



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Corinne Wyssmann

Matrikelnummer: 15-634-900

Unterstützung von Menschen mit einer Alkoholproblematik unter Anwendung des Trainings emotionaler Kompetenzen (TEK)

Eingereicht bei

Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2018
zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, welchen Mehrwert die Anwendung des Trainings emotionaler Kompetenzen (TEK) in der Sozialen Arbeit mit Betroffenen von Alkoholproblematiken mit Blick auf bestehende Begleit- und Therapiekonzepte leistet. Zunächst wird die Alkoholproblematik bezüglich Konsumformen und Erklärungstheorien beleuchtet. Verdeutlicht wird, dass ein defizitärer Umgang mit unangenehmen Gefühlen ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit und auch das Hauptrückfallrisiko ist. Alkoholkonsum ist für viele Betroffene eine Bewältigungsstrategie. Mit Fokus auf soziale Auswirkungen werden die Folgen von Alkoholproblematiken aufgezeigt. Anschliessend werden, u.a. auf die Soziale Arbeit bezogene, Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt. Der Mehrwert des TEK wird in Bezug auf eine kritische Würdigung fünf aktueller Ansätze, welche Konsumveränderungen bewirken können, eruiert. Die vermittelten TEK-Kompetenzen zur Emotionsregulation sind rasch und vergleichsweise direkt auf viele suchtspezifische Risikofaktoren anwendbar. Hinsichtlich der Komplexität von Alkoholproblematiken ist das TEK ergänzend zu anderen Ansätzen sinnvoll und kann mittels Materialien und Handlungsanleitungen situations- und institutionsspezifisch durch Sozialarbeitende angewendet werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Alkoholproblematik – Folgen und Unterstützung	4
2.1	Risikoarmer Alkoholkonsum	4
2.2	Problematischer Alkoholkonsum	4
2.3	Alkoholabhängigkeit	5
2.3.1	Erklärungsmodelle und -theorien zur Entstehung einer Alkoholabhängigkeit	5
2.4	Folgen von übermässigem Alkoholkonsum	9
2.5	Unterstützung von Menschen mit Alkoholproblematik	11
2.5.1	Unterstützung durch die Soziale Arbeit	12
2.6	Fazit	14
3	Aktuelle Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit Alkoholproblematik	15
3.1	Motivierende Gesprächsführung	16
3.2	Kognitiv-verhaltensorientierte Beratung	18
3.3	Lösungsorientierte Gesprächsführung	21
3.4	Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	22
3.5	Strukturiertes Trainingsprogramm «S.T.A.R.»	24
3.6	Fazit	27
4	Training emotionaler Kompetenzen (TEK)	28
4.1	Theoretischer Teil als Hintergrund des TEK	29
4.2	Praktischer Teil des TEK	31
4.3	Einsatz des TEK und Evaluation	40
4.4	Mehrwert des TEK	40
4.5	Fazit	44
5	Schlussfolgerungen	45
6	Quellenangaben	51
6.1	Literaturverzeichnis	51
6.2	Abbildungsverzeichnis	53
7	Anhang	54
	Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis	54

1 Einleitung

Ängste, depressive Stimmung, Einsamkeit, Trennung, Stress, Ärger, Stellenverlust, Hoffnungslosigkeit usw.: Das alles sind Beispiele von Emotionen und kritischen Lebensereignissen, welche der Autorin während ihrer Arbeit auf der Station für Abhängigkeitserkrankungen in einer psychiatrischen Klinik als Entstehungs- und Rückfallfaktoren für Alkoholabhängigkeit genannt wurden.

Es ist feststellbar, dass Alkoholkonsum – insbesondere zu Beginn dessen Steigerung – eine Verstärkungswirkung ausübt. Positiv verstärkend wirkt der Konsum durch das Erreichen einer ausgelassenen Stimmung, negativ verstärkend durch die Dämpfung unangenehmer Zustände, wie Ängste, Anspannung, Stress, Probleme und Konflikte. Der kurzfristig positive Effekt des Alkoholkonsums kann dazu beitragen, dass dieser zu einer immer häufigeren Form der Bewältigung unangenehmer Gefühle und belastender Ereignisse oder Zustände wird (vgl. Lindenmeyer 2016: 23). Auch bei der Ursache von Rückfällen in die Alkoholabhängigkeit ist ein Zusammenhang zur Emotionsbewältigung feststellbar. Sucht Schweiz hält zu dieser Kausalität fest: «Angst, Wut, Traurigkeit und andere negative Gefühle können Rückfälle begünstigen, weil Alkohol rasche Entlastung verspricht.» (Sucht Schweiz 2010: 8)

Schätzungen zufolge leiden ca. 250'000 Menschen in der Schweiz an einer Alkoholabhängigkeit. Risikoreicher Alkoholkonsum liegt bei ungefähr 21 % der Schweizer Bevölkerung vor (vgl. Suchtmonitoring Schweiz o.J.: o.S.). Die Soziale Arbeit hat zum einen – gemäss «dem Doppeltmandat von Hilfe und Kontrolle» – den Auftrag, die Folgen von Alkoholproblematiken einzudämmen oder zu verhindern und deren Auftreten präventiv zu mindern (AvenirSocial 2010: 7). Zum anderen ist sie durch gezielte Unterstützung Betroffener und zielgerichtete Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen für die Reduktion der negativen gesellschaftlichen Auswirkungen zuständig.

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit eine überdurchschnittliche Häufigkeit von Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Verschuldung und instabiler Wohnsituation zu verzeichnen, wobei sich diese Faktoren gegenseitig verstärken und bedingen können (vgl. BAG – Bundesamt für Gesundheit 2015: 40). Professionelle der Sozialen Arbeit sind demnach in den verschiedensten Handlungsbereichen mit den Folgen von Alkoholproblematiken konfrontiert.

Der Soziologe und Psychologe Peter Sommerfeld hält fest, dass die Soziale Arbeit für die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zuständig ist in Form von Integration in die Handlungssysteme und von Bearbeitung der

psychosozialen Dynamiken (vgl. Sommerfeld 2016: 30). Professionelle der Sozialen Arbeit setzen sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen von Betroffenen ein und unterstützen diese bei der Abstinenz oder bei der Konsumreduktion. Dazu benötigen Sozialarbeitende spezifische Kenntnisse für die Arbeit mit Betroffenen von Alkoholproblematiken.

Sozialarbeitende begleiten und beraten Betroffene in Bezug auf individuelle Coping- und Recovery-Prozesse und leiten unterstützende Massnahmen dazu ein (vgl. ebd.). Eine relativ neue Methode zur Verbesserung der Bewältigungsfertigkeiten in Bezug auf unangenehme Emotionen stellt das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) nach Berking dar, welches erstmals 2008 publiziert wurde (vgl. Berking 2008: o.S.). In der Sozialen Arbeit wird häufig mit psychotherapeutisch geprägten Ansätzen gearbeitet. Diese Methoden und Techniken sind für eine professionelle Beratung, Gesprächsführung und Krisenintervention unerlässlich (vgl. Gahleitner/Pauls 2012: 368f.).

«Das TEK ist ein Intensivprogramm zur Verbesserung der Stress-, Selbstwert- und Emotionsregulation. Kern des Trainings ist die Vermittlung von sieben emotionalen Kompetenzen, die besonders wichtig für die psychische Gesundheit sind.» (TEK Training emotionaler Kompetenzen o.J.: o.S.) Diese sieben Kompetenzen haben sich gemäss der Forschung in Bezug auf die Regulation unangenehmer Emotionen als effizient erwiesen. Diese Strategien werden im TEK nach und nach erarbeitet und eingeübt (vgl. ebd.). Die bisherigen Studien zur Effektivität des TEK lieferten positive Ergebnisse in Bezug auf die Stärkung der emotionalen Kompetenzen der Studienteilnehmenden (vgl. Berking 2015: 141).

Wie bereits thematisiert, haben Defizite in der Emotionsregulation Einfluss auf die Entwicklung einer Alkoholproblematik und die Rückfälligkeit. Im Sinne von psychosozialer Beratung und Unterstützung ist es demnach zentral, dass Sozialarbeitende über eine Methode zur Verbesserung der Emotionsregulation von Menschen mit einer Alkoholproblematik verfügen. Eine konstruktive Bewältigung von Emotionen kann einen positiven Verlauf der Problematik begünstigen.

Vor diesem Hintergrund befasst sich die vorliegende Arbeit mit der folgenden Fragestellung:

Welchen Mehrwert leistet das Training emotionaler Kompetenzen nach Berking in der Sozialen Arbeit mit Betroffenen von Alkoholproblematiken mit Blick auf bestehende Begleit- und Therapiekonzepte?

Die Fragestellung bezieht sich sowohl auf Betroffene einer Alkoholabhängigkeit als auch auf Menschen mit problematischem Alkoholkonsum.

Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ist schleichend und dauert bei Erwachsenen ca. sechs bis zehn Jahre. Bei Jugendlichen beträgt die Entwicklungszeit lediglich zwei bis drei Jahre (vgl. Lindenmeyer 2016: 10f.). Der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit geht somit eine längere Phase problematischen Alkoholkonsums voraus. Dies lässt darauf schliessen, dass frühzeitiges Intervenieren bezüglich dem Erwerb konstruktiver Strategien zur Emotionsregulation sinnvoll ist.

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt in Form einer Literaturliteraturarbeit. Für die Definition von Alkoholproblematiken wird insbesondere Literatur vom Psychologen Johannes Lindenmeyer (2016) einbezogen, welcher als renommierter Spezialist in Bezug auf Alkohol-Therapie gilt. Daneben stellen Sucht Schweiz (2014) und Praxis Suchtmedizin Schweiz (o.J.) die Hauptquellen im Kapitel 2 dar. Erstere ist eine Stiftung, die sich für Präventionsprojekte, Gesundheitspolitik und psychosoziale Forschung einsetzt. Die zweite ist ein Verein zur Verbesserung der professionellen Kompetenz und Vernetzung. Das sozialkognitive Rückfallmodell wird vorgestellt, welches von Körkel/Schindler (2003: 24) als «das differenzierteste, konsistenteste und empirisch am besten gestützte theoretische System zur Erklärung des Eintritts und Verlaufs von erneutem Alkoholkonsum» bezeichnet wird. Bei den aktuellen Ansätzen in der Unterstützung von Klientel mit einer Alkoholproblematik (Kapitel 3) wird sowohl Originalliteratur von Begründern der Ansätze als auch Sekundärliteratur beigezogen. Um das TEK vorzustellen, wird das gleichnamige Buch von Berking (2015) als Quelle verwendet.

Zunächst wird im Kapitel 2 zu den Alkoholproblematiken hingeführt, wobei die Abgrenzung von risikoarmem zu problematischem Alkoholkonsum aufgezeigt wird. Die Alkoholabhängigkeit wird im Kapitel 2.3 unter Einbezug von zwei Erklärungstheorien definiert. Im Kapitel 2.4 werden die Folgen von übermässigem Alkoholkonsum mit vertiefter Berücksichtigung der sozialen Aspekte aufgegriffen, um im Kapitel 2.5 die Unterstützungsmöglichkeiten mit Fokus auf die Soziale Arbeit aufzuzeigen. Im Kapitel 3 werden fünf, in Bezug auf Alkoholproblematiken relevante, aktuelle Ansätze vorgestellt. Dazu zählen Therapie- und Beratungsmethoden sowie Rückfallpräventionsprogramme. Diese werden jeweils einer kritischen Würdigung unterzogen. Mit besonderem Fokus wird im Kapitel 4 das TEK vorgestellt mit seiner theoretischen und praktischen Komponente. Im Kapitel 4.4 soll der Mehrwert des TEK mit Bezug zu den Erklärungstheorien in Kapitel 2.3.1 und der kritischen Würdigung aktueller Ansätze aufgezeigt werden. Im Kapitel 5 werden die Erkenntnisse im Sinne von Schlussfolgerungen zusammengefasst und die Fragestellung wird beantwortet.

2 Alkoholproblematik – Folgen und Unterstützung

Zunächst werden in diesem Kapitel der risikoarme und problematische Alkoholkonsum beschrieben und unterschieden. Es folgen Unterkapitel zur Alkoholabhängigkeit und zu den Folgen von übermässigem Alkoholkonsum. Zum Schluss des Kapitels werden die Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt.

2.1 Risikoarmer Alkoholkonsum

In der Literatur wird grösstenteils zwischen risikoarmem und problematischem Alkoholkonsum unterschieden (vgl. Sucht Schweiz 2014: 3). Aus der Perspektive der Prävention ist man sich grösstenteils einig, dass es keinen risikolosen Alkoholkonsum gibt, weswegen man von risikoarmem Alkoholkonsum spricht (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 15). Dies ist dann der Fall, wenn massvoll und situationsangepasst konsumiert wird (vgl. Sucht Schweiz 2014: 3). Die Abgrenzung zum problematischen Konsum ist schwer festzusetzen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass durch risikoarmen Konsum i.d.R. keine psychischen, körperlichen oder sozialen Folgen auftreten dürften (vgl. Praxis Suchtmedizin Schweiz o.J.: o.S.).

2.2 Problematischer Alkoholkonsum

Problematischer Alkoholkonsum wird auch als missbräuchlicher, riskanter oder schädlicher Konsum bezeichnet. Der problematische Konsum wird je nach Quelle unterschiedlich definiert. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, dass dieser Konsumtyp von einer Abhängigkeit abgegrenzt werden muss. Problematischer Alkoholkonsum liegt vor, wenn die eigene Gesundheit oder die von anderen gefährdet wird. Innerhalb des problematischen Alkoholkonsums existieren verschiedene Konsummuster, welche auch kombiniert auftreten können (vgl. ebd.). Dabei wird teilweise auf die Anzahl Standardgläser verwiesen, welche jeweils 10-12 g reinen Alkohol beinhalten (vgl. Sucht Schweiz 2014: 3).

Die Konsummuster werden im Folgenden vorgestellt:

Rauschtrinken: Gemäss internationalen Richtlinien wird damit der Konsum von mindestens vier Standardgetränken bei Frauen und von mindestens fünf Standardgetränken bei Männern innerhalb weniger Stunden bezeichnet. Dies mindestens zweimal innerhalb von einem Monat und bei jeweils einer Gelegenheit (vgl. Praxis Suchtmedizin Schweiz o.J.: o.S.).

Chronischer Alkoholkonsum: Als chronisch risikoreicher Alkoholkonsum gilt ein Tageskonsum von über zwei Standardgläsern bei Frauen und über vier bei Männern, welcher häufiger als dreimal wöchentlich erfolgt (vgl. ebd.).

Situationsunangepasster Alkoholkonsum: Dieses Konsummuster bezieht sich auf die Umstände, unter welchen Alkohol konsumiert wird. Als situationsunangepasst gilt beispielsweise Trinken im Strassenverkehr, am Arbeitsplatz, beim Aktivsport, während der Schwangerschaft oder während der Einnahme von Medikamenten (vgl. ebd.).

2.3 Alkoholabhängigkeit

In diesem Unterkapitel wird zunächst darauf eingegangen, wann jemand überhaupt als alkoholabhängig gilt. Es folgen zwei Erklärungstheorien zur Alkoholabhängigkeit. Im Anschluss werden die Folgen von übermässigem Alkoholkonsum und die Unterstützung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit thematisiert, wobei ein Fokus auf die Soziale Arbeit gelegt wird.

Der Übergang vom problematischen Alkoholkonsum zur Alkoholabhängigkeit ist fließend. Nicht die Konsummenge definiert eine Abhängigkeit, sondern das Auftreten bestimmter Kriterien (vgl. Sucht Schweiz 2014: 3).

Ein Klassifikationssystem im Bereich der Abhängigkeiten stellt das ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Verfügung (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 14).

Die WHO hat in der ICD-10 folgende Kriterien für die Diagnose «Alkoholabhängigkeitssyndrom» festgelegt:

Suchtdruck: Starkes Verlangen oder Empfindung von Zwang, Alkohol zu konsumieren.

Kontrollverlust in Bezug auf den Beginn, die Beendigung und die Konsummenge.

Körperliches Entzugssyndrom, wenn der Konsum eingestellt oder reduziert wird.

Toleranzentwicklung: Notwendigkeit der Dosiserhöhung zur Erreichung desselben Effekts.

Fokussierung auf Alkoholkonsum: Vernachlässigung anderer Interessen.

Anhaltender Substanzgebrauch trotz deutlicher Hinweise auf schädliche Folgen.

Die Diagnose einer Abhängigkeit sollte i.d.R. nur erfolgen, wenn drei oder mehr der genannten Kriterien im letzten Jahr gleichzeitig aufgetreten sind (vgl. WHO - World Health Organization 1992: 75f.).

2.3.1 Erklärungsmodelle und -theorien zur Entstehung einer Alkoholabhängigkeit

Bis heute existiert keine einheitliche Störungstheorie für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Eindimensionale Modelle, welche beispielsweise auf die Persönlichkeit, Herkunftsfamilie oder die Genetik abzielten, fanden lediglich widersprüchliche Bestätigung in der Empirie.

Lindenmeyer betont, dass nur ein biopsychosoziales Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit gerecht wird (vgl. Lindenmeyer 2016: 22).

«Zentral ist im *biopsychosozialen Modell* [Hervorhebung im Original] die Annahme eines Wechselspiels zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Einflüssen bei der Entstehung von Krankheiten.» (Brinkmann 2014: 31)

Im Folgenden wird auf intrapsychische Theorien eingegangen, da diese sich u.a. auf Bewältigungsfertigkeiten fokussieren. Psychosoziale Theorien, welche sich auf den sozialen Kontext bei der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (z.B. Trinkkultur und Familienprozesse) beziehen, werden nicht aufgeführt. Auch neurowissenschaftliche Theorien, die sich z.B. mit Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen und Endorphinmangel beschäftigen, werden aufgrund mangelnder Relevanz für die Arbeit nicht aufgegriffen.

Intrapsychische Erklärungsmodelle

Zunächst wird die Theorie zur «Entwicklung pathologischer Trinkmotive» vorgestellt, welche sich u.a. auf Bedürfnisbefriedigung bezieht. Danach wird vertieft auf das «sozialkognitive Rückfallmodell» eingegangen, welches aufgrund der Verbindung zu Bewältigungsstrategien eine spezielle Relevanz in Bezug auf die vorliegende Arbeit hat.

Entwicklung pathologischer Trinkmotive

Die Wirkung von Alkohol kann je nach Trinkmenge und Trinksituation unterschiedlichen Einfluss auf das Verhalten und das Erleben Betroffener haben. Besonders am Anfang eines erhöhten Alkoholkonsums ist eine Verbindung zur Lerntheorie feststellbar, im Sinne von positiver Verstärkung in Form von «Enthemmung/ Stimulierung» oder von negativer Verstärkung als «Dämpfung/ Beruhigung». Unter Einfluss von Alkohol ist entsprechend einer «Enthemmung/ Stimulierung» eine freiere, ausgelassene Stimmung möglich. Das Verhalten wird i.d.R. eher kurzfristig. Im Sinne von «Dämpfung/ Beruhigung» können Ängste, Probleme und Belastungen, Anspannung, Schlaflosigkeit, Konflikte oder Stress durch Alkoholkonsum kurzfristig erleichtert werden (vgl. Lindenmeyer 2016: 23).

«Auf diese Weise kann Alkohol mit der Zeit zu einem immer wichtigeren Werkzeug bei der Ausbildung von Annäherungs- und Vermeidungsschemata zur Befriedigung basaler Bedürfnisse wie Bindung, Orientierung/ Kontrolle, Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung und Selbsterhöhung werden.» (ebd.)

Verschiedene Mechanismen können, trotz bereits eingetretener negativer Folgen, zu krankhaften Trinkmotiven beitragen:

Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung: Die Wirkung des Alkohols wird erst bei Konsum grösserer Mengen wahrgenommen. Bei einigen dient der Alkoholkonsum der Verminderung kritischer Selbstaufmerksamkeit.

Unrealistische, positiv verzerrte Wirkungserwartung von Alkohol: Diese kann die Entwicklung eines problematischen Trinkstils begünstigen.

Self-Handicapping: Statt eigene Misserfolge auf mangelnde Fähigkeit oder Anstrengung zurückzuführen wird übermässig getrunken, um diese auf den Alkoholkonsum zu reduzieren.

Mangelnde Entwicklung eines alternativen Verhaltensrepertoires: Der Alkoholkonsum kann immer mehr zur einzigen Bewältigungsstrategie werden, was insbesondere bei Jugendlichen oder bei Betroffenen mit komorbiden Störungen der Fall sein kann.

Entwicklung suchtbezogener Grundannahmen: Ohne erneute Reflexion werden solche Grundannahmen schlussendlich reflexartig in vielen Trinksituationen aktiviert (vgl. ebd.: 24f.).

Das sozialkognitive Rückfallmodell

Ein weiteres intrapsychisches Erklärungsmodell zu Alkoholabhängigkeit bieten Marlatt und Gordon (1985). Dieses gilt als äusserst renommiert und gründet auf der sozialkognitiven Lerntheorie nach Bandura (1986). Es geht in diesem Modell um die Erklärung und den Verlauf von Rückfällen, wobei zwischen einem Ausrutscher und einem (schweren) Rückfall unterschieden wird. Der Fokus wird auf die verschiedenen Bedingungen gelegt, welche zu Rückfällen führen können (vgl. Brinkmann 2014: 23).

Studien konnten belegen, dass Rückfällige über unzureichende Bewältigungsfertigkeiten für Risikosituationen und Belastungen verfügen (vgl. Körkel/Schindler 2003: 29). «In der Tat stellen unangenehme Gefühlszustände die Hauptrückfallgefahr dar: 38-50 % aller Rückfälle werden gemäss verschiedener internationaler Studien von den Betroffenen auf unangenehme Gefühlszustände zurückgeführt.» (ebd.: 222) Weitere Durchschnittswerte von Rückfallfaktoren sind 17,8 % in Bezug auf zwischenmenschliche Konflikte und 12,7 % bezüglich Trinkaufforderungen. Unangenehme körperliche Zustände, wie Schlaflosigkeit und Schmerzen, stellen mit 5,9 %, ebenfalls eine Ursache für Rückfälle dar. Bei 5,6 % der Rückfälle wurden angenehme Gefühlszustände als Ursache genannt (vgl. ebd.: 156).

Marlatt und Gordon beziehen sich im sozialkognitiven Rückfallmodell auf Betroffene von Alkoholabhängigkeit, welche abstinent leben möchten. Ausrutscher und Rückfälle stehen am Ende einer Kette von Ereignissen und Entscheidungen (vgl. ebd.: 24).

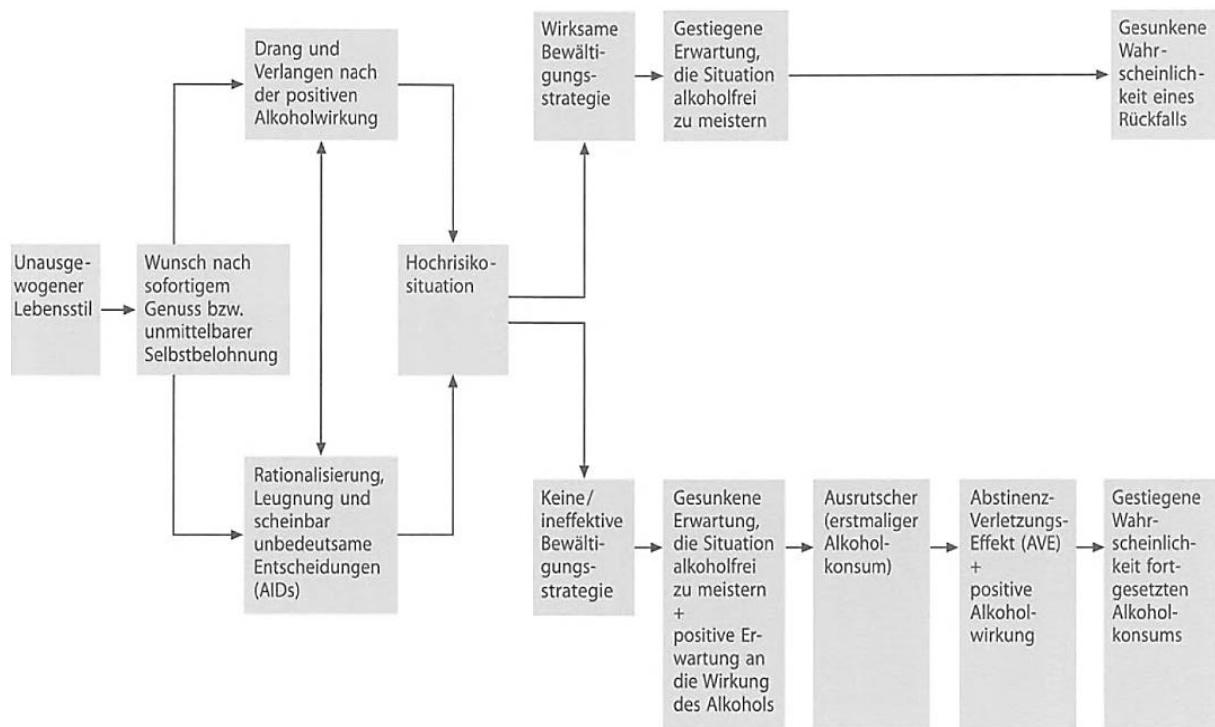


Abb. 1: Rückfallmodell von Marlatt (Körkel/Schindler 2003: 25).

Das sozialkognitive Rückfallmodell wird im Folgenden gemäss der Abbildung 1 erläutert:

- Zu Beginn eines Rückfallprozesses liegt ein «unausgewogener Lebensstil» vor. Pflichten und Belastungen stehen zu wenig angenehmen Erlebnissen gegenüber.
- Der Wunsch sich «sofortigen Genuss oder Selbstbelohnung» zu schaffen kommt auf, wenn lange Zeit keine Entlastung gegenüber den Alltagsanforderungen vorhanden ist.
- «Urge» (Suchtdruck) und «craving» (Verlangen nach angenehmer Wirkung) erfolgen.
- «Scheinbar unbedeutende Entscheidungen» sind fähig, die Wahrnehmung einer erhöhten Rückfallgefahr zu verschleiern. Es kommt zur «Rationalisierung» des Konsums und der «Leugnung» der Trinkmotive. Negative Folgen des Alkoholkonsums werden ausgeblendet. «Mini-Entscheidungen» (z.B. Kneipenbesuch) lassen die Rückfallgefahr zusätzlich steigen.
- Kommt es zu «Hochrisikosituationen» erhöht sich das Rückfallrisiko weiter. Dazu gehören Konflikte, Konsumaufforderungen, belastende emotionale Zustände und die Zeit nach dem Eintreten kritischer Lebensereignisse (Stellenverlust, Trennung, Umzug etc.).
- «Mangelhafte Bewältigungsstrategien», wie z.B. Schwierigkeiten Stress ohne Alkohol zu bewältigen, steigern die Gefahr eines Rückfalls zusätzlich.
- Gehen Betroffene davon aus, keine ausreichenden Bewältigungsstrategien zu besitzen, sinkt die «Abstinenzzuversicht». Die «Erwartung steigt, durch Alkoholkonsum Belastungen vermindern» zu können.
- Der Wiederkonsum von Alkohol («Ausrutscher») erfolgt (vgl. ebd.: 26f.).

Gemäss Abbildung 2 wird nun spezifisch auf den Prozessschritt des «Abstinenz-Verletzungs-Effekts» eingegangen, welcher innerhalb des sozialkognitiven Rückfallmodells erfolgen kann:

- Betroffene erleben eine Dissonanz durch das Realisieren des Widerspruchs, keinen Alkohol trinken zu wollen, aber dennoch konsumiert zu haben:
- In Form einer Kausalattribution «1.» versuchen sich Betroffene den Widerspruch zu erklären. Dies insbesondere mit Zurückführung auf scheinbar generalisierbare Persönlichkeitsmerkmale.
- Ohnmacht und Resignation «2.» begleiten solche Erklärungen, weshalb die Zuversicht abnimmt, den weiteren Alkoholkonsum beeinflussen zu können.
- Schuld- und Schamgefühle «3.», welche den Selbstwert negativ beeinflussen, treten auf. Diese Gefühle versuchen Betroffenen mit weiterem Konsum einzudämmen. Die Anspannung durch das Verschweigen des Wiederkonsums begünstigt dies weiter (vgl. ebd.: 27f.).

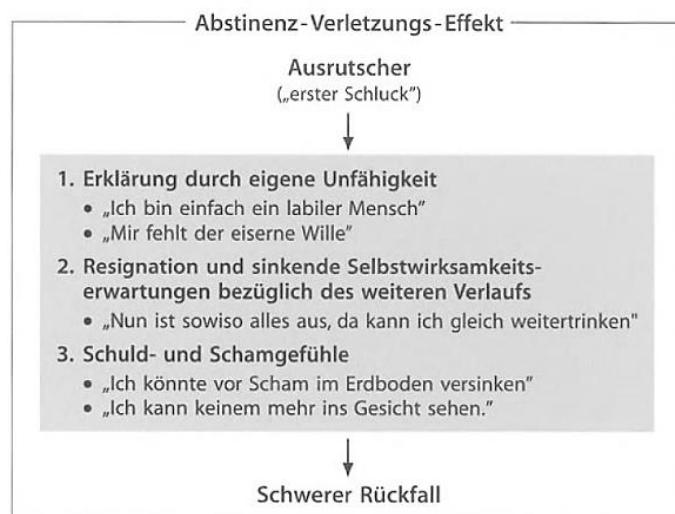


Abb. 2: Abstinenz-Verletzungs-Effekt (Körkel/Schindler 2003: 27).

Der Abstinenz-Verletzungs-Effekt bezeichnet die ungünstigen Verarbeitungsmuster des Ausrutschers und kann mit der «sich selbst erfüllenden Prophezeiung» verglichen werden. Die sofortige angenehme Wirkung des Alkoholkonsums erhöht die Wahrscheinlichkeit von dessen Weiterführung (vgl. ebd.: 28). Das sozialkognitive Rückfallmodell zeigt die Relevanz eines ausgewogenen Lebensstils sowie der konstruktiven Bewältigung von Emotionen auf.

2.4 Folgen von übermässigem Alkoholkonsum

Übermässiger Alkoholkonsum bringt eine Vielzahl von Symptomen, Verlusten und Einschränkungen mit sich. Im Folgenden wird auf die körperlichen Risiken eingegangen. Im Anschluss werden die sozialen und gesellschaftlichen Folgen übermässigen Alkoholkonsums vertieft thematisiert, um dann das Unterstützungssystem für Betroffenen mit Alkoholproblematiken vorzustellen. Der Fokus liegt dabei auf der Unterstützung und den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit.

Körperliche Folgen

«In Europa ist Alkoholkonsum der drittgrösste Risikofaktor (nach Tabakkonsum und Bluthochdruck) für frühzeitige Krankheit und Sterblichkeit.» (Sucht Schweiz 2014: 5)

Sucht Schweiz (ebd.) in diesem Zusammenhang:

Alkohol ist für eine Reihe von Krankheiten ganz oder teilweise verantwortlich. Die toxische Wirkung des Alkohols kann fast jedes Organ des menschlichen Körpers schädigen. Für alkoholbedingte Krankheiten besteht eine Dosis-Wirkungs-Relation, d.h. mit steigender Konsummenge nimmt auch das Risiko zu. Insbesondere chronisch risikoreicher Konsum ist für die Entwicklung vieler chronischer Krankheiten kausal (mit-)verantwortlich.

Demnach kann bereits eine Reduktion des Konsums einen Erfolg darstellen.

Soziale Folgen

Soziale Folgen haben Einfluss auf die Entwicklung, wie auch die Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit.

Das internationale Klassifikationssystem der Funktionsfähigkeit (ICF) der WHO hat in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit an Relevanz gewonnen. Der soziale Aspekt der Krankheit findet zunehmend Beachtung was die Heilung, die Auswirkungen auf den Alltag und die Prognose betrifft. Das ICF beschränkt sich nicht mehr hauptsächlich auf die Symptome der Abhängigkeitserkrankung, wie Einschränkungen der Körperfunktionen und der Aktivität, sondern bezieht sich auch auf die Teilhabeschwierigkeiten der Betroffenen in den unterschiedlichen Lebensbereichen. Ziele der Behandlung der Alkoholabhängigkeit sollen sich nicht nur auf die Symptomatik der Abhängigkeit beziehen, sondern auch auf die Einschränkungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe und des Arbeitslebens (vgl. Lindenmeyer 2016: 7f.).

Die Wahrscheinlichkeit soziale Probleme zu entwickeln verdoppelt sich beim Konsum von vier bis fünf Gläsern Alkohol pro Tag. Im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit können verschiedene Faktoren zu sozialem Abstieg und Ausgrenzung führen. Unmittelbare Folgen des Konsums können beispielsweise Trennung, Scheidung, Versagen im Beruf oder in Freizeitanforderungen, Stellenverlust, finanzielle Probleme, strafrechtliche Schwierigkeiten, Wohnungsverlust oder Obdachlosigkeit sein. Des Weiteren kommt es oftmals zu gesellschaftlicher Ablehnung gegenüber Betroffenen und zu Distanzierungsbedürfnissen der Umwelt. Soziale Folgen werden immer mehr zu Auslösern für erneuten Alkoholkonsum (vgl. ebd.: 33f.). Für das nahe soziale Umfeld kann das Alkoholproblem eines Angehörigen erheblichen Leidensdruck mit sich bringen (vgl. Sucht Schweiz 2014: 5).

Gesellschaftliche Folgen

Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums in der Schweiz betragen Schätzungen zufolge im Referenzjahr 1998 6,5 Milliarden Franken. Bei 10 % der Verkehrsunfälle im Jahr 2012 galt Alkoholkonsum als mitverursachend (vgl. ebd.). «Im Jahr 2010 wurden rund 1200 Jugendliche und junge Erwachsene (10- bis 23-Jährige) mit der Haupt- oder Nebendiagnose «Alkohol-Intoxikation» in einem Schweizer Spital behandelt.» (ebd.)

Das BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015: 40) hat Folgendes festgehalten:

Verglichen mit der Gesamtbevölkerung sind abhängige Menschen häufiger arbeitslos, fürsorgeabhängig, verschuldet oder verfügen öfter über eine instabile Wohnsituation, wobei sich diese Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken können. So sind beispielsweise 6,9 % der Menschen, die wegen Alkohol Rat suchen, arbeitslos im Vergleich zu einer Arbeitslosenrate in der Allgemeinbevölkerung von 3,1 %. Mehr als ein Fünftel der Menschen in Behandlung wegen Alkohol (total 3610) (...) sind nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv, nur 41 % (...) gehen einer Vollzeitarbeit nach. Ebenso ist die Quote der Sozialhilfebezüger im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich höher (16 % bei Alkohol (...) im Vergleich zu 3,1 %).

Wie in der Einleitung aufgegriffen, hat die Soziale Arbeit gegenüber der Gesellschaft die Verpflichtung, die negativen Auswirkungen von Alkoholproblematiken zu reduzieren (vgl. 1).

2.5 Unterstützung von Menschen mit Alkoholproblematik

Es gibt eine Vielfalt an Therapieangebote für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Dies, weil eine Suchtbehandlung sich sowohl mit den körperlichen Mechanismen der Abhängigkeit befassen muss, als auch mit der psychischen Komponente (vgl. Lindenmeyer 2016: 59).

Zum Suchthilfesystem der Schweiz gehören ambulante Suchtberatungsstellen, Ambulatorien für Suchtmedizin, spezifische Stationen in psychiatrischen Kliniken, Suchtfachkliniken und sozialtherapeutische Einrichtungen. Im Bereich der Schadensminderung und Überlebenshilfe sind Kontakt- und Anlaufstellen, Gassenarbeit etc. tätig. Dazu kommen Wohninstitutionen, wie z.B. betreutes und begleitetes Wohnen. Des Weiteren gibt es Arbeitsintegrations-Programme, welche spezifisch auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ausgerichtet sind (vgl. Baumberger/Schroer 2017: 22).

Regelversorger ergänzen die Suchthilfeorganisationen (vgl. ebd.). Dies sind beispielsweise «Hausarztpraxen, Spitäler, Apotheken, sozialarbeiterische Dienste wie z.B. Schuldenberatung, Sozialdienste und IV-Stellen, Schulsozial- und Jugendarbeit, aufsuchende Sozialarbeit, zu deren Klientinnen und Klienten auch Menschen mit Suchtproblemen gehören» (ebd.).

Im Bereich der Suchthilfe ist die Interdisziplinarität allgegenwärtig. Fachkräfte der Medizin, der Pflege und der Psychologie, Sozialarbeitende, Job Coaches, Apothekenmitarbeitende und viele mehr treffen aufeinander (vgl. Fachverband Sucht o.J.: 15).

2.5.1 Unterstützung durch die Soziale Arbeit

Im Arbeitsfeld «Sucht» ist die Soziale Arbeit in den folgenden Bereichen tätig: Präventionsarbeit, Suchtberatung, Angehörigenarbeit, alltägliche Lebensführung, soziale Integration, Kontakt- und Anlaufstellen, Überlebenshilfe, Entzugs- und Entwöhnungskliniken (vgl. Fachverband Sucht o.J.: 24). Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe lässt sich in Bezug auf das biopsychosoziale Modell begründen. Die Soziale Arbeit ist ein massgeblicher Bestandteil der Suchthilfe, da Abhängigkeitserkrankungen erhebliche soziale Folgen mit sich bringen können. Teilweise gelten soziale Problemlagen gar als Ursache einer Alkoholabhängigkeit. Die Soziale Arbeit ist im Vergleich zur medizinischen und/oder (psycho)therapeutischen Richtung komplementär und ergänzt diese auf sinnvolle Weise (vgl. Sommerfeld 2016: 30). Von der Sozialen Arbeit werden in Bezug auf Suchterkrankungen verschiedene Arbeitsweisen eingesetzt wie z.B. Prävention, Beratung, Case Management, Begleitung, Betreuung, Krisenintervention, Öffentlichkeitsarbeit, Nachsorge und Behandlung (vgl. Erath/Balkow 2016: 49f.). Sehr zentral ist die Schaffung sozialer Stabilisierung und von Perspektiven für die Betroffenen (vgl. Lindenmeyer 2016: 59). Wie aufgezeigt, können nebst den körperlichen Folgen die sozialen Folgen besonders einschneidend für Betroffene sein, weshalb (psycho)soziale Unterstützung unabdingbar ist.

Sozialarbeitende haben den Auftrag, die sozialen Folgen bei Klientinnen und Klienten mit Alkoholabhängigkeit möglichst vorzubeugen und bereits eingetretene in deren Auswirkungen zu vermindern. Die Exklusion der Betroffenen soll bekämpft werden und die Ressourcen sollen erhalten oder gefördert werden. Die sozialen Folgen machen klar, dass Professionelle der Sozialen Arbeit, welche mit Lebenslagen in Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit konfrontiert werden, ein Wissen über die Ursachen, die Aufrechterhaltung und Unterstützungsmöglichkeiten benötigen.

Einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Beratung liefert der Einsatz psychotherapeutischer Ansätze, ohne die Grundausrichtung Sozialer Arbeit und ihre Fall- und Situationsausrichtung zu verlassen. Dies stärkt die Profession Sozialer Arbeit (vgl. Gahleitner/Pauls 2012: 371). Zudem lassen sich psychotherapeutische Methoden nicht für eine spezifische Berufsgruppe monopolisieren (vgl. Pauls 2013: 127). Der psychologische Hintergrund steht demnach der Aufnahme des TEK in die Methoden der Sozialen Arbeit nicht im Wege, sondern kann einen positiven Einfluss auf die Profession der Sozialen Arbeit ausüben.

Viele Beratungsstellen fassen auf oder arbeiten mit psychotherapeutisch geprägten Ansätzen (vgl. Gahleitner/Pauls 2012: 370). «Professionelle Beziehungsarbeit, Gesprächsführung, Beratung, Soziotherapie und Krisenintervention sind ohne diese Wissensbestände gar nicht

denkbar.» (ebd.) Solche Ansätze bieten Grundkenntnisse zu innerpsychischen Prozessen von Menschen und bauen die Methodenkompetenzen von Sozialarbeitenden aus, welche zentral sind für die Gesprächsführung, zur Unterstützung von Erlebnisverarbeitung und zur Erzielung von Verhaltensänderungen. Dies kann in der Beratung, der Krisenintervention und in der Sozialen Therapie von Bedeutung sein (vgl. Pauls 2013: 126).

Menschen mit Multiproblemsituationen sind besser erreichbar durch soziale Beratung, aktive soziale Unterstützung und Vernetzung. Psychotherapeutische Elemente können dabei in der Beratung eine Orientierung geben (vgl. ebd.: 123). «Mit einem ausschließlich innerpsychisch zentrierten Psychotherapieansatz ist vielen KlientInnen nicht zu helfen – sie sind mit solchen Angeboten oft nicht einmal initial erreichbar. Aber sie sind erreichbar mit indikationsspezifischen und situationsadäquaten Methoden sozialer Beratung und sozialer (Psycho-)Therapie.» (Gahleitner/Pauls 2012: 371)

Soziale Institutionen können in Bezug auf die, oftmals mit Schamgefühlen belasteten, Betroffenen einer Alkoholproblematik teilweise niederschwelliger sein als z.B. Fachpersonen für Psychologie oder Psychotherapie. Durch Sozialarbeitende, welche je nach Bereich stark im Alltag von Betroffenen tätig sind, ist i.d.R. eine schnellere und zeitlich weniger beschränkte Intervention möglich. Beispielsweise kann in einer betreuten Wohnform Klientinnen und Klienten rasch Unterstützung geboten werden, was ggf. bei Suchtdruck und akuter Rückfallgefahr wesentlich sein kann. Das Kennen von verschiedenen Methoden und Bewältigungsstrategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz ist demnach von Wichtigkeit.

Die oftmals langjährige Beratung und/oder Begleitung durch Professionelle der Sozialen Arbeit, bei welchen i.d.R. bereits eine Vertrauensbasis und Arbeitsbeziehung aufgebaut werden konnte, bietet eine wichtige Ressource für die Kontaktaufnahme durch Klientel in suchtspezifischen Risikosituationen.

Abgeleitet vom sozialkognitiven Rückfallmodell soll in Zusammenarbeit mit der Klientel ein ausgewogener Lebensstil angestrebt werden, welcher im Hinblick auf Rückfälle risikominierend wirken kann (vgl. 2.3.1). Angenehme Erlebnisse und Erfahrungen sollen in den Alltag verankert werden. Haben Klientinnen und Klienten keine konstruktiven Bewältigungsstrategien, sollen sie von involvierten Sozialarbeitenden in deren Erwerb unterstützt werden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen für Betroffene einer Alkoholproblematik Ansprechpersonen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz sein. Hilfestellungen bei Suchtdruck können bestenfalls verhindern, dass es zu keinem Ausrutscher oder Rückfall kommt. Bei akuten Risikosituationen und Bewältigungsdefiziten kann je nach Setting Unterstützung in Form von externer Bewältigung durch Sozialarbeitende geleistet werden.

Erfolgt ein Ausrutscher, ist eine kritische Reflexion generalisierter Persönlichkeitsmerkmale und möglicherweise auftretender Schuld- und Schamgefühle mit der Klientel wichtig, damit die Fortführung des Rückfallprozesses gestoppt werden kann. Ein Verschweigen des Wiederkonsums kann Schuld- und Schamgefühle begünstigen, was weiteren Konsum reizvoll erscheinen lassen kann (vgl. 2.3.1). Die Klientel soll im Wissen sein, dass Sozialarbeitende mit Ausrutschern und Rückfällen konstruktiv umgehen, diese als Bestandteil der Problematik ansehen und nicht urteilend handeln. Sozialarbeitende müssen wissen, dass kritische Lebensereignisse und unangenehme Gefühle Risikosituationen darstellen bei Menschen in Abstinenzphasen, wie auch in Bezug auf die Entwicklung von Alkoholproblematiken. Die Bewältigung dieser Risikofaktoren soll möglichst früh thematisiert werden, damit Betroffene konstruktive Strategien anwenden können.

2.6 Fazit

Bei problematischem Alkoholkonsum können psychische, soziale und körperliche Folgen auftreten. Zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen spezifische Kriterien erfüllt sein. Die Theorien zur Entwicklung übermässigen Alkoholkonsums oder von Rückfällen stehen in Zusammenhang mit Lerntheorien, weshalb positive Effekte von Alkohol, z.B. ausgelassene Stimmung oder Dämpfung von unangenehmen Gefühlen, zunehmend der Bedürfnisbefriedigung dienen können. Die Bewältigungsstrategien von Menschen mit einer Alkoholproblematik können sich demnach immer mehr auf den Konsum von Alkohol beschränken. Für Betroffene von Alkoholabhängigkeit können diverse Faktoren zu einem Ausrutscher oder zu einem schweren Rückfall führen, dazu gehören z.B. ein unausgewogener Lebensstil, Suchtdruck, Hochrisikosituationen (z.B. einschneidende Ereignisse) und ein Mangel an konstruktiven Bewältigungsstrategien. Die im Suchtbereich stark vertretene Profession der Sozialen Arbeit hat die Aufgabe, negative Folgen von übermässigem Alkoholkonsum zu reduzieren. Durch Stärkung der Bewältigungsstrategien von Betroffenen kann die Soziale Arbeit einen Beitrag zur Erzielung einer Konsumveränderung leisten. Im folgenden Kapitel wird zunächst auf verschiedene Ansätze eingegangen, welche bei Betroffenen einer Alkoholproblematik hilfreich sein können, um danach auf dieser Vergleichsbasis den Mehrwert des TEK eruieren zu können.

3 Aktuelle Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit Alkoholproblematik

Es kann heute auf eine Vielzahl von Begleit- und Unterstützungskonzepten zugegriffen werden, welche eine Verhaltensänderung erwirken können. Im Folgenden wird zuerst ein Überblick zu den fünf Ansätzen gegeben, welche vertieft vorgestellt werden.

Die ausgewählten Ansätze werden nach deren Erläuterung jeweils einer kritischen Würdigung unterzogen, mit Bezug auf Betroffene von Alkoholproblematiken. Die kritischen Würdigungen sollen ermöglichen, den Mehrwert des TEK im Kapitel 4 zu eruieren.

Folgende Begleit- und Therapiekonzepte werden in diesem Kapitel thematisiert:

Motivierende Gesprächsführung: Spezifisch im Kontext der Suchtbehandlung entstanden (vgl. Millner/Rollnick 2015: 23).

Kognitiv-verhaltensorientierte Beratung: Einsatz in den verschiedensten Settings. Empirisch gut belegt (vgl. McLeod 2004: 126).

Lösungsorientierter Ansatz: Die Maxime lautet, «Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren» (Bamberger 2015: 55). Die Ressourcenorientierung lässt auf eine Selbstwerterhöhung von Betroffenen einer Alkoholproblematik schliessen.

Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP): MBRP bedeutet auf Deutsch «Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit» und entstand um die Arbeitsgruppe von Marlatt (vgl. Bowen/Chawla/Marlatt: 2012: 10). Von ihm wurde bereits das sozialkognitive Rückfallmodell vorgestellt (vgl. 2.3.1).

Strukturiertes Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (S.T.A.R.): Modell, welches sowohl spezifisch auf Menschen mit Alkoholabhängigkeit abzielt, als auch auf dem sozialkognitiven Rückfallmodell basiert (vgl. S.T.A.R. o.J.: o.S.).

Nebst diesen fünf Ansätzen gibt es eine grosse Spannbreite an Methoden, welche in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit erfolgsversprechend sein können. Der systemische Ansatz, welcher sich stark auf den sozialen Kontext bezieht, wird beispielsweise aufgrund fehlender Vergleichsgrundlagen zum TEK in dieser Arbeit nicht spezifisch aufgegriffen. Disziplinübergreifend werden Anti-Craving-Substanzen eingesetzt, welche den Suchtdruck bis zu einem gewissen Grad abdämpfen sollen (vgl. Praxis Suchtmedizin Schweiz o.J.: o.S.). Aufgrund der fehlenden Relevanz in Bezug auf das TEK und die Soziale Arbeit, wird auf diese nicht vertieft eingegangen.

3.1 Motivierende Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung ist bei Menschen von Nutzen, welche gegenüber einer Verhaltensänderung noch ambivalent sind. Der Ansatz ist nicht konfrontativ und verbessert die Problemerkennung (vgl. Schmid/Müller/Fehr 2016: 34). Die respektvolle und offene Haltung, welche bei der Anwendung dieses Ansatzes gepflegt werden soll, wird «Spirit» genannt. Dieser ist durch vier Komponente gekennzeichnet; Partnerschaftlichkeit, Mitgefühl, Evokation (Aufbau von Selbstmotivation, um Veränderungen hervorrufen) und Akzeptanz (vgl. ebd.: 33f.).

Im Folgenden werden die vier Prozesse beschrieben, welche die Grundelemente der Motivierenden Gesprächsführung darstellen:

Beziehungsaufbau: Gegenseitiges Vertrauen und Respekt aufzubauen ist dafür zentral. Es macht Sinn, der Klientel eine aktive Rolle zu geben, da es um ihre persönliche Veränderung geht (vgl. Millner/Rollnick 2015: 68).

Fokussierung: Bei der Fokussierung geht es darum, Ziele oder Ergebnisse für die Richtungsweisung im Beratungsprozess zu finden (vgl. ebd.: 126).

Evokation: Die Evokation ist dazu da, die Ambivalenz aufzulösen, um in Richtung der Veränderung zu gelangen (vgl. ebd.: 197). Die Selbstmotivation der Klientel soll herausgearbeitet werden. Klientinnen und Klienten sollen dazu gebracht werden, die für eine Veränderung sprechenden Argumente selbst zu formulieren (vgl. Schmid et al. 2016: 35).

Planung: Von einer allgemeinen Absichtsbekundung für eine Veränderung wird übergegangen zu einem konkreten Umsetzungsplan (vgl. Millner/Rollnick 2015: 343).

Die fünf Kernkompetenzen

Die kommunikativen Kernkompetenzen des Ansatzes sind für alle Prozesse relevant und können innerhalb der Beratung immer wieder zum Einsatz kommen (vgl. Schmid et al.: 33).

Zu den fünf Kernkompetenzen gehören:

Offene Fragen stellen: Damit wird die Klientel ermutigt, sich Zeit zu lassen beim Antworten. Für die Antwort wird viel Spielraum geboten (vgl. Millner/Rollnick 2015: 216).

Würdigen (Affirmation): «Würdigen bedeutet, den Klienten zu ermutigen, indem wir seine Stärken und Bemühungen anerkennen und unterstützen.» (ebd.: 97)

Reflektierendes Zuhören: Es wird eine Vermutung geäußert zu dem, was die Klientel mit Gesagtem gemeint hat (vgl. ebd.: 84).

Zusammenfassen: Diese Kompetenz kann das Verständnis fördern und zeigen, dass die beratende Person aufmerksam zuhört und das Gesagte wertschätzt (vgl. ebd.: 53).

Informationen und Ratschläge anbieten: Informationen sowie Ratschläge werden nur mit der Erlaubnis von der Klientin oder dem Klienten gegeben (vgl. ebd.: 183).

Ambivalenz

Die Ambivalenz hat einen grossen Einfluss auf Verhaltensänderungen. Gemäss Millner und Rollnick ist Ambivalenz ein normales Phänomen in Bezug auf die Veränderung eines Verhaltens (vgl. Millner/Rollnick 2015: 197). Die Ambivalenz zeigt sich dadurch, dass Äusserungen bezüglich Veränderungen sowohl Change Talk als auch Sustain Talk beinhalten (vgl. ebd.). Change Talk bedeutet von der Klientel genannte Pro-Argumente für eine Veränderung. Die Diskrepanz zwischen dem momentanen Verhalten und dem gewünschten bewusst zu machen und der zu beratenden Person Change Talk zu entlocken, sind zentrale Ziele des Ansatzes (vgl. Schmid/Müller/Fehr 2016: 37). Sustain Talk ist das Gegenteil von Change Talk. Dieser zeigt den Zustand der Klientel, den Status aufrecht erhalten zu wollen (vgl. ebd.: 38). Dies sollte nicht als Widerstand interpretiert werden, sondern gehört zur Ambivalenz (vgl. ebd.: 247). «Veränderung stellt sich in der Regel dann ein, wenn eine Person eine bedeutsame Diskrepanz zwischen wichtigen Ziel- oder Wertvorstellungen und der gegenwärtigen Situation wahrnimmt.» (ebd.: 297)

Kritische Würdigung der Motivierenden Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung fokussiert sich stark auf die Ambivalenz der Klientel, was bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ein zentrales Problem darstellt. Indem der Klientel die Diskrepanz zwischen dem Alkoholkonsum und dem Wunsch nach Abstinenz oder einer Konsumreduktion bewusster wird, kann eine verbesserte Problemerkennung erfolgen. Statt konfrontativ wird respektvoll und offen auf die Klientel zugegangen. Auf unangenehme Emotionen und deren Bewältigung wird bei diesem Ansatz nicht spezifisch eingegangen und die Hintergründe werden nicht analysiert. Das Entgegenbringen von Akzeptanz und die mitfühlende Haltung der beratenden Person ist wichtig in Bezug auf den Schutz des Selbstwertes und den Erhalt der Motivation. Die Klientel beginnt so bestenfalls verständnisvoller mit sich selber umzugehen. Dies ist sehr relevant, da Menschen mit einer Alkoholproblematik oft von Scham- und Schuldgefühle geplagt sind. Der Klientel Zuversicht zu entlocken und sie zu würdigen in ihren Bestrebungen und Stärken kann das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit fördern, was wiederum für eine Konsumveränderung hilfreich ist. Die Klientinnen und Klienten werden animiert zu erzählen und ihnen wird aufmerksam zugehört. Somit nehmen sie eine aktive Rolle im Beratungsgespräch ein, was Sinn macht, da die Veränderungsbereitschaft von ihnen kommen muss. Die Motivierende Gesprächsführung kann somit den Willen fördern, von der Alkoholabhängigkeit loszukommen.

3.2 Kognitiv-verhaltensorientierte Beratung

Der kognitiv-verhaltensorientierte Ansatz hat sich aus der behavioristischen und der kognitiven Psychologie entwickelt (vgl. McLeod 2004: 126). Der Ansatz basiert auf der klassischen und der instrumentellen (operanten) Konditionierung (vgl. Boeger 2014: 151).

Im kognitiv-verhaltensorientierten Ansatz werden psychische Störungen als Fehlverhalten angesehen, welches aufgrund traumatisierender oder belastender Situationen gemäss der klassischen Konditionierung erlernt wurde. Aufrechterhalten wird es durch positive und negative Verstärkung. Dieses Verhalten hat keinen tieferen Sinn, sondern kann durch therapeutische Methoden wieder verlernt werden (vgl. ebd.: 170). In Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum entspricht diese Ansicht der Theorie der Entwicklung pathologischer Trinkmotive (vgl. 2.3.1).

Dieser Ansatz geht des Weiteren davon aus, dass nicht Ereignisse Probleme auf der Gefühls- und Verhaltensebene auslösen, sondern die Interpretation der Ereignisse und deren Sinngebung. Indem die Aufmerksamkeit auf die automatischen Gedanken gelenkt wird, welche die Handlungen beeinflussen, können diese Gedanken besser und angemessener reflektiert werden. Gegebenenfalls können neue, konstruktivere Gedanken entwickelt werden. Der Fokus liegt also auf dem Umgang mit Problemen. Zum einen bezieht sich dies auf den Umgang mit Informationen über die Welt, zum anderen auf Überzeugungen gegenüber der Welt (vgl. McLeod 2004: 109).

«Ein zentrales Ziel kognitiv-verhaltenstherapeutischer Arbeit besteht häufig darin, diejenigen Überzeugungen, die zu selbstschädigenden Verhaltensweisen führen, durch andere Überzeugungen zu ersetzen, die eher mit Selbstbejahung und konstruktivem Problemlöseverhalten verknüpft sind.» (ebd.: 113) Der selbstschädigende Alkoholkonsum würde gemäss diesem Ansatz also mit der Veränderung von irrationalen Überzeugungen angegangen werden.

Modell der kognitiven Verzerrungen

Die Bearbeitung kognitiver Verzerrungen ist die am häufigsten eingesetzte Methode in der kognitiv-verhaltensorientierten Beratung. Die Fähigkeit der angemessenen Informationsverarbeitung kann geschädigt werden durch die Erfahrungen von Bedrohung. Dies kann zu kognitiven Verzerrungen führen, welche folgende Formen beinhalten können:

Übergeneralisierung: Allgemeine Schlüsse aus sehr begrenzten Erfahrungen ziehen.

Denken in Dichotomien: Betrachtung von Situationen in Form polarer Gegenüberstellungen.

Personalisierung: Zur Ansicht neigen, dass sich Ereignisse, ohne dass diese einer logischen Folgerung entsprechen, stets direkt aus den eigenen Handlungen (i.d.R. aus Schwächen) ableiten (vgl. ebd.: 110f.).

In der Beratung werden verschiedene Methoden angewandt, um Verhaltensziele zu erreichen:

Verhaltensmodifikation: Das durch die operante Konditionierung entstandene Verhalten wird durch Verstärker entweder ab- oder aufgebaut (vgl. Boeger 2014: 157).

Systematische Desensibilisierung: Dabei handelt es sich um eine Gegenkonditionierung. Die automatisierte Reaktion, welche durch klassische Konditionierung entstand, wird dabei vom Auslösereiz entkoppelt. Dies erfolgt durch Konfrontation mit dem auslösenden Reiz (z.B. eine Liftfahrt, die Angst auslöst) (vgl. ebd.: 174f.). Unangenehme Gefühlsreaktionen werden mit einer eintrainierten Entspannungsreaktion ersetzt (vgl. McLeod 2004: 116).

Rational Emotive Therapie (RET): «Irrationale Überzeugungen» können einen Ausgangspunkt darstellen, von denen aus kognitive Inhalte von Klientinnen und Klienten untersucht werden können (vgl. ebd.: 113). Ein Beispiel für eine irrationale Überzeugung ist: «Ich muss immer gute Leistungen bringen.» (ebd.) Im RET werden diese aufgedeckt und bearbeitet. Danach ist am wichtigsten, dass die Klientel ermutigt wird, mit anderen Selbstaussagen und Überzeugungen zu experimentieren, wodurch erfahrbar werden soll, dass aus Handlungen veränderte Wirkungen erfolgen können (vgl. ebd.: 114f.).

Metakognitionen: Dieses Konzept bezieht sich auf die menschliche Fähigkeit, die eigenen kognitiven Prozesse zu reflektieren. Es geht darum, sich die Relevanz der Gedanken bewusst zu machen. Als Modell in Bezug zu Metakognitionen gilt die *A-B-C-Theorie*. «A» steht für ein auslösendes Ereignis, «B» für die Überzeugungen demgegenüber und «C» steht für die Konsequenz des Ereignisses auf der Gefühls- und Verhaltensebene. Dahinter steht die Ansicht, dass die Gefühle, welche auf ein Ereignis folgen, mehr durch die Überzeugungen beeinflusst werden, als durch das Ereignis (vgl. ebd.: 112f.).

Weitere Techniken sind: Reframing bestimmter Themen, destruktive Gedanken stoppen lernen durch «Gedankenstopp» und das Einüben sozialer Kompetenzen (vgl. ebd.: 116).

«Zwar werden in den kognitiven Ansätzen negative Emotionen als Resultat irrationaler Überzeugungen konzeptualisiert, aber einen Stellenwert haben sie nicht. Eine Theorie menschlicher Subjektivität fehlt.» (Boeger 2014: 170) Emotionen werden in diesem Ansatz nicht gross berücksichtigt. Der Mensch wird als fähig erachtet, das eigene Leben durch kognitive Prozesse selber zu steuern und zu kontrollieren (vgl. ebd.).

Kritische Würdigung der kognitiv-verhaltensorientierten Beratung

Irrationale Überzeugungen gleichen der im Abstinenz-Verletzungs-Effekt erläuterten Kausalattribution, bei welcher Betroffene sich bezüglich eines Rückfalls Erklärungen für ihr Verhalten suchen, die sie auf scheinbar generalisierbare Persönlichkeitsmerkmale beziehen. Darauf können Resignation und Ohnmachtsgefühle auftauchen, weshalb der Alkoholkonsum oftmals fortgeführt wird (vgl. 2.3.1). In der kognitiven verhaltensorientierten Beratung wird die Macht der Kognitionen vermittelt, indem mit der Klientel irrationale Überzeugungen aufgedeckt und reflektiert werden. Auf dem Weg könnten diese an Wirkung verlieren, was z.B. einer Beendigung des Rückfalls zu Gute kommen könnte.

Die Theorie der Entwicklung pathologischer Trinkmotive deutet darauf hin, dass Menschen Alkohol konsumieren, um Bedürfnisse wie Bindung, Orientierung und einen besseren Selbstwert zu stillen. Der Alkoholkonsum kann zu einer enthemmten Stimmung oder zu einer Dämpfung von unangenehmen Gefühlen beitragen (vgl. 2.3.1). Hat jemand Schwierigkeiten, sich frei zu fühlen, könnte der Grund in irrationalen Überzeugung liegen, welche durch die kognitive-verhaltensorientierte Beratung, beispielsweise in Form von Rational Emotive Therapie (RET), aufgelöst werden könnte. Vermeidungsschemata, gemäss der Entwicklung pathologischer Trinkmotive, könnten durch «systematische Desensibilisierung» angegangen werden.

Im kognitiv-verhaltensorientierten Ansatz wird der Mensch als fähig erachtet, seine kognitiven Prozesse zu steuern und zu kontrollieren. Das rationale Denken kann bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen jedoch in Situationen mit Rückfallgefahr durch den Suchtdruck eingengt sein. Es wäre demnach von Wichtigkeit die Klientel für solche Situationen mit sofort umsetzbaren Methoden, wie z.B. den genannten Entspannungstechniken, vertraut zu machen. Emotionen werden in diesem Ansatz kaum berücksichtigt. Gefühle werden als Reaktionen auf Überzeugungen angesehen, welche durch Veränderung der Gedanken angegangen werden können. Weitere Zugänge zum Umgang mit unangenehmen Gefühlen wären für Betroffene von Alkoholproblematiken von Vorteil.

In diesem Ansatz wird keine spezifische Grundhaltung vertreten. Damit sich die Klientel mit Abhängigkeitserkrankungen dennoch in ihren oftmals ambivalenten Gefühlen ernst genommen fühlt, wäre eine empathischen Haltung wünschenswert. Dieser Ansatz eignet sich eher für Fachpersonen der Psychologie oder Psychotherapie, da vertiefte Fachkenntnisse erforderlich sind.

3.3 Lösungsorientierte Gesprächsführung

Der Lösungsorientierte Ansatz basiert auf dem systemischen Konzept. Es wird jedoch vermehrt ein Fokus auf die Ressourcenstärkung gelegt (vgl. Boeger 2014: 136).

«Es wird davon ausgegangen, dass jedes System bereits über die Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seines Problems benötigt; diese werden aber nicht genutzt. Lösungsorientiertes Denken steht damit ganz im Gegensatz zu anderen Therapie-Konzepten, die ihren Blick auf das Problem richten.» (ebd.)

Probleme werden als Fehlkonstruktionen der Realität angesehen, welche umkonstruiert werden können. Ziel des Ansatzes ist nicht eine komplette Überarbeitung dieser Konstruktionen und alle Probleme zu beheben. Die Intervention soll lediglich einen Anstoß geben und minimal sein (vgl. ebd.).

Probleme, Störungen, Konflikte etc. werden nicht vertieft exploriert. Es sollen vielmehr zügig die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der Klientel in den Fokus gerückt werden, damit möglichst direkt eine Problemlösung avisiert werden kann (vgl. Bamberger 2015: 39). In der Lösungsorientierten Beratung ist «der Blickwinkel zukunftsgerichtet und auf Lösungen fokussiert. (...) In wenigen Sitzungen werden Sicht- und Verhaltensweisen geändert» (Boeger 2014: 139).

Techniken für die Praxis

Die Wunderfrage: Die Wunderfrage zielt z.B. auf Zustände ab, welche noch nicht eingetreten sind. Es werden Veränderungsimpulse gesetzt durch die Vorstellung eines Lebens ohne das thematisierte Problem (vgl. ebd.137).

Ausnahmefragen: «Es wird davon ausgegangen, dass kein Problem ohne Ausnahme ist: (...) Diese Ausnahmen vom Problem enthalten gemäß diesem Konzept die gesamte Lösung darüber, was hilft, und kommen insofern als Lösung in Betracht.» (ebd.)

Hypothetische Fragen: Diese Fragen sollen ermutigen, «die problembelastete Situation zu verlassen und in eine – zunächst virtuelle – Zukunft hineinzugehen» (ebd.: 138).

Ressourcen-Fragen: «Wenn eine Ausnahme-Situation eintritt, was tut die Klientin dann (...)? Mit diesen Fragen wird das Ziel verfolgt, die Klientin ihre Begabungen, Interessen, Werthaltungen, Ziele, eben ihre Ressourcen, entdecken zu lassen, die für eine Lösung in Betracht kommen.» (ebd.)

Hausaufgaben: Sobald die Ressourcen und Fähigkeiten herausgearbeitet wurden, soll passendes Lösungsverhalten im alltäglichen Leben erprobt werden (vgl. ebd.).

Kritische Würdigung des Lösungsorientierten Ansatzes

Viele Menschen mit einer Alkoholproblematik mussten schon oft ihre Probleme thematisieren oder grübeln aufgrund von Hilflosigkeit oder negativen Folgen, die mit einer Alkoholproblematik einhergehen. In diesem Ansatz werden handfeste Möglichkeiten gesucht, welche Anstösse zu Veränderungen im Alltag geben, wo auch das Konsumverhalten stattfindet. Vorhandene und von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oft vergessene Ressourcen werden reaktiviert, was Mut und Zuversicht bei der Klientel hervorrufen kann. Dazu dient ebenfalls die Ausrichtung auf die Zukunft, welche durch die Ressourcenstärkung für abhängige Menschen bestenfalls mit mehr Hoffnung verbunden werden kann.

In diesem Ansatz sollen Sicht- und Verhaltensweisen verändert werden. Die Klientinnen und Klienten werden als Experten ihres Lebens angesehen, welche demnach am besten wissen, unter welchen Umständen der Alkoholkonsum stattfindet. Indem nach Ausnahmen gesucht wird, wo Alkoholkonsum nicht stattfindet, können möglicherweise Bewältigungsstrategien gefunden werden, um diesen zu vermeiden. Konsumauslösende Emotionen und Situationen sowie die als positiv angesehene Seite des Konsums, welche eine wichtige Rolle spielt bei einer Alkoholproblematik, sind nicht Inhalt des Lösungsorientierten Ansatzes. Der Ansatz könnte eher als kurzfristige Intervention dienen, welche z.B. einen ersten Anstoss geben kann, um sich weitere Unterstützung in Bezug auf die Alkoholproblematik zu holen.

3.4 Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)

Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), auch Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention genannt, ist als Nachsorgeprogramm für Betroffene von Substanzabhängigkeiten konzipiert, welche eine Erstbehandlung abgeschlossen haben (vgl. Bowen et al. 2012: 30).

«Es integriert kognitiv-behaviorale Rückfallpräventionskompetenzen und achtsamkeitsbasierte Meditationspraxis.» (ebd.) Beim MBRP geht es darum, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer persönliche Auslöser sowie Risikosituationen herausarbeiten, bei welchen für sie Rückfallgefahr besteht. Für solche Momente werden Bewältigungsstrategien erlernt. Es werden Achtsamkeitsmethoden vermittelt, die in Bezug auf das innerliche und äussere Erleben eine Schärfung und Veränderung der Wahrnehmung hervorrufen soll, wodurch das Gefühl der Entscheidungsfreiheit gestärkt und Selbstmitgefühl entwickelt werden kann (vgl. ebd.: 34).

«Die achtsamkeitsbasierten Übungen ermutigen die Teilnehmer, mit ihren eigenen Gedanken, emotionalen Reaktion und Verhaltensmustern vertraut zu werden. Bei manchen führt dies zu einer Verringerung ihres Suchtmittelkonsums oder zu einer Änderung ihrer Konsummuster,

bei anderen zu vollständiger Abstinenz.» (ebd.: 30) Die verschiedenen Meditationsarten werden jeweils reflektiert und mehrere Male wiederholt (vgl. ebd.: 36f.).

Die Übungen des MBRP

1) Autopilot und Rückfall: Der Unterschied zwischen achtsamer Wahrnehmung und eher automatischen Reaktionsmodi wird mit den Teilnehmenden thematisiert (vgl. ebd.: 58). Es folgt eine Body-Scan-Meditation, wobei die Aufmerksamkeit auf die Körperwahrnehmung gelenkt wird. Nacheinander wird von Zehen bis Schädeldecke bewusst wahrgenommen ohne Instruktion zu Veränderungen (vgl. Kreh/Levas/Hofer 2016: 27).

2) Achtsame Wahrnehmung von Auslösern und Suchtmittelverlangen: Eine Gehmeditation wird eingeübt, bei welcher der Gehvorgang achtsam beobachtet wird (vgl. Bowen et al. 2012: 75). Es folgt das «Wellenreiten», auch «Urge Surfing» genannt, wobei sich die Teilnehmenden eine Situation vorstellen sollen, unter welcher Suchtdruck entstehen kann. Beim Durchleben in der Vorstellung soll die Intensität des Suchtmittelverlangens ausgehalten werden, ohne darauf zu reagieren (vgl. ebd.: 78f.).

3) Achtsamkeit im Alltag: Achtsames Hören, Atemmeditation und Nüchternes-Atmen sind hier die vermittelten Themen (vgl. ebd.: 83). Nüchternes-Atmen, auch «SOBER» genannt, beinhaltet **S**top (innehalten), **O**bserve (beobachten), **B**reathe (Aufmerksamkeit auf den Atem lenken), **E**xpand (Wahrnehmung des Körpers und der Situation) und **R**espond (sich klar machen, dass eine bewusste Reaktion möglich ist) (vgl. Kreh et al. 2016: 29).

4) Achtsamkeit in Rückfallrisikosituationen: Nüchternes-Atmen in einer Rückfallsituation wird in diesem Schritt vermittelt und eingeübt (vgl. Bowen et al. 2012: 94).

5) Akzeptanz und bewusstes Verhalten: Hier sind die Inhalte Akzeptanz, bewusstes Verhalten und achtsame Bewegung (vgl. ebd.: 102f.).

6) Ein Gedanke ist ein Gedanke ist ein Gedanke: Der Zusammenhang zwischen Gedanken und Rückfällen wird thematisiert. Der Rückfallprozess wird erläutert (vgl. ebd.: 116f.).

7) Selbstfürsorge und ausgewogener Lebensstil: «Lovingkindness»-Meditation wird eingeübt, wobei gedanklich gute Wünsche an sich und andere geschickt werden (vgl. ebd.: 124).

8) Soziale Unterstützung und weiteres Üben: Die Bedeutung des Unterstützungsnetzes und die Absichten für die Zukunft werden besprochen (vgl. ebd.: 130).

Kritische Würdigung der Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)

Im MBRP werden Auslöser und Risikosituationen in Bezug auf Rückfälle herausgearbeitet, was den Erkenntnissen des sozialkognitiven Rückfallmodells gerecht wird (vgl. 2.3.1). Dadurch kann die Wahrnehmung des inneren und äusseren Erlebens verbessert werden. Schlussendlich soll dadurch die Entscheidungsfreiheit gestärkt werden und das Gefühl, risikohafte Situationen in Bezug auf den Konsum meistern zu können.

Die Klientinnen und Klienten sollen Mitgefühl sich selbst gegenüber entwickeln, was zu weniger Selbstabwertung führen kann, zu welcher Menschen mit Alkoholproblematiken oftmals neigen. Sie sollen beim MBRP lernen, den gegenwärtigen Moment zu akzeptieren und dass auch Suchtdruck aushaltbar ist, was ein bewussteres Verhalten hervorbringen kann.

Entsprechend dem sozialkognitiven Rückfallmodell wird ein ausgewogener Lebensstil inklusive regelmässiger Achtsamkeitspraxis angestrebt, was unterstützend sein kann für den Erhalt der Abstinenz. Die achtsamkeitsbasierten Übungen sollen den Betroffenen ihre Gedanken, Gefühle und ihr Verhalten vertrauter werden lassen und ihnen die Sicherheit geben, dass eine bewusste Reaktion darauf möglich ist, statt unbewusst und rasch zum Alkohol zu greifen. Es wird als wichtig angesehen, dass die Betroffenen die Übungen regelmässig im Alltag durchführen, was eine hohe Disziplin und stetige Zuversicht in deren Wirkung erfordert. Die Palette an verschiedenen Methoden ist, wie der Titel des MBRP schon sagt, eher schmal. Für Menschen, welche Mühe haben, sich zu entspannen, wären aktivere Methoden nebst Achtsamkeitsübungen sinnvoll.

3.5 Strukturiertes Trainingsprogramm «S.T.A.R.»

Das strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention (S.T.A.R.) basiert u.a. auf dem sozialkognitiven Rückfallmodell von Marlatt. Rückfälle werden als Teil des Ausstiegs aus der Alkoholabhängigkeit angesehen. Ein konstruktiver Umgang mit Rückfällen wird als sehr wichtig angesehen (vgl. S.T.A.R. o.J.: o.S.). «Die Vorbereitung auf Rückfallrisiken und deren Umgang mit ‹Ausrutschern› stellen notwendige und Erfolg versprechende Bestandteile von Suchtarbeit dar.» (Körkel 2016: 31)

Die Hauptziele von S.T.A.R. sind als primäre Rückfallprävention die Vermittlung von Kompetenzen zur Vorbeugung eines erneuten Rückfalls und als sekundäre Rückfallprävention Kompetenzen zur günstigen Beeinflussung und Bewältigung bereits eingetretener Ausrutscher oder Rückfälle (vgl. S.T.A.R. o.J.: o.S.).

Die 15 Module

«S.T.A.R. bietet Suchtfachkräften in 15 abgeschlossenen Einheiten gezielte Handlungsanleitung zu einer auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Rückfallprävention.» (ebd.) Die Einheiten dauern je 90 Minuten und können als Gesamtpaket eingesetzt oder je nach Bedürfnis zusammengestellt werden. Das S.T.A.R. ist für ambulante, stationäre oder teilstationäre Bereiche geeignet (vgl. ebd.).

Im Folgenden werden die 15 Module des S.T.A.R. vorgestellt. Dabei wird aufgrund der Relevanz zur vorliegenden Arbeit ein spezieller Fokus auf das sechste und siebte Modul gelegt, in welchen unangenehme Gefühle in Zusammenhang mit Alkoholkonsum thematisiert werden. Für die Arbeit wenig relevante Module werden lediglich genannt und nicht weiter ausgeführt.

1) «Grundinformationen über Rückfälligkeit.» (ebd.)

2) Abstinenz: Pro & Kontra: Die Abstinenzmotivation wird gestärkt (vgl. ebd.).

3) Hochrisikosituationen: Eigene Rückfallrisiken werden herausgearbeitet (vgl. ebd.).

4) «Soziale Situationen (I): Ablehnen von Trinkaufforderungen und Ansprechen der eigenen Abhängigkeit.» (ebd.)

5) «Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik.» (ebd.)

6) Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung: Während der Lebenszeit werden konstruktive und weniger konstruktive Bewältigungsstrategien, um unangenehmen Gefühlen zu begegnen, aufgebaut. Alkoholkonsum kann unterdrückte Gefühle, wie z.B. Aggressivität, hervorkommen lassen oder dem entgegen, Gefühle abdämpfen und somit erträglicher machen. Es erstaunt nicht, dass auch abstinente Alkoholabhängige bei Krisen auf die bekannte Bewältigungsstrategie des Alkoholkonsums zurückgreifen im Falle, dass keine anderen Möglichkeiten gefestigt oder verfügbar sind (vgl. Körkel/Schindler 2003: 221f.). «Unangenehme Gefühle stellen die häufigste Ursache für den Wiedereinstieg in den Alkoholkonsum dar (...). Im Modul 6 erhalten die Teilnehmer Gelegenheit, die bei ihnen vorherrschenden unangenehmen Gefühle zu identifizieren und genauer zu erkunden.» (ebd.: 221)

Gemäss Theoriebildung und klinischen Erfahrungen haben viele Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen Schwierigkeiten mit der Beschreibung von unangenehmen Gefühlen und haben wenig Zugang zu den affektiven Empfindungen, weshalb sich dieses Modul dem Erleben und Beschreiben von unangenehmen Gefühlen widmet. Dabei geht es um deren Wahrnehmung und darum, die Erfahrung zu machen, diese bewältigen zu können (vgl. ebd.: 222f.).

7) Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung: Die Teilnehmenden sollen vorhandene Ressourcen zur Bewältigung aktivieren lernen und neue Bewältigungsstrategien kennenlernen. Es sollen persönliche Strategien erarbeitet werden und die Bewältigungszuversicht soll gestärkt werden. Die Teilnehmenden werden ermutigt, bei längerfristigen und starken unangenehmen Gefühlszuständen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.: 235).

8) Alkoholverlangen ("craving"): Vermittlung von Informationen zu Suchtruck und Aufzeigen von Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. S.T.A.R. o.J.: o.S.).

9) «Kontrolliertes Trinken.» (ebd.)

10) Ausgewogener Lebensstil: Gemäss dem sozialkognitiven Rückfallmodell nach Marlatt, begünstigt ein unausgewogener Lebensstil Rückfälle in den Alkoholkonsum, weshalb die

Teilnehmenden darauf sensibilisiert werden. Es wird ein konkreter Plan erstellt, wie der Alltag durch angenehme Erlebnisse ausgeglichener werden kann (vgl. ebd.).

11) Ausrutscher und Rückfall: Ausrutscher sind nicht komplett vermeidbar, weshalb die Vorbeugung von schweren Rückfällen thematisiert wird. Der negative Einfluss von Selbstüberschätzung und vom Abstinenz-Verletzungs-Effekt werden zudem aufgegriffen (vgl. ebd.).

12) Umgang mit Ausrutscher und Rückfall: Es werden Handlungsmöglichkeiten nach einem Ausrutscher vermittelt (vgl. ebd.).

13) «Gespräche mit Angehörigen/Freunden zum Thema "Rückfall" (I): Gesprächsbedingungen/-blockaden.» (ebd.)

14) «Gespräche mit Angehörigen/Freunden zum Thema "Rückfall" (II). Gesprächsinhalte.» (ebd.)

15) Nachsorge: Ermutigung zur Inanspruchnahme von Angeboten (vgl. ebd.).

Kritische Würdigung des strukturierten Trainingsprogramms «S.T.A.R.»

Das S.T.A.R. ist spezifisch auf alkoholabhängige Menschen ausgerichtet, was einen Vorteil gegenüber anderen Ansätzen darstellt. Rückfälle werden als Bestandteil der Alkoholabhängigkeit angesehen, was deren Definition als Krankheit entspricht und förderlich ist für einen konstruktiven Umgang mit Rückfällen. Im S.T.A.R. werden Ausrutscher und schwere Rückfälle entsprechend dem sozialkognitiven Rückfallmodell unterschieden, auf welchem der Ansatz u.a. basiert. Teilnehmende lernen mit Ausrutschern umzugehen, um einen schweren Rückfall vorzubeugen, was sehr fortschrittlich erscheint.

Wie in der Motivierenden Gesprächsführung sollen Ambivalenzen zur Stärkung der Abstinenzmotivation aufgelöst werden. Den Teilnehmenden werden spezifische Kompetenzen, wie das Ablehnen von Trinkaufforderungen, Umgang mit Selbst- und Fremdkritik und das Ansprechen der Abhängigkeit vermittelt, was sehr alltagsnah ist und auch dem systemischen Aspekt der Abhängigkeit gerecht wird. Dem Umgang mit unangenehmen Gefühlen werden immerhin zwei von 15 Modulen gewidmet, was sinnvoll erscheint, da diese zentrale Rückfallauslöser darstellen.

Die Teilnehmenden lernen, Gefühle zu beschreiben, zu benennen und wahrzunehmen. Sie sollen erfahren, dass es für sie möglich ist, unangenehme Gefühle zu bewältigen, ohne zum Alkohol zu greifen.

Rasch umsetzbare Bewältigungsstrategien, für die Anwendung in Risikosituationen, beinhaltet das S.T.A.R. nicht. Das Thema Umgang mit unangenehmen Gefühlen ist in dieser Hinsicht und in Anbetracht der Moduldauer von je 90 Minuten, eher oberflächlich gehalten. Die

Teilnehmenden werden zum Umgang mit Suchtdruck geschult, indem sie lernen, wie dieser bewältigt werden kann. Ein ausgewogener Lebensstil ist für die Abstinenzhaltung sehr wichtig und wird im S.T.A.R. entsprechend bearbeitet.

3.6 Fazit

Die fünf vorgestellten Ansätze setzen den Fokus alle auf unterschiedliche Ebenen. Die Motivierende Gesprächsführung soll die Wahrnehmung der Klientel in Bezug auf die Diskrepanz zwischen der aktuellen Konsumsituation und der Abstinenz schärfen zur Erzielung einer Konsumveränderung. Die kognitiv-verhaltensorientierte Beratung versucht erlerntes Fehlverhalten (hier Alkoholkonsum) durch Bearbeitung irrationaler Überzeugungen zu regulieren. Ressourcenstärkung und konkrete Veränderungsanstösse zu geben, sind Ziele des lösungsorientierten Ansatzes. Die MBRP zielt darauf ab, die Achtsamkeit der Klientel zu stärken, um zu einem Gefühl von Entscheidungsfreiheit in Bezug auf den Alkoholkonsum zu verhelfen. Im S.T.A.R. wird Wissen vermittelt und werden Methoden eingeübt, welche bezüglich konsumauslösender Faktoren hilfreich sein können. Jeder der Ansätze beinhaltet wichtige Aspekte zum Erzielen von Konsumveränderungen. Jedoch beschäftigt sich lediglich das S.T.A.R., wenn auch nur oberflächlich, gezielt mit Emotionen und deren Bewältigung. Der Tatsache, dass unangenehme Gefühle die grössten Rückfallrisiken darstellen und Alkoholproblematiken oft aufgrund defizitärer Bewältigungsstrategien entstehen, wird damit nicht gerecht. Menschen mit einer Alkoholproblematik sollten ein umfassendes Bewältigungsrepertoire für unangenehme Gefühle aufbauen können, was einen Beitrag zur Konsumreduktion oder zum Abstinenzhalt leisten kann. Im nächsten Kapitel wird demnach das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) vorgestellt, welches den Fokus auf die Regulation von unangenehmen Emotionen setzt.

4 Training emotionaler Kompetenzen (TEK)

Im Training emotionaler Kompetenzen (TEK) werden sieben Kompetenzen, sogenannte *Basiskompetenzen (BK)*, vermittelt und eingeübt, welche der konstruktiven Begegnung mit unangenehmen Emotionen dienen. Nebst den Basiskompetenzen wurden im TEK auch *spezifische Kompetenzen (SK)* aufgenommen. Diese zielen auf potentiell besonders problematische Gefühle ab (vgl. Berking 2015: 26f.). «Bei allen Basiskompetenzen handelt es sich um Umgangsweisen mit belastenden Gefühlen, die in ihrer Effektivität empirisch gut belegt sind und die sich didaktisch gut vermitteln und miteinander kombinieren lassen.» (ebd.: 27)

Entwickelt wurde das TEK von Matthias Berking (vgl. ebd.: 5). Er ist aktuell der Leiter für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (vgl. Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie o.J.: o.S.). Gemäss dem Psychotherapeuten Jan Glasenapp stellt das TEK einen umfassenden und systematischen Ansatz dar, um emotionale Kompetenzen zu trainieren. Die wissenschaftliche Fundierung und die Klarheit verhalfen dem TEK zu grosser Popularität. Das TEK hat sich zur Standardbehandlung für die Verbesserung emotionaler Kompetenzen entwickelt (vgl. Glasenapp 2013: 85).

Berking hält fest, dass ein konstruktiver Umgang mit belastenden Gefühlen für die psychische Gesundheit sehr zentral ist (vgl. Berking 2015: 5). «Beeinträchtigungen dieser Fähigkeit stellen ein bedeutsames Risiko für die Entwicklung und Chronifizierung diverser psychischer Probleme und Störungen dar.» (ebd.) Bei der Theorie zur Entwicklung pathologischer Trinkmotive sowie im sozialkognitiven Rückfallmodell wurde stark auf den Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und dem destruktiven Umgang mit Gefühlen verwiesen (vgl. 2.3.1). Gemäss diesen Erkenntnissen können mangelhafte Bewältigungsstrategien zur Entstehung einer Alkoholproblematik und deren Aufrechterhaltung beitragen.

Das TEK wurde für eine störungsübergreifende Anwendung entwickelt (vgl. Berking 2015: 144). «Das Programm dient zur Unterstützung emotionsorientierter Arbeit in ambulanten und stationären therapeutischen Settings, aber auch zur Präventionsarbeit mit Risikogruppen.» (Glasenapp 2013: 85) Das TEK kann im Einzel- oder Gruppensetting eingesetzt werden. Es lässt sich sowohl mit Menschen durchführen, welche psychisch beeinträchtigt sind, als auch mit gesunden Menschen, bei welchen es der Persönlichkeitsentwicklung dient (vgl. Berking 2015: 4). Die Zielgruppe kann demnach breit ausgelegt werden.

Die Verwendung des TEK benötigt wenig Vorerfahrungen im Bereich vom emotionsorientierten Arbeiten und kann in spezifischen Kursen eingeübt werden (vgl. Glasenapp 2013: 86). Dies begünstigt die Anwendung des TEK durch Professionelle der Sozialen Arbeit.

Selber TEK-Kurse zu geben oder den Inhalt anzuwenden, kann zudem in einem spezifischen TEK-Trainer-Kurs, welcher an therapeutisch und pädagogisch tätige Fachpersonen gerichtet ist, erlernt werden (vgl. TEK Training emotionaler Kompetenzen o.J.: o.S.).

4.1 Theoretischer Teil als Hintergrund des TEK

In diesem Kapitel wird zunächst auf die Emotionsregulation und deren Zusammenhang zur psychischen Gesundheit eingegangen. Ein spezifischer Fokus wird auf die Emotionsregulationsdefizite als aufrechterhaltender Faktor für psychische Störungen gelegt.

Emotionsregulation und psychische Gesundheit

Bei Menschen mit psychischen Störungen sind gemäss Untersuchungen bestimmte Umgangsformen mit negativen Gefühlen besonders ausgeprägt (vgl. Berking 2015: 7). Menschen mit Depressionen haben oftmals Mühe, Gefühle zu identifizieren, zu akzeptieren, sie auszuhalten und sich innerlich warmherzig zu unterstützen. Die Emotionsregulation fällt den Betroffenen schwer. Diese ist zudem oftmals dysfunktional und besteht aus Grübeln, dem Unterdrücken von nonverbalem Ausdruck und Katastrophisieren. Zudem zeigen viele Befunde auf, dass Betroffene von Defiziten in der Emotionsregulation Angststörungen entwickeln können und dass unzureichende Bewältigungsstrategien deren Aufrechterhaltung begünstigen können (vgl. ebd.: 8).

Berking hält fest, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dazu tendieren, mit dem Suchtmittelkonsum negative Emotionen zu vermeiden oder zu dämpfen. Zudem haben Betroffene während Abstinenzphasen oftmals Schwierigkeiten, Emotionen zu regulieren. Negative Gefühle können ausserdem den Suchtdruck verstärken (vgl. ebd.: 10). Dies entspricht den Erkenntnissen der beiden Erklärungstheorien zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Alkoholproblematiken. Alkoholkonsum kann in Zusammenhang mit unangenehmen Emotionen immer mehr zur Hauptbewältigungsstrategie werden (vgl. 2.3.1).

Emotionsregulationsdefizite sind ein Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Eine verbesserte Emotionsregulation ist wirksam für die Behandlung dieser Erkrankungen. Die Erhöhung der emotionalen Kompetenz bewirkt, dass die Symptomatik der jeweiligen Störung abnimmt. Emotionen akzeptieren und aushalten zu können und die Verbesserung deren Regulation, kann einen positiven Einfluss auf den Erfolg der Behandlung haben (vgl. Berking 2015: 14-16). Das TEK bietet eine Vielfalt an verschiedenen

Zugängen zur Emotionsregulation. Um die Entwicklung von psychischen Störungen zu erklären, liegt im TEK der Fokus auf der individuellen Biografie eines Menschen. Die verschiedenen Risikofaktoren werden in der folgenden Abbildung 3 aufgegriffen. Genetische Faktoren, Inkongruenzerfahrungen und defizitäre Lernmöglichkeiten werden mit einem dysfunktionalen Umgang mit Gefühlen verbunden und begünstigen somit auch das Auftreten von psychischen Erkrankungen (vgl. ebd.: 17f.).

Emotionsregulationsdefizite als aufrechterhaltender Faktor für psychische Störungen

Die Abbildung 3 zeigt auf, welche Risikofaktoren zu Emotionsregulationsdefiziten führen können und dass die Faktoren in Kombination psychische Störungen begünstigen (vgl. ebd.: 18).

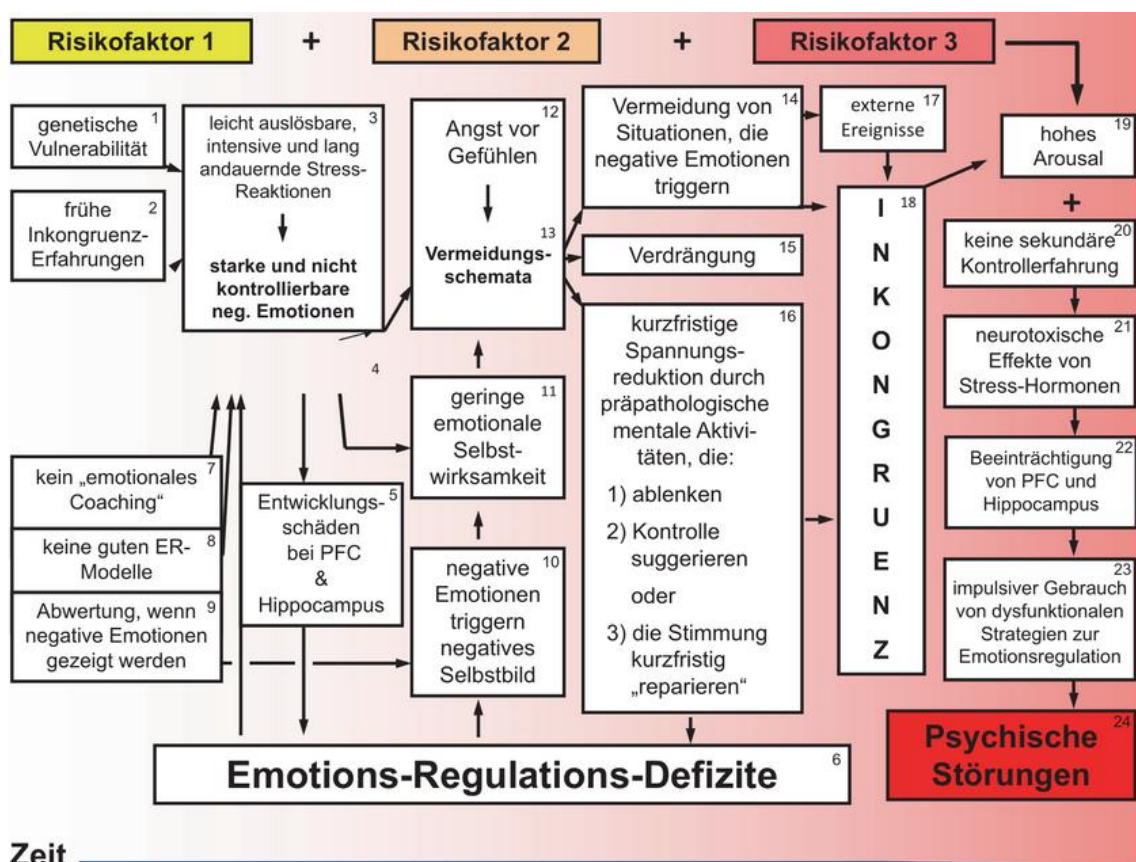


Abb. 3: Das TEK-Modell der Entstehung psychischer Störungen (Berkling 2015: 18).

Haben Menschen Probleme, eine spezifische Emotion (wie z.B. bei einer Angststörung die Angst) zu regulieren, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Regulationsfähigkeiten auch auf alle anderen Gefühle bezogen defizitär sind. Dies zeigt auch die hohe Rate an komorbiden Störungen. Des Weiteren können Defizite in der Regulation der Emotionen ein Problemverhalten aktivieren, wie dies beispielsweise bei Menschen mit einer Alkoholproblematik der Fall ist, welche mit Alkoholkonsum auf unangenehme Gefühle reagieren (vgl. ebd.: 22f.). Unangenehme Emotionen können ein aufrechterhaltender Faktor für psychische Störungen sein. Wenn jemand z.B. stets unangenehmen Gefühlen ausgesetzt ist, zeigt dies, dass die- oder

derjenige die eigenen Bedürfnisse nicht adäquat befriedigen kann und sich Ziele nicht gut mit ihren oder seinen Erfahrungen übereinstimmen lassen (vgl. Grawe 1998, zit. nach Berking 2015: 24). «Anhaltender starker Stress und anhaltende negative Gefühle reduzieren die Lebenszufriedenheit und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass unsere Psyche oder unser Körper Schaden nimmt.» (Berking 2015: 43)

«Patienten müssen lernen, dass negative Emotionen wichtige Funktionen erfüllen. In der Regel befristet sind, für Körper und Seele kurzfristig unschädlich sind, aber zu psychischen und körperlichen Problemen führen können, wenn sie zu lange bzw. zu intensiv anhalten.» (ebd.: 25) Emotionen können durch Wille beeinflusst werden; sind jedoch nicht direkt darüber steuerbar. Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren von Gefühlen können durch Wahrnehmung, Kognition, Ziele etc. erkannt und verändert werden (vgl. ebd.). Das TEK zielt darauf ab, mit Belastungssituationen und Stress einen konstruktiven Umgang zu finden (vgl. ebd.: 44).

4.2 Praktischer Teil des TEK

Nach den theoretischen Hintergründen der Emotionsregulation in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit, wird der Aufbau des TEK vorgestellt. Im Anschluss wird vertieft auf die Vermittlung und den Inhalt der Basiskompetenzen eingegangen und die psychoedukativen Teile werden vorgestellt.

Aufbau des Trainings

Es wird keine spezifische Dauer des TEK bestimmt. Berking zeigt jedoch als Beispiel eine Drei-Tages-Version auf (vgl. ebd.: 39). Darauf wird nicht spezifisch eingegangen, da die Soziale Arbeit das TEK je nach Bereich flexibel anwenden können muss.

«Das Training wird ausführlich beschrieben, es gibt an vielen Stellen Formulierungsvorschläge für die Präsentation der Übungen, was die Anwendung auch für wenig Geübte deutlich erleichtert.» (Glasenapp 2013: 86) In der Psychoedukation Teil 1 wird den Teilnehmenden zunächst die Relevanz der einzelnen Kompetenzen vermittelt. Danach folgt der praktische Teil des TEK mit den sieben Basiskompetenzen, gemäss der Abbildung 4 (vgl. ebd.:



Abb. 4: Die sieben im TEK vermittelten Basiskompetenzen (Berking 2015: 27).

69). Die Psychoedukation Teil 2, «zur Relevanz regelmässigen Trainings», folgt im Verlauf (vgl. ebd.: 85).

Nach der Beschreibung der jeweiligen Basiskompetenz werden den Teilnehmenden verschiedenen Übungen dazu nähergebracht. Zum Schluss jeder der sieben Kompetenzen folgt die TEK-Sequenz, welche eine Übungsanleitung darstellt. Die aktuell vermittelte Basiskompetenz wird in die TEK-Sequenz eingefügt und wenn eine nächste Basiskompetenz kommt, werden die bereits eingebauten Kompetenzen verkürzt. Die TEK-Sequenz gilt der Anwendung aller Kompetenzen auf einmal in kurzer Zeit. Ziel ist es, dass die TEK-Sequenz am Schluss innerhalb von etwa 3 bis 30 Sekunden angewendet werden kann (vgl. ebd.: 69). Sie dient als metakognitive Strategie für den Einsatz in emotional belastenden Situationen (vgl. ebd.: 31f.).

Psychoedukation Teil 1: Theoretische Ableitung der TEK-Kompetenzen

Den Teilnehmenden wird in einem ersten psychoedukativen Teil erläutert, wie Stress und unangenehme Gefühle entstehen und wozu sie dem Menschen dienen sollen. Dies, damit gelernt und geübt werden kann, wann und wie Einfluss auf emotionale Reaktionen möglich ist (vgl. ebd.: 47). Die theoretische Ableitung der TEK-Kompetenzen wird in dieser Arbeit zum besseren Überblick innerhalb der jeweiligen Basiskompetenzen aufgeführt.

Basiskompetenz 1-2: Muskel- und Atementspannung

Die Basiskompetenzen Muskel- und Atementspannung werden im TEK zusammengeführt.

Als theoretischer Einstieg in die Basiskompetenzen bezieht sich Berking auf den Ursprung von emotionalen Reaktionen. Diese sind «im Laufe der Evolution entstanden, um uns zu helfen, unsere Bedürfnisse zu schützen und unsere Ziele möglichst gut zu erreichen» (ebd.: 52).

In der Steinzeit war es hilfreich, in Bedrohungssituationen mit starker Muskelanspannung und allgemeiner Aktivierung zu reagieren (vgl. ebd.: 52). «Was wir heute in potenziell bedrohlichen Situationen meistens brauchen, ist vielmehr Gelassenheit und Ruhe; damit wir konzentriert nachdenken können, was wir jetzt am besten tun können.» (ebd.: 53)

Die Amygdala, das Angst- und Stresszentrum des Gehirns, wird in Situationen aktiviert, welche unsere Bedürfnisse oder Ziele bedrohen. Diese Aktivierung löst körperliche sowie mentale Reaktionen aus in Form von Anspannung der Muskulatur und Erhöhung der Atemfrequenz. Dies soll eine Abwehr der Bedrohung vereinfachen. Das übermässige Arousal (Grad der Aktivierung vom zentralen Nervensystem), welches durch einen erhöhten Stresshormon-Spiegel entsteht, begünstigt eher impulsive Handlungen, welche insbesondere auf die kurzfristige Vermeidung von belastenden Gefühlen abzielen. Damit die Automatik von Emotionen überhaupt

durchbrochen werden kann, ist eine Hinunterregulierung des Arousal nötig, so dass bewusste Handlungen vollzogen werden können (vgl. ebd.: 28).

Die «Muskelentspannung», als Basiskompetenz 1, stützt sich auf die Methodik der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson, welche die bisher am besten evaluierte Entspannungsmethode darstellt. Berking kombiniert diese Methode mit der Basiskompetenz 2, der «Atementspannung». In der PMR werden zunächst einzelne Muskelgruppen angespannt. Nach einem Innehalten wird die Anspannung gelöst. Dazu wird der Atem verlangsamt und vertieft (vgl. ebd.: 69-71). Durch diese Übung können die Amygdala-Signale neu mit Sicherheit in Verbindung gebracht werden, was bewusste Handlungen ermöglichen kann (vgl. ebd.: 28).

Basiskompetenz 3: Bewertungsfreie Wahrnehmung

Negative Emotionen führen zu einer Erhöhung der Gehirnaktivität, da mögliche Gefahren erkannt und analysiert werden sollen. Dadurch aktivierte Bewertungs- und Interpretationsprozesse können zu einem unkonstruktiven Schluss führen, welcher die unangenehmen Emotionen weiter existieren lässt. Durch «bewertungsfreies Wahrnehmen» soll dieser Kreislauf durchbrochen werden. Die psychophysiologische Überaktivität, die durch die Bewertungsprozesse entsteht, kann herunterreguliert werden, indem man innehält und möglichst die Wahrnehmung erfasst, die durch das Gefühl entstanden ist. Dies soll ohne zu bewerten oder zu interpretieren, was der Auslöser für das Entstehen der unangenehmen Emotion war, geschehen. Emotionale Reaktionen werden oft als peinlich, deprimierend etc. beurteilt, was sekundäre Gefühle hervorrufen kann (vgl. ebd.).

«Sekundäre Gefühle entstehen durch die Bewertung eines zeitlich vorhergehenden Gefühls und behindern oft in entscheidender Weise die Bewältigung der primären Emotion (so kann z.B. Scham über Angst einen konstruktiven Umgang mit Angst behindern).» (ebd.: 116)

Das «bewertungsfreie Wahrnehmen» sollte sich ebenfalls auf die sekundären Gefühle beziehen, da sonst primäre unangenehme Gefühle aufrechterhalten werden können. Die negativen Emotionen sollen durch *Spüren* bewusst und ruhig wahrgenommen werden, bevor man sich Gedanken zur Reaktion darauf macht. Das Zulassen des unangenehmen Gefühls kann bereits innerliche Regulationsprozesse in Gang bringen. Nachdem dem Gefühl Raum gegeben wurde, folgt das *Benennen* des Gefühls. Zu wissen, wie das aktuelle Gefühl heisst, kann zum Verstehen und Verändern desjenigen nützlich sein (vgl. ebd.: 28f.).

Beim Üben des «bewertungsfreien Wahrnehmens» wird zunächst die Wahrnehmung auf das Atmen in der Bauchgegend gelenkt. Der Atem soll, im Gegensatz zur Basiskompetenz 2 nicht kontrolliert werden. Die Konzentration soll einzig und allein auf dessen Wahrnehmung liegen. Als nächstes wird die Aufmerksamkeit vom Atem wegbewegt. Nun sollen alle

Körperempfindungen, Gefühle, Impulse, Eindrücke etc. wahrgenommen werden. Jede Wahrnehmung soll kurz benannt werden und dann soll der Fokus wieder auf die Wahrnehmung selber wechseln, ohne dass einem Handlungsimpuls nachgegeben wird. Daraufhin folgt die TEK-Sequenz mit der Zusammenführung und Einübung der Basiskompetenzen 1 bis 3 (vgl. ebd.: 79f.). Im Folgenden werden die TEK-Sequenzen, welche in jeder Basiskompetenz vorkommen, nicht mehr spezifisch erwähnt.

Das Wahrnehmen, ohne eine Handlung folgen zu lassen, kann mit dem «urge-surfing» im MBRP verglichen werden, welches bei Suchtdruck angewendet werden kann (vgl. 3.4).

Psychoedukation Teil 2: Zur Relevanz regelmässigen Trainings

Bei der Psychoedukation Teil 2 geht es darum, dass den Teilnehmenden des Trainings vermittelt wird, dass ein regelmässiges Üben wichtig ist.

Der Trainingsaspekt des TEK ist inspiriert von der Neurowissenschaft, welche die Wichtigkeit von häufigem, intensivem und intrinsisch motiviertem Training betont, damit eine langfristige Verhaltensänderung erzielt werden kann. Den Teilnehmenden werden die Kompetenzen und die theoretischen Bezüge dazu einprägsam und in Teilschritten vermittelt (vgl. ebd.: 35). Der TEK-Trainer hilft Problemlösungsstrategien bei etwaigen Schwierigkeiten mit den Übungen zu finden (vgl. ebd.: 75).

«Das TEK ist so konzipiert, dass es Übungen beinhaltet, die sich langfristig als Rituale in den Alltag einbauen lassen.» (ebd.: 144) Eine längerfristige Weiterführung der Übungen ist sinnvoll, um nicht wieder in die psychische Störung zurückzufallen. Negative Emotionen, die unkontrollierbar erscheinen und aversiv wirken, können einen starken Einfluss auf Rückfälle in die psychische Störung haben. Demnach ist es wichtig, dass ein konstruktiver Umgang mit Emotionen erlangt werden kann (vgl. ebd.: 143).

Basiskompetenz 4: Akzeptieren und Tolerieren

Negatives Bewerten von Emotionen kann Vermeidungstendenzen aktivieren, welche jedoch meistens keinen Erfolg haben. Denn, je nach Gefühl werden spezifische Hormone ausgeschüttet, was eine schnelle Veränderung dieser erschwert. Das entsprechende Scheitern wird als Kontrollverlust empfunden, was das Wohlbefinden beeinträchtigen und Anspannung hervorrufen kann. Umso mehr möchte man die unangenehmen Gefühle positiv verändern. Durch die Anspannung und das beeinträchtigte Wohlbefinden werden die Möglichkeiten dazu jedoch kleiner. Gegen die unangenehmen Gefühle wird angekämpft, oder es wird versucht, vor ihnen wegzulaufen, was diese wiederum verstärkt. Diesem Teufelskreis sollte am besten durch Zulassen, Akzeptieren und Aushalten der Gefühle begegnet werden (vgl. ebd.: 29).

Mit Alkoholkonsum unangenehme Gefühle zu bekämpfen, kann also einen gegenteiligen Effekt bewirken.

Bei der Basiskompetenz 4 geht es nicht um ein Akzeptieren der auslösenden Situation, sondern um die Akzeptanz und Toleranz gegenüber den aktuellen Gefühlen. Es muss einem bewusst werden, dass die eigenen Reaktionen in Ordnung sind und ihre Gründe haben und dass man in der Lage ist, die Gefühle eine Weile auszuhalten. Die Basiskompetenz 4 ist besonders hilfreich bei Situationen, die man nicht verändern kann (vgl. ebd.: 98).

Grundsätzlich bedeutet dies: «Man muss zuerst bei seinen Gefühlen ankommen, bevor man sie verändern kann.» (ebd.: 63) Diese Kompetenz basiert auf Achtsamkeits-Ansätzen und der Akzeptanz und Commitmenttherapie (vgl. ebd.: 29).

Negative emotionale Reaktionen haben ihre Gründe und positive Aspekte. Stress und Ärger beispielsweise aktivieren und erhöhen kurzfristig die Leistungsfähigkeit. Ärger energetisiert zusätzlich für eine effektive Selbstdurchsetzung. Das Gefühl der Scham ist für das Einhalten der sozialen Regeln verantwortlich und dafür, dass die soziale Integration nicht gefährdet wird. Traurigkeit bewirkt, dass man sich von Zielen ablöst und depressive Stimmung leitet i.d.R. eine Neuorientierung ein (vgl. ebd.: 98f.).

«Um eine akzeptierende Haltung aktivieren zu können, ist es oft hilfreich, unsere Gefühle als Verbündete zu sehen, die uns wichtige Signale geben und uns bei der Bewältigung schwieriger Situationen helfen wollen; und zeitlich begrenzt sind.» (ebd.: 62)

Das TEK beinhaltet verschiedene Übungen, welche den Teilnehmenden helfen sollen, den Sinn von unangenehmen Gefühlen zu verstehen. Zudem soll aufgezeigt werden, dass die Teilnehmenden negative Gefühle in der Vergangenheit auch schon über eine längere Phase ausgehalten haben und dass diese sich wieder verflüchtigen (vgl. ebd.: 99).

Basiskompetenz 5: Selbstunterstützung

Selbstvorwürfe und abwertende Gedanken, die aus Stress resultieren, aktivieren ein negatives Selbstbild. Dieses lässt Eigenkritik allumfassender und persönlicher werden. Zu den belastenden Gefühlen kommt demnach ein destruktiver Umgang mit sich selber hinzu, wodurch weitere unangenehme Gefühle auftreten, wie beispielsweise Scham oder Schuld. Für die Regulation der negativen Gefühle fehlt mehr und mehr die Energie (vgl. ebd.: 30). «Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, ist es wichtig, dass man sich in schwierigen Situationen liebevoll unterstützt, ermutigt und ermuntert und sich nicht noch weiter durch destruktive Selbstvorwürfe das Leben schwer macht.» (ebd.: 104) Diese Grundhaltung begünstigt die innerliche Selbstunterstützung. Sympathie gegenüber der eigenen Person, innerliche Ermutigung und

Hoffnung sowie Optimismus verbessern die Handlungsfähigkeit eines Menschen (vgl. ebd.: 30). Nötig für die effektive Selbstunterstützung sind genügend angenehme Aktivitäten im Alltag, welche den Grundstein für ein gutes Selbstwertgefühl und Selbstfürsorge darstellen (vgl. ebd.: 104). Ein ausgewogener Lebensstil hilft, gemäss dem sozialkognitiven Rückfallmodell, auch gegen das Risiko von Rückfällen in Bezug auf Alkoholabhängigkeit (vgl. 2.3.1).

Bei der Basiskompetenz 5 gibt es für die Teilnehmenden einen Übungsvorschlag zur Stärkung des Selbstwertes. Dabei sollen sie zunächst jegliche Erfolge in ihrem bisherigen Lebensweg niederschreiben. Es werden die Stärken und Kompetenzen der Teilnehmenden herausgearbeitet und hervorgehoben. Es soll aufgezeigt werden, dass das Wissen über die eigenen Stärken eine wichtige Ressource für den Selbstwert darstellt. Nebst der Strategie, dass man auf «etwas» stolz sein darf, soll als Fazit der Übung gelten, dass der Mensch auch «einfach so», unabhängig von Erfolgen etc., wertvoll ist (vgl. ebd.: 106f.). Letzteres zu vermitteln, kann für Menschen, welche aufgrund einer Alkoholproblematik einen sozialen Abstieg hinter sich haben, unterstützend wirken.

Basiskompetenz 6: Analysieren

Das Verstehen von emotionalen Reaktionen ist nicht für alle einfach. Nicht zu wissen, was die Emotion ausgelöst hat und was sie aufrechterhält, kann zu Schwierigkeiten im Finden von Möglichkeiten zu deren Veränderung führen. Dies kann Gefühle von Orientierungslosigkeit oder Ausgeliefertsein auslösen. Teilweise werden charakterbezogene Erklärungen gesucht, wie z.B. «so bin ich halt», weil einem der Auslöser des unangenehmen Gefühls nicht bekannt ist. Ein negatives Selbstbild kann demnach genährt werden (vgl. ebd.: 30). Die charakterbezogenen Erklärungen entsprechen den Kausalattributionen zur Erklärung von Ausrutschern, welche eine Weiterführung des Alkoholkonsums begünstigen (vgl. 2.3.1).

Die Selbstwirksamkeitserwartung, was die Emotionsregulation angeht, leidet, wenn keine Erklärung für eine emotionale Reaktion gefunden wird. Dies kann wiederum das Gefühl von Kontrollverlust erzeugen, was zu Stress, Ärger sowie einer zunehmend depressiven Stimmung führen kann. Der anhaltende Stress beeinträchtigt aufgrund der Stresshormonausschüttung den präfrontalen Kortex in seiner Funktionsfähigkeit (vgl. ebd.: 30). Dadurch wird die Fähigkeit, die Situation bewusst analysieren zu können, gehemmt, was den Überblick verlieren und Kontrollverlust empfinden lässt (vgl. ebd.: 113). Damit dieser Kreislauf aufgelöst werden kann, muss als Intervention Orientierung gegeben werden. Reaktionen und Gefühle müssen normalisiert werden und es sollen anwendbare Veränderungsmöglichkeiten vermittelt werden (vgl. ebd.: 30f.). Beim «Analysieren» geht es also darum zu verstehen, wie eine Stressreaktion oder ein unangenehmes Gefühl verursacht wurde (vgl. ebd.: 66).

«Wenn wir verstanden haben, warum wir Stress oder ein bestimmtes Gefühl haben, können wir dieses Gefühl viel leichter positiv beeinflussen.» (ebd.: 114) «Emotionen entstehen als Folge von Bewertungen der aktuell wahrgenommenen Situation in Bezug auf unsere Erwartungen, Ziele, Wünsche und Bedürfnisse.» (ebd.: 115)

Zentrum des praktischen Teils dieser Basiskompetenz ist das TEK-Analyse-Schema (Abbildung 5). Das Schema soll helfen herauszufinden, wie ein Gefühl zustande gekommen ist (vgl. ebd.: 115).

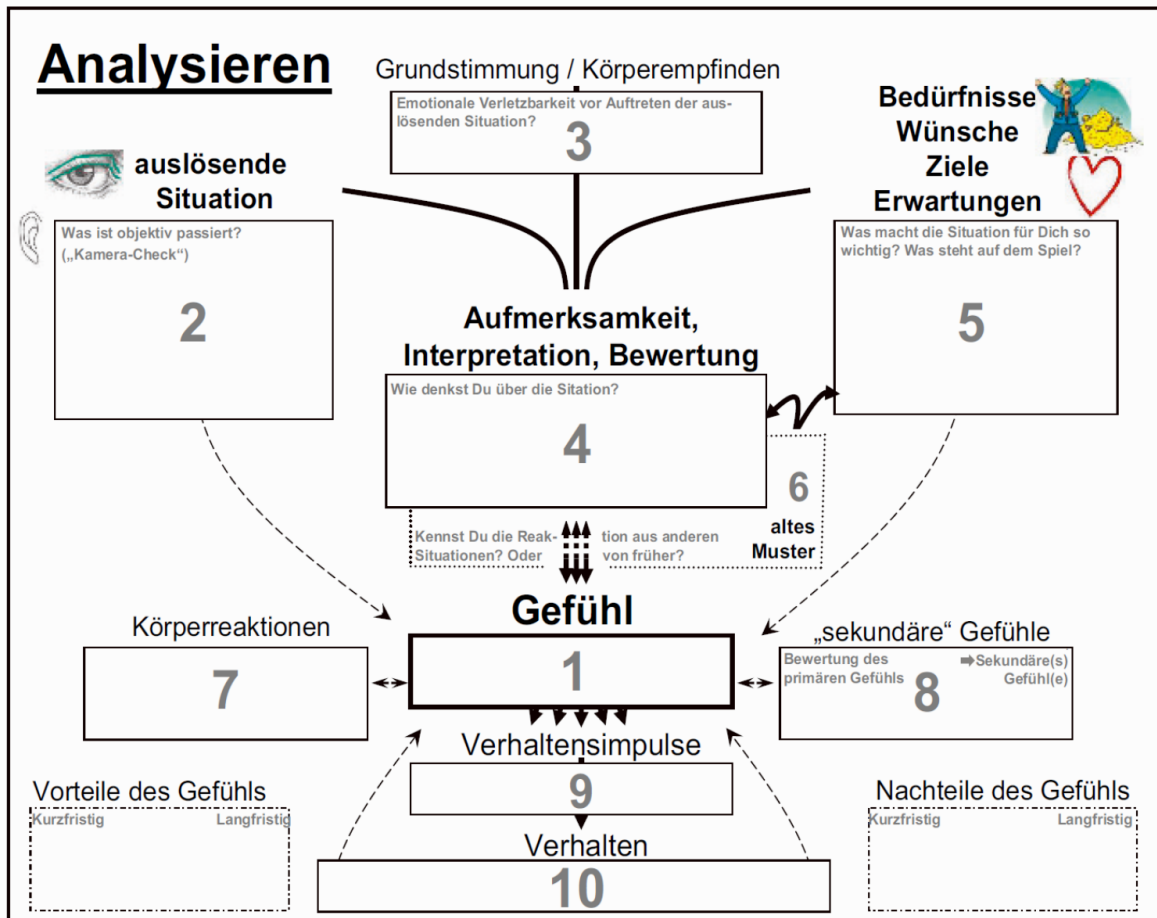


Abb. 5: Das TEK-Analyse-Schema (Berkling 2015: 115).

Als erstes soll das ausgelöste *Gefühl* «1» herausgefunden werden. Es folgt in «2» die *auslösende Situation* und in «3», welche *Grundstimmung* bzw. welches *Körperempfinden* zuvor herrschte, was Einfluss auf die Bewertung einer Situation hat. In «4» folgen die *Gedanken* zur Situation und in «5» die *Bedürfnisse* oder *Ziele*, welche auf dem Spiel standen. Danach wird zu den *alten Mustern* «6» übergegangen, welche im Verlaufe des Lebens erworben wurden und ebenfalls die Bewertung steuern. Ein Muster kann z.B. sein «Ich muss perfekt sein». Diese unerfüllten Ziele sind bedeutsame Ursachen für unangenehme Gefühle (vgl. ebd.: 115f.). Die genannten Muster entsprechen den irrationalen Überzeugungen im kognitiv-verhaltensorientierten Ansatz, welche aufgelöst werden sollen (vgl. 3.2).

Weiterführend ist es wichtig, emotions-assoziierte *Körperreaktionen* «7» zu erkennen. Korrekte Ursachenzuschreibung zwischen körperlichem Erleben und kognitiver Bewertung können Faktoren sein, welche vor psychischen Störungen bewahren können. Bei «8» folgt das *sekundäre Gefühl*, welches durch die Bewertung des primären Gefühls entstehen kann. Der Punkt *Verhaltensimpulse* «9» dient der guten Einsetzbarkeit der Strategie zur Regulation und das *Verhalten* «10» zeigt, dass man dem Handlungsimpuls oft nicht Folge leistet, wodurch die Energie, die aus der Emotion entsteht, nicht schnell abklingen kann. *Kurz- und langfristige Vor- und Nachteile des Gefühls* helfen, das Zielgefühl herauszuarbeiten. Das Analyse-Schema soll eine Möglichkeit für einen angstfreien Umgang mit Gefühlen sein. Die Teilnehmenden sollen auf den Weg mitbekommen, dass unangenehme Gefühle existieren dürfen (vgl. ebd.: 116f.).

Basiskompetenz 7: Regulieren

Die Basiskompetenzen 1-6 beinhalten bereits Möglichkeiten zur Regulation von Emotionen. Die Basiskompetenz 7 bezieht sich auf das aktive Lenken einer emotionalen Reaktion in eine gewünschte Richtung. Dabei muss man sich zuerst für ein nützliches Zielgefühl entscheiden (vgl. ebd.).

«Mit dem Vermitteln der Basiskompetenz 7 sollen die Teilnehmer in die Lage versetzt werden, ihre Gefühle bei Bedarf möglichst erfolgreich aktiv positiv beeinflussen zu können.» (ebd.: 121)
Nur schon der Umstand, das Gefühl ein wenig abgeschwächt zu haben, soll als Erfolg gesehen werden. Das ursprüngliche Ziel zur Veränderung des Gefühls kann man ggf. auch dadurch ersetzen, dass man das Gefühl akzeptiert und fähig ist, es auszuhalten (vgl. ebd.: 31).

Wie beim «Analysieren», gibt es beim «Regulieren» ein Schema (Abbildung 6). Folgende Vorinformationen werden zu dessen Bearbeitung benötigt:

Ein *Zielgefühl*, welches begründet und erreichbar ist, soll als erstes ausgewählt werden. Nur ein wenig aufgeregt zu sein vor einem Vortrag reicht beispielsweise schon. In Form eines *Brainstormings* sollen mindestens zehn Ideen gesammelt werden, wie das Zielgefühl erreicht werden könnte. Die vorhergehende Analyse der Emotion kann helfen, Ideen zu generieren, da man sich dort die Bewertungen, Körperreaktionen etc. bewusst gemacht hat. Als *konkreter Plan* sollen die besten Ideen als *Strategien* zusammengetragen werden. Bei der *Umsetzung* der Strategien sollen alle Bemühungen und jede kleinste Veränderung wahrgenommen und anerkannt werden. Der Umgang mit Misserfolgen beinhaltet folgendes: Sich selbst loben für noch so kleine Teilerfolge, Intensivierung der Bemühungen für das Umsetzen des Plan und ggf. neue Strategien ausdenken und wenn das nicht hilft, soll man ein neues Zielgefühl setzen. Wenn nötig kann man als Alternative zum «Regulieren» auch auf die Basiskompetenz 4

«Akzeptieren und Tolerieren» und zusätzlich auf die «effektive Selbstunterstützung» zurückgreifen (vgl. ebd.: 122f.).

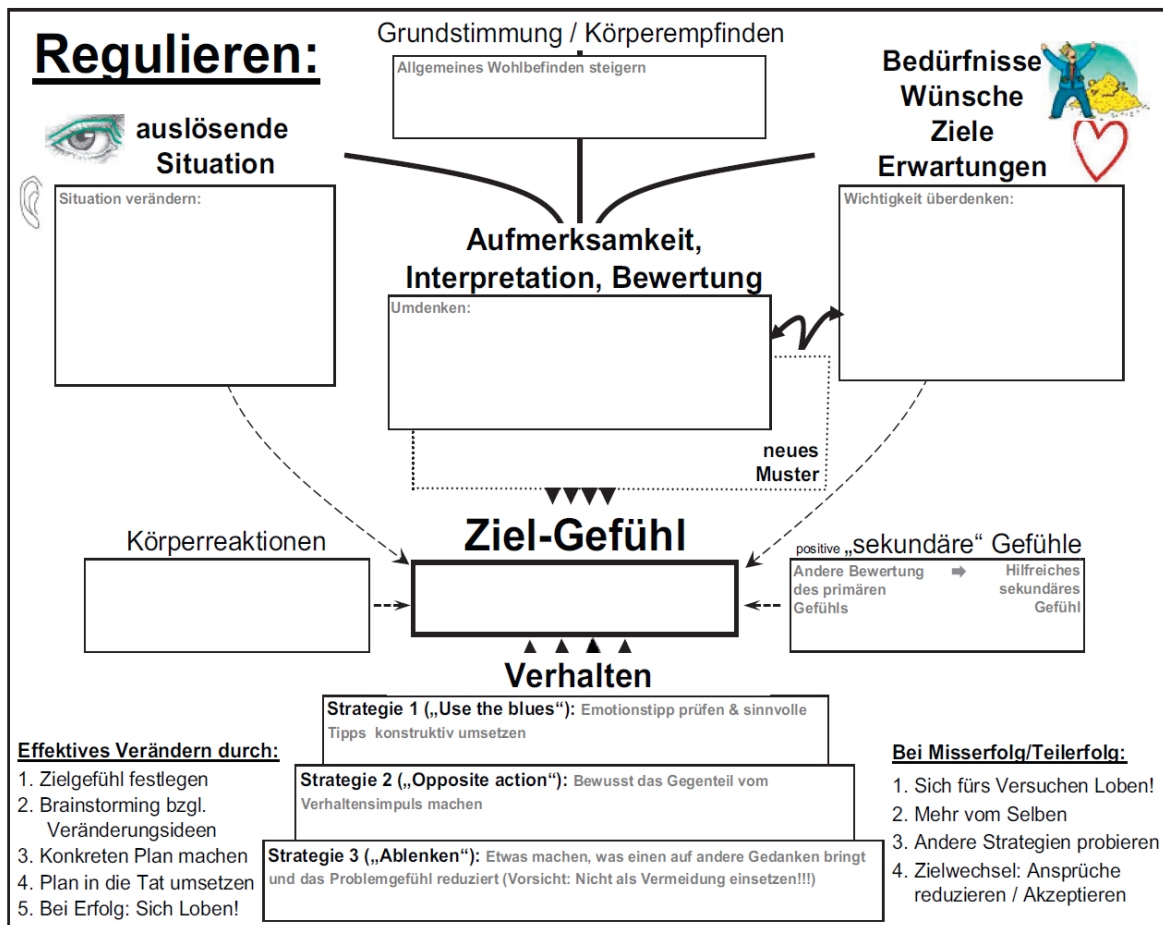


Abb. 6: Das TEK-Regulations-Schema (Berkling 2015: 124).

Mit diesen Vorinformationen kann danach das TEK-Regulations-Schema ausgefüllt werden: Das *Verhalten* wird im Schema in drei Strategien aufgeteilt und durch das gemachte *Brainstorming* bestimmt.

Strategie 1 («*Use the blues*»): Den Handlungsimpuls als Emotionstipp, z.B. «weglaufen», angemessen nutzen für eine sinnvollere Handlung.

Strategie 2 («*Opposite-Action-Strategie*»): Das Gegenteil vom Handlungsimpuls machen, kann Emotionen verändern (z.B. Freundlichkeit bei Wut).

Strategie 3 («*Sich-ablenken-Strategie*»): Damit sich die Gedanken nicht stets um die unangenehme Emotion drehen, kann eine Ablenkung hilfreich sein. Damit ist gemeint, dass man etwas Angenehmes oder Sinnvolles macht, um die Gedanken vom Problemgefühl zu entfernen und so das Problemgefühl zu reduzieren. Dies ist nicht als Vermeidung gedacht, sondern ist dann einsetzbar, wenn erreicht wurde, dass die Emotion wahrgenommen, akzeptiert und ausgehalten werden kann (vgl. ebd.: 124f.).

Spezifische Kompetenzen

Mit spezifischen Kompetenzen ist der Einsatz der TEK-Kompetenzen zur Bewältigung von potenziell besonders problematischen Gefühlen gemeint. Stress, Ärger, Schuld, Scham, Angst, Traurigkeit, Enttäuschung sowie depressive Stimmung sind emotionale Reaktionen, welche auf die psychische Gesundheit einen besonders starken Einfluss haben. Deswegen werden diese zum Schluss des TEK spezifisch berücksichtigt und die Übungen werden abermals, auf diese Gefühle zugeschnitten, wiederholt (vgl. ebd.: 129).

4.3 Einsatz des TEK und Evaluation

Das TEK wird mittlerweile in verschiedenen Institutionen, wie z.B. in Psychiatrien, psychotherapeutischen Ambulatorien, in der Suchtbehandlung oder in Bildungseinrichtungen, eingesetzt (vgl. ebd.: 139).

Einige Basiskompetenzen im TEK gründen auf achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen. Statt auf externe Reize zu fokussieren, wird dabei eine achtsame Wahrnehmung auf das innere Erleben gelegt. Dies kann die Fähigkeiten verbessern, Suchtdruck und Anspannung zu akzeptieren und tolerieren. Damit kann die erlernte Verbindung zwischen unangenehmen Emotionen und dem Konsum von Suchtmitteln aufgelöst werden (vgl. Kreh et al. 2016: 30). «Studien geben Hinweise darauf, dass achtsamkeitsbasierte Therapieansätze bei PatientInnen gut akzeptiert sind, zu einer Steigerung von Achtsamkeit und zu einer Reduktion des Konsumverhaltens führen.» (ebd.)

Bei einer Untersuchung von Betroffenen einer psychischen Störung in einer stationären Behandlung erhielt ein Teil die übliche kognitive Verhaltenstherapie als Behandlung und der andere Teil erhielt nebst dieser zusätzlich das TEK als Behandlung. Letztere hatten bei der Auswertung einen stärkeren Anstieg emotionaler Kompetenzen und einen grösseren Rückgang psychopathologischer Symptome als diejenigen, die lediglich mit der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt wurden. Die empirischen Befunde sagen insgesamt aus, dass eine Wirksamkeit bei Risikogruppen und klinischen Populationen vorhanden ist (vgl. ebd.: 141f.).

4.4 Mehrwert des TEK

Emotionsregulationsdefizite können die Entstehung übermässigen Alkoholkonsums und die Rückfälligkeit in diesen begünstigen. Diese Gefahr besteht insbesondere dann, wenn unangenehme Gefühle auftreten und existierende Bewältigungsstrategien mangelhaft sind. Dies zeigt die Relevanz emotionaler Kompetenzen in Bezug auf Menschen mit einer Alkoholproblematik auf. Das TEK kann die Emotionsregulation von Betroffenen positiv beeinflussen, indem

es neue Methoden und Strategien bietet und Wissen zum Sinn von Gefühlen vermittelt. Ein konstruktiver Umgang mit Gefühlen kann die Gefahr der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit zu minimieren helfen und den Erhalt der Abstinenz fördern. Im Folgenden wird der Mehrwert des TEK in Vergleich mit den aktuellen Ansätzen (vgl. 3) aufgezeigt.

In keinem der fünf vorgestellten Ansätze wird wie im TEK analysiert, was sich hinter unangenehmen Gefühlen, welche z.B. Alkoholkonsum begünstigen können, verbirgt. Im TEK wird das Aufdecken von unangenehmen Gefühlen, insbesondere anhand der Basiskompetenz 6, dem «Analysieren», gefördert. Betroffene haben so die Möglichkeit, ihr eigenes Konsumverhalten besser zu verstehen, was zu vermehrter Reflexion der eigenen Handlungen beitragen kann.

In der Motivierenden Gesprächsführung wird den zu beratenden Personen Akzeptanz und Mitgefühl entgegengebracht, was zu einer Selbstwertstärkung führen kann. Das Selbstbewusstsein soll durch Würdigen von Bestrebungen und Fähigkeiten erhöht werden (vgl. 3.1). Im TEK wird der Selbstwert und das Selbstbewusstsein in Form von «Akzeptieren und Tolerieren» sowie «Selbstunterstützung» gegenüber sich und den eigenen Gefühlen angegangen, was in keinem der anderen Ansätze so stark gefördert wird. Lediglich im MBRP wird dies in einer Übung angeschnitten (vgl. 3.4). Die Menschen mit einer Alkoholproblematik können im TEK lernen, wie sie eine positive Haltung gegenüber sich selbst entwickeln können. Betroffene sollen befähigt werden, sich selber auch für kleine Errungenschaften zu loben und dass sie sich auch ohne spezifische Erfolge etc. als wertvoll erachten. Diese innere Haltung zu erwerben, erscheint nachhaltiger, als diese von einer Fachperson eher passiv zu empfangen.

Die kognitiv-verhaltensorientierte Beratung zielt nicht auf die Bewältigung unangenehmer Gefühle ab, sondern sieht deren Ursprung in erlernten, irrationalen Selbstüberzeugungen. Diese können durch Verinnerlichung anderer Selbstaussagen und Veränderung der eigenen Gedanken wieder verlernt werden, wodurch andere Gefühle und Handlungen erfolgen sollen (vgl. 3.2). Im Hinblick auf die Beendigung eines Rückfallprozesses kann es hilfreich sein, irrationale Überzeugungen aufzudecken und zu reflektieren, da diese in Form von Kausalattributionen einen Rückfallprozess begünstigen können (vgl. 2.2.1).

Beim TEK wird, statt bei der Veränderung der Kognitionen, bei der Veränderung von Gefühlen angesetzt. Im TEK wird das Denken insbesondere als Faktor zum Erkennen und Verändern von Emotionen betrachtet. Veränderungsmöglichkeiten für Emotionen zu finden und diese dann positiv zu beeinflussen, fällt gemäss dem TEK jedoch leichter, wenn einem bekannt ist, was zu deren Entstehung beigetragen hat. Gerade die Gründe für Gefühle nicht zu kennen, kann zu irrationalen Überzeugungen und Orientierungslosigkeit führen. Das TEK-Analyse-

Schema dient dazu herauszufinden, wie und unter welchen Bedingungen ein unangenehmes Gefühl zustande gekommen ist. Es ist anwendungsfreundlich gestaltet und kann Klientinnen und Klienten anhand von diversen hilfreichen Angaben zum Reflektieren bringen.

Auch das TEK-Regulations-Schema ist gewinnbringend, da verschiedene Bewältigungsstrategien zur Erreichung eines Zielgefühls gesammelt werden. Dies bietet die Chance, dass Betroffene einer Alkoholproblematik ihr Bewältigungsrepertoire mit Strategien erweitern können, die auf sie selbst zugeschnitten sind.

Eine Veränderung des Denkens, gemäss der kognitiv-verhaltensorientierten Beratung, kann durch Suchtdruck ggf. erschwert werden, weshalb darauf abzielende Bewältigungsstrategien in einem solchen Moment nur schwer umsetzbar sein könnten (vgl. 3.2). Wurde die TEK-Sequenz oder die einzelnen Basiskompetenzen als Rituale im Alltag verinnerlicht, können diese in Rückfallprozessen von Vorteil sein. Dies auch aufgrund der verschiedenen Zugänge der Kompetenzen. Die erlernte TEK-Sequenz, welche in kurzer Zeit angewendet werden kann, ist in emotional belastenden Situationen möglicherweise einfacher und rascher umsetzbar, als ein Umdenken. Es ist möglich, dass beispielsweise die Progressive Muskelentspannung (PMR) in einem Moment mit Suchtdruck leichter durchzuführen ist. Dies, weil allgemein schon eine gewisse psychische und körperliche Anspannung vorhanden ist, welche relativ einfach durch zusätzliche Muskelanspannung erhöht werden kann, um sie danach zu lösen, was zu Entspannung führt. Anspannung hervorzurufen in einem Moment, in welchem bereits eine Anspannung vorherrscht, kann demnach einfacher sein, als sich zu entspannen. Die PMR ist die am besten evaluierte Entspannungsmethode. Es ist sehr gut belegt, dass diese und Atementspannung bei psychischen und körperlichen Problemen helfen können. Die «Atem- und Muskelentspannung» in den ersten beiden Basiskompetenzen des TEK zusammenzuführen, scheint demnach sinnvoll. Die Klientel kann ggf. auch aussuchen, welche der verschiedenen TEK-Kompetenzen persönlich, oder der Situation, am besten entspricht.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, verschiedene Strategien zur Emotionsregulation in die Behandlung einfließen zu lassen, als Schutz gegen Selbstunwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Kontrolle über die eigenen Emotionen (vgl. Berking 2015: 16). Bei der MBRP werden lediglich Achtsamkeits- und Meditationsübungen vermittelt, was bei erhöhter Anspannung ggf. nicht leicht anzuwenden ist und möglicherweise nicht bei allen Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblematik Anklang findet. Allgemein zeigt die MBRP eine grosse Spannbreite an Achtsamkeits- und Meditationsübungen, jedoch bietet sie daneben kaum weitere Zugänge (vgl. 3.4). Das TEK und beispielsweise S.T.A.R. vermittelt demgegenüber eine breitere Palette an Methoden (vgl. 3.5).

Das MBRP hat dennoch diverse Überschneidungen mit dem TEK, wie z.B., dass dem «gegenwärtigen Moment», oder im TEK dem «aktuellen Gefühl», mit Akzeptanz begegnet werden soll. Im TEK wird vermittelt, dass auch unangenehme Gefühle aushaltbar sind. Das MBRP bezieht sich auch darauf, jedoch lediglich im Zusammenhang mit Suchtdruck. In beiden Ansätzen werden achtsamkeitsbasierte Übungen vermittelt, welche darauf abzielen, Gedanken, Gefühle und Verhalten vertrauter werden zu lassen und die aufzeigen, dass bewusste Reaktionen möglich sind (vgl. 3.4). Im TEK wird dies jedoch nicht nur durch Achtsamkeit angestrebt, sondern beispielsweise auch durch die Basiskompetenzen «Analysieren» und «Regulieren».

Beim Lösungsorientierten Ansatz ist die Problemanalyse kein Thema. Es wird auf Ressourcen fokussiert und der Ansatz soll als Kurzintervention gewisse Anstöße zu einer Verhaltensänderung geben (vgl. 3.3). Demgegenüber können die verschiedenen im TEK vermittelten Kompetenzen, wenn sie als Rituale im Alltag eingesetzt werden, sehr nachhaltig Veränderungen im Leben von Klientinnen und Klienten bewirken. Die verschiedenen Kompetenzen des TEK können in jeder emotional belastenden Situation eingesetzt werden.

Um nicht wieder in eine psychische Störung zurückzufallen, sollten Betroffene anhaltend etwas tun. Gefühlter Kontrollverlust gegenüber unangenehmen Emotionen kann ein Rückfallrisiko in eine psychische Erkrankung darstellen (vgl. Berking 2015: 143). Die Schwierigkeiten beim Trainieren werden deshalb im TEK thematisiert. Die Eigenverantwortung soll den Teilnehmenden dabei bewusst gemacht werden. Zudem wird eine Vielzahl an Materialien für das Üben zur Verfügung gestellt (vgl. ebd.: 35). Im ersten Jahr einer Alkoholabstinenz kommt es am häufigsten zu Rückfällen. So lange dauert es demnach, um eine gewisse Stabilisierung zu erreichen. Eine längerfristige Nachsorge ist entsprechend wichtig (vgl. Lindenmeyer 2016: 60). Eine Weiterführung der TEK-Kompetenzen im Alltag ist sinnvoll und wird durch Handlungsanleitungen und Materialien zum Üben erleichtert.

Das TEK legt einen starken Fokus auf die Bewältigung unangenehmer Gefühle. In keinem der anderen fünf Ansätze finden diese eine solche Beachtung. Am ehesten werden diese im S.T.A.R. thematisiert, wobei der Bewältigung unangenehmer Gefühle jedoch lediglich zwei von 15 Modulen gewidmet sind, obschon diese als zentrale Rückfallauslöser gelten. Rasch einsetzbare Methoden für Risikosituationen bietet das S.T.A.R., im Gegensatz zum TEK, nicht (vgl. 3.5).

Sozialarbeitende benötigen Wissen, Kenntnisse und Anwendungskompetenzen für beraterische und psychotherapeutische Grundorientierungen. Dazu müssen sie solche Zugänge für die Berufspraxis kritisch reflektieren, damit diese den sozialarbeiterischen Anforderungen

entsprechen und zielgruppenbezogen eingesetzt werden können (vgl. Gahleitner/Pauls 2012: 371). Die ausführliche Beschreibung der TEK-Kompetenzen und die Formulierungsvorschläge für die Übungen sind sehr hilfreich in Bezug auf die Anwendung für Professionelle der Sozialen Arbeit, welche i.d.R. nicht über sehr vertiefte Kenntnisse über psychischen Störungen und Emotionsregulation verfügen. Das TEK liefert anwendungsfreundliche Beschreibungen, verständliche theoretische Hintergründe und diverse Abbildungen. Das benötigte Wissen für die Vermittlung der TEK-Kompetenzen ist vollumfänglich im Buch des TEK enthalten.

Das TEK wird als einziger der genannten Ansätze der Relevanz von Emotionsregulationsdefiziten in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von einer Alkoholproblematik gerecht. Im theoretischen Teil des TEK und bei den einzelnen Basiskompetenzen wird erläutert, wie Stress und unangenehme Gefühle überhaupt entstehen. Zudem werden positive Aspekte von negativen Emotionen aufgezeigt und es wird vermittelt, dass diese wichtige Signale sind, die der Bewältigung schwieriger Situationen dienen, wie z.B. dem Verarbeiten von nicht erreichten Zielen. Dieses Wissen wird vermittelt, damit gelernt und geübt werden kann, wann und wie Einfluss auf emotionale Reaktionen genommen werden kann. Die Anwendung des TEK macht jedoch nur mit Betroffenen von Alkoholproblematiken Sinn, welche motiviert sind, ihre Bewältigungsfertigkeiten zu verändern und die erworbenen Kenntnisse und Methoden in den Alltag einfließen zu lassen.

4.5 Fazit

Das TEK wird der Tatsache, dass Emotionsregulationsdefizite Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Alkoholproblematik darstellen, im Vergleich zu den fünf vorgestellten Ansätzen am besten gerecht. Das TEK zielt darauf ab, einen konstruktiven Umgang mit Emotionen und Belastungssituationen zu finden. Es werden sieben Basiskompetenzen eingeübt, welche achtsamkeitsbasierte Techniken, Wahrnehmungsübungen und selbstwertstärkende Übungen beinhalten. Zudem enthält es zwei Schemata, zur Analyse und zum Regulieren, welche als Anleitung helfen können, ein Zielgefühl zu erreichen. Es wird vermittelt, dass negative Emotionen eine wichtige Funktion haben und für eine gewisse Zeit aushaltbar und unschädlich sind. Anhand der Psychoedukation kann sich die Klientel Wissen über die Entstehung von Emotionen und deren Nutzen aneignen. Für Betroffene einer Alkoholproblematik ermöglichen die Übungen einen Einbau in den Alltag, was auch der Empfehlung einer längerfristigen Nachsorge entspricht. Dies und die Tatsache, dass das TEK umfassende Strategien beinhaltet, welche beim Auftreten von Risikofaktoren in Bezug auf Alkoholproblematiken unterstützend wirken können, lässt darauf schließen, dass das TEK einen grossen Mehrwert für Menschen mit Alkoholproblematiken liefern kann.

5 Schlussfolgerungen

Alkoholkonsum verspricht eine sofortige und angenehme, wenn auch kurzfristige Wirkung bei unangenehmen emotionalen Zuständen (vgl. 2.3.1). Suchtdruck kann durch unangenehme Gefühle verstärkt werden (vgl. 4.1). Alkoholkonsum stellt demnach ein Mittel dar, um unangenehme Gefühle zu dämpfen oder um sich selbstsicherer und ausgelassener zu fühlen. Der Konsum von Alkohol kann sich zu einer immer häufigeren Bewältigungsstrategie entwickeln (vgl. 2.3.1).

Unangenehme Emotionen stellen mit durchschnittlich ca. 45 % das Hauptrisiko für Rückfälle dar. Der Anteil zwischenmenschlicher Konflikte als Ursache von Rückfällen beträgt fast 20 %. Rückfällige haben Studien zufolge bei Risikosituationen nur mangelnde Bewältigungsfertigkeiten vorzuweisen (vgl. 2.3.1). Defizite in der Emotionsregulation können demnach die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer Alkoholproblematik begünstigen (vgl. 4.1).

Eine erfolgsversprechende Methode zur Emotionsregulation anwenden zu können, kommt somit eine grosse Bedeutung zu. Dies führt zur Fragestellung:

Welchen Mehrwert leistet das Training emotionaler Kompetenzen nach Berking in der Sozialen Arbeit mit Betroffenen von Alkoholproblematiken mit Blick auf bestehende Begleit- und Therapiekonzepte?

Die Fragestellung wird im Folgenden in Bezug auf drei Aspekte beantwortet. Zunächst wird der Mehrwert des TEK in Bezug auf die fünf vorgestellten Ansätze beleuchtet. Danach wird der Beitrag des TEK in Bezug auf die Risikofaktoren, welche die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Alkoholproblematiken begünstigen können, aufgezeigt. Der dritte Aspekt befasst sich mit der Anwendung des TEK in der Praxis der Sozialen Arbeit.

Der Mehrwert des TEK in Bezug auf die fünf vorgestellten Ansätze

Das TEK setzt den Fokus insbesondere auf die Bewältigung unangenehmer Gefühle. Der massiven Auswirkung von Bewältigungs- und Emotionsregulationsdefiziten in Bezug auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Alkoholproblematiken wird das TEK im Vergleich zu den anderen vorgestellten Ansätzen am meisten gerecht. Das TEK kann das Repertoire von Betroffenen in Bezug auf Bewältigungsstrategien mit einer Vielfalt an konstruktiven Methoden ausbauen. So kann die destruktive Bewältigungsstrategie «Alkoholkonsum», beispielsweise zur Dämpfung unangenehmer Emotionen, durch konstruktive Strategien ersetzt werden. Dazu zählt z.B. die TEK-Sequenz, welche alle Kompetenzen beinhaltet und in kurzer Zeit

angewendet werden kann. Anhand der Basiskompetenz 7, dem «Regulieren», wird ein Brainstorming mit verschiedenen Strategien gemacht, um sich dann die drei besten Strategien zum Erreichen des angestrebten Zielgefühls auszusuchen. Nebst der TEK-Sequenz und den einzelnen Basiskompetenzen werden Betroffene auf dem Weg animiert, sich persönlich wirksame Bewältigungsstrategien anzueignen (vgl. 4.4).

Der Emotionsanalyse widmet sich von allen vorgestellten Ansätzen lediglich das TEK. Das Verstehen, weshalb ein unangenehmes Gefühl aufgetreten ist, bietet den Mehrwert, dass keine Erklärungen durch Kausalattributionen gesucht werden müssen. Dies kann sich positiv auf die Erhaltung der Handlungsfähigkeit auswirken, da die Energie nicht durch negative Gedanken absorbiert wird (vgl. 4.4). Indem herausgefunden wird, was die Auslöser eines Gefühls waren, kann für eine ähnliche Situation in der Zukunft eine gewisse Signalwirkung erzeugt werden.

Das TEK zielt darauf ab, den Selbstwert und das Selbstbewusstsein von Menschen zu stärken. Dies soll im TEK im Gegensatz zu den anderen Ansätzen nicht nur in Form von externer Stärkung durch die beratende Person, sondern durch Veränderung von inneren Prozessen erzielt werden. Es soll Toleranz und Akzeptanz gegenüber sich selbst entwickelt werden und der innere Dialog soll ermutigend und positiv ausfallen in Bezug auf die eigene Person und die eigenen Gefühle (vgl. 4.4).

Betroffene von Alkoholproblematiken werten sich oftmals innerlich ab und leiden unter Schuld- und Schamgefühlen, was die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Problematik begünstigen kann (vgl. 2.3.1, 4). Im Alltag ist oftmals nicht sofort jemand zur Stelle, der gut zureden kann. Die Entwicklung von «Selbstunterstützung» kann deshalb grosse Veränderung im Leben der Klientel bewirken.

Das TEK ist darauf ausgelegt, dass es im Alltag eingeübt und angewendet werden kann. Die TEK-Sequenz sowie die einzelnen Basiskompetenzen können bei unangenehmen Gefühlen oder anderen suchtspezifischen Risiken eingesetzt werden. Das TEK bietet eine Vielzahl an Materialien, Erklärungen für Übungen und Wissen zur Emotionsregulation. Um der Komplexität einer Alkoholproblematik gerecht zu werden, macht eine breitere Palette an Methoden Sinn, wie das TEK diese bereitstellt. Das MBRP vermittelt diverse Mediationsübungen, jedoch keine andere Art von Übungen (vgl. 4.4). Die vier anderen vorgestellten Ansätze bieten weniger rasch anwendbare Techniken oder müssen von den beratenden Personen angeleitet werden, was dem oftmals raschen Griff zum Alkohol, wenig gerecht wird.

Beitrag des TEK im Hinblick auf Risikofaktoren bei Alkoholproblematiken

Das TEK beinhaltet eine Vielzahl an Kompetenzen, welche in Bezug auf die Risikofaktoren, die gemäss den Erklärungstheorien zu einer Erhöhung des Alkoholkonsums oder zu Rückfällen führen können, potentiell unterstützend wirken (vgl. 2.3.1, 4). Die Aspekt-Überschneidungen stellen einen Mehrwert dar, da Risikofaktoren für Alkoholproblematiken entsprechend durch die TEK-Kompetenzen beeinflusst werden können. Nur das S.T.A.R. hat ebenfalls viele Überschneidungen, da es auf dem sozialkognitiven Rückfallmodell basiert (vgl. 3). Im Folgenden wird auf die besagten Aspekte, die sich sowohl im TEK als auch in den Erklärungstheorien finden lassen, eingegangen.

Zu Beginn eines Rückfallprozesses steht gemäss dem sozialkognitiven Rückfallmodell ein un- ausgewogener Lebensstil (vgl. 2.3.1). In der Basiskompetenz 5 des TEK, der «Selbsterstützung», wird ein ausgewogener Lebensstil mit genügend angenehmen Aktivitäten im Alltag als Grundsteine für den Selbstwert und die Selbstfürsorge avisiert. Dies kann einen Schutzfaktor gegenüber Rückfällen darstellen (vgl. 2.3.1).

Hochrisikosituationen, wie z.B. Konflikte, unangenehme Gefühle oder kritische Lebensereignisse sind Faktoren, die zu Ausrutschern führen können. Fehlende Bewältigungsstrategien sind ein zentraler Aspekt bei den vorgestellten Erklärungstheorien zu Alkoholproblematiken. Diese können zu einer unzureichenden Selbstwirksamkeitserwartung führen in Bezug auf die Zuversicht, Hochrisikofaktoren bewältigen zu können. Sind keine anderen Möglichkeiten und Ressourcen zur Bewältigung vorhanden, wird der schneller Griff zur Flasche begünstigt (vgl. 2.3.1). Im TEK kann eine Reihe an Basiskompetenzen, inklusive TEK-Sequenz, als rasch einsetzbare Bewältigungsstrategien erlernt werden (vgl. 4).

Eine weitere Überschneidung findet sich beim Suchtdruck (vgl. 2.3.1), welcher ein erhöhtes Arousal bewirken kann. Gemäss Basiskompetenz 1 und 2 kann Suchtdruck mit «Muskel- und Atementspannung» oder mit der «bewertungsfreien Wahrnehmung» nach Basiskompetenz 3 begegnet werden. Letztere zielt darauf ab, nur zu spüren und Empfindungen zu benennen, ohne einem Handlungsimpuls zu folgen, welcher bei Suchtdruck Alkoholkonsum bedeuten würde (vgl. 4.2). Bei beeinträchtigter Selbstwahrnehmung in Bezug auf das Trinken kann «bewertungsfreie Wahrnehmung», in Form von Innehalten und Überprüfung der Empfindungen, ebenfalls von Nutzen sein (vgl. 2.3.1, 4.2).

Gemäss dem Abstinenz-Verletzungs-Effekt erklären sich rückfällig gewordene Menschen den Rückfall z.T. mit Kausalattributionen (vgl. 2.3.1). Fehlt das Verständnis für eigene emotionale Reaktionen, bringt dies Schwierigkeiten für deren Veränderung, was Ohnmachtsgefühle

auslösen kann (vgl. 2.3.1, 4.2). Im TEK werden Kausalattributionen «charakterbezogene Erklärungen» genannt. Diese können ein negatives Selbstbild (vgl. 4.2) und eine Fortführung des Rückfallprozesses begünstigen (vgl. 2.3.1). Selbstvorwürfe in Folge von Rückfällen sollten durch deren Normalisierung ersetzt werden, um die emotionsbezogene Selbstwirksamkeit aufrechtzuerhalten (vgl. 4.2).

Die Anwendung des TEK in der Praxis der Sozialen Arbeit

Es kann von Nutzen sein, wenn Sozialarbeitende zunächst als Teilnehmer einen TEK-Kurs absolvieren, um sich die Kompetenzen und die Übungen persönlich anzueignen. TEK-Trainerkurse können zudem dazu befähigen das TEK selber an Gruppen weiterzuvermitteln. So kann die Professionalität in der Vermittlung und Einübung der Kompetenzen durch Sozialarbeitende gewährleistet werden (vgl. 4).

Menschen mit einer Alkoholproblematik sind oftmals aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen und weiteren Schwellen durch Psychotherapeuten o.Ä. schlecht erreichbar. Organisationen der Sozialen Arbeit sind häufig niederschwelliger oder direkt in der alltäglichen Lebensführung Betroffener tätig, wie z.B. in betreuten Wohnheimen oder an geschützten Arbeitsplätzen. Ein Wissen über intrapsychische Vorgänge in Bezug auf Alkoholproblematiken ist demnach für Sozialarbeitende zentral (vgl. 2.5.1).

Suchtdruck, kritische Lebensereignisse, unangenehme Gefühle etc. sind keine planbaren Zustände und Vorkommnisse, weshalb situationsadäquate Hilfe nötig ist, um Betroffene z.B. in ihrer Abstinenz oder der Kontrolle über den Konsum zu unterstützen. Dies zeigt auf, dass die Aufnahme des TEK in die Methodenpalette der Sozialen Arbeit gewinnbringend sein kann, da sich Betroffene dadurch neue Bewältigungsstrategien aneignen können.

Dem Argument, dass es sich beim TEK um einen psychologisch geprägten und nicht sozialarbeiterischen Ansatz handelt, kann entgegengebracht werden, dass bereits viele soziale Institutionen ihre Arbeit auf erstgenannte stützen. Der Einsatz von psychotherapeutisch geprägten Ansätzen ist wichtig für psychosoziale Beratung.

Krisenintervention, Gesprächsführung, der Aufbau von Arbeitsbeziehungen und die Erzielung von Verhaltensänderungen wären praktisch undenkbar ohne psychotherapeutisch geprägte Ansätze. Nebst dem, dass ein Grundwissen zu innerpsychischen Prozessen in der Arbeit mit der Klientel hilfreich ist, kann dies auch in der interprofessionellen Kooperation dienlich sein. Der Anwendung des TEK durch die Soziale Arbeit steht demnach nichts im Wege. Im Gegenteil; es kann die Soziale Arbeit als Profession stärken (vgl. 2.5.1).

Ein mögliches Setting für die Einbindung des TEK in die Berufspraxis könnten betreute Wohnformen sein. Dort könnte das TEK als längerfristiges Thema vermittelt und eintrainiert werden. Zudem könnte es z.B. als Nachsorgemassnahme für Klientel genutzt werden, welche einen Entzug und/oder eine Entwöhnungstherapie hinter sich hat.

Eine Etablierung der TEK-Übungen im Alltag kann für diese Klientel unterstützend wirken, weil besonders im ersten Jahr einer Abstinenz die Rückfallgefahr äusserst hoch ist (vgl. 4.4).

Rahmenbedingungen für den Einsatz des TEK in der Praxis könnten zudem Suchtberatungsstellen bieten, die das TEK z.B. als spezifisches Kursangebot aufnehmen könnten. Für Sozialarbeitende, die in Beratungsstellen oder am alltäglichen Leben der Klientel teilhaben, ist auch gut denkbar, dass sie der Klientel einzelne Basiskompetenzen, bei welchen Defizite feststellbar sind, vermitteln und mit ihnen einüben.

Die Defizite könnten demnach von Entspannungsproblemen über negative Bewertung von Emotionen bis hin zu mangelhafter Selbstunterstützung reichen (vgl. 4). Durch die einfach zu erklärenden theoretischen Teile des TEK, kann der Klientel vermittelt werden, welche Funktion eine Kompetenz hat und wie diese Kompetenz stärkend wirken kann. Bei regelmässigen Treffen können diese Übungen verinnerlicht werden.

Je nach Institution, z.B. in Entzugs- und Entwöhnungskliniken, würde die Zuständigkeit für die Vermittlung eines TEK-Kurses wahrscheinlich bei Fachkräften der Psychologie liegen und nicht bei klinikinternen Sozialarbeitenden. Der situationsbezogenen Integration der Wissensbestände und der Kompetenzen des TEK in die Arbeit mit der Klientel steht jedoch nichts im Wege.

Einige Organisationsformen, wie z.B. Kontakt- und Anlaufstellen, haben begrenzte Möglichkeiten in der Vermittlung des TEK. Hindernisse könnten da die Rahmenbedingungen zu dessen Vermittlung sein, oder beispielsweise der Umstand, dass die Klientel chronifiziert und gegenwärtig Alkohol konsumiert. Dies kann die Möglichkeit, das TEK zu vermitteln erschweren und die Klientel kann nicht angemessen profitieren.

Um der Komplexität von Alkoholproblematiken, was z.B. die Ambivalenz betrifft, gerecht zu werden, ist der Einsatz verschiedener Begleit- und Therapieangebote sinnvoll. Das TEK kann hauptsächlich bei Menschen mit dem Bestreben, den Konsum zu reduzieren oder die Abstinenz aufrecht zu erhalten, von Nutzen sein und Anklang finden. Für den grösstmöglichen Nutzen des TEK ist Motivation und Disziplin nötig, um die Übungen längerfristig zu einem Bestandteil des Alltags werden zu lassen. Sozialarbeitende sollten die regelmässige Wiederaufnahme des Inhalts und der Übungen des TEK fördern.

Bei Menschen, welche noch wenig Motivation und sehr geringe Zuversicht in Bezug auf eine Verhaltensänderung aufweisen, wären andere Ansätze, wie z.B. die Motivierende Gesprächsführung oder der Lösungsorientierte Ansatz anfangs zweckmässiger.

Bei der Vermittlung des S.T.A.R., welches sich auf die Rückfallprävention konzentriert, könnte man unter Einbezug von TEK-Kompetenzen dem Hauptrisikofaktor «unangenehme Gefühle» besser gerecht werden.

Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde aufgegriffen, dass das TEK prinzipiell auf alle psychischen Störungen einen positiven Effekt haben kann, da Betroffene oftmals einen defizitären Umgang mit unangenehmen Gefühlen hegen (vgl. 4.1). Weitere Fragen könnten sich demnach anderen psychischen Störungen in Verbindung zum TEK widmen.

In der Arbeit hat sich herauskristallisiert, dass sich eine weitere Fragestellung auf das Thema Prävention von Alkoholproblematiken mit Unterstützung des TEK beziehen könnte. Jugendliche laufen Gefahr, dass sich Alkoholkonsum, aufgrund unzureichend entwickelter Bewältigungsfertigkeiten, zu einer zentralen Bewältigungsstrategie etabliert (vgl. 2.3.1). Die Soziale Arbeit im Bereich der Prävention sollte demnach bei solchen Zielgruppen ansetzen, damit diese sich konstruktive Bewältigungsstrategien in Bezug auf unangenehme Gefühle und kritische Lebenssituationen aneignen können.

6 Quellenangaben

6.1 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: o.V.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. In: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html> [Zugriffsdatum 1. Mai 2018].
- Bamberger, Günter G. (2015). Lösungsorientierte Beratung. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Baumberger, Petra/Schroer, Artur (2017). Suchthilfe in der Schweiz: gestern, heute, morgen. In: SuchtMagazin. Suchthilfe im deutschsprachigen Raum. 43. Jg. (2&3). Bern: Infodrog. S. 21-27.
- Berking, Matthias (2008). Training emotionaler Kompetenzen. TEK - Schritt für Schritt. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berking, Matthias (2015). Training emotionaler Kompetenzen. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Boeger, Annette (2014). Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowen, Sarah/Chawla, Neha/Marlatt, Alan G. (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm. Weinheim und Basel: Beltz.
- Brinkmann, Ralf (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Erath, Peter/Balkow, Kerstin (2016). Einführung in die Soziale Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fachverband Sucht (o.J.). Kooperation und Koordination in der Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen. Schlussbericht. Zürich: Fachverband Sucht.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Pauls, Helmut (2012). Soziale Arbeit und Psychotherapie – zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 367-374.
- Glaserapp, Jan (2013). Emotionen als Ressourcen. Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Körkel, Joachim (2016). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das Programm «S.T.A.R.». In: SuchtMagazin. Rückfälle. 42. Jg. (1). Bern: Infodrog. S. 31-33.
- Körkel, Joachim/Schindler, Christine (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Kreh, Oliver/Levas, Julia/Hofer, Karolin (2016). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. In: SuchtMagazin. Rückfälle. 42. Jg. (1). Bern: Infodrog. S. 27-30.
- Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie (Hg.) (o.J.). In: <http://www.psych1.phil.uni-erlangen.de/> [Zugriffsdatum: 18. April 2018].
- Lindenmeyer, Johannes (2016). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- McLeod, John (2004). Counselling – eine Einführung in Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Millner, William R./Rollnick, Stephen (2015). Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Pauls, Helmut (2013). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Praxis Suchtmedizin Schweiz (Hg.) (o.J.). In: <https://www.fosumos.ch/fosumos/index.php/de/alkohol> [Zugriffsdatum: 18. März 2018].
- Schmid, Otto/Müller, Thomas/Fehr, Stephanie (2016). MI3: Motivational Interviewing entwickelt sich weiter. In: SuchtMagazin. Sport, Soziale Arbeit, Motivational Interviewing. 42. Jg. (6). Bern: Infodrog. S. 33-38.
- Schumacher, Jann/Marthaler, Marc (2017). Alkoholkonsum: Begriffe, Definitionen, Richtlinien und Empfehlungen. In: SuchtMagazin. Alkohol. 43. Jg. (4). Bern: Infodrog. S. 14-17.
- Sommerfeld, Peter (2016). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? In: SuchtMagazin. Sport, Soziale Arbeit, Motivational Interviewing. 42. Jg. (6). Bern: Infodrog. S. 27-31.
- S.T.A.R. (Hg.) (o.J.). In: <http://www.rueckfall-star.de/index.php?id=1> [Zugriffsdatum 28. Mai 2018].
- Suchtmonitoring Schweiz (Hg.) (o.J.). In: <http://www.suchtmonitoring.ch/de/2.html?alkohol> [Zugriffsdatum: 28. März 2018].
- Sucht Schweiz (Hg.) (2010). Rückfall. Was ist das? Was tun? Wie vorbeugen? Lausanne: Sucht Schweiz.
- Sucht Schweiz (Hg.) (2014). Im Fokus – Alkohol. Alkohol: Kulturgut, Konsumgut und psychoaktive Droge. Lausanne: Sucht Schweiz.
- TEK Training emotionaler Kompetenzen (Hg.) (o.J.). In: <http://www.tekonline.info/> [Zugriffsdatum: 18. April 2018].
- WHO – World Health Organization (Hg.) (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Rückfallmodell von Marlatt (Körkel/Schindler 2003: 25).

Abb. 2: Abstinenz-Verletzungs-Effekt (Körkel/Schindler 2003: 27).

Abb. 3: Das TEK-Modell der Entstehung psychischer Störungen (Berking 2015: 18).

Abb. 4: Die sieben im TEK vermittelten Basiskompetenzen (Berking 2015: 27).

Abb. 5: Das TEK-Analyse-Schema (Berking 2015: 115).

Abb. 6: Das TEK-Regulations-Schema (Berking 2015: 124).