

Masterstudiengang (M.Sc.) „Suchthilfe“
Master of Science in Addiction, Prevention and Treatment

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Suchtakademie Berlin-Brandenburg

MASTERARBEIT

Einfluss von Psychoedukation und Kontingenzverträgen anhand von Konsumtagebüchern in der Suchthilfe

Vorgelegt von:
Anja Markgraf

Matrikel-Nummer:
509123

Erstprüfer:
Herr Prof. Dr. Klein

Zweitprüfer:
Herr Dr. Bilke-Hentsch

Berlin, 26. Januar 2017

Hinweis:

Um dem Leser den Lesefluss zu erleichtern, wird jeweils die männliche Form verwendet, die jedoch beide Geschlechter vertritt.

Die weibliche Form wird explizit dann genutzt, wenn es sich um eine bestimmte weibliche Person handelt.

Diese Masterarbeit ist Eigentum der Verfasserin. Eine Vervielfältigung und Veröffentlichung ohne ausdrückliche Zustimmung, auch in Auszügen, ist nicht erlaubt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1. Einleitung.....	6
1.1. Forschungskontext	6
1.2. Persönliche Motivation.....	6
1.3. Aufgabenstellung und Zielsetzung	7
1.4. Aufbau der Arbeit.....	7
2. Betreuung und Klientel.....	9
2.1. Betreutes Wohnen bei der ADV gGmbH.....	9
2.2. Klientel.....	12
2.2.1. Persönlichkeitsstörungen	13
2.2.2. Therapeut-Klient-Beziehung	17
3. Wirksamkeit der Verhaltenstherapie	20
4. Untersuchte verhaltenstherapeutische Standardmethoden	32
4.1. Psychoedukation	33
4.1.1. Selbstbeobachtung	37
4.1.2. Konsumtagebuch.....	40
4.2. Kontingenzmanagement.....	41
5. Forschungsfragen und Hypothesen.....	46
6. Forschungsplan	48
6.1. Methode	48
6.2. Beteiligter Personenkreis	52
6.3. Rahmenbedingungen	53
6.4. Testphase.....	54
6.5. Einbringen ins Team und Intervention.....	55
7. Datenauswertung.....	57
7.1. Mixed-Methods-Studie.....	57
7.2. Quantitative Sozialforschung	58
7.3. Qualitative Sozialforschung	60
7.4. Interpretation der Ergebnisse.....	65
7.4.1. Interpretation der Ergebnisse der Konsumtagebücher anhand der quantitativen Auswertung durch statistische Daten.....	66
7.4.2. Interpretation der Ergebnisse der Fragebögen anhand der qualitativen Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	77

8. Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen sowie Fazit und weiterführende Fragen	80
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	85
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	90
Anhang.....	91
Versicherung selbständiger Arbeit.....	99

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AWMF	Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
CMA	chronisch mehrfach abhängig
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie nach M. Linehan
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DG-Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
EG	Empfehlungsgrad
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
IGT	Integrierte Gruppentherapie
IPT	Interpersonelle Therapie
KKP	klinischer Konsenspunkt
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
LL	Leitlinie
MI	Motivationale Gesprächsführung (Motivational Interviewing)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PSB	psychosoziale Betreuung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT-Studie	randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
ST	supportive Therapie
TAU	treatment as usual
VT	Verhaltenstherapie

1. Einleitung

Was bedeutet gelingende Soziale Arbeit für mich mit meiner vierjährigen beruflichen Erfahrung? Meine Arbeit besteht darin, die Klienten im Betreuten Wohnen im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung in ihrem eingeschränkten Verhaltensrepertoire zu unterstützen und zu ermutigen, Fähig- und Fertigkeiten wie z.B. Disziplin (wieder) zu erlernen. Im Rahmen des Betreuungskontextes bietet sich die Möglichkeit, Disziplin durch die Wahrnehmung vereinbarter Termine und durch Einhaltung von Absprachen zu üben. Frustrationstoleranz sowie der Wille, an den eigenen Zielen zu arbeiten, sind ebenso Betreuungsziele. Motivation und Ausdauer sind sowohl für die Klientel als auch für die Mitarbeiter wichtig, damit Soziale Arbeit gelingen kann. Im Arbeitsalltag sind Flexibilität und Anpassungsfähigkeit seitens des Therapeuten sehr wichtig. Jeder Klient ist in seinen Problemlagen und Bedürfnissen individuell. Zu gelingender Sozialer Arbeit gehören für mich ein stabiles Beziehungsverhältnis zum Klienten, die Zusammenarbeit mit ihm sowie die Erreichung und Überprüfung seiner (Teil-)Ziele. Dazu zählen die Wiedereingliederung in die Gesellschaft, die Anbindung an eine Tätigkeit und eine regelmäßige Tagesstruktur der Klientel. Die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben kann durch Aktivitäten in den Gruppenangeboten gestärkt werden.

1.1. Forschungskontext

Allgemein ist die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden vielfach bestätigt worden. Die in Kapitel 3 beschriebene S3-Leitlinie zeigt den aktuellen wissenschaftlichen Forschungskontext zur Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden.

Hintergrund für diese Arbeit ergab sich aus meinem Arbeitsalltag. In der Betreuung des Verbundwohnens für psychisch Kranke konsumieren fast alle Klienten legale und/oder illegale Substanzen. Die Konsumreduzierung ist ein wichtiges Ziel in der täglichen Arbeit mit den Klienten.

1.2. Persönliche Motivation

Ich möchte das Thema der Überprüfung der Wirksamkeit ausgewählter verhaltenstherapeutischer Standardmethoden vertiefen, weil ich die Arbeit mit den Klienten optimieren möchte. Mithilfe der Auswertung des Fragebogens der Sozialarbeiter, die Teil der Forschungsarbeit ist, kann ich nicht nur meine eigenen Erfahrungen mit der Thematik in der Zusammenarbeit mit der Klientel einbringen, sondern mich auch auf die Erfahrungen der Bezugsbetreuer beziehen und diese mit meinen vergleichen. Durch eine eingehende

Literaturrecherche und die Auswertung der Erhebung gelingt ein guter Überblick über das Zusammenspiel von Theorie und Praxis. Durch die Erhebung an meinem Arbeitsplatz habe ich die Möglichkeit, meine Arbeitsweise zu reflektieren und ggf. aufgrund neuer Erkenntnisse anzupassen und im Anschluss in meinen Arbeitsalltag zu integrieren.

1.3. Aufgabenstellung und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es zu überprüfen, ob die Anwendung zweier ausgewählter verhaltenstherapeutischer Standardmethoden die Wirksamkeit Sozialer Arbeit erhöht. Messbar ist die Wirksamkeit anhand von Selbstbeobachtung der Klienten durch das Führen von Konsumtagebüchern sowie durch Auswertung der Angaben im in dieser Erhebung verwendeten Fragebogen. Aufgrund der Komplexität der Problemlagen der Klientel sowie deren eingeschränkter Fähig- und Fertigkeiten und der Vielseitigkeit der Mitarbeiter am untersuchten Standort, ist eine kontinuierliche Reflexion der Arbeitstechniken erstrebenswert, um Erfolge in der Betreuung zu erzielen. Im Einzelnen soll herausgefunden werden, ob es Unterschiede in den Ergebnissen der gewählten konträren verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gibt. Die für die Untersuchung gewählten verhaltenstherapeutischen Methoden sind Psychoedukation und Kontingenzverträge. Psychoedukation ist die umfassende Aufklärung eines Klienten über seine spezifische Problematik und die Wissensvermittlung, wie sich diese Problematik in seinem konkreten Fall entwickelt hat und wie sie gelöst werden kann. Der Kontingenzvertrag unterstützt die Verhaltensveränderung durch Regeln und Verbindlichkeit.

Laut Senf et al. (2000, S. 202) werden die Methoden der Verhaltenstherapie oft als effizient erachtet, da sie sich in der Praxis bewährt haben. Sie ermöglichen Transparenz im Betreuungskontext und eine Veränderung im problematischen Verhalten der Klienten. Die Beschreibung der therapeutischen Methoden zeigt einen konzeptuellen Handlungsrahmen, der auf die Problematik und Bedürfnisse des jeweiligen Klienten angepasst werden muss.

1.4. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile.

Der erste Teil beinhaltet die Rahmenbedingungen der Betreuung und der zu betreuenden Klientel sowie den aktuellen Forschungsstand und Erläuterungen der für diese Arbeit ausgewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden.

Der zweite Teil dieser Arbeit ist der empirische Teil. Er umfasst die Hypothesenbildung, den Forschungsplan sowie die Erhebung in ihren Grundlagen und die Datenauswertung. Abschließend werden Schlussfolgerungen und weiterführende Fragen näher dargestellt.

Kapitel 2 beschreibt dabei die Klientel und den Arbeitshintergrund, auf dem diese Arbeit aufbaut. Des Weiteren werden die Themen „Persönlichkeitsstörungen“ und „Therapeut-Klient-Beziehung“ erläutert, da diese die Arbeit mit der Klientel wesentlich beeinflussen.

Kapitel 3 befasst sich mit dem aktuellen Wissensstand verhaltenstherapeutischer Standardmethoden, speziell der Psychoedukation und der Arbeit mit Kontingenzverträgen, anhand der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“.

In Kapitel 4 werden die ausgewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden erläutert sowie dazugehörige Instrumente für die Erhebung der Masterarbeit. Im Einzelnen wird dabei auf die Psychoedukation und die Selbstbeobachtung als eigenständige Methoden sowie auf das Kontingenzmanagement eingegangen. Als Techniken werden die Arbeit mit Konsumtagebüchern und Kontingenzverträgen erläutert.

Kapitel 5 beschreibt die Forschungsfragen und die daraus entwickelten Hypothesen.

Kapitel 6 enthält den Forschungsplan. Dieser setzt sich aus der Methodenwahl, dem beteiligten Personenkreis und der Planung des Forschungsprozesses zusammen.

Im siebten Kapitel wird die Datenauswertung dargestellt, im Einzelnen das Vorgehen und die Darstellung der Ergebnisse.

In Kapitel 8 finden sich die Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen sowie ein persönliches Fazit und weiterführende Fragestellungen und Ideen.

2. Betreuung und Klientel

2.1. Betreutes Wohnen bei der ADV gGmbH

Die ADV gGmbH ist ein gemeinnütziger Träger der Jugend-, Sucht- und Wohnungslosenhilfe. Sie bietet seit über 30 Jahren Hilfsangebote für Menschen mit seelischer Behinderung und Drogenproblematik an. Die Angebote reichen von stationärer Rehabilitation und ambulanter Weiterbehandlung nach SGB VI über ambulante und teilstationäre Hilfen im Jugendbereich nach SGB VIII und „Nachsorge“ bis zum Betreuten Gruppen- und Einzelwohnen, auch für Substituierte, nach SGB XII.

Das Leitbild spiegelt sich im Arbeitsalltag im Betreuten Wohnen. Es wird Wert darauf gelegt, den Menschen, die den Weg zur ADV gGmbH geschafft haben, mit Würde und Respekt zu begegnen. Ziel ist es, den Menschen aus ihrer Abhängigkeit zu helfen und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu begleiten. Die ADV gGmbH vertritt die Überzeugung, dass jeder Mensch das Recht auf ein würdevolles Leben hat. Die Klientel wird individuell und vertrauensvoll betreut und zurück in ein selbstbestimmtes Leben geführt (ADV gGmbH, 2016).

Die Arbeit im Rahmen der Eingliederungshilfe in Berlin beinhaltet die Kooperation und Vernetzung im Berliner Hilfesystem und darüber hinaus. Die Kostenübernahme für die Maßnahmen werden vom bezirklichen Sozialpsychiatrischen Dienst befürwortet und vom jeweiligen Bezirksamt genehmigt. Das Betreute Wohnen beinhaltet die Betreuung im eigenen Wohnraum, in von der ADV gGmbH angemieteten Wohnungen sowie die Betreuung von Menschen, die im Wohnheim leben oder obdachlos sind.

Zum besonderen Profil des untersuchten Standorts gehören seit 2014 Skillsgruppen im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT¹) nach M. Linehan für Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder mit einer Impulskontrollstörung. Im September 2014 erhielt der Standort als erster im ambulant Betreuten Wohnen deutschlandweit die Zertifizierung „komplementäre DBT-Einrichtung“ und ist somit eine DBT-Behandlungseinheit, welche nach den Richtlinien des Dachverbandes für DBT e.V. zertifiziert ist.

Des Weiteren wird seit dem Frühjahr 2016 ein Therapiehund in der Skillsgruppe oder im Einzelgespräch sowie bei Gruppenspaziergängen eingesetzt.

Neben den Gruppenangeboten wie Frühstücks-, Koch- oder Kreativgruppe und sportlichen Betätigungen (Tischtennis, Fußball, Kicker) wird auch NADA-Akupunktur und Klangschalenmassage angeboten. Die Gruppenangebote stehen allen Klienten offen. Für die

¹ Näheres dazu kann beispielsweise bei Stiglmayr/Gunia (2017) oder Bohus/Wolf-Arehult (2013) nachgelesen werden.

Teilnahme an den Skillsgruppen bedarf es einer vorangehenden Aufklärung über Inhalt und Ablauf sowie einer Commitment-Prüfung durch die speziell ausgebildeten Trainer.

Derzeit sind 14 Mitarbeiter am Standort tätig, aufgeteilt in eine Verwaltungskraft und mehrere Sozialarbeiter, Soziologen und Psychologen mit diversen Zusatzqualifikationen in der Trauma- und Suchtarbeit sowie Sozialrecht.

Aufgabenbereiche und Ziele der Betreuung

Die ADV gGmbH beschreibt die Aufgaben und Ziele für die Betreuung wie folgt: „Das Betreute Einzelwohnen nach §§ 53/54 SGB XII beinhaltet folgende Leistungen.

- Bezugsbetreuung im Wohn- und Lebensumfeld
- bei Wohnungslosigkeit Möglichkeit der Aufnahme in eine Wohnung aus dem Trägerbestand
- bedarfsorientierte Hilfe bei der Lebens- und Krankheitsbewältigung
- Krisenbegleitung
- spezielle Berücksichtigung von Suchtproblemen (u.a. Rückfallprävention, Konsumkontrollprogramme)
- Kooperation mit anderen Hilfetägern

Alle Mitarbeiter sind festangestellte Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Pädagogen oder Diplom-Psychologen. Zusätzlich verfügen einige Mitarbeiter über sozialpsychiatrische oder suchttherapeutische Zusatzqualifikationen.“ (ADV gGmbH, 2017) Die Zielhierarchie im Betreuungskontext stellt sich wie folgt dar: Oberstes Ziel ist die Sicherung des Überlebens durch die Gewährleistung medizinischer Versorgung und Reduktion des Risikoverhaltens. An zweiter Stelle steht die Festigung eines möglichst gesunden Lebensstils durch Konsumreduktion und Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Danach erfolgt die soziale Rehabilitation und vor allem Integration. Dies geschieht durch die Wahrung oder das Beschaffen von Wohnraum, beruflicher Wiedereingliederung und dem Aufbau sozialer Kontakte. Anschließend werden Symptome von Persönlichkeitsstörungen behandelt und die Klienten so psychisch stabilisiert. Als Ziel steht die Selbstrealisierung und Autonomie des Klienten. Ein einheitliches Behandlungskonzept besteht nicht, die Umsetzung zur Erreichung der Ziele ist individuell gestaltbar (Krause 2012, S. 29).

Die Betreuung bei der ADV gGmbH beschäftigt sich mit allen Lebensbereichen, in denen Hilfe und Unterstützung benötigt werden. Themen wie Wohnfähigkeit und Beschaffung oder Erhalt des Wohnraumes sowie das Erlernen von Haushaltsführung und Geldeinteilung sind Inhalte der Betreuung. Dabei werden die Regulation von Altschulden und Vermeidung von neuen Schulden und der Aufbau einer geregelten Tagesstruktur und sinnvollen Freizeitbeschäftigung besprochen. Ziele hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung, Aufbau und Erhalt von sozialen und familiären Kontakten sowie Abgrenzung zu

Szenekontakten und anderen noch konsumierenden Bekannten bei Wunsch zur Abstinenz werden gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet. Das Hilfeangebot besteht u.a. aus Einzelgesprächen und Gruppenangeboten sowie Hausbesuchen, Begleitung bei Behördengängen und alltäglichen Aufgaben.

Zielgruppe

Zur Zielgruppe der ADV gGmbH gehören in erster Linie Klienten mit einer oder mehreren psychiatrischen Diagnosen und einer Suchtproblematik. Da viele Klienten mit einer Opiatabhängigkeit betreut werden, wird im Folgenden der Begriff „Substitution“ erläutert. Unter Substitution versteht man die ärztlich verordnete tägliche Vergabe von Heroinersatzstoff, meist erfolgt dies durch Methadon, Polamidon oder Buprenorphin sowie Substitol. Die Substitution dient auf längere Sicht zum Erlangen der Abstinenz des Klienten oder durch Dauersubstitution erfolgt eine Schadensminimierung der Bereiche Gesundheit und Soziales der Betroffenen. Das Substitutionsprogramm wird meist durch sozialarbeiterische oder psychoedukative Angebote unterstützt. Die Substitution opiatabhängiger Klienten konnte laut Beubler et al. (2007, S.98) im Suchthilfesystem erfolgreich integriert und erweitert werden. Durch verschiedene Substitutionsmittel wie z.B. Methadon oder Buprenorphin sowie Substitutionseinnahmen z.B. durch Spritzenabgabe und kontrollierte Injektionen und Vergabemöglichkeiten wurde vielen Heroinabhängigen das Überleben gesichert.

Da die ADV gGmbH auch Klienten betreut, die sich in Substitution befinden, übernimmt die Einrichtung die gesetzlich vorgeschriebene psychosoziale Betreuung, kurz PSB. Die PSB unterstützt Klienten in verschiedenen Lebensbereichen, befähigt sie zur Selbständigkeit und unterstützt sie in der Bewältigung von aktuellen Störungen und ggf. daraus resultierenden Belastungen. Die PSB erfordert eine enge Zusammenarbeit mit dem substituierenden Arzt (Krause 2012, S. 28).

Langfristiges Ziel laut Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) ist die Wiederherstellung der Abstinenz und die berufliche Wiedereingliederung. Jedoch ist dieses Ziel in den aktuellen Substitutionsprogrammen meist überholt, denn mittlerweile wird vordergründig nicht mehr die Abstinenz angestrebt, sondern der Wiederaufbau eines geregelten Alltags und eine Steigerung der Lebensqualität (Schay et al. 2013, S. 52). Es hat sich in der Praxis herausgestellt, dass die substituierten Klienten meist länger als vorher angedacht und sogar lebenslang substituiert werden müssen. Hierbei steht das Ziel, den Klienten von illegalem Konsum zu entfernen, im Vordergrund. Die dauerhafte Substitution dient der Stabilität und dem Aufbau einer geregelten Tagesstruktur der Klienten. Der Hauptteil der Klientel der ADV befindet sich den gesamten Betreuungsverlauf und darüber hinaus in Substitution.

2.2. Klientel

Aufgrund der psychiatrischen Pflichtversorgung der ADV gGmbH in Berlin Mitte hat die Klientel neben der Sucht- auch mindestens eine psychiatrische Diagnose. Diese Komorbidität bringt weitere Einschränkungen in den Fähig- und Fertigkeiten mit sich und verleitet die Gesellschaft dazu, die Klientel als „schwierig und komplex“ zu beschreiben.

Als Komorbidität bezeichnet man das Auftreten mehrerer diagnostizierbarer psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Abhängigkeiten in einem bestimmten Zeitintervall. Viele Therapiestudien belegen, dass die Behandlungserfolge bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und einer Suchterkrankung geringer sind als bei Vergleichspersonen ohne Persönlichkeitsstörung (Remmel und Bandelow 2006, S. 80ff.).

Aufgrund der Komorbiditäten und Doppeldiagnose von psychiatrischer Erkrankung und Sucht ist Psychoedukation im Betreuungskontext notwendig (siehe Kapitel 4).

Die meisten Klienten entwickeln neben der chronischen Substanzabhängigkeit auch andere Störungen mit vielseitigen sozialen Problemstellungen, welche im Betreuungskontext zu unterstützen und bestenfalls zu bewältigen sind. Im Zentrum steht daher immer mehr die Betreuung von chronisch physisch und psychisch erkrankten Personen im Hilfesystem. Meist verfügen die Klienten über wenige Ressourcen oder sind sich derer nicht bewusst. Sie können sich an verändernde Gegebenheiten schlecht anpassen und sind emotional nicht belastbar. Klienten, die ihr Gegenüber aufgrund von Beziehungsstörungen idealisieren oder entwerten, haben erhebliche Schwierigkeiten bei der Reintegration in die Gesellschaft.

Die Behandlung der Klientel muss daher in einem interdisziplinären Hilfesystem stattfinden, in dem unterschiedliche Berufskategorien zusammenarbeiten (Beubler et al. 2007, S. 80).

F0 Organische Störungen	1-6%
F2 Schizophrenien	7-25%
F3 Affektive Störungen	7-74%
F4 Angststörungen	5-46%
F5 Essstörungen	2,7-10%
F6 Persönlichkeitsstörungen	25-90%

Tabelle 1: Prävalenzraten von Komorbidität bei Substanzabhängigen (n. ICD-10), nach Beubler et al. 2007, S. 100

Die Klientel weist Defizite in der Emotionsregulation sowie Gewalt- und Hafterfahrungen auf, dabei ist sie unterschiedlich alt und verschiedener Herkunft, sodass sie kognitiv sehr unterschiedlich belastbar ist. Der Einfluss anderer Menschen auf ihre Entwicklung ist

aufgrund der zuvor erwähnten Symptomatik von großer Bedeutung. Die genannten Faktoren erfordern die Anpassung der therapeutischen und sozialen Arbeit an das Verständnis und die eingeschränkten Fähigkeiten des Klienten.

Den meisten Klienten fehlen Ausdauer und Selbstvertrauen. Daher sind minimale Behandlungsziele und auch die Erhaltung des Status quo teils maximale Erfolge im Behandlungsalltag.

2.2.1. Persönlichkeitsstörungen

Linden und Hautzinger (2008, S. 524) definieren Persönlichkeitsstörungen wie folgt: „Von Persönlichkeitsstörungen spricht man, wenn das Verhalten oder die Emotionalität einer Person durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände oder/und Konflikte ergeben.“

Epidemiologische Studien zeigen, dass ca. 10-15% der Allgemeinbevölkerung eine Persönlichkeitsstörung aufweisen. Die Prävalenzrate ist unter Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, mit 39,5% laut ICD-10-Diagnose deutlich höher (ebd., S. 524).

R. Sachse (2014, S. 11) betont, „dass Persönlichkeitsstörungen im Kern Störungen der Interaktion, der Beziehung oder der Beziehungsgestaltung, also Beziehungsstörungen sind.“

Persönlichkeitsstörungen äußern sich oft in einem gestörten Selbstbild oder manipulativem oder verdecktem Verhalten. Dieses dient dem Klienten in erster Linie als Schutz, dennoch kann dies zu Behinderungen im Betreuungskontext führen. Das Vertrauensverhältnis von Berater und Klient kann gestört und muss danach mühsam neu aufgebaut werden, um gemeinsam an den Zielen arbeiten zu können. Daraus resultieren weitreichende Konsequenzen für Aufmerksamkeit, Denken, Fühlen und Handeln. Beziehungsstörungen haben weitreichende Folgen für das weitere Erleben und Verhalten (ebd., S. 11f.).

Die Klientel ist in ihrem Leben durch Einflüsse ihrer nahestehenden Personen geprägt. Durch verbalen oder körperlichen Missbrauch leiden viele Klienten an einem geringen Selbstwertgefühl, welches mit Hilfe therapeutischer Arbeit im Betreuungskontext kontinuierlich aufgebaut werden muss. Die Klienten unterfordern sich aus Angst vor Misserfolgen oder aufgrund falscher Grundannahmen und behindern sich selbst beim Erreichen ihrer Ziele. Persönlichkeitsstörungen „entwickeln sich auf dem Boden biophysikalischer Gegebenheiten, von den im Verlaufe der seelischen Entwicklung erfahrenen Umwelteinflüssen und damit einher gehenden Förderungen oder Traumen sowie des Prozesses der Adoleszenz mit Individuation und Sozialisation.“ (Beubler et al. 2007, S. 80)

Die Klientel bei der ADV gGmbH ist sehr individuell, mit oft problematischer und teils traumatischer Kindheit, geprägt durch Verluste sowie gestörtem Beziehungs- und Bindungsverhalten.

Es stellt sich immer wieder heraus, dass die Klienten nicht aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung in eine Therapie oder Behandlung kommen sondern anlässlich ihrer Auffälligkeiten in ihren Verhaltensweisen. Die resultierenden Konsequenzen und aktuellen Probleme, die sie allein nicht bewältigen können, wie z.B. Krisen in der Partnerschaft, im Beruf oder Angst in bestimmten Lebenssituationen und mangelnde Selbstkontrolle sind Auslöser für eine Therapie. Den Betroffenen ist meist weder ihre Persönlichkeitsstörung an sich bekannt oder bewusst noch der Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und den Reaktionen ihrer Umwelt (Parfy et al. 2003, S. 179).

Darum ist Psychoedukation im therapeutischen Bereich und in der sozialen Arbeit von zentraler Bedeutung (siehe Kapitel 4).

„Persönlichkeitsstörungen sind nicht pathologisch. [...] Persönlichkeitsstörungen sind als normale psychische Prozesse aufzufassen, die aber leider zu kostenintensiven, dysfunktionalen Lösungen führen.“ (Sachse 2014, S. 13)

Diese kostenintensiven und dysfunktionalen Lösungen können z. B. Substanzmissbrauch und Rückfälle durch Suchtkonsum sein oder das Verfallen in alte dysfunktionale Muster (Diebstahl, Hehlerei, Dealen, Rückzug, aggressives Verhalten und Gewalt usw.), da neue Bewältigungsstrategien erst erarbeitet, erlernt und gefestigt werden müssen. Ebenso können die kognitiven Fähigkeiten durch Drogenkonsum oder geistiger und seelischer Behinderung gemindert sein. Die Klienten sind teilweise nicht in der Lage, einem Einzelgespräch von rund 60 Minuten Dauer zu folgen. Daher müssen die Termine kürzer gehalten und Inhalte öfter wiederholt und gefestigt werden. Geduldiges und intensives Arbeiten beiderseits ist dabei essentiell.

Verhalten von Klienten mit Beziehungsstörung

Da es für Klienten sehr schwierig ist, eine Beziehung aufzunehmen und zu festigen, ist es umso wichtiger, die Lebensgeschichte des Klienten kennen zu lernen und seine früheren Erfahrungen mit den Eltern, Aufsichtspersonen, Partnern und Freunden zu erfragen, um die eigene Beziehung zu ihm für die weitere Zusammenarbeit zu stärken. Durch die Lebensgeschichte des Klienten lassen sich Verhaltensweisen erklären, die einem sonst vielleicht bizarr oder unverständlich und nicht nachvollziehbar vorkommen. Daher ist es umso wichtiger, den Klienten zu verstehen und zu versuchen, Kontakt zu ihm aufzunehmen und ihn „da abzuholen, wo er steht“, um ihm langfristig zu ermöglichen, seine Ziele zu erreichen und dysfunktionales Verhalten zu ändern. Hierbei ist eine systemische Sichtweise notwendig.

Klienten haben im Laufe ihres bisherigen Lebens negative Schemata zu sich selbst und im Hinblick auf Beziehungen ausgebildet. Vorkommende Schemata könnten beispielsweise lauten: „Ich bin nicht wichtig.“ und „In Beziehungen wird man nicht respektiert.“. Diese Schemata, auch Grundannahmen genannt, haben die Klienten durch den Umgang mit ihnen nahestehenden Personen im Kindesalter erlernt und entwickelt. Eine Person, die durch solche Schemata geprägt ist, reagiert auf Beziehungssignale sehr sensibel und verfällt in alte Schutzmechanismen. Sie begegnet Verhaltensweisen, die das Schema auslösen, schnell und heftig.

Zentral ist dabei, dass nicht der Therapeut persönlich angegriffen wird, da das erlernte Schema durch eine willkürliche Aussage ausgelöst wird. Daher ist es wichtig, dass sich Therapeuten den Schemata widmen und sie gemeinsam mit dem Klienten besprechen, um sich gegenseitig verstehen zu können. Die von den Klienten entwickelten Strategien zum Umgang mit diesen Schemata werden von ihnen umso stärker bei Personen eingesetzt, die ihnen sehr viel bedeuten oder an die sie große Erwartungen haben, dass sie die eigenen Bedürfnisse befriedigen können (Sachse 2014, S. 17ff.).

In der Arbeit mit der Klientel ist die Erarbeitung der Schutzmechanismen und Grundannahmen sehr entscheidend, da sie den weiteren Betreuungsverlauf begünstigen oder behindern können. Jedoch ist die Auseinandersetzung mit den Grundannahmen sehr intensiv und setzt ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Klient und vor allem eine gute innere Stabilität des Klienten voraus. Die Arbeit mit dem „inneren Kind“ oder die „Teilearbeit“ sind emotional sehr belastend und können dazu führen, dass der Klient die Verarbeitung von Kindheitserlebnissen nicht bewältigt, wenn er noch zu instabil ist. Dies kann zu Rückfällen oder sogar Suizidgedanken und -versuchen führen. Daher bedarf es bei der Klientel im Betreuten Wohnen einiger Monate bis Jahre an Stabilisierungsarbeit, bis die Schutzmechanismen umgestaltet sind und die Grundannahmen bearbeitet werden können.

Auf eine Erläuterung von Therapieansätzen wie der „Arbeit mit dem inneren Kind“ oder der „Teilearbeit“² wird hier aus Platzgründen nicht weiter eingegangen. Mit der Frage, weshalb Kinder unsichere Bindungen bis hin zu Bindungsstörungen entwickeln, hat sich Grawe (2004) auseinandergesetzt:

Tritt bereits die Mutter als primäre Bezugsperson dem Kind emotional distanziert gegenüber und wehrt Kontaktversuche des Kindes ab, kann dieses schon sehr früh eine Bindungsstörung entwickeln. Durch mangelnde Empathie und verzögertes Handeln der Mutter kommt es beim Kind zur Unterversorgung von Grundbedürfnissen wie Schutz und Geborgenheit. Die Mutter geht auf Bedürfnisse und Eigeninitiativen des Kindes nicht ein. Aber auch komplizierte bis hin zu chaotischen Beziehungsverhältnissen in Familien, in denen

² Näheres dazu kann u.a. bei Holmes (2013) oder Peichl (2010) nachgelesen werden.

es zu Misshandlungen der Kinder selbst oder Familienangehöriger kommt, bieten oft eine Grundlage zur Ausbildung von Bindungsstörungen. Die Inkongruenzerfahrung, durch eigene Kontrolle keine Bindung zur Mutter herstellen zu können, ist maßgeblich entscheidend für die Entwicklung der Bindungsfähigkeit eines Kindes. Somit intensivieren sich negative Emotionen und es fehlt eine Herabregulierung dieser Emotionen aufseiten des Kindes. Infolgedessen entwickeln Kinder neben Bindungsdefiziten auch Emotionsregulationsstörungen. Teils rührt die Problematik im Beziehungsverhalten der Mutter zum Kind aus eigenen Erfahrungen zu ihrer Mutter, d.h. sie hat selbst in ihrer Kindheit keine Bewältigungsstrategien erlernt (Grawe 2004, S. 205f.).

Die chaotischen Beziehungsverhältnisse zu nahestehenden (Bezugs-)Personen zeigen sich im aktuellen Betreuungskontext. Es kann durchaus sein, dass ein Betreuer oder Therapeut aus Sicht des Klienten die Vater- oder Mutterrolle einnimmt. Die Bindungsstörung spiegelt sich auch im Vertrauensverhältnis und der Offenheit des Klienten zum Betreuer wider. Daher ist die Anamnese der Vorgeschichte und Kindheit des Klienten für den Betreuungskontakt wichtig.

„Bei den meisten der bisher angeführten Probleme können die Betroffenen in der Regel die Quelle ihres Leidens der eigenen Person zuordnen. Fehlende Kompetenzen, unangenehme Gefühle, Selbstzweifel und innere Konflikte sind an der eigenen Person problematisch. Sie führen zu vielgestaltigen Symptomen, die dann als Depressionen, Panikattacken oder Zwangshandlungen diagnostiziert werden können. Deshalb möchten die Betroffenen genau jene Aspekte verändern beziehungsweise ‚loswerden‘. Sie definieren ihre eigene Gesundheit über die erhoffte Abwesenheit dieser Probleme, welche als ‚nicht zu mir gehörig‘ erlebt werden (‚ich-dyston‘). Im Unterschied dazu können Eigenarten einer Person für sie selbst zunächst unproblematisch bleiben, aber dem sozialen Umfeld zu schaffen machen. Wenn jemand überaus langsam und genau arbeitet, erlebt er sich vielleicht als besonders verantwortungsbewusst [...] (die Eigenschaften werden als ‚ich-synton‘, d.h. als ganz normal zu einem gehörend eingestuft). [...] [Diese Person wird dann vermutlich] als ‚umständlich, penibel, stur‘ bezeichnet und wegen dieser Eigenschaften und den damit einhergehenden Verhaltensweisen abgelehnt. Die Betroffenen merken folglich nur indirekt durch die negativen Reaktionen der Bezugspersonen, dass irgendetwas problematisch ist - aber was dies nun ist, bleibt oft diffus.“ (Parfy et al. 2003, S. 63f.)

Vorhandene Persönlichkeitsstörungen bei der Klientel

Die Klienten der ADV gGmbH haben u.a. folgende Persönlichkeitsstörungen: Schizophrenie, Depression, Borderline-Syndrom, Zwangs- und narzisstische Störungen, antisoziale/dissoziale, bipolare und multiple Persönlichkeitsstörungen. Hinzu kommen bei allen Klienten Suchtproblematiken für stoffgebundene Süchte und Verhaltenssüchte wie z.B.

Abhängigkeit von Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain, Heroin und Tabletten sowie Ess-Sucht oder Glücksspielsucht und somatische Folgeerkrankungen der Sucht. Bei der Aufzählung wurde keine Hierarchie der auftretenden Persönlichkeitsstörungen beachtet.

Schmitz et al. (2008, S. 3) zählen zu den störungsübergreifenden Merkmalen für Persönlichkeitsstörungen Störungen des Interaktionsverhaltens (z.B. bei der dependenten Persönlichkeitsstörung), Störungen der Emotionalität und der Impuls- und Selbstkontrolle (z.B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung), Störungen der Realitäts- (z.B. bei der paranoiden Persönlichkeitsstörung) und Selbstwahrnehmung (z.B. bei der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung). Diese Merkmale müssen in der Therapieplanung jeweils gesondert berücksichtigt werden.

2.2.2. Therapeut-Klient-Beziehung

„Eines dürfen Therapeuten nie vergessen: Wie in jahrzehntelanger Forschung immer wieder nachgewiesen wurde, korrelieren Beziehungsfaktoren stärker mit Klientenergebnissen als spezielle Behandlungstechniken.“ (L. Castonguay et al. 1996, zitiert nach Schwartz et al. 2015, S.60)

Eine stabile Beziehung ist die Grundvoraussetzung für eine gute und gelingende Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit und dient somit als Grundlage für weitere therapeutische Ebenen. Die Therapeut-Klient-Beziehung begleitet den Klienten im gesamten Therapieverlauf und wird zur Umsetzung von verschiedenen verhaltenstherapeutischen Techniken benötigt. Es ist selbstverständlich, dass zu Beginn einer Therapie zuerst eine Vertrauensbasis hergestellt werden muss, um Techniken anwenden zu können. Jedoch ist die therapeutische Beziehung nicht von diesen zu trennen, da Beziehung und therapeutische Verfahren einander bedingen. Die Qualität einer guten Arbeitsbeziehung zeigt sich erst in der Umsetzung der angewandten Techniken. Eine Entkopplung der beiden Bestandteile würde bedeuten, dass keiner der Teile seine Funktion ausüben und somit der zielgerichtete therapeutische Fortschritt nicht stattfinden kann (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 133ff.).

Erster Kontakt

Eine gute Beziehung zeichnet sich dadurch aus, dass der Klient sich rasch nach Beginn der Therapie gut aufgehoben und verstanden fühlt. Der Therapeut muss dem Klienten aktiv zuhören und ihm zu verstehen geben, dass er mit ihm an der Lösung seiner Probleme arbeiten möchte. Es ist wichtig, dass der Therapeut dem Klienten seine fachliche Kompetenz vermittelt und dieser erfährt, dass es sich lohnt, den therapeutischen Änderungsprozess in Angriff zu nehmen (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 133ff.).

Die Therapeut-Klient-Beziehung wird maßgeblich von den ersten Kontakten zueinander geprägt. Daher ist es wichtig, dass der Therapeut bzw. Sozialarbeiter empathisch auf die Wünsche und Ängste des Klienten eingeht. Von der Beziehung zueinander hängt der Therapieerfolg ab. Hat der Klient den Eindruck, sich nicht auf seinen Therapeuten verlassen bzw. ihm nicht vertrauen zu können, ist die Beziehung nicht konstant genug, um wirkungsvoll miteinander arbeiten zu können. Die Klienten müssen sich im Rahmen der Betreuung negativen Erfahrungen ihres bisherigen Lebens, ihren Ängsten, problematischem Verhalten und Befürchtungen stellen und sich gegenüber dem Therapeuten öffnen. Das erfordert viel Mut vom Klienten und umso mehr Zugewandtheit und Empathie vom Sozialarbeiter. Eigene Erfahrungen von Erlebtem können von Seiten des Therapeuten im Einzelgespräch eingesetzt werden, um dem Klienten zu vermitteln, dass auch der Gegenüber ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Dadurch kann eine gemeinsame Basis geschaffen werden, bestimmte Probleme und Situationen anzugehen und zu verarbeiten.

Beide Personen müssen sich erst langsam aneinander gewöhnen und das Vertrauensverhältnis aufbauen. Zusätzlich besteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis voneinander. Es zeigt sich durch die Mitarbeit und Übernahme von Eigenverantwortung der Klienten. Wenn dieser Widerstand zeigt, stockt die Therapie und der Behandler muss die Widerstände bearbeiten, um einen Therapieerfolg zu erreichen.

Voraussetzungen

Zu einer gelingenden Therapeut-Klient-Beziehung gehören die Herstellung einer akzeptierenden Interaktion sowie die Klärung von Rollen. Aber auch die Anregung des Klienten zur Eigeninitiative bildet einen Grundbaustein für eine gute Arbeitsbeziehung (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 132). Nach eigenen Erfahrungen sind neben den bereits genannten auch folgende Eigenschaften für eine erfolgreiche Therapeut-Klient-Beziehung wichtig: Transparenz, Echtheit, Wertschätzung, Kooperation und Zielkonsens.

Zum Aufbau der Beziehung und des Vertrauens bietet sich die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung³ im Betreuungskontext an. Dadurch kann das Commitment des Klienten für die Verhaltensänderung und damit die Zielerreichung gewonnen werden. Commitment ist das Einverständnis mit dem Besprochenen und die Zustimmung zur Mitarbeit im Betreuungskontext.

Nach Leukefeld et al. (2015, S.19) muss der Therapeut seine Strategien mehrmals ändern und an den aktuellen Stand anpassen, um das Commitment des Klienten im Betreuungsverlauf zu halten. Es kommt dabei auf das genaue Timing an, wann der Therapeut seine Strategie wechselt. Er muss dazu auf die Signale des Klienten achten, z.B.

³ Näheres dazu kann beispielsweise bei Miller/Rollnick (2015) nachgelesen werden.

ob dieser aufhört Widerstand zu leisten oder eher nach Lösungen als nach Problemen fragt. Des Weiteren sind interpersonelle Kompetenzen von großer Bedeutung, beispielsweise eine große Flexibilität des Therapeuten, sich auf jeden Klienten individuell einzustellen, ihm mit viel Warmherzigkeit entgegenzutreten und in seiner Rolle als Unterstützer die Fähigkeit zur Strukturierung zu vermitteln (Linden und Hautzinger 2008, S. 62).

Der Therapeut rechnet der Arbeitsbeziehung einen hohen Stellenwert zu, denn er benötigt ein Gesprächsklima, welches die Therapie fördert sowie eine akzeptierende Grundhaltung gegenüber dem Klienten. Dazu sind gegenseitiges Vertrauen sowie emotionale Geborgenheit notwendig (Morschitzky 2007, S. 50). Es bedarf außerdem eines hohen Maßes an Offenheit, auch in den Erzählungen eigener Erfahrungen und der systematischen Aufmerksamkeitslenkung (Linden und Hautzinger 2008, S. 62).

Das Gelingen der Therapie liegt dabei nicht im alleinigen Verantwortungsbereich des Therapeuten, sondern erfordert die aktive Mitarbeit des Klienten. Bei Eintreten einer Krise ist eine erneute Auftragsklärung durch Klient und Therapeut erforderlich. Der Klient ist der Auftraggeber, auch wenn der Therapeut klare Ziele vor Augen hat. Wenn diese Ziele nicht den Wünschen des Klienten entsprechen, kann dieser die Therapie beenden. Der Therapeut hat die Aufgabe, die Ziele des Klienten hinsichtlich seiner Erwartungen und deren Umsetzbarkeit zu prüfen. Gegebenenfalls kann auch er die Therapie ablehnen. Transparenz wird hergestellt, indem der Therapeut den Therapieprozess gemeinsam mit dem Klienten wiederholt reflektiert, um Fortschritte und ggf. Stagnation gemeinsam zu erkennen und weitere Schritte der Therapie einleiten zu können (Rössler 2005, S. 72f.).

Mögliche Probleme und Fehler

Schwartz et al. (2015, S.60ff.) stellen mehrere Fehler der Therapeuten vor, welche den Beziehungsaufbau schädigen und ggf. zum Verlust des Klienten führen können:

- die Technik wichtiger zu nehmen als den Beziehungsaufbau,
- zu wenig Empathie gegenüber dem Klienten zeigen,
- Empathie gleichzusetzen mit bedingungsloser positiver Wertschätzung,
- kein Feedback vom Klienten einholen,
- das Feedback des Klienten ignorieren,
- mit Abwehr auf Feedback des Klienten zu reagieren.

Bei der therapeutischen Beziehung ist darauf zu achten, dass es sich um eine professionelle Arbeitsbeziehung handelt. Die Verantwortung, auf das Einhalten der Rollen zu achten, obliegt dem Therapeuten. Klienten versuchen durch sogenannte Beziehungstests die Standfestigkeit des Therapeuten zu prüfen. Hierbei ist es unerlässlich, dass der Therapeut diesen Test erkennt und Aufweichtendenzen hinsichtlich der Rollenverteilung entgegenwirkt (Rössler 2005, S. 72f.).

3. Wirksamkeit der Verhaltenstherapie

Seit 1970 wird im Rahmen der Evaluationsphase die Wirksamkeit von Psychotherapie untersucht. Dabei wird erforscht, welche Psychotherapiemethode bei welcher psychischen Störung wirkt und die besten Behandlungsergebnisse erzielt. Die Wirkung von Psychotherapie ist bereits anhand von mehr als 500 Metaanalysen erwiesen (Batra und Angenendt 2013, S. 22).

„Im Gegensatz zu älteren Therapievergleichsstudien wurden in der neueren Psychotherapieforschung wesentlich bessere Effekte bestimmter Verfahren, vor allem der Verhaltenstherapie, gegenüber anderen Methoden nachgewiesen. Der verstorbene Psychotherapieforscher Klaus Grawe stellte nach der Auswertung vieler Studien die Behauptung auf, dass bestimmte Psychotherapiemethoden weitaus wirksamer seien als andere [...] und bestätigte der Verhaltenstherapie die beste Wirksamkeit.“ (Morschitzky 2007, S. 62)

Wirksamkeit bedeutet in diesem Kontext, dass Verhaltenstherapie nicht als Ansatz zur einmaligen Bewältigung von Problemen zu sehen ist, sondern als Methode der Hilfe zur Selbsthilfe. Es wird darauf hingewiesen, dass Probleme nach erfolgreicher Behandlung erneut auftreten können und dass dem Klienten verhaltenstherapeutische Methoden vermittelt werden, um wieder auftretende oder ähnliche Probleme mit seinem „eigenen Werkzeug“ selbst zu behandeln (Senf et al. 2000, S. 225).

Neben dem, was eine Therapie „nach außen hin“ bewirkt, ist es wichtig, auf Aspekte und Veränderungen zu achten, die „nach innen“ zum Erfolg verhelfen. Klaus Grawe hat in umfangreichen Studien nach Wirkfaktoren einer Therapie geforscht. Er hat fünf Einflussgrößen, die zum Gelingen einer Therapie beitragen, erfasst: die therapeutische Beziehung, das Erkennen des Problems als Vorbereitung auf die Verarbeitung, die aktive Problembewältigung, die Förderung von Selbsterkenntnis und Einsicht und die Aktivierung von Stärken und Ressourcen einer Person (Kanfer und Schmelzer 2001, S. 39).

„Der Therapieerfolg hängt nicht nur von der Wahl der Therapiemethode ab. Vielmehr spielen auch methodenunabhängige Faktoren eine wichtige Rolle (Haltung der Therapeut/innen, Haltung der Patient/innen, Dauer der Therapie etc.). Je spezifischer allerdings die untersuchte Störung und je spezifischer die angewandte Therapie ist, desto weniger bedeutsam sind methodenunabhängige Faktoren. Fazit: [...] Nicht alle praktizierten Formen von Psychotherapie sind gleich gut untersucht bzw. in ihrer Wirksamkeit belegt. Gute Belege liegen für verhaltenstherapeutische Verfahren bei allen relevanten Indikationen vor.“ (Margraf 2009, S. 57f.)

Grawe sieht die Wachstumsbereiche der Verhaltenstherapie vor allem bei den nicht rein problemspezifischen Interventionen und in der Beziehungsgestaltung. Quantitative

Wirkungsunterschiede belegen die höhere Wirksamkeit der Verhaltenstherapie gegenüber der Psychoanalyse und Gesprächstherapie. Jedoch wird darauf verwiesen, dass für den Therapieerfolg die Mitarbeit des Klienten und die Therapeut-Klient-Beziehung entscheidend sind. Qualitative Wirkungsunterschiede zeigen sich im Vergleich von Einzel- und Gruppensettings. Gruppentherapien sind effektiver als Einzelsitzungen, da sie vermehrt zu Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich führen können. Die Anwendung von Problemlösetherapie, kognitiven Bewältigungsstrategien und sozialem Kompetenztraining bietet ein breites Wirkungsspektrum in der Verhaltenstherapie. Aus zahlreichen Untersuchungen leiten Grawe et al. ab, dass die Anwendung nur einer Therapierichtung nicht immer zielführend ist. Vielmehr sollte das Wissen anderer Therapierichtungen miteinbezogen werden, um flexibler und effektiver auf die Problematik des Klienten eingehen zu können. Grawe rät, das ganze therapeutische Angebot zu nutzen, um ein möglichst optimales therapeutisches Ergebnis für den Klienten erreichen zu können (Dieterich 2011, S. 103ff.).

"Konkret bedeutet dies u. a.:

- dass sich die Ausbildung therapieschulübergreifend vollzieht,
- dass sich die gelehrteten Methoden an der Wirksamkeit der Interventionen orientieren,
- dass erfolgreiche neue Ansätze nicht mehr zu neuen Therapieschulen führen, sondern ins bisherige Repertoire integriert werden,
- dass sich die etablierten Therapieschulen dem Anpassungsdruck stellen, für bessere Methoden öffnen und sich von unnötigen Abgrenzungen lösen,
- dass die Grenzen zwischen den Therapieschulen abgebaut werden, damit im Dialog eine ‚Allgemeine Psychotherapie‘ entstehen kann." (ebd., S. 110)

S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“

Auch nach vielen Jahren Suchtforschung bestehen bei einigen Therapeuten noch Wissenslücken in der erfolgreichen Behandlung von Suchtkranken. Die Angebote zur Behandlung alkoholkranker Menschen sind breit gefächert, jedoch mangelt es z.B. an der Abstimmung zwischen Akutbehandlungen und Rehabilitation. Dazu kommt große Unsicherheit seitens der Behandler im Umgang mit Suchtpatienten. Auch heute noch wird die Sucht als Erkrankung oft angezweifelt. Jedoch wurden durch Untersuchungen der Public-Health-Forschung die Konsequenzen des Alkoholismus sowie der Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung relativ genau bestimmt. Deutschland liegt bei der Zahl der Alkohol- und Tabakabhängigen weltweit auf Platz 5. Es wird vermutet, dass diese Zahlen weiter steigen werden (Hoch 2016, S. 1). Um dies zu verhindern, ist es wichtig, mehr Aufklärung über Alkoholabhängigkeit und deren Folgen zu betreiben und Präventions- sowie Akut- und Nachbehandlungsprogramme fortlaufend zu erforschen und weiterzuentwickeln.


Zum aktuellen Stand der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen gibt die neue S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ Auskunft. Diese ist im Februar 2015 nach jahrelanger Forschungsarbeit in Berlin vorgestellt und veröffentlicht worden (Deutsches Ärzteblatt 2015).

Viele Klienten der ADV gGmbH führen schädlichen Alkoholkonsum durch. Einige somatische Erkrankungen und auch psychische Beeinträchtigungen, die in der S3-Leitlinie (S3-LL) beschrieben werden, sind auf den illegalen Substanzkonsum der Klienten übertragbar. In der im Weiteren beschriebenen S3-LL geht es um Alkoholranke. Dennoch existieren große Parallelen zu Konsumenten illegaler Drogen, sodass in dieser Arbeit die S3-LL als Grundlage für die Bewertung der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen dienen soll.

Das „S“ steht dabei für die Stufenklassifikation. Die Klassifikationen sind Abbildung 1 zu entnehmen (AWMF online 2017).

**Methodischer Hintergrund von Leitlinien:
S-Klassifikation**

S3	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren



**S
Y
S
T
E
M
A
T
I
K**

Abbildung 1 Stufenklassifikation. Quelle: AWMF online

Den Auftrag zur Entwicklung der S3-LL gaben die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung (DG-Sucht) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Neben der bereits erwähnten Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wurde auch die S3-LL für schädlichen und abhängigen Tabakkonsum entwickelt. Beide Projekte wurden von 15 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen finanziert (Heimann 2016, S. 9).

Die Forscher der S3-LL nahmen eine „umfassende Prüfung der vorhandenen Evidenzen der englisch- und deutschsprachigen Literatur mit einer im Konsens aller beteiligten Personen

(inklusive der Betroffenen und ihren Angehörigen) und Organisationen formulierten Empfehlung" (Hoch 2016, S. 3) vor.

Entstehungsprozess, Zielgruppe und Ziel der S3-Leitlinie

„Die vorliegende Behandlungsleitlinie gibt Empfehlungen zu Screening, Diagnose und Behandlung von Menschen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch [...]. In den Kapiteln adressiert sie die Themen ‚Screening und Diagnose‘, ‚Kurzintervention‘, ‚körperliche Entgiftung‘, ‚qualifizierte Entzugsbehandlung‘, ‚Pharmakotherapie‘, ‚Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung‘ sowie die ‚Versorgungsorganisation‘ von betroffenen Menschen im Alter von 18 bis 65 Jahren. Darüber hinaus werden Behandlungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Menschen höheren Alters, Frauen und Schwangere sowie Menschen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen formuliert.“ (Hoch 2016, S. 3)

Die im vorherigen Kapitel genannten Defizite in den bisherigen Therapien stellen wichtige Gründe für eine systematische Verbesserung und Vereinheitlichung der Behandlungs- und Beratungsstrukturen und -angebote für die Patienten dar (Beutler 2015, S. 1f.).

In der S3-LL werden aktuelle Erkenntnisse über die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit sowie Risiken und Nebenwirkungen von ausgewählten Interventionen erläutert. In die Untersuchung einbezogen wurden Behandlungskomponenten, -ort, -dauer und Risiken bei Nichtbehandlung. Der Wissenstand wächst sehr schnell. Deshalb wurden bei der Erstellung auch Defizite in der aktuellen Literatur ersichtlich. An dieser Stelle greift die S3-LL auf das Expertenwissen der Teilnehmer zurück, im Folgenden durch Klinische Konsenspunkte (KKP) gekennzeichnet. Abschließend werden Forschungsfragen für weiterführende Untersuchungen benannt (Hoch 2016, S. 4).

Um nachfolgend die Ergebnisse der S3-LL bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Interventionen aufzeigen zu können, erfolgt vorher eine Definition der einzelnen Empfehlungsgrade nach Heimann (2016, S.6f.): „Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien. Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung ‚soll‘, ‚sollte‘ und ‚kann‘ bzw. die Symbole ‚A‘, ‚B‘ und ‚O‘ ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde. Die Graduierung der Empfehlungen basierte auf der identifizierten Evidenz, der klinischen Expertise und den Patientenpräferenzen. Sie schloss damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein.“

A	„ Soll “-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	„ Sollte “-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	„ Kann “-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertengruppen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	„ Klinischer Konsenspunkt “: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Abbildung 2 Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL). Quelle: Heimann 2016, S. 7

Ziel von Behandlungsleitlinien ist es, eine strukturierte Entscheidungshilfe zur Verfügung zu stellen. Im Unterschied zu verbindlichen Richtlinien geben die S3-Leitlinien Handlungsempfehlungen zur individuellen Behandlung von Patienten (Hoch et al. 2016, S. 6).

"S3-Leitlinien liefern adäquate und aktuelle Informationen für Behandler, Betroffene und Organe des Gesundheitssystems. Die evidenzbasierten Handlungsempfehlungen können dabei helfen, die Qualität der Behandlung und Betreuung von Erkrankten zu verbessern. In Anbetracht der enormen Verbreitung, gesundheitlicher Risiken und Folgekosten alkohol- und tabakbezogener Störungen [...] kommt den beiden S3-Leitlinien auch eine gesellschaftliche Bedeutung zu. Sie bilden eine Grundlage für gezielte Fort- und Weiterbildung, strukturelle Verbesserungen, optimierte Versorgungsabläufe (z.B. Disease-Management-Programme) und dadurch eine sinnvolle Allokation von personellen und monetären Ressourcen im Gesundheitssystem." (ebd., S. 11)

Ergebnisse der S3-Leitlinie

Die Ergebnisse der S3-Leitlinie zur Behandlung von alters- und geschlechtsspezifischen Personen (Kinder und Jugendliche sowie schwangere Frauen und ältere Menschen) sind bei der Klientel der ADV gGmbH selten bis gar nicht relevant. Die meisten Klienten der ADV gGmbH und somit auch die Probanden der folgenden Erhebung sind Frauen und Männer zwischen 25 und 50 Jahren. Daher wird hier nicht näher auf die Ergebnisse der S3-Leitlinie im Hinblick auf spezielle Altersgruppen oder das weibliche Geschlecht eingegangen.

Im Rahmen der **Kurzintervention** werden Menschen mit problematischem Trinkverhalten in spezielle Settings zur Reduktion ihrer Trinkmenge oder ggf. zum Abstinenzaufbau vermittelt. Eine Kurzintervention dauert bis zu 60 Minuten und maximal fünf Sitzungen. Personalisiertes Feedback, individuelle Zielfindung und konkrete Ratschläge sind dabei die Inhalte, die durch schriftliches Infomaterial im Rahmen der Psychoedukation erweitert werden können. Die Kurzintervention ist wie folgt bewertet worden: In der Allgemeinen Wirksamkeit sowie bei der Anwendung bei riskantem Konsum erhält sie den Empfehlungsgrad (EG) A. Bei Rauschtrinken sollte die Kurzintervention angewandt werden (EG B) und bei einer vorliegenden Abhängigkeit kann sie Betroffenen angeboten werden (EG O). In der Primärmedizinischen Versorgung sollen Kurzinterventionen angeboten werden (EG A). Bei der Behandlung von Komorbiditäten liegen bisher wenige Studien vor, in denen die Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Insgesamt wird jedoch eher von Wirksamkeit ausgegangen (EG KKP). Die Anwendung von Kurzinterventionen bei Komorbidität wurde wie folgt zusammengefasst: „Das Nutzen-Risikoverhältnis kann als positiv vermutet werden und die Umsetzbarkeit in der Versorgung ist möglich. Ein Ausschluss komorbider Personen von Kurzinterventionen scheint nicht sinnvoll und wird durch die vorhandenen Daten auch nicht gerechtfertigt. Aus diesen Gründen würde eine Sollte-Empfehlung (B) ausgesprochen werden. Da keine systematische Recherche durchgeführt wurde, wird ein Klinischer Konsenspunkt bestimmt.“ (Hoch 2016, S. 54) Es sind keine unerwünschten Wirkungen bekannt (EG KKP). Somit wird die Kurzintervention als wirksam zur Behandlung von Alkoholabhängigen eingestuft (ebd., S. 43ff.).

Die Wirksamkeit von Interventionen in Form von **körperlichen Entzügen, qualifizierten Entzugsbehandlungen** und unterstützt durch **Medikamentenvergabe** wird in der S3-LL bestätigt. Die Bewertung der genannten Interventionen lautet überwiegend EG A oder EG KKP. Eine ambulante Entgiftung schnitt mit EG B ab, sie ist daher nur bei ausreichenden Kenntnissen des behandelnden Arztes und engen klinischen Kontrolluntersuchungen zu empfehlen sowie der Sicherstellung eines 24-Stunden-Notdienstes. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass ein körperlicher Entzug allein nicht ausreicht, um langjährige Abstinenz herzustellen. Es bedarf nach Abschluss des Entzuges weiterer suchtmmedizinischer Hilfen und auch Vermittlung zu diesen. Die Unterstützung einer Entzugsbehandlung durch die Vergabe von Medikamenten ist hilfreich, um Entzugssymptome zu lindern und Komplikationen wie Krampfanfällen oder einem Delir entgegenwirken zu können. Jedoch ist die Wirksamkeit abhängig von der Art der Alkoholabhängigkeit: Risiken bestehen bei einem nicht überwachten Trinkstopp. Daher ist Psychoedukation zur Aufklärung über die Gefährdung der eigenen Person durch einen abrupten Trinkstopp sowie Informationen über Möglichkeiten der Alkoholbehandlung notwendig. Darüber hinaus weisen Suchtkranke meist

noch zusätzliche psychische und physische Erkrankungen und Komorbiditäten auf, die behandelt werden sollten.

Aufgrund dessen hat sich in Deutschland ein differenziertes Suchthilfesystem entwickelt. Das Konzept der qualifizierten Entzugsbehandlung ist entstanden, welche neben dem körperlichen Entzug auch andere Therapieansätze beinhaltet, um mehr Therapiemotivation beim Betroffenen entwickeln zu können. Die Pharmakotherapie wird bis auf wenige Ausnahmen mit EG A+B sowie EG KKP bewertet. Das bedeutet, dass der Medikamentenvergabe eine wichtige und unterstützende Rolle im Entzug zukommt (Hoch 2016, S. 63ff.).

Eine Alkoholabhängigkeit kann **psychische Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen** verursachen. Daher ist es wichtig, auch die **komorbiden Störungen** zu behandeln. Zur Diagnostik psychischer Störungen bietet sich der AUDIT-Fragebogen (Alcohol Use Disorder Identification Test⁴) an, der mit EG A bewertet wird. Stationäre Behandlungen werden mit EG KKP bewertet. Die Betroffenen sind meist in ihrer Abhängigkeit chronifiziert und leiden dazu unter neuropsychologischen Leistungseinschränkungen, die, wenn sie nicht wahrgenommen werden, das Behandlungsergebnis negativ beeinflussen. Im internationalen Vergleich empfehlen die britischen Qualleitlinien für Betroffene mit komorbider Störung eine stationäre Behandlung. Die Australischen Leitlinien dagegen befürworten eine integrierte psychosoziale Behandlung der Komorbiditäten aufgrund der ungünstigeren Prognose durch die Mehrfachdiagnosen.

„Psychotherapeutische Ansätze, die generell für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen etabliert sind, kommen auch bei Patienten mit komorbiden psychischen Störungen in Frage.“ (Hoch 2016, S. 130ff.)

Zur Erstellung der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wurden folgende Psychotherapieansätze bewertet, die zuvor in wissenschaftlichen Studien untersucht wurden: Motivationale Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI), kognitive Verhaltenstherapie (KVT), beide in Kombination, Kontingenzmanagement und gruppentherapeutisches Verfahren. Vorteile zeigten sich bei MI und Kontingenzmanagement im Vergleich zur Standardbehandlung.

Die NICE-LL empfiehlt die kombinierte Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Psychose und stellt fest, dass Betroffene aufgrund ihrer Psychose nicht von der Psychotherapie ausgeschlossen werden sollten. Bei Anwendung einer Psychotherapie sollten die kognitiven Einschränkungen, sozialen Gegebenheiten und geringe Veränderungsmotivation der Betroffenen berücksichtigt werden. In einer Studie des Cochrane-Netzwerks aus dem Jahr

⁴ Näheres dazu kann u.a. bei Fießle/Middeke (2014) oder Barbor (2001) nachgelesen werden.

2008 wurde bei Betroffenen mit Schizophrenie, bipolarer oder schwerer depressiver Störung in Kombination mit Substanzabhängigkeiten keine eindeutige Wirksamkeit einer bestimmten Therapieform erkannt. Allerdings wurde von einer Effektivität von MI und der Kombination MI/KVT berichtet. Eine weitere qualitative Metaanalyse aus dem Jahr 2008 zeigt, dass Psychoedukation und MI sowie die Kombination mit KVT vielversprechende Ergebnisse in der Behandlung von Komorbiditäten aufweisen (Hoch 2016, S. 138f.).

Einige Klienten der ADV gGmbH haben eine diagnostizierte, medikamentös behandelte Schizophrenie. Daher wird im Folgenden die Bewertung der Behandlung von Schizophrenen anhand der S3-LL dargestellt.

Hoch (2016, S. 133ff.) betont, dass die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und **Psychosen** auffällig hoch ist. Sie müssen bei der Behandlung beachtet werden, da sie negative Wechselwirkungen mit der Alkoholabhängigkeit zeigen. Die S3-LL empfiehlt eine psychotherapeutische bzw. psychosoziale Behandlung für beide Störungen und bewertet diese mit EG A. Bei der Behandlung von Psychosen regt die S3-LL an, mit motivationaler Intervention bzw. in Kombination mit KVT zu arbeiten (EG A). Die Behandlung kann mit der Pharmakotherapie kombiniert werden (EG KKP). Dazu wird im Besonderen auf die Verwendung von Antipsychotika mit der Bewertung EG A verwiesen.

Alkoholabhängigkeit und **Depression** treten sehr häufig zusammen auf. Auch diese beiden Störungen beeinflussen sich gegenseitig negativ und sind dabei im Behandlungsplan gleichwertig zu betrachten. Aufgrund unzureichender Daten kann in der S3-Leitlinie keine genaue Empfehlung zur Behandlung ausgesprochen werden. Die Anwendung von KVT verbessert das Trinkverhalten und wird daher mit EG B bewertet. Die Behandlung mit Antidepressiva wird dagegen mit EG A beurteilt. Die Quelleitlinien aus dem Jahr 2009 verweisen auf die Wirksamkeit von KTV, Interpersoneller Therapie (IPT) und supportiver Therapie (ST) zur Behandlung von affektiven Störungen, Angsterkrankungen und Abhängigkeit. Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass der Kombination KVT und Medikation eine gute Wirkung bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit und Depression bescheinigt werden konnte. Komorbide psychische Erkrankungen und Alkoholabhängigkeit sollten möglichst parallel mit spezifischen Behandlungsansätzen angegangen werden. Die Behandlung von Depressionen zeigt in der Anwendung von interpersoneller Psychotherapie und auch supportiver Psychotherapie im Gegensatz zu TAU (treatment as usual) Effizienz. Aufgrund eingeschränkter Datenlage können aber keine weiteren Behandlungsempfehlungen für andere Psychotherapieverfahren abgeleitet werden (Hoch 2016, S. 154ff.).

Bei der Behandlung von **bipolaren Störungen** und alkoholbezogener Störung kann KVT zusätzlich zur phasenprophylaktischen Medikation angeboten werden. Der EG liegt jedoch nur bei B. Generell liegen zu diesem Thema zu wenige verwertbare Studien vor. Es finden sich weder in den Quelleitlinien noch in anderen Meta-Analysen systematische Reviews. Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie zum Thema Wirkung in der Psychotherapie wurde eine Integrierte Gruppentherapie (IGT) mit einer Gruppendrogenberatung verglichen. Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine Kombination von Phasenprophylaktika und KVT zur Besserung der affektiven Symptome und auch zur Compliance der Betroffenen führen kann. Spezifischere Wirkungen für Alkoholabhängigkeitserkrankte mit einer bipolaren Störung sind noch nicht ausreichend untersucht. Die Unterstützung bzw. Wirksamkeit von Pharmazeutika konnte für die gleichzeitige Behandlung beider Störungen bisher in keiner Studie wissenschaftlich belegt werden. Es gibt Nachweise über die Wirkung auf die Trinkmenge und auch bei affektiven Symptomen, aber nicht in Kombination. Es liegt bisher nur eine Kohortenstudie vor, welche die Wirksamkeit von KVT bei der Behandlung von bipolarer Störung und Alkoholkonsumstörung belegt (Hoch 2016, S. 172ff.).

Auf die Ergebnisse der S3-LL zu Angststörungen, PTBS und ADHS wird nicht weiter eingegangen, da diese bei der Klientel der ADV gGmbH nur vereinzelt vorkommen.

Laut der aktuellen S3-LL liegt das gleichzeitige Auftreten einer **Tabak-** und Alkoholabhängigkeit bei ca. 80%. Für die Entwöhnung von Tabak und Alkohol bieten sich Therapien im ambulanten, teil- und stationären Bereich an. Betroffenen soll eine Beratung zum Rauchstopp angeboten werden. Dies wird mit EG KKP bewertet. Es sollen die gleichen therapeutischen Interventionen angeboten werden wie ausschließlich Tabakabhängigen (EG A, Hoch 2016, S. 208ff.).

Zu den **Postakutbehandlungen** nach einer Entgiftung oder einem qualifiziertem Entzug zählen ambulante oder (teil-)stationäre Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlungen. Andere Formen sind u. a. vertragsärztliche Versorgung bzw. Psychotherapie oder auch CMA⁵-Einrichtungen, soziotherapeutische Einrichtungen, Angebote der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Hilfs- und Beratungsangebote sowie Vermittlung in Arbeit und berufliche Rehabilitation. Ziele der genannten Postakutbehandlungsformen sind Erhalt, Verbesserung und Wiederherstellung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit sowie Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft und dem Arbeitsleben. Die generelle Wirksamkeit der aufgezählten

⁵ CMA: chronisch mehrfach abhängig

Behandlungsformen wird mit EG KKP gekennzeichnet. Die Abstinenz stellt dabei das übergeordnete Behandlungsziel dar (EG A). Reduktion des Konsums ist erstrebenswert, wenn die Abstinenz derzeit nicht erreicht werden kann. Wie bereits weiter oben erwähnt, soll dies in der Postakutbehandlung berücksichtigt werden (EG KKP). Der sozioökonomische Status ist zu beachten, da eine Reintegration ins Arbeitsleben Ziel der Behandlung sein kann (EG KKP). Bei der Postakutbehandlung spielt die Vernetzung der Angebote sowie ein nahtloser Übergang von einem Angebot zum nächsten eine entscheidende Rolle für den Therapieverlauf und das Erreichen der Ziele (EG KKP). Als Behandlungsansätze werden wiederholt KVT und MI sowie im Allgemeinen Verhaltenstherapie empfohlen (EG A). Kontingenzmanagement wird hingegen in der S3-LL mit EG B bewertet. Angehörigenarbeit ist wiederum sehr zielunterstützend und wurde mit EG A bewertet. Bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit soll auf die Kombination verschiedener Interventionen gesetzt werden, die durch multiprofessionelle Teams durchgeführt werden sollen (EG KKP). Eine pharmakotherapeutische Behandlung kann im Zusammenhang mit Psychoedukation über mögliche Risiken der Alkoholabhängigkeit, sofortiger Trinkstopps etc. außerhalb einer stationären Einrichtung erfolgen (EG KKP, Hoch 2016, S. 288f.).

In einer Meta-Analyse für Abstinenz- und Besserungsraten werden „verschiedener Therapiemethoden die Überlegenheit von **verhaltenstherapeutischer Breitbandtherapie** versus Minimaltherapie und Eklektischer⁶ Therapie im Vergleich deutscher und internationaler Studien mit folgendem Ergebnis [gezeigt]: 60,4% Besserung für VT-Breitbandtherapie in Deutschland (international 51,5%) versus 47,8% für Eklektische Therapie in Deutschland (international 43,3%) versus 28,6% für Disulfiram⁷ und 25,1% für Minimaltherapie (jeweils DGSS 4).“ (Hoch 2016, S. 311)

In der Leitlinie NICE zeigt das **Kontingenzmanagement** Wirkung mit signifikanten Ergebnissen und mittleren Effektstärken. In Bezug auf die Abstinenzaufrichterhaltung während und nach der Behandlung ist Kontingenzmanagement sinnvoll. Jedoch berichten Ledgerwood & Petry (2006) von unklaren Ergebnissen zum Einfluss von Kontingenzmanagement auf die Veränderungsmotivation bei Substanzmissbrauch (Hoch 2016, S. 311).

"Kognitive Verhaltenstherapie: Die Studienergebnisse sind auf der Ebene der systematischen Reviews, Metaanalysen und RCT-Studien⁸ eindeutig und die methodische

⁶ Imitierend, nachahmend

⁷ Arzneistoff, wird bei Alkoholabhängigen als Entwöhnungsmittel angewendet

⁸ Randomisierte kontrollierte Studie

Qualität der Arbeiten ist gut bis sehr gut. Aufgrund der starken Evidenz in mehreren hochwertigen Studien (Ia, Ib), erfolgt eine Aufwertung und es wird eine starke („Soll“-) Empfehlung (A) abgeleitet.“ (Hoch 2016, S. 243)

Abschließend werden die Ergebnisse der S3- Leitlinie zusammengefasst:

Screening und Diagnostik:

Zur Diagnose, Schweregradeinschätzung oder zur Verlaufs- und Prognosebeurteilung wurde im Rahmen der Erstellung der S3-LL der Fragebogen AUDIT als sehr hilfreich bewertet und zu dessen Anwendung geraten. Zudem werden Zustands- und Verlaufsmarker zur Einschätzung von akutem und chronischem Alkoholkonsum verwendet.

Kurzinterventionen:

Die Kurzintervention wird im Rahmen von ambulanten Settings durchgeführt, zeigt jedoch bei Patienten mit Rauschtrinken und einer Alkoholabhängigkeit nur wenig Wirkung. Zur Anwendung bei Komorbiditäten liegen kaum Studien vor, sodass eine wissenschaftliche Aussage über die Wirksamkeit nicht getroffen werden kann. Im Allgemeinen können Kurzinterventionen auch am Arbeitsplatz eingesetzt werden, da dort die Alkoholabhängigkeit meist zuerst auffällt.

Körperliche Entgiftung und qualifizierter Entzug:

Sie sollen stationär stattfinden, um Komplikationen und Folgeerscheinungen wie einem Delirium oder Krampfanfällen vorbeugen zu können. Psychoedukation ist im Rahmen der Aufklärung über die Folgen eines abrupten Trinkstopps und anderer möglicher Komplikationen unumgänglich, aber auch über Behandlungsmöglichkeiten und alternative Hilfsangebote soll Aufklärung stattfinden.

Pharmakotherapie:

Medikamente sollten im stationären Bereich verwendet werden, um körperlichen Entzugssymptomen und anderen Folgeerkrankungen entgegenwirken zu können. Dabei soll jedoch auch die abhängig machende Wirkung der verwendeten Medikamente wie z.B. Benzodiazepine beachtet werden und die Tablettengabe daher eine Dauer von vier Wochen nicht überschreiten. Medikamente können und sollten vor allem mit anderen Therapieverfahren kombiniert werden.

Körperliche Komplikationen und Komorbidität:

Hierbei kommt es vor allem auf die diagnostische Abklärung an, z. B. durch Zuhilfenahme des bereits angesprochenen AUDIT-Fragebogens, wodurch zahlreiche psychische Folgeerkrankungen erfasst werden können. Bei Komorbiditäten ist die parallele Behandlung beider Erkrankungen am wirkungsvollsten. Hierbei kann auch der Einsatz einer medikamentösen Behandlung eine entscheidende Rolle spielen. Bei Patienten mit **Depression** wird die Behandlung mit der KVT als am wirksamsten beschrieben, zudem die

zusätzliche Gabe von Antidepressiva. Auch bei **bipolarer Störung** ist eine Kombination aus KVT und Medikation indiziert. Bei der Behandlung von **Nikotinabhängigkeit** ist Psychoedukation in Form von Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp entscheidend. Allgemein kann man festhalten, dass KVT, Pharmakotherapie und Psychoedukation eine hohe Wirksamkeit bei allen komorbiden Störungen wie z.B. Depression oder **Schizophrenie** zeigen.

Die **Postakutbehandlung** ist wichtig, um die erreichte Abstinenz aufrechterhalten zu können, beispielsweise im Rahmen der Eingliederungshilfe im Betreuten Wohnen nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung.

4. Untersuchte verhaltenstherapeutische Standardmethoden

Laut Kanfer und Schmelzer (2006, S. 24f.) geht es bei der Verhaltenstherapie „um beobachtbares Verhalten, klar formulierte, von anderen nachprüfbar Theorien, Maßnahmen mit nachgewiesener Wirkung und ein wirtschaftliches Vorgehen („mit möglichst geringen Mitteln möglichst große Effekte erzielen“).“

In der Verhaltenstherapie gibt es ein breites Feld an verhaltenstherapeutischen Standardmethoden wie z.B. operante Verfahren, Modelllernen, Rollenspiele, Selbststeuerung, Training sozialer Kompetenz, Reizkonfrontation und Problemlösungstraining. Große Bedeutung wird operanten Verfahren⁹ beigemessen. Aufgrund kognitiver Konzepte und Therapieverfahren, wie beispielsweise die Arbeit mit positiven und negativen Verstärkern zur Veränderung von Verhaltensweisen, sind operante Methoden vielseitig einsetzbar. Neben dem klinischen und beratertätigen Bereich im ambulanten Rahmen können die Konzepte dieser Therapieform auch im Alltag, bei der Kindererziehung und bei der Selbstregulation eingesetzt werden (Margraf und Schneider 2009a, S. 102ff.).

Positive und aversive Stimuli

„Gute Voraussetzungen für Kontingenzverträge sind dann gegeben, wenn die Verstärker für ein bestimmtes angezieltes Verhalten nicht als moralische Verpflichtungen (z.B. Gehorsam), sondern durch Leistungen definiert sind.“ (Margraf und Schneider 2009a, S. 672)

„Für das Erreichen des definierten Zieles, aber auch für die Erfüllung von Teilzielen werden positive Verstärker/Belohnungen [...] eingesetzt. Die Vereinbarung von aversiv erlebten Konsequenzen (wie z.B. Geldspende an eine Organisation, mit deren Zielen man sich nicht identifizieren kann) für das Nichterreichen des angestrebten Zielverhaltens können die Wahrscheinlichkeit des Auftretens erhöhen. Durch Sonderevereinbarungen für ein deutliches Übertreffen des Ziels wird die Motivation zusätzlich verstärkt.“ (Batra und Angenendt 2006, S. 93)

In dieser Arbeit wird die Wirksamkeit der folgenden Standardmethoden untersucht: Zum einen Psychoedukation in Bezug auf Selbstbeobachtung durch die Führung von Konsumtagebüchern als eigenständige Technik. Zum anderen Kontingenzverträge, welche in Kapitel 4.2 näher vorgestellt werden.

⁹ Näheres dazu kann beispielsweise bei Batra et al. (2013) nachgelesen werden.

Situation in der ADV gGmbH

Therapeutische Kontingenzverträge finden im Betreuungskontext der ADV gGmbH u.a. in Form von Non-Suizid-Verträgen (s. Anhang S. 96) sowie Skillsgruppen- und Behandlungsverträgen Anwendung. Psychoedukation und Kontingenzverträge bieten aufgrund ihrer Gegensätzlichkeit einen guten Kontrast und somit gute Vergleichsmöglichkeiten. Die Psychoedukation verlangt vom Klienten viel Selbstverantwortung, da dieser selbst entscheidet, welche Aspekte er für sich nutzen wird.

Der Kontingenzvertrag basiert dagegen eher auf einer verbindlichen Basis und erfordert somit vom Klienten mehr Anpassung und die Verpflichtung, sich an die im Vertrag genannten Bedingungen zu halten. In der Regel ist die Arbeit mit Angehörigen der Klienten der ADV gGmbH kaum möglich, da entweder die Familienverhältnisse zerrüttet sind und kein Kontakt besteht oder die Angehörigen selbst psychische oder physische Leiden haben und somit keine Unterstützung für den Klienten darstellen. In Ausnahmefällen kommt es vor, dass Angehörige als Ressourcen in der Arbeit mit den Klienten genutzt werden können.

4.1. Psychoedukation

„Nur ein gut informierter Patient ist in der Lage, an Entscheidungen über die Behandlung zu partizipieren und Eigenverantwortung für den Veränderungsprozess zu übernehmen.“
(Margraf und Schneider 2009a, S. 756)

Inhalt

Die Erweiterung von gesundheits- und krankheitsbezogenem Wissen ist Inhalt und Definition zugleich. Wesentliche Informationen über die vorliegende Symptomatik und Erkrankung werden gemeinsam erarbeitet und Fachbegriffe anhand biopsychosozialer Erklärungsmodelle erläutert sowie an das Sprach- und Verständnisniveau des Klienten angepasst. Der Klient hat die Möglichkeit, Verständnisfragen zu Erkrankung, Auswirkungen und Folgen sowie auch möglichen Ursachen zu stellen und gemeinsam mit dem Therapeuten zu explorieren. Zudem werden verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und psychosoziale Unterstützungsressourcen im Umgang mit der Erkrankung besprochen (Linden und Hautzinger 2008, S. 38). Des Weiteren gehören dazu Schadensminimierung, Entwicklung eines Bewusstseins für dysfunktionale Verhaltensweisen, Alternativen zum Konsum, Anbindung des Klienten ans Hilfesystem und Miteinbeziehung nahestehender Personen sowie der Aufbau von Motivation zur Veränderung nach der Krankheitseinsicht (Batra und Bilke-Hentsch 2012, S. 36). Somit ist Psychoedukation die Aufklärung des Klienten hinsichtlich der Entwicklung eines optimierten Umgangs mit seiner Erkrankung anhand seiner individuellen Biografie.

„Teilweise beinhaltet sie auch das Training von speziellen Fertigkeiten, die zur Störungsbewältigung hilfreich sind. [...] Dabei geht es unter anderem um:

- Erscheinungsbild,
- mögliche Störungsverläufe,
- mögliche Ursachen und Risikofaktoren,
- häufige Dynamiken,
- Hilfsmöglichkeiten durch Pädagogik,
- Psychotherapie,
- Medikamente,
- Einsicht in Zusammenhänge der individuellen Dynamik [des Klienten] sowie in dessen Umfeld,
- Erlernen von Fähigkeiten zur Symptomreduktion oder der Symptombewältigung,
- Erlernen von Fähigkeiten, die zum Abklingen der Störung beitragen können.“ (Baierl 2014, S. 91)

Die Vermittlung des Störungsmodells des Patienten ist ebenso Bestandteil der Psychoedukation. Neben positiven und negativen Konsequenzen durch Verzicht auf die bzw. durch Einnahme der Droge muss gleichzeitig der Aufbau von Bewältigungs- und Alternativstrategien stattfinden. Somit kann die Lücke, die ein Weglassen der Substanz im Alltag des Klienten hinterlässt, gefüllt werden. Zum Aufbau alternativer Verhaltensweisen eignen sich vor allem operante Verfahren wie die positive Verstärkung oder Bestrafung. Auch Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und Belohnung sind Beispiele für anwendbare Methoden. Durch die zunehmende Kontrolle des Klienten über sein Verhalten steigen auch die Selbstwirksamkeit und der Abstinenzwille (Batra und Bilke-Hentsch 2012, S. 225).

Daraus erschließt sich, dass ein Klient, der über seine Krankheit, Störung und damit verbundenen Verhaltensweisen aufgeklärt ist und sein Wissen erweitert hat, eine höhere Motivation zur Veränderung seines bisherigen Verhaltens zeigt und sich besser auf bestehende Hilfsangebote einlassen kann. Auch geht es um die Stärkung der Autonomie des Klienten, denn nur, wenn er über genügend Wissen über seine Krankheit verfügt, kann er wichtige Entscheidungen treffen und dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken. Durch die Vermittlung von verschiedenen Handlungsalternativen gibt der Therapeut dem Klienten mehr Optionen, sich eine passende Handlungsweise auszusuchen, was im Idealfall zu mehr Motivation führt. Er wird sozusagen durch die Wissensvermittlung zum Experten für sich selbst.

Voraussetzungen

Beim Therapeuten setzt Psychoedukation umfassendes Wissen über Theorie und Praxis speziell der betreffenden Störung und deren Behandlung voraus, um durch die Anwendung

dieses Wissens den Klienten zum Experten werden zu lassen (Baierl 2014, S. 91f.). Um Psychoedukation anzuwenden, sollte eine stabile Therapeut-Klient-Beziehung bestehen. Das Fachwissen muss mit Einfühlungsvermögen und Verständnis gegenüber dem Klient vermittelt werden. Zur näheren Erläuterung der Therapeut-Klient-Beziehung wird auf das Kapitel 2 verwiesen.

Anwendung

Die Psychoedukation ist grundsätzlich bei allen chronischen Erkrankungen indiziert. Die Anwendung findet sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich statt. Konkrete Maßnahmen zur Aufrechterhaltung bestimmter Verhaltensweisen sind zu planen, um mittel- bis langfristige Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erreichen. Psychoedukation wird vor allem bei psychiatrischen Erkrankungen angewendet oder ist Teil der psychosomatischen Behandlung und kann in Form von Gruppenangeboten wie z. B. psychoedukativ-kognitiven Gruppen bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen eingesetzt werden. Bei somatischen Erkrankungen bieten sich Patientenverhaltenstrainings als Intervention an. Dabei wird auf kognitive, emotionale und praktische Ebenen der Einstellungs- und Verhaltensänderungen eingegangen (Linden und Hautzinger 2008, S. 38f.).

Ziel

Der Therapeut kann beim Klienten ein Problembewusstsein aufbauen oder bereits vorhandenes Wissen erweitern. Dies hilft bei der Erstellung der Therapieziele und der Exploration von Fähig- und Fertigkeiten. Für den Klienten ist es wichtig zu erfahren, wie es zu dieser Störung gekommen ist und warum er unter der Störung leidet (Margraf und Schneider 2009b, S. 94).

Ziel der Psychoedukation ist das Empowerment des Klienten. Er soll Experte seiner Erkrankung werden. Bei Bedarf können auch Techniken der Selbstbehandlung eingeübt werden (Linden und Hautzinger 2008, S. 38).

Ebenso soll vermittelt werden, bestimmte Handlungsweisen und Gefühle wie z.B. Angst als normale Bedürfnisse anzusehen und durch Einbeziehung von Symptomen und deren Erscheinungsbildern die natürliche Reaktion von der Entwicklung eines Störungsverhaltens abzugrenzen (Margraf und Schneider 2009b, S. 94).

Psychoedukation in der Substitution

Auch in der Substitution müssen die Klienten über Risiken und Folgen bei (Nicht-)Einnahme des Medikaments aufgeklärt werden, um den Therapieprozess weiter verfolgen zu können. So werden Informationen über Krankheitssymptome, auftretende Gefühle, Gedanken und

Verhalten exploriert und die Möglichkeit eröffnet, das neue Wissen in den Alltag des Klienten zu integrieren.

Compliance

Compliance ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Sie beinhaltet die Zustimmung des Klienten zur Mitwirkung an der Therapie und kann durch Psychoedukation ermittelt und bestärkt werden. Sie ist auch bei der Aufklärung zur regelmäßigen Einnahme von Tabletten nötig.

Psychoedukation bei Angehörigen

Auch beim Thema Psychoedukation ist eine systemische Sichtweise von großer Bedeutung. Psychoedukation kann die gezielte Information Angehöriger über Störung, Symptomatik, Entstehung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten beinhalten. Zu Beginn einer Behandlung können schriftliche Informationsmaterialien in Form von Ratgebern hilfreich sein. Dadurch sollen Angehörige als unterstützende Ressource für den Patienten gewonnen werden, um den Behandlungsprozess zu stabilisieren und zu erweitern (Linden und Hautzinger 2008, S. 544). Oft fällt es den Angehörigen schwer, die Folgen der kognitiven Defizite des Klienten zu verstehen und die veränderten Verhaltensweisen nachzuvollziehen. Hier hilft Psychoedukation unterstützend, Vorgänge und Verhaltensweisen explorieren zu können. Wissenslücken über bestimmte Symptome der Störung können zu vermehrtem Stress und Grübeleien auf Seiten der Angehörigen sowie zur Belastung von bestehenden Beziehungen führen und aggressive Reaktionen aufgrund von Unverständnis verstärken. Psychoedukation aller Beteiligten kann Resignation, Stress, Katastrophenreaktionen und Verzweiflung entgegenwirken (ebd., S. 474).

Allgemein gilt es dabei zu beachten, dass die Wortwahl bei der Aufklärung verständlich ist und Fachbegriffe erklärt oder vermieden werden, um die Wissensvermittlung an das Gegenüber zu gewährleisten.

Selbstbeobachtung als Teil der Psychoedukation

Es ist wichtig, dass der Therapeut dem Klient die Notwendigkeit und Nützlichkeit der Selbstbeobachtung sowie deren Zusammenhänge erklärt und Beispiele für Therapieprogramme anbietet. Die Struktur und der Ablauf der Selbstbeobachtung werden gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet. Dabei werden exakte Klärung, Bestimmung und Festlegung des Zielverhaltens inklusive Zwischenschritte sowie Kriterien für das angestrebte Verhalten einbezogen. Für den Anfang sollte leicht beobachtbares Verhalten gewählt werden, später und mit etwas Übung können auch komplexere Selbstbeobachtungen durchgeführt werden. Für gut abgrenzbares Zielverhalten wie z.B. das Rauchen von

Zigaretten oder Alkoholkonsum bieten sich Häufigkeitsstichproben an. Jedes Mal, wenn der Konsum auftritt, wird er gezählt und beispielsweise im Konsumtagebuch registriert.

Bei der Auswahl des anzuwendenden Beobachtungsverfahrens ist darauf zu achten, dass es für den Klienten leicht zu handhaben ist. Dadurch kann Widerwillen und Überforderung des Klienten vorgebeugt werden. Die Darstellung in einem Schaubild bietet zudem einen besseren Überblick für den Klienten über seine Selbstbeobachtung. Es sollten regelmäßig Besprechungen und ggf. Korrekturen des Selbstbeobachtungsverfahrens gemeinsam mit dem Therapeuten stattfinden. Dabei sollten einheitliche Protokollbögen verwendet werden, um im Nachhinein einen guten Vergleich darstellen zu können.

Prinzipiell ist die Beobachtung eines Zielverhaltens vor, während und nach dem Auftreten möglich. Die Registrierung und Protokollierung sollte jedoch nicht allzu verzögert erfolgen, um ein möglichst genaues Ergebnis der Dokumentation zu erhalten. Der Zeitraum der Selbstbeobachtung muss zeitlich begrenzt werden - nach drei Wochen ist meist eine Wirkgrenze erreicht, da die bewusste und achtsame Selbstbeobachtung in einen Automatismus übergeht. Das Protokollieren wird zur Gewohnheit und verliert dabei die Reflexion des zu protokollierenden Inhalts. Dadurch wird der Lerneffekt dieser verhaltenstherapeutischen Methode reduziert. Intermittierende Selbstbeobachtung kann im weiteren Therapieverlauf günstig sein (Linden und Hautzinger 2008, S. 255f.).

4.1.1.Selbstbeobachtung

In dieser Arbeit wird die Wirksamkeit der Methode der Selbstbeobachtung mit der eigenständigen Technik des Konsumtagebuches untersucht.

Definition

„Die Selbstbeobachtung stellt einen ersten Schritt in der Änderung eigenen Verhaltens dar. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass das Kriteriumsverhalten möglichst präzise beschrieben wird.“ (Margraf und Schneider 2009a, S. 634)

Laut Reinecker und Borg-Laufs (1999, S. 300) hatte Skinner „das Prinzip der Selbstkontrolle noch in einem strikt behavioristischen Kontext gesehen. Neben der externen Kontrolle menschlichen Verhaltens durch eine Veränderung von Kontingenzen [...] können seiner Ansicht nach auch Reaktionen der Person selbst die Funktion der Steuerung anderer Verhaltensmuster des Individuums übernehmen. Unter Selbstkontrolle ist demnach die Fähigkeit eines Individuums zu verstehen, eigenes (problematisches, konflikthafte) Verhalten durch andere Verhaltensweisen zu steuern, d.h. in ihrer zukünftigen Auftrittswahrscheinlichkeit zu verändern.“ Als Selbstkontrolltechnik beinhaltet die Selbstbeobachtung das Beobachten und Registrieren von eigenen, offen sichtbaren und

verdeckten Verhaltensweisen, zählt daher zu den diagnostischen Methoden und dient vor allem der Erfassung von oft schwer zugänglichen, privaten Ereignissen (Linden und Hautzinger 2008, S. 254).

Selbstbeobachtungsverfahren dienen der Exploration von dysfunktionalen Verhaltensweisen durch den Klienten. Beobachtungsaufgaben können somit zur Verhaltensänderung und Selbstkontrolle eingesetzt werden, indem aus der Selbstbeobachtung Ziele abgeleitet werden.

Die Beobachtung findet durch die handelnde Person selbst statt, welche ein bestimmtes Verhalten zeigt, das aufmerksam registriert und aufgezeichnet werden soll. Es werden demnach Bewertungen und Entscheidungen über das eigene Verhalten verlangt (Margraf und Schneider 2009c, S. 223).

Voraussetzungen

„Die Selbstbeobachtung setzt voraus, dass die Person in der Lage ist, einzelne Elemente im Verhaltensablauf zu differenzieren, sie als zusammengehörig zu sehen und evtl. bereits in einen Vergleich zu früheren Verhaltensabläufen zu setzen. Der interessierende Ausschnitt des Verhaltens wird also nicht nur beobachtet, sondern auch registriert und festgehalten.“ (Margraf und Schneider 2009a, S. 631)

Der Klient muss ausführlich instruiert werden sowie die benötigte Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsleistung vollbringen, sein Zielverhalten differenzieren und das Problemverhalten regelmäßig und zuverlässig registrieren können. Zudem muss er motiviert sein, das Zielverhalten erreichen zu wollen und den jetzigen Zustand zu verändern (Linden und Hautzinger 2008, S. 255).

Selbstbeobachtung erfordert ein kontinuierliches Vorgehen sowie Ausdauer des Klienten.

Anwendung

Selbstbeobachtung bezieht sich auf die Einbeziehung der physiologischen, motorischen, kognitiven und emotionalen Ebene seiner selbst. Alle Bereiche werden in einer Verhaltensanalyse eingebunden (Margraf und Schneider 2009a, S. 325). Einsatzbereiche sind u.a. Selbstbeobachtung beim Essverhalten, Rauchen, Alkoholkonsum, Arbeitsverhalten, Halluzinationen, depressiven Symptomen, Zwangsverhalten, sozialen Ängsten und Kontaktverhalten (Linden und Hautzinger 2008, S. 254f.).

Es hat sich oft gezeigt, dass Selbstbeobachtung zur Erreichung der Therapieziele gewinnbringend eingesetzt werden kann (Margraf und Schneider 2009c, S. 223). Es gibt verschiedene Selbstbeobachtungsverfahren wie z.B. Tagebuch, Zählapparate, Strichlisten, Zeitgeber und -nehmer und Verhaltensdiagramme. Man unterscheidet in Häufigkeits- und Zeitstichproben. Als bewährte Technik empfiehlt sich ein Verhaltenstagebuch, welches in

Stichworten das Problemverhalten sowie situative Merkmale erfasst. Dieses Tagebuch sollte vom Klient im Alltag geführt werden können, um Überforderungserleben entgegen zu wirken. Gemeinsam mit dem Therapeuten wird dem Klienten der Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und dessen Bedingungen transparent dargestellt.

Reaktive Effekte der Selbstbeobachtung lassen sich wie folgt unterscheiden: in der Unterbrechung der problematischen Verhaltenskette durch beispielsweise direkte Aufzeichnung der Anzahl gerauchter Zigaretten oder verstärkenden und bestrafenden Effekte als Konsequenz erfassten Verhaltens wie z.B. Gewichtreduzierung. Am effektivsten ist es, das Problemverhalten vor dem Eintreten zu registrieren, um die Verhaltenskette vorab zu stoppen (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 317f.).

Ziel

Unter Zuhilfenahme von Selbstbeobachtung lassen sich Ziele für den Betreuungs- bzw. Therapiekontext ableiten, d.h. sie bildet die Voraussetzung für eine gemeinsame funktionale Analyse. Ziel ist, dass der Klient lernt, wesentliche Bestandteile seiner Verhaltensanalyse eigenständig zu explorieren. Es steht nicht die Datengewinnung als Qualitätsstandard im Vordergrund, sondern die Daten dienen als Grundlage für die Therapieplanung und Zielsetzung. Daher sind Reliabilität, Objektivität und Validität von großer Bedeutung. Meist führt die Beobachtung und Registrierung des Verhaltens bereits zu einer Verhaltensänderung. Erwünschte Ziele bzw. positives Verhalten sollten erst nach der Ausführung dokumentiert werden, um die Verhaltenskette nicht zu unterbrechen (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 314f.).

„Die Selbstbeobachtung eigenen Verhaltens unterbricht die Verhaltenskette und setzt kognitive Prozesse des Vergleichs mit eigenen Standards und der Bewertung in Gang. Motivationale Prozesse, die Bereitschaft zur Veränderung und auch das damit verbundene konkrete Verhalten können dadurch angestoßen werden.“ (Margraf und Schneider 2009a, S. 636) Die Förderung der Reflexionsfähigkeit des Klienten steht im Vordergrund. Der Klient übernimmt dabei die Verantwortung, selbst sein Handeln zu explorieren, um dann Veränderungsschritte einleiten zu können. Der Klient soll dabei unterstützt werden, seine Persönlichkeit besser kennenzulernen, mit seinen Eigenschaften umzugehen und sie zu akzeptieren oder verändern zu wollen. Das erfordert die Unterstützung des Therapeuten durch Psychoedukation und gemeinsames Auswerten des gewählten Selbstbeobachtungsverfahrens.

Mögliche Probleme

Probleme können sich in der geringen Reliabilität und Objektivität sowie bei der Überprüfbarkeit der Daten ergeben, da die Selbstbeobachtung viel Selbstdisziplin des Klienten erfordert (Margraf und Schneider 2009c, S. 223).

Mangelnde Aufklärung zur Handhabung und Ausführung der Selbstbeobachtung kann zu fehlenden Daten zur gemeinsamen Auswertung und somit kaum zur Änderung eines Fehlverhaltens führen.

4.1.2. Konsumtagebuch

Inhalt

Das Konsumtagebuch ist eine eigenständige Technik der Selbstbeobachtung in der Verhaltenstherapie. „Das Prinzip bei diesem Verfahren besteht darin, dass der Patient dazu angeleitet wird, entscheidende Merkmale seines Verhaltens oder situationaler Bedingungen des Verhaltens zu beobachten und zu registrieren; dies erfolgt zumeist anhand von kurzen Notizen, von Strichlisten oder auch anhand einer Eintragung in ein geeignetes Schema.“ (Senf et al. 2012, S. 230)

Das Konsumtagebuch dient als Darstellung von Verhaltensänderungen im Rahmen der Selbstbeobachtung und somit zur Exploration verschiedener Konsumzeiten und -orte sowie dazugehöriger Situationen und Gefühle. Anhand des Tagebuchs kann ein Konsumverlauf festgestellt werden, welcher zur Konsumanalyse genutzt werden kann. Außerdem kann es Auskunft über die Tagesstruktur des Klienten geben. Damit der Klient das Tagebuch im Alltag gewissenhaft führt, wird die Sinnhaftigkeit dessen vorher durch den Therapeuten genau erklärt (Hamacher und Klemm 2008, S. 31f.). In der Praxis dienen diese Konsumprotokolle oft als Einstieg, um eine Übersicht über das Problemverhalten und -bewusstsein des Klienten zu erhalten.

Im Bereich des Betreuten Wohnens ist das Konsumtagebuch zu Beginn eine gute Möglichkeit, um den Klienten kennenzulernen und zu beobachten, was er bereit ist, von sich zu berichten und zu zeigen.

Systematische bzw. strukturierte Tagebücher werden mit unterschiedlicher Zielsetzung in die Therapie eingebunden. Es gibt bei nahezu jeder Problematik die Möglichkeit, ein Tagebuch zu führen beispielsweise über das Ess-, Schlaf- oder Freizeitverhalten oder Schmerz-, Stress- und Angstsymptome, aber auch über soziale Interaktionen und Drogenkonsum. Es gibt bereits viele Vorlagen unterschiedlicher Art für strukturierte Tagebücher. Es kann aber auch sinnvoll sein, selbst ein Tagebuch zu entwerfen, angelehnt an die Vorgaben und angepasst an die Bedürfnisse und Problemlage des Klienten (Margraf und Schneider 2009a, S. 396f.).

Voraussetzungen

Der Klient muss Lesen und Schreiben können. Des Weiteren muss der Therapeut dem Klienten eine gute Einführung zum Umgang mit dem Konsumtagebuch geben, um maximale Ergebnisse zur gemeinsamen Auswertung zu erhalten.

Vorteile

Die Verwendung von Tagebüchern kann verschiedene Ziele verfolgen: Die Erfassung therapierrelevanter Informationen oder die Erfassung des Verlaufs und Erfolgs. Ein entscheidender Vorteil der Tagebücher ist, dass das Problemverhalten in der natürlichen Umgebung aufgenommen werden kann. Außerdem können private und innere Prozesse des Klienten sowie nicht beobachtbares Verhalten erfasst und anschließend gemeinsam im Gespräch ausgewertet werden. Je nach Art der Störung oder des Problemverhaltens können unterschiedliche Punkte mit einbezogen und abgefragt werden: Informationen über Auslöser, Gedanken, Gefühle, körperliche Symptome oder Reaktionen. Als therapeutische Intervention überträgt das regelmäßige Führen eines Tagebuchs dem Klienten Verantwortung und fördert gleichzeitig dessen Motivation sowie Pflichtbewusstsein. Der Vergleich von Tagebüchern aus dem Therapiebeginn sowie dem -abschluss gibt Aufschluss über den Verlauf der Therapie. Ein Tagebuch nach Beendigung einer Therapie weiterzuführen kann als Kontrolle dienen, ob die Therapieziele eingehalten und nach der Therapie fortgesetzt werden (Margraf und Schneider 2009a, S. 384f.).

Mögliche Probleme

Zu Beginn der Arbeit mit Tagebüchern können unterschiedliche Fehler auftreten. Es kann vorkommen, dass die Klienten die Tagebücher noch nicht vollständig ausfüllen, Lücken entstehen oder gar keine Notizen eingetragen werden. Falls dieses Problem auftritt, sollte es im nächsten Gespräch mit dem Klienten auf verständnisvolle Weise besprochen werden. Unvollständig ausgefüllte Tagebücher können auch Aufschluss über mögliche Probleme in der Therapeut-Klient-Beziehung geben, Vermeidungsverhalten aufzeigen oder auf eine mangelnde Compliance hinweisen.

Es kann auch vorkommen, dass der Klient in seiner Offenheit gehindert wird, beispielsweise durch ein zu enges, vorgegebenes Raster (Margraf und Schneider 2009a, S. 385f.).

4.2. Kontingenzmanagement

Inhalt

Die systematische Darbietung und Entfernung von positiven und aversiven Stimuli wird als Kontingenzmanagement bezeichnet. Es kann durch den Behandler, den Betroffenen selbst

oder durch die soziale Umgebung durchgeführt werden. Wenn der Klient das Verfahren selbst durchführt, wird es auch als Selbstkontrolle bzw. -management bezeichnet. Wirkt der Therapeut auf den Klienten ein, handelt es sich um operante Konditionierung.

Ein Kontingenzvertrag ist letztendlich für den Klienten „ein Vertrag mit sich selbst“. Nur so kann er eine Veränderung seines dysfunktionalen Verhaltens erwirken. Der Vertragspartner dient nur zur Erstellung und Aufrechterhaltung des Vertrages. Dieser dient somit zur moralischen Unterstützung und Motivation, die Vereinbarung zu erfüllen.

Eine besondere Form stellen Kontingenzverträge dar, welche Bedingungen beinhalten, die zwischen Therapeut und Klient vereinbart wurden sowie Ziele, Problemstellung und Aufgaben (Parfy et al. 2003, S. 140f.).

„Regeln, seien sie schriftlich festgelegt, verbal abgesprochen oder lediglich über nonverbale Interaktionen entstanden, formen und determinieren unser soziales Zusammenleben. Verträge sind nichts anderes als solche Abmachungen, Absprachen und Regeln über bestimmte Verhaltensaspekte. Keine Therapieform kommt ohne Kontrakte aus, auch wenn diese nicht immer explizit gemacht werden, wie dies bei Verhaltensverträgen im Rahmen der Verhaltenstherapie geschieht.“ (Linden und Hautzinger 2008, S. 323)

Voraussetzungen

Kontingenzmanagement setzt eine exakte Verhaltensbeobachtung und -analyse für jeweilige Verhaltensexzesse und -defizite voraus. Auf dieser Grundlage kann die Zielbestimmung und Planung eines systematischen Auf- bzw. Abbaus des jeweiligen Verhaltens erfolgen (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 222). Da Kontingenzverträge die Grundlage für selbststeuernde Prozesse und Verhaltensweisen bilden, muss man beachten, dass die Selbststeuerung einen Vertrag mit sich selbst erfordert (Fliegel et al. 1998, S. 66f.).

„Voraussetzung für den Einsatz von Verhaltensverträgen sind neben der Grundvoraussetzung der Verständigungsmöglichkeiten der Interaktionspartner folgende vier Punkte:

1. Positive Verstärkung ist ein Privileg und kein automatisches Recht;
2. befriedigende soziale Interaktionen werden geschätzt und als erstrebenswertes Ziel angesehen;
3. der Wert einer Interaktion wird von der Breite, der Menge und der Stärke positiver Verstärkung bestimmt;
4. die Partner stimmen überein, die Interaktion zufriedenstellend zu gestalten.“ (Linden und Hautzinger 2008, S. 324)

Senf et al. (2012, S. 140) äußern sich dazu wie folgt: „Die ‚Eignung‘ eines Patienten für eine spezifische Therapieform, das Geschick des Therapeuten, ein höheres Maß an verbaler Aktivität auf Seiten des Patienten, die gesicherte Stabilität der Behandlungsvereinbarungen,

die Einigung und Klarheit bezüglich der Behandlungsziele und die ‚Vorbereitung‘ des Patienten auf die Behandlung in dem Sinne, dass die Patienten bei Behandlungsbeginn einigermaßen genau wissen, was sie erwartet, haben sich als günstige Prädiktoren für das Behandlungsergebnis gezeigt.“

Anwendungsbereiche

Verhaltensverträge sind vielseitig einsetzbar. Die Hauptgebiete in der therapeutischen Arbeit liegen in der Arbeit mit Suizidalität, Depression und Abhängigkeit sowie bei Partnerschaftsproblemen und Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Auch im Strafvollzug, bei der Resozialisierung und ganz allgemein in der Sozialen Arbeit finden sie Anwendung (Linden und Hautzinger 2008, S. 323).

Ziele

Die Strategie des Kontingenzmanagements besteht darin, eine Veränderung von Verhalten durch Veränderung von Konsequenzen zu erwirken. Ziel des Kontingenzmanagements ist es, mehrere Verhaltensweisen von einer oder mehreren Personen gleichzeitig zu beeinflussen. Somit entsteht ein komplexes Gefüge positiver und negativer Konsequenzen. Das Ziel der Verträge besteht darin, die Eigenverantwortlichkeit sowie Selbstkontrolle des Klienten zu erhöhen (Batra und Angenendt 2006, S. 82f.). Der soziale Kontrakt dient in der verhaltenstherapeutischen Arbeit dazu, die Wirksamkeit der Therapie zu optimieren. „Aus verhaltenstherapeutischer Sicht gibt es damit mindestens drei Überlegungen, warum jemand anstelle des bisherigen, problematischen Verhaltens ein neues, erwünschtes Verhalten (inklusive kontrollierter Reaktionen) zeigt: (1) Ausgangspunkt für Selbststeuerung sind problematische oder konflikthafte Situationen, so da[ss] der automatische Ablauf des bisherigen Verhaltens per definitionem in Frage gestellt ist; (2) das Auftreten kontrollierenden oder alternativen Verhaltens wird mit der Annahme begründet, da[ss] der Eindruck, das eigene Verhalten und die eigene Umwelt selbst zu steuern, per se verstärkend wirkt; (3) über das zielgerichtete Arrangement der Konsequenzen, wie es in Verträgen vorgenommen wird, wird die Auftretenswahrscheinlichkeit der kontrollierenden und der erwünschten Reaktionen noch zusätzlich erhöht.“ (Fliegel et al. 1998, S. 66f.)

Nach der Selbstbeobachtungsphase werden kurz-, mittel- und langfristige Ziele im Therapierahmen zusammen mit dem Therapeuten entwickelt. Diese Teilziele sollten möglichst verstärkend wirken, um den weiteren Therapieverlauf zu unterstützen.

Bei der Erstellung und Arbeit mit Kontrakten ist die motivierende Funktion für den Klienten ausschlaggebend. Durch die genaue Benennung der Ziele und verbundenen Konsequenzen bei Nichterreichen sowie Einführung von Zwischenschritten und -zielen wird der Klient

ermutigt, einen ersten Schritt zur Veränderung seines bisherigen Problemverhaltens zu tun. Das Vorgehen muss für den Klienten nachvollziehbar sein. Da der Klient über Konsequenzen seiner Bemühungen informiert wird, wird interne Kontrolle sichergestellt. Durch das Selbstmanagement mithilfe von Verträgen lernt der Klient, zwischen und während den Sitzungen sein Problem zu analysieren und zu strukturieren. Er übt neues Verhalten schrittweise in konkreten Situationen und schafft so den Transfer zu neuen Verhalten in alltäglichen Situationen. Im Verlauf der Therapie kann die motivierende, trainierende und kontrollierende Funktion des Therapeuten ausgeblendet werden. Der Klient ist dann in der Lage, das Selbstmanagement auch bei neu auftretenden Problemen und Konfliktverhalten anzuwenden (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 326).

Kontingenzvertrag

Ein sozialer Kontrakt ist gleichzusetzen mit einer vertraglichen Kontrolle zwischen Klient und Therapeut und wird daher auch als eigenständige Methode eingesetzt. Ein Vertrag beinhaltet feste Kriterien, anhand derer sowohl der Behandler als auch der Klient die Einhaltung des Vertrages bzw. der vereinbarten Ziele überprüfen kann, sowie entsprechende Konsequenzen bei Nichteinhalten der Vertragsbedingungen. Verträge sollten möglichst immer schriftlich festgehalten werden, so entsteht eine Verbindlichkeit für beide Parteien. Es sollten kurzfristig erreichbare Ziele genannt werden und der Vertrag sollte bereits vorhandene Verhaltensweisen des Klienten beinhalten (Fliegel et al. 1998, S. 64f.). Auch wenn die Unterschrift unter den Vertrag legal nicht zwingend bindend ist, bewirkt sie doch eine gewisse Verpflichtung für Therapeut und Klient, den Vertrag und die darin verfassten Ziele verbindlich einzuhalten (Leukefeld et al. 2015, S. 56).

Die Unterschrift bestätigt zugleich ein Commitment für die Vertragseinhaltung und somit für die weitere Mitarbeit in der Therapie. Der Vertrag drückt also die Zustimmung des Klienten aus, Veränderungen in seinem bisherigen Verhalten vorzunehmen. Daher bietet es sich an, zuerst ein mündliches Commitment des Klienten zu gewinnen, um dann gemeinsam mit ihm den Vertrag zur Verhaltensänderung zu entwickeln (ebd., S. 24).

„Innerhalb des Vertrages sind sieben ‚Paragraphen‘ zu behandeln, die mit dem Klienten ausführlich abgesprochen und von ihm mitgetragen werden müssen:

1. Eine genaue und detaillierte Beschreibung des geforderten Verhaltens.
2. Festlegung von Kriterien dafür, ab wann das geforderte Verhalten als erreicht gelten kann; solche Kriterien können sich auf die Topographie, Frequenz oder Intensität des Verhaltens beziehen; außerdem Festlegung einer maximalen Vertragsdauer.
3. Vereinbarung über positive Verstärker, die mit Erreichen der Kriterien - Vertragserfüllung oder Zwischenziele - verdient werden; bei Zwischenschritten sind Art und Ausmaß der Verstärkung in Abhängigkeit vom jeweiligen Ziel zu spezifizieren.

4. Vereinbarung aversiver Konsequenzen für den Fall, da[ss] der Vertrag nicht erfüllt wird, z.B. nicht innerhalb der vereinbarten Zeitspanne oder bei unzureichender Realisation des geforderten Verhaltens.

5. Verabredung zusätzlicher Verstärkungen („Sonderprämien“), falls die unter 2. vereinbarten Kriterien („Minimalforderungen“) wesentlich übertroffen werden; auch hier sind wieder möglichst genaue Absprachen vorzunehmen.

6. Festlegung von Methoden, mit denen das geforderte Verhalten während der Vertragsdauer kontrolliert wird: Selbstbeobachtung und -protokollierung.

7. Schließlich sollte eine Regelung getroffen werden, die gewährleistet, da[ss] die Selbstverstärkungen bei Vertragserfüllungen bzw. beim Erreichen von Zwischenzielen kontingent, d.h. unmittelbar anschließend erfolgen.“ (Fliegel et al. 1998, S. 65)

Fliegel et al. veröffentlichen die o.g. Paragraphen bereits im Jahr 1998 als Leitfaden zur Erstellung eines Kontingenzvertrages. Heutzutage sind diese eher nach Bedarf zu verwenden. Der Vertrag kann frei gestaltet werden. Daher wurde im Kontingenzvertrag, der in dieser Arbeit verwendet wird, auf die strikte Einhaltung aller sieben Paragraphen kein Wert gelegt.

Der Vertrag enthält gegenseitige Verpflichtungen von Therapeut und Klient, deren Gewichtung ausgeglichen sein sollte. Das Festlegen von Regeln sollte jedoch nicht als Zwang auf den Klienten wirken, sondern eher als Chance für den Ausbau persönlicher Freiheit (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 224).

Arbeit mit Angehörigen

Im therapeutischen Setting bestehen die ersten Schritte der Intervention aus der Analyse und Veränderung eines Problemverhaltens. Dabei können Angehörige teils besser und stringenter intervenieren als der Therapeut selbst, da ihnen Verstärker zur Veränderung zur Verfügung stehen. Ebenso können sie Kontingenz ausüben, da sie mehr Zeit mit dem Klienten verbringen als der Therapeut. Nahestehende Bezugspersonen müssen vor einem Eingreifen von einer Fachperson über die Intervention aufgeklärt und geschult werden (Reinecker und Borg-Laufs 1999, S. 225).

„Kontingenzverträge sind vor allem ein Mittel zur Selbstmotivation des Patienten und stellen von daher eine Methode im Übergangsbereich zu Selbstkontroll- und kognitiven Verfahren dar.“ (Margraf und Schneider 2009a, S. 672) „Verhaltensverträge wirken motivierend, sich in bestimmter Weise zu verhalten, sie akzeptieren und klären das Ziel und den therapeutischen Proze[ss]. Schließlich liefern sie Kriterien für den Erfolg, was wiederum auf die Motivation und den therapeutischen Fortschritt einwirkt.“ (Linden 1994, S. 343)

5. Forschungsfragen und Hypothesen

Ausgehend vom oben beschriebenen Forschungsstand lässt sich noch weiteres Forschungspotential in Bezug auf den Einfluss von Psychoedukation und Kontingenzverträgen in der Suchthilfe ableiten. Verhaltenstherapeutische Methoden zeigen eine essentielle Bereicherung in der Arbeit mit Suchtkranken. Infolgedessen erscheint es sinnvoll, die Wirkung der o.g. Methoden in der Suchthilfe genauer zu erforschen.

Nachfolgend werden Forschungsfragen für die geplante Erhebung sowie deren Ergebnisse aufgestellt. Daraus werden Hypothesen abgeleitet, die nach Auswertung der Erhebung beantwortet werden sollen. Nach Raithel (2008, S. 28) werden soziale Probleme in Form von wissenschaftlichen Fragestellungen benannt. Dabei wird bewusst im Plural von Forschungsfragen gesprochen, da sich meist ein Problem nicht auf eine Forschungsfrage reduzieren lässt.

Zu untersuchende Forschungsfragen:

1. Ist die Wirksamkeit der gewählten Methoden anhand der Auswertung von Konsumtagebüchern als Instrument der Selbstbeobachtung der Klienten messbar?

Kann die Wirksamkeit der gewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden in der Arbeit mit der Klientel zur Steigerung der Motivation und Konsumbeobachtung überprüft und nachgewiesen werden?

2. Erwirken Psychoedukation und Kontingenzverträge als verhaltenstherapeutische Standardmethoden einen Unterschied in der Selbstbeobachtung der Klienten?
3. Inwiefern ist die Vollständigkeit der ausgefüllten Konsumtagebücher mess- und überprüfbar?

„Im Unterschied zur quantitativen Auffassung ist die Hypothesenentwicklung in der qualitativen Sozialforschung ein konstitutives Element des Forschungsprozesses. Kennzeichnend ist der offene Charakter der theoretischen Konzepte, d.h. der ständige Austausch zwischen den qualitativ erhobenen Daten und dem zunächst noch vagen theoretischen Vorverständnis, sodass es zu einer fortwährenden Präzisierung, Modifizierung und Revision von Theorien und Hypothesen kommt.“ (Lamnek und Krell 2010, S. 80)

Aus den genannten Forschungsfragen werden folgende Hypothesen abgeleitet:

1. Konsumtagebücher als Messinstrument verhaltenstherapeutische Standardmethoden unterstützen bzw. erhöhen die Selbstbeobachtung der Klienten.
2. Die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden auf die kontinuierliche Führung eines Konsumtagebuchs und der damit einhergehenden bewussten Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten durch Selbstbeobachtung ist nachweisbar.
3. Die Konsumreduzierung an sich ist durch den Vergleich der Konsumtagebücher vor und nach der Intervention messbar.
4. In den Konsumtagebüchern zeigen sich vor und nach der Intervention Unterschiede im Konsum.
5. Bei der Gruppe „Psychoedukation“ (PE) werden kaum Veränderungen im Konsumtagebuch auftreten, da die Bezugsbetreuer die Psychoedukation fest in ihre soziale und therapeutische Arbeit mit den Klienten eingebunden haben.
6. Der Vertrag kann Zwang bei Klienten auslösen, er wird sich dennoch in einem guten Ergebnis in der Erhebung zeigen.
7. Die Dokumentation und die Selbstbeobachtung an sich regen bereits Veränderungsprozesse bei den Klienten an.
8. Mithilfe der Selbstbeobachtung werden Reflexionsprozesse beim Klienten angeregt.
9. Durch das regelmäßige Üben der Selbstbeobachtung kann der Fokus intensiviert und die Selbstbeobachtung trainiert und verbessert werden.

6. Forschungsplan

Der Forschungsprozess ist in mehrere Teile gegliedert (Helfferich 2009, S. 26). Er beginnt mit der Festlegung der Methode zur Datenerhebung z.B. über Stichproben oder Befragung einer bestimmten Gruppe. Danach werden die Interviewform und anschließend die Auswertungsstrategie bestimmt.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich nach Döring und Bortz (2016, S. 192) um eine explanative Studie, denn „explanative Studien überprüfen vorher aufgestellte (aus Theorien abgeleitete) Hypothesen auf ihre Gültigkeit. Insbesondere Ursache-Wirkungs-Relationen sollen bestätigt bzw. verworfen werden.“

6.1. Methode

„Der Nutzen von Selbstbeobachtung und von Selbstbeobachtungsinstrumenten (wie Tagebüchern, Lernprotokollen, Portfolios) wurde vielfach belegt. Sie unterstützen den Transfer in den Arbeits- bzw. Lernalltag, motivieren an selbst gesetzten Zielen zu arbeiten, strukturieren die Selbstbeobachtung, indizieren Reflexionsprozesse und fördern damit Veränderungsprozesse.“ (Landmann und Schmitz 2007, S. 158) Für die Erhebung in dieser Arbeit fiel die Wahl der Methode auf das Konsumtagebuch, welches bereits in Kapitel 4 erläutert wurde.

Verschiedene Anbieter bieten Kurzinterventionsprogramme bei legalen und illegalen Drogenproblematiken an wie beispielsweise „Realise it“, „Quit the shit“ oder das „KISS-Programm“. Die für die Erhebung verwendeten Konsumtagebücher sind an das KISS-Tagebuch angelehnt, da die Vorlage selbsterklärend ist und deshalb am geeignetsten erscheint.

Das KISS-Programm ist ein von der GK Quest Akademie GmbH entwickeltes Konzept zur gezielten Reduktion des Konsums von legalen und illegalen Drogen. KISS steht für „**K**ontrolle **I**m **S**elbstbestimmten **S**ubstanzkonsum“ und wurde 2005 als verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm entwickelt. Unter anderem gehört das Führen eines Konsumtagebuches zu den Aufgaben der Klienten, die an diesem Programm teilnehmen. Das Konzept kann sowohl von einzelnen Personen als auch im Gruppenkontext angewendet werden. Für die Therapeuten wurde Arbeitsmaterial inklusive vieler Vorlagen entwickelt (GK Quest Akademie GmbH 2016).

Eine dieser Vorlagen (Anhang S.92) dient in abgewandelter und angepasster Form als Konsumtagebuch für die Erhebung in dieser Arbeit.

Konsumtagebuch

Während der Erhebung werden jeweils zwei Konsumtagebücher (s. Tab. 2 und 3) mit den Überschriften „Erfassungsbogen zur Konsumhäufigkeit“ sowie „Phase 1“ oder „Phase 2“ und „Gruppe“ an die Klienten ausgeteilt. Der Fokus der Tagebücher liegt auf der Betrachtung des Konsums von stoffgebundenen Süchten, diese sind z.B. Alkohol, Zigaretten, THC, Substitut, Heroin und selbst zu ergänzende Substanzen.

Die verwendeten Konsumtagebücher sind in einfacher tabellarischer Form gehalten, um dem Klienten das Ausfüllen zu erleichtern. Das Konsumtagebuch „Phase 1“ besteht aus einer Tabelle, die in 8 Spalten und 9 Zeilen unterteilt ist. Die einzelnen Spalten sind überschrieben mit „Substanz & Menge pro Tag“ sowie den Tagen 1 bis 7. In der ersten Spalte sind einige häufig konsumierte Substanzen vorgegeben sowie drei weitere Zeilen freigelassen, in die der Klient weitere Substanzen eintragen kann. Das Konsumtagebuch „Phase 2“ ist ebenso aufgeteilt, jedoch befindet sich in der Kopfzeile noch das Wort „Gruppe“, welches vom jeweiligen Bezugsbetreuer auszufüllen ist, aber erst nach Wiedererlangen der beiden Konsumtagebücher vom Klienten.

Da das Tagebuch nur aus einer Seite besteht, kann der Klient es jederzeit mit sich tragen, beispielsweise gefaltet in der Hosentasche, was es ihm ermöglicht, jederzeit Eintragungen vorzunehmen.

Das Konsumtagebuch wurde als Vorlage vorbereitet und nach Anregungen der Bezugsbetreuer in der Teamsitzung bei der Vorstellung des Vorhabens dieser Arbeit überarbeitet.

Erfassungsbogen zur Konsumhäufigkeit

Phase: 1

Substanz & Menge pro Tag (z.B. 3 Flaschen Bier, 1g THC, 15 Zigaretten...)	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag
Alkohol							
Zigaretten							
THC							
Substitut (welches?)							
Heroin							
Weitere Substanzen							

Tabelle 2 Konsumtagebuch Phase 1, modifiziert nach GK Quest Akademie GmbH 2016

Substanz & Menge pro Tag (z.B. 3 Flaschen Bier, 1g THC, 15 Zigaretten...)	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag
Alkohol							
Zigaretten							
THC							
Substitut							
Heroin							
Weitere Substanzen							

Tabelle 3 Konsumtagebuch Phase 2, modifiziert nach GK Quest Akademie GmbH 2016

Fragebogen

„Ein Befragungsinstrument muss sehr sorgfältig konstruiert werden, um Probleme wie beispielsweise Antwortverzerrungen [...] so gering wie möglich zu halten. Bei der Entwicklung eines schriftlichen standardisierten Fragebogens (zum Selbstauffüllen) sind folgende Konstruktionskriterien zu beachten:

- *Formen, Struktur und Funktion von Fragen*
- *Formulierung der Fragen*
- *Aufbau des Befragungsinstruments*

Für die Fragebogenkonstruktion ist es von grundsätzlicher Notwendigkeit, darauf zu achten, dass der Fragebogen leicht auszufüllen ist (er muss einfach gestaltet und selbsterklärend sein) und dass die Befragung generell auch von anderen Forschern zu einem späteren Zeitpunkt nachvollzogen und ggf. repliziert werden kann.“ (Raithel 2008, S. 67)

„Qualitative Datenerhebungstechniken sind nicht oder nur teilweise strukturiert, d.h. sie arbeiten mit nicht- oder teilstandardisierten Instrumenten und lassen somit den Forschenden wie den Untersuchungsteilnehmenden viel Raum, um jeweils fall- und situationsspezifisch mehr oder minder viele Details des untersuchten Sachverhaltes in die Datenerhebung einzubeziehen und vor allem auch flexibel zu entscheiden, welche Aspekte der Erfahrungswirklichkeit bzw. Lebenswelt [...] einen wie großen Stellenwert für das Forschungsproblem haben. Die Offenheit des Vorgehens soll eine optimale Annäherung an den Untersuchungsgegenstand gewährleisten und die Chance erhöhen, dass sich auch

neue und unerwartete Inhalte in den erhobenen Daten zeigen.“ (Döring und Bortz 2016, S. 322)

Anhand der in Kapitel 5 genannten Forschungsfragen und Hypothesen wurden für den Fragebogen für die Therapeuten die folgenden zehn Fragen erarbeitet:

1. Angewandte Technik: (zutreffendes bitte unterstreichen)

Kontingenzvertrag - Psychoedukation - Vergleichs-/Kontrollgruppe

2. Wurde ein Unterschied in Testphase 1 (vor Schulung¹⁰) und Testphase 2 (nach Schulung) festgestellt?

Wenn ja, welcher?

3. Welche Methode wurde vor der Schulung angewandt?

4. Wurde ein Unterschied in beiden Testphasen beim Ausfüllen des Konsumtagebuchs beim Klienten festgestellt?

Wenn ja, welcher?

5. Ist die erneute Anwendung der zugewiesenen Methode angebracht?

6. Wenn Nein, welche Methode sollte stattdessen angewendet werden?

7. Wurde die zugeordnete Methode bereits vor dem Projekt für die Masterarbeit in der Arbeit mit den Klienten beim Ausfüllen eines Konsumtagebuchs verwendet oder war es das erste Mal?

8. War diese Methode bisher beim Ausfüllen der Konsumtagebücher wirksam?

9. Wenn Nein, welche wurde bisher zum Ausfüllen von Konsumtagebüchern angewendet?

10. Gab es sonst noch andere Auffälligkeiten und Besonderheiten, die bisher noch nicht erfragt wurden?

¹⁰ Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die Schulung als Intervention bezeichnet.

Kontingenzvertrag

Der in dieser Arbeit verwendete Kontingenzvertrag ist angelehnt an den Non-Suizid-Vertrag (s. Anhang S. 96), mit dem am Standort Bugenhagenstraße der ADV gGmbH gearbeitet wird. Er ist mit dem Titel „Vertrag zum Führen des Konsumtagebuchs“ versehen und beinhaltet damit im Titel bereits die Aufgabenstellung.

Der Vertrag wurde an die in Kapitel 4 beschriebenen Merkmale von Fliegel et al. (1998) angelehnt und an die Erhebung angepasst. Er beinhaltet die erforderlichen Daten wie Name der Vertragspartner und Datum. Daneben ist die Zielsetzung angegeben sowie eine detaillierte Aufgabenstellung für den Klienten, das Konsumtagebuch im Zeitraum von sieben aufeinander folgenden Tagen gewissenhaft auszufüllen. Der Vertrag enthält außerdem einen Hinweis, wie sich die Aufgabenstellung am effektivsten umsetzen lässt: mit dem Eintragen am Abend des jeweiligen Tages. Der Vertrag ist dieser Arbeit im Anhang auf S. 95 beigelegt. Konsequenzen bei Nichterfüllung der Aufgabe und Nichteinhaltung der Vereinbarung sind nicht angegeben.

6.2. Beteiligter Personenkreis

Klienten

Am untersuchten Standort stehen 12 Therapeuten zur Verfügung, von denen jeder einen seiner Klienten für die Erhebung bestimmen soll. Die Teilnahme ist anonym, um die Klienten zu freiwilligen und wahrheitsgemäßen Angaben zu ihrem Konsum meist illegaler Drogen zu ermutigen. Daher ist weder Alter noch Geschlecht der teilnehmenden Klienten bekannt. Weiterhin liegen keinerlei Daten über bestehende Erkrankungen und Diagnosen sowie Bildungsstand vor. Für Informationen zur von der ADV gGmbH betreuten Klientel und deren Suchterkrankungen wird auf Kapitel 2 verwiesen. Einen Anreiz oder ausgesprochene Vergütung für die Teilnahme an der Erhebung gibt es nicht.

Therapeuten

Im Rahmen dieser Arbeit wurden angehende und berufserfahrene Sozialarbeiter, Soziologen und Psychologen zu ihren persönlichen Erfahrungen in der Arbeit mit den gewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden befragt. Die Therapeuten sind zwischen 25 und 59 Jahren alt. Von den 12 an der Erhebung teilnehmenden Personen sind sieben Frauen und fünf Männer. Alle Bezugstherapeuten am untersuchten Standort arbeiten nach denselben Leitlinien, doch jeweils mit individuellen Methoden und Techniken. Vorteil der Erhebung an einem Standort: Die Erreichbarkeit der untersuchten Personengruppe erleichtert eine schnelle und unkomplizierte Kommunikation mit der Autorin zur Aufgabenstellung und evtl. aufkommenden Fragen. Des Weiteren können im Rahmen der

Teamsitzung die Bekanntgabe des Vorhabens und die bevorstehende Intervention stattfinden.

Da die teilnehmenden Therapeuten die Klienten für die Erhebung selbst auswählen, kann das Ergebnis optimiert werden. Die Bezugsbetreuer kennen ihre Klienten am besten und können so gut einschätzen, wer die Aufgabe der Erhebung erfüllen kann. Allerdings kann dieser Umstand auch negative Folgen auf die Erhebung haben, da die Stichprobe nicht zufällig gewählt ist und die Bezugsbetreuer ggf. einen ihrer kompetentesten und zuverlässigsten Klienten für die Erhebung auswählen, um ein optimales Ergebnis ihrerseits zu erreichen.

6.3. Rahmenbedingungen

Vorbereitung

Zu den vorbereiteten Unterlagen zählen einheitliche Konsumtagebücher für Phase 1 und Phase 2 sowie die Fragebögen für die Bezugstherapeuten. Weitere Vorlagen bestehen aus dem Kontingenzvertrag und einem Handout mit den wichtigsten Fakten über die zugeteilte Intervention (Anhang S.93/94). Das Handout dient der Wissensvermittlung an die Therapeuten, um möglichst gleiche Voraussetzungen für alle beteiligten Klienten zu erreichen. Die Unterlagen werden den Therapeuten in ausgedruckter Form vor der jeweiligen Phase zur Verfügung gestellt.

Vorgehen

Die Erhebung beginnt mit der Bekanntgabe des Vorhabens im Team sowie dem Einholen der mündlichen Zustimmung der Therapeuten zur Mitwirkung.

Das Vorgehen zur Überprüfung der Wirksamkeit der zwei gewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden besteht aus mehreren Abschnitten:

Testphase

Phase 1 - Konsumtagebuch 1

Intervention

Phase 2 - Konsumtagebuch 2

Bei der Arbeit mit den Konsumtagebüchern soll die bewusste Beobachtung des Konsumverhaltens der Klienten im Fokus stehen. Die Beobachtung soll durch Interventionen intensiviert werden. Die Unterschiede vor und nach der jeweiligen Intervention sollen anhand der Konsumtagebücher und eines Fragebogens, der durch die Bezugsbetreuer ausgefüllt wird, Ergebnisse zu den in Kapitel 5 genannten Forschungsfragen liefern.

Zeitraum

Laut Raithel (2008, S. 30) sollte die Durchführung der Erhebung in einer kurzen Zeitspanne erfolgen. Somit können Entwicklungseffekte und ggf. äußere Ereignisse, welche die Erhebung beeinträchtigen könnten, reduziert werden.

Von der Ausgabe der ersten Konsumtagebücher bis zur Intervention ist ein Zeitraum von vier Wochen geplant, damit die Bezugsbetreuer ausreichend Zeit haben, das Konsumtagebuch im Betreuungskontext dem Klienten zu übergeben und ausfüllen zu lassen. Es gilt der gleiche Zeitraum für alle an der Erhebung teilnehmenden Personen.

An einem im Vorfeld für alle teilnehmenden Therapeuten festgelegten Termin findet im Rahmen der Teamsitzung der Theorie-Input zu den Interventionen statt. Dabei werden die Konsumtagebücher für die zweite Phase aus- sowie die Therapeuten nach dem Zufallsprinzip in die drei Gruppen „Psychoedukation“ (PE), „Kontingenzvertrag“ (KV) und „Kontrollgruppe“ (KG) eingeteilt. Anschließend soll das vollständige Datenmaterial (Konsumtagebücher, Fragebogen des Therapeuten und ggf. der Kontingenzvertrag) zur Auswertung abgegeben werden.

6.4. Testphase

Vor der eigentlichen Datenerhebung findet ein Pretest mit zwei Klienten der Autorin statt. Dieser dient dazu, das ausgewählte Instrument auf Anwendbarkeit, Verständlichkeit und Vollständigkeit sowie auf Qualität zu prüfen.

Der Pretest wird in dieser Arbeit mit „Testphase“ bezeichnet. Die Mindestgröße ist in der vorliegenden Arbeit auf zwei begrenzt, da beide gewählten verhaltenstherapeutischen Methoden einmal angewendet werden sollen. Beide Klienten erhalten nacheinander die zwei Konsumtagebücher sowie eine der beiden Interventionen: Klient 1 erhält die Intervention „Psychoedukation“ und Klient 2 den Kontingenzvertrag. In Phase 1 wird den Klienten durch die Autorin das erste Konsumtagebuch ausgehändigt. Beide erhalten die Information, dass es sich um eine Erhebung im Rahmen einer Masterarbeit handelt und noch ein zweites Konsumtagebuch folgen wird. Gesprächsprotokolle liegen nicht vor, jedoch erhalten beide Klienten kurze mündliche Anweisungen zum Ausfüllen des Konsumtagebuches.

Das Konsumtagebuch wurde nach der Testphase verändert, denn diese hat ergeben, dass zwei einzelne Konsumtagebücher jeweils beschriftet mit „Phase 1“ und „Phase 2“ notwendig sind, damit Verwechslungen ausgeschlossen werden können. Das Wort „Gruppe“ wurde nur auf das Konsumtagebuch mit „Phase 2“ gedruckt.

Auswertung der Testphase:

Klient 1:

Klient 1 hat das Konsumtagebuch vollständig ausgefüllt. Er berichtet, dass er das Tagebuch sehr begeistert ausgefüllt habe und es ihm helfe, seinen Konsum etwas zu reduzieren. Gern möchte er nach den beiden Wochen diese Methode für sich selbst weiterführen. Er hat sie für sich weiterentwickelt und individualisiert. Innerhalb der einzelnen Spalten hat er sich eine Zeitskala gedacht und diese vor die „Substanz-Spalte“ geschrieben. So kann er für sich ablesen, zu welcher Tageszeit er welches Mittel wie oft konsumiert hat.

Die Frage, ob er Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten während des Ausfüllens der beiden Konsumtagebücher hatte und ob es ihm schwer fiel, es regelmäßig auszufüllen, verneinte der Klient. Eine Auffälligkeit in den Konsumtagebüchern gab es: Der Klient hatte in einer der freien Spalten Kaffee als Konsummittel eingetragen und den Konsum regelmäßig dokumentiert.

Nach einem kurzen Gespräch über die erste Woche des Konsumtagebuchs wurde die Intervention „Psychoedukation“ gewählt. Somit konnten ihm die Aufgabe des Konsumtagebuchs sowie das Ziel dessen für die zweite Phase näher erläutert werden.

Klient 2:

Klient 2 hat das Konsumtagebuch nicht vollständig ausgefüllt. Die Zeile „Substitut“ wurde nur am ersten Tag ausgefüllt. Der Klient begründete dies wie folgt: *„Da es ja täglich gleichbleibt, dachte ich, reicht es aus, wenn ich es nur in der ersten Spalte eintrage.“* Nach kurzer Erklärung wurden die fehlenden Werte nachgetragen. Die Zeile „Zigaretten“ wurde durch den Klienten mit Zahlenwerten wie z.B. „15-20“ für den 1. Tag ausgefüllt. Durch die Autorin wurde der Schluss gezogen, dass ein Vertrag zur Verbindlichkeit des Ausfüllens angebracht ist, um genauere und verbindlichere Zahlenwerte für die spätere Auswertung zu erhalten. Der Klient sagte, dass das Konsumtagebuch für ihn eine gute Übung war, er es aber nicht weiter fortführen möchte.

Die Auswertung der Tagebücher der beiden Klienten erfolgt in Kapitel 7.

6.5. Einbringen ins Team und Intervention

Im ersten Schritt werden die Bezugsbetreuer in der Teamsitzung über die Erstellung dieser Arbeit informiert, jedoch ohne eine genaue Zielsetzung anzugeben, um die Therapeuten nicht vor der bevorstehenden Intervention zu beeinflussen. Den Therapeuten wird die Aufgabe in der Erhebung erläutert sowie um Mitwirkung gebeten. Nach Einwilligung der

Bezugsbetreuer werden die Zeiträume für die jeweilige Woche, in der durch die Klienten die Konsumtagebücher auszufüllen sind, und der Termin für die geplante Intervention festgelegt. Anschließend werden die Bezugsbetreuer nach dem Zufallsprinzip den Gruppen „Psychoedukation“, „Kontingenzvertrag“ und „Kontrollgruppe“ zugeteilt sowie die Unterlagen verteilt. Anschließend wird das Ziel der Arbeit erklärt.

Die **Gruppe „Psychoedukation“ (PE)** erhält das Handout zum Thema „Selbstbeobachtung und Anwendung von Konsumtagebüchern“, die Vorlage des zweiten Konsumtagebuchs sowie den Fragebogen für den einzelnen Therapeuten.

Der **Gruppe „Kontingenzvertrag“ (KV)** wird die Vorlage des zweiten Konsumtagebuchs, der vorgefertigte Vertrag in ausgedruckter Form und das Handout „Vertrag abschließen“ sowie den Fragebogen für den jeweiligen Bezugstherapeuten ausgehändigt. Es wird darauf hingewiesen, dass eine digitale Version des Vertrages anschließend an die vier Sozialarbeiter geschickt wird, um diesen individuell auszufüllen, da die ausgeteilte Version nur einen Überblick geben soll, um bei Unklarheiten direkt Fragen stellen zu können.

Die **Gruppe „Kontrollgruppe“ (KG)** erhält die Vorlage des zweiten Konsumtagebuchs und den Fragebogen. Es wird dabei betont, dass zwischen beiden Phasen der Erhebung keinerlei verhaltenstherapeutische Methoden angewendet werden dürfen, um die Auswertung nicht zu verfälschen.

Nach weiterführenden Erklärungen zu verhaltenstherapeutischen Standardmethoden im Allgemeinen, Psychoedukation, Selbstbeobachtung und Kontingenzmanagement wird das Abgabedatum (in vier Wochen) bekanntgegeben. Es folgen Hinweise zum Ausfüllen der Konsumtagebücher und zur Abgabe der Dokumente.

7. Datenauswertung

Die Methodenwahl zur Auswertung der erhobenen Daten ergab sich aus dem Setting der Arbeit im Betreuten Wohnen sowie der Klientel mit ihren Fähig- und Fertigkeiten. Die Selbstbeobachtung erscheint im beschriebenen Arbeitskontext gut umsetzbar und bezieht die Klienten mit ein. Da fast alle Klienten legale und illegale Drogen konsumieren, ist das Konsumtagebuch ein gutes Messinstrument, um die Wirksamkeit der in Kapitel 4 vorgestellten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden zu untersuchen.

In der Erhebung dienen die Konsumtagebücher und Fragebögen als Mittel der Kommunikation zur Gewinnung von auszuwertenden Ergebnissen.

7.1. Mixed-Methods-Studie

Um die in Kapitel 5 abgeleiteten Hypothesen zu überprüfen, wurde zur Auswertung der Daten der Mixed-Methods-Ansatz von qualitativer und quantitativer Forschung gewählt. „Um die Hypothesen überprüfen zu können, muss man sie zunächst operationalisieren, d.h. in messbare oder beobachtbare Einheiten bzw. beantwortbare Fragen übersetzen.“ (Flick 2009, S. 64) Döring und Bortz (2006, S.184) erläutern wie folgt: „Ein wichtiges Klassifikationskriterium für wissenschaftliche Studien und Untersuchungsdesigns ist die Zuordnung zu einem wissenschaftstheoretischen Ansatz bzw. Paradigma. Lange Zeit herrschte ein erkenntnistheoretischer Streit, ob soziale Sachverhalte besser qualitativ in der Tradition der Geisteswissenschaften oder quantitativ in der Tradition der Naturwissenschaften zu untersuchen seien. Heute gilt diese Lagerbildung in den Sozialwissenschaften als weitgehend überholt: Beide wissenschaftstheoretischen Paradigmen bzw. Forschungsansätze haben ihre Vor- und Nachteile, keiner ist per se besser [...]. Eine gute Studie greift stets auf diejenige qualitative oder quantitative Forschungsstrategie zurück, die am besten zum Forschungsproblem passt. Zudem sind beide Ansätze in unterschiedlicher Weise systematisch zu Mixed-Methods-Designs kombinierbar [...].“

Moser betont (2012, S. 25): „Im Unterschied zu herkömmlichen Mono-Method-Designs, die entweder einen qualitativen oder einen quantitativen Forschungsprozess vorsehen, kombinieren Mixed-Methods-Designs qualitative und quantitative Forschungsstrategien im Rahmen einer einzigen Studie miteinander, typischerweise indem nacheinander oder gleichzeitig qualitative und quantitative Teilstudien durchgeführt werden. Die Teilstudien stehen dabei jedoch nicht unabhängig nebeneinander, sondern sind direkt aufeinander bezogen.“ (Döring und Bortz 2016, S. 184) Ebenso fasst Creswell (2003, S. 212) zusammen:

„Eine Mixed-Methods-Studie umfasst die Datensammlung oder -analyse sowohl qualitativer als auch quantitativer Daten in einer einzelnen Studie, in der die Daten gleichzeitig oder nacheinander erhoben werden, die eine oder andere Priorität bekommen und schließt die Integration der Daten in einer oder mehrerer Phasen im Forschungsprozess ein.“ Bei der Mixed Methode „wird allerdings ein stark pragmatisch-methodischer Zugang gewählt, der einerseits wenig berücksichtigt, dass qualitative Forschung (manchmal stärker als quantitative Ansätze) in ein spezifisches theoretisch-methodologisches Konzept eingebunden ist. Andererseits wird insbesondere durch die Verwendung des Paradigma-Begriffs eine relativ schematische Gegenübersetzung von qualitativer und quantitativer Forschung vorgenommen, die vernachlässigt, dass es sowohl Überschneidungen und Anknüpfungspunkte zwischen beiden Richtungen gibt als auch mehr oder minder ausgeprägte Unterschiede zwischen verschiedenen Ansätzen innerhalb der jeweiligen Richtung [...]“ (Flick 2009, S. 230)

Bei der systematischen Auswertung von Daten „unterscheidet man zwischen quantitativer und qualitativer Auswertung. Gemeinsam ist beiden Formen, dass das Datenmaterial auf zentrale Gesichtspunkte bezogen wird, indem man Häufigkeiten auszählt und Kennwerte oder ‚typische‘ Kategorien bildet.“ (Moser 2012, S. 105)

Aufgrund der erfolgreichen Testphase mit den beiden Probanden werden sowohl der Fragebogen als auch die jeweiligen Konsumtagebücher der beiden Klienten und der Therapeutin in die Auswertung mit einbezogen.

7.2. Quantitative Sozialforschung

„In der empirischen Sozialforschung geht es vor allem darum, Aussagen über soziales Handeln, Beziehungen, Einstellungen oder Verhaltensweisen zu bekommen. Häufig ist die zu untersuchende Gruppe - die *Grundgesamtheit* - jedoch so groß, dass es notwendig ist, eine *Stichprobe* zu wählen, um aus ihr Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit ziehen zu können.“ (Atteslander und Cromm 2006, S. 241) Die Stichprobe in der vorliegenden Erhebung liegt bei 14 Klienten. Am untersuchten Standort werden ca. 60 Klienten betreut. Daher bilden die 14 Klienten eine Stichprobe der genannten Grundgesamtheit.

„Tagebücher, welche von den Personen, die Gegenstand der Forschung sind, geschrieben werden, können eine gute Quelle sein. Bei Tagebüchern handelt es sich dabei um eine selbstständig durchgeführte Form einer Art von strukturierter Selbstbeobachtung.“ (Moser 2012, S. 83)

„Die quantitative bzw. (voll)strukturierte Beobachtung zielt auf die präzise Messung einiger weniger vorher genau definierter Merkmale oder Verhaltensweisen im Zuge des

Beobachtungsprozesses ab. Der hohe Strukturierungsgrad ermöglicht bei Bedarf die Untersuchung großer Mengen an Beobachtungseinheiten, wobei sowohl mit Zeit- als auch Ereignisstichproben operiert wird. Eine quantitative Beobachtung kann in der natürlichen Umgebung [...] stattfinden.“ (Döring und Bortz 2016, S. 342) Die Selbstauskunft erfolgt in der Erhebung durch die Selbstbeobachtung anhand der Konsumtagebücher. Der hohe Strukturierungsgrad wird durch die vorgegebene Tabelle des Tagebuches gegeben. Die „vorher genau definierten Merkmale“ beziehen sich in der Erhebung auf die vorgegebenen Substanzen im Konsumtagebuch.

Gütekriterien

Ein Maß für die Brauchbarkeit von Forschungsmethoden stellt die Gültigkeit dar. Gemeint ist, ob durch die Forschungsmethoden tatsächlich das erhoben wird, was für das gesuchte Ergebnis erforderlich ist. Zur Beurteilung der Brauchbarkeit des verwendeten Instruments dient die Verlässlichkeit. Es sollte bei wiederholtem Messen die gleichen Werte anzeigen und somit die Stabilität der Messwerte beweisen. Dies kann z.B. durch einen Retest erfolgen (Atteslander und Cromm 2006, S. 214f.).

„Objektivität bei Tests gibt an, inwieweit die Anwendung des Instruments unabhängig ist von der Person, die ihn einsetzt.“ (Flick 2009, S. 269)

Die Gütekriterien der Mixed-Methods-Forschung beinhalten Merkmale sowohl aus der quantitativen als auch der qualitativen Sozialforschung. Darüber hinaus gelten noch spezifische Gütekriterien:

Zum einen wird die **Mixed-Methods-Designqualität** bewertet, indem auf die Verknüpfung der qualitativen und quantitativen Teilstudien bzw. die einzelnen Phasen des Forschungsprozesses und deren strikte Umsetzung eingegangen wird. Dabei ist eine Begründung für die Verwendung des Mixed-Methods-Designs wichtig.

Zum anderen ist die **Mixed-Methods-Interpretations-/Meta-Interpretationsqualität** von entscheidender Bedeutung. Dabei handelt es sich um die Auswertung und Interpretation der einzelnen quantitativen und qualitativen Teilergebnisse und die Art, wie diese in einer Gesamtinterpretation schlüssig verknüpft werden. Dabei sollte auf Konsistenz bzw. Nichtkonsistenz der Gesamtinterpretation geachtet werden.

Beide Kriterien führen zu einer hohen Inferenzqualität (tragfähiges Gesamtergebnis). Anschließend muss die externe Validität und somit die Übertragbarkeit auf andere Kontexte überprüft werden. Dieses Kriterium bezeichnet man als Inferenzübertragbarkeit (Döring und Bortz 2016, S. 114f.).

Boxplots

Im Rahmen der deskriptiven Statistik bedient man sich oft grafischer Darstellung zur Unterstützung der Berechnungen statistischer Daten. Dadurch wird ein Eindruck über Konzentration, Symmetrie und Ausdehnung der untersuchten Daten vermittelt. Der Boxplot (auch Box-Whisker-Plot) ergibt sich aus folgenden Werten: Median, 1. und 3. Quartil sowie des Minimums und Maximums. Die Box ist durch die Werte des oberen bzw. unteren Quartils gekennzeichnet sowie in der Mitte durch den Median. Außerhalb der Box befinden sich die Whiskers, welche die Minimum- und Maximum-Werte anzeigen. Boxplots eignen sich vor allem zum Vergleich mehrerer Gruppen bezogen auf dasselbe Merkmal (Toutenburg et al. 2009, S.83f.).

In der Arbeit wird in der Auswertung der Ergebnisse der Erhebung nur der Median in den Grafiken angegeben, da zu wenig Extremwerte und Ausreißer vorhanden sind.

7.3. Qualitative Sozialforschung

Im engeren Sinne geht es in der qualitativen Sozialforschung um die Logik des Entdeckens. Das bezieht die Generierung von Hypothesen und auch die gegenstandsbezogenen Theorien im Forschungsprozess mit ein. Somit kann eine Zurückstellung der Hypothesen zu Beginn der Erhebung erfolgen. Daraus leiten sich Forderungen zur Offenheit des Vorgehens ab. Es gibt keine Standardisierung der Instrumente, sondern diese werden an das Einzelinterview bzw. an die Beobachtungssituation der jeweiligen Relevanzen angepasst. Somit wird dem Forschenden möglichst viel Spielraum in der Gestaltung der Situation gelassen. Die Aufgabe der qualitativen Sozialforschung ist es, den Menschen als agierendes Wesen in seiner Umwelt durch Zuhilfenahme von Feldforschungen, Gruppeninterviews, Tonband- und Videoaufzeichnungen von Alltagsmomenten zu erforschen. Alle Verfahren erwirken eine Beobachtung des Handelnden aus seiner Sicht und nicht aus der Sicht der Wissenschaft. Dies ermöglicht eine Interpretation der subjektiven Sichtweise des agierenden Menschen und auch die Analyse des implizierten Wissens sowie die jenseits derer liegenden Intentionen interaktiver Erzeugung von Bedeutungen (Rosenthal 2015, S. 13ff.).

„Neben den Möglichkeiten der quantitativen Sozialforschung mit ihrem Fokus auf verallgemeinerbaren Ergebnissen bietet die qualitative Sozialforschung hier den Zugang zu subjektiven Deutungen und Lebenswelten von Einzelnen und Gruppen. Sie eignet sich daher besonders gut für patientInnenorientierte bzw. klientInnenorientierte Forschungsvorhaben.“ (Gahleitner 2014, S. 78)

„Die *qualitativen Studien* richten ihr Erkenntnisinteresse weniger auf den Beweis durch die ‚große Zahl‘, sondern auf das *Verstehen* von sozialem Handeln, dessen Beschreibung und

Rekonstruktion anhand weniger Einzelfälle. [...] Die Forschungslogik ist also eine des induktiven Schließens.“ (Schaffer 2009, S. 59)

Lamnek und Krell (2010, S. 19ff.) entwickelten zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung:

Offenheit:

Aufgrund vorab formulierter Forschungsfragen und Hypothesen können nur Informationen aus dem gewählten Forschungsfeld aufgenommen und interpretiert werden. Durch nicht vorformulierte Antwortmöglichkeiten kann der Befragte frei antworten. Es ist wichtig, den Wahrnehmungstrichter weit offen zu halten, um auch unerwartete Antworten zu ermöglichen. Offenheit gegenüber der Untersuchungsperson, -situation und der anzuwendenden Methode ist ebenso erforderlich.

Forschung als Kommunikation:

Die Forschung besteht vor allem aus Interaktion zwischen dem zu Erforschenden und seinem Forscher und bildet so den konstitutiven Bestandteil des Forschungsprozesses. Es besteht keine theorieunabhängige Beobachtungsaussage.

Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand:

Wichtige Bestandteile der qualitativen Sozialforschung sind Reproduktion, Modifikation sowie Deutung von Handlungen. So wird die Wirklichkeit der Akteure durch Dokumentation und analytische Rekonstruktion erfasst und kann so nachvollzogen werden. Es können Entstehungszusammenhänge sozialer Phänomene wissenschaftlich erfasst werden.

Reflexivität von Gegenstand und Analyse:

Der Einstieg in die Arbeit mit der qualitativen Analyse ist beliebig. Bei der Reflexion der Methode werden eine reflektierte Ansicht des Forschers sowie seine Anpassungsfähigkeit vorausgesetzt. Die Beziehung zwischen beiden Interaktionspartnern ist reflexiv und kommunikativ.

Explikation:

Es gibt keine Garantie für die Gültigkeit der Interpretation, aber diese sichert die Nachvollziehbarkeit und somit die Intersubjektivität der Ergebnisse.

Flexibilität:

Flexibilität bei Erhebungsverfahren ermöglicht eine Anpassung an den Untersuchungsgegenstand und somit für den gesamten Forschungsprozess. Dennoch widerspricht die Flexibilität der Einschränkung standardisierter Verfahren zur Auswertung der Daten. Qualitative Methoden werden als weiche Methoden im Gegensatz zu den harten, starren, quantitativen Methoden bezeichnet.

Die qualitative Sozialforschung hat ihre Komplikationen und Grenzen. Es kann zu Störungen im Handlungsfluss kommen, z.B. durch Mitarbeit des Gegenüber. Durch gelernte und bewusst eingesetzte Techniken können dem Befragten erforderliche Antworten entnommen werden, die anschließend analysiert und interpretiert werden können. Jedoch ist es nicht möglich, alles Wissen aufzudecken. Dies würde den Forschenden überfordern und auch den Abschluss empirischer Forschungsarbeiten behindern. Auch können nicht immer alle Ergebnisse sofort erschlossen werden. Manche Lücken schließen sich erst unter Einbeziehung zukünftiger oder vergangener Geschehnisse in der Sozialisation. Dann ist eine Reinterpretation von Ergebnissen möglich (Rosenthal 2015, S. 21f.).

Folgendes leistet die interpretative (auch qualitative) Sozialforschung: Untersuchung von Unbekanntem und Neuem, Nachvollziehen des subjektiv gemeinten Sinns, Rekonstruktion des latenten Sinns, Rekonstruktion der Komplexität von Handlungsstrukturen am Einzelfall, Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus, empirisch begründete Hypothesen- und Theoriebildung und Hypothesen- und Theorieüberprüfung am Einzelfall (ebd., S. 27).

Die Interpretation von Texten dient der Theorieentwicklung und dabei gleichzeitig als Basis für die Entscheidung, welche Daten zusätzlich erhoben werden sollen. Dabei verfolgt sie zwei gegenläufige Ziele: Das Aufdecken, Freilegen oder die Kontextualisierung der enthaltenen Aussagen führt in der Regel zu einer Vermehrung des Textmaterials - zu kurzen Passagen des Ursprungstextes werden seitenlange Interpretationen geschrieben. Die andere Strategie zielt auf die Reduktion der Ursprungstexte durch Zusammenfassung bzw. Kategorisierung. Diese beiden Vorgehensweisen werden entweder alternativ oder nacheinander verwendet. Insgesamt lassen sich als grundsätzliche Strategien im Umgang mit dem Text die Kodierung von Material mit dem Ziel der Kategorisierung und/oder Theoriebildung von der mehr oder minder streng sequenziellen Analyse mit dem Ziel der Rekonstruktion der Fallstruktur unterscheiden (Flick 2012, S. 386f.).

„Die qualitative Datenanalyse [...] wertet qualitatives - in der Regel verbales/textuelles, aber auch visuelles oder sonstiges nicht-numerisches - Datenmaterial im Hinblick auf das Forschungsproblem einer empirischen Studie interpretierend (hermeneutisch) aus. Sie folgt dabei dem explorativen (gegenstandserkundenden, hypothesen- und theoriebildenden)

Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung und ist stark induktiv (datengesteuert) ausgerichtet. [...] Bei der sehr verbreiteten kategorienbildenden Analyse wird das Material in sinnvolle Analyseeinheiten segmentiert (z.B. Sätze, Absätze), den Analyseeinheiten werden Codes zugeordnet (Prozess der Kodierung) und die Codes werden zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst. [...] Die qualitative Datenanalyse erfolgt in der Regel im ersten Schritt fallbezogen und im zweiten Schritt fallübergreifend, indem sie meist Themen, Typen oder Theorien generiert.“ (Döring und Bortz 2016, S. 599)

Qualitative Inhaltsanalyse

In der vorliegenden Arbeit dient der hohe Strukturierungsgrad des Fragebogens als Vorlage für die Kategorienbildung.

Flick (2012, S.409) definiert die Inhaltsanalyse wie folgt: Die „Inhaltsanalyse ist eine der klassischen Vorgehensweisen zur Analyse von Textmaterial gleich welcher Herkunft - von Medienerzeugnissen bis zu Interviewdaten.“ Dabei wird im ersten Schritt die Festlegung des Materials definiert, gefolgt von der Analyse der Erhebungssituation. Danach wird das Material formal charakterisiert und im nächsten Schritt die Richtung der Textanalyse festgelegt. Als Grundvoraussetzung muss die Fragestellung als Basis der Analyse genauestens definiert worden sein. Anschließend werden die zu verwendende Analysetechnik und Kodiereinheiten gewählt. Zum Schluss werden die Analysen durchgeführt und die Ergebnisse interpretiert (Flick 2009, S. 149f.).

Im Folgenden werden drei voneinander unabhängige Analysetechniken als die Grundformen des Interpretierens nach Mayring (2015, S. 67) näher erläutert: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

„Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubares Korpus zu schaffen, das immer noch Abbild des Grundmaterials ist [...].

Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert und/oder das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material auf Grund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring 2016, S. 115)

Die drei Interpretationsformen sollen nicht nacheinander angewandt werden, sondern jeweils diejenige, die am geeignetsten für den vorliegenden Text erscheint. Die Auswahl der zu verwendenden Analyseform richtet sich nach dem zu erforschenden Material und der Forschungsfrage.

Die Aufgaben der qualitativen Analyse reichen von der Hypothesen- und Theoriebildung über Pilotstudien und Vertiefungen bis hin zu Einzelfallstudien, Prozessanalysen und der Theorie- bzw. Hypothesenüberprüfung (Mayring 2015, S. 22f.).

Im Hinblick auf die Auswertung der Erhebung wird in dieser Arbeit von den drei beschriebenen Interpretationsgrundformen nur die Zusammenfassung im Rahmen der Kategorienbildung angewendet.

Die Daten der in dieser Arbeit verwendeten Fragebögen werden nach dem Ansatz der qualitativen Methode zunächst transkribiert, anschließend generalisiert und auf die Grundaussage reduziert. Danach findet die Kategorienbildung statt. Abschließend werden Sie in tabellarischer Form zum besseren Vergleich gegenübergestellt (ebd. S 71 ff.).

Die Werte der Konsumtagebücher werden innerhalb ihrer zugeordneten Gruppe „PE“, „KV“ oder „KG“ untersucht und verglichen. Nicht vorhandene Konsumtagebücher können selbstredend nicht ausgewertet werden.

Auch wenn manche Datensätze unvollständig zurückgegeben wurden oder ganz fehlen, wurden keine weiteren Daten hinzugefügt, damit das Ergebnis messbar bleibt.

Aufbau und Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring:

Die Inhaltsanalyse beginnt mit der Erfassung der auszuwertenden Ergebnisse. Die Ergebnisse werden dann Satz für Satz nach den vier Regeln des Zusammenfassens bearbeitet: Paraphrasieren, Generalisieren, 1. Reduktion und 2. Reduktion.

Bei der Datenauswertung für die vorliegende Arbeit wurde nur eine Reduktion vorgenommen, da eine zweite Reduktionsphase aufgrund der kurzen Datensätze nicht erforderlich war.

Die inhaltsanalytische Zusammenfassung bietet die Möglichkeit der induktiven Kategorienbildung. Dabei sollen Interpretationsregeln formuliert werden und die Differenzierung einzelner Analyseschritte zur Zusammenfassung des vorliegenden Materials erfolgen (Mayring 2015, S. 68f.).

„Zentral für die Inhaltsanalyse ist die Konstruktion eines Systems von Kategorien, mit Hilfe dessen der Text neu gruppiert wird, indem Textabschnitte allgemeineren Kategorien zugeordnet werden. Mit Hilfe der Kategorien wird das Material in Einheiten zergliedert, die dann bearbeitet werden können. [...] Der Text wird bei diesen Verfahren neu gegliedert und nicht in seiner sequenziellen Struktur rekonstruiert.“ (Rosenthal 2015, S. 230)

Das zu erforschende Material wird möglichst ohne theoretische Vorüberlegung der auswertenden Person gesichtet und verschafft somit einen Überblick von möglichen Kategorien. Der qualitative Teil besteht aus den empirischen und offenen Kategorien des Datenmaterials, wodurch sie zu einer Sammlung von Merkmalsausprägungen analytisch zusammengefasst werden (Lamnek und Krell 2010, S. 471).

Kategorienbildung

„Mit dem Kategoriensystem werden die Regeln der Codierung festgelegt. Damit werden Merkmale des Kommunikationsinhaltes in numerische Daten überführt. Dieser Vorgang heißt *Verschlüsselung* oder *Codierung*. Die relevanten Dimensionen des Forschungsproblems müssen anhand des theoretischen und empirischen Wissens herausgearbeitet werden. Nur so kann das Kategoriensystem mit den Zielen der Untersuchung korrespondieren. Die Forschungsfrage bestimmt also die Art des Kategorienschemas.“ (Atteslander und Cromm 2006, S. 190)

„*Interner Kategorienvergleich*: Theorien beziehen sich auf Verknüpfungen zwischen einzelnen Kategorien. In diesem Sinne wird versucht theoretische Konstrukte zu gewinnen, indem Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt werden. Insbesondere geht es darum, besonders wichtige und erklärungs mächtige Kategorien zu entdecken, welche zur Erklärung der Zusammenhänge im Zentrum stehen können. [...]

Triangulation (externer Vergleich): Die gewonnenen theoretischen Konstrukte werden mit anderen Zugriffen auf den Forschungsgegenstand verglichen (z.B. mit den Ergebnissen einer quantitativen Untersuchung). Auf diese Weise können die bisherigen Ergebnisse unterstützt werden. Es können sich aber auch Widersprüche zeigen, die dazu führen, dass man z.B. nochmals mit veränderten Kategorien in die Codierungsphase einsteigt.“ (Moser 2012, S. 124)

7.4. Interpretation der Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der Konsumtagebücher und Fragebögen im Kontext der leitenden Fragestellung interpretiert werden. Dies erfolgt zur besseren Übersichtlichkeit in der Reihenfolge der gewählten Überschriften.

Hinweis:

Die Autorin betont, dass in der vorliegenden Interpretation der ausgewerteten Daten nicht von wirklicher Validität ausgegangen werden kann, da sich die Ergebnisse auf die Aussagen von 12 Bezugsbetreuern und 9 Klienten (17 Konsumtagebüchern) beziehen. Somit kann auch die Interpretation nur in Bezug auf diese Stichprobe erfolgen. Für verallgemeinernde Aussagen wären zusätzliche Fragebögen und Konsumtagebücher notwendig.

7.4.1. Interpretation der Ergebnisse der Konsumtagebücher anhand der quantitativen Auswertung durch statistische Daten

Hinweis:

Generell werden die Werte der Suchtmittel der jeweiligen Klienten im Einzelfall betrachtet und auf unterschiedliche bzw. auffällige Ausprägungen geachtet. Das Hauptaugenmerk liegt jedoch auf der Konsumreduktion, der Spannweite und der Standardabweichung. Diese drei Werte stellen konkrete Angaben über den Verlauf des Konsums dar und ermöglichen somit eine Interpretation der Wirksamkeit der jeweils angewandten Methode: Je kleiner die Standardabweichung ist, desto konstanter ist der Konsum in Phase 2 geworden. Der Fokus wird in der Interpretation vor allem auf die ersten drei Tage in Phase 2 gelegt, da diese der Intervention am nächsten sind und somit die Vermutung naheliegt, dass dem Klienten das Besprochene am ehesten im Gedächtnis ist. Dadurch kann von einer Wirksamkeit der angewandten Methode ausgegangen werden.

Gruppe Psychoedukation (PE)

In dieser Gruppe stehen insgesamt 5 von 5 möglichen Datensätzen von Klienten (inkl. Testphase) zur Auswertung zur Verfügung. Ein Klient hat nur das Konsumtagebuch von Phase 2 abgegeben, somit sind 9 von 10 Konsumtagebüchern zur Interpretation der Daten vorhanden.

Klient Testphase PE:

Für die Suchtmittel Tabak und THC wurden Boxplots erstellt.

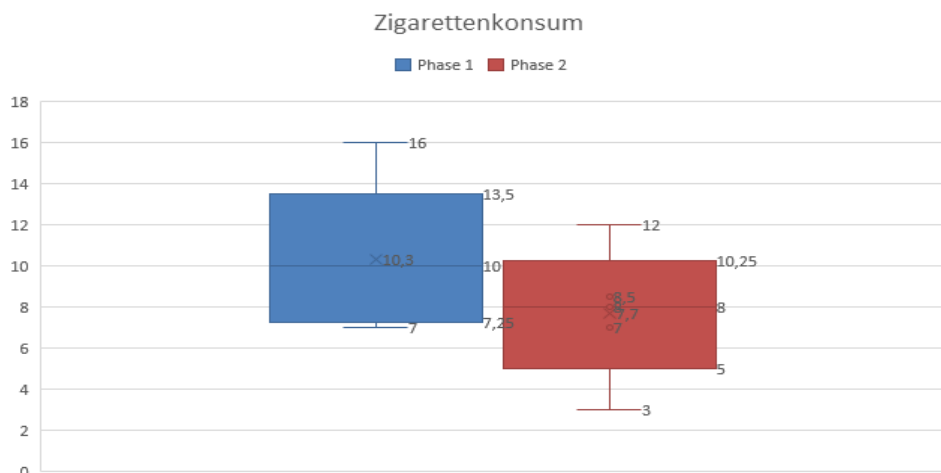


Abbildung 3 Boxplot Klient 1 TP PE Zigarettenkonsum

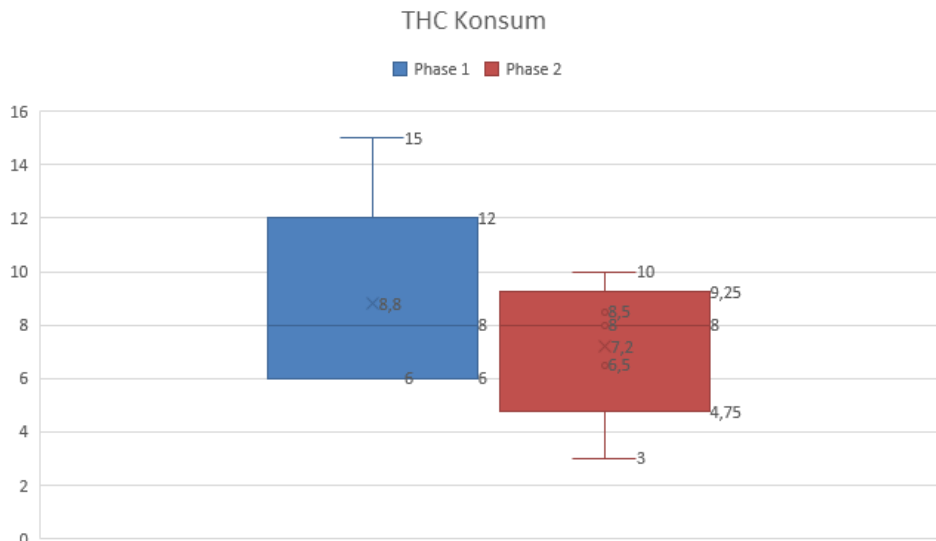


Abbildung 4 Boxplot Klient 1 TP PE THC Konsum

Der Klient hat in Phase 1 am 3. und 5. Tag je eine Alkoholmenge konsumiert, in Phase 2 hat er keinen Alkohol mehr konsumiert. Somit hat sich dieser Konsum um 100% reduziert. Der Tabakkonsum sank um knapp 23%. Gleichzeitig war die Standardabweichung geringer, das bedeutet, dass der Konsum von Tabak in der zweiten Woche konstanter war als in der ersten Woche. Obwohl der Konsum mengentechnisch in beiden Wochen sehr unterschiedlich war, wurde der Konsum gleichmäßig über die Woche verteilt.

Der THC-Konsum hat sich in Phase 2 minimal verringert. Auch die Standardabweichung und die Spannweite sind gesunken. Dies bedeutet, dass das Konsumverhalten des Klienten konstanter geworden ist.

Beim Substitut liegt in Phase 1 sowohl eine Veränderung der ärztlichen Verordnung des Konsums als auch ein zweifaches Weglassen der Einnahme vor. In Phase 2 ist die Einnahme des Substituts konstant. Aufgrund der Nichteinnahme in Phase 1 entsteht eine Konsumsteigerung zu Phase 2 von rund 17%. Spannweite und Standardabweichung nehmen in Phase 2 den Wert 0 an, da der Konsum durchweg konstant war. Am 1. Tag der Phase 1 fand ein einmaliger Heroinkonsum statt, wodurch sich das Weglassen des Substituts am gleichen Tag erklären lassen könnte. Die Daten von Tag 2 der ersten Phase waren nicht lesbar, lassen aber auf eine Fortführung des Heroinkonsums und somit erneuter Nichteinnahme des Substituts schließen.

In Phase 1 erfolgte an den ersten vier Tagen die Einnahme von Diazepam, in Phase 2 erfolgte keine erneute Einnahme davon, d.h. der Konsum sank um 100%. Auch die Einnahme von Lyrica, die in den ersten drei Tagen der ersten Phase stattfand wurde in Phase 2 nicht fortgesetzt.

Generell fällt auf, dass nicht verordnete Suchtmittel in Phase 2 nicht mehr eingenommen wurden, das verordnete Substitut dagegen regelmäßig. Dies könnte auf die Intervention Psychoedukation im Zusammenhang mit einer Rückfallbearbeitung zurückzuführen sein. Der Klient hat noch Kaffee als Suchtmittel in sein Tagebuch aufgenommen. Der Konsum von Kaffee hat sich in Phase 2 um 8% gesteigert. Allerdings waren in Phase 2 mehr Zahlenwerte als in Phase 1 erkennbar und konnten somit für die statistische Auswertung verwendet werden. In den ersten 3 Tagen in Phase 2 ist der Konsum von Kaffee geringer als in der ersten Phase.

Es ist erkennbar, dass der Klient in den ersten drei Tagen der Phase 1 weniger Angaben gemacht hat als in Phase 2. Dies könnte auf ein nachlässiges oder ungenaues Arbeiten hindeuten oder mit der Einnahme der nicht verordneten Suchtmittel (Rückfall) im Zusammenhang stehen.

Da sich der Konsum von allen Suchtmitteln - bis auf Kaffee - in Phase 2 teils um bis zu 100% verringert hat, kann davon ausgegangen werden, dass die angewandte Methode der Psychoedukation wirksam war.

Klient 1 PE:

Alkohol- und THC-Konsum sowie die Einnahme von einem Substitut oder Heroin wurden durch den Klienten für keine der beiden Phasen dokumentiert. Daher wurden nur für Tabak und Kaffee je zwei Boxplots entwickelt.

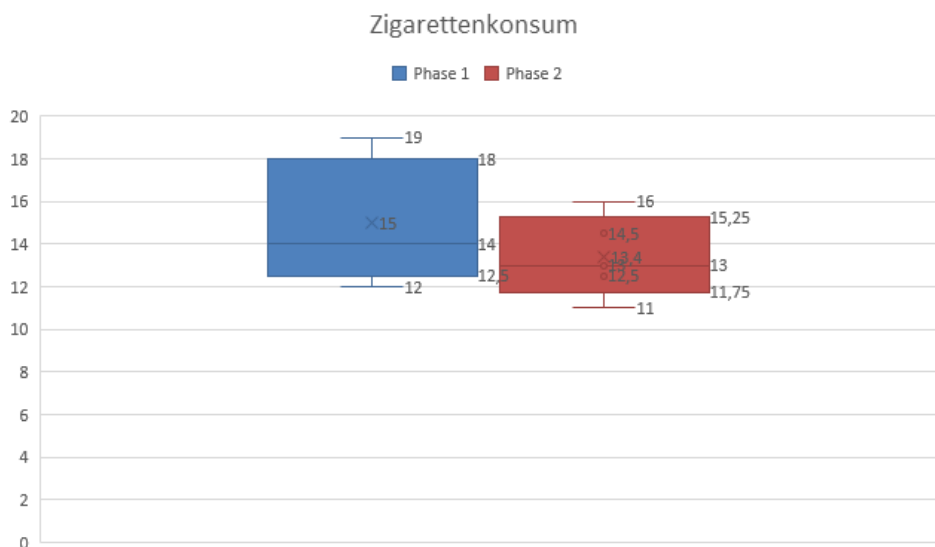


Abbildung 5 Boxplot Klient 1 PE Zigarettenkonsum

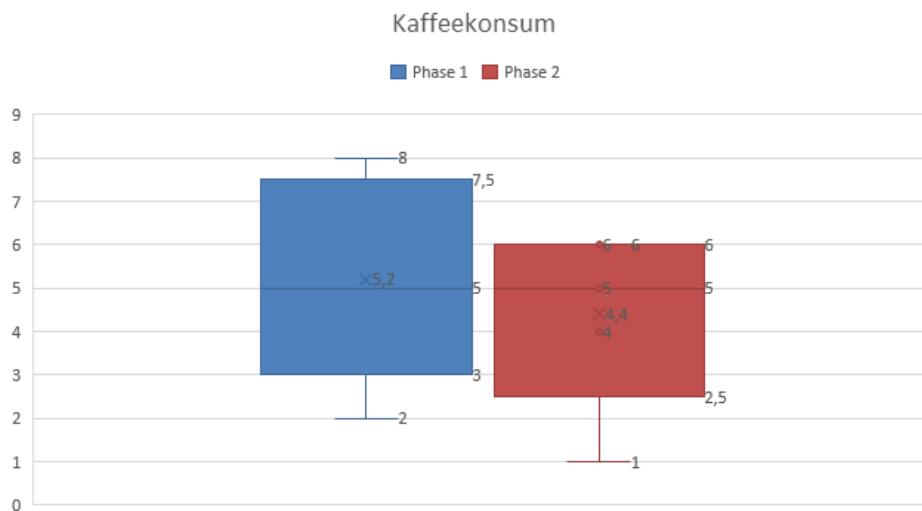


Abbildung 6 Boxplot Klient 1 PE Kaffeekonsum

Der Tabakkonsum wurde von Phase 1 zu Phase 2 um 10,48% reduziert. Die Standardabweichung ist ebenfalls geringer geworden. Der Konsum war in Phase 2 konstanter.

Dieser Klient gab auch Kaffee als Suchtmittel in seinem Konsumtagebuch an. Dessen Konsum ist um etwa 13% gesunken. Hier wurde die Standardabweichung kleiner und stellt somit einen konstanteren Kaffeekonsum in Phase 2 dar. Betrachtet man die Daten der ersten drei Tage nach der Intervention, kann man eine deutliche Reduktion des Konsums feststellen. Somit kann die Schlussfolgerung getroffen werden, dass die angewandte Methode der Psychoedukation wirksam war.

Klient 2 PE:

Dieser Klient hat nur das Konsumtagebuch von Phase 2 zur Auswertung abgegeben. Daher kann kein Vergleich zu Phase 1 gezogen werden.

Der Zigarettenkonsum lag täglich konstant bei 30 Zigaretten. Es gab an drei von vier Tagen jeweils THC-Konsum und jeweils eine Einnahme eines Substituts.

Aufgrund der unregelmäßigen und verteilten Einnahme lässt dies auf eine nicht verordnete Einnahme schließen. Eine Aussage, inwiefern die angewandte Methode wirksam war, ist nicht möglich, da der Vergleich zur ersten Phase fehlt.

Klient 3 PE:

Dieser Klient gab keinen Alkoholkonsum an. Boxplots wurden für die Werte von Tabak- und Kaffeekonsum erstellt.

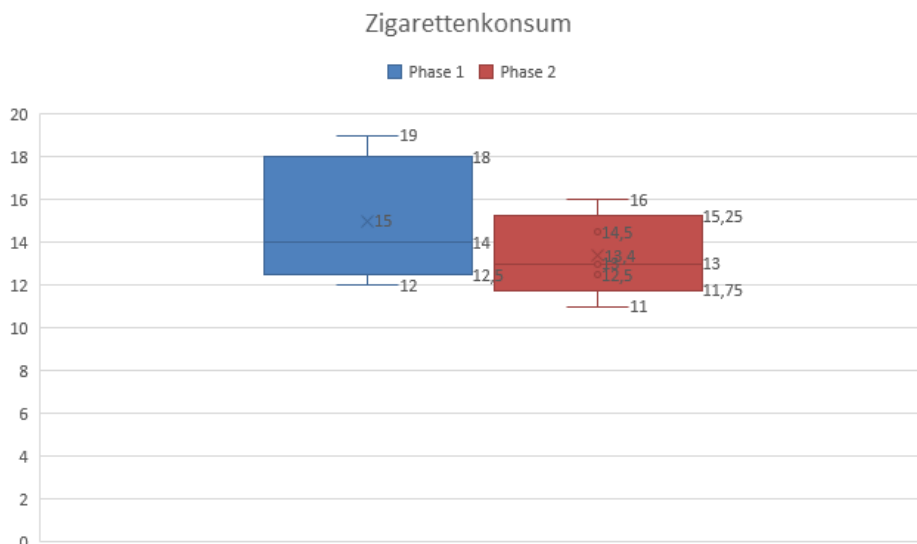


Abbildung 7 Boxplot Klient 3 PE Zigarettenkonsum

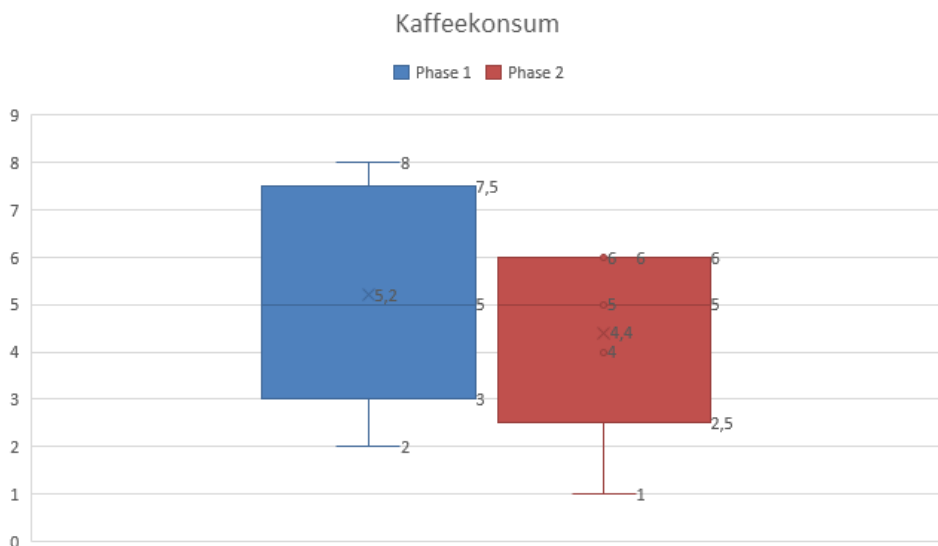


Abbildung 8 Boxplot Klient 3 PE Kaffeekonsum

Der Tabakkonsum wurde von Phase 1 zu Phase 2 um über 10% reduziert. Der Konsum ist in der Menge konstanter geworden. THC- und Heroinkonsum sind nicht präsent. Es erfolgte keine Angabe zur Einnahme eines Substituts.

Dieser Klient hat ebenfalls Kaffee als Suchtmittel in seinem Konsumtagebuch notiert. Der Konsum hat sich in Phase 2 um fast 14% verringert. Standardabweichung und Spannweite sind ebenfalls geringer geworden.

Es scheint, dass Psychoedukation bei diesem Klienten erfolgreich war.

Klient 4 PE:

Bei diesem Klienten wurden Boxplots für die Werte von Alkohol-, Tabak- und THC-Bong-Konsum erstellt.

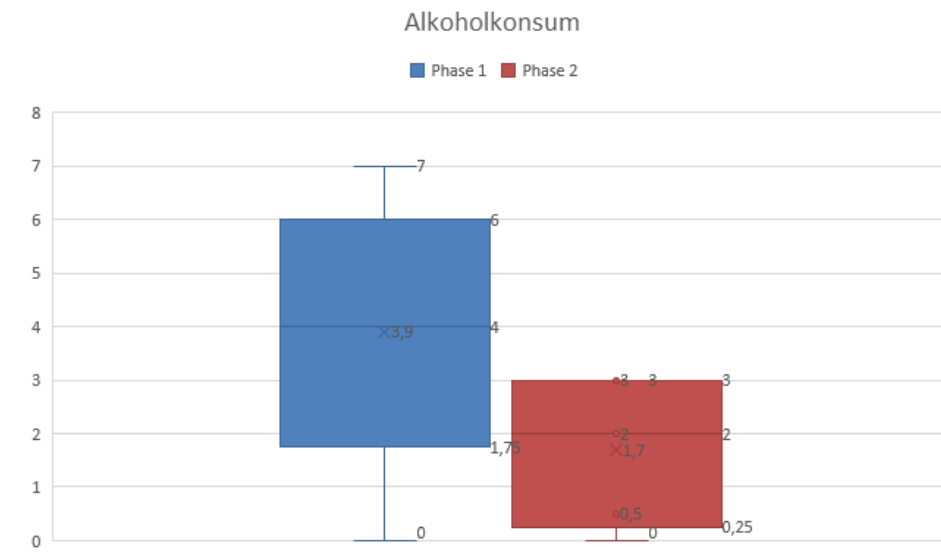


Abbildung 9 Boxplot Klient 4 PE Alkoholkonsum

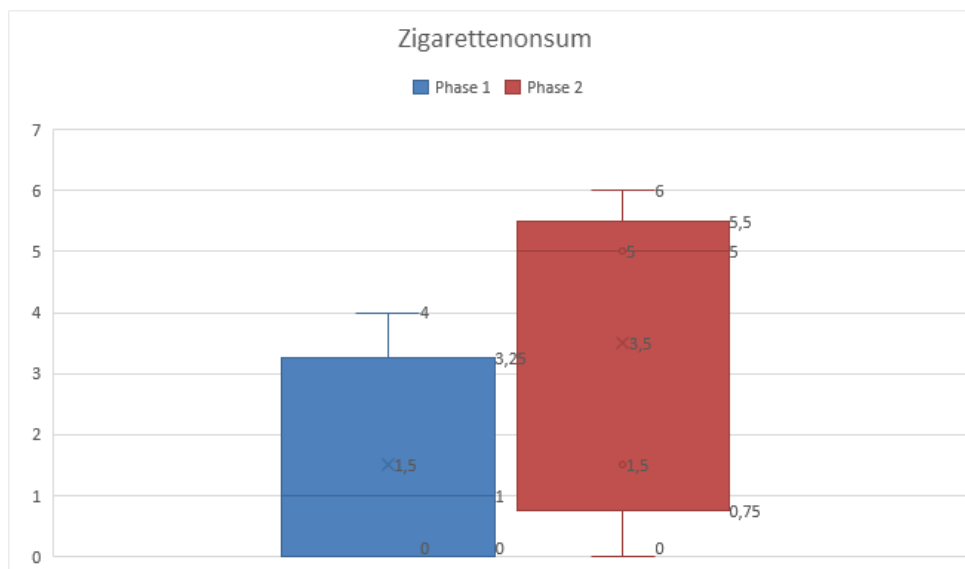


Abbildung 10 Boxplot Klient 4 PE Zigarettenkonsum

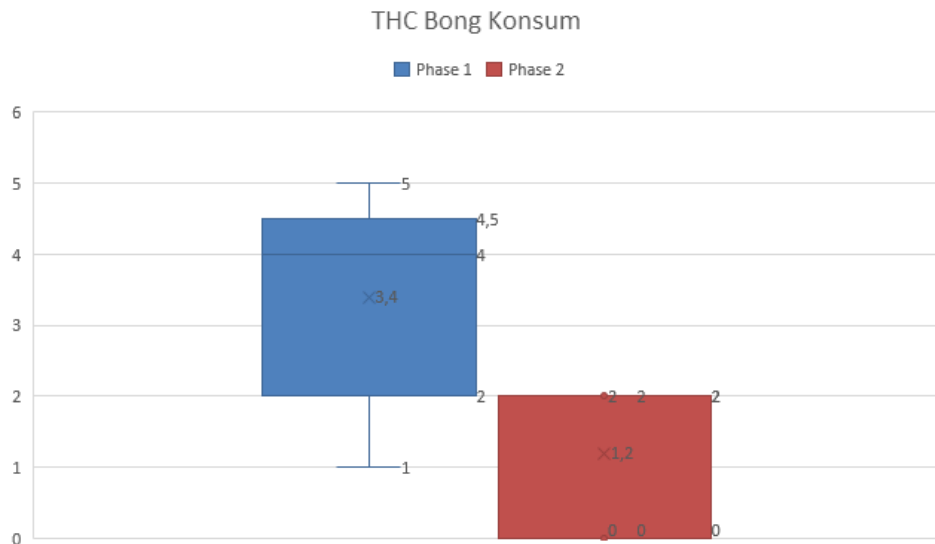


Abbildung 11 Boxplot Klient 4 PE THC Bong Konsum

Der Alkoholkonsum wurde in Phase 2 um fast 57% reduziert. Der Zigarettenkonsum hingegen um 140% gesteigert.

Der Klient hat in den Aufzeichnungen beim THC-Konsum in „Joint“ und „Bong“ unterschieden. Der THC-Konsum in Form von „Joints“ wurde in Phase 2 um 12,5% gesenkt, der THC-Konsum in Form von „Bong“ reduzierte sich um mehr als 66%.

Eine Kokaineinnahme erfolgte in Phase 1 an zwei Tagen, in Phase 2 gar nicht mehr und hat sich daher um 100% verringert.

Da sich bei allen Suchtmitteln eine Reduzierung in Phase 2 ergab, kann geschlossen werden, dass die angewandte Methode wirksam war.

Gruppe Kontingenzvertrag (KV)

In dieser Gruppe haben von vier potentiellen Klienten (inkl. Testphase) zwei ihre Konsumtagebücher zur Auswertung abgegeben. Somit stehen insgesamt 4 Konsumtagebücher für den Vergleich von Phase 1 und 2 zur Verfügung.

Klient Testphase KV:

Bei diesem Klienten wurden zwei Boxplots für das Suchtmittel Tabak angefertigt, da nur bei diesem Suchtmittel eine messbare Veränderung zu erkennen war.

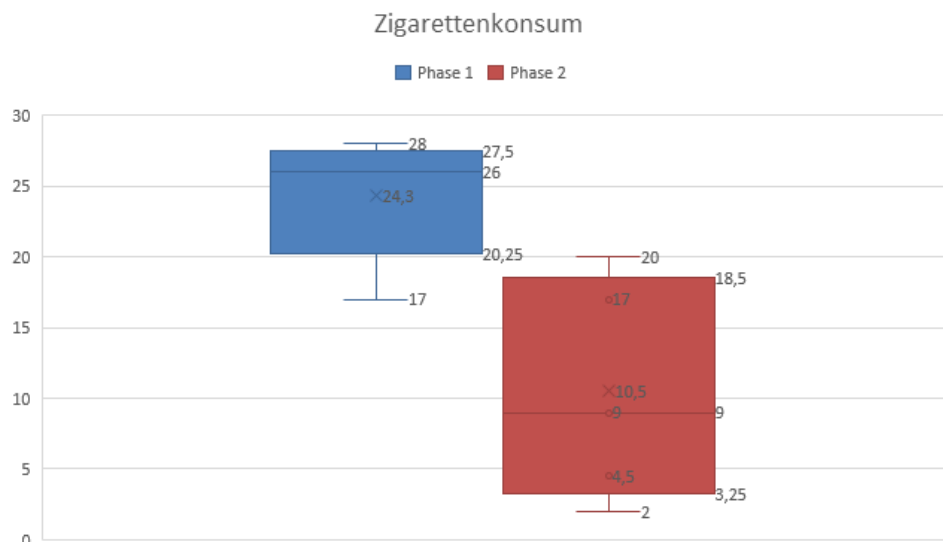


Abbildung 12 Boxplot Klient 2 TP KV Zigarettenkonsum

Bei Zigaretten gab es eine Reduktion des Konsums um rund 57%, jedoch wurde in Phase 2 - im Gegensatz zu Phase 1 - E-Zigarette geraucht.

Das Substitut wurde durch den Klienten täglich in gleicher Höhe eingenommen. Im Zeitraum zwischen den Eintragungen in den beiden Konsumtagebüchern gab es nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine Umstellung des Substituts.

Der Klient gibt an, in Phase 2 am fünften Tag 0,2g Heroin konsumiert zu haben. Da es sich nur um einen einmaligen Vorfall handelt, ist von einem Rückfall auszugehen, den der Klient selbständig stoppen konnte.

Ein Alkoholkonsum fand am sechsten Tag der zweiten Phase statt, gleichzeitig mit der Einnahme von Diazepam. Dies könnte dadurch erklärbar sein, dass der Klient die Entzugserscheinungen des Heroinkonsums vom Vortag abschwächen wollte.

Der Kontingenzvertrag wurde dem Klienten zwischen Phase 1 und 2 ausgehändigt, jedoch wurde er nicht vom Klienten unterschrieben. Es gab dafür kein Commitment seinerseits. Der Konsum des Klienten hat sich – bis auf den Rückfall – kaum verändert. Einzig der Tabakkonsum wurde durch die Nutzung einer E-Zigarette ersetzt. Die Methode Kontingenzvertrag war bei diesem Klienten allem Anschein nach nicht wirksam.

Klient 1 KV:

Bei diesem Klienten wurden zwei Boxplots für den Tabakkonsum angefertigt.

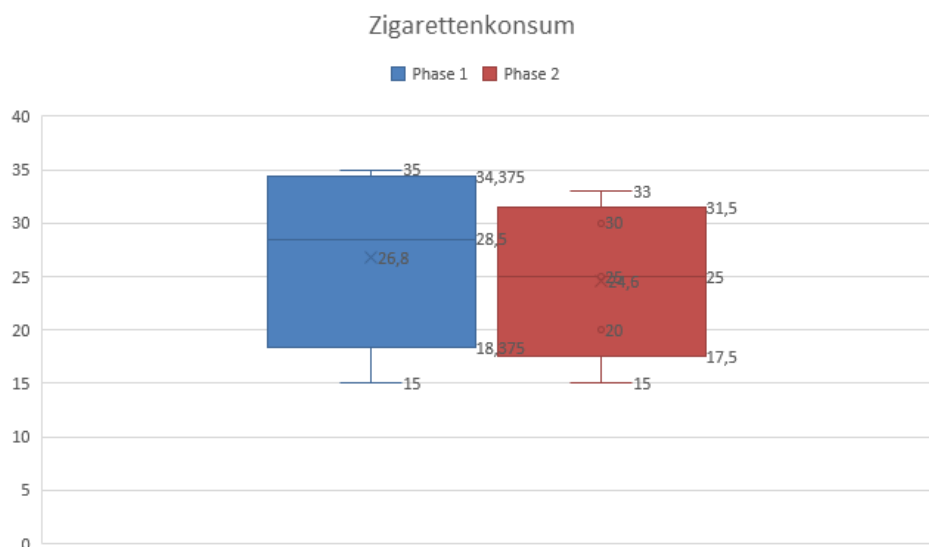


Abbildung 13 Boxplot Klient 1 KV Zigarettenkonsum

Es wurden ausschließlich Angaben zum Alkohol- und Tabakkonsum gemacht.

Der Klient konsumierte an jeweils 3 Tagen in beiden Phasen Alkohol. Der Konsum hat sich von Phase 1 zu Phase 2 um knapp 6% erhöht. Die Standardabweichung und Spannweite haben sich minimal, an den Konsum angepasst, erhöht. Das bedeutet, der Konsum ist in Phase 2 weniger konstant. In den ersten drei Tagen der Phase 2 fand erhöhter Alkoholkonsum statt. Der Tabakkonsum ist in Phase 2 um fast 7% gestiegen. Die Standardabweichung ist niedriger, d.h. der Konsum war in der zweiten Phase konstanter als in der ersten.

Der Klient unterschrieb den Kontingenzvertrag im Rahmen des Gesprächs gemeinsam mit seiner Bezugsbetreuerin und gab somit sein Commitment. Jedoch ist der Konsum in Phase 2 gestiegen.

Bei diesem Klienten war die Methode des Kontingenzvertrages nicht wirksam.

Kontrollgruppe (KG)

In dieser Gruppe standen 4 Konsumtagebücher von 2 (der 4 potentiellen) Klienten zur Interpretation zur Verfügung.

Klient 1 KG:

Bei dem Klienten wurden Boxplots für das Suchtmittel Tabak erstellt.

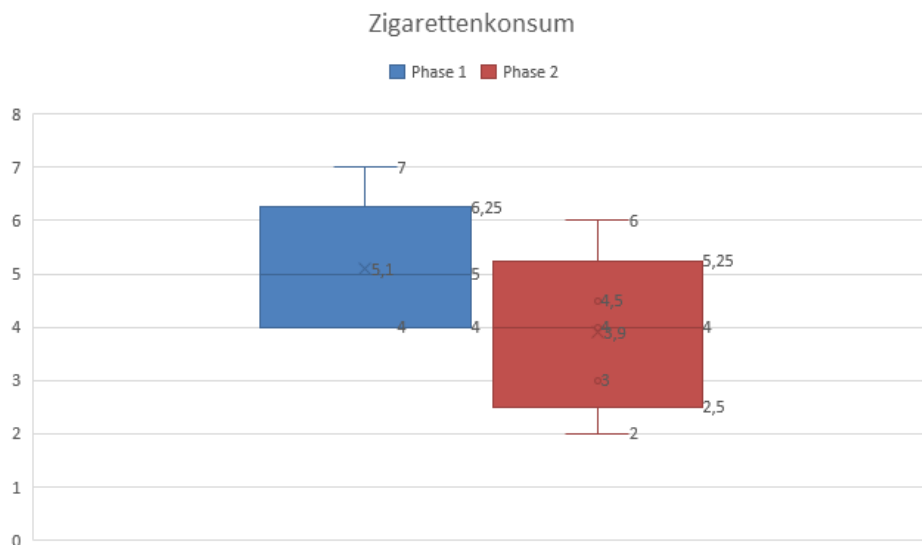


Abbildung 14 Boxplot Klient 1 KG Zigarettenkonsum

Der Konsum von Alkohol hat sich in Phase 2 um 250% gesteigert. Der Zigarettenkonsum wurde um fast 23% reduziert. Bei beiden Suchtmitteln hat sich die Standardabweichung in Phase 2 erhöht. Der Konsum ist unregelmäßiger geworden.

Der THC-Konsum hat sich um 32% verringert. Eine Substitutseinnahme oder Heroinkonsum sind nicht genannt. Die Einnahme von Speed hat sich von Phase 1 zu Phase 2 um 100% verringert.

Die massive Steigerung des Alkoholkonsums kann ein Anzeichen dafür sein, dass keine Intervention durchgeführt wurde. Die Standardabweichung hat sich beim Tabak- und Alkoholkonsum jeweils erhöht, dies deutet auf einen unregelmäßigen Konsum hin.

Klient 3 KG:

Die Boxplots wurden hier für den Tabakkonsum erstellt.

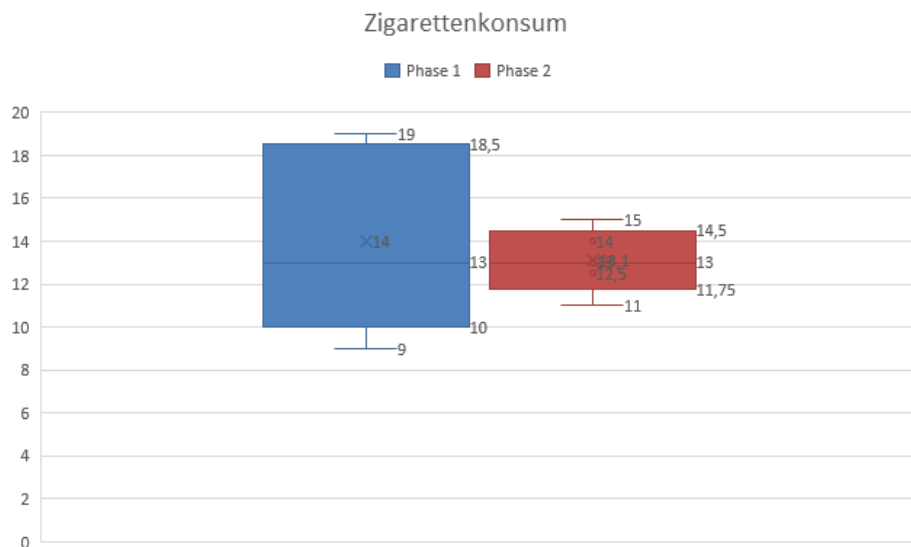


Abbildung 15 Boxplot Klient 3 KG Zigarettenkonsum

Der Tabakkonsum wurde lediglich um 7% reduziert. Der THC-Konsum hat sich um 100% verringert. Der Konsum von THC sowie eine Substitutseinnahme sind nicht angegeben.

Fazit

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass Psychoedukation vermutlich in allen vier, vollständig für die Auswertung zur Verfügung stehenden Fällen wirksam war. Im Gegensatz dazu erhöhte sich der Konsum der Klienten nach Anwendung der Methode Kontingenzertrag sogar. In der Kontrollgruppe sank der Konsum bei einem Klienten bzw. entwickelte sich beim anderen je nach Suchtmittel sehr unterschiedlich.

In der Kontrollgruppe zeigte sich, dass das vorliegende Konsummuster eines Klienten evtl. durch die Intervention Psychoedukation zum positiven beeinflusst hätte werden können und somit evtl. eine Konsumreduktion stattgefunden hätte. Ebenso liegt bei der Kontrollgruppe die Vermutung nahe, dass Psychoedukation evtl. ein anderes Ergebnis erbracht hätte.

Der Vergleich der untersuchten Methoden zeigt demnach, dass durch Psychoedukation der Konsum der Klienten am effektivsten gesenkt werden kann.

7.4.2. Interpretation der Ergebnisse der Fragebögen anhand der qualitativen Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Hinweis:

Ein Therapeut hat Psychoedukation statt der ihm zugewiesenen Intervention „Kontingenzvertrag“ angewandt, was zu der ungleichen Verteilung der Therapeuten auf diese Gruppen führt.

Bei vielen Fragen wurden keine oder nur unzureichende Angaben gemacht. Diese fallen unter die Kategorie 17 „Entfällt, da keine Angabe gemacht wurde“ und 18 „Angabe nicht verwertbar“ und können somit in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt werden.

Die Testphase der beiden Klienten wird jeweils in der zugehörigen Gruppe in die Auswertung und Interpretation einbezogen.

Wörtliche Zitate aus den Fragebögen wurden durch Kursiv-Druck und Anführungszeichen gekennzeichnet.

Psychoedukation (PE) inkl. Testphase (6 Therapeuten im Vergleich):

In der Gruppe „Psychoedukation“ sprachen sich alle Therapeuten für die erneute Anwendung der Methode aus.

Zwei von sechs Therapeuten stellten einen Unterschied zwischen beiden Phasen fest:

„Ja, weniger interessiert als in zweiter Testphase.“

„Ja, Motivation zum Ausfüllen und Abgeben notwendig.“

Dagegen bemerkten vier Therapeuten keinen Unterschied zwischen den Phasen.

3 der 6 Therapeuten dieser Gruppe haben bereits vor der ihnen zugewiesenen Intervention Psychoedukation angewandt, da dem Klienten vorab schon von dieser Arbeit erzählt wurde. Dreifach wurde genannt, dass keine spezielle Methode vor der Intervention angewandt wurde. Viele Therapeuten haben die Arbeit mit Konsumtagebüchern in ihre tägliche Arbeit mit Klienten integriert, daher ist vielen Klienten die Methode vor der Erhebung bekannt und es bedarf weniger Psychoedukation.

Unterschiede beim Ausfüllen der beiden Konsumtagebücher wurden wie folgt festgestellt:

„Ja, verspätete Abgabe“ bzw. „Ja, gesteigerter Konsum.“

Die Methode wurde von allen Therapeuten als wirksam erachtet. Unter anderem ergaben sich dadurch *„Anregungen zum Gespräch“*.

Auffälligkeiten und Besonderheiten

In der Testphase hat der Klient die Eintragung im Tagebuch mit Strichen statt Zahlen vorgenommen und hat diese schräg angeordnet je nach Tageszeit. Somit hatte er nicht nur einen Überblick, wie viel er pro Tag von der jeweiligen Substanz konsumiert hat, sondern

auch über den Zeitpunkt, wann er es konsumiert hat. Dadurch konnte er für sich Muster und Rituale sowie bevorzugte Konsumzeiten herausfinden.

Des Weiteren wurde festgehalten, dass der „*Konsum abhängig vom Geld*“ ist und ein anderer Klient „*nichts Neues*“ über sein Konsumverhalten erfahren hat.

Resümee: Die zugewiesene Methode „Psychoedukation“ wird von allen Therapeuten als wirksam eingestuft. Sie ist in der Arbeit im Betreuungskontext von großer Bedeutung und kann zur Eruerung des Konsumverhaltens eingesetzt werden. Psychoedukation steigert das Problembewusstsein und die Reflexionsmöglichkeiten der Klienten.

Kontingenzvertrag (KV) inkl. Testphase (4 Therapeuten im Vergleich):

Von allen Therapeuten wurde kein Unterschied zwischen Phase 1 und 2 festgestellt. Einzig in der Testphase wurde notiert: „*Erneute Arbeitsanweisung zur Vervollständigung notwendig*“. Das erste Konsumtagebuch hat der Klient im Betreuungskontext gemeinsam mit seiner Bezugsbetreuerin vervollständigt, um eine Auswertung zu ermöglichen. Das zweite Konsumtagebuch war dann vollständig ausgefüllt.

Vor der Intervention wurde häufig mit Psychoedukation und Commitmentgesprächen gearbeitet. Die Therapeuten sprachen sich gegen einen erneuten Einsatz von Kontingenzverträgen aus. Die Mehrheit wendete diese Methode zum ersten Mal an.

Besonderheiten und Auffälligkeiten wurden nicht benannt.

Resümee: Die erneute Anwendung dieser Methode ist nicht angebracht, da sie von allen Therapeuten als nicht wirksam eingestuft wird.

Kontrollgruppe (KG):

Keiner der vier teilnehmenden Therapeuten konnte einen Unterschied zwischen beiden Phasen feststellen. Auch in dieser Gruppe wurde Psychoedukation vor der eigentlichen Intervention angewandt. Die Hälfte der Therapeuten spricht sich grundsätzlich für die Anwendung einer Therapiemethode aus. Als Auffälligkeit wurde „*teilweise Entzug*“ genannt. Dies hat jedoch keine Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Kontrollgruppe.

Resümee: In der Kontrollgruppe wurden keine Veränderungen zwischen den Phasen festgestellt. Des Weiteren wurde auch in der Kontrollgruppe in der alltäglichen Arbeit Psychoedukation bevorzugt.

Fazit

Die Erkenntnis, dass der Kontingenzvertrag in dieser Erhebung als nicht zielführend eingestuft wurde, deckt sich mit den Daten der quantitativen Auswertung, da von 4 Klienten (inkl. Testphase) nur 2 Klienten Tagebücher zur Auswertung abgegeben haben und somit nur insgesamt 4 von 8 Konsumtagebüchern zur Auswertung zur Verfügung stehen.

Die Kontrollgruppe in dieser Erhebung hat gezeigt, dass keine speziell angewandte Methode auch keine Konsumreduzierung zur Folge hat.

Die Psychoedukation wurde von den meisten Therapeuten zur (erneuten) Anwendung genannt und kann in dem Zusammenhang mit einer Achtsamkeitsübung kombiniert werden.

8. Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen sowie Fazit und weiterführende Fragen

Forschungsfragen

1. *Ist die Wirksamkeit der gewählten Methoden anhand der Auswertung von Konsumtagebüchern als Instrument der Selbstbeobachtung der Klienten messbar?*

In der statistischen Auswertung der Konsumtagebücher wurden Unterschiede zwischen Phase 1 und 2 festgestellt, welche in Kapitel 7 näher erläutert wurden. Daher dient das Instrument als Nachweis der Wirksamkeit der angewandten verhaltenstherapeutischen Methoden.

Kann die Wirksamkeit der gewählten verhaltenstherapeutischen Standardmethoden in der Arbeit mit der Klientel zur Steigerung der Motivation und Konsumbeobachtung überprüft und nachgewiesen werden?

In der Auswertung wurde ersichtlich, dass einige Klienten in Phase 2 ihren Konsum reduziert haben. Auch sind die Konsumtagebücher der Phase 2 in allen vorgegebenen Spalten und Zeilen ausgefüllt. Da die Klienten die Konsumtagebücher selbständig bearbeitet haben, ist eine Überprüfbarkeit z.B. auf Vollständigkeit und wahrheitsgemäße Angaben nicht möglich. Dennoch kann aus der vorhandenen Konsumreduktion geschlossen werden, dass die Selbstbeobachtung des Konsumverhaltens durch den Klienten gestiegen ist.

2. *Erwirken Psychoedukation und Kontingenzverträge als verhaltenstherapeutische Standardmethoden einen Unterschied in der Selbstbeobachtung der Klienten?*

Die Auswertung der Daten zeigt, dass sich der Konsum vor allem in der Gruppe „PE“ reduziert hat. In dieser Gruppe wurden auch die meisten Konsumtagebücher abgegeben. Daraus kann geschlossen werden, dass sich auch die Selbstbeobachtung der Klienten erhöht hat.

Nach der Intervention „Kontingenzvertrag“ sind im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen weniger Konsumtagebücher vorhanden und es fand nur eine geringe Konsumreduktion statt. Ein geringerer Erfolg dieser verhaltenstherapeutischen Standardmethode in dieser Erhebung ist damit nachgewiesen.

3. *Inwiefern ist die Vollständigkeit der ausgefüllten Konsumtagebücher mess- und überprüfbar?*

Die Vollständigkeit und der Wahrheitsgrad der Angaben basieren auf der Bereitschaft der Klienten zur Mitarbeit, da diese die Konsumtagebücher ohne Aufsicht des Bezugsbetreuers ausfüllten. Das Instrument „Konsumtagebuch“ dient vor allem der Selbstkontrolle des Klienten. Deshalb ist der Wahrheitsgrad nicht überprüfbar. Zur Vollständigkeit ist anzumerken, dass meist zu den vorgegebenen Substanzen Einträge überhaupt existieren und sich deren Konsum zwischen den beiden Phasen ändert. Es kann aber nicht unbedingt davon ausgegangen werden, dass wirklich alle Konsumsituationen erfasst wurden.

Hypothesen

1. *Konsumtagebücher als Messinstrument verhaltenstherapeutische Standardmethoden unterstützen bzw. erhöhen die Selbstbeobachtung der Klienten.*

Diese Hypothese ist klar mit einem „Ja“ zu beantworten. In der Auswertung wurde deutlich sichtbar, dass sich die Klienten durch das Ausfüllen der Konsumtagebücher aktiv mit ihrem Konsumverhalten auseinandersetzten. Die Selbstbeobachtung wurde durch das Niederschreiben des täglichen Konsums erhöht.

2. *Die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Methoden auf die kontinuierliche Führung eines Konsumtagebuchs und der damit einhergehenden bewussten Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten durch Selbstbeobachtung ist nachweisbar.*

In der Gruppe „PE“ hat sich gezeigt, dass es in Phase 2 zur Konsumreduktion kam. Dies bedeutet, dass eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Konsum stattgefunden hat.

In den Gruppen „KV“ und „KG“ wurden weniger Konsumtagebücher zur Auswertung abgegeben als in der Gruppe „PE“. Daraus kann geschlossen werden, dass sich die Klienten in den beiden Gruppen weniger bewusst mit der Aufgabenstellung beschäftigt haben und auch die Beobachtung ihres Konsumverhaltens weniger ausgeprägt war als in der Gruppe „PE“.

Zur kontinuierlichen Führung der Konsumtagebücher kann kein Unterschied zwischen den Methoden festgestellt werden, da in allen Gruppen, bis auf eine Ausnahme, entweder zwei Konsumtagebücher vorständig ausgefüllt oder keines abgegeben wurde.

- 3. Die Konsumreduzierung an sich ist durch den Vergleich der Konsumtagebücher vor und nach der Intervention messbar.*

Diese Hypothese ist eindeutig mit „Ja“ zu beantworten. Die Konsumreduzierung ist vor allem durch die Differenz der Häufigkeitszahlen der Phasen 1 und 2 der jeweiligen Substanz messbar.

- 4. In den Konsumtagebüchern zeigen sich vor und nach der Intervention Unterschiede im Konsum.*

Bei einigen Konsumtagebüchern ist in Phase 2 eine Reduktion des Konsums erkennbar, bei anderen jedoch auch eine Konsumsteigerung. Die Abnahme des Konsums kann auf die angewendete verhaltenstherapeutische Standardmethode zurückgeführt werden.

- 5. Bei der Gruppe „Psychoedukation“ (PE) werden kaum Veränderungen im Konsumtagebuch auftreten, da die Bezugsbetreuer die Psychoedukation fest in ihre soziale und therapeutische Arbeit mit den Klienten eingebunden haben.*

Bei fast allen Klienten der Gruppe „PE“ ist in Phase 2 eine Konsumreduktion der einzelnen Substanzen ersichtlich, daher kann auf die Wirksamkeit von Psychoedukation geschlossen werden. Jedoch ist nicht erkennbar, ob die Bezugsbetreuer Psychoedukation bei ihren Klienten bereits vor der Erhebung angewandt haben. Aus der Auswertung der Fragebögen der Therapeuten geht hervor, dass Psychoedukation zum Arbeitsalltag vieler Bezugsbetreuer gehört. Somit war den meisten Klienten das Erhebungsinstrument bereits bekannt.

Die Hypothese ist aufgrund der zahlreichen Konsumreduktion der Klienten mit „Nein“ zu beantworten.

- 6. Der Vertrag kann Zwang bei Klienten auslösen, er wird sich dennoch in einem guten Ergebnis in der Erhebung zeigen.*

In der Erhebung hat sich im Rahmen der Testphase herausgestellt, dass der Klient dem Vertrag aversiv gegenüberstand und ihn nicht unterschreiben wollte. Generell ist die Intervention in Form des Kontingenzvertrages von den Therapeuten weniger gut angenommen worden. Alle befragten Therapeuten sprachen sich gegen eine erneute Anwendung der Methode „Kontingenzvertrag“ aus. Stattdessen wird vielfach Psychoedukation favorisiert. Aus den wenigen Konsumtagebüchern, die zur Auswertung abgegeben wurden, kann weder eine Konsumreduktion abgelesen noch kann festgestellt werden, dass der Vertrag bewirkte, dass die Klienten sich verpflichtet fühlten, die Konsumtagebücher gewissenhaft auszufüllen und dann auch zuverlässig

abzugeben. Allerdings wird an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass in den verwendeten Kontingenzverträgen keinerlei Sanktionen vereinbart wurden.

7. *Die Dokumentation und die Selbstbeobachtung an sich regen bereits Veränderungsprozesse bei den Klienten an.*

Die schriftliche Dokumentation führt zu einer bewussteren Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten. Die schriftliche Selbstbeobachtung wirkt verbindlicher als die rein gedankliche Auseinandersetzung mit dem Konsum. Veränderungsprozesse wurden angeregt, wie an der messbaren Konsumreduktion in der statistischen Auswertung zu erkennen ist.

8. *Mithilfe der Selbstbeobachtung werden Reflexionsprozesse beim Klienten angeregt.*

Diese Hypothese ist mit „Ja“ zu beantworten, da die Selbstbeobachtung Reflexionsprozesse beinhaltet.

9. *Durch das regelmäßige Üben der Selbstbeobachtung kann der Fokus intensiviert und die Selbstbeobachtung trainiert und verbessert werden.*

Diese Hypothese kann aufgrund der einmaligen Erhebung von zwei Vergleichsphasen nicht fachlich begründet werden. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass durch regelmäßiges Üben das Bewusstsein für den eigenen Konsum gestärkt wird.

Fazit und weiterführende Fragen:

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vor allem Psychoedukation in der Erhebung wirksam war und auch weiterhin im Betreuungskontext eingesetzt werden sollte. Kontingenzverträge können auf Wunsch der Klienten eingesetzt werden, wobei zu beachten ist, dass diese Verträge vor allem Vereinbarungen mit sich selbst darstellen. Sie können daher nur als Unterstützung dienen, wenn der Klient ihnen nicht aversiv gegenüber steht. Die Kontrollgruppe hat gezeigt, dass ein Therapieverfahren notwendig ist, um in der Selbstbeobachtung Erfolge bzw. messbare Ergebnisse erzielen zu können.

Abschließend folgen einige Fragen und Ideen sowohl zur Fortführung der Erhebung als auch zur Vergrößerung der Untersuchungsgruppe. Diese dienen als Anregung und können nicht im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden.

- Würden sich die Ergebnisse dieser Erhebung auch bei größeren Gruppen wiederholen? Werden durch eine größere Stichprobe Unterschiede abgebaut oder zeigen sich weitere Unterschiede der Gruppen untereinander?

- Gibt es Persönlichkeitsfaktoren, welche die Wirksamkeit der angewandten Intervention beeinflussen?
- Sind Interventionen generell wirksam?

Weiterführende Ideen für Erhebungen:

Es könnte eine Kontrollgruppe bestimmt werden, der freigestellt wird, welche Intervention sie verwenden wollen, da es noch mehr als die beiden in dieser Arbeit untersuchten Interventionen gibt.

Auch könnte geschaut werden, ob eine homogenere Gruppe der beteiligten Personen bestimmt werden könnte und sich das Ergebnis von dieser Erhebung unterscheiden oder wiederholen würde.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Bücher und Nachschlagewerke

- Atteslander, Peter; Cromm, Jürgen (2006): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., neu bearb. und erw. Aufl. Berlin: Schmidt.
- Baierl, Martin (Hg.) (2014): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen ; mit 54 Tabellen. 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Batra, Anil; Angenendt, Jörg (Hg.) (2006): Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. 2., neu bearb. Aufl. Stuttgart: Thieme (Klinische Psychologie und Psychiatrie).
- Batra, Anil; Angenendt, Jörg (Hg.) (2013): Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme (Klinische Psychologie und Psychiatrie).
- Batra, Anil; Bilke-Hentsch, Oliver (Hg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. 1. Aufl. s.l.: Georg Thieme Verlag KG.
- Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hg.) (2007): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. 2. Aufl. Vienna: Springer-Verlag/Wien.
- Beutler, Jürg (2015): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Hintergrund.
- Creswell, John W. (2003): Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2. ed. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publ.
- Deutsches Ärzteblatt (2015): Neue S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ veröffentlicht. Hg. v. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und
- Dieterich, Michael (2011): Einführung in die allgemeine Psychotherapie und Seelsorge. 3. Aufl. Witten: SCM R. Brockhaus.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Unter Mitarbeit von Sandra Pöschl. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).
- Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).

- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen ; ein Überblick für die BA-Studiengänge. Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55702).
- Fliegel, Steffen; Groeger, Wolfgang M.; Künzel, Rainer; Schulte, Dietmar; Sorgatz, Hardo (1998): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. [ein Übungsbuch]. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Gahleitner, Silke-Brigitta (Hg.) (2014): Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision. Coburg: ZKS-Verl. (Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit).
- Grawe, Klaus (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Hamacher, Karl; Klemm, Jerome (2008): Ein ambulantes Konsumreduktions- und Selbstkontroll-Trainings-Programm für Konsumenten illegaler Drogen. AKST ; Einzel- und Gruppen-Programm. Tübingen: dgvt-Verl. (Materialie / Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 62).
- Heimann, Angelika (2016): S3-Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Kurzversion. In: *AWMF online - das Portal der wissenschaftlichen Medizin* (AWMF-Register Nr. 076-001).
- Helfferrich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Hoch, E.; Petersen, K.; Kopp, I.; Batra, A.; Mann, K. (2016): Methodology of the S3 guidelines on alcohol and tobacco-related disorders. In: *Der Nervenarzt* 87 (1), S. 6–12. DOI: 10.1007/s00115-015-4377-7.
- Hoch, Eva (2016): S3-Leitlinie. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. In: *AWMF online - das Portal der wissenschaftlichen Medizin* (AWMF-Register Nr. 076-001).
- Kanfer, Frederick H.; Schmelzer, Dieter (2001): Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance. Berlin: Springer.
- Kanfer, Frederick H.; Schmelzer, Dieter (2006): Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie Als Chance. 2nd ed. Dordrecht: Springer.
- Krause, Rüdiger (2012): Ausstiegsalternative substitions-gestützte ambulante Therapie. Entwicklung eines verhaltenstherapeutisch orientierten Konzepts bei Opioid- und Mehrfachabhängigkeit. Berlin: LIT (Sucht, Bd. 5).
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch ; [Online-Materialien]. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Grundlagen Psychologie).
- Lamnek, Siegfried (1994): Qualitative Sozialforschung. Bd 2. Methoden und Techniken. 3. Korr. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlag Union

- Landmann, Meike; Schmitz, Bernhard (Hg.) (2007): Selbstregulation erfolgreich fördern. Praxisnahe Trainingsprogramme für effektives Lernen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Pädagogische Psychologie).
- Leukefeld, Carl; Godlaski, Theodore; Clark, James; Brown, Cynthia; Hays, Lon (2015): Behavioral Therapy for Rural Substance Abusers. Lexington: The University Press of Kentucky.
- Linden, Michael (Hg.) (1994): Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren. 2., überarb. und erw. Aufl., 1. Nachdr. Berlin: Springer.
- Linden, Michael; Hautzinger, Martin (2008): Verhaltenstherapiemanual. 6. Aufl. s.l.: Springer-Verlag.
- Margraf, J. (2009): Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturobwertung. Heidelberg: Springer Medizin (Springer E-book Collection).
- Margraf, J.; Schneider, S. u.a. (Hrsg.) (Hg.) (2009a): Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. 4 Bände. Heidelberg: Springer (Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1).
- Margraf, J.; Schneider, S. u.a. (Hrsg.) (Hg.) (2009b): Störungen im Erwachsenenalter, Spezielle Indikationen, Glossar. 3., vollst. bearb. u. erw. Aufl. Heidelberg: Springer (Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2).
- Margraf, J.; Schneider, S. u.a. (Hrsg.) (Hg.) (2009c): Störungen im Kindes- und Jugendalter. Mit 95 Tabellen. [Neuauf]. 4 Bände. Heidelberg: Springer Medizin (Springer E-book Collection, Bd. 3).
- Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik).
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Morschitzky, Hans (2007): Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit. Vienna: Springer-Verlag/Wien.
- Moser, Heinz (2012): Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung. 5. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Parfy, Erwin; Schuch, Bibiana; Lenz, Gerhard (2003): Verhaltenstherapie. Moderne Ansätze für Theorie und Praxis. 1. Aufl. Wien: Facultas (UTB Psychologie, Medizin, 2423).
- Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Reinecker, Hans; Borg-Laufs, Michael (1999): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: dgvt-Verl.

- Rommel, Andreas; Bandelow, Borwin (Hg.) (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen; mit 53 Tabellen. Internationaler Kongress "Körper und Persönlichkeit". Stuttgart: Schattauer.
- Rosenthal, Gabriele (2015): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 5., aktualisierte und ergänzte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziologie).
- Rössler, Wulf (Hg.) (2005): Die therapeutische Beziehung. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Sachse, Rainer (2014): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 10. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Schaffer, Hanne (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. 2., überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schay, Peter; Lojewski, Ilona; Siegele, Frank (Hg.) (2013): Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie ; Methoden ; Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. 1. Aufl. s.l.: Georg Thieme Verlag KG.
- Schmitz, B.; Schuhler, P.; Handke-Raubach, A.; Jung, A. (2008): Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Förderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung. 3. Aufl. Lengerich: Pabst.
- Schwartz, Bernard; Flowers, John V.; Lazarus, Arnold A. (2015): Was Therapeuten falsch machen. 50 Wege, Ihre Klienten zu vergraulen. Unter Mitarbeit von Maren Klostermann. Stuttgart: Klett-Cotta (Fachbuch Klett-Cotta).
- Senf, Wolfgang; Broda, Michael; Amann, Gabriele (Hg.) (2000): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie ; 133 Tabellen. 2., neu bearb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Senf, Wolfgang; Broda, Michael; Amann, Gabriele (Hg.) (2012): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch ; 92 Tabellen. 5., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Toutenburg, Helge; Heumann, Christian; Schomaker, Michael (2009): Deskriptive Statistik. Eine Einführung in Methoden und Anwendungen mit R und SPSS. 7., aktualisierte und erw. Aufl. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Internetquellen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF online) (Hg.): Leitlinien. AWMF-Regelwerk Leitlinien: Stufenklassifikation. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung/awmf-regelwerk-01-planung-und-organisation/po-stufenklassifikation.html>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17
- Deutsches Ärzteblatt (2015): Neue S3-Leitlinien „Alkohol“ und „Tabak“ veröffentlicht. Hg. v. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61674>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17
- Die ADV gGmbH (Hg.): Die ADV gGmbH - Eingliederungshilfe. Angebot Betreutes Einzelwohnen. Online verfügbar unter <http://www.adv-suchthilfe.de/index.php?id=553>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17
- Die ADV gGmbH (Hg.): Leitbild. ADV Leitbild. Online verfügbar unter <http://www.adv-suchthilfe.de/index.php?id=987>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17
- Die ADV gGmbH (Hg.): Transparenz. Initiative transparente Zivilgesellschaft. Online verfügbar unter <http://www.adv-suchthilfe.de/index.php?id=878>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17
- GK Quest Akademie GmbH (Hg.) (2016): KISS Programm. Online verfügbar unter <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx>. Zuletzt geprüft am: 07.01.17

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1 Stufenklassifikation	22
Abbildung 2 Grade der Empfehlung	24
Abbildung 3 Boxplot Klient 1 TP PE Zigarettenkonsum.....	66
Abbildung 4 Boxplot Klient 1 TP PE THC Konsum.....	67
Abbildung 5 Boxplot Klient 1 PE Zigarettenkonsum	68
Abbildung 6 Boxplot Klient 1 PE Kaffeekonsum	69
Abbildung 7 Boxplot Klient 3 PE Zigarettenkonsum	70
Abbildung 8 Boxplot Klient 3 PE Kaffeekonsum	70
Abbildung 9 Boxplot Klient 4 PE Alkoholkonsum.....	71
Abbildung 10 Boxplot Klient 4 PE Zigarettenkonsum	71
Abbildung 11 Boxplot Klient 4 PE THC Bong Konsum	72
Abbildung 12 Boxplot Klient 2 TP KV Zigarettenkonsum.....	73
Abbildung 13 Boxplot Klient 1 KV Zigarettenkonsum	74
Abbildung 14 Boxplot Klient 1 KG Zigarettenkonsum	75
Abbildung 15 Boxplot Klient 3 KG Zigarettenkonsum.....	76
Abbildung 16 Konsumtagebuch KISS Außenseite	92
Abbildung 17 Konsumtagebuch KISS Innenseite	92

Tabellen

Tabelle 1: Prävalenzraten von Komorbidität bei Substanzabhängigen (n. ICD-10)	12
Tabelle 2 Konsumtagebuch Phase 1	49
Tabelle 3 Konsumtagebuch Phase 2	50

Anhang

E-Mail an Therapeuten zur Ankündigung der Erhebung für die Masterarbeit:

Liebe Kollegen,

bezüglich meiner Masterarbeit habe ich eine Erhebung vor, wofür ich eure Mitwirkung brauche, wie bereits im Team angekündigt. Nun wird es ernst! Es geht los:

Wie läuft die Erhebung ab?

Ihr bekommt von mir ein Konsumtagebuch Phase 1, welches ihr eurer/m ausgewählten Klientin/ Klienten gebt. Dann wird es von mir einen Input und eine neue Aufgabenstellung geben. Am selben Tag werdet ihr auch das zweite Konsumtagebuch (Phase 2) sowie den Fragebogen von mir erhalten.

Ich habe euch das Konsumtagebuch Phase 1 in euer Fach gelegt. Folgende Informationen dürft/könnt ihr bitte eurem ausgewählten Klienten zu Beginn und somit vorm Ausfüllen des ersten Konsumtagebuchs sagen:

- Es handelt sich hierbei um ein Projekt für die Masterarbeit von Anja
- Eure Daten bleiben anonym, daher bitte auch kein Name und Datum auf die Konsumtagebücher!
- Bitte mitteilen, dass nach Ausgabe des ersten Konsumtagebuchs ein zweites folgend wird.

Was müsst ihr bei der Erhebung beachten?

Im Rahmen der Teamsitzung gibt es von mir einen kleinen Input und weitere Instruktionen sowie das Konsumtagebuch Phase 2 und den Fragebogen für euch zum Ausfüllen. Daher solltet ihr bis zum dann genannten Datum die Phase 1 abgeschlossen haben.

Für alle, die im Urlaub sind bzw. gehen. Es sollte genügend Zeit sein, diese Übung anzugehen, wenn ihr wieder da seid. Sonst teilt doch bitte eurer Vertretung mit, welchen Klient ihr ausgewählt habt und gebt das Konsumtagebuch weiter.

Rückfragen gern an mich.

Ich danke euch schon jetzt für eure Unterstützung und Mitwirkung!!!

Liebe Grüße,

Anja

Konsumtagebuch-Vorlage KISS

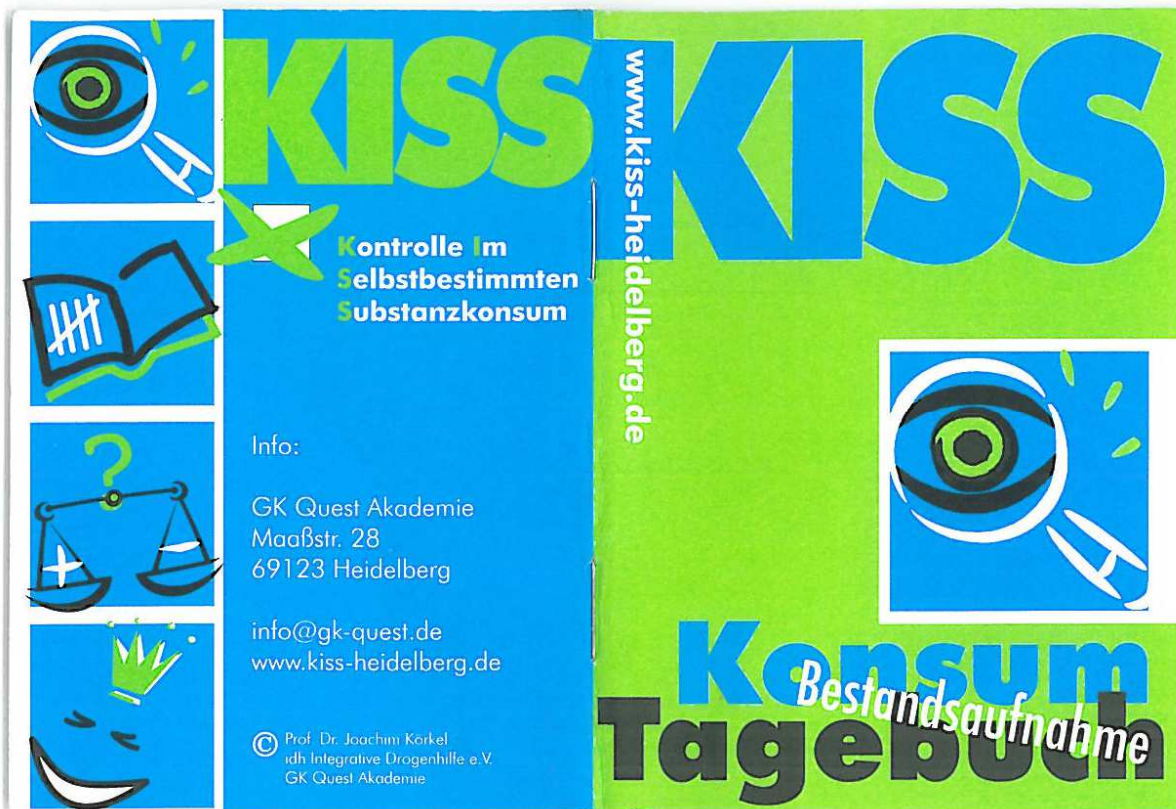


Abbildung 16 Konsumtagebuch KISS Außenseite, Quelle: GK Quest Akademie GmbH 2016

Konsum vor KISS-Beginn		Woche vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>							Zahl der konsumfreien Tage
Substanz	Uhr	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
1	6-12								
	12-18								
	18-6								
	Konsumeinheiten pro Tag								
2	6-12								
	12-18								
	18-6								
	Konsumeinheiten pro Tag								
3	6-12								
	12-18								
	18-6								
	Konsumeinheiten pro Tag								

Abbildung 17 Konsumtagebuch KISS Innenseite, Quelle: GK Quest Akademie GmbH 2016

Handout für Intervention 1 - Psychoedukation im Einzelgespräch

- **Notwendigkeit** und **Nützlichkeit** der Selbstbeobachtung erklären
- **Dient** der **Wissensermittlung, Übersicht über Konsumverlauf**, da dieser meist den Klienten bewusster erscheint als er ihnen wirklich ist
- Selbstbeobachtung des Fehlverhaltens ist der **erste Schritt zur Änderung** des Konsumverhaltens
- Für Beobachtung des Konsums bietet sich die **Häufigkeitsstichprobe** an, jeder Konsum wird gezählt und notiert → Konsumtagebuch
- Konsumtagebuch ist eine **eigenständige Technik** der Selbstbeobachtung
- Es **kann bereits beim Ausfüllen** des Tagebuchs Veränderungen **eintreten**, da der **Klient** sich in dem Moment **bewusst mit seinem Konsum auseinandersetzt**
- Hauptziel ist es: Klient wird zum **Experte seines Konsumverhaltens**
- **Struktur und Ablauf** (anhand des Tagebuches) wird dem Klient erklärt oder mit ihm gemeinsam erarbeitet
- **Kriterien zur Beobachtung** (unterschiedliche Konsummittel, auch Kaffee geht, tägliches Ausfüllen, Substitut in alle Spalten eintragen, auch wenn es gleich bleibt), Festlegung von (Zwischen-)Zielen, Konsequenzen werden mit einbezogen
- Beobachtungsinstrument sollte **leicht handhabbar** sein, um Widerwillen und Überforderungserleben vorzubeugen
- **Einheitliche** Protokollbögen, um später besser vergleichen zu können
- **Zeitlichen Rahmen** für Selbstbeobachtung **festlegen** → 7 aufeinander folgende Tage
- **Dokumentation** des Klienten sollte so **zeitnah** wie möglich sein, um das **Ergebnis** so **präzise** wie möglich zu erhalten
- Erfordert **Disziplin und Ausdauer** des Klienten, sowie Verlässlichkeit und Kontinuität
- Intermittierende Selbstbeobachtung kann im weiteren Betreuungsverlauf günstig sein

Handout für Intervention 2 – Vertrag abschließen

- Dient als **motivierende Hilfemaßnahme** zur Einhaltung von Veränderungen
- Vertrag beinhaltet **feste Kriterien** zur Einhaltung von Behandler und der zu behandelnden Person sowie entsprechende Konsequenzen bei Nichteinhalten der Vertragsbedingungen
- **Wichtige Inhalte** des Vertrages sind: Zielformulierung und detaillierte Aufgabenstellung des geforderten Verhaltens, festgelegter Zeitrahmen, bestimmte Methode, womit geforderte Verhalten kontrolliert wird: Selbstbeobachtung und -protokollierung
- Die **einzelnen Aspekte** des Vertrages müssen **mit dem Klienten besprochen werden** und Verständnisfragen geklärt werden. Ggf. überprüfen durch Wiederholen der Aufgabe durch den Klienten, ob er seine Aufgabe verstanden hat.
- Ich habe euch den Vertrag für die Intervention bereits vorbereitet. Er **kann** von euch jeweils gern **individuell ergänzt** werden, da ihr eure Klienten besser kennt. Die **allgemeinen vorgegebenen Standards sollten jedoch drin bleiben!**
- Auf Konsequenzen und Aufgaben für die Therapeuten sowie gegenseitige Verpflichtungen bin ich absichtlich nicht eingegangen, weil es für das Ausfüllen des Konsumtagebuchs zur Selbstbeobachtung beides nicht gibt. Auch ich trage keine Konsequenzen bei nicht ausgefüllten Tagebüchern, sondern werte die Ergebnisse entsprechend in meiner Arbeit aus.

+ Vertragsvorlage



Jugend-, Sucht- und Wohnungslosenhilfe

Vertrag zum Führen des Konsumtagebuchs

Zwischen

Bezugsbetreuer (ADV gGmbH)

und

?? (Klient)

Datum

Sie haben sich entschieden, das Konsumtagebuch zu führen, um eine gezielte Selbstbeobachtung ihres Konsumverhaltens durchzuführen.

Hiermit verpflichte ich mich, *Name des Klienten*, das mir vorliegende Konsumtagebuch an **7 aufeinander folgenden Tagen** gewissenhaft und so genau und vollständig wie möglich auszufüllen.

Das Konsumtagebuch sollte am jeweiligen Abend für den vergangenen Tag ausgefüllt werden, um eine detailgetreue Dokumentation gewährleisten zu können, es dient dem Informationsgewinn.

Herr/ Frau Klient ist verantwortlich für die Einhaltung des Vertrages sowie ggf. für die Verlängerung oder Beendigung.

Unterschrift Klient

Unterschrift Mitarbeiter ADV



Jugend-, Sucht- und Wohnungslosenhilfe

Berlin,

Nicht-Suizid-Vertrag

Zwischen:

(ADV gGmbH)

Und:

(KlientIn)

Als Teil meines Betreuungsvertrages stimme ich folgenden Vereinbarungen zu:

Ich werde bis _____ am Leben bleiben und mein Leben auch nicht unabsichtlich in Gefahr bringen, egal, was passiert, und egal, wie ich mich fühle.

Dies beinhaltet auch folgende riskante Verhaltensweisen bzw. Konsumformen, die tödliche Auswirkungen haben könnten:

-
-
-
-

Ich bin verantwortlich für die Einhaltung dieses Vertrages, die Verlängerung oder die Beendigung. Vor Ablauf des Vertrages vereinbare ich einen Termin mit _____ oder mit _____, um über die Beendigung oder die Verlängerung des Vertrages zu entscheiden.

ADV gGmbH

KlientIn

**Fragebogen zur Exploration der Anwendung –
Rückmeldung der Therapeuten und Sozialarbeiter**

1.) Angewandte Technik: (zutreffendes bitte unterstreichen)

Kontingenzvertrag - Psychoedukation - Vergleichs- /Kontrollgruppe

2.) Wurde ein Unterschied in Testphase 1 (vor Schulung) und Testphase 2 (nach Schulung) festgestellt?

Wenn ja, welcher?

3.) Welche Methode wurde vor der Schulung angewandt?

4.) Wurde ein Unterschied in beiden Testphasen beim Ausfüllen des Konsumtagebuchs beim Klienten festgestellt?

Wenn ja, welcher?

5.) Ist die erneute Anwendung der zugewiesenen Methode angebracht?

6.) Wenn Nein, welche Methode sollte stattdessen angewendet werden?

7.) Wurde die zugeordnete Methode bereits vor dem Projekt für die Masterarbeit in der Arbeit mit den Klienten beim Ausfüllen eines Konsumtagebuchs verwendet oder war es das erste Mal?

8.) War diese Methode bisher beim Ausfüllen der Konsumtagebücher wirksam?

9.) Wenn Nein, welche wurde bisher zum Ausfüllen von Konsumtagebüchern angewendet?

10.) Gab es sonst noch andere Auffälligkeiten und Besonderheiten, die bisher noch nicht erfragt wurden?

Bitte diesen Fragebogen mit den beiden Konsumtagebücher-Kopien bis zum zurückgeben. **DANKE!**

Versicherung selbständiger Arbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen wörtlich oder sinngemäß übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre ferner, dass ich die vorliegende Arbeit an keiner anderen Stelle als Prüfungsarbeit eingereicht habe oder einreichen werde.

Ort, Datum

Unterschrift