



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Zum Umgang von an Alkoholabhängigkeit erkrankten Personen mit belastenden Situationen im Alltagskontext

Verfasserin

Ulrike Auracher

Angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im Dezember 2010

Studienkennzahl: 298
Studienrichtung: Psychologie
Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Bedanken möchte ich mich in erster Linie für die Offenheit und das Vertrauen der Patienten/innen, das sie mir bei den Interviewgesprächen entgegengebracht haben.

Bei den Mitarbeitern/innen des Anton Proksch Instituts, die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben, bedanke ich mich dafür, dass sie sich die Zeit für ein Gespräch genommen haben und mich an ihrem Expertenwissen teilhaben ließen.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Herrn Prof. Germain Weber für die Diplomarbeitsbetreuung bedanken.

Herzlichst bedanken möchte ich mich bei Frau Dr. Senta Feselmayer und Herrn Dr. Wolfgang Beiglböck. Sie haben durch ihre konsequente Unterstützung und ihre wertvollen inhaltlichen Anmerkungen wesentlich zur Fertigstellung der Arbeit beigetragen.

Mein Dank gilt auch Frau Ulrike Kobrna. Durch sie hat sich für mich der Weg zum Anton Proksch Institut - einem sehr spannenden Arbeits- und Forschungsfeld - eröffnet.

Frau Dr. Renate Cervinka hat zum richtigen Zeitpunkt die passenden Worte gefunden und damit den Abschluss des Diplomarbeitsprozesses eingeleitet. Vielen Dank!

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, Monika und Erwin Beinstingl. Sie haben mir durch ihre emotionale und finanzielle Unterstützung das Studium ermöglicht.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Partner Axel Rab, der mir in der Abschlussphase des Studiums, stets unterstützend und liebevoll zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	8
I. THEORETISCHER HINTERGRUND	10
1. Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit.....	10
1.1 Historische Betrachtung der Begriffe Krankheit und Gesundheit	11
1.2 Grundlagen für aktuelle Konzepte von Krankheit und Gesundheit	11
1.2.1 Salutogenese	12
1.2.1.1 Sense of Coherence (SOC) oder Kohärenzgefühl.....	14
1.2.1.2 Die Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite (GRR-GRD)	15
1.2.1.3 Genese und Beeinflussbarkeit des Kohärenzgefühls.....	18
1.3 Zusammenfassung Gesundheit und Krankheit.....	18
2. Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus)	19
2.1 Allgemeines zu Abhängigkeitserkrankungen.....	19
2.2 Alkohol – eine psychotrope Substanz	20
2.3 Die Genese von Alkoholabhängigkeit.....	20
2.3.1 Bedingungsgefüge von Alkoholabhängigkeit	21
2.3.2 Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit	22
2.3.3 Alkoholismustypologien	23
2.4 Komorbiditäten	26
2.5 Primärer und sekundärer Alkoholismus	26
2.6 Der Rückfall.....	27
2.6.1 Das Craving	28
2.7 Prävalenzdaten Österreich	29
2.8 Zusammenfassung Alkoholabhängigkeit	29
3. Umgang mit belastenden Situationen	30
3.1 Belastungen und Stress	30

3.2	Coping	31
3.2.1	Das Transaktionale Stressmodell (Lazarus, 1966, 1991)	31
3.2.2	Coping und Salutogenese	33
3.2.3	Coping: State oder Trait?.....	34
3.2.4	Coping und Alkoholabhängigkeit	34
3.3	Ressourcen.....	35
3.3.1	Was sind Ressourcen?	35
3.3.2	Modelle zur Einteilung von Ressourcen	36
3.3.3	Ressourcenpotenzial und Ressourcenrealisierung	37
3.4	Zusammenfassung Umgang mit belastenden Situationen	38
4.	Ressourcenorientierter Therapieansatz	38
4.1	Positive Psychologie.....	39
4.2	Wirkfaktoren der Psychotherapie	40
4.2.1	Ressourcenaktivierung und die therapeutische Beziehung	41
4.3	Im Kontext von Alkoholabhängigkeitserkrankungen	43
4.3.1	Das Transtheoretische Modell der Veränderung (TTM)	44
4.4	Zusammenfassung ressourcenorientierter Therapieansatz	47
5.	Theoretische Darstellung der methodischen Vorgehensweise.....	48
5.1	Theorie des qualitativen Forschungsansatzes	48
5.1.1	Grundlegende Prinzipien der qualitativen Forschung	49
5.2	Die Grounded Theory Methode (GTM)	50
5.2.1	Theoretische Grundlagen der GTM	50
5.2.1.1	Induktion-Deduktion	51
5.2.1.2	Einsatz von Literatur	51
5.2.1.3	Theoretische Sensibilität.....	52
5.2.1.4	Theoretisches Sampling	52
5.2.1.5	Reflexivität	53
5.3	Datenerhebung	53
5.3.1	Experteninterviews	54

5.3.1.1	Wer ist ein/e Experte/in?	54
5.3.1.2	Das explorative Experteninterview	54
5.3.1.3	Problemzentriertes Interview (PZI)	55
5.4	Datenauswertung	57
5.4.1	Globalauswertung nach Legewie (1994).....	57
5.4.2	Kodier- und Analyseverfahren der Grounded Theory Methode.....	58
5.4.3	Transkription.....	61
5.4.4	Computergestützte Auswertung	62
5.4.5	Dokumentation.....	62
II. EMPIRISCHER TEIL		63
6. Forschungsinteresse		63
6.1	Forschungsleitende Fragestellungen.....	63
7. Das Anton Proksch Institut - das Forschungsfeld.....		64
7.1	Strukturierung des Anton Proksch Instituts.....	64
7.2	Ressourcenorientierter Therapieansatz im Anton Proksch Institut	65
7.2.1	Therapieangebote	66
7.2.1.1	Einzelgespräche.....	66
7.2.1.2	Gruppen- und Trainingsangebote.....	66
7.2.1.3	Die Orpheusmodule	67
7.2.1.4	Ambulante Nachbetreuung.....	67
7.2.1.5	Medizinische Versorgung	68
7.2.1.6	Sonstige Angebote.....	68
7.3	Das Aufnahmeverfahren	68
7.4	Statistische Zahlen des Anton Proksch Instituts.....	70
8. Forschungsdesign		71
8.1	Datenerhebung	71
8.1.1	Auswahl der Interviewteilnehmer/innen.....	71

8.1.1.1	Experten/innen.....	71
8.1.1.2	Patienten/innen.....	72
8.1.2	Leitfaden	72
8.1.2.1	Leitfaden für die Experteninterviews	73
8.1.2.2	Leitfaden für die Problemzentrierten Interviews.....	75
8.1.3	Durchführung der Interviews.....	76
8.1.3.1	Setting	76
8.1.3.2	Prozedere	77
8.1.3.3	Maßnahmen gegen Störeinflüsse	77
8.2	Durchführung der Auswertung	77
8.2.1	Transkription.....	78
8.2.2	Der Analyseprozess.....	78
8.2.3	Interpretations-Treffen	79
8.2.4	Computergestützte Auswertung.....	80
8.3	Dokumentation	80
9.	Darstellung der Ergebnisse	81
9.1	Soziokulturelle Daten der Interviewteilnehmer/innen	81
9.2	Darstellung des Kategoriensystems	82
9.2.1	Kognition-Emotion-Motivation	85
9.2.2	Der Einstieg in den Ausstieg.....	86
9.2.3	Der Rückfall	90
9.2.4	Das Selbst	92
9.2.5	Die Anderen.....	94
9.2.6	Der Alkohol	96
9.2.7	Die Therapie	98
9.2.8	Die Belastungen	101
9.2.9	Die Ressourcen.....	102
9.2.10	Die aktuelle Situation	104
9.3	Darstellung der Themenkomplexe	105
9.3.1	Der Prozess.....	105

9.3.2	Das System	107
9.3.3	Der Transfer.....	109
9.4	Beantwortung der Fragestellungen	111
10.	Conclusio	114
11.	Kritik und Ausblick	119
12.	Zusammenfassung	120
	Literaturverzeichnis.....	123
	Anhang.....	131
	Interviewleitfaden für Gespräche mit Patienten/innen.....	131
	Interviewleitfaden für Gespräche mit Experten/innen.....	133
	Codeliste.....	135
	Grafik "Der Ausstieg".....	140
	Abstract.....	141

Einleitung

Seit geraumer Zeit sind viele Angebote der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung des API an einer ressourcenaktivierenden Arbeit mit PatientInnen orientiert. Ziel des stationären Aufenthalts im Anton-Proksch-Institut ist der Entzug bzw. die Entwöhnung von psychotropen Substanzen. Zusätzlich sollen mittels Stärkung und Aktivierung bereits vorhandener, bisher nicht bewusster und Erarbeitung und Entdeckung neuer Ressourcen, langfristige therapeutische Erfolge erzielt und insgesamt das Wohlbefinden der betreffenden Personen erhöht werden. Durch die anschließende Inanspruchnahme des ambulanten Angebots sollen diese positiven Veränderungsprozesse gestützt und intensiviert werden.

2009 wurde das sogenannte *Orpheusprojekt* implementiert, ein Programm welches sich durch einen modularen und flexiblen Aufbau auszeichnet. Ziel dieses Programms ist es, den PatientInnen ein auf die jeweiligen individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Therapieangebot zur Verfügung stellen, welches maßgeblich dazu beitragen soll, dass die Patienten/innen ein Bewusstsein für vorhandene Ressourcen entwickeln und neue Ressourcen entdecken können. Darüber hinaus sollen diese Ressourcen internalisiert werden, dass sie auch im Alltag als Stütze und Möglichkeit zur Problembewältigung herangezogen werden können.

Zur Schaffung einer theoretisch und empirisch fundierten Basis für eine Erweiterung und Optimierung der ressourcenorientierten Angebote, wurde eine temporäre Forschungsgruppe eingerichtet. Das Forscher/innenkollektiv umfasst TherapeutInnen und MitarbeiterInnen der Forschungsabteilung des Anton Proksch Instituts in Zusammenarbeit mit dem Institut für Umwelthygiene - Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien. Neben hausinterner Forschung wurden auch mehrere Diplomarbeitenprojekte vergeben.

Thema der gegenständlichen Arbeit ist eine umfassende Untersuchung des Umgangs ehemals oder wiederholt stationär aufgenommenen PatientInnen des Anton-Proksch-Instituts mit belastenden Situationen im Alltagskontext. Von Interesse ist,

mit welchen Belastungen die Patienten/innen im Alltag konfrontiert sind, über welche Ressourcen sie verfügen und welche Faktoren sie im Umgang mit Belastungen als hilfreich erleben.

Zu Beginn werden grundlegende, für das Forschungsthema relevante Theorien und Konzepte beschrieben sowie gängige Definitionen angeführt. Dieser Teil soll einen ersten Einblick in die, mit dem Forschungsthema im Zusammenhang stehenden, Konstrukte bieten. Weiters erfolgt eine umfangreiche theoretische Abhandlung über den qualitativen Forschungsansatz im Allgemeinen sowie detaillierte Erläuterungen zu der *Grounded Theory Methode* und den Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Der empirische Teil umfasst eine Darstellung der konkreten Vorgehensweise im Rahmen des Forschungsprozesses, eine Beschreibung der Strukturierung des Anton Proksch Instituts sowie das Kategoriensystem. Darüber hinaus werden die im Laufe des Forschungsprozesses herausgearbeiteten Themenkomplexe angeführt und die forschungsleitenden Fragestellungen beantwortet.

I. THEORETISCHER HINTERGRUND

Der Forschungsthematik zufolge werden in diesem Kapitel grundlegende theoretische Modelle und Konzepte zu folgenden Themen erläutert: *Gesundheit und Krankheit, Alkoholabhängigkeit, Stress und Coping* sowie *ressourcenorientierte Therapiearbeit im klinischen Kontext*. Nach dieser Auseinandersetzung mit inhaltlich relevanten Konzepten, erfolgt eine Abhandlung des theoretischen Hintergrundes qualitativer Forschung. Diese Darstellung soll einen Einblick in den Forschungsgegenstand bieten und den inhaltlichen und methodischen Fokus der Autorin im Rahmen des Forschungsprozesses verdeutlichen.

1. Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit

Die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den Konstrukten *Gesundheit* und *Krankheit* im Rahmen dieser Arbeit lässt sich einerseits aus dem Verständnis von Alkoholabhängigkeit als klinisches Phänomen erklären und andererseits aus dem ressourcenorientierten Fokus in der Therapiearbeit des Anton Proksch Instituts ableiten.

Gesundheits- beziehungsweise Krankheitskonzepte generieren sich aus kulturellen und gesellschaftspolitischen Entwicklungen und unterliegen einem historischen Wandel. So wird deutlich, dass eine Betrachtung dieser beiden Konzepte ein Abbild gesellschaftlicher Entwicklungen und Werthaltungen darstellt. Um den Status Quo dieses Diskurses darzulegen, werden im Folgenden die historische Entwicklung der Begriffe Krankheit und Gesundheit sowie eine Übersicht und Erläuterung eines aktuellen Gesundheitskonzeptes - das *salutogenetische Modell* (Antonovsky, 1987, 1997) - angeführt.

1.1 Historische Betrachtung der Begriffe Krankheit und Gesundheit

Nach Hafen (2009) zeichnete sich sowohl das Altertum als auch das Mittelalter durch ein umfassendes Gesundheitskonzept aus, welches sich durch das Zusammenwirken *physischer* und *psychischer* sowie *sozialer*, *materieller* und *spiritueller Faktoren* beschreiben lässt. Mit Beginn der Neuzeit nahm jedoch der Einfluss der Medizin zu, was dazu führte, dass Diagnostik und Therapie körperlicher Beeinträchtigungen in den Vordergrund rückten. Diese Entwicklung führte letztlich dazu, dass eine schärfere Trennung zwischen Krankheit und Gesundheit vorgenommen wurde.

Erst 1948, mit der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgenommenen Definition, die Gesundheit als „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ beschreibt, zeigte sich erneut ein Trend zu Gesundheitskonzepten, welche Gesundheit als multidimensionales Phänomen annehmen. Gesundheit bedeutet nun mehr als nur das Nichtvorhandensein von Krankheit. Allerdings wird Gesundheit dieser Definition zufolge nur dann erreicht, wenn Wohlbefinden auf allen drei Ebenen - also physisch, psychisch und sozial - gegeben ist. Diese Formulierung brachte der WHO auch Kritik ein, da nach der von ihr vorgeschlagenen Definition der Zustand *Gesundheit* nur in sehr wenigen Fällen erreicht werden kann.

1.2 Grundlagen für aktuelle Konzepte von Krankheit und Gesundheit

Aufbauend auf die von der WHO eingeleitete Entwicklung setzt sich der Trend eines Paradigmenwechsels fort. Es erfolgt eine Abkehr vom *biomedizinischen* Krankheitsmodell, in dem Krankheit bzw. Gesundheit ausschließlich in physischen Gegebenheiten manifestiert und eine Hinwendung zu und Öffnung für einen multidimensionalen Ansatz im Sinne eines *biopsychosozialen Modells* (Comer, 2001; Payk, 2007). Inwieweit diese Entwicklung bereits gesellschaftspolitische Relevanz besitzt, lässt sich zum Beispiel anhand der *Ottawa Charter* (WHO, 1986)

verdeutlichen. Zentrale Aspekte der Ottawa Charter sind unter anderem *Ressourcenorientierung*, *Empowerment* und *Adaption bestehender Gesundheitssysteme* an aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen, wobei sich die Inhalte sowohl auf das Kollektiv als auch auf das Individuum beziehen. Sie wurde im Rahmen einer internationalen Konferenz im November 1986 verabschiedet und enthält die Empfehlung zu einer umfassenden gesundheitspolitischen Gesundheitsförderung. Auch in Österreich werden die Inhalte der Ottawa Charter zunehmend im Gesundheitswesen implementiert.

In der gegenständlichen Arbeit wird insbesondere auf das Modell der Salutogenese von Antonovsky Bezug genommen. Er gilt als Begründer des salutogenetischen Ansatzes und sein Konzept als am weitesten entwickelt und empirisch am besten abgesichert. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es neben dem Modell der Salutogenese noch eine Vielzahl anderer Gesundheitskonzepte gibt, die sich von einer defizitorientierten Perspektive distanzieren, welche allerdings im Rahmen dieser Arbeit nicht näher erläutert werden, da sie nicht Gegenstand der vorliegenden Studie sind.

1.2.1 Salutogenese

Antonovsky (1987, 1997) wendet sich im Diskurs von Krankheit und Gesundheit ursprünglich mit dem Modell der Salutogenese von der bis dahin vorherrschenden pathogenetischen Sichtweise ab, welche hauptsächlich an der Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Krankheit orientiert ist. In einem späteren Werk weist er allerdings darauf hin, dass sich die beiden Konzepte nicht ausschließen, sondern vielmehr als komplementär zu betrachten sind. Antonovsky hat das Konzept der Salutogenese 1979 entwickelt und in den folgenden Jahrzehnten immer wieder an dem Modell weitergearbeitet und es weiterentwickelt.

Ein grundlegender Aspekt, den Antonovsky in seinem Modell der Salutogenese anführt, ist das Prinzip der *Heterostase*. Entgegen der pathogenetischen Annahme, dass sich der Mensch grundsätzlich in einem Zustand des Gleichgewichts befindet

und nur sehr selten mit Belastungen konfrontiert wird, geht Antonovsky davon aus, dass der Mensch größtenteils in einem Ungleichgewicht ist. Menschen sind laufend sogenannten *Stressoren*, das sind interne und externe Reizereignisse, ausgesetzt. Diese verursachen einen Spannungszustand und machen somit eine adaptive Reaktion erforderlich (Antonovsky, 1987, 1997; Franke, 2005; Welbrink & Franke, 2006).

Antonovsky (1987, S. 12f.) formuliert folgende Postulate um das salutogenetische Konzept zu beschreiben:

- Er spricht sich gegen eine Dichotomisierung der beiden Konzepte Gesundheit und Krankheit aus. Er schlägt vor, diese beiden Konstrukte vielmehr als Pole eines *mehrdimensionalen Kontinuums* zu betrachten, auf welchem die Personen lokalisiert werden können.
- Es ist eine *ganzheitliche Betrachtung des Menschen* und seiner gesamten Lebensgeschichte notwendig und nicht die alleinige Fokussierung ausschließlich auf die vorliegende Krankheit.
- *Stressoren* müssen *nicht immer unbedingt als krankheitsverursachende Faktoren* betrachtet werden. Die Konsequenz von Stressoren können durchaus auch als heilsam verstanden werden - abhängig von Charakter des Stressors und ob eine erfolgreiche Spannungsreduktion erreicht werden konnte.
- Es gilt zu überlegen, welche Ressourcen es einer Person möglich machen, sich weiter in die Richtung des *Gesundheitspoles* zu bewegen.
- Es soll nicht nach einem Wunderheilmittel gesucht werden, sondern vielmehr überlegt werden, welche Quellen nützlich sein können, um eine aktive Anpassung des Organismus an seine Umwelt zu ermöglichen.
- Die salutogenetische Position wendet sich von der - dem pathogenetischen Gesundheitsmodell zugrunde liegende - *defizitorientierte Betrachtung* ab.

1.2.1.1 Sense of Coherence (SOC) oder Kohärenzgefühl

Wie bereits erwähnt, spricht sich Antonovsky für die Betrachtung der beiden Konzepte Gesundheit und Krankheit als Endpole eines Kontinuums aus. Wo nun eine Person auf diesem Kontinuum einzuordnen ist bzw. wie sie sich mehr in Richtung Gesundheit bewegen kann, lässt sich seiner Meinung nach durch das sogenannte *Kohärenzgefühl*, dem zentralen Element des salutogenetischen Modells, bestimmen. Antonovsky (1987) beschreibt das Kohärenzgefühl wie folgt als:

...global orientation that express the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement. (S.19)

Das Kohärenzgefühl kann als eine Art Grundkonzept verstanden werden, welches das Vertrauen in sich und in das Leben umfasst. Antonovsky extrahiert folgende Komponenten als wesentliche Grundlage für das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1987, 1997):

- *comprehensibility* (Verstehbarkeit)
Verstehbarkeit meint die Vorhersagbarkeit von Reizen, bzw. dass sich Reize, die überraschend auftreten, einordnen und erklären lassen.
- *manageability* (Handhabbarkeit)
die Situation muss für das Individuum handhabbar sein, es muss sich dazu in der Lage fühlen, die Situation zu bewältigen.
- *meaningfulness* (Bedeutsamkeit)
meint die Bedeutung, welche die Anforderung oder Aufgabe für die Person hat. Je größer die Bedeutung der Anforderung für die Person ist, desto eher lohnt es sich auch einen Aufwand zu betreiben und die Aufgabe als Herausforderung zu verstehen.

Ursprünglich legte Antonovsky beim Salutogenesemodell den Fokus primär auf die kognitiven Aspekte. Später erweiterte er das Modell um die emotionale und motivationale Perspektive, wobei er folgende Zuordnung postuliert:

- der Aspekt der Verstehbarkeit ist das kognitive Element
- die Handhabbarkeit hat eine emotionale Grundlage
- bei der Bedeutsamkeit handelt es sich um die motivationale Komponente

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen formulierte Antonovsky (1987, 1997) eine Priorisierung der drei Komponenten. Für ihn stellt der motivationale Aspekt - also die Bedeutsamkeit einer Situation - die wesentliche Grundlage für alles Weitere dar. An zweiter Stelle steht die Verstehbarkeit, das kognitive Element, denn erst wenn ich etwas verstehe, kann ich entsprechend agieren. Der dritte Faktor, die Handhabbarkeit, verdeutlicht das Empfinden einer Person - also die gefühlte Sicherheit - über die entsprechenden Kompetenzen zu verfügen eine Situation bewältigen zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für Antonovsky ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl eine bedeutungsvolle Grundlage für die erfolgreiche Bewältigung von belastenden Situationen darstellt.

1.2.1.2 Die übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite (GRR-GRD)

Wie eingangs erwähnt, herrscht dem salutogenetischen Konzept zufolge das Prinzip der Heterostase. Aufgrund von Anforderungen, die auf das Individuum einwirken, entsteht ein Ungleichgewicht. Dieses führt zu Spannungszuständen und kann letztlich als Belastung erlebt werden. Um diesen Spannungen entgegen zu wirken bzw. diese zu reduzieren verweist Antonovsky auf die *generalisierten Widerstandsressourcen* (GRRs).

Die generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resources, GRRs)

Lorenz & Petzold (2004) beschreiben die GRRs als "...ein Wirksamwerden von spezifischen Ressourcen in allen Lebenslagen, die die Widerstandsfähigkeit des

Menschen im Sinne einer Spannungsbewältigung verbessern helfen (...) bevor eine Belastung der Person erfolgt" (S.34f.). Der Einsatz bestimmter Ressourcen soll eine Person dahingehend stützen, dass es zu keiner Belastung durch die an sie gestellte Anforderung kommt, was für die erfolgreiche Stressbewältigung von wesentlicher Bedeutung ist.

Die generalisierten Widerstandsressourcen und das Kohärenzgefühl stehen in engem wechselseitigem Zusammenhang. So hat nach Antonovsky eine Person, die über eine starke Ausprägung im SOC verfügt, auch einen einfacheren Zugang zu den generalisierten Widerstandsressourcen. Die Verfügbarkeit von GRRs wiederum trägt zu einer Intensivierung des Kohärenzgefühls bei. Diese Annahme wird dadurch verdeutlicht, "...daß [sic] eine generalisierte Widerstandsressource definitionsgemäß Lebenserfahrungen schafft, die durch *Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes* und eine *Balance zwischen Überlastung und Unterforderung* charakterisiert sind und auf diese Weise ein starkes SOC verursacht oder verstärkt" (Antonovsky, 1997, S.44) und andererseits durch Antonovskys Postulat, dass sich die Stärke des Kohärenzgefühls aus positiven Erfahrungen im Umgang mit Spannungsreduktion konstituiert.

Einen empirischen Beweis hierzu führt Höfer (2000) an. Sie verweist darauf, dass Jugendliche mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl über eine bessere Wahrnehmung hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Ressourcen und deren Nutzung verfügen.

Die generalisierten Widerstandsdefizite (generalized resistance deficits, GRDs)

Antonovsky fügt in seiner Erweiterung des salutogenetischen Konzepts von 1987 eine neue Sichtweise von Stressoren hinzu. Er ist der Meinung, dass das grundlegende Konzept der GRRs in Form eines Negativums ebenso auf Stressoren angewendet werden kann und formuliert dies als die *generalisierten Widerstandsdefizite* (GRDs). Das heißt, die GRDs zeichnen sich durch Inkonsistenz, Über- bzw. Unterforderung und fehlende Partizipation aus. Ebenso wie die

generalisierten Widerstandsressourcen können die GRDs das Kohärenzgefühl maßgeblich beeinflussen, wobei die durch Stressoren erlebten Lebenserfahrungen zu einer Schwächung des Kohärenzgefühls führen können.

Nachdem sowohl Ressourcen als auch die generalisierten Widerstandsdefizite Gesundheit maßgeblich beeinflussen können, formuliert Antonovsky (1987, 1997) den Begriff der *übergeordneten psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite* (GRR-GRD).

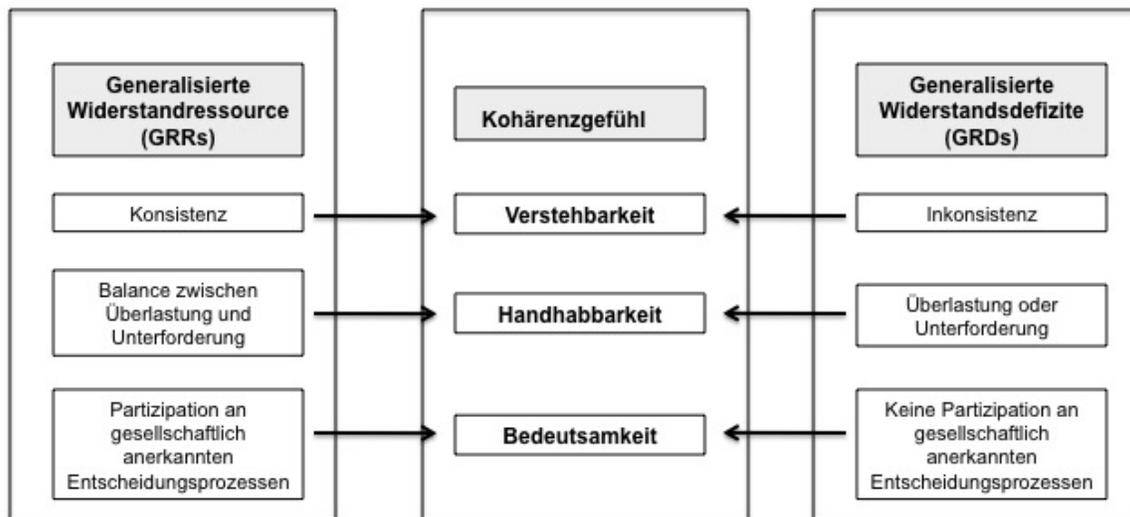


Abbildung 1: generalisierte Widerstandsressourcen-Widerstandsdefizite, GRR-GRD (nach Lorenz & Petzold, 2004)

Wie in *Abbildung 1* ersichtlich ist, wirken sowohl die Ressourcen als auch die Stressoren auf das Kohärenzgefühl. Je nachdem, ob an *sozialen Entscheidungsprozessen teilgenommen* wird, ob eine *Ausgewogenheit von Über- bzw. Unterforderung* erlebt wird und ob ein *konsistentes Verständnis* in Bezug auf die Anforderungen herrscht, kann das Kohärenzgefühl gestärkt oder aber auch geschwächt werden.

1.2.1.3 Genese und Beeinflussbarkeit des Kohärenzgefühls im Laufe des Lebens

Antonovsky beschreibt das SOC als eine relativ überdauernde Trait-Variable. Demnach würden die Grundlagen für die Ausbildung des Kohärenzgefühls speziell im Kindes- und Jugendalter gelegt werden. Erfahrungen, die in dieser Zeit gemacht werden, können das Kohärenzgefühl maßgeblich beeinflussen und determinieren. Er postuliert, dass sich das Kohärenzgefühl bis zum 30. Lebensjahr voll ausgebildet habe und danach kaum mehr zu beeinflussen sei. Diese Betrachtung lässt vermuten, dass kaum eine positive Veränderung des Kohärenzgefühls – vor allem im Erwachsenenalter - durch therapeutische Interventionen angenommen werden kann.

Fäh (2006) hingegen, der sich auf eine in Stockholm durchgeführte Studie von Sandell et al. (1997; 1999) sowie auf eigene Fallbeispiele bezieht, spricht sich für eine Einflussmöglichkeit von Psychotherapie auf das Kohärenzgefühl aus. Er fasst die Ergebnisse folgendermaßen zusammen: je mehr Zeit die Therapie in Anspruch nimmt und je sorgfältiger sie durchgeführt wird, desto intensiver und anhaltender ist die positive Wirkung auf das Kohärenzgefühl.

Auch Lorenz & Petzold (2004) weisen auf die Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter hin. Die Interventionen sollten ihrer Meinung nach an Aspekten des Selbstkonzepts ansetzen, da diese in engem Zusammenhang mit dem SOC stehen. Durch eine Steigerung des Selbstkonzepts könne eine Person mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten aufbauen.

1.3 Zusammenfassung Gesundheit und Krankheit

Die Gesundheitsforschung hat im Laufe der Zeit immer wieder einen paradigmatischen Wandel durchlebt. Derzeit rückt das Bio-Psycho-Soziale Modell ins Zentrum dieses Diskurses und mit ihm die Annahme einer multifaktoriellen Genese von Krankheit bzw. Gesundheit. Das salutogenetische Konzept lässt sich - gemäß der Ottawa Charter - als ein holistisches Gesundheitsmodell verstehen, welches sich auf

Empowerment und den Einsatz von Ressourcen stützt und im Zusammenhang mit Stressbewältigung von großer Bedeutung ist. Nach Antonovsky stellen das Kohärenzgefühl und die generalisierten Widerstandsressourcen die Grundlage für eine erfolgreiche Bewältigung von Anforderungen dar.

2. Alkoholabhängigkeit (Alkoholismus)

Alkoholabhängigkeit lässt sich dem *ICD 10* (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) zufolge als *chronischer Alkoholismus* der Kategorie "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" zuordnen. Im Folgenden werden relevante Aspekte zur Alkoholabhängigkeitserkrankung erläutert.

2.1 Allgemeines zu Abhängigkeitserkrankungen

Bei Abhängigkeitserkrankungen wird grundsätzlich zwischen *stoffgebundener* und *nicht-stoffgebundener* Abhängigkeit unterschieden. Dem ICD 10 (ICD 10-GM Version 2010) zufolge lässt sich das Abhängigkeitssyndrom folgendermaßen beschreiben:

Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Es lassen sich der oben angeführten Definition folgende grundlegende Anzeichen für das Vorliegen einer Suchterkrankung entnehmen: *Kontrollverlust, Gleichgültigkeit hinsichtlich möglicher Konsequenz, Vernachlässigung alltäglicher Pflichten, Erhöhung der Toleranz* sowie *körperliche Entzugssymptomaten*.

Dem *DSM IV-TR* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – text revision, 2000) zufolge müssen für die Diagnose Abhängigkeitserkrankung

mindestens 3 der folgenden Symptome innerhalb von 12 Monaten gleichzeitig vorhanden sein:

- *Toleranz (Gewöhnung an das Suchtmittel)*
- *Anstieg der Substanzmenge die benötigt wird um einen Effekt zu erzielen*
- *merkliche Reduktion des Effekts bei gleich bleibender Menge der Substanz, die konsumiert wird*
- *Entzugssymptomatik*
- *die Substanz wird sehr häufig oder über einen langen Zeitraum konsumiert*
- *Kontrollverlust bzw. misslungene Versuche den Substanzkonsum zu kontrollieren*
- *es wird viel Zeit damit verbracht die entsprechende Substanz zu bekommen*
- *soziale und berufliche Belange werden vernachlässigt*
- *es wird weiterhin die Substanz konsumiert, obwohl bereits körperliche und psychische Probleme aufgetreten sind*

2.2 Alkohol – eine psychotrope Substanz

Alkohol ist eine sogenannte *psychotrope Substanz*. Psychotrope Substanzen zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch ihre Einnahme auf das Verhalten und Erleben des Menschen wirken. Konkret lässt sich Alkohol (neben Beruhigungsmittel und Opiaten) den sogenannten dämpfenden Substanzen zuordnen. Diese haben nach Comer (2001) die Eigenschaft, dass sie entspannend und enthemmend wirken und Kognitionen sowie das Verhalten einer Person beeinflussen können.

2.3 Die Genese von Alkoholabhängigkeit

Einführend sei erwähnt, dass es sich bei der Genese und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit in der Regel um ein *prozesshaftes Geschehen* handelt. Es lässt

sich meist eine Abfolge von *Gebrauch* über *Missbrauch* zur *seelischen* und *körperlichen Abhängigkeit* beobachten. Der Gebrauch - also das Konsumieren von Alkohol - ist in Österreich, einer sogenannten *Permissivkultur* (auch Toleranzkultur genannt), weit verbreitet (Pittman, 1964). Alkoholmissbrauch entspricht dem ICD-10 zufolge einem *schädlichen Gebrauch*, welcher zwar zu Beeinträchtigungen führt, aber nicht den Kriterien einer Alkoholabhängigkeit entspricht. Eine Abhängigkeitserkrankung ist oftmals die Folge eines länger anhaltenden Substanzmissbrauchs.

Im Folgenden werden die Modelle von Feuerlein (1979) und Kufner (1981) herangezogen, um die Entstehung und Manifestation von Alkoholabhängigkeitserkrankungen zu erläutern.

2.3.1 Bedingungsgefüge von Alkoholabhängigkeit

Feuerlein beschreibt 1979 das *Bedingungsgefüge von Alkoholabhängigkeitserkrankungen* (siehe *Abbildung 2*). Sein Konzept ist bis heute viel zitiert und verdeutlicht auf anschauliche Weise die Komplexität der Alkoholabhängigkeitserkrankung durch die wechselseitige Beeinflussung der drei Wirkfaktoren.

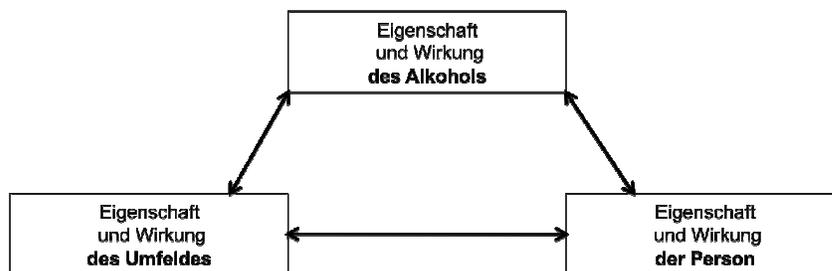


Abbildung 2: Bedingungsgefüge von Alkohol (nach Feuerlein, 1979)

Feuerlein postuliert folgende drei Bedingungsfaktoren für Abhängigkeit:

- Eigenschaft und Wirkung der *Substanz* (Alkohol)
- Eigenschaften der *Person* (psychologische und physiologische Faktoren)
- Eigenschaften des *sozialen Umfeldes*

Es lässt sich demnach die Entstehung von Abhängigkeit durch das wechselseitige Zusammenwirken von Persönlichkeit, Umwelt und der psychotropen Substanz erklären.

2.3.2 Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit

Das Modell der Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit (siehe *Abbildung 3*) von Kufner (1981, nach Soyka & Kufner, 2008) baut auf dem Konzept von Feuerlein auf. Es beinhaltet ebenfalls die drei Aspekte Substanz, soziales Gefüge und Person, darüber hinaus aber noch drei weitere Ebenen:

- *somatische Ebene*
- *intrapsychische Ebene*
- *psychosoziale Ebene*

Für Kufner stellen speziell die dynamischen Aspekte die Grundlage für Genese und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit dar. Kufner spricht diesbezüglich von Teufelskreisen, die sowohl innerhalb einer Ebene als auch übergreifend ablaufen können.

Speziell die Instrumentalisierung von Alkohol als Problemlöser und bzw. oder als Mittel zur Euphorisierung werden als grundlegender Faktor für diesen Prozess verstanden. Durch den kurzfristigen Einsatz von Alkohol zur Spannungsreduktion in belastenden Situationen wird diesem eine positive Wirkung zugeschrieben. Dieser Effekt wird nun auch für zukünftige Ereignisse erwartet, was allerdings bei langfristigem Konsum nicht zutrifft, sondern oftmals zu gegenteiligen Ergebnissen führt.

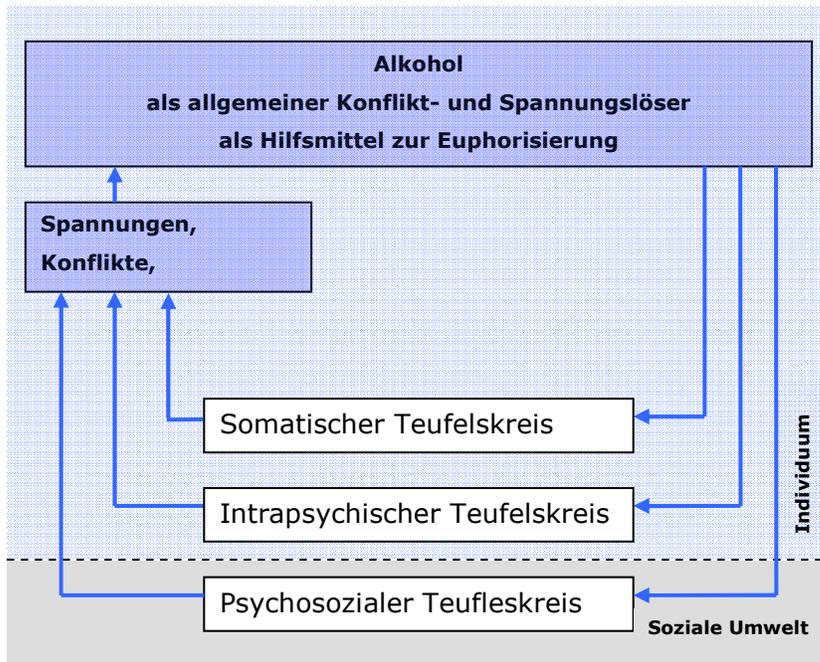


Abbildung 3: Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit (Küfner, 1981, nach Soyka & Küfner, 2008)

Die oben dargestellten Modelle von Feuerlein und Küfner bieten einen grundlegenden Einblick in die Genese von Alkoholismus. Es werden die wesentlichen Faktoren sowie die wechselseitige Interaktion dieser Aspekte betrachtet. Aufbauend auf diesen Grundlagen sei allerdings erwähnt, dass Alkoholismus kein einheitliches Zustandsbild aufweist, sondern in Genese, Erscheinungsbild und Prognose differieren kann (Uhl et al., 2009; Soyka & Küfner, 2008).

2.3.3 Alkoholismustypologien

Um jedoch bessere Aussagen hinsichtlich der Entstehungsbedingungen, des Verlaufs sowie der möglichen Konsequenzen und der entsprechenden therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen, können sogenannte Typologien herangezogen werden. Im Folgenden werden die geläufigen Alkoholismustypologien kurz dargestellt (Uhl et al., 2009, S.74ff.; Soyka & Küfner, 2008, S.252ff.):

Alkoholismustypologie nach Jelinek

Die Einteilung von Jelinek (1960) ist zwar eine der früheren Typologien, konnte allerdings häufig in empirischen Studien nachgewiesen werden. Jelinek unterscheidet folgende Typen:

- *Alpha-Typ (Konflikttrinker)*: psychische Abhängigkeit, Instrumentalisierung von Alkohol, Fähigkeit zur Abstinenz vorhanden, keine körperliche Abhängigkeit erkennbar
- *Beta-Typ (Gelegenheitstrinker)*: weder psychisch noch physisch abhängig, ernste gesundheitliche Konsequenzen
- *Gamma-Typ (süchtige Trinker)*: unregelmäßiger Alkoholkonsum - abwechselnd massives Rauschtrinken mit unauffälligen Phasen, erhöhte Alkoholtoleranz, Kontrollverlust
- *Delta-Typ (Gewohnheitstrinker)*: "Spiegeltrinker", müssen täglich und regelmäßig trinken, Berauschung ist nicht sichtbar, erhöhte Alkoholtoleranz, körperliche Abhängigkeit zeigt sich stärker als psychische Abhängigkeit, kein Kontrollverlust, müssen aber aufgrund der Entzugserscheinungen Alkohol trinken.
- *Epsilon-Typ (episodischer Trinker)*: "Quartalssäufer", lange abstinente Phasen, kurze Phasen mit exzessivem Alkoholkonsum, psychische Abhängigkeit stärker ausgeprägt als physische Abhängigkeit, Kontrollverlust in den Trinkphasen, es besteht allerdings Fähigkeit zur Abstinenz

Typologie nach Babor

Babor et al. (1992) unterscheiden zwei Typen

- *Typ A*: Beginn relativ spät, Abhängigkeit ist weniger schwer, geringere körperliche und psychosoziale Konsequenzen
- *Typ B*: relativ früher Beginn (bis ca. 21 Jahre), viele psychosoziale Probleme, oftmals Multisubstanzkonsum, mehr psychosoziale und körperliche Folgeschäden, häufig psychopathologische Auffälligkeiten.

Typologie nach Cloninger

Cloninger et al. (1996) treffen eine ähnliche Unterteilung wie Babor et al.:

- *Typ I*: Beginn erst nach dem 25. Lebensjahr, milderer Verlauf, psychische Abhängigkeit im Vordergrund
- *Typ II*: oftmals erblich bedingt, Männer häufiger betroffen, starkes Verlangen nach Alkohol, aggressiv, häufig antisoziale Persönlichkeitscharakteristik

Typologie nach Lesch

Für Lesch et al. (1990) stehen vor allem Konsequenzen für therapeutische Interventionen aufgrund der Zuteilung zu den Typologien im Vordergrund. Sie führen vier Typen an:

- *Typ I*: biologisches Verlangen
- *Typ II*: psychologisches Verlangen
- *Typ III*: Alkohol als Selbstmedikation
- *Typ IV*: Alkoholkonsum aufgrund frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen

Obgleich es verschiedene Typologien und Zugänge gibt, zeigen sich doch auch viele Parallelen zwischen den einzelnen Theorien. Festzuhalten ist allerdings, dass keiner dieser Einteilungsversuche als alleiniges Erklärungsmodell ausreicht, sondern nur als Annäherung verstanden werden kann.

Trotzdem erscheint es durchaus angebracht den unterschiedlichen Beschreibungen Bedeutung zu schenken, da diese Überlegungen möglicherweise umfassendere Zusammenhänge im Kontext von Alkoholabhängigkeit erkennen lassen, die eine entsprechende Einbettung der biografischen und situativen Gegebenheiten einer Person ermöglichen und damit Schlussfolgerungen für Möglichkeiten der therapeutischen Intervention zulassen.

2.4 Komorbiditäten

Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen weisen oftmals Komorbiditäten, wie etwa *affektive Störungen, Angststörungen* oder *Medikamentenmissbrauch* bzw. *Medikamentenabhängigkeit* sowie *massive körperliche Beeinträchtigungen* aufgrund des andauernden und übermäßigen Alkoholkonsums auf. Nach Soyka & Küfner (2008, S.83) liegen bei etwa 40% der Personen mit Abhängigkeitserkrankungen Komorbiditäten vor. Bei Bipolaren Störungen (Typ 1) liegt die Lebenszeitprävalenz einer Suchterkrankung bei 60% (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), 2005).

2.5 Primärer und sekundärer Alkoholismus

Alkoholabhängigkeitserkrankungen können auch die Folge von anderen Erkrankungen sein. Aus diesem Grunde erscheint die Differenzierung zwischen *primärem* und *sekundärem Alkoholismus* sinnvoll. Schuckit (1979, nach Uhl et al., 2009) unterscheidet diese beiden Formen insofern, dass beim primären Alkoholismus übermäßiger Alkoholkonsum die Primärproblematik darstellt und psychische, physische und soziale Beeinträchtigungen die Folge sind. Sekundärer Alkoholismus hingegen begründet sich in der Instrumentalisierung von Alkohol und stellt somit die Sekundärproblematik dar. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass es in der Praxis oftmals schwierig ist eine eindeutige Zuordnung zu treffen zumal auch Mischformen auftreten. Nach Uhl und Kobrna (2003) zeigt sich bezüglich primärem und sekundärem Alkoholismus eine genderspezifische Auffälligkeit - so würden mehr Männer zu primärem Alkoholismus neigen und Frauen häufiger dem Bild des sekundären Alkoholismus entsprechen.

Diese Ausführung zu Komorbiditäten und dem primären und sekundären Alkoholismus ist speziell im therapeutischen Kontext von großer Bedeutung, da die konkreten therapeutischen Interventionen von diesen Erkenntnissen beeinflusst und optimiert werden können.

2.6 Der Rückfall

Im Zusammenhang mit Abhängigkeit stellt die Auseinandersetzung mit der Rückfälligkeit ein wesentliches Thema dar. In den ersten zwei Jahren nach Beendigung der Behandlung werden etwa 40 bis 50% der Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen rückfällig (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005). Zobel et al. (2005) haben katamnestiche Daten von ehemaligen PatientInnen von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige erfasst. Die sehr konservativ berechneten Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass 56,6% der PatientInnen im ersten Jahr einen Rückfall hatten.

In der Auseinandersetzung mit Rückfälligkeit ist es allerdings auch erforderlich sich mit den unterschiedlichen Definitionen zu beschäftigen. In der Literatur wird häufig darauf hingewiesen, dass dem Verständnis von Rückfall unterschiedliche konzeptionelle Orientierungen zugrunde liegen.

Brownell (1986, nach Esser, 1991) unterscheidet zwischen *lapse*, einem Ausrutscher und *relapse*, einem Rückfall. Für ihn ist bei einem einmaligen Ausrutscher kein Handlungsbedarf indiziert, hatte eine Person jedoch einen Rückfall, so sollte erneut eine Behandlung begonnen werden.

Körkel und Kruse (2005) unterscheiden ebenfalls den schweren Rückfall vom einmaligen Ausrutscher, führen allerdings noch weitere Arten von Rückfällen an:

- *schwere Rückfälle*
Bei schweren Rückfällen verfällt die betroffene Person sofort in alte Trinkgewohnheiten und frühere Konsummuster.
- *Episodische Rückfälle*
Ein episodischer Rückfall ist durch ein einmaliges Ereignis charakterisiert und nicht in einen Rückgriff auf alte Konsumgewohnheiten.
- *Fließende Übergänge der Konsummuster*
In manchen Fällen beginnt der Alkoholkonsum mit episodischen Rückfällen und geht dann im Laufe der Zeit in schwere Rückfälle über.

- *Systemische Rückfälle*
Als systemische Rückfälle werden jene Situationen bezeichnet, in denen die betroffenen Personen in einer sozialen Situation zwar keinen Alkohol trinken, aber die Situation sehr bedrückend und wenig lebendig erlebt wird.
- *Kontrolliertes Trinken*
Beim kontrollierten Trinken gibt es einen festgelegten Trinkplan.
- *Trockene Rückfälle*
Von trockenen Rückfällen spricht man dann, wenn sich betroffene Personen, ohne Alkohol konsumiert zu haben, wie früher unter massivem Alkoholeinfluss benehmen. Es besteht die Gefahr, dass ein solcher trockener Rückfall zu einem tatsächlichen Rückfall mit Alkoholkonsum führt.

Es wird deutlich, dass eine Auseinandersetzung mit der Rückfallsthematik im Kontext von Alkoholabhängigkeit unumgänglich ist und eine differenzierte Betrachtung von Rückfallskonzepten - vor allem im Zusammenhang mit therapeutischen Interventionen - von großer Bedeutung ist (siehe *Kapitel 4.3*).

2.6.1 Das Craving

Craving, das intensive Verlangen nach der jeweiligen Substanz, galt lange Zeit als grundlegender Faktor für die Genese von Abhängigkeit und als Ursache für den Rückfall. Aus lerntheoretischer Sicht sind Konditionierungsprozesse denkbar, die im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum stehen und in weiterer Folge zu konditionierten Reaktionen wie etwa Craving führen können (Bühringer & Kunz-Ebrecht, 2005). Insgesamt wird in aktuellen Forschungsergebnissen allerdings darauf hingewiesen, dass die Bedeutung von Craving überbewertet wird und dass Craving weit seltener einen Rückfall verursacht als angenommen (Körkel & Kruse, 2005; Soyka & Küfner, 2008).

2.7 Prävalenzdaten Österreich

In Österreich leiden etwa 5% der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15. Geburtstag, das sind ca. 340.000 Personen, an „chronischem Alkoholismus“, also einer Alkoholabhängigkeit. Etwa 10,5% der Österreicher/innen sind aufgrund ihres Alkoholkonsums gefährdet, aber nicht alkoholabhängig. (Uhl et al., 2009).

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Zunahme von Alkoholabhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Im Jahre 2001 wurde noch eine prozentuelle Verteilung von 25% Frauen und 75% Männer angenommen, 2009 geht man bereits davon aus, dass etwa 1/3 der 340.000 Personen, die an Alkoholismus leiden, Frauen sind.

2.8 Zusammenfassung Alkoholabhängigkeit

Österreich kann den Permissiv- bzw. Toleranzkulturen zugeordnet werden, was bedeutet, dass Alkoholkonsum zum öffentlichen Leben gehört. Den statistischen Zahlen zufolge ist Alkoholabhängigkeit eine weit verbreitete Erkrankung, rund 20% der österreichischen Bevölkerung ist laut offizieller Statistik betroffen. Die Genese von Alkoholabhängigkeit begründet sich in dem Bedingungsgefüge Alkohol, Person und soziales Umfeld und ist als prozesshaftes Geschehen zu verstehen. Speziell die Instrumentalisierung von Alkohol kann als grundlegender Aspekt für die Entstehung von Abhängigkeit verstanden werden.

Alkoholabhängige Personen leiden sehr oft an Komorbiditäten wie etwa Depressionen, Angststörungen oder massiven körperlichen Beeinträchtigungen. In diesem Zusammenhang sind auch Überlegungen hinsichtlich primärem und sekundärem Alkoholismus anzustellen.

Etwa 40 bis 50% der von Alkoholabhängigkeit betroffenen Personen werden rückfällig. Es gibt unterschiedliche konzeptuelle Ansätze, was unter Rückfall verstanden wird. Oftmals wird zwischen dem Ausrutscher und einem schweren Rückfall unterschieden, der eine erneute Behandlung erfordert.

3. Umgang mit belastenden Situationen

Gemäß Antonovsky, welcher das Prinzip der Heterostase postuliert, sind alle Menschen mehr oder weniger laufend mit Stressoren konfrontiert. So gilt es für jedes Individuum diese belastenden Situationen erfolgreich abzuwehren bzw. zu bewältigen, um einem Spannungsgefühl entgegen zu wirken.

Die Auseinandersetzung mit der Bewältigung von belastenden Situationen erfordert eine Begriffsbestimmung von relevanten Konstrukten wie etwa *Belastung*, *Stress* und *Beanspruchung*. Weiters sollen Überlegungen zum Bewältigungsprozess - also dem *Coping* - angestellt werden. Darüber hinaus ist - im Sinne eines salutogenetischen Gesundheitsmodells - ein Diskurs darüber, was als *Ressource* zu verstehen ist, indiziert.

3.1 Belastungen und Stress

Der Begriff *Stress* ist heute im allgemeinen Sprachgebrauch fest verankert und weit verbreitet. Meist wird er synonym für viele verschiedene Konzepte - wie etwa Belastungen, Anforderungen, Überforderung, Beanspruchung etc. - gebraucht. Kirchler & Hölzl (2008) treffen zunächst eine Unterscheidung zwischen *Belastungen* und *Beanspruchungen*. "Objektive, von außen auf den Menschen einwirkende Faktoren" (S.284f.) werden als Belastungen bezeichnet. Aus diesen Belastungen resultierende subjektive Konsequenzen stellen Beanspruchungen dar.

Sowohl Belastungen als auch intrapsychische Aspekte können Stressoren darstellen. So weisen beispielsweise Becker et al. (2004) darauf hin, dass Stress nicht nur durch äußere Bedingungen entsteht, sondern auch maßgeblich von grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften beeinflusst werden kann.

Stress lässt sich nach Zimbardo und Gerrig (2003) folgendermaßen beschreiben:

Stress [sic] ist ein Muster spezifischer und unspezifischer Reaktionen eines Organismus auf Reizereignisse, die sein Gleichgewicht stören

*und seine Fähigkeit zur Bewältigung strapazieren oder überschreiten.
(S. 370)*

Das heißt, Stressoren - sowohl externe als auch interne Faktoren - wirken auf ein Individuum ein und können, wenn nun eine Person das Gefühl hat der Situation nicht gewachsen zu sein, zu Stress und Beanspruchung führen. Dies kann wiederum - in Orientierung am salutogenetischen Konzept - zu einer Schwächung des Kohärenzgefühls beitragen.

Wesentlich ist allerdings, dass sich sowohl das, was als stressbehaftete Situation erlebt wird als auch die entsprechenden Bewältigungsprozesse inter- und intraindividuell unterscheiden können und eine Generalisierung somit unzulässig ist (Carver und Scheier, 1994).

3.2 Coping

Lazarus & Folkman (1984, 1987 nach Lazarus, 1991) beschreiben *Coping* als "cognitive and behavioral efforts to manage specific external or internal demands (...) that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (S.112). Aldwin (1994) versteht unter Coping Reaktionen bzw. den Umgang mit akuten oder auch antizipierten Anforderungen und damit verbundenen negativen Gefühlen.

Coping umfasst also den Aufwand, der betrieben wird, um externe bzw. interne Anforderungen, die an ein Individuum gestellt werden - und die daran gekoppelten emotionalen Prozessen - zu bewältigen. Bei diesen Anforderungen kann es sich sowohl um spontane als auch antizipierte Ereignisse handeln.

3.2.1 Das Transaktionale Stressmodell (Lazarus, 1966, 1991)

Lazarus hat Mitte der 1960er Jahre mit dem Transaktionalen Stressmodell ein bedeutsames Konzept für die Stressforschung geschaffen, das auch heute noch viel zitiert und gerne als grundlegendes Konzept in der Auseinandersetzung mit dem Thema Stress und Stressbewältigung herangezogen wird.

Das transaktionale Stressmodell (Lazarus, 1966, 1991) beruht auf subjektiven Bewertungen der persönlichen Bewältigungskompetenz in belastenden Situationen. Diese kognitiven Beurteilungen lassen sich folgendermaßen gliedern:

- *primary appraisals (erste Bewertung)*
Die erste Einschätzung umfasst eine grundsätzliche Orientierung, ob es sich um eine bedrohliche Situation handelt oder nicht. Es wird also die Bedeutung der Situation für die Person erfasst.
- *secondary appraisals (zweite Bewertung)*
Sollte eine Person die Situation als bedrohlich einstufen, dann werden in der zweiten Bewertungsphase Überlegungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien angestellt. Die Person schätzt ihre Bewältigungskompetenz für die Situation ab.
- *Reappraisals (Neubewertung)*
Nachdem dieser Prozess durchlaufen wurde, kommt es zu einer Neueinschätzung der Situation.
- *Coping*
Lazarus unterscheidet zwei Arten:
 - *problemorientiertes Coping*
Konkrete Handlungen werden gesetzt oder - wenn erforderlich - werden Aktivitäten unterlassen. Diese Form von Coping fokussiert auf das Problem bzw. die Situation und sieht eine Strategie zur Lösung des Problems vor.
 - *emotionsorientiertes Coping*
Emotionsorientiertes Coping meint den Umgang mit Gefühlen, die im Zusammenhang mit der belastenden Situation entstehen.

Es handelt sich beim Transaktionalen Stressmodell um ein dynamisches Konzept zur Erklärung von Stressbewältigung. Kognitive Bewertungsprozesse, bei denen die situativen Gegebenheiten sowie die Bewältigungsfähigkeit eingeschätzt werden, bilden die Grundlage für den Bewältigungsprozess. Aufbauend auf diese

Einschätzungen werden die entsprechenden Bewältigungsstrategien ausgewählt und eingesetzt.

3.2.2 Coping und Salutogenese

Wie Antonovsky in seinem Werk von 1987 erwähnt, ist das salutogenetische Konzept eng mit Überlegungen zum Bewältigungsprozess verknüpft.

If it were to sum up the most important consequence of the salutogenetic orientation in one sentence, I would say: Thinking salutogenetically not only opens the way for, but compels us to devote our energies to, the formulation and advance of the theory of coping. (S.13)

Speziell das Kohärenzgefühl ist seiner Meinung nach von großer Bedeutung für den Bewältigungsprozess. Ähnlich wie Lazarus im Transaktionalen Stressmodell, beschreibt Antonovsky kognitive Bewertungsprozesse von Situationen, die maßgeblich von der Stärke des Kohärenzgefühls beeinflusst werden. So ist er beispielsweise der Meinung, dass eine Person mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl eine Situation eher als Herausforderung interpretieren wird als eine Person mit einem schwachen SOC - diese würde einen Reiz eher als Bedrohung einschätzen. Selbst wenn etwas als Stressor eingestuft wird, so ist dem salutogenetischen Modell zufolge eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl eher dazu geneigt, positiv und zuversichtlich zu denken. Sie wird davon ausgehen, dass sie einen entsprechenden Umgang mit der Situation finden wird und auf adäquate Ressourcen zurückgreifen kann. Ein hohes Maß an Kohärenzgefühl ist mit einer hohen Bereitschaft eines Individuums verbunden, sich mit dem Stressor zu beschäftigen. Darüber hinaus ermöglicht es eine strukturierte kognitive und emotionale Regulation, wodurch eine adäquate Auswahl von Bewältigungsressourcen gewährleistet wird. (Antonovsky, 1987, 1997; Lorenz & Petzold, 2004).

Im Zusammenhang mit Coping verweist Antonovsky (1987, 1997) auch darauf, dass das Kohärenzgefühl nicht als konkreter Copingstil zu verstehen ist, sondern vielmehr als Kompetenz der Person, die am besten geeignete Copingstrategie zur Bewältigung einer belastenden Situation auszuwählen.

3.2.3 Coping: State oder Trait?

Eine Frage, die sich im Zusammenhang mit Coping aufdrängt, ist, ob Coping als stabile Persönlichkeitseigenschaft verstanden werden kann, oder ob es sich dabei um spezifische Strategien handelt, die den situativen Erfordernissen entsprechend angewendet werden.

Gegen die Annahme, dass das Coping selbst eine grundlegende Persönlichkeitseigenschaft ist, spricht eine Vielzahl an empirischen Erkenntnissen. Diese weisen eher darauf hin, dass sich die Coping-Fähigkeit über die Zeit verändern kann, also nicht stabil ist. Weiters ist es kaum vorstellbar, dass eine allgemein und kollektiv gültige Vorgehensweise der Problembewältigung existiert, die der situativen Vielfalt und Komplexität der Anforderungen gerecht wird.

Darüber hinaus ist - speziell bei chronischem Stress - der prozesshafte Charakter von Coping zu bedenken. Die Dynamik des Prozesses ist unter anderem an die Eigenschaften des Stressors gebunden und erfordert somit die Flexibilität der Person, um eine adäquate Strategie zur Bewältigung der Situation einzusetzen. (Cohen und Lazarus, 1973; Aldwin & Brustrom, 1997; Perrez & Reichertz, 1992; Antonovsky, 1987, 1997).

3.2.4 Coping und Alkoholabhängigkeit

Dem Prinzip der Heterostase zufolge sind Menschen laufend Anforderungen, die das Leben an sie stellt, ausgesetzt. Im Folgenden sollen Überlegungen zu Coping speziell im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen diskutiert werden.

Im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen ist zu bedenken, dass Stress und Alkoholabhängigkeit in wechselseitiger Beziehung stehen. Abhängigkeit an sich kann Stress erzeugen und andererseits kann möglicherweise auch in stressreichen belastenden Situationen zu Alkohol gegriffen werden (Brown et al., 1990). Wie bereits in *Kapitel 2.3* erwähnt, stellt in vielen Fällen die Instrumentalisierung von Alkohol ein grundlegendes Problem von Alkoholabhängigkeit dar. Die entspannende

und enthemmende Wirkung von Alkohol führt oftmals dazu, dass Alkohol als "Problemlöser" eingesetzt wird - also zur Bewältigung von belastenden Situationen. In Anbetracht der schädlichen Wirkung von übermäßigem Alkoholkonsum sowie den bereits angeführten Komorbiditäten, die mit Alkoholabhängigkeit in Verbindung gebracht werden, liegt nahe, dass ein Umlernen im Umgang mit der Bewältigung von belastenden Situationen von Nöten ist und eine entsprechende Erweiterung des Ressourcenrepertoires erfolgen sollte.

Ein weiterer wichtiger Aspekt von Alkoholabhängigkeit im Zusammenhang mit Coping ist, dass Alkoholismus an sich die Coping-Fähigkeit beeinflusst. So verweisen Soyka und Küfner (2008) auf empirische Untersuchungen, die ergeben, dass Personen mit Alkoholabhängigkeit weniger soziale Unterstützung in Anspruch nehmen, seltener ihren Gefühlen Ausdruck verleihen und häufiger problemvermeidendes Verhalten zeigen.

3.3 Ressourcen

In den aktuellen Gesundheitsmodellen stellen Ressourcen ein zentrales Element dar. Was unter Ressourcen verstanden wird und wie sie eingeteilt werden können, wird im Folgenden erläutert.

3.3.1 Was sind Ressourcen?

Nach Grawe (1999) lassen sich Ressourcen als „Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten (...) z.B. motivationale Bereitschaften, Ziele, Wünsche, (...) aus denen ein Mensch sein Selbstwertgefühl bezieht“ (S.34) beschreiben.

Jerusalem (1990) versteht unter Ressourcen „das Ausmaß, in dem sich Personen generell den unterschiedlichsten Umweltaforderungen gewachsen (...) fühlen“ (S.29). Als Beispiel hierfür führt er das Konzept der *Selbstwirksamkeitserwartung* von Bandura (1977, 1986, 1992) an. Unter Selbstwirksamkeitserwartung wird die

Annahme einer Person über ihren Einfluss auf den eigenen Handlungsspielraum verstanden. Selbstwirksamkeitserwartungen sind Erfahrungen, die in bestimmten Situationen gemacht werden und welche auch auf andere Situationen übertragen werden können (Zimbardo & Gerrig, 2003).

Lorenz & Petzold (2004) definieren Ressourcen als „Hilfsquellen, die zur Erledigung oder Bewältigung von Anforderungen und Aufgaben mobilisiert (...) in zielorientierten Handlungen eingesetzt“ werden können (ebd, S.116).

„Eine bedeutende Ressource ist die Therapie selbst, sobald es TherapeutInnen verstehen, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten dahingehend entwicklungs- und ressourcenorientiert zu fördern, indem sie ihre Intervention auf die vorhandenen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Motivation der KlientInnen abzustimmen wissen.“ (S.119)

In diesem Sinne verstehen sie die Therapie an sich als grundlegende Ressource.

Betrachtet man die oben angeführten Versuche, den Begriff zu definieren, wird deutlich, dass das Verständnis sehr unterschiedlich ausfällt. Es gibt Definitionen, die sehr breit angelegt sind, so dass mehr oder weniger *alles* als Ressource zu verstehen ist oder auch Beschreibungen, die sehr differenziert und strukturiert versuchen, diesen Begriff zu erklären.

3.3.2 Modelle zur Einteilung von Ressourcen

Im Folgenden werden Konzepte zur Einteilung von Ressourcen angeführt. Diese Modelle dienen der Strukturierung und Organisation von Ressourcen.

Lorenz & Petzold (2004) unterscheiden grundlegend zwischen *personalen* und *situativen* Ressourcen. Erstere haben einen persönlichkeitsbezogenen Charakter, die situativen Ressourcen umfassen soziale, ökologische und institutionelle Bedingungen - also Aspekte, die in der Außenwelt bzw. im Umfeld einer Person verortet sind. Eine ähnliche Einteilung trifft Jerusalem (1990); er unterscheidet zwischen *objektiven* und *subjektiven* Ressourcen.

Eine detaillierte Differenzierung treffen zum Beispiel Forstmeier et al. (2005). Sie schlagen eine Einteilung in *kognitive, emotionale, motivationale, volitionale, interpersonale* und *soziale* Ressourcen vor.

Auch Udris und Rimann (2006, S. 132f.) treffen eine sehr ausführliche Unterscheidung. Sie schlagen folgende Strukturierung von Ressourcen vor:

- *personale Ressourcen*
- *kognitive Überzeugungssysteme* (zum Beispiel das Kohärenzgefühl als personale Ressource)
- *habitualisierte Handlungsmuster* (nach innen oder außen gerichtete)
- *äußere Ressourcen*
- *organisationale Ressourcen* (auf den privaten und/oder beruflichen Kontext bezogene, situative Bedingungen mit protektivem Charakter)
- *soziale Ressourcen* (zur Verfügung stehende und genutzte gesundheitsförderliche Faktoren)

Darüber hinaus fordern Udris und Rimann, angelehnt an ein systemtheoretisches Modell, eine Unterscheidung zwischen *strukturellen* und *funktionellen* Eigenschaften von Ressourcen. Speziell die funktionalen Aspekte von Ressourcen sind im Zusammenhang mit dem salutogenetischen Konzept von Bedeutung, da diese jene Prozesse beschreiben, die der Aufrechterhaltung und Schaffung von Gesundheit dienen.

3.3.3 Ressourcenpotenzial und Ressourcenrealisierung

Um Ressourcen adäquat in den Bewältigungsprozess integrieren zu können, ist es erforderlich, dass eine Person ein Bewusstsein hinsichtlich der Verfügbarkeit ihres Ressourcenrepertoires hat. In diesem Zusammenhang sind die Begriffe *Ressourcenpotenzial* und *Ressourcenrealisierung* von Interesse. Das Ressourcenpotenzial umfasst die objektiven Ressourcen, unter

Ressourcenrealisierung werden jene Ressourcen subsumiert, die von der Person als verfügbar erlebt werden (Jerusalem, 1990; Trösken, 2002; Deppe-Schmitz, 2008). Diese Differenzierung hat durchaus Bedeutung, da in empirischen Untersuchungen festgestellt werden konnte, dass die erfolgreiche Bewältigung von der Ressourcenrealisierung abhängt, unabhängig vom objektiv vorhandenen Ressourcenpotenzial. Es besteht also ein relativ geringer Zusammenhang zwischen Ressourcenpotenzial und Ressourcenrealisierung (Jerusalem, 1990).

3.4 Zusammenfassung Umgang mit belastenden Situationen

Gemäß Antonovskys Postulat der Heterostase, sind Menschen laufend mit Anforderung, die das Leben an sie stellt, konfrontiert. Diese Anforderungen sind Stressoren, die sowohl intern als auch extern verursacht werden können. Die Grundlage für den Bewältigungsprozess, das Coping, stellen kognitive Bewertungsprozesse dar. Sollte im Rahmen eines Bewertungsprozesses eine Situation als bedrohlich eingestuft werden, wird in weiterer Folge eine Einschätzung des verfügbaren Ressourcenrepertoires vorgenommen. Damit soll abgeschätzt werden, ob eine adäquate Strategie zur Bewältigung der Situation verfügbar ist; wesentlich ist allerdings, dass hierfür nur jene Ressourcen in Frage kommen, die von der Person als solche wahrgenommen werden. Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit ist zu beachten, dass es eine wechselseitige Beeinflussung von Stress und der Abhängigkeitserkrankung gibt, die sich letztlich auch maßgeblich auf die Copingfähigkeit der Person auswirkt.

4. Ressourcenorientierter Therapieansatz

Wie in *Kapitel 1, Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit*, angeführt wurde, etabliert sich mehr und mehr eine salutogenetische Sichtweise im klinischen Kontext, so auch in den therapeutischen Konzepten der Suchtbehandlung. Dem

salutogenetischen Verständnis zufolge stellen Ressourcen eine wesentliche Grundlage für die Bewältigung von belastenden Situationen dar. Speziell im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit ist der Rückgriff auf alternative Ressourcen - statt der Instrumentalisierung von Alkohol - für die Bewältigung von belastenden Situationen von großer Bedeutung.

4.1 Positive Psychologie

Martin Seligman (2002) gilt als Begründer der sogenannten positiven Psychologie. Für ihn soll eine psychologische Intervention nicht nur Störungen beseitigen, sondern auch maßgeblich zu einer Stärkung der Person beitragen.

Broaden and Built Theory (Fredrickson & Joiner, 2002)

Fredrickson und Joiner (2002) formulieren im Sinne der Positiven Psychologie die *Broaden and Built Theory*. Die Grundlage hierfür stellt die *Aufwärtsspirale der Positiven Emotionen* dar (siehe *Abbildung 4*). Durch euthymes Erleben, wie etwa Freude und Glück, wird der Möglichkeitenraum für Handlungen und Gedanken ausgebaut. Dies trägt zu einer Erweiterung des Ressourcenrepertoires bei, was wiederum die Wahrscheinlichkeit für positive Emotionen erhöht und zu Wohlbefinden und psychischer Gesundheit führt.

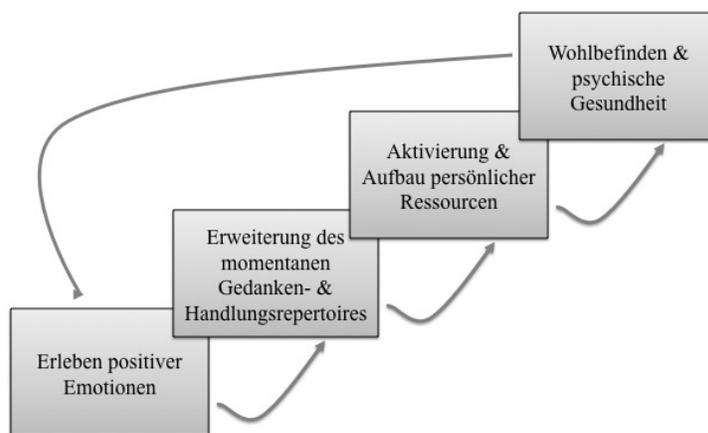


Abbildung 4: Die Aufwärtsspirale der Positiven Emotionen

Neben der Aufwärtsspirale der positiven Emotionen führen Fredrickson und Joiner den sogenannten *Annulierungseffekt* an. Dieser besagt, dass das Erleben von positiven Emotionen auch negativen Gefühlen entgegenwirken kann.

Die grundlegenden Faktoren der positiven Psychologie sind euthymes Verhalten und Erleben. Diese tragen zum Wohlbefinden einer Person bei und führen zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls, was wiederum positiv auf den Gesundheitszustand einer Person wirkt.

4.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie

Im Sinne der positiven Psychologie gibt es bestimmte Aspekte, die im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung als besonders wirksam erachtet werden. Grawe (1998, 2004) postuliert hierzu folgende Wirkfaktoren als Voraussetzung für erfolgreiche Psychotherapie:

1. *Ressourcenaktivierung*

Ziel der Ressourcenaktivierung ist es, jene Ressourcen ausfindig zu machen, welche für den/die Patienten/in motivationale Komponenten beinhalten und positiv auf sein bzw. ihr Selbstkonzept wirken.

2. *Problemaktualisierung*

Im Rahmen des therapeutischen Settings soll dem/der Patienten/in eine Auseinandersetzung mit Problemen und entsprechenden Bewältigungsstrategien ermöglicht werden.

3. *Problembewältigung*

Durch die Behandlung erfährt der/die Patient/in Unterstützung beim Sammeln positiver Bewältigungserfahrungen mit seinen/ihren Problemen.

4. *Intentionsrealisierung*

Unter Intentionsrealisierung werden die Erwartungen des/der Patienten/in verstanden.

5. *Motivationale Klärung*

Dieser Faktor umfasst einerseits eine Veränderung der Abwägungs- und Wahlprozesse und andererseits trägt dies zu inhaltlichen Veränderungen der Entscheidungen bei, die aus diesen Abwägungsprozessen resultieren.

6. *Neurobiologische Grundlagen*

Grawe erweitert in einem späteren Werk (2004) die Wirkfaktoren um den Aspekt der neurobiologischen Grundlagen.

Frank (2007) versteht ebenfalls die *Ressourcenaktivierung* als wesentliches Element des therapeutischen Vorgehens, darüber hinaus verweist sie allerdings auf die Wichtigkeit *Beziehung des/der Patienten/in zum/zur Therapeuten/in*. Für Frank gelten diese beiden Aspekte als grundlegende Prädiktoren des Therapieerfolges.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für eine erfolgreiche therapeutische Intervention *motivationale Aspekte, eine Sensibilisierung für Problemwahrnehmung und -bewältigung, eine Erweiterung des Ressourcenrepertoires* sowie das *Beziehungsgeschehen in der Therapie* von großer Bedeutung sind.

Im Folgenden werden die Aspekte Ressourcenaktivierung und das therapeutische Beziehungsgeschehen tiefergehend behandelt.

4.2.1 Ressourcenaktivierung und die therapeutische Beziehung

Grawe (1998) versteht unter Ressourcenaktivierung das Erfassen jener Quellen, die eine motivationale Bedeutung für die betreffende Person haben und förderlich für deren Selbstwert sind. Die aktivierten Ressourcen werden in den therapeutischen Prozess integriert, erweitern den Möglichkeitenraum einer Person und tragen somit maßgeblich zum therapeutischen Veränderungsprozess bei. Wichtig ist, dass im

Rahmen des therapeutischen Vorgehens der Fokus immer wieder auf die Ressourcenaktivierung gelenkt wird.

Frank (2007, S.39) versteht Ressourcenaktivierung als prozessgestaltend. Sie beschreibt folgende 6 Dimensionen der Ressourcenaktivierung:

- *Wahrnehmen und Verstärken unmittelbar dargebotener Ressourcen*
Der/die Therapeut/in wird dazu aufgefordert, das bestehende Ressourcenrepertoire des/der Patienten/in zu erkennen.
- *Verbalisieren von Ressourcen*
Es geht für den/die Therapeuten/in darum, die Bedeutung, welche die Ressourcen für den/die Patienten/in haben, zu erfassen.
- *Verstärken persönlicher Ressourcen des Patienten/der Patientin*
Der/die Therapeut/in hat die Aufgabe zu beobachten und zu erkennen, was den/die Patienten/in begeistert, welche Aktivitäten zu einem euthymen Empfinden beitragen.
- *Aufgreifen bestehender oder brachliegender Fähigkeiten und Fertigkeiten*
Der/die Therapeut/in sollte darauf achten, in welchen Bereichen die Person hohe Kompetenzen und Fähigkeiten zeigt. Möglicherweise handelt es sich hierbei um Beschäftigungen, die wieder aufgenommen werden und dementsprechend als Ressourcen dienen können.
- *Fokussieren auf problemunabhängige Ressourcen*
Der Fokus sollte auf Ressourcen liegen, die positiv assoziiert sind und nicht unbedingt mit dem Problem im Zusammenhang stehen.
- *Optimierung verbrauchbarer Ressourcen*
Es soll auch der Ressource selbst Beachtung geschenkt werden. Es sollte beispielsweise abgeklärt werden, wo die Grenzen der Ressource liegen oder in welchem Ausmaß sie eingesetzt werden kann.

Auch Grawe (1998) verweist darauf, dass durch die Ressourcenarbeit der therapeutische Veränderungsprozess maßgeblich beeinflusst wird. Für ihn ist es die

Aufgabe des/der Therapeuten/in - neben den inhaltlichen Aspekten - auch der Dynamik dieses Prozesses Beachtung zu schenken.

Großer Wert wird im Rahmen der ressourcenorientierten Therapie auf die Stärkung des Selbstwerts des/der Patienten/in gelegt. Die Person soll zu einer Unabhängigkeit ermächtigt werden, was zudem zu einer ausgewogenen Beziehung Therapeuten/in und Patienten/in führt und ein Machtgefälle innerhalb der therapeutischen Beziehung verhindert (Frank, 2007).

4.3 Ressourcenorientierte Arbeit im Kontext von Alkoholabhängigkeitserkrankungen

Wie bereits in *Kapitel 4.1* angeführt hat euthymes Erleben und Verhalten direkten Einfluss auf Gesundheit. Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit ist im Speziellen der Konsum von Alkohol - im Sinne eines Genussmittels - zur Erzeugung von euthymen Erleben von Interesse. Während *Substanzmissbrauch* durch ein hohes Maß an Instrumentalisierung charakterisiert ist, zeichnet sich *Genuss* dadurch aus, dass er an kein Ziel gebunden ist, sondern für sich selbst steht. Für Welbrink und Franke (2006) steht die Fähigkeit zu genießen - das heißt, eine Dosierung des Konsums die lediglich dem Genuss dient - mit dem Konstrukt Selbstfürsorge in Beziehung. Sie postulieren, dass alkoholabhängige Personen möglicherweise Defizite in Bezug auf das Konzept der Selbstfürsorge aufweisen.

Zobel et al. (2005) konnten in einer Untersuchung nachweisen, dass Personen, die erwerbstätig sind und/oder in einer Partnerschaft leben eine höhere Chance auf Abstinenz haben. Weiters zeigte sich, dass Personen die einen 12-wöchigen Aufenthalt in einer Entziehungsklinik hatten, eher abstinent waren als jene, die nur einen 8-wöchigen Aufenthalt hatten.

Ein interessantes Ergebnis brachte die Studie von Scheller und Lemke (1994). Sie konnten einen positiven Effekt bezüglich der Copingfähigkeit von Personen, die bereits lange abstinent sind und Selbsthilfegruppen besuchen, feststellen. Sie

konnten nachweisen, dass diese weniger problemvermeidende Strategien einsetzten und eher auf soziale Unterstützung zurückgriffen.

4.3.1 Das Transtheoretische Modell der Veränderung (TTM) (Prochaska und DiClemente, 1986, 1988)

Im Folgenden wird das *Transtheoretische Model der Veränderung* (TTM) von Prochaska und DiClemente (1986, 1988) angeführt. Obwohl mehrfach an der vereinfachenden Phaseneinteilung Kritik geübt wurde (Davidson, 1992; Lenio, 2006), verdeutlicht es auf anschauliche Weise den prozesshaften Charakter von Suchterkrankungen (siehe *Abbildung 5*).

Prochaska und DiClemente postulieren sechs Phasen der Veränderung in ihrem Modell, die wie folgt beschrieben werden können (vgl. Körkel & Kruse, 2005):

1. Ahnungs- und Absichtslosigkeit

Oftmals befindet sich die betroffene Person in einem Zustand von Ahnungslosigkeit. Wird eine Person auf ein Problem im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung aufmerksam - dies kann extern oder auch intern erfolgen - kann Phase 2, das Nachdenken über eine Veränderung des Alkoholkonsums beginnen.

2. Nachdenken über eine Veränderung

In dieser Phase werden Überlegungen hinsichtlich der Konsequenzen einer solchen Veränderung angestellt.

3. Entscheidung

In Phase 3 erfolgt eine Entscheidung - je nachdem, was die Überlegungen in Phase 2 ergeben haben - für oder gegen eine Veränderung der aktuellen Situation.

4. Veränderung

Im Falle, dass eine Veränderung der Situation angestrebt wird, gilt es nun Überlegungen hinsichtlich der konkreten Aktivitäten anzustellen. Das heißt Entscheidungen zu fällen, inwieweit und welche professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden soll.

5. Aufrechterhaltung

Unter Aufrechterhaltung wird die Integration der Veränderung im Alltag verstanden.

6. Rückfall

Es kann vorkommen, dass in belastenden Situationen, im Sinne einer Instrumentalisierung, der Rückgriff auf Alkohol zur Stressbewältigung vorgenommen wird.

Dieses Modell macht zunächst deutlich, dass Suchterkrankungen eine längerfristige Auseinandersetzung mit der Thematik - für betroffene Personen sowie deren Umfeld - erforderlich macht.

Interessant an diesem Modell ist, dass der Rückfall als Teil des Veränderungsprozesses verstanden wird. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die betroffene Person nach einem Rückfall erneut in einer früheren Phase des Veränderungsprozesses einsteigt und weiterhin an dem Bestreben nach Veränderung der Situation festhält. Aus dieser Überlegung leitet sich ein sehr wichtiges Postulat für die therapeutische Intervention ab: es ist möglich, dass dieser Prozess mehrere Male durchlaufen werden muss, um das Ziel der Abstinenz zu erreichen. Das ist sowohl für den/die Therapeuten/in als auch für den/die Patienten/in und dessen/deren Umfeld von großer Bedeutung und sollte in das Verständnis von Suchterkrankungen integriert werden.

Unter dem Aspekt, dass der Rückfall Teil des Veränderungsprozesses ist und somit auch Teil der Krankheit, kann eine Reduktion des Schamgefühls erreicht werden und

somit auch Hoffnungslosigkeit und Demoralisierung des/der Patienten/in vermieden werden (Körkel & Kruse, 2005).

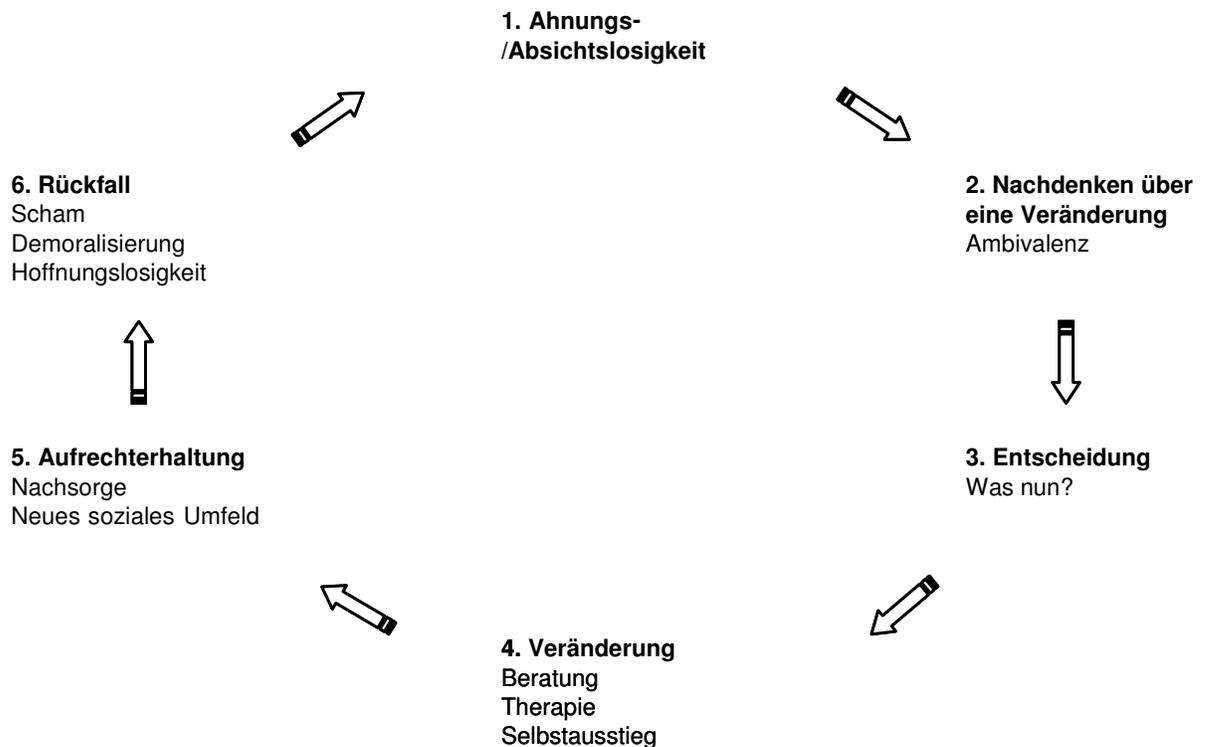


Abbildung 5: Das Veränderungsmodell (Prochaska und DiClemente, 1986, 1988)

In Anlehnung an das Veränderungsmodell kann davon ausgegangen werden, dass alkoholabhängige Personen über einen längeren Zeitraum mit Belastungen konfrontiert sind. In diesem Zusammenhang sind die von Aldwin und Brustrom (1997) postulierten Aspekte, die speziell für den Umgang mit chronischen Belastungen von Bedeutung sind, interessant:

- *Antizipieren von möglicherweise stressbehafteten Situationen*, um das Auftreten von problematischen Ereignissen zu vermeiden.
- *Entwicklung von Strategien* für einen adäquaten Umgang mit belastenden Situationen, die sehr wahrscheinlich Auftreten.

- Der Fokus soll auf die positiven Aspekte gelenkt werden, die negativen Faktoren sollen relativiert und entsprechend bewertet werden.

Im Rahmen der Therapie sollte auf die Antizipation von möglicherweise belastenden Situationen und die Entwicklung von entsprechenden Strategien geachtet werden. Darüber hinaus soll das euthyme Erleben und Verhalten ins Zentrum gerückt und die negativen Aspekte in den Hintergrund gestellt werden.

Wie bereits im Kapitel *Coping und Alkoholabhängigkeit* angeführt, besteht bei Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen die Gefahr, dass diese zur Stressbewältigung Alkohol instrumentalisieren, was zu einer Rückfallsituation führen könnte (Brown et al., 1990). Weiters ist zu bedenken, dass in Anlehnung an die Ergebnisse von Soyka und Kufner (2008) die Coping-Fähigkeit von Personen mit Suchterkrankungen beeinträchtigt ist.

Diese Aspekte legen nahe, dass im Rahmen des therapeutischen Prozesses eine Erweiterung des Ressourcenrepertoires erfolgen sollte. Dadurch wird der Möglichkeitenraum für alternative Bewältigungsstrategien erweitert und somit auch die Wahrscheinlichkeit für Abstinenz erhöht (Deppe-Schmitz, 2008).

Abschließend sei im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen erneut auf die Häufigkeit von Komorbiditäten hingewiesen. Es ist unerlässlich diese im therapeutischen Prozess zu integrieren und mitzubehandeln. Vor allem wenn man die Konzepte des primären und sekundären Alkoholismus bedenkt (siehe *Kapitel 2.5*).

4.4 Zusammenfassung ressourcenorientierter Therapieansatz

Die Positive Psychologie als Basis für den ressourcenorientierten Therapieansatz versteht euthymes Verhalten und Erleben als Grundlage für Wohlbefinden und seelische Gesundheit. Neben motivationalen und problemfokussierten Aspekten stellen speziell die Ressourcenaktivierung und das therapeutische

Beziehungsgeschehen grundlegende Faktoren des therapeutischen Prozesses dar, die zu Empowerment und Autonomie führen sollen.

Das Veränderungsmodell von Prochaska und DiClementi stellt auf anschauliche Weise Alkoholabhängigkeit als prozesshaftes Geschehen dar. Es verdeutlicht, dass betroffene Personen oftmals mit langfristigen Belastungen konfrontiert sind und der Rückfall als Teil des Veränderungsprozesses verstanden werden soll.

Da bei Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen die Tendenz zur Instrumentalisierung von Alkohol in Problemsituationen besteht und deren Copingfähigkeiten oftmals beeinträchtigt sind, ist für das therapeutische Vorgehen eine Erweiterung des Ressourcenrepertoires - also die Schaffung von alternativen Ressourcen und Strategien - indiziert.

5. Theoretische Darstellung der methodischen Vorgehensweise

Um dem prozesshaften Charakter des Forschungsgegenstandes gerecht zu werden, wurde die Untersuchung unter Anwendung qualitativer Forschungsmethoden durchgeführt. Diese zeichnen sich im Speziellen dadurch aus, dass sie detaillierte Erkenntnisse von Phänomenen ermöglichen und eine Offenheit für neue, bisher noch nicht im jeweiligen Kontext beachtete Aspekte schaffen (Strauss & Corbin, 1999; Flick, 2007).

5.1 Theorie des qualitativen Forschungsansatzes

Während quantitative Forschung einem linearen Forschungsablauf folgt, liegt der qualitativen Forschungspraxis ein zirkulärer Forschungsprozess zugrunde. So führt Flick (2007) „die enge (auch zeitliche) Verzahnung von Datenerhebung und -auswertung mit der Auswahl von empirischem Material“ an, durch welche sich „die folgende Frage nicht nur immer wieder stellen“ lässt, „sondern auch eher beantworten als bei einem klassisch linearen Vorgehen“ (S.126 f.). Also gerade

dadurch, dass ein ständiger Wechsel zwischen Erhebung und Analyse der Daten stattfindet, ist gewährleistet, dass die Erkenntnisse gegenstandsbezogen sind.

5.1.1 Grundlegende Prinzipien der qualitativen Forschung

Qualitative Forschung zeichnet sich durch bestimmte Prinzipien aus, welche teilweise den Grundlagen des quantitativ ausgerichteten Forschungsparadigmas widersprechen. In der folgenden Darstellung werden die wesentlichen Grundprinzipien verschiedener Autoren zusammengefasst. (vgl. Lamnek, 1993, S.21 ff.; Mayring, 2002, S.19 ff.; Flick, 2007 S.26 ff.).

1. Offenheit

Offenheit wird als eines der Hauptaspekte der qualitativen Forschung verstanden und verdeutlicht die Abkehr von der streng deduktiv orientierten Vorgehensweise der quantitativen Forschungstradition. Es soll gewährleistet werden, dass auch Aspekte in die Bearbeitung der Fragestellung einfließen können, die erst im Laufe des Forschungsprozesses entdeckt werden.

2. Prinzip der Prozessualität

Die Prozesshaftigkeit der qualitativen Sozialforschung kommt auf zwei Ebenen zu tragen. Demnach stellt einerseits die Tätigkeit des Forschens ein prozessuales Geschehen dar und andererseits wird auch dem zu erforschenden Phänomen eine Prozessualität zugesprochen. Dies lässt sich damit begründen, dass das Ziel qualitativer Forschung das Erfassen sozialer Wirklichkeit ist. Diese Wirklichkeit wird durch Verhalten und Erleben der betroffenen Person generiert und erhält durch Reproduktion und Anpassungen einen prozesshaften Charakter.

3. Reflexivität

Es wird betont, dass Forschung als ein kommunikativer Prozess aufzufassen ist. Das impliziert, dass der/die Forschende/in selbst Teil des Forschungsprozesses ist und als Subjekt diesen auch beeinflusst. Entgegen der im quantitativen Forschungsparadigma üblichen Vorgehensweise, welche die größtmögliche Reduktion

dieses Einflusses vorsieht, wird im Rahmen von qualitativer Forschung der Einfluss von Untersuchungsperson und Forscher/in als Teil des Prozesses betrachtet und somit auch explizit gemacht.

4. Explikation

Auch die qualitative Forschungstradition erfordert eine offene und transparente Darstellung des Untersuchungsprozederes und der angewandten Methoden, um eine größtmögliche Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

5. Flexibilität

Unter dem Aspekt der Flexibilität wird der dem Forschungsgegenstand angemessene Einsatz von Methoden verstanden. Dieser Aspekt ist eng mit dem Prinzip der Prozessualität und dem hermeneutischen Vorgehen im Rahmen qualitativer Forschung verknüpft. Im Gegensatz zur quantitativen Forschungstradition, die aufgrund ihrer linearen Vorgehensweise ein formatives Vorgehen ausschließt, soll im Rahmen einer qualitativen Untersuchung die Flexibilität bestehen, entsprechend dem laufenden Erkenntnisgewinn zu reagieren und diesen in den weiteren Forschungsverlauf einzubauen.

5.2 Die Grounded Theory Methode (GTM)

Die gegenständliche Arbeit wurde unter Anwendung der *Grounded Theory Methode* (GTM) erstellt. Die GTM wurde Ende der 1960er Jahre von Glaser und Strauss publiziert und ist sowohl als Methodologie als auch als konkrete Methode zur Auswertung von Daten bis heute von großer Bedeutung für das qualitative Forschungsparadigma. Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen sowie weitere relevante Aspekte der GTM erläutert.

5.2.1 Theoretische Grundlagen der GTM

Glaser und Strauss (1968) führen die Notwendigkeit an, neben der Verifikation bestehender Theorien auch neue Theorien zu entwickeln, welche auf den im Rahmen

des qualitativen Forschungsprozesses gewonnenen Daten basieren. Sie heben den prozesshaften Charakter solcher *grounded theories* hervor und verweisen darauf, dass es von großer Bedeutung sei Theorien diskursiv zu verstehen, da dies gewährleiste, „ihre Offenheit, ihren Reichtum, ihre Komplexität und Dichte zu unterstreichen sowie ihre Angemessenheit und Relevanz zu verdeutlichen" (Glaser & Strauss, 1968, S.41). Mey und Mruck (2009) führen einen weiteren Grund für die Erstellung einer Grounded Theory an, nämlich die Abkehr von einer reinen Deskription der Daten und einer Bewegung in Richtung Konzeptualisierung und Abstraktion der Daten als Grundlage für ein theoretisches Konzept. Und Breuer (2009) verweist darauf, dass die GTM versucht, das zu untersuchende Phänomen in dessen sozio-kultureller und auch historischer Einbettung zu verstehen. Im Folgenden werden einige grundlegende Aspekte der GTM erläutert.

5.2.1.1 Induktion-Deduktion

Auch wenn die Anfänge der GTM stark von einer ausschließlich induktiven Vorgehensweise geprägt waren, so hat sich im Laufe der Zeit – vor allem in der Forschungstradition nach Strauss bzw. Strauss & Corbin – eine Forschungspraxis entwickelt, welche auf induktive und deduktive Schlussfolgerungen aufbaut. Es wird davon ausgegangen, dass es nicht möglich ist, vollkommen ohne Vorkenntnisse in ein Forschungsfeld zu gehen, sondern dass der/die Forscher/in immer ein gewisses Vorwissen hat. Wichtig sei nur, dass dieses explizit gemacht wird und somit als solches ersichtlich ist. (Mey & Mruck, 2009).

5.2.1.2 Einsatz von Literatur

Bezüglich der Auseinandersetzung mit Literatur vor der Durchführung der Untersuchung haben Glaser und Strauss unterschiedliche Ansichten. So spricht sich Glaser grundsätzlich gegen die Einbeziehung vorhandener Literatur in den Anfängen einer Untersuchung aus. Strauss & Corbin hingegen sind der Meinung, dass Literaturrecherche durchaus einen wertvollen Beitrag zu einem besseren Verständnis des zu erfassenden Phänomens leisten kann. Es soll jedoch trotzdem nicht eine

vollständige Bearbeitung der themenspezifischen Literatur vor Beginn der Untersuchung stattfinden, da das Forschungsvorgehen der GTM auf Offenheit und Flexibilität beruht und somit eine Unvoreingenommenheit voraussetzt. (Strauss & Corbin, 1999; Mey & Mruck, 2009; Breuer, 2009).

5.2.1.3 Theoretische Sensibilität

Unter theoretischer Sensibilität wird die Fähigkeit verstanden die relevanten Aspekte der Daten zu erfassen und zu verdichten. Es soll die Information, die in den Daten steckt, verstanden werden und weiter abstrahiert werden. Nach Strauss & Corbin (1999) stellt die theoretische Sensibilität die Grundlage für die Generierung einer gehaltvollen und komplexen Theorie dar.

Die Ausprägung der theoretischen Sensibilität beruht nach Strauss & Corbin (1999) auf den bisherigen Literaturrecherchen, den beruflichen und auch persönlichen Erfahrungen sowie auf Erkenntnissen, die im Laufe des Forschungsgeschehens erlangt werden. Es stehen somit Erkenntnisse aus dem bisherigen Wissen mit einem Erkenntnisgewinn aus dem Gegenstand selbst in wechselseitiger Beziehung (Breuer, 2009).

5.2.1.4 Theoretisches Sampling

Entsprechend dem bereits beschriebenen wechselseitigen induktiven und deduktiven Vorgehen im Rahmen der GTM werden Datenerhebung, Datenauswertung und -analyse parallel durchgeführt, wobei die aus dem Prozess gewonnen Daten die Grundlage für die weitere Datenerhebung bilden.

„Theoretical Sampling is the process of data collection for generating theory whereby the analyst jointly collects, codes, and analyzes his data and decides what data to collect next and where to find them, in order to develop his theory as it emerges. This process of data collection is controlled by the emerging theory (...).“ (Glaser & Strauss, 1968)

Das bedeutet, dass sich die Anzahl der zu befragenden Personen nicht vorab festlegen lässt, sondern vielmehr im Laufe des Forschungsprozesses ersichtlich wird.

Glaser & Strauss (1968) formulieren die sogenannte *Theoretische Sättigung* als grundlegendes Kriterium dafür, dass die Kategorien erschöpfend erfasst wurden und kein weiterer Informationsgewinn zu erwarten ist.

5.2.1.5 Reflexivität

Wie bereits erwähnt, stellt Reflexivität ein Grundprinzip des qualitativen Forschungsparadigmas dar. So wird diesem Aspekt auch im Rahmen der GTM große Bedeutung beigemessen.

Reflexivität bedeutet für den/die Forscher/in, ein Bewusstsein zu schaffen, dass er/sie als Teil des Forschungsprozesses sowohl in der Rolle des/der Wissenschaftler/in agiert und andererseits auch als "alltagsweltliche Person" in den Prozess eingebunden ist. So meint Breuer (2009):

„Unserem Forschungsstil liegt die Auffassung zugrunde: Der Forscher bzw. die Forscherin kommt selbst als Subjekt und Person im Kontext der sozialwissenschaftlichen Erkenntnisarbeit vor. Das methodologische Postulat, das aus diesem Grundgedanken folgt, beinhaltet eine selbstreflexive Herangehensweise an die Forschungsarbeit (...).“ (S.115)

Der wesentliche Aspekt dabei ist, dass dies erkannt wird und letztlich im Rahmen des Forschungsprozesses Beachtung findet und somit kontrolliert werden kann.

5.3 Datenerhebung

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden Experteninterviews mit MitarbeiterInnen des Anton Proksch Instituts und problemzentrierte Interviews mit PatientInnen des Anton Proksch Instituts durchgeführt. Dadurch sollte einerseits ein Einblick in die Struktur und das Aufnahme-prozedere des Anton Proksch Instituts gewährleistet werden und andererseits eine umfassende Erhebung von Daten zum Umgang von den PatientInnen mit belastenden Situationen.

5.3.1 Experteninterviews

Es lässt sich eine wesentliche Unterscheidung von Experteninterviews dahingehend treffen, ob diese im Rahmen einer Studie das zentrale Verfahren zur Datengenerierung darstellen oder ob sie eher – wie in der gegenständlichen Arbeit – als zusätzliche Möglichkeit der Informationsgewinnung eingesetzt werden (Bogner & Menz, 2005; Meuser & Nagel, 2005; Flick, 2007).

5.3.1.1 Wer ist ein/e Experte/in?

Eine grundlegende Frage, die sich in Bezug auf Experteninterviews aufwirft, ist, wie sich Expertentum definieren lässt.

Bogner und Menz (2005) verweisen auf die Notwendigkeit einer Unterteilung von Expertenwissen. Sie differenzieren zwischen dem sogenannten *technischen Wissen*, womit das spezifische Fachwissen über den Forschungsgegenstand gemeint ist, dem *Prozesswissen*, darunter werden die persönlichen und praktischen Erfahrungen im Feld verstanden und dem *Deutungswissen*, welches die subjektive Perspektive des/der Experten/in beinhaltet. Diese Differenzierung macht deutlich, dass sowohl das fachliche Wissen des/der Experten/in von Bedeutung ist als auch die persönlichen Erfahrungen und Sichtweisen von ihm/ihr. Darüber wird der Praxisbezogenheit seines/ihres Wissens hohe Bedeutung beigemessen. Meuser & Nagel (2005) bieten hierzu eine sehr pragmatische Definition von Expertentum: sie verstehen den Begriff Experte/Expertin als relativ, denn dieser Status sei vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig und würde sich aus diesem heraus generieren.

5.3.1.2 Das explorative Experteninterview

Die im Rahmen der gegenständlichen Untersuchung durchgeführten Experteninterviews lassen sich nach Bogner und Menz (2005) dem sogenannten *explorativen Experteninterview* zuordnen, da sie vor allem einer grundlegenden

Orientierung hinsichtlich Struktur und Aufnahme- bzw. Behandlungsprozedere im Anton Proksch Institut dienen sollen.

Beim explorativen Experteninterview handelt es sich um ein leitfadengestütztes Interview, welches die – vorab angedachten – zentralen Dimensionen des interessierenden Feldes beinhalten sollte. Der explorative Charakter dieser Interviewform steht im Vordergrund, weshalb eine relativ offene Durchführung der Interviews erfolgen sollte, um auch unerwartete Aspekte erfassen zu können. Im Gegensatz zu den beiden anderen von Bogner und Menz postulierten Typen – *systematisierendes* und *theoriegenerierendes Experteninterview* – können beim explorativen Experteninterview die Kriterien Vergleichbarkeit, Vollständigkeit und Standardisierbarkeit der Daten eher vernachlässigt werden (Bogner & Menz, 2005). Vielmehr stehen sogenannte *thematische Einheiten*, die für den spezifischen Forschungsgegenstand Relevanz aufweisen und eben in diesem Zusammenhang interpretiert werden, im Vordergrund (Meusner & Nagel, 2005).

5.3.1.3 Problemzentriertes Interview (PZI)

Das PZI nach Witzel (1982) ist eine Methode, um Informationen zu gesellschaftlich relevanten Fragestellungen zu erfassen.

Witzels Intention war es, eine Methode zu entwickeln, welche der subjektiven Betrachtung eines Phänomens besondere Beachtung schenkt. Er geht davon aus, dass der Mensch ein *vernunftbegabtes Wesen* ist und folglich dazu in der Lage, seine Empfindungen, Gedanken und sein Handeln zu reflektieren. Diese soziale Realität der interviewten Person soll im Rahmen des Kommunikations- bzw. Interaktionsprozesses zwischen Forscher/in und Interviewpartner/in erfasst werden. Diese an der befragten Person orientierte Forschungshaltung erfordert nach Witzel (1989, S.228f.) folgende grundlegende Prinzipien: *Offenheit*, *Kommunikation* und *Kontextbezogenheit*.

Mittels einer erzählgenerierenden Einstiegsfrage soll der Fokus des Gespräches auf die Problemstellung gerichtet werden. Exmanentes Nachfragen soll gewährleisten, dass Aspekte, die die interviewte Person nicht von sich aus einbringt, welche aber wichtig erscheinen, erfasst werden können. Darüber hinaus können – um Missverständnisse zu vermeiden – Verständnisfragen gestellt werden oder die Techniken des *Spiegelns* bzw. *Paraphrasierens* eingesetzt werden. In einem Artikel von 2000 vertieft Witzel seinen Ansatz und postuliert eine weitere Unterscheidung zwischen *erzählgenerierenden* und *verständnisgenerierenden* Kommunikationsstrategien. Diese Ausführungen machen deutlich, dass dem Kommunikationsgeschehen im Rahmen des PZI eine große Bedeutung zugeschrieben wird.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt des PZIs ist die wechselseitige Anwendung induktiver und deduktiver Vorgehensweisen. Es wird davon ausgegangen, dass der/die ForscherIn nicht vollkommen frei von Vorwissen ins Feld geht, sondern über – zumindest implizite – Vorannahmen verfügt. Diese sollen auch als grundlegende Dimensionen in einen Gesprächsleitfaden eingearbeitet werden und dienen der Orientierung und Strukturierung des Interviews. (Witzel, 2000).

Programmatik des Problemzentrierten Interviews

Witzel (1982, 1989, 2000) versteht unter der sogenannten Programmatik des PZIs die grundlegenden Prinzipien des PZIs und zwar *Problemzentrierung*, *Gegenstandsorientierung* und *Prozessorientierung*. Diese bedeutenden Aspekte des PZIs werden im Folgenden kurz erläutert:

1. Problemzentrierung

Ausgangssituation für den Einsatz eines PZI stellt eine gesellschaftlich bedeutsame Problemstellung dar.

2. Gegenstandsorientierung

Der Aspekt Gegenstandsorientierung soll verdeutlichen, dass sich der gesamte Forschungsprozess am Gegenstand orientiert und aufgrund des prozesshaften Vorgehens Flexibilität gefordert wird.

3. Prozessorientierung

Hinsichtlich des Forschungsprozesses stellt Witzel einen Bezug zur Vorgehensweise im Rahmen der Grounded Theory Methode dar. Wichtig sei das ständige Reflektieren der gewonnen Erkenntnisse und Einarbeiten dieser in den weiteren Forschungsprozess, also eine Verschränkung von Induktion und Deduktion.

5.4 Datenauswertung

Das Forschungsprozedere der Grounded Theory Methode sieht einen formativen Prozess vor, welcher sich in einer Wechselseitigkeit von Induktion und Deduktion begründet. Bereits sehr rasch nach Beginn der Datenerhebung wird parallel dazu mit dem Analyseprozess begonnen. Das heißt, dass Erkenntnisse, die im Analyseprozess gewonnen werden, in die weitere Datenerhebung einfließen. Dieses Vorgehen gewährleistet eine flexible Ausrichtung am Forschungsgegenstand und ermöglicht somit, dass im Laufe dieses Prozesses zunehmend der Fokus auf die wesentlichen Aspekte gerichtet wird. Die in der gegenständlichen Arbeit vorgenommene Trennung der Arbeitsschritte Datenerhebung und Datenauswertung ist somit eine künstliche und dient ausschließlich der Übersichtlichkeit und Strukturierung. Zur Datenauswertung wurde die *Globalauswertung nach Legewie (1994)* und das *Kodier- und Analyseverfahren der Grounded Theory Methode* herangezogen. Beide Verfahren werden im Folgenden beschrieben.

5.4.1 Globalauswertung nach Legewie (1994)

Nachdem die durchgeführten explorativen Experteninterviews in erster Linie der Orientierung im Feld dienen sollten und Bogner und Menz (2005) darauf verweisen, dass bei explorativen Experteninterviews die Aspekte „Vergleichbarkeit,

Vollständigkeit und Standardisierbarkeit der Daten“ (S.37) vernachlässigt werden können, wurde die Auswertung in Anlehnung an die Globalauswertung nach Legewie (1994, zit. nach Bortz & Döring, 2005) durchgeführt. Dieses Verfahren zeichnet sich durch eine rasche und schlüssige Vorgehensweise bei der Auswertung aus und dient einer breit und überblicksmäßig angelegten Analyse der erhobenen Daten. Diese Auswertungsmethode umfasst folgende 10 Schritte:

- Orientierung (raschen Überblick über Text verschaffen)
- Aktivieren von Kontextwissen (Entstehungsbedingung und Geschichte des Textes überlegen)
- Text durcharbeiten (intensives Durcharbeiten des Textes)
- Einfälle ausarbeiten (Ideen zum Text notieren)
- Stichwortverzeichnis anlegen (relevante Aspekte des Textes herausarbeiten)
- Zusammenfassung (möglichst kurz)
- Bewertung des Textes (kritische Reflexion des Textes)
- Auswertungs-Stichwörter (konkreter Bezug zur Fragestellung)
- Konsequenzen für weitere Arbeit (Überlegungen inwieweit eine weitere Bearbeitung des Textes notwendig ist)
- Ergebnisdarstellung (kleinen Ergebnisbericht erstellen)

5.4.2 Kodier- und Analyseverfahren der Grounded Theory Methode

Die Auswertung der Problemzentrierten Interviews wurde mit Hilfe des Kodier- und Analyseverfahrens der Grounded Theory Methode durchgeführt. Für Strauss & Corbin (1999) stellt *das Kodieren* die Grundlage für die Entwicklung einer Theorie dar. Es lassen sich drei Arten des Kodierens unterscheiden, die im Folgenden detaillierter beschrieben werden (Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1999; Breuer, 2009;):

- *offenes Kodieren*
- *axiales Kodieren*

- *selektives Kodieren*

Offenes Kodieren

Das offene Kodieren dient dem - wie es oftmals genannt wird - Aufbrechen der Daten. Breuer (2009, S.80) beschreibt das offene Kodieren folgendermaßen:

„Es geht um die konzeptuelle bzw. theoretische Eröffnung eines Raumes möglicher Be-/Deutungen eines Phänomens, eines Datenausschnittes. Hierbei darf es zunächst auch gewagte, riskante, auf den ersten Blick abwegige Assoziationen und Interpretationen geben.“

In der Regel wird mit einer sehr genauen Analyse des ersten Interviews begonnen. Diese kann mit sehr kleinen sogenannten *Sinneinheiten* - also Zeile für Zeile oder sogar Wort für Wort - erfolgen. Mit der Zeit, wenn immer mehr Information vorhanden ist und sich mehr Kategorien herausgebildet haben, können auch größere Sinneinheiten zur Analyse herangezogen werden.

Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind auch die sogenannten *Code-Memos*. Das sind Informationen bzw. Gedanken oder Ideen des/der Forschers/in zu den jeweiligen Konzepten, welche maßgeblich in den weiteren Forschungsprozess einfließen. (Mayring, 2002).

Axiales Kodieren

Beim axialen Kodieren liegt der Fokus auf einem höheren Abstraktionsniveau. Es soll dazu verhelfen, Relationen und Zusammenhänge zwischen den gebildeten Kategorien und Subkategorien zu erfassen. Strauss und Corbin (1999) sehen als Grundlage hierfür das *Dimensionalisieren von Kategorien*. Dabei handelt es sich um Beschreibungen bestimmter Eigenschaften einer Kategorie, wie etwa *Häufigkeit*, *Dauer* oder *Intensität*. Weiters findet das *Paradigmatische Modell* im Rahmen des axialen Kodierens Anwendung (Strauss & Corbin, 1999). Es handelt sich dabei nach Breuer (2009) um „eine nach Kausalitätslogik gebaute handlungstheoretische Vorstellung aus konsekutiv miteinander verketteten Komponenten“ (S.86), welche im Folgenden angeführt sind:

- ursächliche Bedingungen für das fokussierte Phänomen

- Eigenschaften des Kontextes der zu einem Phänomen gehört
- intervenierende Bedingungen, Merkmale eines breiteren strukturellen Kontextes
- Handlungs- und interaktionale Strategien, Inter-/Aktionen mit prozessualer und zielorientierter Charakteristik
- Konsequenzen, beabsichtigte und unbeabsichtigte Ergebnisse und Folgen des kontextuellen Handelns/Interagierens

Unter Berücksichtigung der oben angeführten Komponenten des Paradigmatischen Modells sollen Kategorien und deren Relation zu anderen Subkategorien erfasst und beschrieben werden.

Selektives Kodieren

Ziel des selektiven Kodierens ist es, eine Schlüssel- bzw. Kernkategorie zu erfassen, welche das zentrale Element der Grounded Theory darstellt. Strauss und Corbin (1999) verstehen unter der Kernkategorie „das zentrale Phänomen, um das herum alle anderen Kategorien integriert sind“ (S.94). Es sollen also alle anderen Kategorien mit der Kernkategorie in Verbindung gebracht werden. Auch beim selektiven Kodieren kann das Paradigmatische Modell angewendet werden, da auch hier eine systematische Beschreibung erforderlich ist, allerdings auf einem höheren Abstraktionsniveau.

Strauss und Corbin (1999, S.95) formulieren fünf Schritte, die diesen Prozess verdeutlichen sollen:

1. Offenlegung des roten Fadens der Geschichte
2. Verbinden der ergänzenden Kategorien rund um die Kernkategorie mit Hilfe des Paradigmas
3. Verbinden der Kategorien auf der dimensional Ebene

4. Validieren dieser Beziehungen durch die Daten

5. Auffüllen der Kategorien

Sie weisen allerdings darauf hin, dass diese Schritte weder unbedingt in dieser hierarchischen Abfolge durchgeführt werden müssen noch als vollkommen unabhängig voneinander verstanden werden können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Kodierprozess im Rahmen der GTM – mittels fortwährender Abstraktion - zu einer zunehmenden Verdichtung der Inhalte und Fokussierung auf die zentralen Elemente der zu entwickelnden Theorie abzielt. Das Forschungsvorgehen folgt nicht einem linearen Verlauf, sondern ist als formativer Prozess zu verstehen, bei welchem Induktion und Deduktion in wechselseitiger Beziehung stehen. Damit der Prozess entsprechend voranschreitet, werden das ständige *Generieren und Überprüfen von Hypothesen* und das *Kontrastieren* - also das Anstellen von Vergleichen - als grundlegende Strategien vorgeschlagen (Glaser & Strauss, 1968; Strauss & Corbin, 1999; Breuer, 2009).

5.4.3 Transkription

Um die Interviewdaten für die anschließende Analyse aufzubereiten, wurden die Audioaufnahmen der durchgeführten Interviews verschriftlicht. Bei der Transkription - also dem Transfer der gesprochenen Sprache in einen geschriebenen Text - ist zu beachten, dass nicht ein vollkommen identes Abbild der Realität entsteht, sondern eine (neue) Wirklichkeit re-/konstruiert wird (Flick, 2007).

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten keine einheitlichen und verbindlich geltenden Transkriptionsregeln gefunden werden. In Anlehnung an Strauss & Corbin (1999) soll die Verschriftlichung im Sinne der Effizienz erfolgen, wobei sich Ausmaß und Genauigkeit der Transkription an den Erfordernissen des Forschungsprojekts orientieren sollten. Um die gesamten Informationen der Interviews für die Analyse

verfügbar zu haben, wurden für das gegenständliche Forschungsprojekt alle durchgeführten Interviews vollständig transkribiert.

Die Vorgehensweise, wie sie Froschauer & Lueger (2003) vorschlagen, wonach so genau wie möglich transkribiert werden soll und auch nonverbale Aspekte der Kommunikation erfasst werden sollen, erschien in diesem Zusammenhang angebracht. Es wurde allerdings davon abgesehen, dialektische oder spezifische Sprache als solche darzustellen, da dies für eine Analyse nach dem Auswertungsverfahren der GTM nicht als relevant erachtet wurde.

Weiters wird von Breuer (2009) darauf hingewiesen, dass nicht nur das konkrete Kommunikationsgeschehen im Rahmen der Interviewsituation von Bedeutung sei, sondern auch die Verschriftlichung der Kontextbedingungen, Gedanken und Anmerkungen zur Situation. Im Rahmen des problemzentrierten Interviews wird dies durch die sogenannten Postskripte erfüllt, welche nach Witzel (2000) unter anderem dazu dienen können, Grundlagen für die weitere Analyse zu schaffen.

5.4.4 Computergestützte Auswertung

Die Texte der Experteninterviews sowie der Interviews mit den PatientInnen wurden unter Anwendung einer Computersoftware ausgewertet. Um eine Vereinfachung der Strukturierung sowie der Zuordnung der Codes zu ermöglichen, wurde für die Auswertung der Daten das Computerprogramm Atlas.ti herangezogen.

5.4.5 Dokumentation

Um der Komplexität eines Forschungsprojekts gerecht zu werden, empfiehlt es sich, den gesamten Forschungsprozess zu dokumentieren. Breuer (2009) verweist auf den Einsatz eines sogenannten Forschungstagebuchs. Es verhilft dazu, den Überblick zu wahren, Informationen zu notieren und miteinander in Beziehung zu setzen. Darüber hinaus ermöglicht es auch, Gedanken und kritische Reflexionsergebnisse festzuhalten und dient der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des gesamten Arbeitsprozesses.

II. EMPIRISCHER TEIL

6. Forschungsinteresse

Dem salutogenetischen Konzept zufolge sind Menschen laufend Stressoren ausgesetzt. Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit ist zu bedenken, dass der Weg in die Abstinenz als - meist längerfristiges - prozesshaftes Geschehen zu verstehen ist und neben den alltäglichen Anforderungen die Patienten/innen in den meisten Fällen mit Komorbiditäten konfrontiert sind.

Ziel der gegenständlichen Arbeit ist eine umfassende Erkundung, wie Personen, die mindestens einen Aufenthalt im Anton Proksch Institut hatten, mit belastenden Situationen im Alltag umgehen. Das heißt, über welche Ressourcen verfügen sie, welche Bewältigungsstrategien kommen zum Einsatz und wie lässt sich der Bezug zur therapeutischen Behandlung im Anton Proksch Institut beschreiben.

6.1 Forschungsleitende Fragestellungen

Im Folgenden werden die forschungsleitende Fragestellungen angeführt, die einer grundlegenden Orientierung im Zusammenhang mit der Forschungsthematik dienen. Eine Beantwortung der Fragestellungen erfolgt in *Kapitel 9.4*.

1. Gibt es Belastungen die speziell im Kontext von Alkoholabhängigkeits-erkrankungen auftreten?
2. Über welche Ressourcen verfügen ehemalige Patienten/innen des Anton Proksch Instituts?

3. Welche Faktoren tragen zu einer erfolgreichen Bewältigung von belastenden Situationen bei?
4. Welche Bedeutung hat die ambulante Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut für den Veränderungsprozess?

7. Das Anton Proksch Institut - das Forschungsfeld

Im Folgenden wird die Strukturierung und Organisation des Anton Proksch Instituts dargestellt sowie eine Erläuterung des Aufnahmeprinzips und der Behandlungsabläufe beschrieben. Die Informationen stammen aus Experteninterviews, der Homepage des APIs sowie persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern/innen und Erfahrungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit der Autorin im Anton Proksch Institut.

7.1 Strukturierung des Anton Proksch Instituts

Das *Anton Proksch Institut* (API) ist ein Sonderkrankenhaus für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, in dem sowohl stoffgebundene als auch nicht stoffgebundene Formen der Sucht behandelt und erforscht werden. Neben dem Tätigkeitsfeld des Klinikums, welches die Suchtbehandlung von abhängigen Personen umfasst, werden Aus- und Weiterbildung sowie Forschungstätigkeiten durchgeführt. Es wird Grundlagenforschung und angewandte Forschung zum umfassenden Themenkomplex Sucht durch die Akademie sowie durch die Forschungsabteilung Suchtpräventionsforschung und Suchtpräventionsdokumentation (SucFoDok) betrieben.

Ungefähr 240 Personen aus unterschiedlichsten Professionen sind am Anton Proksch Institut inklusive aller Außenstellen tätig. Das Klinikum in Kalksburg lässt sich in einen *stationären*, einen *teilstationären* und einen *ambulanten Teilbereich* gliedern und widmet sich schwerpunktmäßig der Alkoholabhängigkeit, wobei auch Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht behandelt werden.

Das stationäre Angebot beinhaltet vier Abteilungen, welche sich in 5 Stationen teilen lassen und umfasst etwa 280 Betten. Entsprechend der Verteilung von Männer und Frauen in der Population der Alkoholabhängigen, die im Handbuch Alkohol – Österreich (Uhl et al., 2009) mit 1:3 angegeben wird, ist nur eine der fünf Stationen eine reine Frauenstation. Auf der Station, die vorwiegend Personen aufnimmt, die an Spielsucht leiden, werden sowohl Männer als auch Frauen untergebracht.

Als teilstationärer Bereich wird die sogenannte Abendklinik angeboten. Hierbei handelt es sich um ein intensives ambulantes Angebot, welches jederzeit – also ohne Wartezeit – in Anspruch genommen werden kann und vor allem für Personen eingerichtet wurde, für die beruflich bedingt ein stationärer Aufenthalt nicht möglich bzw. aufgrund ihres körperlichen und psychischen Zustandes nicht unbedingt indiziert ist.

Weiters gibt es zwei Ambulatorien in Wien, das *Ambulatorium Wiedner Hauptstraße*, das ist die zentrale Ambulanz und die *Ambulanz Gräfin Zichy Straße* direkt am Anton Proksch Institut.

7.2 Ressourcenorientierter Therapieansatz im Anton Proksch Institut

Neben einem problemorientierten Zugang zeichnet sich die therapeutische Vorgehensweise im Anton Proksch Institut durch einen ressourcenorientierten Ansatz aus. Das sogenannte Orpheusprojekt, welches als modulares Therapiekonzept 2009 eingeführt wurde, fokussiert auf die individuellen Ressourcen und Stärken der PatientInnen. Ziel ist es, den/die Patienten/innen dabei zu unterstützen, ein „sinnerfülltes und freudvolles Leben“ (www.api.or.at, 25.01.10) fernab vom Missbrauch von Suchtmitteln führen zu können.

7.2.1 Therapieangebote

Das Therapiekonzept des Anton Proksch Instituts umfasst *Einzel- und Gruppengespräche, Trainingsangebote* sowie die *Orpheusmodule*. Weiters wird neben einer *Angehörigengruppe* und der *Sozialtherapie* die *ambulante Nachbetreuung* und eine *medizinische Versorgung* angeboten.

7.2.1.1 Einzelgespräche

Etwa einmal wöchentlich finden Einzelgespräche mit den Patienten/innen statt. Diese werden in der Regel von den Psychologen/innen, den Therapeuten/innen oder den Psychiater/innen durchgeführt.

7.2.1.2 Gruppen- und Trainingsangebote

Die Gruppen- und Trainingsangebote lassen sich in *sucht- und komorbiditätsspezifische Interventionen* einteilen.

Suchtspezifische Interventionen

Bei den suchtspezifischen Interventionen werden jene Aspekte behandelt, die primär mit der Abhängigkeit im Zusammenhang stehen.

- *psychoedukative Großgruppe*
Die Großgruppen setzen sich aus etwa 30 bis 50 Personen zusammen.
Größtenteils werden diese Gruppen in Form von Frontalvorträgen abgehalten und dienen in erster Linie der Psychoedukation.
- *Kleingruppe* (Ablehnungstraining, Expositionstherapie)
- *Rückfallpräventionsgruppe*

Komorbiditätsspezifische Interventionen

Die komorbiditätsspezifischen Interventionen beziehen sich auf andere - also nicht direkt die Suchterkrankung betreffende - Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der

Patienten/innen. Folgende Gruppentherapien zur Behandlung der Komorbiditäten werden im Anton Proksch Institut angeboten:

- *Angstgruppe*
- *Essstörungsgruppe*
- *Gruppentraining sozialer Kompetenz*
- *Stabilisierung und Selbstfürsorge (Traumagruppe)*
- *Gedächtnistrainingsgruppe*
- *Entspannungsgruppe*

7.2.1.3 Die Orpheusmodule

- *Allround Training*
- *Bewegung*
- *Gartentherapie/klinisches Gärtnern*
- *Kinotherapie*
- *Kreativität und Lebensgestaltung*
- *Lernzentrum*
- *Musik*
- *Philosophicum*
- *Wandern und Kultur*

7.2.1.4 Ambulante Nachbetreuung

Die Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung wird den Patienten/innen bereits während des stationären Aufenthalts dringend angeraten. Es sind keine aktuellen Zahlen diesbezüglich verfügbar. Allerdings wird die Nutzung dieses Angebotes durch die Patienten/innen von den Experten/innen als sehr gering

eingestuft. Den Schätzungen zu folge nehmen etwa 10% – 30% die ambulante Unterstützung in Anspruch.

7.2.1.5 Medizinische Versorgung

Vor allem in der Entzugsphase ist die medizinische Versorgung von großer Bedeutung. Außerdem treten im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen häufig Komorbiditäten auf, die eine medizinische Behandlung erfordern.

7.2.1.6 Sonstige Angebote

Abgesehen von den oben angeführten Angeboten sind noch die *Sozialtherapie* und die *Angehörigengruppe* zu erwähnen. Im Rahmen der Sozialtherapie sollen die Patienten/innen lernen Verantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus gibt es auch ein Beratungsangebot für Angehörige bzw. das nahe soziale Umfeld von betroffenen Personen, das sich mit dem Thema Co-Abhängigkeit beschäftigt.

7.3 Das Aufnahmeverfahren

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über das allgemeine Aufnahmeverfahren (siehe *Abbildung 6*) im Anton Proksch Institut.

Der erste Weg führt die Patienten/innen in die Ambulanzen. Dort wird ein Termin mit einem Psychiater bzw. einer Psychiaterin vereinbart. Im Rahmen dieses Gespräches wird eine Familienanamnese erhoben und die aktuelle Problematik erfasst. Wenn der Wunsch nach einer stationären Aufnahme besteht, haben Männer eine Wartezeit von 6 Wochen und Frauen von 12 Wochen zu überbrücken. Die unterschiedlich langen Wartezeiten begründen sich darin, dass es für Frauen weniger Betten gibt. Es sind weit weniger Frauen alkoholabhängig als Männer. Allerdings hat sich das Verhältnis von alkoholabhängigen Männern und Frauen in den letzten Jahren von 1/4 auf 1/3 verändert, was zu einem Engpass hinsichtlich der Verfügbarkeit von Plätzen führt.

In der Zeit bis zum Aufnahmetermin werden den Patienten/innen verschiedene Angebote zur Verfügung gestellt. Es kann einmal wöchentlich – bei Bedarf auch

mehrmals – ein *Therapiegespräch* in Anspruch genommen werden. Außerdem kann zweimal in der Woche die *Kleingruppe* und einmal wöchentlich die *Großgruppe* besucht werden.

Der stationäre Aufenthalt dauert durchschnittlich 6 bis 8 Wochen. In den ersten 10 Tagen, in der sogenannten *Stabilisierungsphase*, dürfen die Patienten und Patientinnen das Anton Proksch Institut nicht verlassen. Im Laufe des gesamten Aufenthaltes gibt es für Patienten/innen die Möglichkeit, eine Vielzahl an therapeutischen Angeboten (siehe *Kapitel 7.2.1*) zu nutzen.

Nach der stationären Entzugsbehandlung wird den PatientInnen nahe gelegt, das Angebot der *ambulanten Nachbetreuung* zu nutzen. Darüber hinaus gibt es - in der Ambulanz Wiedner Hauptstraße - auch noch die Möglichkeit einer *Psychotherapie*, wobei hierfür auch eine mehrmonatige Wartezeit besteht und ein Platz nur dann in Frage kommt, wenn die betreffende Person hohes Engagement und ausreichende Motivation zeigt. Die Therapie dauert 6 bis 12 Monate, wobei sich die Therapieform an den Bedürfnissen der jeweiligen Person orientiert.

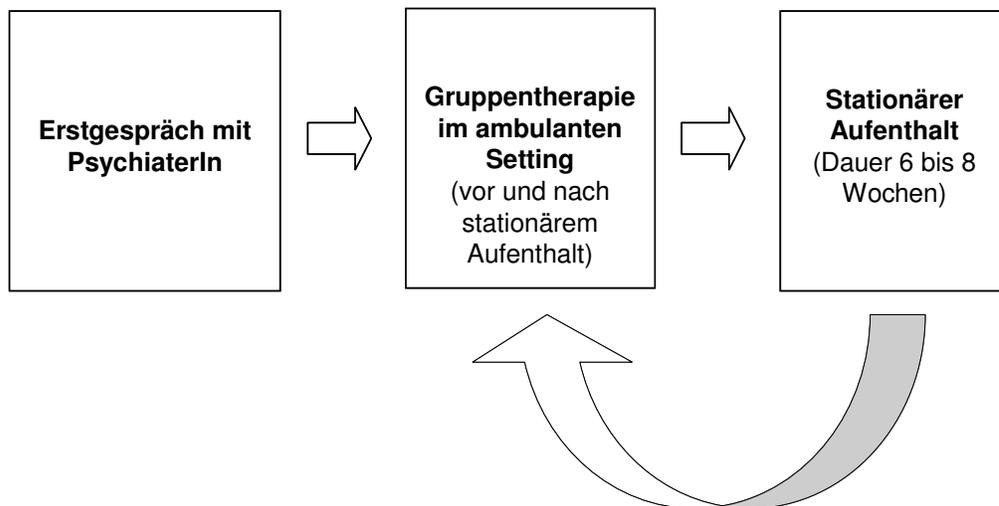


Abbildung 6: Darstellung des Aufnahmeverfahrens im Anton Proksch Institut

7.4 Statistische Zahlen des Anton Proksch Instituts

Im Folgenden sollen statistische Auswertung aus dem Jahre 2007 (Anton Proksch Institut, 2007) einen Einblick in die Charakteristika des Anton Proksch Instituts geben.

Es wurden insgesamt 1770 stationäre Behandlungen im Anton Proksch Institut durchgeführt, davon 1310 an Männern und 460 an Frauen.

Etwas mehr als die Hälfte (54%) der aufgenommenen Patienten/innen nahmen zum ersten Mal einen Therapieplatz im API in Anspruch, d.h. 46% der aufgenommenen Patienten/innen hatten bereits mindestens einen Aufenthalt im Anton Proksch Institut (siehe *Abbildung 7*).

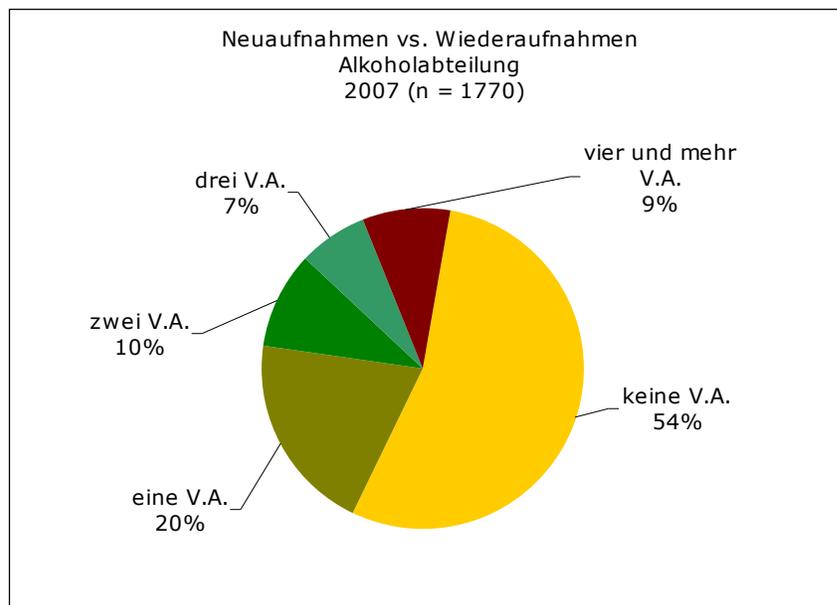


Abbildung 7: Gegenüberstellung Neuaufnahmen und Wiederaufnahmen (V.A. = Voraufnahme)

Der Großteil (68%) der wiederaufgenommenen Personen begibt sich am häufigsten nach 1–2 Jahren erneut in stationäre Behandlung. Die meisten männlichen Patienten bleiben acht Wochen in stationärer Behandlung am API, Patientinnen hingegen bleiben entweder sechs oder acht Wochen im API. Am häufigsten (21%) nimmt die

Altersgruppe der 45 bis 49-Jährigen eine stationäre Behandlung im Anton Proksch Institut in Anspruch

8. Forschungsdesign

Durch eine detaillierte Darstellung des Forschungsprozesses soll gewährleistet werden, dass Transparenz hinsichtlich Ablauf und Durchführung der Untersuchung herrscht. Das Kapitel lässt sich grob in *Datenerhebung*, *Dokumentation* und *Auswertung* der Daten gliedern.

8.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativer Interviews. Es wurden Interviewgespräche mit Mitarbeitern/innen und Patienten/innen des Anton Proksch Instituts geführt. Es folgt eine Beschreibung des *Auswahlprozedere* von den Interviewteilnehmern/innen, eine *Darstellung der Interviewleitfäden* und der *Durchführung der Interviews*.

8.1.1 Auswahl der Interviewteilnehmer/innen

Die Experteninterviews dienen in erster Linie einer grundlegenden Exploration und Orientierung im Feld. Darüber hinaus, konnten den Ergebnissen auch wichtige Informationen für die folgenden Gespräche mit den Patienten/innen entnommen werden.

8.1.1.1 Experten/innen

Es wurden 6 Experten/innen - 4 Ärzte/Ärztinnen, 1 Sozialarbeiterin und 1 Klinischer Psychologe - interviewt. Durch die Befragung von Personen unterschiedlicher Professionen sollte gewährleistet werden, dass der dem jeweiligen Berufsbild

spezifische Fokus im Rahmen des Gespräches erhoben und in die Darstellung einbezogen wird.

Die Auswahl der Experten/innen erfolgte aufgrund seines/ihres Tätigkeitsbereiches und der Bereitschaft an dem Interviewgespräch teilzunehmen.

8.1.1.2 Patienten/innen

Der (mindestens) einmalige stationäre Aufenthalt im Anton Proksch Institut war eine grundlegende Voraussetzung für potenzielle Interviewpartner/innen. Um dem Problem des Zugangs zu ehemaligen Patienten/innen des Anton Proksch Instituts entgegen zu wirken, wurden ausschließlich Personen in die Untersuchung einbezogen, welche die ambulante Nachbetreuung in Anspruch genommen haben oder zum Interviewzeitpunkt einen stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut hatten. Die Kontaktaufnahme mit den Patienten/innen konnte somit über Therapeuten/innen bzw. den Ärzten/Ärztinnen erfolgen.

Die Patienten/innen wurden entweder im Rahmen eines persönlichen Gespräches gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten oder es wurde am Ende eines Gruppentermins die Studie kurz vorgestellt und anschließend die Kontaktdaten interessierter Personen notiert.

Die endgültige Auswahl der Interviewpartner/innen erfolgte primär nach Interesse und Verfügbarkeit. Darüber hinaus wurde in Orientierung am *Prinzip des maximalen Informationsgewinns* - im Sinne der theoretischen Sättigung (siehe *Kapitel 5.2.1.4*) - darauf geachtet, dass eine Variabilität dahingehend gegeben ist, dass Patienten/innen verschiedener Stationen als Interviewteilnehmer/innen zur Verfügung stehen. Dieses Vorgehen impliziert eine Fallauswahl, welche sich durch Kontrastreichtum auszeichnet und somit einen erheblichen Beitrag zur Erkenntnisgenerierung beiträgt.

8.1.2 Leitfaden

Sowohl für die Experteninterviews als auch für die Interviews mit den Patienten/innen wurde vorab ein Leitfaden erstellt. Durch den Leitfaden sollte

gewährleistet werden, dass alle wesentlichen Informationen mitgeteilt und alle relevanten Aspekte im Rahmen der Interviews erhoben werden.

Aufgrund des Wechselspiels zwischen Induktion und Deduktion im Forschungsprozess wurden die beiden Leitfäden im Laufe der Untersuchung minimal modifiziert und ergänzt. Im Folgenden werden die beiden Endversionen der Leitfäden dargestellt.

8.1.2.1 Leitfaden für die Experteninterviews

Für die Interviewgespräche mit den Experten/innen wurden verschiedene Fragen zu drei grundlegenden Dimensionen - *Struktur/Aufnahmeprozedere*, *Komorbiditäten* und *Coping/Ressourcen* - gestellt, welche im Folgenden aufgelistet sind.

Struktur und Aufnahmeprozedere im API

- Wie lässt sich Struktur und Prozedere der Aufnahme der Patienten/innen beschreiben?
- Wer entscheidet aufgrund welcher Kriterien, ob ein stationärer Aufenthalt indiziert ist oder nicht?
- Wie lange dauert ein stationärer Aufenthalt im API (6 – 8 Wochen)? Wovon hängt die Dauer ab?
- Welche Angebote gibt es und wie verbindlich ist die Teilnahme für welches Therapieangebot?
- Wie viel Prozent der ehemals stationär aufgenommenen Patienten/innen nehmen die ambulante Nachbetreuung in Anspruch?
- Wie wird den Patienten/innen vermittelt, dass sie die ambulante Nachbetreuung in Anspruch nehmen sollten?
- Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz?
- Nimmt die Zahl der Neuaufnahmen zu? Wenn ja, seit wann?
- Wer ist für die Abhaltung der Gruppenangebote verantwortlich?
- Wie groß sind die Gruppen im Durchschnitt?

- Welche Kriterien gibt es für die Zuweisung zu einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Handelt es sich bei den Personen, die ins API kommen, um besonders motivierte Patienten/innen?
- Welchen Einfluss hat der/die Therapeuten/innen? Hat die Beziehung der Patienten/innen zu den Therapeuten/innen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung?
- Gibt es viele Personen, die nach längerer Zeit wieder kommen? Wie wird das gesehen – eher positiv oder negativ?

Komorbiditäten

- Welche Komorbiditäten weisen die Patienten/innen auf?
- Gibt es Krankheiten, die häufiger vorkommen?
- Gibt es da Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von ambulanter Nachbetreuung?

Coping/Ressourcen

- Inwieweit wird auf belastende Situationen im Alltagskontext eingegangen?
- Sind es nur Rückfallsituationen, die angesprochen werden oder andere belastende Situationen?
- Inwieweit wird auf die im Rahmen des stationären Aufenthaltes erarbeiteten Ressourcen im ambulanten Setting eingegangen?
- Inwieweit wird auf den konkreten Coping-Prozess eingegangen?
- Die Patienten/innen werden zu belastenden Situationen im Alltagskontext befragt und dazu, wie sie diese erfolgreich bewältigt haben. Inwieweit ist es ihrer Meinung nach vertretbar Situationen zu erfragen, die von den Patienten/innen bisher nicht erfolgreich bewältigt werden konnten?

8.1.2.2 Leitfaden für die Problemzentrierten Interviews

Die Interviews mit den Patienten/innen wurden mit einer *erzählgenerierenden Frage* eröffnet und bei Bedarf durch *exmanentes Nachfragen* - also explizites Fragen in Orientierung an den Inhalten des Leitfadens - ergänzt. Die Vorformulierung der Fragen diente in erster Linie einer Orientierung, um zu gewährleisten, dass die wesentlichen Aspekte im Gespräch behandelt werden. Der Leitfaden umfasste eine erzählgenerierende Frage sowie Ergänzungsfragen, auf die bei Bedarf eingegangen werden konnte. Folgende Fragen kamen zum Einsatz:

Erzählgenerierende Frage

Erzählen Sie bitte, wie Sie ins Anton Proksch Institut gekommen sind und wie sie diesen Aufenthalt empfunden haben und auch, wie sie die Zeit danach erlebt haben bzw. erleben?

Ergänzungsfragen

- Wie haben Sie den Aufenthalt im Anton Proksch Institut erlebt?
- Welche Angebote haben Sie im Anton Proksch Institut genutzt?
- Fällt Ihnen eine Situation ein, die sie kürzlich erlebt haben, die sie als belastend erlebt haben und die sie erfolgreich bewältigen konnten?
- Können Sie mir diese Situation bitte beschreiben?
- Können Sie sich daran erinnern, was Ihre Gedanken zu dieser Situation waren?
- Warum haben Sie die Situation als belastend erlebt?
- Wie haben Sie sich in der Situation gefühlt?
- Was haben Sie konkret getan, um die Situation zu bewältigen?
- Warum, glauben Sie, konnten Sie diese Situation bewältigen?

- Können Sie mir vielleicht auch eine belastende Situation berichten, welche Sie nicht bewältigen konnten?
- Können Sie sich daran erinnern, was Ihre Gedanken zu dieser Situation waren?
- Was bedeutet für Sie „Rückfall“? Was ist Ihre Definition von „Rückfall“?
- Gibt es etwas, worauf Sie ganz gezielt in belastenden Situationen zurückgreifen?
- Wie verbringen Sie ihre Freizeit? Wie sind Ihre Tage strukturiert?

8.1.3 Durchführung der Interviews

Es wurden insgesamt 15 Interviews durchgeführt. Davon wurden 6 Experten/innen und 9 Patienten/innen befragt. Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen für die Durchführung der Interviews erläutert.

8.1.3.1 Setting

Insgesamt wurden 4 Ärzte/Ärztinnen, 1 Sozialarbeiterin und 1 Klinischer Psychologe interviewt. Davon wurden 2 Ärzte, in deren Zimmer im Anton Proksch Institut interviewt. Mit einer Sozialarbeiterin sowie zwei Ärztinnen wurde das Gespräch in der Ambulanz Wieden durchgeführt. Ein Interview mit einem Klinischen Psychologen fand in dessen Privatordination statt.

Es wurden 9 Patienten/innen - 5 Frauen, 4 Männer - interviewt. Mit 3 Männern und 4 Frauen hat das Gespräch im Anton Proksch Institut statt gefunden. 1 Mann und 1 Frau wurden in der Wohnung der Autorin interviewt.

8.1.3.2 Prozedere

Vor den Experteninterviews wurde mit der jeweiligen Person abgeklärt, inwieweit eine anonymisierte Darstellung der Inhalte des Interviews gewünscht wird. Keine der interviewten Personen forderte eine solche Vorgehensweise ein.

Mit den Patienten/innen fand vor dem jeweiligen Interviewtermin ein telefonischer Kontakt statt. In diesem Telefonat wurden die grundlegenden Rahmenbedingungen besprochen und das weitere Vorgehen vereinbart. Vor der Durchführung der Interviews wurde den Patienten/innen die *Anonymisierung der Daten* zugesichert und abgeklärt, ob die interviewte Person einer *Audioaufnahme des Gespräches* zustimmt.

8.1.3.3 Maßnahmen gegen Störeinflüsse

Um störende Aspekte so gut wie möglich auszuschließen, wurden alle Interviews in separierten Räumen abgehalten, wo sich lediglich die Interviewerin und die interviewte Person befanden. Bei den Patienten/innen wurden darüber hinaus die Mobiltelefone abgeschaltet um etwaige Anrufe während des Interviewzeitraumes zu vermeiden. Im Rahmen der Experteninterviews war dies nicht möglich, da die Interviews während der Arbeitszeit stattgefunden haben und die Personen erreichbar sein mussten. Bei zwei Experteninterviews kam es zu kurzen Unterbrechungen aufgrund von Telefonanrufen, was sich aber nicht weiter auf die Interviewsituation auswirkte.

8.2 Durchführung der Auswertung

In diesem Kapitel soll eine kurze Darstellung hinsichtlich der konkreten Vorgehensweise bei der Durchführung der Auswertung erfolgen.

8.2.1 Transkription

Um zu gewährleisten, dass der Inhalt der Interviews vollständig verfügbar ist, wurden die Interviews – sowohl die Gespräche mit den Experten/innen als auch mit den Patienten/innen mittels einer Audioaufnahme mitgeschnitten. Die Experteninterviews wurden sinngemäß transkribiert, bei den Patienteninterviews wurden allgemeingültige Transkriptionsregeln (Froschauer & Lueger, 2003) angewendet, um eine optimale Bearbeitung der Daten zu ermöglichen.

8.2.2 Der Analyseprozess

Angelehnt an das Forschungsprozedere der Grounded Theory Methode wurde über den gesamten Forschungszeitraum hinweg alternierend an Datenauswertung und Literaturrecherche gearbeitet. Bereits nach Durchführung des ersten Interviews wurde mit dem Auswertungsprozess begonnen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden dokumentiert und in den weiteren Forschungsprozess integriert.

Die im Rahmen der gegenständlichen Untersuchung durchgeführten Experteninterviews lassen sich nach Bogner und Menz (2005) dem sogenannten explorativen Experteninterview zuordnen. Sie dienen vor allem einer grundlegenden Orientierung hinsichtlich Struktur und Aufnahme- bzw. Behandlungsprozedere im Anton Proksch Institut. Darüber hinaus wurden relevante Aussagen aus den Experteninterviews mit Erkenntnissen aus den Problemzentrierten Interviews mit den Patienten/innen in Beziehung gesetzt und als zusätzliche Informationsquelle beziehungsweise weitere Perspektive zur interessierenden Thematik eingesetzt.

Aufgrund des explorativen Charakters der Experteninterviews wurde die oben angeführte Methode dahingehend adaptiert, dass eine rasche und effiziente Auswertung und erste Orientierung im Feld gewährleistet werden konnte.

Der Einstieg in die Auswertung der Interviews mit den Patienten/innen erfolgte über das *offene Kodieren*. Hierfür müssen sogenannte Sinneinheiten definiert werden. Im Falle der gegenständlichen Untersuchung wurde die Analyse zu Beginn satzweise vorgenommen. Es wurde also Satz für Satz der verschriftlichten Interviews durchgearbeitet und mit *Codes* versehen. Die Codes können in dieser Phase relativ frei assoziierte Begriffe oder Ideen sein. Im Laufe des Forschungsprozesses kam es zu einer zunehmenden Konkretisierung der relevanten Aspekte im Zusammenhang mit dem zu beforschenden Phänomen. Aus diesem Grund wurde der Fokus enger und es konnten größere Sinneinheiten für die weiterführende Analyse herangezogen werden.

Das *axionale Kodieren* zeichnete sich durch zunehmende Abstraktion aus und diente der Kategoriebildung. Es wurden jene Codes zusammengefasst, denen ein gemeinsamer kategorialer Begriff übergeordnet werden konnte. Diese Kategorie wurde anschließend im Sinne des Paradigmatischen Modells anhand der Dimensionen *Ursachen, Eigenschaften des Kontexts, beeinflussende Bedingungen, Aktionen/Interaktionen im Zusammenhang mit der Kategorie und deren Konsequenzen* beschrieben. Offenes und axiales Kodieren wurde meist parallel durchgeführt.

Das *selektive Kodieren* erfolgte gegen Ende des Analyseprozesses. In dieser Phase, die sich ebenfalls durch eine Erweiterung des Abstraktionsniveaus auszeichnet, wurde die sogenannte Kernkategorie definiert. Die Kernkategorie ist ein, dem untersuchten Phänomen zugrunde liegendes, Konzept, welches, wie es oft in der Literatur angeführt wird, "den roten Faden" der Untersuchung verdeutlichen soll.

8.2.3 Interpretations-Treffen

Diese Treffen dienten einerseits dazu, das divergente Denken im Laufe des Forschungsprozesses zu forcieren und andererseits, um eine rein subjektive Interpretation der Autorin zu vermeiden. Es wurden vier Interpretationstreffen - je zweimal in einer 2-er Gruppe und zweimal in einer 5-er Gruppe - abgehalten. Im

Rahmen der 2-er Gruppe fand der Austausch mit einem Psychologiestudenten statt, die 5-er Gruppe setzte sich aus Personen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund zusammen (1 Soziologin, 1 Pflegewissenschaftlerin, 1 Wirtschaftswissenschaftlerin, 1 Musiker).

Es wurden im Rahmen dieser Treffen bereits vorhandene Kategorien diskutiert und gegebenenfalls modifiziert, neue Kategorien erstellt und darüber hinaus anregende Diskussionen über mögliche Zusammenhänge zwischen oder innerhalb der Kategorien geführt.

8.2.4 Computergestützte Auswertung

Die computergestützte Auswertung mit Hilfe der Software *Atlas.ti* ermöglichte eine strukturierte und organisierte Vorgehensweise bei der Auswertung der Daten. Die Texte wurden in das Programm importiert und die entsprechenden Textstellen mit Codes versehen. Besonders die Visualisierung der Codes in Form von grafischen Darstellungen trug maßgeblich zu einer sehr anregenden und intensiven Auseinandersetzung mit der Kategorienbildung bei. Im Anhang ist exemplarisch eine solche Ansicht angeführt.

8.3 Dokumentation

Um eine Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses zu gewährleisten sowie eine lückenlose Bearbeitung der erhobenen Daten zu ermöglichen, wurden Ideen und Überlegungen zur Vorgehensweise notiert. Weiters wurden Gedanken zu Zusammenhängen und Erkenntnissen festgehalten sowie unklare Passagen markiert und mit Anmerkungen ergänzt.

Besonders in der Abschlussphase des Forschungsprojekts stellte diese Form der Dokumentation eine große Hilfe dar und trug maßgeblich zur Strukturierung und Übersichtlichkeit des gesamten Forschungsprozesses bei.

9. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der gegenständlichen Studie dargestellt. Zunächst erfolgt eine *Beschreibung der soziokulturellen Eigenschaften* der interviewten Patienten/innen. Im Anschluss daran werden die im Laufe des Analyseprozesses generierten *Kategorien* erläutert und in Beziehung zu bestehenden Theorien gesetzt. Abschließend werden die aus den Kategorien resultierenden *Themenblöcke* erläutert, die *Fragestellungen* beantwortet und in weiterer Folge die Ergebnisse diskutiert.

9.1 Soziokulturelle Daten der Interviewteilnehmer/innen

Einen Einblick in die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen der interviewten Personen bietet die folgende kurze Darstellung. Es wurden lediglich jene Aspekte die im Zusammenhang mit der Auswertung von Bedeutung erschienen erfasst. Im Folgenden sind die Angaben der Patienten/innen zum Alter, den Komorbiditäten und der beruflichen Situation angeführt.

5 Frauen und 4 Männer im Alter von 42 und 63 Jahren haben sich für Interviews zur Verfügung gestellt. 6 von den 9 Patient/innen hatten bereits mindestens zwei stationäre Aufenthalte im Anton Proksch Institut. Alle Patienten/innen leiden an mindestens einer Komorbidität und nehmen Psychopharmaka. Bei den meisten der Interviewpartner/innen wurde eine Depression diagnostiziert (siehe *Tabelle 1*).

Komorbiditäten	Häufigkeiten
Depression	7
Epileptische Anfälle	1
Prämenstruelles Syndrom (PMS)	1

Tabelle 1: Komorbiditäten

Eine ehemalige Patientin ist im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit erwerbstätig, eine Interviewpartnerin gibt an Hausfrau zu sein und zwei Damen sind Pensionistinnen; alle befragten Männer sind arbeitslos (siehe *Tabelle 2*).

Komorbiditäten	Häufigkeiten
Selbständige Tätigkeit	1
Hausfrau	1
Pensionist/in	2
Arbeitslos	5

Tabelle 2: berufliche Situation der Interviewpartner/innen

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass - wie auch in der Literatur angemerkt - eine sehr hohe Komorbiditätsrate herrscht und vor allem Depression im Zusammenhang mit Suchterkrankungen sehr häufig auftritt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt dem Beachtung geschenkt werden sollte, ist, dass lediglich eine von 9 interviewten Personen erwerbstätig ist.

9.2 Darstellung des Kategoriensystems

Im Folgenden werden die aus den Daten abstrahierten Kategorien dargestellt und beschrieben.

Das Kategoriensystem umfasst die *Kernkategorie* und 9 *Hauptkategorien*, die sich wiederum in *Subkategorien* unterteilen lassen. Es sind sowohl innerhalb als auch zwischen den Kategorien und Subkategorien Zusammenhänge und Überschneidungen gegeben.

Dieses System (siehe *Tabelle 3*) konnte aufgrund zunehmender Abstraktion der Daten erstellt werden und ist als Grundlage für den weiteren Analyseprozess zu verstehen. Für eine anschauliche Verdeutlichung der Kategorien und um eine Transparenz des Prozesses zu gewährleisten, werden zu den Kategorien Zitate angeführt.

	Kernkategorie		
	Kognition	Emotion	Motivation
Hauptkategorien	Subkategorien		
DER EINSTIEG IN DEN AUSSTIEG		So geht es nicht weiter	So geht es nicht weiter
	Die Einsicht	Die Einsicht	Die Einsicht
			selbstbestimmt vs. fremdbestimmt
	Zweifel vs. Klarheit		
	der Prozess	der Prozess	der Prozess
DER RÜCKFALL	allgegenwärtig	allgegenwärtig	
	Belastungen	Belastungen	Belastungen
		Scham	Scham
		Angst	Angst
	Teil des Prozesses	Teil des Prozesses	Teil des Prozesses
	Rückfall beginnt im Kopf		
	Der erste Schluck	Der erste Schluck	Der erste Schluck
		Zurückfallen in alte Trinkmuster	
DAS SELBST	Selbstwertgefühl	Selbstwertgefühl	Selbstwertgefühl
		Selbstfürsorge	Selbstfürsorge
	Eigenverantwortung		Eigenverantwortung
		Selbstwirksamkeitserwartung	Selbstwirksamkeitserwartung
		Selbstgefährdung	Selbstgefährdung

DIE ANDEREN	das nahe soziale Umfeld	das nahe soziale Umfeld	das nahe soziale Umfeld
	die Gesellschaft	die Gesellschaft	die Gesellschaft
	der/die Therapeut/in	der/die Therapeut/in	der/die Therapeut/in
	die Mitpatienten/innen	die Mitpatienten/innen	die Mitpatienten/innen
	die Abgrenzung	die Abgrenzung	

DER ALKOHOL	das Instrumentalisieren	das Instrumentalisieren	das Instrumentalisieren
		der Genuss	der Genuss
		die Gier	die Gier

DIE THERAPIE	Psychoedukation		
	Empowerment	Empowerment	Empowerment
	Die Auszeit	Die Auszeit	
		Der geschützte Rahmen	
	Antizipation von belastenden Situationen		
		Rückfall als Teil der Erkrankung	Rückfall als Teil der Erkrankung
			Ausmaß der genutzten Angebote
	Art der genutzten Angebote	Art der genutzten Angebote	Art der genutzten Angebote

DIE BELASTUNGEN	Im Arbeitskontext	Im Arbeitskontext	Im Arbeitskontext
	Im privaten, familiären Kontext	Im privaten, familiären Kontext	Im privaten, familiären Kontext
	Traumatisierungen	Traumatisierungen	Traumatisierungen
	Gesellschaftliche Ereignisse	Gesellschaftliche Ereignisse	Gesellschaftliche Ereignisse
	Beeinträchtigung durch Komorbiditäten	Beeinträchtigung durch Komorbiditäten	Beeinträchtigung durch Komorbiditäten

DIE RESSOURCEN	Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen	Soziale Beziehungen
	Sportliche Aktivitäten	Sportliche Aktivitäten	Sportliche Aktivitäten
	Kreative Tätigkeiten	Kreative Tätigkeiten	Kreative Tätigkeiten
	Struktur	Struktur	Struktur
	Aspekte des Selbstkonzepts	Aspekte des Selbstkonzepts	Aspekte des Selbstkonzepts
	Beziehung zum/zur Therapeuten/in	Beziehung zum/zur Therapeuten/in	Beziehung zum/zur Therapeuten/in
	Die Mitpatienten/innen	Die Mitpatienten/innen	Die Mitpatienten/innen
DIE AKTUELLE SITUATION	Keine Erwerbstätigkeit	Keine Erwerbstätigkeit	Keine Erwerbstätigkeit
	geringe finanzielle Ressourcen	geringe finanzielle Ressourcen	geringe finanzielle Ressourcen
	Mangelnde Struktur	Mangelnde Struktur	Mangelnde Struktur
		Mangel an Erfolgserlebnissen	

Tabelle 3: Das Kategoriensystem

9.2.1 Kognition-Emotion-Motivation

Aufgrund der fortwährenden Datenanalyse konnte folgende *Kernkategorie* herausbearbeitet werden: *Kognition - Emotion - Motivation*. Diese drei Aspekte der Schlüsselkategorie finden sich in allen abstrahierten Kategorien wieder und stellen im Zusammenhang mit der Forschungsthematik der gegenständlichen Arbeit grundlegende Faktoren dar.

Es wird deutlich, dass sowohl kognitive, emotionale als auch motivationale Komponenten für den Umgang mit Belastungen von wesentlicher Bedeutung sind. Wie in *Tabelle 3* ersichtlich ist, wurden die erstellten Subkategorien diesen drei psychischen Qualitäten zugeordnet. Bei manchen Kategorien lässt sich eine primäre Zuordnung zu bestimmten Qualitäten treffen, wobei zu bedenken ist, dass all diese

Faktoren miteinander in Beziehung stehen und einander wechselseitig beeinflussen und bedingen können. Bei anderen Kategorien wiederum ist eine solche primäre Differenzierung nicht möglich und es wurde eine Zuteilung zu allen drei Faktoren durchgeführt.

9.2.2 Der Einstieg in den Ausstieg

Die Kategorie *der Einstieg in den Ausstieg* beinhaltet folgende Subkategorien: *so geht es nicht weiter, die Einsicht, selbst- oder fremdbestimmt, Zweifel vs. Klarheit und der Prozess.*

So geht es nicht weiter

Häufig wurde darauf hingewiesen, dass ein Zustand erreicht wurde, der für die Patienten/innen eine Veränderung erforderlich machte. Den Beschreibungen einiger Interviewpartner/innen zufolge, machte sich das Gefühl breit *nicht am Leben teil zu nehmen* oder eine *geringe Lebensqualität* zu haben. Es wurde erkannt, dass *das Leben auch anders sein könnte* und ein *Ausstieg* aus der aktuellen Situation gewünscht wird.

Ich hab mir dann aber noch ein Monat Zeit gelassen, war da so ziemlich unsicher (...), soll ich, soll ich nicht, und so schlimm wird es schon nicht sein, hab mich aber dann doch dazu durchgerungen, weil ich eigentlich gemerkt hab, ich hab eigentlich gar kein Leben.

Du fühlst halt, dass da etwas anders sein könnte, (...) ja, (...) dass du vielleicht eine andere (...) andere Lebensqualität haben möchtest als jetzt, nicht? Ja, das möchte ich unbedingt. (...) Und das stimmt und das ist es eigentlich.

Manche Patienten/innen führen auch akute Belastungen wie etwa *Traumatisierungen*, Todesfälle oder Erkrankungen im nahen sozialen Umfeld an oder auch *Überforderungen* - sowohl im beruflichen als auch im privaten, familiären Kontext - die zu einem *Zusammenbruch* führten.

Und jetzt bin ich vor zweieinhalb Wochen hergekommen, (...) .. und der Grund ist, dass ich in einer grauenhaften Scheidung steck und mir alles über den Kopf gewachsen ist.

Unabhängig davon, ob es sich um einen eher langfristigen, kontinuierlichen Prozess handelt oder um akute Situationen, die zu einem Zusammenbruch führen, liegt dieser Phase das Empfinden und Bedürfnis zu Grunde etwas ändern zu wollen.

Die Einsicht

Weiters ist im Zusammenhang mit dem Ausstieg *die Einsicht* von Bedeutung. Konkret ist mit Einsicht die Integration des Krankheitsbildes in das Selbstkonzept gemeint, es geht also um die *Krankheitseinsicht*.

...das ist eine lange Geschichte, (...) ich war mit, ah, 25 Jahren das erste Mal im alten Haus oben, (...) hab eigentlich überhaupt noch nicht gewusst, Alkohol und was weiß ich, also, nichts darüber gewusst. (...) auf jeden Fall ganz sicher geglaubt dass ich das nicht bin, (lacht) (...) also abhängig (...) Alkohol, ja, die Alkoholiker, das sind die, die was auf der Straße liegen.

Die Integration des Krankheitsbildes in das Selbstbild kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder - in manchen Fällen - gar nicht erfolgen.

Wie ich ins API gekommen bin, .. nicht sicher war, dass ich alkoholabhängig bin, (...) das bin ich mir bis heute nicht (...) ganz sicher (...) Ja, ich mein, ich hab zu viel geöffnet, das steht eindeutig fest.

Dieser Prozess kann sich beispielsweise auch in einem *Unbehagen* im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut ausdrücken.

ja, wie es geheißen hat stationär, das war für mich ein großes Problem, (...) überhaupt da her zu kommen in die Ambulanz.

Nachdem es sich beim Anton Proksch Institut um ein Sonderkrankenhaus für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen handelt, ist mit dem Aufenthalt ein eindeutiger Bezug zu Abhängigkeitserkrankungen gegeben.

Selbstbestimmt vs. fremdbestimmt

Ein weiterer Aspekt, der sich im Zusammenhang mit dem Ausstieg als bedeutend erweist, ist die Frage nach der Veranlassung des stationären Aufenthalts. Den Gesprächen mit den Patienten/innen ist zu entnehmen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe häufig fremdbestimmt - meist vom nahen sozialen Umfeld -

angeregt wurde. Manche Patienten/innen erzählen, dass ihnen ein *Ultimatum von Familienangehörigen* gestellt wurde, andere führen an, dass eine stationäre Aufnahme aufgrund akuter *Selbstgefährdung* von Angehörigen initiiert wurde.

Ah, und dann hab ich, mit dem hab ich dann, das war aber meine Frau, mir dieses Ultimatum gestellt hat, (...) da war mein Sohn grade 2 Monate alt, (...) und es geht nimmer, entweder .. hörst du auf, oder du gehst. (...) Nicht? Und da hab ich dann nachgedacht. Naja, ich war dann so zu, ah ... hab nimmer gewusst, was ich machen soll, nicht.

U n d, ja, und, und er hat mich so (...) gelockt, dass er gesagt hat, pass auf, du richtest dir jetzt noch die notwendigsten Sachen, wir fahren jetzt nach Kalksburg, du hast ein Bett draußen (...) hat meine Vodkafflasche, die ich versteckt hatte, genommen, hat er gesagt, pass auf, ich füll dir da ein Achterl Vodka, weil ich hab es ja nur als, also Achtel, ja, ein, das kriegst du, wenn du, (...) wenn du die Sachen gepackt hast vor der Tür draußen, wenn die Tür ins Schloss gefallen ist, dann kriegst du das, weil du es schaffst da rauszufahren mit mir.

Es fällt auf, dass im Laufe des Veränderungsprozesses - speziell bei Patienten/innen, die bereits mehrere Aufenthalte hatten - mehr Motivation vorhanden war, den stationären Aufenthalt selbst in die Wege zu leiten und dies auch explizit erwähnt wurde.

Ich war auch, also nicht mehr so leistungsfähig, also in meinem Beruf, (...) der Sohn war mittlerweile auch dann schon 11, 12 Jahre alt und (...) da bin ich dann das erste Mal von mir aus, hab ich in Kalksburg angerufen und mir einen Termin ausgemacht .. und wurde nach 2 Wochen aufgenommen.

Zweifel vs. Klarheit

Die Entscheidung für einen stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut ist für manche Patienten/innen mit *Zweifel* und *Unsicherheit* verbunden. Zweifel ob ein solcher Aufenthalt für sie denn überhaupt notwendig sei und Unsicherheit inwieweit sie einen solchen Aufenthalt bewältigen können.

Für manche Patienten/innen stellte die Vorstellung einer 6 bis 8-wöchigen Abwesenheit vom Arbeitsplatz eine *existentielle Bedrohung* dar.

Ich war sogar 8 Wochen da, das war für mich, ah .. also zu Beginn ein riesengroßes Problem, weil ich ja selbstständig bin, da ... 8 Wochen weg zu sein (...); keinen zu haben der meine Arbeiten erledigen kann .. (...) Ja, und .. irgendwie ist es dann doch gegangen.

Eine andere Patientin beschreibt hingegen, wie sie den stationären Aufenthalt im Anton Proksch genau festgelegt hatte. Sie hatte einen konkreten Plan, wann der Aufenthalt sein sollte und wie sie die Zeit bis dahin gestalten werde.

Und das war aber gut, erstens einmal ist man selber an was gebunden, und eben nächster, (...) nächstkommender Dienstag dann, dass ich rausfah und mit Dr. ... red, und mir einen Termin ausmach. (...) Und seitdem eben dann nichts mehr getrunken, aber .. eben das, ah, weil dann, der Freund hat dann zum Beispiel gesagt, brauchst ja das eh nicht, weil jetzt hast schon drei Monate nichts getrunken, brauchst (...) ja eh nicht, hab ich gesagt, nein, ich brauch das, (...) das ist die innere Einstellung

Diese *Klarheit* wird durch die Vehemenz, mit der sie ihr Vorhaben gegen den Lebensgefährten durchsetzte, deutlich unterstrichen.

Der Prozess

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist, dass es sich bei einem Ausstiegsszenario um ein *prozesshaftes Geschehen* handelt. Es ist ein Prozess, der mit *Rückfällen, erneuten Aufnahmen* und *Phasen der Abstinenz* verbunden ist und der durch *Lernprozesse* und *Erkenntnisse* angereichert und vorangetrieben wird. Folgende Zitate sollen dies verdeutlichen:

Insgesamt 9 Aufenthalte, (...) aber, davon waren, ah, nur 4 Vollaufenthalte, (...) nicht, dieser, ich hab mich gerade runtergeholt, und nächsten, ah, jetzt kann ich eh wieder (.) (...) jetzt geht's mir eh wieder gut, nicht. (...) Ist's wieder weitergegangen, nicht. (...) Ich hab ein-, ich hab wirklich einen sehr schweren Weg gehabt, ich hab einen schweren Autounfall gehabt, (..) schweren Körperverletzung, (...) unter Alkoholeinfluss (...) dann natürlich ein Schmalz, ein kräftiges, ausgekostet, (...) hat viel, viel Geld gekostet, (...) da bin ich dann, das erste Mal hat's mich da richtig gebrezelt. Ah, was tu ich da. Ja? (...) Da war ich dann für 4 Jahre oder was trocken, also wie gesagt, dazwischen immer wieder hergekommen, nicht.

Also es war, es war alles miteinander ganz schlimm, also ich war ein Wrack, (...) ich war absolut ein Wrack, man hat mich auf der Straße gefunden, ich bin vor meinem Wohnhaus gelegen, kaum war ich (...) von Kalksburg heraußen, weil ich war eh jedes Mal 3, 4 Monate draußen, (...) ah, ja, aber durch den nächsten Rückfall wieder zurück.

Für einige der interviewten Patienten/innen dauert dieser Prozess bereits mehrere Jahre bzw. Jahrzehnte. Es wird deutlich, dass es sich um ein langfristiges Geschehen handelt, das oftmals mit chronischen Belastungen verbunden ist.

9.2.3 Der Rückfall

Der Rückfall stellt im Kontext von Alkoholabhängigkeit ein relevantes Thema dar. Im Zusammenhang mit der Rückfallsthematik konnten folgende Subkategorien gefunden werden: *der Rückfall ist allgegenwärtig, Rückfall durch Belastungen, Scham und Angst, der Rückfall als Teil des Prozesses* sowie *Definitionen von Rückfälligkeit*.

Der Rückfall ist allgegenwärtig

Die meisten der interviewten Patienten/innen hatten bereits einen oder mehrere Rückfälle. Zwei der interviewten Personen wurden - seit ihrem ersten stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut - noch nicht rückfällig. Aus den Gesprächen lässt sich erschließen, dass, unabhängig davon, ob es bereits Rückfälle gab oder nicht, das Thema für die Interviewpartner/innen omnipräsent ist.

Rückfall durch Belastungen

Wie erwartet, werden von den Interviewpartnern/innen häufig *Belastungen*, die sie nicht bewältigen konnten, als Ursache für einen Rückfall angeführt. Es werden Todesfälle von nahe stehenden Menschen und Tieren angeführt sowie Belastungen im Arbeitskontext oder im privaten, zwischenmenschlichen Bereich.

Aber dann kommt es volle Pulle ... dann hat meine Mutter einen Schlaganfall gehabt, die war im Spital, und dann ist mein Schwager gestorben, also der hätte sie abholen sollen vom Spital, und ist in der Wohnung .. zusammengebrochen, Herzinfarkt (...). Und dann (...) bin ich hingekommen zu meiner Schwester und da hab ich eben zum Trinken angefangen. (...) Und da hab ich, ich hab das eigentlich irgendwie reingeleert

Und da hab ich dann ... im Mai, da wars so schön warm, so eine gute Luft, da hab ich auch wieder einen Stress gehabt, einen extremen, a h, hab ich auch Verwandtenbetreuung gehabt, die Arbeit, dann hab ich nebenbei noch gearbeitet, es war, es war (...) irrsinnig viel. (...) Das hab ich nicht ausgehalten, nicht? Hab ich wieder zum Plätschern angefangen.

Scham und Angst

Manche Patienten/innen erzählen von Rückfallsituationen die für sie mit *Scham* besetzt waren. Besonders intensiv drückt sich die Präsenz des Themas in der *Angst* vor der Rückfälligkeit aus.

Weil das kann sicher passieren, dass ich wieder zum Alkohol greif, ja (...), und ich hab eine große Panik gehabt vor einem Rückfall, (...). also es hat mich wochenlang

beschäftigt, ja, obwohl Dr. (...) immer gesagt hat, nein, das ist alles nicht so schlimm, und wenn man das vergleicht mit anderen Krankheiten, und für mich war das das Schlimmste, was mir passieren kann.

Teil des Prozesses

Andere Patienten/innen wieder sehen den Rückfall als *Teil des Prozesses* und sehen einem möglichen Rückfall eher gelassen entgegen. So formuliert ein Patient seinen Umgang mit Rückfällen folgendermaßen:

Wenn's passiert, (...) passiert's, nicht, dann hab ich da wieder einen Faller, dann hör ich wieder auf. (...) Ja? (...) Nicht, aber ich kann's nicht abstreiten, aber so komm ich am besten über die Runden.

Definitionen von Rückfälligkeit

Unter den Patienten/innen herrscht ein unterschiedliches Verständnis hinsichtlich Rückfälligkeit.

Für manche Interviewpartner/innen beginnt der *Rückfall bereits im Kopf*. Schon der Gedanke daran, Alkohol zu konsumieren stellt diesem Verständnis nach einen Rückfall dar. Für andere Patienten/innen wird der *erste Schluck Alkohol*, der getrunken wird, als Rückfall definiert.

Mir ist einmal passiert, da haben sie-, ein, einen Wein und, Wein und Apfelsaft nebeneinander bei einer Vernissage am Tablett gehabt, und ich hab das Wein-Achterl erwischt, und das waren die selben Gläser, farblich (...) auf jeden Fall hab ich das A-, den Wein erwischt, und hab genau einen Schluck und war entsetzt über mich selber und mir selber böse, und ich Trottl (...) und weiß ich, (...) aber dann hab ich mir gedacht, na jetzt ist's passiert, und ist auch wurscht, ich hab das halt auf die Seite gestellt und das war's. (...) Das halt ich nicht für Rückfall, aber eigentlich das erste, bewusst getrunkene Achterl. (...) Wenn ich sag, jetzt, (...) schenk ich mir ein Achterl ein und will was trinken.

Andere Patienten/innen hingegen verstehen unter Rückfall das *Zurückfallen in alte Trinkmuster*. Ein Patient beschreibt dies folgendermaßen:

Ahm, .. für mich ist es .. dann ein Rückfall ... wenn ich was trinke .. und nicht mehr aufhören kann davon. .. Also ich würde ... jetzt, weiß ich, irgendwann einmal ein Glas ... und dann wieder nichts mehr, noch nicht direkt als Rückfall bezeichnen, die Ärzte sehen das anders, (...) aber ich für mich persönlich, rein subjektive Meinung, ist es noch kein Rückfall.

9.2.4 Das Selbst

Die Kategorie *das Selbst* umfasst verschiedene Eigenschaften und Charakteristika der Person, denen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung und dem Veränderungsprozess Beachtung zu schenken ist. *Das Selbstwertgefühl, die Selbstfürsorge, die Eigenverantwortung, die Selbstwirksamkeitserwartung und die Selbstgefährdung.*

Das Selbstwertgefühl

Im Zusammenhang mit dem Ausstieg aus der Abhängigkeit ist das *Selbstwertgefühl* als motivationaler Aspekt von grundlegender Bedeutung. Eine Patientin erzählt:

Und die schwierigen Dinge, das durchstehen, .. und wenn, wenn man ganz unten ist und sich nicht denken, eben, sich nicht denken (.) .. jetzt ist's eh schon wurscht.

Ein anderer Patient verweist explizit darauf, ein sehr *schwach ausgeprägtes Selbstwertgefühl* zu haben und nennt als Grund für den stationären Aufenthalt das soziale Umfeld, welches er nicht enttäuschen wolle.

Mir ist schon klar dass ich das für mich machen müsste und nicht für andere. (...) Nur ich bin mir selbst eigentlich wenig bis gar nichts wert, das heißt, warum soll ich es für mich machen, nicht, also das ist ganz interessant, ich denke eigentlich in solchen Situationen eigentlich immer nur dran, was würden andere sagen und tun, (...) wie würden andere reagieren und was für Probleme hätte ich dann.

Die Selbstfürsorge

Eine weiterer Aspekt, der sich im Zusammenhang mit *dem Selbst* gezeigt hat, ist die *Selbstfürsorge*. Patienten/innen beschreiben, wie sie *auf sich achten, sich selbst Gutes tun*. Dies können Kleinigkeiten des Alltags sein oder grundlegende Handlungen oder Gedanken, die euthymes Empfinden schaffen. So können beispielsweise positive Situationen und Gedanken imaginiert und negative Aspekte in den Hintergrund gestellt werden.

Den Polster hab ich mir am Freitag gekauft, (...) weich ist er, wichtig ist dass alles bequem ist, dass ich mich wohl fühl, (...) dass er weich ist, damit ich mich reinkuscheln kann.

ja, das bist du dir wert. (...) Du sollst es gut haben. (...) Also, und vorher war das immer so das Hadern mit dem Schicksal, immer so das .. warum hab ich das nur, sowas von überhaupt nicht anerkannt ist, wo du überall als die Blöde dastehst, die, die nichts wert ist, die (...) nur abgewertet wird.

Die Eigenverantwortung

Einige Patienten/innen führen an, dass sie im Laufe des Veränderungsprozesses erkannt haben, dass sie *Verantwortung für ihr eigenes Handeln übernehmen* müssen und dass sie selbst - im Sinne von *Selbstwirksamkeitserwartung* - etwas bewirken können.

Aber es ist, ich merk immer wieder, es, man muss immer wieder, es genügt nicht, ein Mal in der Woche dran zu denken, (...) oder so, das ist, muss ja d-, das täglich tun (...) ich übernehme eine ... ich vernehme, ich übernehme eine stärkere Verantwortung für mich selbst. (...) Für mich. Du musst drauf schaun, du musst die Leute drauf aufmerksam machen (...) dass, ich mag bei mir nicht so einen (...) Unfrieden haben.

Die Selbstgefährdung

Im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen werden auch Situationen und Erlebnisse von den Patienten/innen angeführt, die auf ein *selbstgefährdendes Verhalten* schließen lassen.

Mit dem Moped, nicht? Bin dann nach Hause gefahren, ich weiß nicht mehr wie. (...) Bin, (...) bin dort ins Bett gefallen, (...) ah, ich hab nimmer gewusst was los ist, nicht, (...) nächsten Tag, äh, wach ich auf einmal, nein, in, nach 2 Tagen wach ich auf, das hab ich erst nachher erfahren, ja, bin ich drüben in Kalksburg. (...) Ich hab nichts gewusst, dass ich da raus bin, nichts, gar nichts. (...) Ich war so, ah, so weg, so, ah, total .. hinüber, (...) und war wahrscheinlich hin gewesen, nicht? (...) U und, da hab ich dann ... echt gesagt, hoppala.

Also meine, mein letzter Aufenthalt war der, (atmet ein) da war ich in meinem Atelier und da hatte ich, äh, einen Unfall, da bin ich die Stiegen runtergefallen, und in meiner Beharrlichkeit, ich wollte immer die Stiegen, äh, rauf, so auf die Ballustrade wo die Couch war, (atmet ein) und bin glaub ich da 5 oder 6 Mal, äh, heruntergepurzelt, also, und da hat mich, also mein Sohn nicht erreicht, 2 Tage lang und hat dann also wirklich .. ist ins Atelier gekommen u n d hat mich einmal so gepackt und hat gesagt, und er war auch schon schwer verzweifelt, hat mich gepackt richtig vor den Spiegel, ich hab gesagt, mir gehts eh gut, mir gehts eh gut, ja bitte schau dich an, also ich war zerschunden, überall, das Blut ist mir da aus dem einen Auge rausgeronnen, (atmet ein) also es war, ja, er hat die Rettung angerufen, Lorenz-Böhler, 5 Tage, ich konnte, also ich hatte .. 30 solche Hämatome am ganzen Körper, schwerste (...) Gehirnerschütterung, (atmet ein) ja, von dort wurde ich transferiert nach Kalksburg und, das war also so haarscharf das Ganze.

9.2.5 Die Anderen

Eine weitere Kategorie, die sich im Rahmen der Datenanalyse herauskristallisierte ist *die Anderen* - also das soziale Umfeld, in dem die Person eingebettet ist. Diese Kategorie beinhaltet *das nahe soziale Umfeld, die Gesellschaft, das therapeutische Beziehungsgeschehen, die Mitpatienten/innen sowie die Abgrenzung.*

Das nahe soziale Umfeld

Im Zusammenhang mit dem *unmittelbaren sozialen Umfeld* - vor allem im familiären Kontext - werden häufig *belastende Ereignisse* angeführt. Es werden zum Beispiel massive *körperliche und psychische Bedrohungen* durch einen Elternteil angeführt, Beeinträchtigungen aufgrund eines familiären *Autoritäts- und Machtgefüges* oder aber auch Belastungen aufgrund von *Trennungs- oder Scheidungsszenarien.*

Und .. nach .. also zuerst stirbt mein geliebter Vater und dann meine Mutter, (...) ich kann mich erinnern, als Kind bin ich hinter ihr gestanden, sie hatte das Küchenmesser in der Hand, das sie mir oft, also an die Brust gesetzt hat, jetzt stech ich dich ab, ja, und da hab ich mir gedacht, jetzt erstech ich sie, ja, also das war wirklich (...) so, (atmet ein) und ich, ich hab ihr oft .. den Tod gewünscht, ich hab ihr, ich wollte, ja ich wollte, ich wollte dass sie nicht mehr ist.

Da hat er gleich wieder, also hat er gleich wieder geglaubt er hat Ansprüche oder so, (...) auch Macht-, Machtansprüche. (...) Und hat mich zum z-, Beispiel (..) in einem Aufwaschen irgendwie so fertig gemacht.

Es werden allerdings auch viele *unterstützende* Aspekte von den Patienten/innen im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld angeführt. In diesem Zusammenhang fällt allerdings auf, dass positive Erfahrungen eher im Zusammenhang mit der Beziehung zu den *Söhnen/Töchtern* der Patienten/innen sowie zu *Freunden/innen* erwähnt werden.

Es ist so, so ein tolles Verhältnis geworden (Anm.: zum Sohn), also ich muss bei allen seinen Festen dabei sein, nicht, seine Freunde die kennen mich und die mögen mich recht, (...) Und, ja, und das ist jetzt eigentlich (...) auch ah, wunderbar, eine wunderbare Beziehung muss man sagen, eine ungetrübte, und dadurch, dass ich auch gelernt habe in den letzten Jahren.

Mit meinem Sohn kann ich auch sehr gut reden. (...) Naja, irgendwie, wir waren halt allein. Wir waren, er hat zu seinem Vater hat er, also jetzt gar keine Beziehung mehr (...) Er hat dann selber gesagt, seit ich, ah, zu, zu dir zu Besuch komme, bist du gar nicht mehr wie meine Mutter, du bist wie meine Freundin. (...) Und wir brauchen dann immer so die Zeiten wo wir uns aussprechen

Die Gesellschaft

Ebenfalls von Bedeutung sind *gesellschaftliche Aspekte*. Es wird beschrieben, dass *gesellschaftliche Ereignisse* häufig im Zusammenhang mit *Alkoholkonsum* stehen und somit im sozialen Kontext ein entsprechender Umgang der Patienten/innen mit diesen Situationen erforderlich sei. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass sich diesbezüglich ein *Wandel in der Gesellschaft* vollzogen habe. Demnach habe sich der Umgang mit Personen, die keinen Alkohol trinken wollen geändert - es gäbe *mehr Verständnis* dafür. Andererseits wird auch beschrieben, dass es eine gewisse *Hartnäckigkeit* sowie *Sicherheit* und *Selbstbewusstsein* brauche, um sich gegen die - oftmals sehr eindringliche - Animation zum Trinken durchzusetzen.

Weil ich da recht hatte, bis hin zu meinen bulgarischen Freunden. In Bulgarien. Dort war's hart (beginnt zu lachen), weil da (...) kommst zu einem Mittagessen und gleich einmal, (.) Vodka, nicht? (...) Das sind dann einmal, aso, f-, ein gutes A-, ein knappes Achterl (...) Vodka, nicht? Also, (atmet ein) hab ich auch gesagt, nein! Nein! Ich tu das nicht, ich trink das nicht. Wir bleiben alte Freunde wenn's dir recht ist, aber ich trink das nicht.

Ah, ich hab für mich eben das mit dem Erklärungsbedarf, dass ich gesagt hab, ok, nein, im Moment trink ich nicht, ich hab schon genug getrunken, (...) danke, das (...) genügt, (...) was im Allgemeinen, .. und jetzt, da bin ich seit Ende 2004 trocken, ah, sich verändert hat. Nach meiner Einschätzung, es wird leichter akzeptiert. (...) Entweder fällt's mir leichter, die Position einzunehmen, oder aber, ah, die, die Gesellschaft, (...) ah, der trinkt halt nichts (leise, Zitiertonfall) ja, (...) und denkt gar nicht nach. (...) Aber ich kann's nicht sagen, ob das das subjektive Empfinden ist.

Der/die Therapeut/in

Bei allen Patienten/innen wird im Laufe des Gespräches die *Beziehung zum/zur Therapeuten/in bzw. zum/zur Psychiater/in* angeführt. Diese Anmerkungen sind durchwegs positiv. Vor allem scheinen jene Patienten/innen, die bereits seit langer Zeit abstinent leben, eine besonders intensive Beziehung zum/zur Therapeuten/in und zum Anton Proksch Institut zu haben.

Ich bin (...) nicht so weit weg, ich, ah, dadurch, dass ich immer herkomm, (...) ist das nicht so, dass ich alles vergesse, (...) sondern ich, ich bin auch geistig .. irgendwie da, oder, wenn's mir nicht gut geht, weiß ich zum Beispiel, hör, hör ich Stimmen. Was würde die Dr. (...) sagen. Also so eine (...) Verbundenheit!

Die Mitpatienten/innen

Auch die *Mitpatienten/innen* werden des Öfteren erwähnt. Im Zusammenhang mit den Kollegen/innen, die ebenfalls im Anton Proksch Institut einen stationären Aufenthalt haben und/oder die ambulante Nachbetreuung in Anspruch nehmen, werden vor allem der *Erfahrungsaustausch* sowie emotionale und intensive Aspekte aufgrund von *freundschaftlichen Beziehungen*, die sich entwickelten, hervorgehoben. Darüber hinaus wird die Gruppe auch als *identitätsstiftend* beschrieben.

Für mich ist es nach wie vor wichtig, (...) ja, weil diese Therapie auch noch einen Vorteil hat, ah, es ist eine Gruppe, die Identität bietet und ein bisschen ein Rückhalt.

die Gruppe brauchst du, weil da gehörst du irgendwie (...) dazu, (...) die verändert sich so sukzessive, (...) nicht .. aber irgendwie ist das, ah, ein Fixpunkt, (...) da des Nachdenkens, (...) des Nachdenkens über sich selber (...) und die soziale Situation und ein bisschen auch so ein Punkt, ah, der Information, wie geht's anderen. (...) Wie gehn andere mit dem (...) ja, einfach das (...) hundert andere Geschichten auch Selbsthilfe oder so .. therapeutische Gruppen, nicht, dass man einfach sieht, was macht ein anderer.

Die Abgrenzung

Im Zusammenhang mit der Gruppe und den Mitpatienten/innen wurde auch darauf hingewiesen, dass eine gewisse *Abgrenzung* notwendig sei, um nicht in eine Co-Abhängigkeit zu gelangen und man genügend Kraft für die *Auseinandersetzung mit der eigenen Situation* zur Verfügung habe.

9.2.6 Der Alkohol

In der Kategorie *der Alkohol* erfolgt eine Darstellung von grundlegenden Dynamiken im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol. Folgende Subkategorien werden anschließend erläutert: *das Instrumentalisieren*, *der Genuss* und *die Gier*.

Das Instrumentalisieren

Häufig berichten Patienten/innen davon, dass Alkohol verwendet wurde um Belastungen bewältigen zu können - Alkohol also *instrumentalisiert* wurde.

Damit steht auch ein anderer Aspekt im Zusammenhang der angeführt wurde, nämlich dass die Wirkung von Alkohol dazu beigetragen hätte, das Gefühl von *Sicherheit* und *Stärke* zu empfinden.

Durch meinen, ah, Gatten, mit dem was ich damals verheiratet war. (...) Der hat mich ständig betrogen und (...) ist mit dem Messer auf mich losgegangen, in der Ehe, (...) und, durch das hat das dann angefangen.

Und, jetzt ist es so gewesen, dass, ah, .. meine Freundin verstorben ist, die beste, die was eigentlich wie eine Mutter jetzt zu mir war, (...) auch eben dieser Krankheit wie meine Mutter, mit Lungenkrebs und das ganze, (...) (holt tief Luft) und ich bin dann, wollte zu ihr ins Spital, weil ich gehört hab, ihr geht's nicht gut, (...) also mir ist (...) ihr geht's nicht gut, (holt Luft) dann hab ich was getrunken.

Der Genuss

Von manchen Patienten/innen wird angeführt, dass es sehr schade sei, dass für sie zukünftig kein Alkoholkonsum - speziell kein genussorientierter Konsum - möglich wäre.

Weil das, das geregelte normale Gesellschaftstrinken, das werd ich nie können, (...) ah, wobei ich sagen muss, so rein theoretisch, das tut mir manchmal leid.

Manche Patienten/innen weisen darauf hin, dass sie, sobald sie eine geringe Menge Alkohol konsumieren würden, sofort wieder in dem alten Trinksystem verhaftet wären.

Ich weiß ganz genau, was passiert (...) ja, dann würde ich mich fürchterlich ansaufen, gleich und so, spätestens am Abend würde dann mein Sohn kommen und an der Tür pumpern, und wenn ich ihn nicht reinlass, das weiß ich, hat er gesagt, tritt er die Tür ein .. ja, und nächste Woche, wenn ein Platz ist, wäre ich wieder in Kalksburg, (...) weil das geht dann so weiter. (...) Also ich bin eine, die sofort, ja (...) also sofort anspringt.

Lediglich ein Patient erwähnt, dass er sich darauf freue, zu einem späteren Zeitpunkt genussvoll ein Glas Wein zu trinken - sein Ziel scheint das kontrollierte Trinken zu sein.

Jetzt saufst dich an (...) das gibt's nimmer als Problemlösungsstrategie (...) Als Genussstrategie (...) das tut mir immer noch weh. Aber, ich hab dann wirklich, im Moment hab ich eigentlich, oja, das Ziel, ich weiß, wann ich das Achtl trinken werde (...) Ich glaub, es wird sein, es wird sein der 31. Mai nächsten Jahres.

Die Gier

Im Zusammenhang mit Alkohol wird von manchen Patienten/innen eine *Gier* - also das *Craving* - nach der Substanz angeführt. Sie beschreiben Situationen, in denen

ein *sehr starkes Verlangen nach Alkohol* vorhanden war, das sich sowohl *körperlich* als auch *psychisch* manifestierte.

Also ohne dem, ah, hätte ich so manches Mal .. wirklich, ah, grad die ersten Jahre, da hab ich immer wieder einen, so einen Anfall von Gusto gehabt, (...) das ist nur ein Beispiel. Ich war in (...), also da haben wir so ein Familiengrab, da bin ich (...) wegen dem gießen rausgefahren, vor allem die Ruhe dort, das hat mir auch viel gegeben, ich hab mich auf ein Bankerl gesetzt, hab was gelesen, das hat mir gut, da hab ich eben gelesen einen Roman. Ah, und da hab ich einen .. gelesen, wie einer auch, das war ein Wildwestler, er hat sich in einer Bar so einen Whisky bestellt. .. Also, ich sag ihnen, was ich da mitgemacht ha, (...) das hat gedauert eine halbe Stunde. (...) Wenn ich dort was gehabt hätte, ich hätte mich angesoffen bis zu (...) Nur wenn sie drinnen sind, äh, im, in dem Zyklus, dann haben sie keine Einsicht. (...) Sie müssen dann eben, da gibt's eben nur eins. Einen Unfall und sofort raus. (...) Ja? (...) Egal, und wenn's nur ein Gespräch ist. (...) Und, (...) ich hab dann, also (..) das war von mir das eben, ich hab nachgedacht. Da hab ich die Schweißausbrüche und das alles hat dann eh nachgelassen. (...) Ich hab mich hingesetzt, äh, es war kein autogenes Training, aber ich hab sch-, .. ein, (.) ich bin ganz ruhig, es kann nichts passieren, (...) es kann gar nichts passieren, (...) nicht? (...) So hab ich mich langsam wieder beruhigt, ja, (...) und dann bin ich raus und .. es war alles vorbei.

9.2.7 Die Therapie

In der Kategorie *die Therapie* konnten folgende Subkategorien erschlossen werden: *Empowerment* und *Psychoedukation*, *die Auszeit*, *der geschützte Rahmen*, *das Antizipieren*, *der Rückfall als Teil der Erkrankung*, *Ausmaß der genutzten Angebote* und *Art der genutzten Angebote*.

Empowerment und Psychoedukation

Bei der Analyse der Daten kristallisierte sich heraus, dass im Rahmen der Therapie *Empowerment* und *Psychoedukation* der Patienten/innen unterstützt und forciert wurden.

Ich behaupte, im API wird man nicht geheilt, man kriegt nur alle die Mittel an die Hand, (...) um sich selber (...) aus dem Dreck rauszuziehen.

Die Auszeit

Der stationäre Aufenthalt wird von einigen Patienten/innen als *Auszeit vom Alltagsgeschehen* beschrieben. Es wird auch positiv hervorgehoben, dass die Tage im Anton Proksch Institut *strukturiert* erlebt werden. Den Gesprächen mit den

Patienten/innen ist zu entnehmen, dass viele von ihnen den Aufenthalt/die Aufenthalte als gewinnbringend und wertvoll erlebt haben.

Und die 8 Wochen waren das Beste, was ich machen konnte, das waren 8 Wochen für mich (...) Das war eine total geniale Erfahrung, (...) ich hab mich auch konzentriert auf mich, also hab die ganzen Therapieangebote genutzt, ah, für mich, um einfach etwas zu tun.

Und es geht mir absolut gut, ja, und (..) ich hab einfach dann die Einrichtung vermisst (lacht), ja, (...), und auch die Zeit für mich, ja, (...), dass ich jetzt einfach wieder in den normalen Alltagstrott.

Darüber hinaus wird der stationäre Aufenthalt im Anton Proksch Institut als schützender und unterstützender Rahmen erlebt.

U n d ja, es ist mir da herinnen im geschützten Bereich natürlich absolut nicht schwer gefallen abstinenz zu leben.

Das Antizipieren

Als grundlegende Strategie für den Umgang mit Belastungen führen viele der Patienten/innen *das Antizipieren* an. Es werden Szenarien imaginiert, welche möglicherweise als Belastungen erlebt werden und dazu adäquate Reaktionen, um mit diesen Belastungen umgehen zu können.

Im API, in den Gesprächen ... in der Gruppe, einzeln, auch in den Vorträgen, die dort, die man dort gehört hat, ist man ja massiv darauf vorbereitet worden, wie wirst du dich verhalten wenn du genau in diese Krisensituationen (...) kommst; angefangen von Silvester, weil ja Geburtstagsfeier, Betriebsfeier, bis hin, weiß ich, man geht wieder in sein Stammeisl. (...) Nicht, also da ist man massiv darauf vorbereitet worden, oder viel mehr, man ist nicht vorbereitet worden, man hat die Anleitung gekriegt, sich darauf vorzubereiten.

Aber ich muss mich dementsprechend vorbereiten. (...) Das heißt, ich muss mich vergewissern, ob ich eh sicher bin.

Der Rückfall als Teil der Erkrankung

Die Erzählungen der Patienten/innen machen deutlich, dass sich die professionelle Haltung der Therapeuten/innen im Anton Proksch Institut dadurch charakterisieren lässt, dass der Rückfall als *Teil der Erkrankung* verstanden wird.

Ich hab einen Rückfall dazwischen gehabt, (...) eine Nacht. (...) Ich weiß nicht warum. (...) Hab mir das bestellt, ah, und das schmeckt so gut. (...) Bestell mir noch eins, aber (...), fahrst runter. Schnell runter, das Moped abgestellt, ... statt dass ich reingeh da, fahr ich zum Wirten rauf .. Ins Stüberl. Da hab ich in 3 Stunden 3 Liter runterg'haut (...) Die Leber ausgeschaut ... feuerrot, von oben bis unten, jetzt bin ich rein da, Dr. (...) , der hat das gesehen, naja. Hat er ein Bett organisiert (...) hat mich da reingegeben, und ich hab meinen Rausch ausgeschlafen, nächsten Tag wieder alles vorbei, und nie wieder.

Ausmaß der genutzten Angebote

Die Patienten/innen nutzen die Angebote des Anton Proksch Instituts auf unterschiedliche Weise. Manche Patienten/innen führen an, dass sie so viele Angebote in Anspruch nahmen, wie ihnen möglich war. Andere nutzten nur wenige Angebote und suchten eher Ruhe und Entspannung. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass einige der Patienten/innen die Auswahl an den eigenen Bedürfnissen ausrichteten und entsprechend nutzten.

Also, ich hab das nordic walking, (...) dann geh ich in die Werkstätte, jetzt bin ich in der, im Kaffeehaus, das was mir sehr viel Spaß macht, (...) net, also, weil früher, die erste Zeit hab ich mich nur in meinem Zimmer verkrochen (...) und das Ganze, und durch das, dass ich jetzt in der Werkstatt bin, bin ich eigentlich den ganzen Tag nur unterwegs. (...) Und das tut mir sehr gut.

Für mich war eigentlich das dort sitzen, Buch lesen, überhaupt zu meinem Thema (...) und in den Therapien über mich nachdenken und dazwischen Sport treiben war eigentlich die klassische (...) Antiburouttherapie (...) dass ich mir dann (...) irgendwann ah, ah, ah, den Alkohol abgewöhnt hab, war so quasi (...) noch ein Nebeneffekt.

Andere hingegen hätten beispielsweise den Wunsch gehabt viele Angebote zu nutzen, waren allerdings im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes - aufgrund motivationaler und formaler Aspekte - nicht dazu in der Lage diese in Anspruch zu nehmen.

Ja, das ist ganz interessant. (...) ich hab eigentlich, ich wollte viel machen, aber außer dass ich dann regelmäßig im Fitnessraum war und ab und zu bei der Wirbelsäulengymnastik, .. hab ich nichts gemacht, weil der (.) das, dieser Computerführerschein (...) und überhaupt diese Kurse da drübern, wären nur für Arbeitslose gewesen und das war ich damals noch nicht, das war zu diesem Zeitpunkt noch nicht.

Art der genutzten Angebote

Angeführt werden *Gruppenangebote* und *Einzelgespräche*, darüber hinaus werden häufig *körperorientierte* Angebote und *kreative* Kurse erwähnt. Die Patienten/innen die bereits sehr lange abstinent sind, nehmen überdies regelmäßig die *ambulante Nachbetreuung* in Anspruch.

Zu bedenken ist diesbezüglich, dass auch die *Persönlichkeitsstruktur* maßgeblichen Einfluss auf Vorliebe und Nutzung der Angebote hat.

Ja, also von der Kleingruppe her, ich bin halt eher ein, eine die was weniger reden tut (...) aber ich tu das eher lieber mit der Fr. Dr. (...) *persönlich.*

9.2.8 Die Belastungen

Die Kategorie *die Belastungen* umfasst jene Aspekte, die von den Patienten/innen als Belastungen erlebt werden. Neben sogenannten *daily hassels* - also kleinen alltäglichen Ärgernissen - werden *Belastungen im Arbeitskontext oder im privaten, familiären Bereich* und *Traumatisierungen* angeführt. Darüber hinaus werden *gesellschaftliche Ereignisse, bei denen Alkohol konsumiert wird* sowie Beeinträchtigungen aufgrund von *Komorbidiäten* genannt.

Belastungen im Arbeitskontext und/oder im privaten, familiären Zusammenhang

Es fällt auf, dass häufig *Belastungen im Zusammenhang mit dem Arbeitskontext* beschrieben werden. Es werden Zustände völliger *Überarbeitung* beschrieben oder auch eine *Überforderung* aufgrund von Veränderungen der Strukturen und Rahmenbedingungen.

Ja. Ich war vor dem API schlicht und einfach kaputt. (...) .. Ich war schlicht und einfach kaputt, ich war beruflich perspektivenlos, (...) wusste nicht mehr, wo es lang geht, hab mich gefragt, für was mach ich das Ganze, (...) für was „strudl“ ich mich ab wie ein Depp.

Auch über Beanspruchungen im familiären, privaten Bereich wird berichtet. So erzählt eine Patientin:

jetzt bin ich vor zweieinhalb Wochen hergekommen, (...) und der Grund ist, dass ich in einer grauenhaften Scheidung steck und mir alles über den Kopf gewachsen ist.

Traumatisierungen

Es werden auch *Traumatisierungen* angeführt. Eine Patientin erzählt davon, dass sie in der Kindheit körperlicher und psychischer Gewalt durch ihre Mutter ausgesetzt war. Weiters werden *Krankheits- und Todesfälle* in der Familie als Belastungen angeführt.

Gesellschaftliche Ereignisse

In einer Toleranzkultur wie Österreich ist der Konsum von Alkohol Teil des öffentlichen, gesellschaftlichen Lebens. Das bedeutet, dass in sehr vielen sozialen Zusammenhängen Alkohol getrunken wird. Für alkoholabhängige Personen stellt dies oftmals eine große Belastung dar.

Ich glaub nicht, dass an einem Pub vorbeigehen könnte, (...) auch ein Grund warum ich den Job aufgegeben hab (...) dass ich, weil, dass ich gar nicht wo in die Situation kommen kann, nicht, momentan kann ich's mir eh nicht leisten nach England zu fliegen, aber das wäre gefährlich.

Die Komorbiditäten

Alle interviewten Personen weisen *Komorbiditäten* auf. Die mit den Komorbiditäten im Zusammenhang stehenden Belastungen sowie die Einnahme von Psychopharmaka werden als Belastung erlebt.

9.2.9 Die Ressourcen

Die Kategorie die Ressourcen beinhaltet: *Soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten, die Struktur, Aspekte des Selbstkonzepts und das Anton Proksch Institut.*

Soziale Beziehungen

Aus einigen Gesprächen lässt sich entnehmen, dass *zwischenmenschliche Beziehungen* als große Stütze und Ressource verstanden werden können. Dies können sowohl private Kontakte als auch soziale Kontakte im Rahmen eines professionellen Settings sein.

Abgesehen von meinem Sohn, ja, der für mich das Wichtigste ist, aber ich hab .. fünf Herzenmenschen, (...) zu denen ich Vertrauen haben kann (...) und die mich schätzen und lieben und umgekehrt (...) und, und die für mich da sind und umgekehrt.

Und wenn ich's nicht ganz allein schaffe, dann, oder geschafft hab, dann hab ich die Therapeutin, (...) die ruf ich an und sag, halam, jetzt schon lang nicht mehr, und heute hab ich gesagt zu ihr, wissen sie, ich bin so stolz drauf, dass ich sie bald nicht mehr brauch. (...) (lacht) Hab ich gesagt, ja weil, eigentlich weil sie so gut gearbeitet hat mit mir, nicht?

Freizeitaktivitäten

Häufig werden Freizeitaktivitäten wie *Sport* oder *kreatives Schaffen* als Ressourcen angeführt.

Diese Betätigungen werden insofern als Ressource erlebt, als sie Wohlbefinden herstellen, Struktur gebend sind und darüber hinaus aufgrund von Erfolgserlebnissen positiv auf den Selbstwert wirken.

Ich schreibe ja übrigens auch. (...) Ich hab, ah, bis, 1980 hab ich so eine Broschüre geschrieben, die hab ich dem Dr. (...) schon wieder gegeben, der hat's .. Patienten gegeben, .. da hab ich eben meinen ganzen Werdegang, hab ich (...) geschildert, was mir alles passiert ist.

Und malen wollte ich schon immer, und ich war immer der Meinung ich kann es nicht, ja, und hab es aber gemacht, weil das von der Schule her noch so drinnen war und da hat mir eine Patientin (...) einfach mit, ja, sag ich, na was soll ich, ich kann das nicht, ihr könnt das alle, sagt sie, nein, komm, und hat mich überredet, und hab mich überreden lassen, Gott sei Dank (...), ja, und bin dann (..) und da hat Frau Dr. (..) den Kurs gemacht, a h und ja, und sie fragt mich ob ich zeichnen oder malen kann und ich hab gesagt nein, weder das eine noch das andere und sie hat gesagt ja, dann sind sie genau richtig bei uns, .. ja und da hab ich (..) das malen mitgenommen von hier (...), u n d hab, ja, innerhalb dieses einen Jahres bereits zwei Vernissagen gehabt

Die Struktur

Es wird von den Patienten/innen auf die Wichtigkeit von *Struktur* hingewiesen. Sei es durch Rituale oder regelmäßige Beschäftigungen.

Strukturen, das haben wir allerdings hier schon gelernt (...) und Strukturen, ein strukturierter Tagesablauf ist das Um und Auf, ohne dem kann es kein abstinentes Leben (...) geben, weil wenn man, der Tag nicht strukturiert ist, wenn sag ich, Leerlauf eintritt, ist man sofort gefährdet.

Ja, aber, mir war in der ganzen Zeit nicht, 2006, Jänner, war mir noch nie fad, (...) grad die ersten 3 Wochen. (...) Da bin ich im Kreis gegangen, aber momentan gar nicht! Ab den 3 Wochen dann, war mir keine Sekunde (...) fad, oder Leerlauf, oder

sonst was. (...) Das gibts (...) bei mir nicht. (...) Ja? (...) Ich tu gern am PC was machen, das macht mir Spaß.

Aspekte des Selbstkonzepts

Weiters wird deutlich, dass grundlegende Aspekte des Selbstkonzepts - wie etwa *Selbstwert, Selbstsicherheit* oder *Selbstfürsorge* und die *Fähigkeit zur Selbstreflexion* - bedeutende Ressourcen für die Bewältigung von belastenden Situationen darstellen.

Zum Beispiel das Lernen, wenn man fortgeht, wenn man wo eingeladen ist, .. das Lernen, dass ich da ein Umfeld finde für mich, dass ich mich wohl fühle.

So Kleinigkeiten was man, oder ich kauf mir einen guten Tee, kann ein guter Kaffee genau so sein, (...) beides ist gut, ... ja. S o (...) das muss nicht so viel sein.

Das Anton Proksch Institut

Im Zusammenhang mit dem Anton Proksch Institut wird vor allem die *Beziehung zu den Therapeuten/innen* hervorgehoben. So erzählt eine Patientin:

Und wenn ich's nicht ganz allein schaffe, dann, oder geschafft hab, dann hab ich die Dr. (...) (Anm.: Therapeutin) die ruf ich an.

Als eine weitere Ressource in Bezug auf das Anton Proksch Institut wird der *Erfahrungsaustausch mit Mitpatienten/innen* angeführt.

9.2.10 Die aktuelle Situation

Die meisten der Patienten/innen gehen zum Untersuchungszeitpunkt *keiner Erwerbstätigkeit* nach. Bis auf eine Person sind bei allen Patienten/innen *geringe finanzielle Ressourcen* vorhanden. Einige Interviewpartner/innen beschreiben, dass sie Schwierigkeiten damit hätten den Tag zu *strukturieren* und eine *Sehnsucht nach Erfolgserlebnissen* bestehe. Insgesamt zeigt sich, dass diese vorherrschenden Rahmenbedingungen als sehr belastend erlebt werden.

Also, und eben dieser Hunger nach diesen Erfolgserlebnissen war auch ein Grund, warum ich diesen Job aufgegeben habe. (...) Und das ist genau das, was ich jetzt brauchen würde, (...) unbedingt brauchen würde, nur, es kommt von keiner Seite, und

da nutzt nichts, wenn mir da Psychologen oder die Ärztin, oder die Diätologin sagt, ich schau gut jetzt aus-, ich schau jetzt gut aus, mach Fortschritte auf allen Fronten, ich seh die Fortschritte für mich nicht, nicht? (...) Das ist mein persönliches Dilemma.

9.3 Darstellung der Themenkomplexe

Im Folgenden werden Ergebnisse dargestellt, die aus einer fortwährenden Verdichtung der Daten gewonnen werden konnten. *Der Prozess, das System und der Transfer* kristallisierten sich im Analyseprozess als zentrale Bereiche im Zusammenhang mit der Forschungsthematik heraus. Darüber hinaus dienen sie - neben dem Kategoriensystem - als Grundlage für die Beantwortung der Fragestellungen.

9.3.1 Der Prozess

Das Muster, das sich bei der Analyse der Daten herauskristallisiert hat, weist starke Parallelen zu dem von Prochaska und DiClemente (1986, 1988) postulierten *Veränderungsmodell* auf. Die erhobenen Daten verdeutlichen, dass es sich bei Suchterkrankungen und dem Weg zur Abstinenz um ein - manchmal sehr langwieriges und komplexes - *prozesshaftes Geschehen* handelt. Aufbauend auf dieser Annahme werden anschließend Schlussfolgerungen angeführt und diskutiert.

Alkoholabhängigkeit als chronische Belastung

Gemäß dem Prinzip der Heterostase nach Antonovsky (1987, 1997) sind Menschen laufend Stressoren ausgesetzt.

Im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen sind insbesondere Belastungen aufgrund der *beruflichen und finanziellen Situation* der betroffenen Personen zu nennen. Sehr oft sind die Lebensbedingungen durch Arbeitslosigkeit und Geldnot charakterisiert. Verbunden damit ist ein Mangel an Struktur und Erfolgserlebnissen. Weitere Belastungen stellen Beeinträchtigungen aufgrund von Komorbiditäten dar sowie die Omnipräsenz der Rückfallthematik.

Im Kontext von Alkoholabhängigkeitserkrankungen ist zu beachten, dass - wie von Kufner (1981) postuliert - die *Instrumentalisierung von Alkohol* grundlegend zur Genese von Alkoholabhängigkeit beitragen kann. Die Konstellation dieser Faktoren legt nahe, dass sich hier in Bezug auf den Umgang mit Belastungen eine Dynamik entwickeln kann, der gezielt entgegengewirkt werden muss. Um diese abwärtsgerichtete Spirale aufzuhalten bedarf es *alternativer Coping-Strategien*, einer *Erweiterung des Ressourcenrepertoires* und einer *Stärkung des Kohärenzgefühls*.

Ein Prozess, der manchmal mehrere Male durchlaufen werden muss

Bei den Personen die bereits sehr lange abstinent leben, zeigt sich, dass diese mehrere Rückfälle gefolgt von stationären Aufenthalten im Anton Proksch Institut hatten. Es werden sich wiederholende Dynamiken ersichtlich, die sich über Jahre erstrecken und es wird deutlich, dass dieser Prozess selbst nach jahrelanger Abstinenz nicht abgeschlossen ist.

Von der Abhängigkeit zur Unabhängigkeit

Speziell die Patienten/innen die bereits sehr lange abstinent leben berichten davon, dass die ersten stationären Aufenthalte häufig von Angehörigen oder nahe stehenden Personen initiiert wurden, später jedoch die professionelle Hilfe oftmals eigeninitiativ in Anspruch genommen wurde. Dies ist von besonderem Interesse im Zusammenhang mit dem Diskurs von Abhängigkeit und Unabhängigkeit. Die Patienten/innen übernehmen Verantwortung für sich selbst und reduzieren hierdurch ein soziales Abhängigkeitsverhältnis. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass diese erlangte Autonomie positiv auf das Selbstwertgefühl wirkt und maßgeblich die motivationalen Bedingungen im Veränderungsprozess beeinflusst.

Auch wenn eine betroffene Person in einer bestimmten Phase nicht dazu in der Lage ist eigenständig diese Entscheidung zu fällen, kann dies zu einem späteren Zeitpunkt durchaus möglich sein. Das heißt, dass somit in manchen Fällen und bzw. oder in bestimmten Phasen die Einweisung durch das soziale Umfeld durchaus indiziert ist, da dies oftmals dem Schutz der betroffenen Personen dient und außerdem einen Einstieg in den Veränderungsprozess ermöglicht.

9.3.2 Das System

Neben dem oben angeführten Diskurs zum prozesshaften Geschehen im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit trägt die Betrachtung der sozio-kulturellen Aspekte - also eine systemische Betrachtung von Abhängigkeit - wesentlich zur thematischen Erkenntnisgenerierung bei.

Auszeit vom Alltag

Viele der Patienten/innen berichten von Überforderungen aufgrund gesellschaftlicher Anforderungen - sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext. Sie beschreiben den stationären Aufenthalt als einen Ausstieg aus dem Alltagstrott. Dieser Alltag ist oftmals durch Leistungsdruck und dem Gefühl des "Funktionieren müssen" verbunden.

Andere Patienten/innen beschreiben ihren Alltag als wenig bis gar nicht strukturiert und als *leer* und *trist*.

Der stationäre Aufenthalt stellt für die Patienten/innen eine Auszeit vom Alltag dar. Es wird also temporär ein System verlassen, das entweder durch Leistungsdruck oder durch Tristesse und Langeweile charakterisiert ist und eine Situation aufgesucht, die als schützender Rahmen und Struktur gebend beschrieben wird.

Zurück in den Alltag

Nach einem stationären Aufenthalt erfolgt allerdings die Rückkehr in das gesellschaftliche System, in dem sich die Person vor dem Aufenthalt bewegt hat. Dies stellt für die Patienten/innen oftmals eine besonders große Belastung dar.

In Anbetracht dessen, das der Großteil der interviewten Personen nicht erwerbstätig ist, über knappe finanzielle Ressourcen verfügt und viele auf einen Mangel an Tagesstruktur verweisen, ist es naheliegend diesem Faktor besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Ein Patient beschreibt seine Situation folgendermaßen:

War das doch hier die schönste Zeit meines Lebens, das muss ihnen sagen, wie ich da, da, aus, meinen Abschied da hab ich geweint, obwohl ich nie weine oder sehr, (...) äußerst selten, ich hab in meinem Leben 10 Mal geweint, abgesehen von der Kleinkindzeit (...) geweint wie ein Schloshund, ich hab mich gar nicht bremsen können, ja, also (...) das .. ja, und es ist eigentlich .. jetzt noch, wenn ich .. (...) es ist eigentlich die alte Tristesse wieder da nur ohne Alkohol, (...) zusätzlich noch jetzt die Arbeitslosigkeit (...) u n d ja. (...) aber das sch, das, das ist halt so.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes ist eine Tagesstruktur gewährleistet, es sind soziale Kontakte mit Mitpatienten/innen sowie den Mitarbeitern/innen des Anton Proksch Institut vorhanden, dadurch wird kommunikativer Austausch ermöglicht. Wenn nun die Patienten/innen das Anton Proksch Institut verlassen, stellen die Rahmenbedingungen des Alltags - neben dem Aspekt abstinenz zu bleiben - eine große Herausforderung für sie dar.

Von den Interviewpartnern/innen die bereits sehr lange abstinenz leben, wird in diesem Zusammenhang auf die Wichtigkeit der ambulanten Nachbetreuung hingewiesen und darauf, den Kontakt zum Anton Proksch Institut zu halten. Im Speziellen werden die Beziehung zum/zur Therapeuten/in sowie die regelmäßigen Besuche der Gruppenangebote und der Erfahrungsaustausch mit den Mitpatienten/innen angeführt.

Neustrukturierung und Organisation des Lebens

Der Ausstieg aus der Abhängigkeit ist *mehr als die Abstinenz* - es geht um ein Umlernen und letztlich eine Neustrukturierung und -organisation des Lebens. Ein Zitat aus einem Gespräch mit einer Patientin verdeutlicht diesen Aspekt auf sehr anschauliche Weise:

Irgendwie was es halt alles für Probleme gibt und, und, ja aber eben das, wie man damit umgeht, wie man damit fertig wird, und das ist ein Lernen. (...) Und .. ja, und, (...) das ist jetzt nicht, äh, die Scham wenn ich noch einmal her muss irgendwann, ich will ja noch länger leben (...) auch. (...) Mir ist wichtig, auch dabei (...), trocken zu sein, aber auch dabei zu leben.

Häufig sind die betroffenen Personen allerdings Situationen ausgesetzt, die sie weiterhin in eine Position abseits des sozialen Geschehens rückt. Erschwert wird die Arbeitssituation oftmals dadurch, dass die Leistungsfähigkeit der Patienten/innen gesunken ist bzw. aufgrund der Komorbiditäten öfters Krankenstände in Anspruch genommen werden.

Es wird deutlich, dass die Rahmenbedingungen für Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen im herrschenden gesellschaftlichen System eine große Belastung darstellen können. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass die

Personen ihr Ressourcenrepertoire erweitern und versuchen euthymes Erleben abseits vom Alkoholkonsum herzustellen.

9.3.3 Der Transfer

Im dritten Themenblock werden Überlegungen zur Umsetzung des Erlernten im Alltag angestellt. Es werden jene Faktoren herausgearbeitet, die im Speziellen dazu beitragen, die im Rahmen der therapeutischen Intervention erarbeiteten Erkenntnisse und Kompetenzen in das alltägliche Leben zu integrieren und entsprechend umzusetzen.

Die ambulante Nachbetreuung

Das Angebot der ambulanten Nachbetreuung scheint vor allem für die Aufrechterhaltung und Vertiefung des bisher Erarbeiteten besonders wertvoll zu sein. Es ist eine fortwährende Auseinandersetzung und Fortführung dieses Veränderungsprozesses erforderlich, wie von vielen Patienten/innen berichtet wird.

Wie bereits erwähnt, kommt der Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung - vor allem für jene Patienten/innen, die bereits sehr lange abstinent leben - eine besonders große Bedeutung zu. Die regelmäßigen Kontakte zum Anton Proksch Institut werden als selbstverständlich erachtet und sind im Lebensalltag integriert.

Das Antizipieren

Den Gesprächen mit den Interviewpartnern/innen ist zu entnehmen, dass das *Antizipieren* von möglicherweise belastenden Situationen eine bedeutende Strategie im Umgang mit Belastungen darstellt. Dabei sollen Szenarien, die eventuell als Belastung erlebt werden könnten, sowie mögliche Handlungsstrategien und Reaktionen imaginiert werden. Ein Patient beschreibt dies folgendermaßen:

Für mich hat's so funktioniert, dass ich mir schon im API, eben unter dieser Anleitung, die entscheidenden Lebenssituationen vorgestellt hab, (...) was wird passieren, wenn ich wieder in mein Stammbeisl am Markt reingeh, was werd ich machen. Was wird passieren, und das hab ich mir ziemlich genau vorgestellt. (...) Und dann hab ich's auch so durchgezogen. Und ich konnte mir auch relativ gut vorstellen, was, was werden einzelne Leute sagen. Wie werden die (...) reagieren.

Es wird bereits im therapeutischen Setting ein Bezug zum Alltag hergestellt, welcher den Transfer des Gelernten in den Alltag erleichtern soll. Das Antizipieren trägt dazu bei, dass bei tatsächlich auftretenden Belastungen adäquate Coping-Strategien verfügbar sind und entsprechend eingesetzt werden können.

Flexibilität

Wie oben angeführt, kann das Antizipieren zu einer erfolgreichen Bewältigung der Situation beitragen. Diese positiven Erfahrungen werden nach und nach in das Selbstbild integriert, wodurch die Selbstsicherheit und die Selbstwirksamkeitserwartung der Person gestärkt werden.

In Anlehnung an Antonovsky (1987, 1997) wird durch das Antizipieren eine Situation verstehbar und vorhersagbar; die daraus resultierenden positiven Bewältigungserfahrungen werden in das Selbstkonzept aufgenommen und führen zu einem Gefühl der Handhabbarkeit. Die sich daraus ergebende Stärkung des Kohärenzgefühls trägt maßgeblich zu einer Flexibilität im Umgang mit Belastungen bei.

9.4 Beantwortung der Fragestellungen

Im Folgenden werden die in *Kapitel 6.1* angeführten forschungsleitenden Fragestellungen - unter Bezugnahme auf das Kategoriensystem und die Themenkomplexe - beantwortet:

1. Gibt es Belastungen, die speziell im Kontext von Alkoholabhängigkeits-erkrankungen auftreten?

Entsprechend Antonovskys (1987, 1997) Postulat der Heterostase sind Menschen ständig mit Anforderungen bzw. Stressoren konfrontiert, die es zu bewältigen gilt. Im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen wurden folgende Faktoren für die Patienten/innen als besonders belastend erlebt:

Chronische Belastungen aufgrund des Veränderungsprozesses

Der Ausstieg aus der Abhängigkeit stellt oftmals ein langwieriges, prozesshaftes Geschehen dar, welches durch sich wiederholende Muster und Dynamiken beschrieben werden kann und mit chronischen Belastungen verbunden ist.

Alkoholabhängigkeit in einer Permissivkultur

Österreich ist den Permissivkulturen zuzuordnen. Das bedeutet, dass genussvoller Alkoholkonsum als Teil des gesellschaftlichen Lebens toleriert und akzeptiert wird. Für Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen können diese Situationen als belastend erlebt werden, da sie mit einer Situation konfrontiert sind, die aufgrund von früheren Konditionierungsprozessen zu einer Gier nach Alkohol, also zum Craving führen könnte. Darüber hinaus fällt in einem gesellschaftlichen Kontext, in dem kollektiv getrunken wird, Abstinenz oftmals auf und erfordert eine Erklärung der betroffenen Personen. Allerdings wird von den Patienten/innen darauf hingewiesen wird, dass ein Wandel in der Gesellschaft stattgefunden hätte, der zu mehr Toleranz in Bezug auf Abstinenz geführt habe.

Komorbiditäten

Ein weiterer Faktoren, der im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit häufig zu Belastungen führt, sind die Komorbiditäten. Etwa 40% der Suchterkrankungen treten gemeinsam mit anderen Erkrankungen auf. Dies können Erkrankungen sein, die sich sowohl psychisch als auch physisch manifestieren und unter Umständen zu massiven Beeinträchtigungen führen.

Strukturlosigkeit

Als besonders belastend werden von vielen Patienten/innen die beruflichen und finanziellen Rahmenbedingungen angeführt. Die langfristigen Folgen von Alkoholabhängigkeit sind oftmals finanzielle Probleme sowie Arbeitslosigkeit. Damit ist auch meist ein Mangel an Strukturen und Erfolgserlebnissen verbunden. Vor allem nach einem stationären Aufenthalt - einer Situation die als Struktur gebend und schützend beschrieben wird - stellt die Rückkehr in den Alltag eine große Belastung dar.

2. Über welche Ressourcen verfügen ehemalige Patienten/innen des Anton Proksch Instituts?

Bereits im theoretischen Diskurs in Bezug auf Ressourcen wurde deutlich, dass eine Verallgemeinerung hinsichtlich des Verständnisses von Ressourcen kaum möglich ist. Ein ähnliches Muster wurde in den Daten der vorliegenden Arbeit gefunden. Was von den Patienten/innen als Ressource verstanden wird, ist inter- und letztlich sogar intraindividuell verschieden.

Wesentlich in diesem Zusammenhang ist allerdings die *Ressourcenrealisierung* - also jene Ressourcen, welche die Person auch als solche wahrnimmt und vor allem entsprechend einsetzen kann, um euthymes Erleben und Wohlbefinden herzustellen. Die folgende Darstellung beinhaltet die von den Patienten/innen angeführten Ressourcen:

- soziale Beziehungen (Freundschaften, Familie)
- sportliche Aktivitäten (Fitnesscenter, Wandern)

- kreative Tätigkeiten (Malen, Schreiben)
- Struktur (Tagesstruktur, Freizeitbeschäftigung, Erwerbstätigkeit)
- Erfolgserlebnisse im Beruf (externe Bestätigung, gefordert werden)
- Genussfähigkeit (euthymes Erleben abseits von Alkoholkonsum)
- Beziehung zum/zur Therapeuten/in

Neben diesen oben angeführten Ressourcen erscheinen auch Aspekte des Selbstkonzepts wie etwa Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstsicherheit, ein starkes Kohärenzgefühl sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion als wesentliche Ressourcen im Umgang mit belastenden Situationen.

3. Welche Faktoren tragen zu einer erfolgreichen Bewältigung von belastenden Situationen bei?

Besonders wichtig im Zusammenhang mit der Bewältigung von belastenden Situationen scheint das *Antizipieren* von möglicherweise auftretenden Szenarien und adäquaten Lösungsstrategien zu sein. Durch diese Kognitionen soll ein Transfer in den Alltag ermöglicht werden, um in realen Situationen entsprechend reagieren zu können.

Nachdem es nicht möglich ist, alle etwaig auftretenden Szenarien zu antizipieren, ist auch eine gewisse *Flexibilität* im Umgang mit Belastungen von Bedeutung. Diese kann durch die Integration von erfolgreichen Bewältigungserfahrungen in das Selbstbild erlangt werden. Diese positiven Erfahrungen wirken - gemäß Antonovsky (1987, 1997) - stärkend auf das Kohärenzgefühl und führen zu mehr Sicherheit und Zuversicht hinsichtlich der Handhabbarkeit von Belastungen.

4. Welche Bedeutung hat die ambulante Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt im Anton Proksch Institut für den Veränderungsprozess?

Die Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung wird speziell von jenen Interviewteilnehmern/innen, die bereits sehr lange abstinent leben, als Routine und

in höchstem Maße verbindlich beschrieben. Aus den Gesprächen mit den Patienten/innen kann geschlossen werden, dass die ambulante Nachbetreuung als eine Art Bezugssystem verstanden wird, das einen kontinuierliche Kontakt zum/zur Therapeuten/in und der Institution gewährleistet. Der regelmäßige Kontakt wird als Struktur gebend erlebt und trägt zu einer fortwährenden Auseinandersetzung und Reflexion bei und soll darüber hinaus im Falle einer Rückfälligkeit den erneuten Einstieg in den Veränderungsprozess erleichtern.

Den Experten/innen zufolge wird die ambulante Nachbetreuung nur von einem sehr geringen Teil der Patienten/innen - zwischen 10% und 30% - genutzt. In diesem Zusammenhang ist allerdings der prozesshafte Charakter von Suchterkrankungen zu bedenken und die Überlegung, dass es möglicherweise in bestimmten Phasen oder Zyklen manchen Personen nicht möglich ist dieses Angebot in Anspruch zu nehmen. Allerdings kann es sein, dass zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund von Lern- und Erkenntnisprozessen die wichtige Bedeutung dieses Angebots erkannt und in Folge dessen genutzt wird.

10. Conclusio

Das Ziel der Grounded Theory Methode (Glaser & Strauss, 1968) ist es eine Theorie zu generieren, die sich aus den erhobenen Daten begründet. In der gegenständlichen Arbeit konnten durch eine fortwährende Verdichtung und Abstraktion der Daten, dahinter liegende Muster und Strukturen erkannt und darauf aufbauend Thesen formuliert werden.

Die Ergebnisse des Analyseprozesses decken sich größtenteils mit vorhandenen theoretischen Konzepten. Das bedeutet, dass sich diese - meist im Rahmen quantitativer Forschung gewonnenen - Konstrukte im Selbsterleben der Patienten/innen widerspiegeln und aus deren Erzählungen durch Abstraktion erschlossen werden konnten.

Im Folgenden werden die aus den Daten generierten Thesen dargestellt, mit den bestehenden theoretischen Konzepten in Beziehung gesetzt und diskutiert.

These 1: Abhängigkeit ist als prozesshaftes Geschehen zu verstehen

Den Beschreibungen der Patienten/innen zufolge lässt sich festhalten, dass Abhängigkeit als prozesshaftes Geschehen zu verstehen ist; als ein Prozess, der sich über einen sehr langen Zeitraum erstrecken kann, mehrere Phasen umfasst und in vielen Fällen mehrmals durchlaufen werden muss. Folgende Faktoren kristallisierten sich diesbezüglich als besonders relevant heraus:

1. *Wunsch nach Veränderung*
2. *Einsicht*
3. *Initiative für Veränderung*
4. *Klarheit vs. Zweifel*

Als theoretisches Konzept hierzu lässt sich das *Transtheoretische Modell der Veränderung* von Prochaska und DiClemente (1986, 1988) anführen (siehe *Kapitel 4.3.1*).

These 2: Der Rückfall stellt einen Teil der Erkrankung dar

Dem Veränderungsmodell zufolge stellt der Rückfall einen Teil der Erkrankung dar. Dieser Aspekt konnte ebenfalls durch die biografischen Erzählungen der Patienten/innen erschlossen werden. 8 von den 9 Interviewteilnehmer/innen wurden im Laufe des Veränderungsprozesses mindestens einmal rückfällig.

Den Gesprächen mit den Patienten/innen kann auch entnommen werden, dass sich die professionelle Haltung der Mitarbeiter/innen des Anton Proksch Instituts durch ein Verständnis auszeichnet, das den Rückfall als einen Aspekt der Krankheit betrachtet. Wie Körkel und Kruse (2005) postulieren, kann diese Haltung maßgeblich zu einer Reduktion von Angst und Scham in Bezug auf den Rückfall beitragen und einer Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit der Patienten/innen entgegenwirken. Diese Annahme deckt sich größtenteils mit den Berichten der Patienten/innen. Es scheint, als würde durch dieses Verständnis der erneute Einstieg in den

Veränderungsprozess erleichtert und die Inanspruchnahme professioneller Hilfe rascher zugänglich gemacht werden.

These 3: Die (Re-)Integration in das herrschende Gesellschaftssystem gestaltet sich für Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen sehr schwierig

Das aktuelle gesellschaftliche System zeichnet sich durch hohe Leistungsanforderungen, Schnelllebigkeit und eine angespannte arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Situation aus. Um in das System (re-)integriert werden zu können - also ein funktionierender Teil dieses Systems zu sein - werden vor allem im Arbeitskontext hohe Anforderungen an das Individuum gestellt.

Bei vielen Personen mit Abhängigkeitserkrankungen ist jedoch eine verringerte Leistungsfähigkeit vorhanden. Zudem weisen etwa 40% der betroffenen Personen Komorbiditäten auf (Soyka & Kufner, 2008), was zu weiteren Beeinträchtigungen und Einschränkungen führt.

Das macht einerseits die Aufrechterhaltung des - noch vorhandenen - beruflichen Alltags sehr schwierig und andererseits - sollte keine Arbeitsstelle vorhanden sein - ist dadurch auch ein neuerlicher Einstieg in die Arbeitswelt mit großen Problemen verbunden.

Weiters ist zu bedenken, dass eine betroffene Person durch einen Rückfall aus ihrem Alltag gerissen wird. Geht man nun davon aus, dass ein stationärer Aufenthalt im Durchschnitt 6 bis 8 Wochen dauert und der Rückfall als Teil der Erkrankung dazu führen kann, dass der Veränderungsprozess mehrere Male durchlaufen werden muss, so wird deutlich, dass dies im Arbeitskontext ein großes Problem darstellt.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen oftmals mit einer Lebenssituation konfrontiert sind, die es ihnen sehr schwer macht aktiv und freudvoll am gesellschaftlichen Leben teil zu haben. Neben finanziellen Problemen und einem Mangel an Struktur und Stabilität wird oftmals beklagt, dass nur selten bis kaum Erfolgserlebnisse erfahren

werden und der Kontakt zu Arbeitskollegen/innen fehle. Diese im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit oftmals auftretenden Rahmenbedingungen werden von den betroffenen Personen als belastend erlebt und können sich negativ auf die Motivation im Veränderungsprozess auswirken. Hierzu sei auf die Untersuchung von Zobel et al. (2005) verwiesen, in der davon berichtet wird, dass für erwerbslose Personen eine geringere Wahrscheinlichkeit herrscht abstinent zu bleiben.

These 4: Ein wesentliches Ziel der therapeutischen Intervention sollte ein genussvolles Leben abseits vom Alkohol sein

Dieser Abwärtsspirale soll im therapeutischen Setting entgegen gewirkt werden. Es gilt, diese Dynamik zu durchbrechen und eine Grundlage für euthymes Erleben und Wohlbefinden zu schaffen.

Nachdem es sich für viele Patienten/innen sehr schwierig gestaltet wieder in den Arbeitsalltag einzusteigen und den arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitischen Anforderung zu entsprechen, ist es für die betroffenen Personen sehr wichtig eine Lebenssituation zu schaffen, die euthymes Erleben und Verhalten sowie Wohlbefinden abseits von Alkoholexzessen ermöglicht.

Folgende Aspekte sind diesbezüglich besonders bedeutend:

1. Empowerment

In erster Linie ist es für die Patienten/innen wichtig, dass sie Autonomie erlangen und selbstbestimmt agieren können. Die Erfahrung von Unabhängigkeit und das Erleben von Handlungs- und Entscheidungskompetenzen wirken sich positiv auf das Selbstkonzept aus und tragen zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, 1986, 1992) bei.

2. Psychoedukation

Durch Psychoedukation soll den Patienten/innen ein Verständnis für ihre Erkrankung nähergebracht werden. Dadurch erlangen die Patienten/innen eine Krankheitseinsicht

und können die Erkrankung in ihr Selbstbild integrieren. Das Wissen um die Erkrankung kann zu einer Erhöhung der Motivation und der Compliance beitragen, was positiv auf den Veränderungsprozess wirkt.

3. Ressourcen

Grawe (1999) zufolge sind Ressourcen Aspekte, die direkt und indirekt auf das Selbstwertgefühl wirken und somit auch das emotionale Befinden beeinflussen und motivierend wirken können.

Die Patienten/innen sollen im Rahmen der therapeutischen Intervention - und darüber hinaus - ihr Ressourcenrepertoire erweitern. Es sollen bereits vorhandene Ressourcen reaktiviert und neue Ressourcen entdeckt werden.

4. Umgang mit Belastungen

Wie bereits ausführlich erläutert, können Personen mit Alkoholabhängigkeitserkrankungen - neben alltäglichen Ärgernissen - mit einer Vielzahl an Belastungen konfrontiert sein.

Alkoholabhängige Personen tendieren oftmals dazu Alkohol zur Spannungsreduktion zu instrumentalisieren und weisen einen Mangel an Coping-Strategien auf (vgl. Welbrink & Franke, 2006). Ziel sollte es also sein, im Rahmen der therapeutischen Intervention alternative Coping-Strategien zu erarbeiten. Besonders erfolgreich scheint die Antizipation von belastenden Szenarien und von adäquaten Handlungsmöglichkeiten zu sein. Durch diese Imaginationen sind in realen Situationen die passenden Reaktionen rasch abruf- und einsetzbar. Eine erfolgreiche Bewältigung von Belastungen wirkt positiv auf das Selbstkonzept und manifestiert sich in einem Gefühl der Handhabbarkeit von zukünftigen Ereignissen, was sich nach Antonovsky (1987, 1997) auch als Stärkung des Kohärenzgefühls beschreiben lässt.

5. Transfer in den Alltag

Aufgrund des oftmals sehr langwierigen Veränderungsprozesses ist es sehr wichtig die erarbeiteten Veränderungen in den Alltag zu integrieren. Die Grundlagen hierfür werden bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts - beispielsweise durch

Antizipation belastender Situationen - erarbeitet. Nach der Rückkehr in den Alltag braucht es Strukturen, die eine Aufrechterhaltung der neuen Situation gewährleisten. Als besonders wertvoll hierfür wird die ambulante Nachbetreuung erachtet. Sie gewährleistet eine fortwährende Selbstreflexion sowie eine Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem System, in dem sich die Person bewegt. Durch dieses Angebot kann kontinuierlich Kontakt zum/zur Therapeuten/in gehalten werden und Erfahrungsaustausch mit den Mitpatienten/innen erfolgen.

These 5: Im Rahmen des Veränderungsprozesses können grundlegende Aspekte des Selbstkonzepts gestärkt werden

Unter besonderer Berücksichtigung des biografischen Kontextes jedes/jeder Patienten/in lässt sich aus den vorliegenden Daten erschließen, dass im Laufe des Veränderungsprozesses bestimmte Aspekte des Selbstkonzepts beeinflusst und auch gestärkt werden können.

Im Rahmen des Veränderungsprozesses erfahren die Patienten/innen einen Zuwachs an Selbstbestimmtheit, Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeitserwartung. Es kann eine Steigerung der Selbstsicherheit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und des Selbstwertgefühls erfolgen. Weiters kann die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Reflexion verbessert werden, was als Grundlage für einen achtsamen und fürsorglichen Umgang mit sich selbst darstellt.

Zusammenfassend lässt sich hierzu anführen, dass all diese Aspekte zu einer Stärkung des Selbstkonzepts führen und der erfolgreichen Bewältigung von belastenden Situationen dienlich sind.

11. Kritik und Ausblick

Für zukünftige Untersuchungen zum gegenständlichen Forschungsthema wäre es interessant den Fokus auch auf genderspezifische Aspekte zu lenken. In der vorliegenden Arbeit wurde aufgrund der geringen Fallzahl von einer diesbezüglichen Diskussion abgesehen.

Aufgrund des Mangels an zeitlichen und finanziellen Ressourcen im Rahmen des Forschungsprozesses wurden lediglich vier Interpretationstreffen abgehalten. Diese Treffen wurden als sehr bereichernd und inspirierend erlebt und haben den Interpretationsprozess wesentlich vorangetrieben. Aus diesem Grund wäre für zukünftige Forschungsprojekte, die unter Anwendung qualitativer Forschungsmethoden durchgeführt werden, wünschenswert, ein Interpretationskollektiv über den gesamten Forschungszeitraum zu implementieren, um einen fortwährenden Austausch und Diskurs zu gewährleisten.

12. Zusammenfassung

Ziel der gegenständlichen Arbeit war es, relevante Aspekte zum Umgang von alkoholabhängigen Menschen mit Belastungen im Alltagskontext zu erfassen.

Das Forschungsprojekt wurde unter Anwendung qualitativer Forschungsmethoden durchgeführt. Die methodologische Fundierung orientierte sich an der Grounded Theory Methode (Glaser & Strauss, 1968) und zeichnete sich durch einen ständigen Wechsel zwischen Induktion und Deduktion aus.

Neben 6 Experteninterviews mit Mitarbeitern/innen des Anton Proksch Instituts wurden mit 9 - stationär oder ambulant betreuten - Patienten/innen Problemzentrierte Interviews (Witzel, 1982, 1989, 2000) durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels Globalanalyse (Legewie, 1994) und dem Kodierverfahren der Grounded Theory Methode (Glaser & Strauss, 1968).

Die zentralen Inhalte der gegenständlichen Arbeit umfassen einen Diskurs zu aktuellen Gesundheitskonzepten - im Speziellen dem Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987, 1997) - und damit in Zusammenhang stehende Themen wie

Ressourcen und Coping. Darüber hinaus erfolgte eine Auseinandersetzung mit Alkoholabhängigkeit und mit ressourcenorientierten Therapieansätzen.

Die Ergebnisse des Analyseprozesses decken sich größtenteils mit vorhandenen theoretischen Konzepten. Das bedeutet, dass sich diese - meist im Rahmen quantitativer Forschung gewonnenen - Konstrukte im Selbsterleben der Patienten/innen widerspiegeln und aus deren Erzählungen durch Abstraktion erschlossen werden konnten.

Darüber hinaus konnte eine hohe Übereinstimmung zwischen den Erzählungen der Patienten/innen und den Angaben der Mitarbeiter/innen zu Struktur und therapeutischen Bedingungen im Anton Proksch Institut festgestellt werden. Neben den oben angeführten theoretischen Konstrukten bildet sich somit auch das konkrete therapeutische Vorgehen im Erleben der Patienten/innen ab. Durch die Gegenüberstellung der Experteninterviews und den mit den Patienten/innen durchgeführten Problemzentrierten Interviews konnten somit Ergebnisse generiert werden, die für die Praxis hohe Relevanz besitzen.

Neben einem umfassenden Kategoriensystem kristallisierten sich folgende drei Themenblöcke als besonders relevant im Zusammenhang mit dem zu beforschenden Phänomen heraus: *der Prozess*, *das System* und *der Transfer*. Die Ergebnisse lassen sich zusammenfassend folgendermaßen beschreiben:

Der Ausstieg aus der Abhängigkeit ist als ein prozesshaftes Geschehen zu verstehen. Ein Prozess, der sich über einen sehr langen Zeitraum erstrecken kann, mehrere Phasen umfasst und in vielen Fällen mehrmals durchlaufen werden muss (vgl. Prochaska und DiClemente, 1986, 1988).

Alkoholabhängigkeitserkrankungen führen oftmals zu einer Vielzahl an Belastungen, die sich sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext manifestieren und die den betroffenen Personen die Rückkehr in das gesellschaftliche System erschweren.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass für die betroffenen Personen im therapeutischen Kontext Grundlagen für euthymes Erleben abseits von Alkohol erarbeitet werden, das letztlich zu Wohlbefinden führt und sich positiv auf die Motivation im Veränderungsprozess auswirken kann.

Insbesondere die Erweiterung des Ressourcenrepertoires sowie die Erarbeitung - durch Antizipation von belastenden Situationen - alternativer Coping-Strategien sollen diesbezüglich forciert werden. Positive Bewältigungserfahrungen werden in das Selbstkonzept integriert und führen zunehmend dazu, dass zukünftige Situationen eher als handhabbar eingeschätzt werden. Im Sinne von Antonovsky (1987, 1997) kann dies als Stärkung des Kohärenzgefühls zusammengefasst und als grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung von Belastungen verstanden werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (4. print.). New York: Guilford Press.

Aldwin, C. M., & Brustrom, J. (1997). Theories of Coping with Stress: Illustrations from the Healthy Psychology and Aging Literatures. In B. H. Gottlieb (Eds.) *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press.

Anton Proksch Institut (2007): Charakteristika der 2007 stationär im Anton Proksch Institut behandelten Patienten (Zusatz zur Bilanz des Anton Proksch Institutes 2007), unveröffentlichter Bericht, API, Wien.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (1. edition 2. print). San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verl.

Becker, P., Schulz, P., & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1), 11–23.

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Hrsg.) (2005). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, A., & Menz, W. (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B. & Menz W. (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl.), pp. 33–70). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Bortz, J., Döring, N., & Bortz-Döring (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3., überarbeitete Auflage, Nachdruck). *Springer-Lehrbuch*. Heidelberg: Springer.

Breuer, F. (2009). *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis* (1. Auflage).

Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1990). Severity of Psychosocial Stress and Outcome of Alcoholism Treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 344–348.

Bühringer, G., & Kunz-Ebrecht, S. R. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational Coping and Coping Dispositions in a Stressful Transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195.

Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1973). Active Coping Processes, Coping Dispositions, and Recovery from Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 75-389

Comer, R. J. (2001). *Klinische Psychologie* (2. deutsche Auflage). *Spektrum-Lehrbuch*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? *British Journal of Addiction*, 87, 821–822.

Deppe-Schmitz, U. (2008). *Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von alkoholabhängigen Patienten*. Dissertation, Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig, München.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (2005). *Bipolare Störungen und Suchtkomorbidität: Genetik, Trigger oder Selbstheilungsversuch?* Bericht von der 5. Jahrestagung der DGBS. Bonn.

Esser, A. (1991). *Rückfallbedingungen bei Alkoholikern nach stationärer Entwöhnungsbehandlung*. Dissertation, Philipps-Universität Marburg, Marburg/Lahn.

Fäh, M. (2006). Verbessert Psychotherapie die Moral?: Inwiefern können grundlegende gesundheitsrelevante Lebensbewältigungseinstellungen durch psychologische Intervention erworben bzw. verbessert werden? In H. Wydler (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie*

und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim: Juventa-Verlag.

Feuerlein, W. (1979). *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit: Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). *Flexibles Taschenbuch*. Stuttgart: Thieme.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (2. Auflage der vollständig überarbeitet und erweiterte Neuauflage 2007). Reinbek bei Hamburg Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Forstmeier, S., Uhlendorff, H., & Maercker, A. (2005). Diagnostik von Ressourcen im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18, 227–257.

Frank, R. (2007). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Springer-Dig. Serial. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Franke, A. (2005). *Das Modell der Salutogenese und seine Konsequenzen für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitswelt*. HerbstAkademie zur Gesundheitsförderung 2005: Den Alltag gesundheitsfördernd gestalten. Magdeburg.

Fredrickson B. L., & Joiner, T. (2002). Positive Emotions Tigger Upward Spirals Toward Emotional Well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175.

Froschauer, U., & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1968). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Gottlieb, B. H. (Ed.) (1997). *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1999). Allgemeine Psychotherapie: Leitbild für eine empiriegeleitete psychologische Therapie. In

- R. F. Wagner (Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hafen, M. (2009). *Mythologie der Gesundheit: Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (2. Auflage). *Systemische Forschung im Carl-Auer-Verlag*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Heigl-Evers, A. (Ed.) (1995). *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität: Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Höfer, R. (2000). *Jugend, Gesundheit und Identität: Studien zum Kohärenzgefühl*. Univ., Diss.--München, 1999. *Forschung Soziologie: Vol. 86*. Opladen: Leske + Budrich.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Kempf, W., & Kiefer, M. (Hrsg.). (2009). *Hochschullehrbücher: Vol. 4. Forschungsmethoden der Psychologie: zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik* (1. Auflage). Berlin: Regener.
- Kirchler, E. (Hrsg.). (2008). *UTB Psychologie: Vol. 2659. Arbeits- und Organisationspsychologie* (2., korr. Aufl.). Wien: facultas.wuv.
- Kirchler, E., & Hölzl, E. (2008). Arbeitsgestaltung. In E. Kirchler (Hrsg.), *UTB Psychologie: Vol. 2659. Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: facultas.wuv.
- Körkel, J., & Kruse, G. (2005). *Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Basiswissen: Vol. 6*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lamnek, S. (1993). *Qualitative Sozialforschung*. Band 1 Methodologie (2., überarbeitete Auflage).
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford Univ. Press.

Lenio, J. A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*,

Lorenz, R., & Petzold, H. G. (2004). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Reinhardt.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz; Beltz-Verlag.

Meuser, M., & Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mey, G., & Mruck, K. (2009). Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In W. Kempf & M. Kiefer (Hrsg.), *Hochschullehrbücher: Vol. 4. Forschungsmethoden der Psychologie : zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik*. Berlin: Regener.

Miller, W. R. et al. (Eds.). (1986). *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum Press, New York.

Payk, T. R. (2007). *Psychopathologie: Vom Symptom zur Diagnose* (2., überarbeitete Auflage). Springer - Dig. Serial]. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Perrez, M., & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping, and health: A situation-behavior approach ; theory, methods, applications*. Seattle: Hogrefe & Huber.

Petermann, F. (Hrsg.) (2005). *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*.

Pittman, D. J. (Hrsg.). (1964). *Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nicht pathologischen Ursprungs: Eine internationale Übersicht. : DHS: 27. Internationaler Kongress: Alkohol und Alkoholismus*. Hamm: Neuland.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change.

In: Miller, W. R. et al. (Eds.). *Treating addictive behaviors: Processes of change*, Plenum Press, New

York.

Prochaska, J.O. et. al. (1988). Measuring processes of change: application to the cessation of smoking. *Journal of Cons. and Clin. Psychology*, 56, 520-528.

Scheller, R. & Lemke, P. (1994). Streßbewältigungsstrategien, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen von Alkoholikern. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 40, 232-243.

Seligman, M.E.P. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Eds.). (2002). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Soyka, M., & Kűfner, H. (2008). *Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung - Folgen - Therapie* ; (6., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme.

Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Unveränderte Nachdruck. der letzten Auflage., 1996.). Weinheim: Beltz Psychologie Verl.-Union.

Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung* (2. Auflage). München: Fink.

Tröskén, A. K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar: Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*, Universität Bern, Bern, from <http://www.allgemeinepsychotherapie.de/Dissertation.pdf>.

Udris, I., & Rimann, M. (2006). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst?: Strukturelle und funktionale Aspekte und ein Validierungsversuch. In H. Wydler (Ed.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim: Juventa-Verl.

Uhl, A., & Kobrna, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs. *Wiener*

Zeitschrift für Suchtforschung, 26(3/4), 5–19.

Uhl, A., & Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung <Wien> (2009). *Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends* (3., überarbeitete u. ergänzte Auflage). Wien: Bundesministerium. für Arbeit Gesundheit und Soziales.

Wagner, R. F. (Hrsg.). *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Welbrink, A., & Franke, A. (2006). Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In H. Wydler (Hrsg.) *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim: Juventa-Verl.

WHO. (1986). Ottawa Charter. Geneva

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt am Main: Campus-Verl.

Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Ed.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 1(1, Art. 22).

www.api.or.at/typo3/startseite/orpheusprogramm.html. [25.01.10]

www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm. [24.03.10]

www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm. [24.03.10]

Wydler, H. (Hrsg..) (2006). *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines*

gesundheitswissenschaftlichen Konzepts (3. Auflage). Weinheim: Juventa-Verlag.

Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J., & Hoppe-Graff, S. (2003). *Psychologie* (7., neu übersetzte und bearbeitete Auflage, Nachdruck.). *Springer-Lehrbuch*. Berlin: Springer.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., et al. (2005). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation: FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2003 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 2, 5–15.

ANHANG

Leitfaden für Gespräche mit PatientInnen
--

Erzählgenerierende Frage

Erzählen Sie bitte, wie Sie ins Anton Proksch Institut gekommen sind und wie sie diesen Aufenthalt empfunden haben und auch, wie sie die Zeit danach erlebt haben bzw. erleben?

Ergänzungsfragen

- Wie haben Sie den Aufenthalt im Anton Proksch Institut erlebt?
- Welche Angebote haben Sie im Anton Proksch Institut genutzt?
- Fällt Ihnen eine Situation ein, die sie kürzlich erlebt haben, die sie als belastend erlebt haben und die sie erfolgreich bewältigen konnten?
- Können Sie mir diese Situation bitte beschreiben?
- Können Sie sich daran erinnern, was Ihre Gedanken zu dieser Situation waren?
- Warum haben Sie die Situation als belastend erlebt?
- Wie haben Sie sich in der Situation gefühlt?
- Was haben Sie konkret getan, um die Situation zu bewältigen?
- Warum, glauben Sie, konnten Sie diese Situation bewältigen?
- Können Sie mir vielleicht auch eine belastende Situation berichten, welche Sie nicht bewältigen konnten?
- Können Sie sich daran erinnern, was Ihre Gedanken zu dieser Situation waren?
- Was bedeutet für Sie „Rückfall“? Was ist Ihre Definition von „Rückfall“?
- Gibt es etwas, worauf Sie ganz gezielt in belastenden Situationen zurückgreifen?
- Wie verbringen Sie ihre Freizeit? Wie sind Ihre Tage strukturiert?

Nachexplorieren möglich?

Name:	Aufenthalte im API:
Alter:	Gesprächstermin:
Geschlecht:	Gesprächsort:
Berufliche Tätigkeit:	Psychopharmaka:
Emailadresse:	Komorbiditäten:

Einsicht in Krankengeschichte**Interesse an Ergebnissen****Kontaktdaten****Sonstige Anmerkungen**

Struktur und Aufnahmeprozedere im API

- Wie lässt sich Struktur und Prozedere der Aufnahme der Patienten/innen beschreiben?
- Wer entscheidet aufgrund welcher Kriterien, ob ein stationärer Aufenthalt indiziert ist oder nicht?
- Wie lange dauert ein stationärer Aufenthalt im API (6 – 8 Wochen)? Wovon hängt die Dauer ab?
- Welche Angebote gibt es und wie verbindlich ist die Teilnahme für welches Therapieangebot?
- Wie viel Prozent der ehemals stationär aufgenommenen Patienten/innen nehmen die ambulante Nachbetreuung in Anspruch?
- Wie wird den Patienten/innen vermittelt, dass sie die ambulante Nachbetreuung in Anspruch nehmen sollten?
- Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz?
- Nimmt die Zahl der Neuaufnahmen zu? Wenn ja, seit wann?
- Wer ist für die Abhaltung der Gruppenangebote verantwortlich?
- Wie groß sind die Gruppen im Durchschnitt?
- Welche Kriterien gibt es für die Zuweisung zu einer psychotherapeutischen Behandlung?
- Handelt es sich bei den Personen, die ins API kommen, um besonders motivierte Patienten/innen?
- Welchen Einfluss hat der/die Therapeuten/innen? Hat die Beziehung der Patienten/innen zu den Therapeuten/innen einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der ambulanten Nachbetreuung?
- Gibt es viele Personen, die nach längerer Zeit wieder kommen? Wie wird das gesehen – eher positiv oder negativ?

Komorbiditäten

- Welche Komorbiditäten weisen die Patienten/innen auf?
- Gibt es Krankheiten, die häufiger vorkommen?
- Gibt es da Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme von ambulanter Nachbetreuung?

Coping/Ressourcen

- Inwieweit wird auf belastende Situationen im Alltagskontext eingegangen?
- Sind es nur Rückfallsituationen, die angesprochen werden oder andere belastende Situationen?
- Inwieweit wird auf die im Rahmen des stationären Aufenthaltes erarbeiteten Ressourcen im ambulanten Setting eingegangen?
- Inwieweit wird auf den konkreten Coping-Prozess eingegangen?
- Die Patienten/innen werden zu belastenden Situationen im Alltagskontext befragt und dazu, wie sie diese erfolgreich bewältigt haben. Inwieweit ist es ihrer Meinung nach vertretbar Situationen zu erfragen, die von den Patienten/innen bisher nicht erfolgreich bewältigt werden konnten?

CODELISTE

"du fühlst halt, das da etwas anders sein könnte"
"froh, dass es heute so ist wie es ist"
"ich bin zäh"
"Ich weiß was ich brauche"
"kleiner" Rückfall
"Man ist aus dem Alltag"
"Mein Leben verlief so wie es mir möglich war"
"noch habe ich Kraft genug..."
"positives Denken"
"Schutzengel"
"Sozialer Abstieg"
"Trinken ist wunderbar"
Abgrenzung
Abhängigkeit
Abhängigkeit und soziales Umfeld
Abkehr von animierenden Umfeld
Abstinenz
Achtet darauf alte Muster zu durchbrechen
aktiv
Alkohol als Gesellschaftsdroge
Alkohol hat Gefühle nicht abgetötet
Alkohol im Arbeitskontext
Alkohol immer dabei
Alkoholabhängigkeit hat einen Grund
Alkoholabhängigkeit ist ein Teil von mir
Alkoholexzess
Alkoholismus in Familie
Alkoholkonsum von anderen Personen
Alkoholproblem nicht dem Freund mitgeteilt
ambulante Nachbetreuung
an mir selbst gearbeitet
Angst
Angst vor Rückfall
Antizipation von belastenden Situationen
API = Auszeit vom Alltagstrott
API als Einrichtung vermisst
API ist geschützter Bereich
API verlassen = Zurück in die Tristesse
Arbeit als Kunsttherapeutin
Arbeitslosigkeit
auf sich achten
Aufenthalt im API
Aufenthalt im API = Zeit für mich
Aufenthalt im API schönste Zeit des bisherigen Lebens
Aufenthalte im API strukturgebend
Aufnahme API
Aus Scham nicht im API gemeldet
Ausbildung zur Kunsttherapeutin gemacht
Auseinandersetzung mit Abhängigkeit vom Umfeld
Auseinandersetzung mit Alkoholabhängigkeit
Auseinandersetzung mit Alkoholabhängigkeit von anderer Person

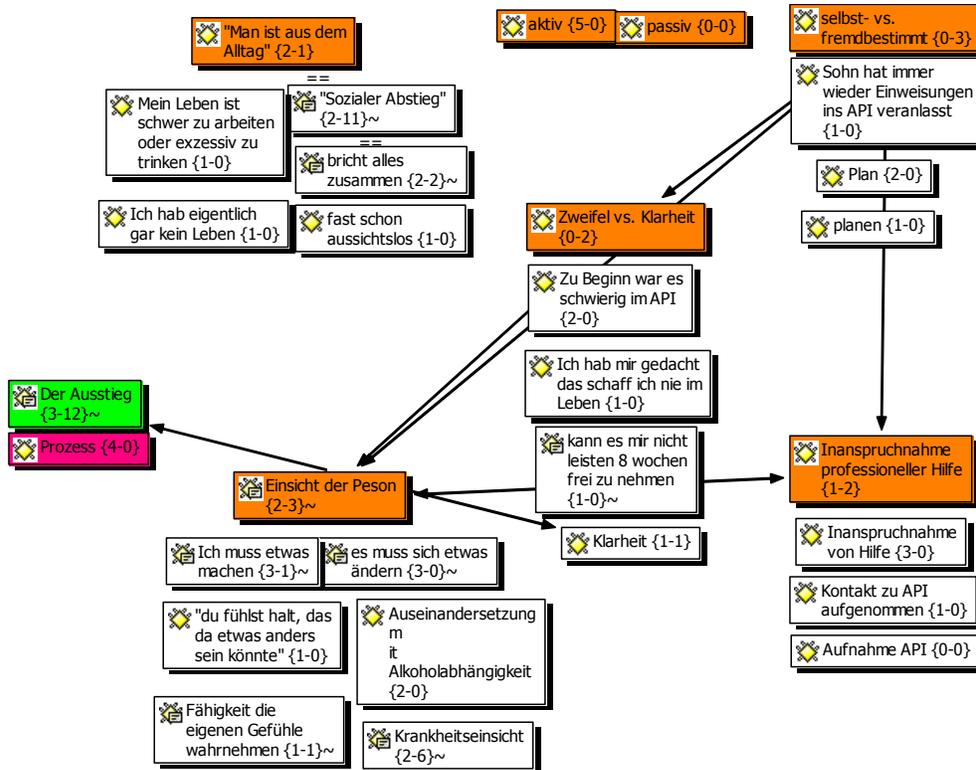
Autonomie vs. Abhängigkeit
Ängste
Ängstlichkeit
Ballance finden dafür es ihr gut geht
Bedrohung durch Mutter
Begeisterungsfreude
Beharrlichkeit
Belastungen
Besachwallerung
Beziehung zum Sohn hat sich gebessert - können einander loslassen
bricht alles zusammen
Club 3.1. positiv
Co-Abhängigkeit
Craving
das Positive sehen können
Das Vertraute
Delirien
den anderen geht es noch schlechter als mir
Depression
Der Alkohol
Der Ausstieg
der eigene Wille
die anderen sind aggressiv
Die Anderen sind stark
die beste Entscheidung stationär ins API zu gehen
die Gier
Diskriminierung
Drogenabhängigkeit
Einbettung in sozial Strukturen
einfach ein Mensch zu sein
Einfluss von TherapeutIn
Einsicht der Person
Ekel vor Alkohol
Emotionen
Entdecken von Ressourcen im API
Enttäuschung wegen Rückfall
Erfahrung sammeln und integrieren
es muss sich etwas ändern
Es soll das Positive ins Zentrum gerückt werden
fast schon aussichtslos
Fähigkeit die eigenen Gefühle wahrnehmen
Finanzielle Schwierigkeiten
finanzielle Situation geregelt
Fortgehen = Alkohol
Freundschaft
Funktionieren
Für andere Person da gewesen
Gefühle NOCH vorhanden
Genuss
geringer Selbstwert
Gewalt und Mißbrauch in der Familie
Großgruppe genannt
Gute Beziehung zum Sohn

gutes soziales Netz
Harmoniebedürfnis
Hilfe zur Selbsthilfe
Ich-Identität
Ich arbeite daran
ich bin am Leben
ich bin nicht so tief unten
ICH entscheide
Ich gebe mir Sicherheit
Ich hab eigentlich gar kein Leben
Ich hab mir gedacht das schaff ich nie im Leben
ICH im Mittelpunkt
Ich muss etwas machen
Ich tu die anderen abdämpfen
Ich war ein Wrack
ich will nichts trinken vs. ich darf nichts trinken
Im API findet sie die erforderlichen Rahmenbedingungen
im API gelernt
Im Leben stehen
Inanspruchnahme professioneller Hilfe
Inanspruchnahme von Hilfe
Instrumentalisierung von Alkohol
kann es mir nicht leisten 8 wochen frei zu nehmen
Kein Alkohol bedeutet einen größerem Möglichkeitenraum
Keine Auseinandersetzung mit Alkoholabhängigkeit der betroffenen Person
Keine gute Beziehung zwischen Vater und Sohn
Keine Krankheitseinsicht
Klarheit
Komorbidität
Kontakt zu API aufgenommen
Kontaktaufnahme mit ProfessionistInnen nach Rückfall
Körperliche Entzugserscheinungen
Krankheitseinsicht
Kündigung
künstlerische Tätigkeit
lange trocken
Lebensfreude
Lebensqualität
liebe Leute kennen gelernt
Literatur
Macht
Manche sind ganz tief unten
Mangelnde Info über API-Angebot
Männer sind aggressiv
Mein Leben ist schwer zu arbeiten oder exzessiv zu trinken
Muster durchbrechen
Nahrungsmittelmißbrauch
Neben dem Leben stehen
negative Anmerkung zu Großgruppe
Nennung von TherapeutIn
neue Beziehung
nicht im Leben sein
Offenheit für Neues

Outing
passiv
Plan
planen
positive Anmerkung zur Großgruppe
positive Sichtweise zu Aufenthalt im API
Primärer vs. sekundärer Alkoholismus
Probleme in der Arbeit
Prozess
Psychische und physische Manifestation der Abhängigkeit
Psychoedukation
Psychopharmaka
Psychotrope Substanz(en)
Raum nehmen
Reaktivierung von Ressourcen durch Therapie
Reflexion
Ressourcen
Rituale als Ressource
Rückfall
Rückfall beginnt im Kopf
Rückfallgefährdet
Scham wegen Rückfall
Scheidung
Schreiben um zu Verarbeiten
Schulden
Schüchtern
Schwierigkeiten mit Beziehungen
Sehnsucht nach Erfolgserlebnissen
selbst- vs. fremdbestimmt
selbständige Tätigkeit
selbstbestimmt
Selbstfürsorge
Selbstgefährdung
Selbstvorwürfe
Selbstwert
Selbstwirksamkeit
Sensibilität
Sensibilität für alte Muster
sich etwas gönnen
sich jemanden anvertrauen
sich neu entdecken
sich selbst schöne Situationen schaffen
sich selbst so zeigen wie man ist
Sinn finden
Sohn drogenabhängig
Sohn hat immer wieder Einweisungen ins API veranlasst
Sohn ist trocken und clean
Sport als Ressource
stationäre Aufnahmen - nicht API
Steigerung des Selbstwertes durch Alkoholkonsum
Teilrituale
Teufelskreis
Therapie

Therapieangebote im API genützt
Tod
Transfer in den Alltag
Traumatisierendes Erlebnis des Sohnes
Traumatisierung
Trinke nicht um die anderen nicht zu enttäuschen
Trinken in Gesellschaft
Trinkmuster
Trinksystem
Trinktyp
trocken
Trocken sein im geschätzten Rahmen - API - ist einfach
Trocken werden als Lernprozess
Umgang mit belastenden Situationen
Umgang mit Rückfall
Umgang mit Rückfall im API
Umgang mit Rückfall von Anderen
Umsetzen im Alltag
Unabhängigkeit
Unsterblichkeit der Anderen
unterstützendes soziales Netz
Unterstützung
Verantwortung übernommen
Verarbeitung von Rückfall
Veränderung
Veränderung des Selbstwerts
Veränderung in der Wahrnehmung der eigenen Person
Veränderungen als Belastung
Verhängnisvolle Beziehung zwischen Sohn und Patientin
Verlängerung des Aufenthaltes im API
Verweis auf Angebot API
Viele an Alkohol gestorben
von Unwissenheit zu Wissenheit
von zu Hause ausgerissen
Vorbildfunktion
Wichtigkeit von Einzelgesprächen
Wissen größtenteils nicht von API
Wohlbefinden
Wunsch "ein bißchen trinken zu können"
Wunsch nach Sicherheit
Zerwürfnis der Familie
Zu Beginn war es schwierig im API
zu Rückfall stehen
Zurückgezogen
Zweifel vs. Klarheit

Network View - Der Ausstieg



Abstract

Ziel der gegenständlichen Arbeit ist es, relevante Aspekte zum Umgang von alkoholabhängigen Menschen mit Belastungen im Alltagskontext zu erfassen.

Unter besonderer Bezugnahme auf aktuelle Gesundheitskonzepte wie etwa das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1987, 1997) oder der Positiven Psychologie (Seligman, 2002), deren Fokus auf Ressourcenorientierung und Empowerment gerichtet ist sowie aktuellen Konzepten zur Genese und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit soll dieser Frage unter Anwendung qualitativer Forschungsmethoden nachgegangen werden.

Hierfür wurden 6 Experteninterviews mit Mitarbeiter/innen des Anton Proksch Instituts und 9 Problemzentrierte Interviews mit Patienten/innen des Anton Proksch Instituts (Witzel, 2000) durchgeführt, welche mittels Kodierverfahren der Grounded Theory Methode (Glaser & Strauss, 1968) und Globalauswertung (Legewie, 1994) ausgewertet wurden.

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass Alkoholabhängigkeitserkrankungen oftmals zu einer Vielzahl an Belastungen führen, die sich sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext manifestieren und den betroffenen Personen die Rückkehr in das gesellschaftliche System erschweren.

Aus diesem Grund ist es wichtig für die betroffenen Personen im therapeutischen Kontext Grundlagen für euthymes Erleben abseits von Alkohol zu erarbeiten, was letztlich zu Wohlbefinden führt und sich positiv auf das Selbstkonzept und darüber hinaus auf die Motivation im Veränderungsprozess auswirken kann.

The goal of the present thesis is to find out relevant aspects how alcohol dependent people handle with strain in the context of everyday life.

With particular reference to current health concepts, as for example the Theoretical Models of Salutogenesis (Antonovsky, 1987, 1997) and Positive Psychology (Seligman, 2002), which direct their focus on resource orientation, empowerment and current concepts for origin and maintenance of alcohol dependency, this problem should be answered with methods of qualitative research.

Therefore six expert-interviews with employees of the Anton Proksch Institut and nine problem-centred-interviews with patients of the Anton Proksch Instituts (Witzel,

2000) have been realized. Data were evaluated with coding methods of Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1968) and Global Evaluation (Legewie, 1994).

The results show that diseases of alcohol dependency lead to a vast number of different kinds of strain which manifest themselves as well in private as in occupational environment and complicate the return into the social system.

This is why it is important for the persons affected to undergo a therapeutical treatment to work out basics for euthymic experience apart of alcohol disuse to gain well-being, a poitive self-concept and further more to be motivated for the processes of change.



LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Ulrike Auracher geboren am 16. November 1972 in Leoben, Steiermark; wohnhaft in Wien 2.

Ausbildung

Mai 2010 – Aug. 2010 **Ausbildung zur Berufsorientierungstrainerin** [ATI – Ansorge Training International; 1090 Wien]

2003 - 2011 **Diplomstudium der Psychologie**, Universität Wien

2002/03 **Studienberechtigungsprüfung** für Psychologie, Universität Wien

1991/92 Berufsschule für Druckformtechnik, 1150 Wien

1987 – 1990 Krankenpflegeschule Elisabethspital, 1150 Wien

1978 – 1987 Pflichtschule, Wien, Leoben

Berufliche Laufbahn

Jän. 2010 – Dez. 2010 **Wissenschaftliche Mitarbeiterin**
Forschungsabteilung des Anton Proksch Instituts, ehem. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung [Projekt „Verantwortungsvoller Ausschank von Alkohol“]

Feb. – März 2010 **Projektmitarbeiterin**
Universität Wien, Institut für Wirtschaftspsychologie, Bildungspsychologie und Evaluation [Projekt „Lebensraum Schule“]



Ulrike Auracher | Volkertplatz 13/19 | 1020 Wien | Tel. 0699 190 797 49 | ulrike_auracher@gmx.net

Berufliche Laufbahn

Juni 2008 – Dez. 2009

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung [Projekte „Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen“ und „Responsible Serving“]

April 2003 – Juni 2007

Projektassistentin

Institut für Humanistisches Management [Equal-Projekte „Sensitec“ und „Gesundes Gesundheitswesen“]

Praktikum

Sommer 2007

Soziales Netzwerk-, Bildungs- und Forschungszentrum [6-wöchiges Praktikum im Rahmen des Psychologiestudiums bei Dr. Andreas Olbrich-Baumann]

Sonstige Kenntnisse

Englisch in Wort und Schrift, MS-Office, Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, Typo 3, SPSS, MaxQda, Atlas.ti.

Publikationen

Kobrna, U., Auracher, U., Schmutterer I., Uhl A. (2009). Verantwortungsvoller Alkoholausschank (VAA). Formative Begleitevaluation eines Modellkurses an der HLF-Krems. LBISucht, Wien. (*Forschungsbericht*)

Poltrum, M., Leitner, R., Kobrna, U., Auracher, U., Musalek, M. (2009). Existenzanalytische Kinotherapie in der stationären Suchtbehandlung. Der Film als noetische Ressource zur Induktion positiver Veränderungserwartung. Anton Proksch Institut, Wien. (*Poster*)

Starzer, A., Uhl, A., Puhm, A., Strizek, J., Auracher, U., Kampusch, A. (2010). Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Schriftenreihe „Gesundheitswissenschaften“, Band 37. Johannes Kepler Universität Linz, OÖ Gebietskrankenkasse, Linz. (*Forschungsbericht*)

Strizek, J., Puhm, A., Uhl, A., Auracher, U., Kampusch, A., Starzer, A., Kurz, H. (2010). Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Wien. Wien. (*Forschungsbericht*)

Wien, 16.Dezember 2010