mein Vater meine Mutter wo sie noch gelebt hat auf jeden Fall. (...) Meine
56 Freunde viele Freunde habe ich eh nicht eigentlich (-) eigentlich zwei kannst du sagen mehr
57 auf keinen Fall. Die anderen sind halt Bekannte (...) ja eigentlich zwei richtige Freunde (...)
58 die kenne ich seit über 30 Jahren. Nein noch länger, 40 Jahre fast. Und wenn du die heute
59 noch kennst dann sind das einfach Freunde. (...) Weil die anderen die alten Freunde mit
60 denen ich getrunken habe und was anderes die habe ich eigentlich alle komplett radikal
61 weggetan. (...) Darum ist es auch so mit meiner Exfreundin (...) ist halt leicht depressiv.
62 Wellbutrin nimmt sie auch (-) sie ist ziemlich ja, ihr geht es nicht gut.

63 **I: Was hilft dir aktuell in deinem Leben, um alles durchzustehen? Im Moment?**

64 D: Ja das Haus **** selber allgemein und so auch weil es (-) ja auch meine Kinder mein Vater
65 auch und dass ich wieder Hoffnungen habe wegen der Arbeit, wegen den Schulden. (...)

66 **I: Gibt es aktuell Veränderungen in deinem Leben, die gerade da sind oder in nächster
67 Zeit auf dich zutreffen?**

68 D: Aktuell, ja gut eigentlich mit der Verhandlung (*Anm. Schuldenregulierungsverfahren*) (-) ja
69 Weihnachten jetzt nach Hause fahren (-) ja ich fahre eigentlich nur wegen meinem Vater
70 heim und wegen meinem Buben. Und sonst wäre ich eigentlich lieber da geblieben ehrlich
71 gesagt, ja.

72 **I: Und wie gehst du mit solchen Veränderungen um?**

73 D:Ja mit der Operation, eher positiv also da bin ich froh wenn das vorbei ist. Ich gehe auch
74 zum Zahnarzt bei der **** war ich jetzt auch ein paar Mal das gefällt mir eh. Vor der
75 Verhandlung habe ich jetzt ein bisschen einen Bammel eben wegen dem dass es vielleicht
76 nicht gleich durchgeht. (...) Aber so im Allgemeinen gehe ich eigentlich gut damit um. Also
77 ich habe jetzt keine Angst oder sonst irgendwas man denkt halt schon ein bisschen nach
78 aber nicht negativ, es passt eigentlich ganz gut.

79 **I: Manchmal gibt es Dinge im Leben, die man eigentlich nicht tun will, die aber**
80 **trotzdem anstehen. Wie gehst du damit um?**

81 D:(...) Ja da gibt es eigentlich eh nicht viel daweil bis auf ein paar Sachen, zum Beispiel (..)
82 seit zwei Wochen, Mag. **** (Anm. Einzeltherapeutin) muss ich so ein Ding machen so ein
83 Protokoll über die eine Sitzung die wir gemacht haben und das, da weiß ich nicht wie ich
84 anfangen soll dabei bin ich normal gar nicht so auf die (-) ich kann das normal gut aber da
85 fehlt mir irgendwie der Ding.

86 **I: Und wie gehst du damit um?**

87 D:Ja ich schieb es immer hinaus. (...) aber das bin ich normal nicht. (...) Nein aber sonst von
88 den Veränderungen her es gibt eigentlich eh nicht viel bis auf das das ich eigentlich lieber
89 hier bin wie zuhause. (...) ich fühle mich eigentlich da viel wohler derweil. Ich mag eigentlich
90 gar nicht weg.

91 **I: Manchmal kommt ja viel zusammen im Leben. Wie gehst du damit um, wenn mehrere**
92 **Sachen gleichzeitig anstehen?**

93 D:Ja früher hat es mich mehr gestresst. (...) Weil meistens ist da gleich dahergekommen a
94 gelber Brief, das, die Bank ruft an, kein Geld, Auto ist hin, Pickerl kannst du nicht machen
95 weil du kein Geld hast. Das hat mich dann alles voll runter gehaut aber jetzt erstens ist das
96 weniger geworden eigentlich ich bekomme kaum Post weil das ist jetzt eingestellt alles (...)
97 eigentlich ganz gut derweil (...). Also viel gelassener ich bin auch so viel ruhiger geworden.
98 Ich bin nicht mehr so nervös, ich war immer so wie ein aufgeschrecktes Huhn. Was immer
99 herumgehüpft ist. (...)

100 **I: Wenn du dir etwas vorgenommen hast, also ein Ziel vor Augen hast, bist du eher**
101 **jemand der die Ziele erreicht oder gibst du irgendwann auf?**

102 D:Nein ich erreiche sie eigentlich schon auch, aufgeben tue ich nicht so, habe ich auch
103 damals nicht (...) aber durch das dass es mir dann egal war oder nicht gut gegangen ist (...)
104 da war ich ein wenig unzuverlässig (...) du kannst ja nicht wegen jedem Scheiß glei die
105 Flinte ins Korn werfen das tut man nicht.

106 **I: Derzeit hast du ja einen geregelten Tagesablauf in der Therapie. Wie war das vor der**
107 **Therapie, hast du einen Tagesablauf selbst geplant und gestaltet?**

108 D:Ja eigentlich schon, ich habe die Termine die ich halt so gehabt habe gerade noch so
109 eingehalten, teilweise nicht (...). Einen geregelten Tagesablauf habe ich eigentlich nicht

110 mehr gehabt nein so richtig. Das war egal was für ein Wochentag, wie spät es war (-) weil ja
111 eh alles nichts ist um was geht weil es eigentlich völlig egal ist. Du weißt genau du bist jetzt
112 gemeldet beim AMS und bekommst dein Geld und alles andere ist egal.

113 **I: Hast du eine Idee, wie das nach der Therapie aussehen wird?**

114 D: Ja schon eigentlich. Ich hoffe dass (...) ich will im Vorfeld schon schauen. (...) Vielleicht
115 gibt es die Gelegenheit dass ich einmal sage (-) (...) Ich möchte wieder arbeiten gehen, und
116 nicht erst dann wenn ich draußen bin erst dann (...) vorher schon.

117 **I: Was hat dazu geführt, dass du in bestimmten Situationen die Kontrolle verloren hast
118 und zu Suchtmitteln gegriffen hast?**

119 D: Ja es war schon hauptsächlich wegen diesen Schuldensachen, oft halt wegen dem
120 Streiten. Das mit den Partnerinnen hat mich am meisten immer hineingezogen. Wenn ich mit
121 ihr gestritten habe und weil ich das nicht mag und da habe ich mich voll weggetan weil das
122 ist, ich weiß nicht, wenn man einen Menschen so mag dann, ich meine klar ist es falsch voll
123 wegtun und alles aber ich wollte einfach vergessen (...) weil es mir weh getan hat. Ich wollte
124 einfach ja, meinen Schmerz ertränken kannst du sagen. Genau das Falsche halt.

125 **I: Wenn du Suchtdruck verspürst, wie schaffst du es die Kontrolle zu behalten?**

126 D: Naja, hinausgehen, tief durchatmen und ich habe immer meine gute alte goldene
127 Regeln, ein kaltes Glas Wasser trinken ein kaltes, dass der Durst, also das Wichtigste ist
128 also für Alkoholiker halt dass das Durstgefühl einmal weg ist. Immer gleich wupp. Das ist für
129 mich am besten. Und pumpen oder was – Sport machen, trainieren. Schade dass ich kein
130 Rad da habe. (...)

131 **I: Gibt es andere Bereiche in deinem Leben wo du sagst, du hast Kontrolle
132 darüber bzw. tust du dir bei manchen Dingen schwer?**

133 D: (...) Ja schwer tu ich mir bei so Sachen zum Beispiel wie beim Schreiben teilweise.
134 Tagebuch und so gar nicht, das ist absolut nicht tragisch. (...) da geht es eher um die
135 Wortwahl und um die Rhetorik der Anfang ist halt zum Schreiben. (...)

136 **I: Und gibt es Bereiche in deinem Leben, wo du sagst, dass du Kontrolle darüber
137 hast?**

138 D: (-) ja eigentlich eh über mein Leben derweil so. Es taugt mir eigentlich. Mein Zimmer
139 gefällt mir eigentlich, was ich zu Hause nie getan habe, bei mir hat es ausgeschaut. Da war
140 mir alles egal, echt. Jetzt gefällt es mir voll in meinem Zimmer, das ist irgendwie wie mein
141 Reich. (...)

142 **I: Wenn du dir und mir gegenüber ganz ehrlich bist, wie gehst du mit Konflikten
143 um, z. B. wenn du einen heftigen Streit hast?**

144 D: Ja ich werde schon ziemlich gachzornig sagt man (...) meistens (...) wenn ich spinne
145 dann nicht lang, dann ist es gleich wieder vorbei. Ich meine bevor es zu Handgreiflichkeiten
146 kommt. Ja tief werde ich halt schon so vom Reden verbal halt. Das schon das gebe ich zu.

147 Aber zuhauen eher, das habe ich mir schon lang abgewöhnt. Das ist die letzte Instanz. Das
148 ist auch nicht gut. (...) lieber gehe ich raus und haue auf einen Baum drauf bevor ich
149 jemandem eine rein haue. (...)

150 **I: Bist du schon in ganz schwierigen Situationen gewesen in deinem Leben.**

151 D: Eigentlich (-) ja ganz arg eigentlich nicht. Ja Unfall oder sowas aber (...) ja da war ich eh
152 selber schuld mit dem Saufen wenn du halt dann so allein in der Bude liegst und kein
153 Mensch ist mehr da und du kotzt nur mehr in den Kübel hinein neben deinem Bett und du
154 denkst dir eigentlich nein. Das kann es nicht sein. Wenn du unfähig bist, dass du aufstehst,
155 dass du nicht einmal deinem Vater helfen kannst, oder arbeiten schon gar nicht mehr das ist,
156 das war ich nicht gewohnt da habe ich mir gedacht das gibt es nicht dass es auf einmal
157 innerhalb von ein paar Monaten so herunter brettelt.

158 **I: Wie bist du da wieder herausgekommen?**

159 D: Wie durch Eigeninitiative (...). ich fahre in die **** runter in die Drogenambulanz und ich
160 möchte einen Termin haben und es ist eh nicht so schwer, darum sage ich viele geben das
161 nicht zu dass sie Saufen. Du brauchst heute echt nur zu deinem Hausarzt gehen und sagen
162 (...) du hast ein Alkoholproblem du möchtest dich da selbst wieder hinausholen und wenn du
163 das dann wirklich ernst nimmst (...).

164 **I: Wenn du an Konflikte und schwierige Situationen denkst, hast du das Gefühl, dass
165 du schon etwas dazu gelernt hast und besser damit umgehen kannst?**

166 D: Ja auf jeden Fall.

167 **I: Was kannst du anders machen als früher?**

168 D: Ja auf jeden Fall Ruhe bewahren ist am besten und selber (...) und dass man wirklich echt
169 oft lang redet. Nicht so wie mit einem kleinen Kind sondern bestimmt und richtig so, richtig
170 ruhig redet. (...) Einfach ruhiger bleiben und meistens sind die Leute dann selber auch
171 ruhiger geworden. (...)

172 **I: Welche Menschen gibt es in deinem Leben, die dich unterstützen bzw. wo du weißt,
173 dass du Hilfe von ihnen bekommst?**

174 D: Ja auf jeden Fall mein Vater (-) ja meine Buben die haben halt schon ihr eigenes Leben,
175 die können mir nicht so wirklich helfen aber würden es wahrscheinlich auch. Ja mein Freund
176 auf jeden Fall der **** der Kleine den kennst du glaub ich eh gell. Aber sonst ja, meine
177 Exfreundin, die war eigentlich auch immer für mich da. (...) Vater ist halt die Nummer eins.

178 **I: Kannst du ihnen auch vertrauen?**

179 D: Ja (-) dem Vater sowieso. Ja mein Freund da **** sowieso (...).

180 **I: Wie häufig hast du Kontakt zu ihnen?**

181 D: Mit dem Vater täglich, mit den Buben einmal in der Woche sowas und mit meinem Freund
182 ja auch zwei bis dreimal in der Woche.

183 **I: Glaubst du, dass es weiterhin Personen geben wird, auf die zu zählen kannst?**

184 D:Ich denk schon ja. Ja auf jeden Fall.

185 **I: Wenn du mit Leuten sprichst, hast du das Gefühl, dass du auch verstanden wirst?**

186 D:Ja im Großen und Ganzen schon, ich hoffe es halt (-) ich hoffe. Ja gut klar ist es
187 manchmal so wenn man viel blödelt so wie ich dass man dann (...) dass es die Leute oft
188 nicht mehr ernst meinen wenn du es ernst meinst. Ja das habe ich aber schon immer
189 gehabt. Das geht mich dann an weißt eh. Aber da bin ich eh selber schuld.

190 **I: Bist du jemand dem es eher leicht oder schwer fällt, über unangenehme Gefühle zu
191 sprechen?**

192 D:Eher leicht.

193 **I: Bist du jemand der oft Freizeitaktivitäten und Hobbies nachgeht?**

194 D:Schon ja auch. Mache ich gern.

195 **I: Hat sich seitdem du auf Therapie bist etwas verändert?**

196 D: Ja es geht allgemein alles leichter. (...) ich tue wieder mehr, ich bin agiler. (...) Man
197 braucht die Ruhephasen genauso. (...) Relaxen, mir taugt das schon, gehört auch dazu. (...)
198 Für mich ist es eigentlich so (...) vom Grundgerüst her (...) das ist im Prinzip wie eine
199 Arbeitswoche. Das Modell, das System ist eigentlich eh recht gut und darum passt es für
200 mich auch wenn man einmal im Winter nicht raus kommt. (...)

201 **I: Hast du grundsätzlich ein Verlangen nach Ablenkung, Bewegung und Kreativität?**

202 D:Ja schon.

203 **I: Wie äußert sich das?**

204 D:Ja ich fange (-) (...) ich habe mir extra mein Ding jetzt mitgenommen (...) ich brauch halt
205 meistens einen Zweiten dazu, da macht es halt viel mehr Spaß. Da kann man sich
206 runtersetzen. (...) Da haben wir so Perlenbänder gemacht, mit dem möchte ich schon
207 anfangen, das ist voll klasse. Da ist es halt ein bisschen schade (...) die Leute sind wirklich
208 arg ich checke das nicht. (...) aber trotzdem gehen halt alle um acht, halb neun ins Bett.

209 **I: Bist du jemand der ständig auf der Suche ist nach äußeren Reizen und Sensationen?**

210 D:Ständig nicht aber nicht mehr so wie früher. So Sensationsding oder was geil oder dass
211 ich immer das Neuste brauche ich meine ich gehe halt schon gerne shoppen (...) das tue ich
212 meistens nur wenn ich nüchtern bin und (...) das Belohnungssystem so klischeehaft. Das hat
213 aber jeder (...). Das ist belohnen, wobei es immer noch gescheiter ist etwas zu kaufen als
214 schnell einen trinken und du hast nichts davon. Von einem Gewand hast du wenigstens was.

215 **I: Hat sich was deine Phantasie bzw. dein Vorstellungsvermögen betrifft etwas
216 verändert?**

217 D:Nein. Eigentlich nicht. Phantasie habe ich eigentlich schon denke ich. Glaube ich halt. Und
218 Gaude kann ich auch so machen ohne Alkohol. (...) nein ich bin trotzdem fast gleich wie
219 sonst kommt mir vor. Weil Reden tu ich auch viel. Und Blödsinn und Guade machen auch,
220 von dem her hat sich eigentlich nichts verändert. (...)

221 **I: Und vom Spaßempfinden her, hat sich das was verändert?**

222 D:Auch nicht viel. Ich bin nie ein Kind von Traurigkeit gewesen. Eher wenn ich viel getrunken
223 hab dass ich da melancholischer, depressiver gewesen bin. (..) Manchmal gibt es schon eine
224 Phase wo man traurig ist, muss aber gar nicht unbedingt einen Grund haben eigentlich. Das
225 ist man halt hier und da ein bisschen depressiv, ich mein ich weiß ja nicht was Depressionen
226 sind aber. (...) aber es ist jetzt viel besser.

227 **I: Auf was in deinem Leben bist du stolz?**

228 D:Auf meine Buben, auf dass das ich in einer Band gespielt habe und was jetzt derweil ist,
229 bin ich auch stolz drauf irgendwie. Das daugt mir wieder. Dass ich es geschafft habe bis jetzt
230 und dass ich wieder (-) mir geht es besser und ich schaue besser aus wieder. (...)

231 **I: Bist du jemand der sich selbst gegenüber sehr kritisch ist?**

232 D:Schon ja. Eigentlich schon ja, das war ich immer schon. Oder dass ich mich selbst
233 schlecht mache, dass haben meine Psychologen auch schon gesagt. (...) Das hat Frau Mag.
234 **** auch schon gesagt ich bin so selbstkritisch und selbstzerstörerisch.

235 **I: Das heißt das geht manchmal bis zu Selbstvorwürfen?**

236 D:Auch ja.

237 **I: Was sind das für Auslöser?**

238 D:Ja gute Frage. (-). Ja weil vielleicht weil ich mich selbst nicht so für wichtig genommen
239 habe. (...) wie sagt man da niedriges Selbstwertgefühl vielleicht oder Komplexe. (...) früher
240 wäre ich nie alleine in die Stadt hinein gefahren, aber das bin ich jetzt oft schon (...). Klar ist
241 es zu zweit oder zu dritt kamoter wenn du eine Gaude hast. (...) Ja die Auslöser, Selbsthass
242 teilweise gewesen. Hat aber eigentlich gar nicht so einen Grund.

243 **I: Bist du jemand der eher eine negative Einstellung hat zum Leben?**

244 D:(-) im Prinzip eigentlich eher nicht, aber nach außen hin schon ja (...) eigentlich bin ich
245 schon ein lebensbejahender Mensch und ich mag mein Leben und ich will alt werden und ich
246 weiß es wäre gelogen wenn ich sagen würde ich fürchte mich vor nichts im Leben, ich
247 fürchte mich auch nicht vor dem Tod. (...) Negativ ist auch nur (...) das habe ich auch nicht
248 verloren dass ich vor den anderen ein bisschen angebe (...) ich bin nicht so negativ wie ich
249 oft tue.

250 **I: Optimistisch?**

251 D:Ja, auch nicht gerade, aber eher schon jetzt. Weil man soll immer das Gute im Menschen
252 sehen, ich meine klar ist man oft enttäuscht und je mehr man sich den Leuten öffnet oft
253 desto mehr wirst du oft angeschissen auf Deutsch gesagt das stimmt schon oft. (...) Aber im
254 Prinzip bin ich schon ein positiver Mensch.

255 **I: Wie würdest du deine individuellen Stärken beschreiben?**

256 D:(-) ja (-) Teamgeist, teamfähig, dass ich Leute oft mitreißen kann, dass ich etwas bewegen
257 kann sei es jetzt bei Aktivitäten oder bei einem Projekt oder was ausarbeiten oder (...) ich

258 will ja nicht angeben und so aber, du weißt schon wie ich das meine. Gaude machen,
259 humorvoll.

260 **I: Was gibt dir Halt in deinem Leben, was ist dir wichtig?**

261 D:Ja, dass es wieder bergauf geht auf jeden Fall, eine geregelte Arbeit, (...), dass das mit
262 den Schulden (-) ja vielleicht mit meiner Ex, ich möchte schon irgendwie eine Freundin (...)
263 und es ist jemand da um den ich mich kümmern kann. (...)

264 **I: Und was gibt dir Halt im Leben?**

265 D:Ja eh solche Sachen. Mein Vater, meine Kinder halt. (...) Mein Vater wäre komplett
266 zerstört wenn ich mich jetzt selber wegdrehe. Der wäre, das könnte ich ihm nie antun. Oder
267 meinen Kindern das könnte ich gar nicht. (...)

268 **I: Was möchtest du in der Zukunft erreichen? Was sind deine Ziele?**

269 D:Ja auf lange Sicht wieder abstinent zu bleiben, Abstinent bleiben (-) und ja ich habe mir
270 das eine eigentlich eh schon aus dem Kopf geschlagen aber ist vielleicht doch immer noch
271 so ein Hintergrund ist weil man soll sich nie sagen, jetzt kannst du nie wieder so ein Bier
272 trinken, aber vielleicht ist das bei mir eh am Gescheitesten weil sonst fangst du wieder voll
273 an dass is halt leider so. (...) wenn ich beim Vater dann bin mein Zimmer wieder gescheit
274 herrichten dann oben. Ja arbeiten wieder, auf jeden Fall wieder ein kleines Auto kaufen, das
275 fehlt mir voll. (...)

276 **I: Was in der Therapie hat dir dabei geholfen, mit deiner Suchterkrankung besser
277 umzugehen?**

278 D:(-) ja (-) teilweise die Gruppen, Gruppengespräche auch. Einzelgespräche mit der
279 Psychologin und so halt dass wir (-) abgelenkt ist, zusammenhilft, so wie es halt war mit dem
280 ***** (...) gemeinsame, oder Kochen miteinander (...) eigentlich alles zusammen (...)
281 vielleicht weil es doch ein anderes Umfeld ist, man ist halt nicht mehr zuhause. Ich sage jetzt
282 schon so zuhause (...)

283 **I: Wie würdest du das Hilfsangebot beurteilen?**

284 D:Ja im Prinzip ganz gut nur nutzen es die meisten nicht.

285 **I: Und du persönlich?**

286 D:Ja (-) ja ich nutze es eigentlich eh oder? Ja (-) im Prinzip bekommt man eh alles man
287 braucht es nur sagen, die meisten tun es wahrscheinlich nicht die leben halt so dahin. (...) Ja
288 gut ich brauche eigentlich nicht viel. (...) Man bekommt eh alles. (...) Also das finde ich
289 schon gut das Hilfsangebot.

290 **I: Ist irgendjemand von uns von besonderer Bedeutung für dich?**

291 D:Ja einzelne Leute kann ich jetzt auch nicht herauspicken im Prinzip ich komme mit jedem
292 Betreuer eigentlich gut aus. Besondere Bedeutung nein eigentlich ja (-) du. *lacht* nein ich
293 weiß schon. Ja, nein. Mei Bezugsbetreuer der ***** könnte ich auch nicht sagen normal halt.
294 Eigentlich alle. (...)

295 **I: Was hat sich seit Beginn der Therapie für dich verändert?**

296 D:Ich kann wieder klarer denken und fitter und agiler bin ich wieder. Das alte Leben ist
297 wieder da, mehr. Positiv auf jeden Fall, also man sieht wieder alles positiv und ich hoffe dass
298 das dann alles mit den Schulden (...) also für mich ist das wichtigste dann einmal
299 schuldenfrei sein. (...)

300 **I: Was hat sich in Bezug auf deine Suchterkrankung geändert?**

301 D:Ja dass das Verlangen nicht mehr da ist so. Wie zuhause (...) Dass ich mir denke dass ich
302 das unbedingt brauche, ich meine jetzt ist es auch gegangen (...)

303 **I: Wie gehst du aktuell damit um?**

304 D:Ja eigentlich eh gleich auch. Ich meine das beim Einkaufen das stört mich gar nicht mehr
305 dass wenn du so die Flaschen von der Kassa siehst, dass muss man einfach wegschalten
306 (...)

307 **I: Was glaubst du was du vor Beendigung der Therapie noch brauchst?**

308 D:(-) eigentlich so nichts mehr. Ich bin voll zufrieden. Das einzige ja dass das mit den
309 Schulden, dass da zumindest, dass ich fix weiß was ist und dass ich noch ein halbes Jahr
310 dran hängen könnte, das ist schon ein Thema für mich auch. Weil ich bin gern noch ein Jahr
311 länger da (...)

312 **I: Hast du Kinder?**

313 D:Ja, zwei Buben.

314 **I: Lebst du in einer Partnerschaft/Ehe?**

315 D:Nein nicht zurzeit.

316 **I: Hast du bereits mehrere Therapieaufenthalte hinter dir?**

317 D:Ja.

318 **I: Wie viele?**

319 D:Ja eigentlich also Langzeit also zwei Mal in der Maria Ebene halt und jetzt halt da und die
320 Entgiftung. (...)

321 **I: Hast du von dir aus die Therapie gewählt, aufgrund einer Weisung oder auf
322 Anraten deiner Familie, deinen Freunden oder Bekannten?**

323 D:Eigentlich nur durch mich selbst, von Anfang an. Alles Eigeninitiative.

324 **I: Seit wann konsumierst du Drogen, Alkohol? Seit wie vielen Jahren?**

325 D:(-) seit 30 Jahren sicher. (...)

326 **I: Gab es in dieser Zeit auch drogenfreie Zeiten wo du abstinent gelebt hast?**

327 D:Ja schon. Drogen sowieso. Alkohol auch, da habe ich nie jeden Tag getrunken, die letzten
328 zehn Jahre eigentlich schon jeden Tag.

329 **I: Was ist und war deine Leitdroge?**

330 D:Alkohol.

331 **I: Welchen Beruf hast du vor der Therapie ausgeübt?**

332 D:Stapler, Lagerarbeiter eigentlich.

333 **I: Was ist deine höchst abgeschlossene Schulbildung?**

334 D:Berufsschule. (...)

335 **I: Wie würdest du deine finanzielle Situation beschreiben?**

336 D:(...) Ich meine zurzeit (...) Dass ich da was zurückzahlen muss (*Anm. Rehageld*) glaube
337 ich nicht. (...) Ja wäre es klasse, du weißt eh dass ich nichts haben darf auf dem Sparbuch
338 und nichts auf dem Konto (...) sicher wäre es klasse ich hätte ein paar Tausender am Konto
339 (...) aber wird es halt nicht spielen muss ich halt von vorne wieder anfangen.

340 **I: Bitte beschreibe mir deine derzeitigen Wohnverhältnisse.**

341 D:Da oder zuhause?

342 **I: Beides.**

343 D: Ja Wohnverhältnisse also mein Zimmer gefällt mir total eingerichtet habe ich es mir wie
344 ich es mag und ich fühle mich total wohl in meinem Zimmer. Weit anders als wo ich in Hallein
345 zuhause bin. Da habe ich zwar als Jugendlich immer gewohnt in meinem Zimmer aber jetzt
346 habe ich doch zwölf Jahre eigentlich eine Wohnung gehabt und dass ist dann doch was
347 anderes wenn man wieder zurück geht zum Vater(...).

13.3 Auszug Kategorienauswertung

Ergebnisse der Subkategorie „vergangene risikohafte Einflussfaktoren in Bezug auf die Suchterkrankung“:

Unter- kategorie	Beleg/ Stelle	paraphrasierter Text	Kurzform - Reduktion
vergangene risikohafte Einflussfaktoren i.B. auf die Suchterkrankung	A/17-34	Neugier wird als Grund angegeben, warum erstmals konsumiert wurde. Dies führte zu sofortiger Abhängigkeit. Grund, warum Konsum fortgeführt wurde war der Lebensstil des Vaters – immer fit sein, und auf Knopfdruck tagelang munter sein, trotzdem arbeiten gehen. Musik.	Neugier – dadurch sofortige Abhängigkeit. Fortführung Musik + Identifizierung mit Lebensstil des Vaters – immer fit sein, auf Knopfdruck tagelang munter sein
	B/9-15	Selbstmord Vater, als der Klient 8 Jahre alt war. Daraufhin Schulwechsel und Freundeskreiswechsel, dadurch in die Drogen gerutscht. Durch Tod Vater keine männliche Bezugsperson mehr gehabt. Klient kam mit sich selbst nicht mehr klar.	Selbstmord des Vaters (Klient 8 Jahre alt), danach Schulwechsel + Wechsel Freundeskreis, keine Bezugsperson mehr vorhanden.
	C/16-37	Hüftoperation als Kind, Verschreibung des Medikamentes Tramal. Mangelnde Aufklärung über Risikofaktoren des Medikamentes. Auslöser Schmerzen und Depressionen, antreibende Wirkung.	Hüftoperation als Kind, jetzige Leitdroge Tramal verschrieben bekommen. Mangelnde Aufklärung. Später: Schmerzen + Depressionen.
	D/22-49	Am Anfang die Gruppe/Freunde, am Anfang der gute Geschmack. Bundesheerzeit, Musikband, Langeweile, am Anfang der Zustand, dass es dir gut geht. Frust wegen Schulden und Streit mit der Freundin. Betäuben. Hund ist gestorben, Mutter gestorben – dämpfen. Gegen Ende jeder Anlass.	Gruppe/Freunde, guter Geschmack. Bundesheerzeit, Musikband, Langeweile, Frust bzgl. Schulden + Beziehungsstreit, Hund verstorben + Mutter verstorben. Später jeder Anlass.
	E/12-22	Langeweile und Neugier. Wollte es ausprobieren, danach steigerte sich Konsum. Hat alleine und selbstständig eingenommen, aus Langeweile. Hat viel gesehen bei Älteren, in Filmen – dies erweckte Neugier. Hat ihm zu sehr gefallen.	Langeweile + Neugier. Alleine + selbstständig eingenommen. Angeregt durch Filme + das Verhalten von Älteren
	F/24-40	Mehrere Faktoren damit zu tun, Eltern und falsche Freunde, das eine hat zum anderen geführt. Wollte sich von der Masse abheben. Hat gemeinsam mit Freundeskreis konsumiert, davon wurden zwei schwer abhängig. „(...) mein Vater ist ein wenig ein Choleriker und ja und da war ich halt nur	Mehrere Faktoren: Eltern, falsche Freunde, Abheben von der Masse. *

		der Trottel und du kannst nix und hin und her und da habe ich mich komplett abgeschirmt eigentlich dann. (...) Habe niemanden zum Reden gehabt, das war schon ein großes Thema.“ (F/30-33)	
	G/20-32	Hat seinen 1. Joint mit 18 geraucht und war schon voll dabei. Danach alles durchprobiert. Wollte danach immer mehr. Gründe: Neugier + Depressionen. Falscher Freundeskreis + Gewalt durch Vater, dieser war sehr streng.	Neugier, Depressionen + falscher Freundeskreis, Gewalt durch Vater (sehr streng)
	H/18-28	Sucht entstand aus Angst vor weiteren Depressionen, dass Zustände noch schlimmer werden. Mutter hatte Depressionen, hat ihr Leiden immer mitbekommen. „Ich wollte den Zustand nicht haben, ich wollte nicht unglücklich sein. Das hat mir Angst gemacht, ich wollte glücklich sein (...)“ (H/26-28) Hat viel gearbeitet: Die Anstrengung und der Stress und alles, das eintönige Leben. Und dann hat man das Umfeld ein bisschen dass man bei den einen mitbekommt dass die das total schön haben, dass die vielleicht mehr Geld haben als wie du und weniger arbeiten, auch sehen und mehr tun, und bei dir ist das alles nicht so. (H/41-45)	Depressionen - Angst vor weiteren Depressionen, Mutter litt darunter, Angst so zu sein wie sie. * viel Arbeit: *
	I/6-13	Ist oft gerne fortgegangen und hat Partydrogen zu sich genommen, viel getrunken. Auch ein Grund war, dass es ihr Spaß gemacht hat und es etwas war, was sie für sich alleine machen konnte. Sie kommt aus einem geschützten Elternhaus.	Gerne fortgegangen, Spaß, geschütztes Elternhaus, konnte Konsum selbst bestimmen (alleine machen)
	J/10-14	Kindheit und Jugend. „Die ewigen Streitereien zuhause und die Gewalt und das nächtelang nicht schlafen. Das ist halt war psychisch sehr anstrengend, ich habe immer Angst gehabt (...)“ (J/12-13)	Kindheit/Jugend:*

Tabelle 2: Vergangene risikohafte Einflussfaktoren

13.4 Arbeitsbündnis – Vertrag über die Interventionsplanung

Logo der
Einrichtung

Arbeitsbündnis: Vertrag über die Interventionsplanung

Zwischen: _____

(Name und Anschrift des Klienten/ der Klientin)

Und: _____

(Name des Betreuers/ der Betreuerin)

der: _____

(Stationäre Therapieeinrichtung)

I. Grundlage der Interventionsplanung

- Eine Suchttherapie als stationäre Entwöhnungsbehandlung
- Eine psychosoziale Begleitbetreuung
- Beratungsmaßnahmen
- Sonstige Maßnahmen: _____

(Benennung)

Seite 1

Logo der
Einrichtung

2. Ziele der Interventionsplanung

a) strukturelle und überindividuelle Ziele

- Überprüfung der Veränderungsbereitschaft
- Motivationsarbeit bei Ambivalenz
- Reduktion des aktuellen Suchtmittelkonsums
- Suchtmittelabstinenz
- Erarbeitung einer haltgebenden Tagesstruktur (Schule, Ausbildung, Beruf, Freizeit)
- Aufbau eines drogenfreien sozialen Umfeldes (Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, professionelle HelferInnen)
- Bearbeitung persönlicher bzw. psychischer Problematik

b) Persönliche Ziele des/der KlientIn (möglichst konkrete Benennung)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

3. Zeitperspektive der Interventionsplanung (mit Verlängerungsoption)

- Voraussichtliche Zeitdauer der Zusammenarbeit: _____ Monate
- Beginn der Zusammenarbeit: _____
- 1. Überprüfung der Zielerreichung/Datum: _____
- 2. Überprüfung der Zielerreichung/Datum: _____
- Voraussichtliches Ende der Zusammenarbeit: _____
- Vereinbarte Sitzungsfrequenz: _____ Sitzungen pro
 Woche / Monat

Seite 2

Logo der
Einrichtung

4. Mitwirkungsanforderungen an den Klienten/die Klientin

- pünktliches Erscheinen zu den vereinbarten Terminen
- rechtzeitiges Absagen von Terminen bei Verhinderung (so früh wie möglich, jedoch spätestens 24 Stunden vorher)
- aktive Teilnahme an den Sitzungen
- nüchternes, arbeitsfähiges Erscheinen zu den Terminen

Der Betreuer/ die Betreuerin verpflichtet sich, den Klienten/ die Klientin zuverlässig und unter Wahrung der grundsätzlichen Schweigepflicht bei der Verwirklichung seiner/ihrer Ziele zu unterstützen. Das geschieht unter Gewährleistung hoher fachlicher Qualitätsstandards und mit menschlichem Respekt.

Aufgaben/Handlungen und Vorgehensweisen seitens der Fachkraft:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

5. Rückfallprophylaxe

Verspürt der Klient/ die Klientin Suchtdruck und das Risiko rückfällig zu werden, verfährt er/sie nach dem Motto:

Tu etwas
und zwar sofort.

Stattgefundene Rückfälle werden als Vorfälle behandelt und führen nicht automatisch zum Abbruch der gemeinsamen Arbeit.

Ort, Datum

Betreuer/Betreuerin

Klient/Klientin

Seite 3