Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Die Anonymen Alkoholiker –

Eine Analyse aus der Perspektive der Sozialen Arbeit

vorgelegt von: Anne Kranz

Erstgutachter: Herr M.A. Stefan Vosse

Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Tag der Einreichung: 23.08.2019

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0337-2

Inhalt

Einleitung 1
1. Basis 4
1.1 Sucht/Abhängigkeit 4
1.1.1. Definition, Diagnose und Entstehung 4
1.1.2. Alkoholismus 7
1.1.3. Sucht- und Selbsthilfe 8
1.2. Soziale Arbeit 13
1.2.1. Historie 13
1.2.2. Global Definition of Social Work 14
1.2.3. Schema der Werte- und Prinzipienorientierung 17
1.1. Methodisches Vorgehen 20
2. Anonyme Alkoholiker: Analyse 21
2.1. Historie 21
2.2. Einführung 24
2.3. Meetings 25
2.4. Verständnis von Alkoholismus 26
2.5. Verständnis von Spiritualität 30
2.6. Zwölf Schritte Programm 33
3. Fazit 40
4. Eidesstattliche Erklärung 43
5. Quellenverzeichnis 44
5.1. Literaturverzeichnis 44
4.2. Internetverzeichnis 46

Einleitung

Denken wir an eine Selbsthilfegruppe, stellen wir uns das staubige Hinterzimmer einer Kirche an einem Mittwochabend vor. Eine Handvoll Personen mittleren Alters sitzen im Stuhlkreis, eine von ihnen fängt an: „Ich bin Martina und ich bin Alkoholikerin.“ „Hallo Martina“ hört man die übrigen im Chor sagen.

Die Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (AA) hat das Bild der Erkrankung Alkoholismus und das der Selbsthilfe geprägt, wie keine andere. Das von ihrem Begründer Bill Wilson in den dreißiger Jahren entworfene Zwölf Schritte Programm hat nicht nur längst Einzug in das Alltagswissen der Menschen gefunden, es gilt auch darüber hinaus vielen Selbsthilfegruppen als Vorbild. Wilsons „Big Book“, erstmals 1939 unter dem Titel „Alcoholics Anonymous“ erschienen, hat sich bislang 30 Millionen Mal verkauft (vgl. AA 2019: Blaues Buch (Internetquelle)) und seit ihrer Gründung in den USA hat sich die Anzahl der Gemeinschaft auf weltweit etwa 2,1 Million Mitglieder erhöht. In der Stadt Neubrandenburg finden sich dreimal wöchentlich an verschiedenen Orten Menschen zu anonymen Gruppentreffen zusammen, im Raum Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit 20, deutschlandweit etwa 2.000, weltweit etwa 93.000 dieser Treffen. Sie alle haben ein gemeinsames Ziel: nüchtern bleiben und anderen zur Nüchternheit verhelfen (vgl. AA 2019: Start (Internetquelle)).

Anonymität, regelmäßige Gruppentreffen und zwölf Schritte: ein Konzept, das zu funktionieren scheint. Als angehende Professionelle der Sozialen Arbeit drängt sich mir hier die Frage auf, was es mit dieser Gemeinschaft auf sich hat. Welches Verständnis haben die AA vom Alkoholismus? Was hat es mit ihrer „höheren Macht“ auf sich? Was bewirkt das populäre Zwölf Schritte Programm bei den Praktizierenden? Und schließlich: Sind die Grundsätze und Praktiken der Selbsthilfegemeinschaft mit den Prinzipien der Profession der Sozialen Arbeit vereinbar?

Die einzelnen Gruppen der Gemeinschaft arbeiten eigenständig, es gibt keine Qualifikationen oder sonstige Qualitätsstandards, die einzuhalten wären. Somit ist jede Gruppe anders und eine übergreifende Praxis der AA kann nur schwer dargestellt oder nachvollzogen werden. Jedoch beziehen sie sich alle auf das, in dem Big Book dargelegte, Zwölf Schritte Programm. Seit der Erstausgabe des Big Book sind mittlerweile 80 Jahre vergangen und es ist zu erwarten, dass die Gemeinschaft sich im Laufe dieser Zeit verändert hat. In dem Vorwort der 2017 erschienenen deutschen Übersetzung wird jedoch die Relevanz der Erhaltung der ursprünglichen Form des Big Book betont. Außerdem sollen das Buch und das Programm jedem neuen Mitglied möglichst bald nähergebracht werden (vgl. AA 2017, S.VIIf). Dies verweist auf

die anhaltende Gültigkeit des Buches für die Gemeinschaft. Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Big Book ist also sowohl wesentlich als auch aussagekräftig und bildet daher die Grundlage der analytischen Betrachtung der AA in der vorliegenden Arbeit.

Mit der Perspektive der Sozialen Arbeit handelt es sich um eine, die diverser kaum sein könnte. In der Fachliteratur lassen sich zahllose verschiedene Auffassungen darüber, was das Wesen der Sozialen Arbeit ausmache, welche Ziele sie verfolge und an welchen Prinzipien sie sich zu orientieren hätte, ausmachen. Die in diesem Kontext dargestellte Perspektive der Sozialen Arbeit kann lediglich einen Bruchteil dessen repräsentieren und ist vielleicht gerade deswegen so relevant. Denn täglich stehen die Praktiker*innen der Sozialen Arbeit vor der Aufgabe, die eigenen Handlungen und Entscheidungen professionell zu begründen und die überwältigende Vielzahl an Theorien macht es ihnen dabei nicht leichter. Die hier entwickelte Perspektive bietet somit die Möglichkeit, den Kern der Sozialen Arbeit zu erfassen und als Beurteilungsgrundlage anzuwenden.

Die Analyse der Anonymen Alkoholiker setzt sich aus drei wesentlichen Teilen zusammen. Der erste Teil bildet dabei die Basis, in welcher eine theoretische Auseinandersetzung einerseits mit dem Themengebiet der der Sucht, bzw. Abhängigkeit, und andererseits mit der Perspektive der Sozialen Arbeit erfolgt.

Dazu wird zunächst der Begriff der Sucht, bzw. Abhängigkeit, definiert, die Diagnose des in diesem Zusammenhang relevanten Abhängigkeitssyndroms innerhalb des ICD-10 dargestellt sowie unterschiedliche Erklärungsmodelle zur Sucht, bzw. Abhängigkeit, in ihrem historischen Kontext erläutert. Zudem erfolgt eine Betrachtung des, für die Anonymen Alkoholiker zentralen, Begriffs des Alkoholismus. Abschließend für die Thematik der Sucht, bzw. Abhängigkeit erfolgt eine Darstellung des Bereichs der Sozialen Arbeit, welcher sich mit der Sucht, bzw. Abhängigkeit, beschäftigt, der Suchthilfe. Dabei wird dem besonderen Teil der Suchthilfe, die Selbsthilfe, der die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker zuzuordnen ist, besondere Beachtung geschenkt.

Um die Perspektive der Sozialen Arbeit darzustellen, wird zunächst der historische Ursprung der Profession erläutert. Als Repräsentantin der heutigen Sozialen Arbeit wird die Global Definition of Social Work, welche weltweit als Arbeitsgrundlage gilt, mit ihren Zielen und Prinzipien ausgeführt. Um ein näheres Verständnis der ethischen Dimensionen dieser zu erlangen, wird das Schema der Werte- und Prinzipienorientierung nach Carmen Kaminsky, welches dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. als Grundlage der Berufsethik dient, vorgestellt.

Schließlich wird aus den vorrangegangenen Erläuterungen auf drei zentrale Prinzipien der Sozialen Arbeit geschlossen.

Im zweiten Teil der Analyse wird die Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker dargestellt und mithilfe der drei zentralen Prinzipien der Sozialen Arbeit analysiert. Dazu erfolgt eine Darstellung der Entstehungsgeschichte und der Organisationsstruktur der Gemeinschaft, sowie eine Erläuterung der Bedeutung und der verschiedenen Formen der Meetings. Zudem wird das ihnen zugrundeliegende Verständnis von Alkoholismus und Spiritualität und schließlich das Zwölf Schritte Programm beschrieben. Dabei wird stets die Frage nach der Erfüllung der drei Prinzipien der Sozialen Arbeit gestellt.

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker verwendet unter anderem Begriffe wie „Trinker“ und „Alkoholiker“. Zum einen handelt es sich hierbei um männlich konnotierte Begriffe, welche die Existenz von konsumierenden Frauen ausblenden, wodurch es zu dem Ausschluss dieser von Hilfen kommen kann. Zum anderen handelt es sich um stigmatisierende Begriffe, welche den Menschen auf sein Konsumverhalten reduzieren. Diese Arbeit soll keinen weiteren Beitrag zur Reproduktion stigmatisierender und ausschließender Begrifflichkeiten leisten. Aufgrund des Zusammenhangs sowie der Korrektheit von Zitaten zeigte sich eine Verwendung der genannten Begriffe an einigen Stellen jedoch unumgänglich. Daher soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass stigmatisierende und ausschließende Begriffe grundsätzlich zu hinterfragen und zu vermeiden sind.

1. Basis

Zur Analyse der Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker aus der Perspektive der Sozialen Arbeit bedarf es der theoretischen Auseinandersetzung einerseits mit dem Begriff der Sucht, bzw. Abhängigkeit, und andererseits mit der Perspektive der Sozialen Arbeit.

Dazu erfolgen in diesem Kapitel zunächst eine begriffliche Definition sowie Erläuterungen zur Diagnose und Entstehung von Sucht, bzw. Abhängigkeit. In diesem Kontext wird auch der Begriff des „Alkoholismus“, welcher zentral für die Anonymen Alkoholiker ist, erläutert und auf die Hilfeformen der Sucht- und Selbsthilfe eingegangen. Weiterhin erfolgt eine kurze Darstellung der historischen Ursprünge der Sozialen Arbeit und eine Erläuterung der Global Definition of Social Work sowie des Schemas der Werte- und Prinzipienorientierung. Schließlich wird das weitere methodische Vorgehen zur Analyse beschrieben.

1.1 Sucht/Abhängigkeit

1.1.1. Definition, Diagnose und Entstehung

Definition

„Suchtkranke sind Symptomträger einer süchtigen Gesellschaft, die ihren Hunger nicht wirklich befriedigen kann. Eigentlich haben Suchtkranke etwas zu sagen, man kann von ihnen lernen.“ (Röhr 2015, S.11)

Nach Felix Tretter (vgl. 2008, S.3) bezeichnet süchtiges Verhalten einen Extrempol des Verhaltens. Dieses entziehe sich der Kontrolle durch das Individuum, verlaufe also beinahe reflexhaft. Das hier beschriebene Verhalten tritt vornehmlich im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Opiate, etc. auf. Klaus Wanke (vgl. nach ebd., S.5) erweitert dieses Verständnis um die Verhinderung der freien Entfaltung der Persönlichkeit und der Minderung der sozialen Chancen des Individuums im Falle einer Sucht.

In Anlehnung an Marion Laging (vgl. 2018, S.14) hat der begriffliche Ursprung des Wortes „Sucht“ (germ.: suhti, ahd.: suht, mhd.: suht) wenig mit seiner heutigen Verwendung zu tun. Etymologisch geht der Begriff auf das „Siechen“ zurück und bezeichnet somit eher das Leiden an einer Krankheit als diese selbst. In der Fachwelt wird und wurde der Begriff der Sucht kritisch diskutiert. So sei er negativ konnotiert und würde Betroffene stigmatisieren, was eine offene Auseinandersetzung mit der Sucht behindern würde. Der Begriff wurde daraufhin im Jahr 1963 von der WHO (World Health Organisation) als Herausgeberin des diagnostischen Manuals der Internatio-

nal Classification of Diseases (ICD-10) durch den der „Abhängigkeit“ bzw. das „Abhängigkeitssyndrom“ ersetzt. Diese Bezeichnung wurde aber als verallgemeinernd und in seiner Ähnlichkeit, beispielsweise mit der Abhängigkeit des Kleinkindes zur Mutter, kritisiert. Der Begriff der „Abhängigkeit“ konnte den der „Sucht“ so bis heute nicht vollständig ersetzen, dementsprechend werden beide Begriffe synonym verwendet.

Diagnose

Das ICD-10 (2011, S.114f) beschreibt das Abhängigkeitssyndrom als eine „Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.“ Als wesentliches Merkmal einer Abhängigkeit gilt zudem der aktuelle Konsum oder der starke Drang danach. Zur Diagnose sollten bei Betroffenen während der letzten 12 Monate drei oder mehr der folgenden Kriterien zeitgleich vorhanden gewesen sein.

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die gleiche Wirkung zu erzielen müssen höhere Dosen konsumiert werden.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, bspw. Leberschäden, Verschlechterung kognitiver Funktionen, etc. (vgl. ebd.).

Entstehung

Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Konsums psychoaktiver Substanzen als eines krankhaften Verhaltens ist historisch gesehen noch recht jung. Marion Laging (vgl. 2018, S.16) sieht eine Verstärkung der sozialen Anforderungen in Bezug auf Rationalität und Selbstkontrolle an das Individuum als ursächlich für diese Veränderung. Demnach wurde „Trunkenheit“ erstmals als ein Mangel an Selbstdisziplin sowie als Verlust der Selbstkontrolle wahrgenommen. Benjamin Rush (1745-1813) bezeichnete den übermäßigen Alkoholkonsum als eine „Krankheit des Willens“ und schrieb der Sucht damit erstmals einen Krankheitswert zu (vgl. ebd.). Der schottische Arzt

Thomas Trotter schrieb 1780, die Begierde des Menschen nach häufiger „Trunkenheit“ sei eine durch die chemische Beschaffenheit alkoholischer Getränke verursachte Krankheit (vgl. Soyka/Küfner 2008, S.4). Trotter lieferte damit ein noch heute in der Fachwelt populäres Erklärungsmodell zu der Entstehung der Sucht: das Krankheits- oder auch bio-medizinische Modell.

Dieses in der Mitte des 20. Jahrhunderts durch Elvin M. Jellinek wieder aufgegriffene Verständnis erlangte große Bedeutung und wurde 1968 zur Grundlange der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, welches Sucht erstmals in Deutschland als Krankheit klassifizierte (vgl. Soyka/Küfner 2008, S.16f). Die Medizin versteht eine Erkrankung allgemeinhin als eine zugrundeliegende Störung der körperlichen Funktionen mit darauf bezogenen Symptomen. Die Anzeichen einer Erkrankung unterliegen somit nicht der willentlichen Steuerung des erkrankten Individuums, sondern es handelt sich bei ihnen um mechanische, biophysische Effekte einer dahinterliegenden Pathologie (vgl. Laging 2018, S.17). Damit ist auch die suchterkrankte Person nicht verantwortlich für das durch die Suchterkrankung entstandene Verhalten. „In diesem Kontext ist eine medizinisch orientierte Antwort nicht wertend, nicht bestrafend und stattdessen therapeutisch ausgerichtet.“ (ebd.) Daraus ergibt sich der zentrale Vorteil des bio-medizinischen Modells: es lässt sich ein auf Akzeptanz, Verständnis und Wertschätzung ausgerichteter Umgang mit den Betroffenen ableiten und begründen. Helmut Pauls (vgl. 2004, S.83f) kritisiert an dieser Auffassung, dass der Mensch hier als autonom handelndes Individuum mit seiner von ihm und seinem Umfeld beeinflussten Biografie ausgeklammert und somit entpersonalisiert werde.

Als Antwort auf diese Kritik erweiterte George L. Engel (vgl. 2011, S.90) 1977 das bio-medizinische Verständnis um eine weitere Dimension. „Um die Determinanten einer Krankheit grundsätzlich zu verstehen und um rationale Behandlungen durchzuführen und die Gesundheitsplanung zu organisieren, muss ein medizinisches Modell den Patienten berücksichtigen, den sozialen Rahmen, in dem er lebt, und das komplementäre System, das von der Gesellschaft entworfen worden ist, um die negativen Auswirkungen des Leidens zu meistern. […] Dies erfordert ein biopsychosoziales Modell.“ (ebd.) Grundgedanke dieses Modells ist die Existenz dreier großer Bedingungsgefüge von Krankheitsentwicklung: das biologisch-organische, das psychische und das soziale. Diese stünden in sich ständig veränderter Wechselwirkung zueinander, wodurch sich sowohl Entstehung als auch Verlauf von Krankheit erklären ließen (vgl. Jungnitsch 1999, S.31).

Als grobe Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells kann das multifaktorielle Modell gesehen werden (vgl. Laging 2018, S.20). Kern dieses, 1973 von Paul Kielholz

und Dieter Ladewig vorgelegten, Modells ist die Einordnung des vorhandenen Wissens über Risiko- und Schutzfaktoren in eine Systematik von drei Kategorien, welche sich in einem Dreiecksverhältnis befinden: Droge, Person und Umwelt. Als Risiko- oder Schutzfaktoren der Kategorie „Person“ werden unteranderem eine prämorbide Persönlichkeit, die Genetik, das frühkindliche Milieu, die sexuelle Entwicklung und die aktuelle Stresssituation genannt. Unter „Droge“ werden u.a. die Art der Implikation, die Dosis, die Dauer, die Verfügbarkeit, die Toleranz und die individuelle Reaktion genannt. Die familiäre Situation, der Beruf, die Wirtschaftslage, der Sozialstatus, die Gesetzgebung, die Religion und Konsumsitten werden unter „soziales Milieu“ genannt. Die genannten Faktoren können dabei nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, da viele von ihnen in direkter Beziehung zu einander stehen, bspw. die familiäre Situation und die frühkindliche Situation. Das multifaktorielle Modell gilt heute, in verschiedenen Ausprägungen, als allgemein anerkannt und hat in der Forschung viel Beachtung gefunden (vgl. Laging 2018, S.25f).

1.1.2. Alkoholismus

In Anlehnung an Michael Soyka und Heinrich Küfner (2008, S.1f) stammt der Begriff „Alkohol“ aus dem Arabischen und bedeutet ursprünglich „feines Pulver“ oder „Augenschminke“. Heute wird unter dem Begriff die psychoaktive Substanz Äthylalkohol verstanden, welche Bestandteil alkoholischer Getränke wie Spirituosen, Wein, Bier etc. ist. Die Verwendung des Alkohols ist vielfältig. So wird er beispielsweise für rituelle religiöse Handlungen, in der Medizin, als Nahrungsmittel mit hohem Energiegehalt oder für technische Zwecke verwendet. Die Herstellung und Verwendung von Alkohol begleitet die Menschheit bereits seit prähistorischen Zeiten und hat das kulturelle Leben weltweit geprägt. Im Altertum und Mittelalter galten Bier und Wein als übliche Getränke zur Durstlöschung, während Wasser aufgrund seiner häufigen Verunreinigung kaum getrunken wurde. Zudem wurden alkoholische Getränke wegen ihrer psychoaktiven Wirkung (Rausch) und psychosozialen Funktion geschätzt. Der Rausch gilt als bewusstseinserweiternd und Verbindungsmittel zu einer geistig-spirituellen Welt. Die psychosoziale Funktion des Alkohols wird in einer Erleichterung des zwischenmenschlichen Kontakts, bedingt durch eine Herabsetzung der individuellen Hemmschwelle, gesehen (vgl. ebd., S.3).

Der Begriff des „Alkoholismus“ wurde 1852 durch den schwedischen Arzt Magnus Huss zur Bezeichnung körperlicher Folgeschäden von starkem Alkoholkonsum geprägt. Der Begriff gilt heute als ungenau, da er zwei zu trennende Phänomene umfasst: den Alkoholmissbrauch (schädlicher Gebrauch) und die Alkoholabhängigkeit.

Im allgemeinen Sprachgebrauch hat sich diese begriffliche Trennung nicht durchgesetzt und der Missbrauch und die Abhängigkeit von Alkohol werden weiterhin zusammenfassend als Alkoholismus bezeichnet. In Anlehnung an die Definition durch die amerikanischen Fachinstanzen National Council of Alcoholism and Drug Dependence und American Society of Addictive Medicine aus dem Jahre 1977 bezeichnet Alkoholismus eine „primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden". Diese verlaufe häufig fortschreitend und könne tödlich enden. Charakteristische Merkmale des Alkoholismus seien eine Verschlechterung des Kontrollvermögens in Bezug auf den Konsum von Alkohol, eine vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, ein, trotz besseren Wissens um die schädlichen Folgen, anhaltender Konsum sowie eine Leugnung des Konsums (vgl. Soyka/Küfner 2008, S.10).

1.1.3. Sucht- und Selbsthilfe

Suchthilfe

In den vergangenen Jahren hat das Arbeitsfeld der Suchthilfe für die Soziale Arbeit wesentlich an Bedeutung gewonnen. Ihre geschichtliche Entwicklung ist eng mit der der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 1.2.1: Historie) verbunden. Ihre historischen Anfänge lassen sich bereits vor der Zeit der Weimarer Republik in einer staatlich organisierten Trinkerfürsorge mit stationären und ambulanten Angeboten ausmachen. Diese wurde zunächst immer weiter ausgebaut und erlitt während der Zeit des Nazi-Regimes einen deutlichen Einbruch. In der Bundesrepublik Deutschland fand die Suchthilfe erst in den 60er Jahren wieder Einzug. Seit dem bahnbrechenden Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 (siehe Kapitel 1.1.1: Definition, Diagnose und Entstehung), hat sich ein vielfältig differenziertes Suchthilfesystem entwickelt (vgl. Laging 2018, S.105).

Heute verfügt Deutschland über ein breit ausgebautes System der medizinischen und sozialen Sicherung in der Suchtprävention und Suchthilfe (vgl. Laging 2018, S.111). Als zentrale Bereiche lassen sich die Angebote der Selbsthilfe, der Sozialen Rehabilitation, der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation, der Entgiftung und des qualifizierten Entzuges, der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen sowie niedrigschwellige Angebote wie Streetwork oder Konsumräume mit sozialarbeiterischer Betreuung ausmachen. Die Selbsthilfe mit bundesweit circa 8700 Gruppen stellt eine wichtige Säule der Suchtkrankenhilfe dar (vgl. ebd.).

Grundsätze

Beeinflusst und bestimmt wird die Suchthilfe wesentlich durch einen normativen Rahmen. Laging (vgl. 2018, S.106f) unterscheidet hier zwischen den relevanten Rechtsnormen (z.B. Gesetze, rechtliche Vorschriften und Verordnungen, internationale Abkommen), den fachlichen Normen (z.B. Standards der Sozialen Arbeit, Leistungsbeschreibungen, Qualitätsanforderungen) sowie den ethischen und sozialen Normen. Diese beeinflussen sich dabei gegenseitig und unterliegen gesellschaftlichen Veränderungen. Speziell das Feld der Suchthilfe zeichnet sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher, auch konträr positionierter Kräfte aus. "Strömungen aus der Bevölkerung, den politischen Parteien, der Sozialämter, der Justiz und der Polizei finden ihren Niederschlag wie bei kaum einer anderen Erkrankung: Es gibt eine Drogenpolitik, aber keine Diabetes- oder Schizophreniepolitik.“ (Laging 2018, S.106) Eine Betrachtung der aktuellen rechtlichen Rahmung lässt einen Schluss auf die grundsätzlichen Prinzipien der Suchthilfe zu. Eine umfassende systematische Aufarbeitung dieser erfolgte durch eine Arbeitsgruppe der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. 2014 (Internetquelle)).

„Suchtkranke Menschen werden gemäß § 3 der Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungsverordnung) als „Menschen mit seelischer Behinderung „gesehen, woraus sich Leistungsansprüche nach dem SGB XII ableiten lassen. Für die Suchthilfe hat dieser teilhabeorientierte Ansatz zur Folge, dass eine individuelle, personenzentrierte und damit auch kontextbezogene Haltung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen als Grundvoraussetzung gilt.“ (ebd., S.3 (Internetquelle))

Hier wird auf zwei zentrale Paradigmen, das der Personenzentrierung und das der Teilhabe, verwiesen. Unter Personenzentrierung wird eine Sichtweise verstanden, welche den individuellen Ressourcen und Kontextfaktoren eines suchtkranken Menschen im Beratungs- und Behandlungsprozess neue und große Bedeutung zumisst. Unter Teilhabe wird das Ziel verstanden, Menschen mit Behinderungen zu gleichberechtigten Bürger*innen zu machen. Das heißt, die Gesellschaft dem Menschen anzupassen, anstatt umgekehrt. Der behinderte Mensch wird somit nicht als Mensch mit Defiziten gesehen, sondern als ein an der vollen gesellschaftlichen Teilhabe gehinderter Mensch. Beide Paradigmen gelten heute als fachlich angezeigte Grundvoraussetzung. Dies zeigt sich u.a. in individuell angepassten Maßnahmeplänen sowie der Förderung und Unterstützung der Selbstbestimmung der Menschen, dem Wunsch- und Wahlrecht samt der Mitwirkung in den Einrichtungen und Diensten innerhalb des Beratungs- und Behandlungssettings (vgl. Laging 2018, S.107).

Die Frage der Abstinenz

Unter dem Stichwort des Abstinenzparadigmas beschreibt Laging (vgl. 2018, S.108f) eine seit Beginn der Entwicklung der Suchthilfe kontrovers geführte Diskussion. Die Vorstellung des Abstinenzparadigmas folgt demnach der Idee, eine Suchterkrankung sei in ihrer Entwicklung allein durch den Verzicht der entsprechenden psychoaktiv wirkenden Substanzen zu stoppen und die oftmals erheblichen den Konsum begleitenden sozialen und gesundheitlichen Schädigungen und Risiken (bspw. HIV-Infektion, sozialer Ausschluss, etc.) würden sich durch eine Abstinenz „von selbst erledigen". Würden diese Schädigungen und Risiken durch einzelne konsumakzeptierende Maßnahmen (bspw. freie Abgabe steriler Spritzen) vermindert, ohne die Sucht selbst zu bearbeiten, könne kein ein Risikobewusstsein entstehen und somit die Motivation, abstinent zu leben, verringert. „Auf diese Weise würden – so die Argumentation – alle Hilfen, die Leiden und Schäden verhindern oder begrenzen, einer Entwicklung von Abstinenz entgegenwirken." (Laging 2018, S.109) Als grundsätzliches Ziel der Suchthilfe kann hier also das abstinente Leben verstanden werden.

Laging kritisiert hier den Ausschluss derjenigen Adressat*innen, für die beispielsweise aufgrund bereits häufiger Erfahrungen des Scheiterns, einer grundsätzlichen Überforderung mit der Abstinenz oder einfach einer Vorstellung abseits einer abstinenten Lebensführung diese nicht in Frage kommt. „Unter der Prämisse eines ausschließlich abstinenzorientierten Hilfesystems werden diese Menschen de facto ausgeschlossen."(ebd.)

Joachim Körkel (vgl. 1997, S.80) beschreibt schädliche Folgen „krampfhafter Trockenheit" - das heißt bei ihm Suchthilfe, welche primär oder sogar ausschließlich auf Abstinenz abzielt - anhand diverser Beispiele. Einige abstinent Lebende seien demnach ohne den Konsum psychotroper Substanzen kaum oder überhaupt nicht in der Lage, Lebensfreude zu empfinden. „Sie nehmen am sozialen Leben nicht oder nur passiv teil, leben kärglich und isoliert vor sich hin und haben sich nicht nur gegen den Alkohol, sondern auch gegen die restliche Welt abgekapselt. Sie sind abgeschnitten, auf sich selbst zurück geworfen und vegetieren verpuppt einer erhofften besseren Zeit entgegen." (ebd.)

Dem Abstinenzparadigma gegenüber stehen zieloffene Hilfen, welche seit den 1970er Jahren entwickelt und angeboten werden. Diese zielen nicht vorranging auf ein Erreichen der Abstinenz, sondern auf eine Reduktion der schwersten Schädigungen und einer Verbesserung der Lebensqualität ab. Diese Angebote können beispielsweise in Substitutionsbehandlungen, Spritzentausch, Konsumräumen und

Wärmestuben bestehen (vgl. Laging 2018, S.109). In welchem Verhältnis die hier beschriebenen zieloffenen Angebote zur Abstinenz stehen, wird dabei kontrovers diskutiert. So kann es sich bei ihnen einerseits um niedrigschwellige Zugänge zu Hilfen, mit dem Ziel der Abstinenz, oder anderseits um eigenständige und gleichberechtigte Optionen abseits der Abstinenz handeln (vgl. ebd.).

Selbsthilfe

Brigitte Runge und Fritz Vilmar (nach Rohrmann 1999, S.19f) bezeichnen die Selbsthilfe als „grundlegende gesellschaftliche Verhaltensänderung: Nicht auf den Staat, die Ärzte, die Arbeit,geber‘ warten, die schlecht oder zu spät handeln, sondern selber handeln. Und nicht individuell, sondern gesellschaftlich-politisch, in wie kleinem Rahmen auch immer: die gemeinschaftliche selbstbestimmte Gestaltung von Lebensbedingungen.“

In Anlehnung an Burkhard Hill et al. (vgl. 2013, S.26f) lassen sich die späten 60er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland als Startpunkt der Entwicklung der freiwilligen und selbstorganisierten Selbsthilfeinitiativen, welche sich der Bearbeitung gesundheitlicher, psychischer oder sozialer Probleme widmen, ausmachen. (In den USA entstanden bereits in den dreißiger Jahren Selbsthilfegruppen wie die Anonymen Alkoholiker (vgl. Rohrmann 1999, S38).) Diese Entwicklung steht im Zusammenhang mit einer aufkommenden öffentlichen Kritik an den damaligen Behandlungsstrategien der Institutionen der Psychiatrie und des Gesundheitswesens. Es wurde eine Aufarbeitung deren Beteiligung während des Nationalsozialismus gefordert und die Frage gestellt, inwieweit ihre aktuellen Methoden weiterhin durch die Vorstellungen dessen geprägt würden. Weiterhin entstanden internationale Diskussionen darüber, inwiefern abweichendes Verhalten gesellschaftlicher Konstruktion und Funktionalisierung unterliege. Es entstanden Initiativen, die den althergebrachten Diagnosen, Methoden und Institutionen nicht nur misstrauten, sondern völlig unabhängig vom bestehenden System eigene Therapieformen etablieren wollten. So entwickelte sich die Antipsychiatriebewegung in Deutschland.

Es entstanden zahlreiche Initiativen und Projekte verschiedenster Art: Selbsthilfegruppen des psychologisch-therapeutischen, medizinischen, bewusstseinserweiternden, arbeitsorientierten, lern- und ausbildungsorientierten Bereichs sowie Bürgerinitiativen (vgl. ebd., S.28). Eckhard Rohrmann (vgl. 1999, S.23) bezeichnet, bei allen Unterschieden, die die Initiativen der Selbsthilfe zeigten, „ihre Ausrichtung gegen die Normen, Strukturen, Zwänge und Regeln des bürgerlichen Establishments“

als ihre wesentliche Gemeinsamkeit. Diese auch „Alternativbewegung“ genannten Initiativen und Projekte machten einerseits mit bewusst regelverletzenden Aktionen wie Häuserbesetzungen publikumswirksam auf sich aufmerksam und gewannen andererseits auch sozial- und arbeitsmarktpolitisch rasch an Bedeutung. Durch die strikte Ablehnung einer Förderung durch öffentliche Mittel, stieß die Bewegung im Verlauf ihrer rasanten Entwicklung bald an ihre qualitativen wie quantitativen Grenzen (vgl. ebd., S.24). Kam es zunächst noch zu Anfeindungen der Professionellen gegenüber der Selbsthilfe, veränderte sich bald das allgemeine Verständnis und Betroffene wurden als Experten ihrer eigenen Situation anerkannt. Das Bewusstsein über die Bedeutsamkeit der Gruppe für Erfahrungsaustausch, Identitätsarbeit, Ideenentwicklung und soziale Integration setzte sich zunehmend durch (vgl. Hill 2013, S.28).

In dem Jahr 1983 wurde erstmals in Deutschland der Selbsthilfe ein fester Betrag innerhalb des Sozialetats gewährt. Dies führte zu einer heftigen Debatte in der Bewegung, was schließlich dazu führte, dass sich viele Selbsthilfeinitiativen die Rechtsform des eingetragenen Vereins gaben, um einerseits staatliche Fördergelder annehmen zu können und gleichzeitig die alternative Identität nicht aufgeben zu müssen. Somit kam es schließlich zu der heute selbstverständlichen institutionellen Etablierung der Selbsthilfe in Deutschland (vgl. Rohrmann 1999, S.25f).

Als eine der ältesten Formen der Selbsthilfe gilt die im Suchtbereich. Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker (A.A.) mit ihrem Zwölf Schritte Programm und den wöchentlichen Meetings hat das Erscheinungsbild dieser speziell geprägt, sodass sich zahlreiche Gruppen nach ihrem Vorbild formten. So gibt es heute Al-Anon (Alcoholics Anonymous Family Groups) für die Angehörigen von alkoholabhängigen Menschen, Al-Ateen (Al-Anon Teenagergroup) für alkoholabhängige Jugendliche und NA (Narcotics Anonymous) für alle suchtkranken Menschen und viele mehr. Neben den Gruppen nach dem Vorbild der AA gibt es fünf weitere Selbsthilfe- und Abstinenzverbände mit Gruppen in fast allen deutschen Städten, welche alle unterschiedlichen Auffassungen von Sucht/Abhängigkeit zeigen und dementsprechend sehr unterschiedlich arbeiten. Während die AA und ihre Ableger jede Beteiligung professioneller Suchthelfer*innen ablehnen, verstehen sich einige andere Selbsthilfegruppen eher als Bindeglied oder Ergänzung zum professionellen System der Suchthilfe (vgl. Rohrmann, S.38f).

1.2. Soziale Arbeit

1.2.1. Historie

Während die Profession der Sozialen Arbeit kaum mehr als hundert Jahre alt ist, lassen sich ihre historischen Anfänge wesentlich früher ausmachen. Als Profession vielfältiger Tätigkeiten lässt sie sich nicht auf einen historischen Ausgangspunkt zurückführen. So ist die heutige Soziale Arbeit aus verschiedenen Traditionen der Fürsorge und Unterstützung hervorgegangen. Florian Eßer (vgl. 2018, S.15f) benennt zwei prägende institutionelle Formen der Hilfe: die Armenfürsorge in Zucht- und Arbeitshäusern sowie die Sorge um Findel- und Weisenkinder in Heimeinrichtungen. Besonders einflussreich für die spätere Soziale Arbeit zeigt sich zunächst die Armenfürsorge, welche sich wesentlich zwischen dem Ende des Mittelalters und der Frühen Neuzeit entwickelte. Konnten Arme und Kranke zuvor lediglich auf die Unterstützung der Gemeinschaft hoffen - wohlhabende Bürger*innen spendeten entweder direkt oder an die Kirche - wurde nun wie beispielsweise in dem Jahr 1370 in den „Nürnberger Bettel- und Armenverordnungen“ (Schilling/ Klus 2015, S.26) festgelegt, wie eine Stadt ihre Armen zu versorgen hatte. Zudem wurden die Möglichkeiten des öffentlichen Bettelns zunehmend eingeschränkt. Somit wurde die Armut im 15. und 16. Jahrhundert erstmals bürokratisiert und damit institutionalisiert (vgl. Eßer 2018, S.16).

Einen weiteren bedeutsamen Wendepunkt für die Soziale Arbeit stellt die industrielle Revolution mit ihren tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandlungen im 19. Jahrhundert dar. Eine mit der Veränderung der Produktionsbedingungen einhergehende massenhafte Landflucht sowie die zunehmend prekären Arbeitsbedingungen verschärften die soziale Not erheblich. Die als Manchester-Liberalismus oder auch Laissez-Faire-Liberalismus bekannt gewordene kapitalistische Wirtschaftsform setzte sich zunehmend durch. Diese war geprägt durch eine ausgesprochene Zurückhaltung des Staates, insbesondere was die Entstehung sozialer Missstände betraf (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon 2019 (Internetquelle)). „Nachdem eines der Hauptprobleme darin lag, dass mit den alten Strukturen auch die hergebrachten sozialen Unterstützungsnetzwerke nicht mehr funktionierten, stellte Soziale Arbeit eine mögliche Antwort unter anderem dar – zumindest um die Folgen der Armut zu bekämpfen.“ (Eßer 2018, S. 18) Durch die veränderte Gesellschaft zeigten sich also die angewandten Maßnahmen im Umgang mit Armut und Krankheit, welche in einer überwiegend privat organisierten Fürsorge bestanden, nicht länger als adäquat. Die professionelle Soziale Arbeit sollte diese neu entstandene soziale Lücke schließen (vgl. ebd.). Giovanna Berger (1979, S.44) benennt das Elberfelder System, welches nicht nur „Symptome kurieren, sondern den Ursachen der Armut auf den Grund gehen“ sollte, als prägend

für diese Entwicklung. Wichtige Aspekte dieses neuen Systems, welches 1853 in der Gemeinde Elberfeld in Wuppertal eingeführt wurde und schon bald als Vorbild für die europäische und amerikanische Soziale Arbeit galt, waren folgende: der Grundsatz der Dezentralisierung, der Grundsatz der Individualisierung und das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Damit erhielten die damals noch ehrenamtlich tätigen Sozialarbeiter*innen die direkte Befugnis, über die Gewährung individueller Leistungen zu entscheiden. Zudem wurde die Zahl der Sozialarbeiter*innen erheblich ausgeweitet und ihre jeweilige Höchstzahl an Fällen eingeschränkt, wodurch fallbezogen eine angemessenere Hilfe geleistet werden konnte. Diese individuellen Leistungen sollten nicht nur akute Bedürfnisse befriedigen, sondern der Armut präventiv entgegengenwirken (vgl. Berger 1979, S.45f).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts schließlich entstanden die ersten Ausbildungsstätten und Studiengänge der Sozialen Arbeit. Als Pionierin im deutschsprachigen Raum lässt sich Alice Salomon benennen, welche 1908 die wegweisende „Schule für Sozialarbeit“ in Berlin gründete (vgl. Eßer 2018, S. 18). In den USA gelten Mary Richmond in Baltimore und Jane Addams in Chicago als Vorreiterinnen der Entwicklung der Profession (vgl. Braches-Chyrek 2013). In England gelten das Engagement Arnold Toynbees und die Arbeiten des Ehepaars Henrietta und Samuel August Barnett als prägend für die Entwicklung (vgl. Lambers 2018, S.164f).

1.2.2. Global Definition of Social Work

Aus einer Tradition der Armenfürsorge hat sich die Soziale Arbeit heute zu einer eigenen Profession entwickelt. Als Grundlage dieser gilt die „Global Definition of Social Work“, welche 2014 in den Generalversammlungen des IFSW (International Federation of Social Workers) und IASSW (International Association of Schools of Social Work) verabschiedet wurde. Der DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.) hat diese wie folgt ins Deutsche übersetzt:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit und auf indigenes Wissen, der Human- und Sozialwissenschaften. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“ (DBSH 2016, S.2 (Internetquelle))

Demnach sind soziale Veränderung, Entwicklung und Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen die ersten Anliegen der Sozialen Arbeit. Dabei muss sich sozialarbeiterisches Handeln an den Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit und der Menschenrechte orientieren. Die hier genannten Ziele und Prinzipien sollen im Folgenden näher betrachtet werden.

Mit dem Ziel der sozialen Veränderung, Entwicklung und Zusammenhalt ist derartige Tätigkeit der Sozialen Arbeit gemeint, welche die Beseitigung oder Veränderung diskriminierender und unterdrückender sozialer Strukturen anstrebt. Diese Strukturen können auf persönlicher Ebene, auf familiärer Ebene, in kleinen Gruppen, der Gemeinschaft oder der Gesellschaft bestehen. Dazu gehört auch, dass die Soziale Arbeit sich für soziale Stabilität einsetzt, solange diese nicht der Ausgrenzung oder Unterdrückung bestimmter Personengruppen dient (vgl. DBSH 2014: Kommentar zur „Global Definition of Social Work“, S.1f (Internetquelle)).

Bei der „Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung des Menschen“ handelt es sich um eine Übersetzung des englischen Begriffs „empowerment“, welcher längst Einzug in die deutsche Fach- und Alltagssprache gefunden hat. In Anlehnung an Norbert Herriger (vgl. 1997, S.13) bezeichnet Empowerment - das heißt wörtlich so viel wie „Selbst-Bemächtigung“ - Entwicklungsprozesse, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, die sie benötigen, um ein, nach eigenen Maßstäben, besseres Leben führen zu können. Als historischer Ursprung der „Philosophie und Praxis des Empowerments“ wird die Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung in den USA gesehen. Die erste Beschreibung des Empowerment-Konzepts in der Literatur erfolgte 1976 durch Barbara Bryant Solomon unter dem Titel „Black Empowerment: social work in opressed communities“. Es enthält zahlreiche Beispiele für eine sozialraumbezogene Soziale Arbeit, die Prozesse der Selbstbemächtigung und der Inanspruchnahme von Stolz und Selbstwert anstößt und unterstützt (vgl. ebd., S.21f).

Weiterhin lässt sich der Begriff der Autonomie im Zusammenhang mit dem Subjekt in dem Handbuch für Soziale Arbeit von Hans-Uwe Otto et. al. (vgl. 2018, S.1674) als Voraussetzung und Ziel der Sozialen Arbeit finden. Demnach sei es Aufgabe der Sozialen Arbeit, das Individuum in seinem Subjektstatus gegen gesellschaftliche Zwangs- und Entfremdungsverhältnisse zu stärken und zur Kritik an diesen zu befähigen. Was das autonome Subjekt ausmache und inwiefern Autonomie überhaupt möglich sei, wird dabei unterschiedlich diskutiert.

Merkmale des zeitgenössischen autonomen Subjekts im Sinne der europäischen Aufklärung und des deutschen Idealismus seien die Fähigkeit,

- selbstständig die Welt zu erkennen,
- sich selbst und das eigene Denken zu objektivieren und das Bewusstsein der eigenen Identität,
- Handlungsalternativen gegeneinander abzuwägen und nachvollziehbar begründete Entscheidungen zu treffen,
- sich auf andere Subjekte und deren Interessen zu beziehen,
- der vernünftigen Kommunikation mit anderen,
- sich selbst als Autor*in der eigenen Geschichte zu verstehen (vgl. Otto 2018, S.1676).

In Anlehnung an die Bundeszentrale für politische Bildung (vgl. 2019 (Internetquelle)) bezeichnet soziale Gerechtigkeit moralisch begründete, akzeptierte und wirksame Verhaltens- und Verteilungsregeln bei der Verteilung von Gütern oder Lasten. Dr. Eric Mührel (2019, S.44) bezeichnet die soziale Gerechtigkeit als die „erste Tugend der Sozialethik mit Bezug auf jegliche menschliche Institution“. Soziale Gerechtigkeit stelle demnach die Frage nach den Bedingungen einer Gesellschaft für die Gewährleistung aller hinreichenden Güter für ein gutes und gelingendes Leben der Menschen.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte besteht aus 30 Artikeln, beschlossen im Jahre 1948 von den Vereinten Nationen. Ihr erster Artikel lautet: "Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit: Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geist der Brüderlichkeit begegnen.“ (Amnesty International: Menschenrechte 2019) Christian Spatscheck und Claudia Steckelberg (vgl. 2018, S.12) bezeichnen die Menschenwürde als die grundlegende Idee der Menschenrechte. Diese müsse bei allen Menschen gleichermaßen geachtet werden und sei bedingungslos an das Menschsein gekoppelt. Ihre Realisierung allerdings sei immer gebunden an Individuen, Institutionen und Gesellschaften, welche die Menschenrechte im sozialen, staatlichen, juristischen, familialen und gemeinschaftlichen Handeln achten und ihnen zur Geltung verhelfen. Die Bundeszentrale für politische Bildung (vgl. 2019: Menschenwürde (Internetquelle)) bezeichnet die Menschen-würde als einen unverlierbaren, geistig-sittlichen Wert eines jedes Menschen um seiner selbst willen. Damit sei der Anspruch des Menschen verbunden, der es verbietet, zum bloßen Objekt des Staates gemacht zu werden oder einer Behandlung ausgesetzt zu sein, die seine Qualität als Subjekt prinzipiell in Frage stellt. Die Würde des Menschen gilt im Grundgesetz als unantastbar,

sie zu schützen ist die Verpflichtung der staatlichen Gewalt. Sie ist damit rechtlich immer an die erste Stelle zu setzen.

1.2.3. Schema der Werte- und Prinzipienorientierung

In Anlehnung an Carmen Kaminsky benennt der DBSH (Ethik und Werte 2014, S.27 (Internetquelle)) das sechsstufige Schema der Werte- und Prinzipienorientierung der Sozialen Arbeit:

„1. Autonomie

2. Wohlwollen

3. Nichtschaden

4. Solidarität

5. Gerechtigkeit

6. Effektivität“

Grundlage dessen ist die Wahrung der sozialen Existenz des Individuums als Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit. Kaminsky (vgl. 2018, S.116) benennt drei wesentliche Komponenten der sozialen Existenz: Eigenständigkeit, Zugehörigkeit und Lebenssicherheit. Der Erhalt und die Förderung dieser bilden demnach die höchsten Werte der Profession. Für Kaminsky müssen alle Tätigkeiten der Sozialen Arbeit dem Erhalt oder der Förderung mindestens einer der genannten Komponenten dienen. Ist dies nicht der Fall, kann eine Tätigkeit als nicht im Sinne der Sozialen Arbeit bezeichnet werden.

Mit dem Wert der Eigenständigkeit ist die Möglichkeit und Fähigkeit gemeint, sich selbst als Subjekt wahrzunehmen und zu verstehen. Die Wahrnehmung des Selbst als Träger von Eigenschaften, Bedürfnissen, Interessen und Wünschen gilt es demnach stets zu wahren und zu fördern. Die Eigenständigkeit des Individuums gilt hier als notwendige Voraussetzung der Selbstwahrnehmung als Subjekt. Kaminsky geht hier davon aus, dass der Mensch innerhalb eines Sozialisationsprozesses, das heißt, im Austausch mit anderen Menschen, dazu gebracht und befähigt werden müsse, sich zum Subjekt zu entwickeln. Eigenständigkeit ist somit nicht bloß eine Eigenschaft des Individuums, welche es zu respektieren gilt, sondern es ist die konkrete Aufgabe der Sozialen Arbeit, das Maß der individuellen Eigenständigkeit zu erfassen und dieses, wenn nötig, zu fördern (vgl. ebd., S.117f).

Der Wert der Zugehörigkeit bezeichnet die Wahrnehmungsbedingungen des Individuums, wie auch die des umgebenden Sozialen. Das heißt, die Fähigkeit, sich als

Teil eines Interaktionszusammenhanges zu verstehen, gilt es hier zu erhalten und zu fördern. Damit sind zum einen die kognitiven, emotionalen und affektiven Möglichkeiten des Individuums, sich als zugehörig zu begreifen, gemeint. Zum anderen sind aber auch die sozialen Bedingungen, das heißt, bestimmte Sensibilitäten, Kenntnisse und Einstellungen der umgebenden Gesellschaft, gemeint. Eine Beurteilung dessen, ob und inwieweit die nötigen Voraussetzungen für die Zugehörigkeit des Individuums erfüllt sind, liegt demnach im konkreten Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit (vgl. Kaminsky 2018, S.119f).

Die dritte Komponente der gelingenden sozialen Existenz besteht in der Lebenssicherheit. Damit sind die Fähigkeit und die Möglichkeit, sich in situativ angemessenem Rahmen als unbedroht und versorgt wahrzunehmen, gemeint. Der Wert der Lebenssicherheit geht dabei über die faktische Abwesenheit von materieller Not und Gewalt hinaus und erkennt beispielweise auch psychotische Wahnvorstellungen als Bedrohung des Individuums an. Aufgabe der Sozialen Arbeit sind damit die Förderung und der Erhalt der individuellen Lebenssicherheit (vgl. ebd., S. 120f).

Kaminsky erweitert diese obersten Werte um die handlungsleitenden Prinzipien der Autonomie, Solidarität, Abwendung von Schaden und Wohlwollen. Die genannten obersten Werte und die Prinzipien stehen dabei in direkter Beziehung zu einander und bilden zusammen das Schema einer Werte- und Prinzipienorientierung (vgl. DBSH: Ethik und Werte 2014, S.27 (Internetquelle)).

Demnach steht an erster Stelle jedes sozialarbeiterischen Handelns die Wahrung der Autonomie der Adressat*innen. Ihre Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit wahrzunehmen, zu respektieren und zu fördern, ist damit die oberste Pflicht der Sozialen Arbeit. Jegliche Zwangskontexte wie beispielsweise Psychiatrie und Strafvollzug sind somit als Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit in Frage zu stellen. An zweiter Stelle steht das Wohlwollen gegenüber den Adressat*innen. Damit ist gemeint, dass alle sozialarbeiterischen Handlungen dem Wohle der Adressat*innen dienen müssen. An dritter Stelle steht das Nichtschaden. Damit ist gemeint, dass keine sozialarbeiterische Handlung zum Schaden der Adressat*innen führen darf. Darüber hinaus ist an dieser Stelle auch der Schutz vor einer möglichen Verschlechterung der individuellen Lebenssituation der Adressat*innen gemeint. An vierter Stelle steht die Solidarität. Diese meint eine eindeutige Parteilichkeit der Profession der Sozialen Arbeit für die Gruppe der Adressat*innen. Das heißt, die individuellen Interessen der Adressat*innen sind immer an die erste Stelle zu setzen und dürfen nicht denen beispielsweise des Staates vorgezogen werden. An fünfter Stelle steht die Gerechtigkeit. Diese meint eine nichtbeliebige, sondern ethisch begründbare Verteilung von Ressourcen an die

verschiedenen Gruppen der Adressat*innen. An sechster Stelle steht die Effektivität. Diese verpflichtet die Profession auf die Wirksamkeit der sozialarbeiterischen Handlungen und die damit verbundene Vermeidung von Fehlinvestitionen (vgl. ebd., S.27 (Internetquelle)).

1.1. Methodisches Vorgehen

Die Geschichte der Sozialen Arbeit, die Global Definition of Social Work sowie das Werte- und Prinzipienschema nach Kaminsky verweisen auf wichtige Prinzipien der Sozialen Arbeit: Dezentralisierung, Individualität, Hilfe zur Selbsthilfe, Sozialer Wandel, Empowerment, (soziale) Gerechtigkeit, Menschenrechte, Autonomie, Nichtschaden, Wohlwollen, Solidarität, und Effektivität. Besondere Gemeinsamkeit bildet dabei das Bemühen der Profession, sozial benachteiligte und von Unterdrückung betroffene Menschen, aus der ihnen auferlegten Position der Ohnmacht zu befreien. Dazu gehört in erster Linie die Förderung der individuellen Autonomie der Betroffenen, unter der Bedingung, dass jede Intervention zum einen eine Schädigung derjenigen vermeidet und sich zum anderen ausschließlich an ihrem Interesse orientiert. Das heißt auch, dass kein Mensch aufgrund seiner Herkunft, Sexualität, Religion, etc. ausgeschlossen werden.

Daraus ergeben sich die folgenden Prinzipien: Förderung der Autonomie, Nichtschaden und Parteilichkeit. Diese drei Prinzipien gelten als Essenz der vorangegangen Erläuterungen und bilden daher im weiteren Verlauf dieser Arbeit die Grundlage zur Analyse der Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker.

2. Anonyme Alkoholiker: Analyse

In dem folgenden Kapitel wird die Selbsthilfegemeinschaft der Anonymen Alkoholiker dargestellt und mithilfe der drei zentralen Prinzipien der Sozialen Arbeit analysiert.

Dazu erfolgt eine Darstellung der Entstehungsgeschichte und der Organisationsstruktur der Gemeinschaft, sowie eine Erläuterung des ihnen zugrundeliegenden Verständnisses von Alkoholismus und Spiritualität. Zudem werden die Bedeutung und die Formen der Meetings und schließlich das Zwölf Schritte Programm beschrieben. Dabei wird stets die Frage nach der Erfüllung der drei Prinzipien der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 1.3: Methodisches Vorgehen) gestellt.

2.1. Historie

Die Geschichte der Anonymen Alkoholiker beginnt mit der Geschichte von Bill Wilson. In dem von den Mitgliedern genannten „Big Book“ (AA 2017) beschreibt Bill seinen Werdegang. Diesen beginnt er mit seinen Jahren als junger Erwachsener. Bills Kindheit, die psychische Erkrankung seiner Mutter, die Trennung der Eltern, das Aufwachsen bei einem anspruchsvollen Großvater, der Tod seiner Jugendliebe Berta, eine drei Jahre andauernde schwere Depression und der anschließende Schulabbruch werden hier ausgelassen (vgl. Fritz 2001, S.54ff). Stattdessen beginnt seine Geschichte mit seinem ersten Kontakt mit Alkohol.

Das erste Mal trank Bill im Krieg. „In diesem Drunter und Drüber entdeckte ich den Alkohol. Eindringliche Warnungen und Vorurteile meiner Familie gegen das Trinken waren vergessen. – Kurz danach waren wir auf dem Weg nach Europa. Ich fühlte mich sehr einsam und wandte mich wieder dem Alkohol zu.“ (AA 2017, S.1) Bill wurde bereits mit 21 Jahren als Veteran aus dem Kriegsdienst entlassen und war überzeugt, jetzt das ganz große Geld zu machen. Er arbeitete bei einer Versicherungsgesellschaft, machte einen Kurs in Rechtswissenschaften und begann, sich nebenbei für die Wall Street zu interessieren. „Aus dieser Verbindung von Suff und Spekulationen begann ich die Waffe zu schmieden, die sich eines Tages wie ein Bumerang gegen mich richten und mich kaputt machen würde.“ (ebd., S.2)

Bill schaffte es, den wirtschaftlichen Aufschwung der späten 1920er Jahre für sich zu nutzen und Geld und Beifall „flogen ihm nur so zu“, bis der Zusammenbruch der Börse 1929 auch ihn schwer traf. Er las in den Zeitungen von Menschen, die sich von den hohen Finanzgebäuden in den Tod stürzten und reagierte angewidert. Im Alkohol fand er neuen Mut und wenige Monate später hatte er sich finanziell vollständig erholt. Diesmal war es der Alkohol, der seinen Erfolg beendete. „Aber bald trank ich wieder - und mein großzügiger Freund war gezwungen, mich fallen zu lassen. Diesmal waren

wir endgültig pleite.“ (AA 2017, S.5) Es folgte ein Abwärtsstrudel der Unsicherheit und Demütigung. Seine Frau musste eine Stellung in einem Kaufhaus annehmen, um die Familie zu ernähren, während Bill als „stadtbekannter Trunkenbold“ herumzog und weiter Schulden machte.

Nachdem er sich 1932 ein vielversprechendes Aktiengeschäft durch eine „neue Sauftour“ verdarb, beschloss er, mit dem Trinken aufzuhören. „Kurz danach kam ich dennoch betrunken nach Hause. (…) War ich verrückt? Bei so viel Unüberlegtheit schien ich nicht weit davon entfernt zu sein.“ (ebd., S.6) Es folgte ein weiterer Versuch, nicht mehr zu trinken, welcher eine Weile anhielt. „Eines Tages betrat ich ein Café, um zu telefonieren. Plötzlich stand ich an der Bar, ohne zu wissen, wie ich dahin gekommen war. Als mir der Whiskey zu Kopf stieg, sagte ich mir, dass ich es das nächste Mal besser machen würde. Jetzt wollte ich mich erst einmal besser fühlen und ließ mich volllaufen.“ (ebd., S.7) Mit diesem Rückfall hatte Bill den Glauben an seine eigene Willensstärke verloren.

Etwa zwei Jahre später wurde er von seiner Mutter mit schwerem Untergewicht in ein Rehabilitationszentrum eingewiesen. Dort wurde sein „Hirn wieder klar“ und er hörte zum ersten Mal davon, dass Alkoholismus eine Krankheit sei. „Es erleichterte mich irgendwie, als ich erfuhr, dass Alkoholiker einen erstaunlich geschwächten Willen haben, wenn es darum geht, gegen den Alkohol zu kämpfen, obwohl dieser Wille in anderer Beziehung oft stark bleibt.“ (ebd., S.8) Er schöpfte neue Hoffnung, doch ein erneuter Rückfall folgte bald. Seiner Frau wurde mitgeteilt, dass sein physischer wie psychischer Zustand lebensbedrohlich seien. Bill hatte seinen Tiefpunkt erreicht.

Die Wende kam mit dem Besuch eines alten Freundes, der Gerüchten zufolge wegen „alkoholischen Irrsinns“ in eine Klinik eingewiesen worden war. „Die Tür ging auf, er stand da, frisch rasiert und strahlend. Da war etwas in seinem Blick. Er war auf unerklärliche Weise verändert. (…) Lächelnd sagte er einfach: „Ich habe meinen Glauben gefunden.““ (ebd., S.10f) Dieser Freund, Eddy T., war im Rahmen der Oxford Gruppen Bewegung (OGB) abstinent geworden (vgl. Murken 1994, S.16). Die OGB entstand in den 1920er Jahren um den lutherischen Pfarrer Frank Buchmann in den USA. Dieser war überzeugt, dass es eine göttliche Bestimmung für die Welt und jeden einzelnen Menschen gebe und dass moralische Kompromisse den Charakter sowie zwischenmenschliche Beziehungen zerstören würden. Die Bewegung nannte sich bald um in „Moralische Aufrüstung“ und ist heute unter dem Namen „Initiative der Veränderung“ noch immer aktiv (vgl. Initiative der Veränderung: Geschichte 2019 (Internetquelle)).

Bill, der sich eigentlich als Atheist verstand, war zunächst skeptisch, ließ sich aber bald überzeugen. „Aber nun saß mein Freund vor mir und erklärte mir gerade heraus, dass Gott für ihn das getan hatte, was er selbst für sich nicht hatte tun können.“ (AA 2017, S.13) Dieser Freund schlug Bill vor, sich einen eigenen Begriff von Gott für sich zu suchen und Bill entwickelte den Ausdruck der „Macht, größer als wir selbst“. Während eines weiteren Alkoholentzugs in einem Krankenhaus „empfahl ich mich demütig Gott, wie ich Ihn damals verstand und bat Ihn, mit mir zu tun, was Er wolle.“ (ebd., S.15) Gemeinsam mit seinem Freund machte Bill eine Liste von Menschen, die er verletzt hatte und überdachte seine Art zu urteilen. „Einfach, aber nicht leicht: ein Preis musste bezahlt werden. Das bedeutete Zerstörung der Ichbezogenheit. Ich muss mich in allem an den Vater des Lichts wenden, der über uns allen steht.“ (ebd., S.16) Bill erlebte eine spirituelle Erfahrung, die ihn mit bisher nicht gekanntem Frieden und Gelassenheit erfüllte. Er erlebte weiterhin bei sich das Bedürfnis zu trinken und entdeckte als Umgang damit, sich um andere Alkoholiker zu kümmern. „Oft bin ich verzweifelt zu meinem alten Krankenhaus gegangen. Wenn ich mich dort mit jemandem unterhielt, war ich verblüfft, wie schnell ich wieder aufgerichtet und auf die Füße gestellt war.“ (AA 2017, S.18) Er fand seine neue Lebensaufgabe darin, anderen Alkoholikern seine eigene spirituelle Erfahrung nahe zu bringen. Im Mai 1935 suchte Bill während einer misslungenen Geschäftsreise und dem daraus resultierenden Bedürfnis zu trinken, einen anderen Alkoholiker auf. Durch dieses Erlebnis wurde „Dr. Bob“, so hieß der Alkoholiker, abstinent und schloss sich Bill an. Bill und Dr. Bob bildeten die ersten beiden Mitglieder der „Anonymen Alkoholiker“. Gemeinsam versuchten die beiden, anderen Alkoholikern mit den Prinzipien der OGB zu helfen. Bald aber entwickelten sie eigene Ideen und das „Zwölf Schritte Programm“ entstand. „Die AA wollten inklusiver, weniger evangelikal, anonym und ohne Zwang und Kontrolle arbeiten.“ (Murken 1994, S.16)

Bill, seine Frau und Dr. Bob bauten gemeinsam die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker auf, welche sich rasant zunächst in den USA und später auf der ganzen Welt verbreiten sollte. Amerikanische Soldaten brachten das Programm 1953 nach Deutschland, wo es in den sechziger Jahren einen enormen Aufschwung erlebte (vgl. AA 2018: Dienen in AA (Internetquelle)). Heute treffen sich in der Bundesrepublik wöchentlich etwa 2.000 Gruppen, weltweit etwa 93.000 Gruppen in 131 Ländern und die Zahl der Mitglieder wird weltweit auf etwa 2,1 Millionen geschätzt (vgl. Murken 1994, S.16).

2.2. Einführung

„Die Anonymen Alkoholiker sind Menschen aller Völker, Kulturen, Bekenntnisse und sozialer Schichten, die ein gemeinsames Problem haben – den Alkoholismus.“ (Anonyme Alkoholiker 2019: Präambel (Internetquelle))

Um diesem gemeinsamen Problem zu begegnen, schließen sich die Anonymen Alkoholiker (AA) weltweit zu Gruppen zusammen, besuchen meist wöchentliche Gruppentreffen und praktizieren das Zwölf Schritte Programm. Als einzige Möglichkeit die Genesung des Alkoholismus zu erreichen, sehen sie eine abstinente Lebensführung (vgl. ebd.).

Es handelt sich bei den AA um eine Selbsthilfegemeinschaft im Bereich der Suchthilfe (siehe Kapitel 1.1.3: Sucht- und Selbsthilfe). Sie bezeichnen nicht als eine Organisation im eigentlichen Sinne, da sie keine Mitgliedsbeiträge oder sonstigen finanziellen Verpflichtungen erheben. Einzige Voraussetzung für die Mitgliedschaft sei „der ehrliche Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören“ und der Hauptzweck der Gemeinschaft liege darin, „nüchtern zu bleiben und anderen Alkoholikern zur Nüchternheit zu verhelfen“ (AA 2017, Präambel). Die Gemeinschaft finanziert sich durch Spenden (vgl. AA 2019: Unsere Idee (Internetquelle)) und wird durch das Weltdienstbüro mit seinem Sitz in New York verwaltet. Dieses koordiniert auch die Anfertigung und den Vertrieb der A.A.-Literatur. Die Autor*innen der A.A.-Literatur arbeiten ehrenamtlich und sind, wie alle Mitglieder, anonym (vgl. AA 2019: Literatur (Internetquelle)). Allerdings werden im Impressum der deutschen Internetseite der Geschäftsführer Wolfgang Laske sowie drei Vertreter der AA Deutschland namentlich genannt (vgl. AA 2019: Impressum (Internetquelle)).

Das Konzept der AA wurde 1939 in dem „Big Book“ (AA 2017) von Bill Wilson, dem Begründer der AA, programmatisch dargestellt. Dabei handelt es sich nicht nur um eine Schritt-Anleitung, um ein abstinentes Leben zu erreichen. Das Big Book soll seine Leser*innen von der Existenz einer höheren Macht und der Erkenntnis, das eigene Leben in die Hände dieser zu legen, überzeugen. „Sein [Big Book] wichtigstes Anliegen ist, Sie eine Kraft finden zu lassen, die größer ist, als Sie selbst und die Ihr Problem lösen wird.“ (AA 2017, S.52) Die aktuelle deutschsprachige Ausgabe des Big Book enthält zunächst die Lebensgeschichte von Bill sowie eine Erläuterung des Zwölf Schritte Programms. Dieser erste Teil des Big Book ist seit der ersten Ausgabe unverändert. Es folgen verschiedene Erfahrungsberichte von Mitgliedern im zweiten Teil sowie eine Darstellung der Zwölf Traditionen und verschiedene Schriften über die AA im dritten Teil. Das Big Book ist im deutschen Online-Shop der AA ab 12,- Euro

erhältlich, die Kosten der übrigen AA-Literatur variieren von 1,10 bis 14,- Euro (vgl. AA 2019: Literatur (Internetquelle)).

Die äußere Organisationsform der Selbsthilfe der AA kann als im Sinne der Prinzipien der Förderung der Autonomie und der Parteilichkeit mit Betroffenen bezeichnet werden. Die AA schließen niemanden aus, sie bieten benachteiligten Gruppen ein niederschwelliges und Stigmatisierungsprozesse vermeidendes Angebot der Hilfe. Die Teilnahme an den Meetings und die Praktizierung der Zwölf Schritte sind kostenlos und die AA scheinen auch sonst keine verpflichtenden finanziellen Ansprüche an ihre Mitglieder zu stellen. Ob durch die Mitgliedschaft eine Verschlechterung der Situation der Betroffenen eintreten könnte, lässt die äußerliche Betrachtung der AA erstmal nicht vermuten.

2.3. Meetings

Für die AA sind es zwei grundlegende Elemente um dauerhafte Abstinenz zu erreichen, die regelmäßige Teilnahme an den Meetings und die individuelle Anwendung der Zwölf Schritte auf das gesamte Leben (vgl. Murken 1994, S.17).

Als Meetings werden die wöchentlich stattfindenden ritualisierten Gruppentreffen der AA bezeichnet. Es gibt drei Formen von Meetings, das geschlossene, das offene und das öffentliche. Zu dem geschlossenen Meeting können alle kommen, die sich selbst als Alkoholiker sehen und/oder mit dem Trinken aufhören möchten. Hier gilt, jede/r spricht nur für sich selbst und die eigenen Gefühle. Dazu gehört, dass keine Kritik geübt und keine Ratschläge erteilt werden. Um die Anonymität der Betroffenen zu wahren, werden keine Nachnamen genannt. Die Betroffenen sollen hier lernen, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind und sich schambefreit die eigenen Schwächen eingestehen zu können. Zu den offenen Treffen können auch Angehörige und Freunde der Betroffenen erscheinen. Der Ablauf unterscheidet sich kaum von den geschlossenen Treffen, lediglich die Themenschwerpunkte finden auf einer anderen Ebene statt. Zu den öffentlichen Meetings können alle Personen kommen, die sich von den AA angesprochen fühlen oder in sonst einer Weise interessiert sind. Sie dienen eher der Information als des persönlichen Austausches und lassen es zu, Fachkräfte wie Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, oder Geistliche sprechen zu lassen. Alle Meetings sollen grundsätzlich Mut machen und neue Hoffnung geben (vgl. AA 2019: Was ist ein AA-Meeting (Internetquelle)).

In den Meetings sollen die Betroffenen auf Verständnis und Zugehörigkeit stoßen. Sie sollen von den Erfahrungen der anderen Mitglieder lernen und Handlungsalternativen

entwickeln. Durch die Treffen wird Scham- und Stigmatisierungsprozessen entgegengewirkt, wodurch die Betroffenen eine gelassenere Alltagsbewältigung erleben können. Somit stellen die Meetings eine Möglichkeit dar, eine autonomere Lebensführung der Betroffenen zu befördern.

Abgesehen von dem Wunsch nach einem abstinenten Leben, gibt es keine Voraussetzungen, um an den geschlossenen Meetings teilnehmen zu können. Es werden keine Teilnahmegebühren oder Mitgliedsbeiträge erhoben, es gibt keine bestimmte vorausgesetzte konfessionelle Zugehörigkeit und scheint keinen Ausschluss beispielsweise im Falle des fortgesetzten Alkoholkonsums zu geben. Die Teilnahme an den Meetings gibt somit erstmal keinen Hinweis auf eine mögliche Schädigung oder Verschlechterung der Situation der Betroffenen.

Die offenen und öffentlichen Treffen können durch eine verständnisvolle und schambefreite Auseinandersetzung mit dem Alkoholismus einen Beitrag zu dem Abbau struktureller und individueller Diskriminierungen bewirken. Sie sind somit als im Sinne des Prinzips der Parteilichkeit zu bezeichnen.

2.4. Verständnis von Alkoholismus

„Eine derartige Krankheit (…) beeinträchtigt unsere Umgebung sowie keine andere Krankheit. Hat jemand Krebs, wird er von allen bemitleidet und keiner ist verärgert oder verletzt. Nicht so aber bei der Alkoholkrankheit, denn mit ihr geht eine Vernichtung aller Dinge einher, die den Wert des Lebens ausmachen. Sie zieht alle mit herunter, deren Leben mit dem Leidenden verbunden ist. Diese Krankheit hat in ihrem Gefolge: Missverständnisse, tiefe Verärgerung, finanzielle Unsicherheit, angewiderte Freunde und Arbeitgeber, ein grausames Leben unschuldiger Kinder, unglücklicher Frauen und Eltern.“ (AA 2017, S.22)

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker beschreibt den Alkoholismus als eine von drei Erscheinungsformen des Alkoholkonsums. Hier wird unterschieden in drei „Trinker-Typen“. „Normal trinkende Menschen“, hätten demnach kaum Schwierigkeiten, den Konsum von Alkohol zu beenden. „Sie können trinken oder es jederzeit sein lassen.“ (ebd., S. 25) Weiterhin wird der „Typ des harten Trinkers“ beschrieben. Diese Erscheinungsform könne unter Umständen zu körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen führen. „Schlechte Gesundheit, große Liebe, eine neue Umgebung oder ein strenger Arzt können ihn veranlassen, ganz aufzuhören oder nur noch mäßig zu trinken.“ (ebd.) Die Abstinenz könne hier mühsam und schwierig sein und möglicherweise ärztliche Hilfe beanspruchen (vgl. ebd.). Die dritte Erscheinungsform, der

„echte Alkoholiker“, könne den Konsum zunächst kontrollieren, ab einem „Punkt seiner Trinkerlaufbahn“ allerdings verliere er diese Fähigkeit zur Kontrolle. Er betrinke sich besonders dann, wenn wichtige Entscheidungen zu treffen wären oder Verabredungen eingehalten werden müssten. Dieser Alkoholiker sei oft vernünftig und ausgeglichen, nur wenn es um den Alkohol geht, sei er „unglaublich unehrlich und selbstsüchtig“. Er besäße oft besondere Fähigkeiten und Begabungen und hätte eine vielversprechende Karriere vor sich, die er durch eine „sinnlose Serie von Besäufnissen“ kaputt mache (vgl. AA 2017, S.25f). Ein kontrollierter Konsum von Alkohol sei für diese Erscheinungsform nie wieder möglich (vgl. ebd., S.35).

Die vorgenommene Klassifizierung der Trinker-Typen durch die AA soll in erster Linie als bloße Beschreibung von Erscheinungsformen dienen (vgl. ebd., S.27). Dennoch dient sie den AA auch als Grundlage, um von der Erscheinungsform, also dem Verhalten (Alkoholkonsum), auf das Wesen des Individuums (Alkoholiker) zu schließen. Der Beweis für die jeweilige Klassifizierung wird dabei aus dem jeweiligen Verhalten geschlossen und erklärt sich auf tautologische Weise. „Wir wissen, dass kein Alkoholiker jemals wieder kontrolliert trinken kann.“ (ebd., S.35) Diese Aussage gilt den AA durch die Klassifizierung der Trinker-Typen als bewiesen. „Ob jemand ohne spirituelle Grundlage aufhören kann, hängt davon ab, wie weit er seine Entscheidungsfähigkeit schon verloren hat, ob er trinken will oder nicht.“ (ebd., S.40) Dass die Mitglieder der AA dies dennoch schaffen, gilt ihnen als Beweis für eine höhere Macht, die es schafft, das Unmögliche möglich zu machen. Das heißt, der „echte“ Alkoholiker kann den Konsum nicht kontrollieren, was wiederum daran erkannt werden kann, dass er den Konsum nicht kontrollieren kann. Ist er eines Tages, und ohne die Absolvierung des Zwölf Schritte Programms, doch dazu in der Lage, hatte er die Kontrollfähigkeit (noch) nicht verloren und wird damit nicht als „echter“ Alkoholiker klassifiziert. Wird die langfristige Abstinenz mit Hilfe der AA erreicht, handelt es sich um den Beweis für die Existenz eines Gottes und auch für die Funktionalität des Programms.

In dem Big Book (AA 2017) lassen sich verschiedene Erklärungsansätze für die Entstehung des Alkoholismus finden. So wird der Arzt William D. Silkworth zitiert, welcher den Alkoholismus grundsätzlich als eine allergische Reaktion beschreibt. „Wir glauben (…), dass die Wirkung des Alkohols bei diesen chronischen Alkoholikern eine Allergie auslöst; denn die Erscheinungsform des süchtigen Verlangens ist auf diese Gruppe begrenzt und kommt beim durchschnittlichen, maßvollen Trinker nie vor.“ (AA 2017, S.XXXI) Es handle sich also um eine, auf eine spezifische Gruppe von Menschen begrenzte, körperliche Reaktion auf die im Alkohol enthaltenen chemischen

Stoffe. Diese Sicht entspricht im Wesentlichen dem bio-medizinischen Erklärungsmodell nach Trotter (siehe Kapitel 1.1.1 Definition, Diagnose und Entstehung), allerdings wird dort nicht von einer Begrenzung der Wirkung auf eine spezifische Gruppe von Menschen ausgegangen. Weiterhin spricht Silkworth von einem begründeten Konsum: „Die Wirkung, die der Alkohol hervorruft, ist für Männer und Frauen der wesentliche Grund zum Trinken." (AA 2017, S.XXXII) Hier handle es sich bei dem Konsum von Alkohol demnach um eine willentliche, begründungsbasierte Entscheidung des Individuums, was im direkten Widerspruch zu der zuvor genannten Alkoholallergie und zu den Ausführungen der AA über den Verlust der Kontrollfähigkeit, steht. Ebenso spricht er von der „Gewohnheit" des Trinkens (vgl. ebd., S.XXXI), was einem Verständnis der Konditionierung entsprechen könnte und beiden zuvor genannten Ansätzen widerspricht.

Die weiteren Erläuterungen des Big Book verweisen grundsätzlich auf ein bio-medizinisches und psychopathologisches Verständnis des Alkoholismus. So sitze das „Hauptproblem des Alkoholikers in seinem Kopf und weniger in seinem Körper" (AA 2017, S.27f), was auf eine psychische Erkrankung verweist und damit der Auffassung der Alkoholallergie von Silkworth widerspricht. Ebenso werden „geistige Zustände" des „reinen Wahnsinns" und „Mangel an Selbsteinschätzung und Fähigkeit, logisch zu denken" genannt, die dem Rückfall voraus gingen und „offensichtlich die Wurzel des Problems" ausmachten (vgl. ebd., S.40f). Die AA sprechen hier von dem „alkoholischen Denken", welches charakteristisch für jeden Alkoholiker sei (vgl. ebd., S.41ff). Damit ist ein Zustand der Abwesenheit von Vernunft und Willenskraft gemeint, welcher sich auf den Konsum von Alkohol beschränke. An dieser Stelle werden auch Gründe für das Trinken, wie Nervosität, Ärger, Sorgen, Depression und Eifersucht, genannt. Diese seien allerdings sinnlos und unzureichend und es fehle bei Alkoholikern jede ernsthafte und nützliche Einsicht in die Konsequenzen des eigenen Handelns (vgl. ebd., S.43). Weiterhin wird von der „Veranlagung zum Alkoholismus" gesprochen, was auf eine genetische Komponente verweist (vgl. ebd., S.29).

Abweichend von der bio-medizinischen Erklärung wird der Alkoholismus auch stellenweise als ein vom Menschen selbst konstruiertes Problem bezeichnet: „Wir glauben, dass wir unsere Schwierigkeiten im Wesentlichen selbst geschaffen haben." (AA 2017, S.72) Ebenso wird in den Erläuterungen des Zwölf Schritte Programms angedeutet, der Konsum sei lediglich ein Symptom individueller Charakterfehler. An dieser Stelle wird vom Alkoholismus von einer neben einer körperlichen und geistigen auch von einer seelischen Erkrankung gesprochen. Die seelische Komponente sei dabei

entscheidend für die Genesung, Körper und Geist würden einer seelischen Genesung nachziehen (vgl. ebd., S.74).

Die Praktizierung der Zwölf Schritte, welche im Wesentlichen die spirituelle Verbindung zu Gott herstellen und vertiefen sollen, als Mittel der Genesung vom Alkoholismus, lässt darauf schließen, dass eine mangelhafte Spiritualität als Ursache für den Alkoholkonsum verstanden wird (siehe Kapitel 2.6: Zwölf Schritte Programm). Auch eine fehlerhafte Anwendung des Glaubens wird als ursächlich für den Konsum genannt. „Aber machen Sie ihn darauf aufmerksam, dass er seinen Glauben und seine Erkenntnisse, wie tief sie auch sein mögen, nicht richtig angewandt hat, sonst würde er nicht trinken.“ (ebd., S.108)

An anderer Stelle wird die Möglichkeit, den Alkoholismus derzeit überhaupt zu erklären, geleugnet: „Es ist eine Tatsache, dass die meisten Alkoholiker aus noch unbekannten Gründen die Macht verloren haben, beim Trinken eine freie Entscheidung zu treffen. Unsere sogenannte Willenskraft existiert nicht mehr.“ (ebd., S.29) Die AA verweisen hier auf den Kern des bio-medizinischen Verständnisses und auch den ihrer eigenen Auffassung von Alkoholismus: Einer durch den Konsum von Alkohol verursachten Abwesenheit des freien Willens und die damit einhergehende Erfahrung des extremen Kontrollverlustes. Für die AA handelt es sich beim Alkoholismus also um eine durch den Konsum verursachte Einschränkung der individuellen Autonomie, die es wiederherzustellen gilt.

Das Umgehen dieses Kontrollverlustes, also die Abstinenz, stelle dabei die einzige Möglichkeit dar, den Krankheitsverlauf aufzuhalten und die damit verbundenen körperlichen und sozialen Schädigungen zu verringern (vgl. ebd., S.35). Abstinenz allein sei dabei nur ein Anfang (vgl. ebd., S.23) und eine Aufrechterhaltung der Abstinenz sei ohne die Hilfe einer Höheren Macht nicht möglich (vgl. ebd., S.45, S.51). Das Zwölf Schritte Programm (siehe Kapitel 2.6: Zwölf Schritte Programm) dient den AA als Anleitung, die persönliche Verbindung zu dieser Höheren Macht zu finden und zu vertiefen.

Das Verständnis der AA des Alkoholismus ist ein widersprüchliches. Im Zentrum des Problems steht für sie die Abwesenheit der Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Konsum von Alkohol. Eine Genesung vom Alkoholismus könnte demnach diese Kontrollfähigkeit wiederherstellen und einen Beitrag zur Förderung der Autonomie der Betroffenen darstellen. Die Abstinenz ist für die AA in Verbindung mit der Praktizierung der Zwölf Schritte, die einzige Möglichkeit, die Krankheit Alkoholismus aufzuhalten. In dieser Logik stellt sie einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Praktizierenden dar, entspräche also dem Prinzip des Nichtschadens. Ihre Herleitung

der Notwendigkeit der Abstinenz - und damit auch die des Programms der AA - durch die Klassifizierung der Trinker-Typen ist dabei allerdings eine tautologische und damit hinfällig.

An dieser Stelle schließt sich die Frage an, ob eine abstinente Lebensführung eine Selbstschädigung der Betroffenen darstellt und demnach überhaupt im Sinne des Prinzips des Nichtschadens gesehen werden kann. Ob und inwieweit der Konsum von Alkohol zu gesundheitlichen Schädigungen führt, wird in der Wissenschaft wie in der Gesellschaft strittig diskutiert (vgl. Müller 2016: Täglich ein Glas Wein (Internetquelle)) und ist dabei abhängig von sich ständig verändernden gesellschaftlichen Normen (siehe Kapitel 1.1.3: Sucht- und Selbsthilfe). Ein gänzlicher Verzicht kann beispielsweise aufgrund seiner wichtigen kulturellen Funktion eine Selbstschädigung darstellen, während ein starker Konsum zu erheblichen gesundheitlichen Schädigungen führt (siehe Kapitel 1.1.2: Alkoholismus). Handelt es sich bei der Abstinenz also um den freiwilligen Verzicht einer schädlichen Substanz – und damit um die Abwendung einer Selbstschädigung – oder um den selbstauferlegten Zwang des Verzichts auf ein kulturell hoch bewertetes Genussmittel – und damit um eine Selbstschädigung? Ob es sich bei einem selbstauferlegten Zwang um eine Selbstschädigung handelt, wirft philosophische Fragen auf, die in dieser Arbeit nicht beantwortet werden können. Inwieweit ein abstinentes Leben dem Prinzip des Nichtschadens entspricht, bleibt also fraglich.

Das weitestgehend bio-medizinische Verständnis (siehe Kapitel 1.1.1: Definition, Diagnose und Entstehung) des Alkoholismus hat den Vorteil, dass den Betroffenen dadurch mit Verständnis, abseits von moralisierenden und stigmatisierenden Zuschreibungen, begegnet werden kann. Grundsätzlich entspricht es also dem Prinzip der Parteilichkeit mit den Betroffenen. Zu dem Prinzip der Autonomie allerdings steht das bio-medizinische Verständnis im Widerspruch, da es dem Menschen grundsätzlich die Fähigkeit abspricht, über den Konsum von Alkohol autonom entscheiden zu können.

2.5. Verständnis von Spiritualität

Die Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker bezeichnet sich als nicht konfessionell, ist also nicht an eine religiöse Gemeinschaft gebunden (vgl. AA 2017, S.XIV). In ihrem Big Book (AA 2017) lassen sich die Bezeichnungen „Macht, größer als wir selbst“ (ebd., S.68), „Kraft, größer als wir selbst“, „Gott“ (ebd., S.52), „Gottes-Bewusstsein“, „Gotteserfahrung“ (AA 2017, S.427), „Schöpfer, wie wir ihn verstanden“ (ebd., S.73),

„spirituelle Hilfe“ (ebd., S.31), „spirituelles Bewusstsein“, „spirituelles Erwachen“, „spirituelle Erfahrung“ (ebd., S.427), „spirituelle Lebensführung“ (ebd., S.51), „geistige Sphäre“ (ebd., S.54) und einige mehr finden.

Eine Lebensführung auf spiritueller Grundlage ist für die AA der Schlüssel zu einem erfolgreichen und glücklichen Leben. Wesentlich ist dabei die Anerkennung der Existenz einer „Macht, größer als wir selbst“ und die Abgabe der Administrative an diese Macht. „Egoismus – Ichbezogenheit! Das glauben wir ist die Wurzel unserer Schwierigkeiten.“ (AA 2017, S.71)

So ist der Kern der ersten drei Schritte des Zwölf Schritte Programms die Erkenntnis, dass ein vom Eigenwillen gesteuertes Leben kaum Erfolg haben kann. Diese Einstellung führe notwendigerweise zu Konflikten mit anderen Menschen (vgl. ebd., S.70). Das heißt, der Mensch und speziell der/die Alkoholiker*in muss den „Eigensinn“ aufgeben und sich von der „Selbstsucht“, also von der Idee, selbst „den lieben Gott zu spielen“, befreien. In dem Big Book wird die Metapher eines Schauspielers, welcher versucht, allein die gesamte Vorstellung zu leiten, verwendet. Dieser Schauspieler wünscht sich, alle um ihn herum würden genau das tun, was er sich vorstellt und scheitert an dieser Erwartung. Er macht sich selbst und seine Mitmenschen über kurz oder lang unglücklich und wütend. Hier wird das Bild eines Menschen gezeichnet, der glaubt, alles kontrollieren zu können und sich aufreibt an seinen eigenen idealisierten Vorstellungen von der Welt. Aber auch das eines Menschen, der glaubt, alles kontrollieren zu müssen, der die Verantwortung für die Welt allein auf seinen Schultern spürt und darunter leidet (vgl. ebd., S.70f). Die Lösung für dieses Problem liegt für die AA zuallererst darin, diesen „Egoismus“ loszulassen und Gott die Regie für das eigene Leben übernehmen zu lassen (vgl. ebd., S.72). „Sobald wir die mögliche Existenz einer schöpferischen Intelligenz, den Geist des Universums – als Grundlage aller Dinge – anerkannten, bemächtigte sich unser ein neues Gefühl der Kraft und Führung, vorausgesetzt, dass wir auch sonst noch andere einfache Schritte machten.“ (ebd., S.54) Die Entscheidung für ein Leben auf spiritueller Grundlage ist für die AA eine existenzielle, da sie den einzigen Ausweg vor dem sicheren Tod durch Alkohol bieten kann (vgl. ebd., S.51).

Die Erkenntnis der Existenz einer höheren Macht, wird als „spirituelles Erwachen“ bezeichnet und ist wesentlicher Bestandteil des Zwölf Schritte Programms. Dabei handle es sich um eine wesentliche Persönlichkeitsveränderung, welche durch die Genesung vom Alkoholismus erreicht werde. Dazu gehören ein grundlegender Wandel in der Reaktion auf das Leben und das Entdecken einer unerschöpflichen inneren Kraftquelle. Das spirituelle Erwachen könne in einigen wenigen Fällen als plötzlicher

dramatischer Durchbruch erlebt werden, stelle sich in den meisten Fällen allerdings eher langsam und stetig ein (vgl. ebd., S. 427f).

Das Bild dieser „Macht, größer als wir selbst“ zeichnet sich wesentlich durch ihre definitorische Offenheit und ihr Wohlwollen aus. „Für uns ist diese geistige Sphäre weit, unermesslich, allumfassend; nicht abweisend und nie verschlossen denen, die aufrichtig danach suchen. Sie ist offen für alle, so glauben wir.“ (AA 2017, S.54) Die Mitglieder sind angehalten, sich unabhängig von unterschiedlichen Glaubensrichtungen ihre eigene Vorstellung dieser Macht zu machen. Auch Atheisten und Agnostiker sind bei den AA grundsätzlich willkommen, allerdings kann eine Genesung nur stattfinden, solange auf Dauer keine prinzipielle Verweigerung dem Spirituellen gegenüber stattfindet (vgl. ebd., S.428).

Im Zentrum des spirituellen Verständnisses der AA steht, ganz ähnlich wie in dem des Alkoholismus, die Abwesenheit des freien Willens und damit der Kontrolle über das eigene Leben. Auf den ersten Blick erscheint es paradox, dass der Verlust der Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Konsum von Alkohol als höchst problematisch angesehen wird, während die gänzliche Abgabe der Kontrolle über das eigene Leben an eine höhere Macht begrüßt wird. Ein genauerer Blick auf die Metapher des Schauspielers könnte dieses Paradoxon lösen. Dieser, beschäftigt mit dem Versuch, ständig alle Fäden in der Hand zu halten und mit dem Gewicht der Verantwortung der Welt auf den Schultern, erlebt einen dauerhaften Kontrollverlust. Dies kann zu einem erheblichen und stetig ansteigenden Leidensdruck führen, welcher wiederum nur durch die Abgabe von Kontrolle verringert werden kann. „Unsere menschlichen Kraftquellen, vom Willen beherrscht, reichten nicht aus, sie versagten vollkommen.“ (ebd., S.52) Der Versuch, die totale Kontrolle zu erreichen, scheitert zwangsläufig und führt zu der Erkenntnis, dass es sich dabei um etwas Unerreichbares handeln muss. Es folgt die Abgabe der Kontrolle. Je mehr Kontrolle dabei abgegeben wird, desto mehr kann auch der Leidensdruck sinken. Wird also die „Macht, größer als wir selbst“ als absolute Administrative anerkannt, kann der Leidensdruck enorm sinken. „Später ertappten wir uns dabei, dass wir viele Dinge akzeptierten, die vorher total außerhalb unserer Reichweite schienen.“ (ebd. S.54) Dieser plötzliche Wegfall des Leidendrucks könnte als die beschriebene spirituelle Erfahrung erlebt werden.

Für die AA ist die Anerkennung einer höheren Macht, welche das Leben leitet, von größter Bedeutung. Sie sehen den Menschen also nicht als autonom handelndes Wesen. Dennoch beschreiben die Betroffenen eine Verbesserung der individuellen Handlungsfähigkeit durch die Annahme ihrer speziellen spirituellen Lebensweise.

„Dann sind wir viel weniger den Gefahren von Aufregung, Furcht, Wut, Sorge, Selbstmitleid oder törichten Entscheidungen ausgesetzt. So werden wir viel leistungsfähiger.“ (ebd., S.101) Sollen Entscheidungen getroffen werden, wird um die Eingebung Gottes gebeten. „Hier bitten wir Gott um Eingebung, um Erkenntnis oder um eine Entscheidung.“ (ebd., S.100) Das Vertrauen in Gott und die damit verbundene Abgabe der Verantwortung, scheint die Betroffenen dazu zu befähigen, alltägliche Entscheidungen gelassener zu bewältigen. Die hier beschriebene Annahme der höheren Macht als Administrative kann also als Beitrag zur Förderung der Handlungsfähigkeit der Betroffenen verstanden werden. Die Merkmale des autonomen Subjekts (siehe 1.2.2: Global Definition of Social Work) kann diese Form der Handlungsfähigkeit allerdings nicht erfüllen, da es sich bei Eingebungen durch Gott nicht um auf objektiven Begründungen basierende Entscheidungen handelt. Ob es sich bei den Eingebungen durch Gott tatsächlich um reale Entscheidungsprozesse der Betroffenen selbst handelt und es sich demnach doch um autonome Entscheidungen handelt, ist eine Frage des Glaubens und kann hier nicht beantwortet werden.

Eine Verschlechterung der Situation der Betroffenen durch diese Annahme der spirituellen Lebensweise lässt sich erstmal nicht vermuten. Auf das Prinzip der Parteilichkeit lassen sich hier keine Schlüsse ziehen. Das Programm der AA setzt ein gewisses Maß an spiritueller Offenheit bei den Betroffenen voraus, wodurch überzeugte Atheist*innen ausgeschlossen werden. Das Prinzip der Parteilichkeit kann so nicht erfüllt werden.

2.6. Zwölf Schritte Programm

Die Schritte

Das Zwölf Schritte Programm (AA 2017, S.67ff) stellt den Kern des Konzeptes der Anonymen Alkoholiker dar. Eine von Anfang an ehrliche, furchtlose und gründliche Anwendung der Zwölf Schritte auf alle Bereiche des Lebens stellt für die AA den einzigen Weg dar, eine Genesung vom Alkoholismus und somit ein andauernd abstinentes Leben zu erreichen (vgl. ebd., S.67). Ziel ist es, zu der Erkenntnis zu gelangen, dass ein vom Eigenwillen gesteuertes Leben nicht erfolgreich sein kann (vgl. ebd., S.70) und sich in den Dienst einer höheren Macht zu begeben (vgl. ebd., S.98), um so eine nützliche und sinnhafte Lebensweise zu erreichen (vgl. ebd., S.104). Das Zwölf Schritte Programm ist in dem Big Book seit der ersten Auflage unverändert dargelegt.

„Hier sind die Schritte, die wir gegangen sind und die als Programm zur Genesung empfohlen werden.

1. Schritt
   Wir gaben zu, dass wir dem Alkohol gegenüber machtlos sind – und unser Leben nicht mehr meistern konnten.
2. Schritt
   Wir kamen zu dem Glauben, dass eine Macht, größer als wir selbst, uns unsere geistige Gesundheit wiedergeben kann.
3. Schritt
   Wir fassten den Entschluss, unseren Willen und unser Leben der Sorge Gottes – wie wir Ihn verstanden – anzuvertrauen.
4. Schritt
   Wir machten eine gründliche und furchtlose Inventur in unserem Inneren.
5. Schritt
   Wir gaben Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber unverhüllt unsere Fehler zu.
6. Schritt
   Wir waren völlig bereit, all diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen.
7. Schritt
   Demütig baten wir Ihn, unsere Mängel von uns zu nehmen.
8. Schritt
   Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugefügt hatten und wurden willig, ihn bei allen wiedergutzumachen.
9. Schritt
   Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut – wo immer es möglich war -, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt.
10. Schritt
    Wir setzten die Inventur bei uns fort, und wenn wir Unrecht hatten, gaben wir es sofort zu.
11. Schritt
    Wir suchten durch Gebet und Besinnung die bewusste Verbindung zu Gott – wie wir Ihn verstanden – zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns Seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen.
12. Schritt
    Nachdem wir durch diese Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an Alkoholiker weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Grundsätzen auszurichten.“ (AA 2017, S.68f)

Die ersten drei Schritte

Die ersten drei Schritte sind wesentlich für das Programm. Sie enthalten die Erkenntnis, dass es sich bei den Betroffenen um Alkoholiker nach der Klassifizierung der AA (siehe Kapitel 2.4: Verständnis von Alkoholismus) handelt und damit das Eingeständnis der absoluten Machtlosigkeit dem Alkoholismus gegenüber. Dazu gehört die Aufgabe des Eigenwillens und der Überzeugung, die Kontrolle jemals gehabt zu haben. Dieses Eingeständnis führt zu der Idee, dass es eine Macht geben könnte, welche stattdessen die Macht über den Alkohol haben kann. Und schließlich die Anerkennung dieser höheren Macht, Gott, als diejenige in deren Obhut sich begeben werden muss, um vom Alkoholismus zu genesen (vgl. AA 2017, S.69f). Mit dem dritten Schritt entscheiden sich die Betroffenen dazu, darauf zu vertrauen, dass ein wohlwollender Gott für sie sorgt und erleben infolgedessen ein Gefühl von Gelassenheit und Befreiung (vgl. ebd., S.73).

Es handelt es sich hier in erster Linie um die Aufgabe des eigenen Willens, was einer Förderung der individuellen Autonomie widerspricht. Dennoch erleben die Praktizierenden eine Befreiung von Leidensdruck, wodurch alltägliche Entscheidungen gelassener bewältigt werden können und die Handlungsfähigkeit gesteigert wird. Es kann sich somit um eine indirekte Förderung der Autonomie handeln. Eine ausführlichere Erläuterung dieses Widerspruchs erfolgte bereits in dem Kapitel 2.5: Verständnis von Spiritualität.

Die innere Inventur

Damit die ersten drei Schritte wirksam sein können, müssten die Schritte der inneren Inventur, vier bis zehn, erfolgen. Bei dieser handle es sich um eine ehrliche und furchtlose Auseinandersetzung mit den persönlichen Charakterfehlern, welche hier auch als mögliche Ursache für den Alkoholkonsum bezeichnet werden. Die innere Inventur soll Schuld- und Schamgefühle der Betroffenen verringern und somit die Aufrechterhaltung der Abstinenz ermöglichen.

Dazu kann zunächst eine Liste der Kränkungen durch Personen, Institutionen oder Vorschriften erstellt werden (vgl. ebd., S.74). „Das Erste, was uns auffiel, war, dass diese Welt und ihre Menschen oft Unrecht hatten.“ (ebd., S.76) Auf diese Erkenntnis folgt das Eingestehen, dass ein Festhalten an diesen Kränkungen keinen Sinn mache und nur zu weiterem Unglück führe. Zusätzlich wird die Schwäche der Anderen akzeptiert und toleriert. „Wir hielten uns vor Augen, dass die Menschen, die uns Unrecht taten, vielleicht seelisch krank waren.“ (ebd., S.77)

Weiterhin wird die Angst als schwerster eigener Charakterfehler und Ursache für Konflikte erkannt. Angst wird hier nicht als die angebrachte Reaktion auf bedrohliche Lebensumstände verstanden, sondern als Makel der individuellen Persönlichkeit. „In genau dem Maße, wie wir uns so verhalten, wie wir glauben, dass Er uns haben möchte und uns demütig auf ihn verlassen, in dem Maße befähigt er uns, Unglück mit Gelassenheit zu begegnen.“ (AA 2017, S.79) Bei dem Charakterfehler der Angst handle es sich also eigentlich um einen Mangel an Vertrauen in Gott. Die Praktizierenden werden dazu aufgefordert, ihre möglicherweise bedrohlichen Lebensumstände kritiklos anzunehmen, anstatt eine Verbesserung dieser anzustreben. Diese Haltung kann zu der Aufrechterhaltung oder sogar Verstärkung physischer wie psychischer Schädigungen durch beispielsweise strukturelle gesellschaftliche Bedingungen führen. Die Prinzipien des Nichtschadens und der Parteilichkeit können hier nicht erfüllt werden.

Weiterhin wird eine Liste der Schädigungen an Anderen erstellt und sich bemüht, diese Schädigungen wieder gut zu machen. Hier ginge es im Wesentlichen darum, sich die eigenen Schwächen einzugestehen und zu verzeihen. „Wir müssen unsere Angst vor unseren Gläubigern verlieren, egal wie, denn wenn wir uns fürchten, ihnen gegenüberzutreten, sind wir in Gefahr, wieder zu trinken.“ Das heißt, Angst und Schuldgefühl müssen beseitigt werden, um die lebenswichtige Abstinenz aufrecht zu erhalten.

Das heißt, dass jeweils eine Liste mit Schädigungen an der eigenen Person durch andere und eine mit Schädigungen durch die eigene Person an anderen erstellt werden sollen. Während die Schädigungen an der eigenen Person ohne Weiteres verziehen werden sollen, steht der/die Praktizierende wegen der Schädigungen an anderen in deren Schuld und muss das eigene Bemühen zur Wiedergutmachung demonstrieren. Hier wird die eigene Verfehlung also deutlich höher eingeschätzt als die der anderen. So wird das Wohl anderer höher eingeschätzt als das eigene und damit die Abwertung der eigenen Person verlangt. „Weisen Sie ihn darauf hin, wie wichtig es ist, das Wohlergehen anderer Menschen über das eigene zu stellen.“ (ebd., S.109) Die AA verstehen diese Haltung als die Abgabe des Eigenwillens (siehe Kapitel 2.5: Verständnis von Spiritualität). Bei der Abwertung der eigenen Person handelt es sich um eine Selbstschädigung, die in der Absicht stattfindet, den schädlichen Konsum von Alkohol zu beenden (Abstinenz: ob eine abstinente Lebensführung eine Selbstschädigung darstellt, wurde in dem Kapitel 2.4: Verständnis von Alkoholismus diskutiert). Der Selbstschädigung durch den Konsum von Alkohol wird also mit der Selbstschädigung der inneren Inventur begegnet.

In dem Zusammenhang der inneren Inventur und der Wiedergutmachung der eigenen Taten, wird der eigene Nutzen für andere betont. „Unsere eigentliche Aufgabe ist, uns dazu fähig zu machen, Gott und unseren Mitmenschen in höchstem Maße dienlich zu sein.“ (AA 2017, S.88) Hier wird zum einen die individuelle Existenz an eine Leistung für andere gekoppelt, was einer bedingungslosen Existenzberechtigung widerspricht und nicht im Sinne der Parteilichkeit verstanden werden kann. Zum anderen stellt sich hier die Frage, worin konkret der Dienst an Gott bestehe, welche in den Erläuterungen des Big Book nicht beantwortet wird. Der zehnte Schritt lässt die Vermutung zu, dass es sich bei dem genannten Dienst um die Ausführung von Gottes Willen handelt.

Der zehnte Schritt beinhaltet die dauerhafte Fortsetzung der inneren Inventur. Dazu soll die Frage nach Gottes Willen von nun an täglich in alle Taten einbezogen werden. Der Gedanke, „Wie kann ich dir am besten dienen – Dein Wille geschehe (nicht meiner)!“ (ebd., S.98), solle ständiger Begleiter werden. „Grundsätzlich müssen wir immer hart gegen uns selbst sein und immer rücksichtsvoll gegenüber anderen.“ (ebd., S.86) Hier wird eine permanente Selbstkritik etabliert. Die AA bezeichnen diese Praxis als den „richtigen Gebrauch des Willens“ (vgl. ebd., S.98f). Auf diese Weise entwickle sich das Gottes-Bewusstsein, auch „lebenswichtiger sechster Sinn“, welches allerdings noch mehr Arbeit benötige, um sich voll zu entwickeln.

Die Annahme, es handle sich bei dem Gefühl der Angst um fehlendes Vertrauen in Gott und die Bewertung dessen als Charakterfehler, welcher den Alkoholismus begünstige, kann die Aufrechterhaltung oder Verstärkung schädlicher Lebensumstände zur Folge haben. Die innere Inventur kann somit nicht im Sinne des Prinzips Nichtschaden gesehen werden. Zudem beinhaltet eine dauerhafte Fortsetzung dieser, dass die selbstkritische Haltung nicht beendet werden kann. Entgegen der Intention, Schuld- und Schamgefühle abzubauen, kommt es zu einer stärkeren Beschäftigung mit diesen.

Vertiefung und Weitergabe

Der elfte Schritt beinhaltet die Vertiefung der spirituellen Verbindung zu Gott. Dazu empfehlen die AA Gebet und Besinnung. Diese kann individuell verstanden und praktiziert werden, es wird allerdings vorgeschlagen, täglich vor dem Einschlafen die Ereignisse des Tages zu rekapitulieren und etwaige Verfehlungen einzusehen. Dabei solle wohlwollend mit den eigenen Schwächen umgegangen werden, um die eigene Nützlichkeit für andere nicht zu beeinträchtigen. „Aber wir müssen aufpassen, dass wir nicht in Verzweiflung, Selbstvorwürfe oder krankhaftes Grübeln verfallen, denn das würde unsere Nützlichkeit für andere verringern.“ (AA 2017, S.99) Die hier beschriebene wohlwollende Haltung steht im Widerspruch zu der zuvor beschriebenen

notwendigen Härte gegen sich selbst (vgl. ebd., S.86). Zudem ist dieses Wohlwollen - das heißt, eine liebevolle Haltung gegenüber sich selbst - von der Nützlichkeit gegenüber anderen abhängig. Die hier geforderte Haltung der Abhängigkeit der individuellen Liebenswürdigkeit von der Nützlichkeit für andere kann nicht als im Sinne der Prinzipien Nichtschaden und Parteilichkeit gesehen werden.

Beim Erwachen solle der Tag durchdacht und geplant werden. Zuvor soll Gott gebeten werden, dabei die Gedanken zu leiten und frei zu halten von Selbstmitleid, Unehrlichkeit und selbstsüchtigen Motiven. Unter diesen Vorrausetzungen könne der von Gott gegebene Verstand zuversichtlich eingesetzt werden (vgl. ebd., S.99f).

Das Big Book widmet dem zwölften Schritt ein ganzes Kapitel mit dem Titel „Die Arbeit mit anderen". Kern des zwölften Schrittes ist die Erkenntnis, dass „nichts uns so sehr vom Trinken abhält, wie intensive Arbeit mit anderen Alkoholikern." (ebd., S.103) Das heißt, um sich selbst vom Alkoholkonsum abzuhalten und damit Genesung zu erreichen, bedarf es der Weitergabe des Programms an andere Alkoholiker*innen. Durch die Weitergabe bekäme das Leben der Praktizierenden „einen neuen Sinn" (vgl. ebd.).

Das Kapitel „Die Arbeit mit anderen" stellt eine detaillierte Anleitung dar, wie diese Weitergabe ablaufen sollte und könnte. Dazu gehören unter anderem klare Anweisungen, wie andere Alkoholiker*innen in der Umgebung gefunden werden können (vgl. ebd., S.103f) und was bei der ersten Kontaktaufnahme beachtet werden solle. Dazu gehört auch der Umgang mit der Familie der/des Alkoholiker*in (vgl. ebd., S.104f). Besonders wichtig sei dabei, jegliche Kritik im Umgang mit dem/der Betroffenen zu vermeiden (vgl. ebd., S.114). Hier wird ähnlich wie bei der inneren Inventur ein hohes Maß an Selbstlosigkeit der/des Praktizierenden verlangt. „Weisen Sie ihn darauf hin, wie wichtig es ist, das Wohlergehen anderer Menschen über das eigene zu stellen." (ebd., S.109) Die Praktizierenden werden hier aufgefordert, die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu Gunsten anderer einzustellen.

Dabei wird einerseits betont, dass sich dem/der Betroffenen nicht aufgedrängt werden solle (vgl. AA 2017, S.105), andererseits heißt es auch, die eigene Abstinenz und damit das Überleben hingen direkt von der Hilfe für andere ab. „Für uns Alkoholiker hängt das Leben im wahrsten Sinne des Wortes davon ab, dass wir ständig an andere Alkoholiker denken und nach Wegen suchen, ihnen aus der Not zu helfen." (ebd., S.24) Die Weitergabe des Programms wird somit zur dauerhaften und überlebenswichtigen Aufgabe der Praktizierenden.

Weiterhin wird empfohlen, „keine Intoleranz und keinen Hass gegenüber den Trinkgewohnheiten der Gesellschaft“ zu zeigen um andere Alkoholiker*innen nicht zu verschrecken und damit von der Hilfe durch die AA fernzuhalten (vgl. ebd., S.119).

Die AA gehen davon aus, dass der Alkoholismus unheilbar ist (vgl. AA 2019: Fragen und Antworten (Internetquelle)). Dennoch lautet der Untertitel des Big Book „Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen“ (AA 2017) und das Zwölf Schritte Programm wird als „Programm zur Genesung“ bezeichnet (vgl. ebd., S.68). Bei der hier angestrebten Genesung handelt es sich nicht um die vollständige Abwesenheit der Krankheit, sondern um das Stagnieren des Krankheitsverlaufes und eine Abwendung weiterer psychischer wie physischer Schäden. Als genesen wird der/die Praktizierende bezeichnet, der/die das „alkoholische Denken“ (siehe Kapitel 2.4: Verständnis von Alkoholismus) abgelegt hat und die alltägliche Konfrontation mit dem Alkohol – beispielsweise in Bars, in Filmen, bei Freunden zuhause – aushalten kann ohne selbst zu konsumieren. Ist dies nicht möglich, „stimmt etwas mit seiner spirituellen Verfassung nicht“, das Zwölf Schritte Programm wurde also nicht erfolgreich praktiziert (vgl. ebd., S.117f).

Ebenso wie der zehnte und elfte Schritt, kann auch der zwölfte Schritt nie ganz abgeschlossen werden. Die Weitergabe des Programms an andere Alkoholiker*innen wird, ebenso wie die Weiterführung der übrigen Schritte und das Besuchen der Meetings, zu einer lebenslangen Aufgabe um die spirituelle Verbindung zu Gott und damit die lebenswichtige Abstinenz aufrecht zu erhalten. Durch diese letzten beiden Schritte entsteht eine lebenslange und existenzielle soziale Abhängigkeit von der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker. Sie können somit nicht als im Sinne der Förderung der Autonomie verstanden werden.

3. Fazit

Die Betrachtung der AA hinsichtlich der Fragestellung hat gezeigt, dass die Selbsthilfegemeinschaft lediglich teilweise mit den Prinzipien der Sozialen Arbeit – Förderung der Autonomie, Nichtschaden und Parteilichkeit – vereinbar ist. Insbesondere das Zwölf Schritte Programm lässt sich im deutlichen Wiederspruch zu diesen sehen.

Die äußere Organisationsform der AA zeichnet sich wesentlich durch die regelmäßige Teilnahme an anonymen Gruppentreffen (Meetings) aus. Durch den Besuch dieser können die Betroffenen Scham- und Stigmatisierungserfahrungen verarbeiten, Handlungsalternativen erlernen, neue Hoffnung schöpfen und damit eine Verringerung des alltäglichen Handlungsdrucks erleben. Insbesondere die offenen und öffentlichen Treffen können so einen Beitrag zu dem Abbau struktureller und individueller Diskriminierungen leisten. Die Teilnahme ist kostenlos, anonym und freiwillig und damit niedrigschwellig. Die äußere Organisationsform der AA kann also als im Sinne der Prinzipien der Sozialen Arbeit bezeichnet werden.

Das Verständnis der AA vom Alkoholismus ist ein überwiegend bio-medizinisches, welches den Betroffenen die individuelle Entscheidungsfreiheit über den Konsum von Alkohol abspricht. Diese könne nur durch lebenslange Abstinenz wiederhergestellt werden. Der Beweis dafür wird von ihnen mithilfe der „Trinker-Typen“ auf tautologische Weise hergeleitet. Für die AA handelt es sich beim Alkoholismus um eine unheilbare Erkrankung, eine Genesung kann lediglich in der lebenslangen Abstinenz bestehen. Die Abstinenz als höchstes Ziel gilt in der Suchthilfe als umstritten und darüber hinaus drängt sich die Frage auf, ob es sich bei einer abstinenten Lebensweise, in Betrachtung verschiedener Perspektiven, um eine Selbstschädigung handeln kann. Das Zwölf Schritte Programm lässt darauf schließen, dass für die AA eine ungenügend spirituelle Lebensführung die Ursache des Alkoholismus ausmacht. Agnostiker*innen und Atheist*innen werden zwar nicht per se ausgeschlossen, doch eine Durchführung des Zwölf Schritte Programms und die damit einhergehende Genesung ist ohne eine spirituelle Grundlage undenkbar. Im Sinne des Prinzips der Parteilichkeit mit Betroffenen kann das bio-medizinische Verständnis gesehen werden, da es eine verständnisvolle Haltung, abseits von moralisierenden und stigmatisierenden Zuschreibungen, ermöglicht.

Für die AA ist eine spirituelle Lebensführung in Verbindung mit der Praktizierung der Zwölf Schritte existenziell, da durch sie die überlebenswichtige Abstinenz aufrechterhalten werden kann. Dazu gehören die Abgabe des eigenen Willens und die Erkenntnis, dass nur Gott – oder auch die „Macht, größer als wir selbst“ –, das Leben leitet. Dabei wird es den Praktizierenden überlassen, sich ein eigenes Bild von dieser

Macht zu machen, sie zeichne sich aber wesentlich durch ihr Wohlwollen aus. Mit der Überzeugung, dass Gott das Leben leite, geht einher, dass es sich beim Menschen nicht um ein autonom handelndes Individuum handle, wodurch eine Förderung der Autonomie ausgeschlossen werden kann. Dennoch scheint die Abgabe der Kontrolle bei den Praktizierenden in erster Linie einen Abfall von Leidensdruck zu bewirken, wodurch eine Steigerung ihrer alltäglichen Handlungsfähigkeit erfolgen kann. Die AA sprechen hier von dem spirituellen Erwachen, welches eine grundlegende Veränderung der Persönlichkeit ausmache.

Neben der Teilnahme an den Meetings macht das Zwölf Schritte Programm den Kern der AA aus. Die ersten drei Schritte bewirken die Annahme der spirituellen Lebensweise, also die Aufgabe des eigenen Willens. Gott allein bestimme demnach über den Verlauf des Lebens, wodurch eine ihm dienliche Lebensweise als existenziell erkannt wird. Dazu gehört die Durchführung der inneren Inventur, welche individuelle Charakterfehler aufzeigen und verändern soll. Es handelt sich hier um die Etablierung einer selbstkritischen Haltung, das Wohlergehen anderer wird dabei generell über das eigene gestellt. Als schwerster Charakterfehler wird hier die Angst beschrieben, welche als fehlendes Vertrauen in Gott bewertet wird. Dies kann die Aufrechterhaltung oder Verstärkung schädlicher Lebensumstände für die Betroffenen zur Folge haben. Weiterhin wird eine wohlwollende Haltung gegenüber sich selbst von der Nützlichkeit für Gott und andere Menschen abhängig gemacht, wodurch eine bedingungslose Selbstakzeptanz der Praktizierenden ausgeschlossen wird. Der letzte Schritt beinhaltet die, für die Praktizierenden überlebenswichtige, Weitergabe des Programms an andere Alkoholiker*innen.

Das Zwölf Schritte Programm kann nicht vollständig abgeschlossen werden, wodurch die Weiterführung der Schritte und das Besuchen der Meetings für die Praktizierenden zu einer lebenslangen Aufgabe werden. So entsteht eine existenzielle soziale Abhängigkeit von der Gemeinschaft. Das Zwölf Schritte Programm kann die Prinzipien der Sozialen Arbeit somit nicht erfüllen.

Trotz dieser Ergebnisse kann nicht ausgeblendet werden, wie vielen Menschen die AA und somit auch das Zwölf Schritte Programm bereits geholfen haben. AA wirkt, davon sind weltweit 2,1 Million Menschen überzeugt.

Aber was wirkt da konkret? War es Gott oder der soziale Rückhalt und die Entstigmatisierung durch die Meetings? War es Gott oder die Erleichterung durch die Abgabe von Kontrolle und eines damit einhergehenden übersteigerten Schuldbewusstseins? War es Gott oder die neue Sinngebung und Wertschätzung der eigenen Existenz durch die Weitergabe? Hier soll gar nicht die Frage nach der Existenz eines Gottes

gestellt werden. Eine Beantwortung dessen entzieht sich jeder Wissenschaftlichkeit und davon abgesehen können die genannten Punkte, in der Logik der AA, ohnehin als Gott bezeichnet werden. Doch eine Betrachtung der konkreten Wirkweise, speziell der Meetings und der Zwölf Schritte, kann einen tiefen Einblick in die Lebens- und Bedürfniswelt alkoholabhängiger Menschen bieten. Diese Erkenntnisse könnten den Ausgangspunkt für neue Therapieansätze, abseits von Spiritualität, bilden. Somit könnte eine wissenschaftlich fundierte Variante des Programms entwickelt werden, welches nicht einfach nur „Gott“ herausstreicht. Auch kann eine Auseinandersetzung das Verständnis der Sucht erweitern und neue theoretische Ansätze hinsichtlich ihrer Entstehung bieten.

Wenn die Soziale Arbeit die Autonomie ihrer Adressat*innen, unter der Berücksichtigung des Nichtschadens und der Parteilichkeit, fördern will, ist eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker unumgänglich.

4. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Anne Kranz, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen verfasst habe.

Die aus anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß übernommenen Gedanken wurden kenntlich gemacht und sind in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung gewesen.

Ort, Datum	Unterschrift der Verfasserin

5. Quellenverzeichnis

5.1. Literaturverzeichnis

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (Hrsg.): Anonyme Alkoholiker: Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen. Schnitzerdruck. Marktoberdorf. 2017.

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. (Hrsg.): Sechs Artikel von Bill. 12. rev. Aufl. Schnitzerdruck. Marktoberdorf. 2015.

Braches-Chyrek, R.: Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinbildung Sozialer Arbeit. Barbara Budrich Verlag. Opladen, Berlin, Toronto. 2013.

Engel, G.: Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Verlag Hans Huber. Bern. 2011.

Engelke, E./ Borrmann, S./ Spatscheck, C.: Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau. 2009.

Eßer, F.: Fünf Jahrhunderte der Geschichte. Ein kurzer Überblick. S. 15-32 In: Eßer, F. (Hrsg.): Geschichte der Sozialen Arbeit. Schneider Verlag. Hohengehren. 2018.

Fritz, J.: Zur strukturalen Wirksamkeit des ersten Schrittes im Programm der Anonymen Alkoholiker (AA) oder Wie man als Alkoholiker trockene Realität erzeugen und daran glauben kann. Eine objektiv hermeneutische Analyse. J. Bullinger. Offenbach. 2001.

Herriger, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5., erw. und akt. Auflage. Stuttgart. 2014.

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

Jungnitsch, G.: Klinische Psychologie. Kohlhammer. Stuttgart. 1999.

Laging, M.: Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden. Kohlhammer. Stuttgart. 2018.

Lambers, H.: Geschichte der Sozialen Arbeit. Wie aus Helfen Soziale Arbeit wurde. 2. Auflage. Julius Klinkhardt Verlag. Bad Heilbrunn. 2018.

Kaminsky, C.: Soziale Arbeit – normative Theorie und Professionsethik. Barbara Budrich Verlag. Opladen, Berlin, Toronto. 2018.

Körkel, J. / Kruse, G.: Mit dem Rückfall leben: Abstinenz als Allheilmittel. 3., stark bearb. und erw. Neuaufl. Psychiatrie-Verl. Bonn. 1997.

Kreft, D./Milenz, I. (Hrsg.): Wörterbuch für Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 7., vollst. überarb. u. akt. Auflage. Belz Juventa Weinheim und Basel. 2013.

Kuntz, H.: Drogen und Sucht. Ein Handbuch über alles, was Sie wissen müssen. 2. akt. und erw. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel. 2011.

Otto, H.-W./ Thiersch, H./ Treptow, R. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6., vollst. überarb. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München. 2018.

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Juventa Verlag. Weinheim, München. 2004.

Röhr, H.: Sucht - Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. 6. Auflage. Patmos Verlag. Ostfildern. 2011.

Schilling, J./ Klus, S.: Soziale Arbeit: Geschichte – Theorie – Profession. 6. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München, Basel. 2015.

Soyka, M./ Küfner, H.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6., vollst. überarb. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York. 2008.

Staub-Bernasconi, S.: Die Internationale Melbourne-Definition Sozialer Arbeit von 2014 – Ein Schritt nach vorn und drei zurück? S.179-190 In: Spatscheck, C./ Steckelberg, C. (Hrsg.): Menschenrechte und Soziale Arbeit. Konzeptionelle Grundlagen, Gestaltungsfelder und Umsetzung einer Realutopie. Verlag Barbara Budrich. Opladen, Berlin, Toronto. 2018a.

Staub-Bernasconi, S.: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollst. überarb. u. akt. Auflage. Bertelsmann Verlag. Bielefeld. 2018b.

Tretter, F. (Hrsg.): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. 3., akt. und erw. Auflage. Schattauer. Stuttgart. 2008.

4.2. Internetverzeichnis

Amnesty International: Menschenrechte. 2019. abgerufen am: 9.8.2919 unter: https://www.amnesty.de/alle-30-artikel-der-allgemeinen-erklaerung-der-menschen-rechte

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Blaues Buch. 2019. abgerufen am: 11.8.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de/publikationen/literatur/blauesbuch/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Fragen und Antworten. 2019. abgerufen am: 11.8.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de/fragen-antworten/was-verlangen-die-aa-von-mir/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Impressum. 2019. abgerufen am: 25.6.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de*impressum/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Literatur. 2019. abgerufen am: 25.6.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de/publikationen/literatur/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Unsere Idee. 2019. abgerufen am: 25.6.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de/unsere-idee/praeambel/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Start. 2019. abgerufen am 24.6.2019 unter https://www.anonyme-alkoholiker.de/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Was ist ein AA-Meeting. 2019. abgerufen am: 24.6.2019 unter https://www.anonyme-alkoholiker.de/meetings/was-ist-ein-aa-meeting/

Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.: Dienen in AA. 2018. abgerufen am: 12.8.2019 unter: https://www.anonyme-alkoholiker.de/dienstmaterialien/HB%20Dienen%20in%20AA%202018-06-15.pdf

BDP Bundeszentrale für politische Bildung: Menschenwürde. 2019. abgerufen am: 20.6.2019 unter: http://m.bpb.de/nachschlagen/lexika/recht-a-z/22561/menschenwuerde

BDP Bundeszentrale für politische Bildung: Soziale Gerechtigkeit. 2019. abgerufen am: 14.6.2019 unter: http://m.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138445/soziale-gerechtigkeit?p=all

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.: Übersetzung der Global Definition of Social Work. 2016. abgerufen am 13.6.2019 unter:

https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.: Kommentar zur „Global Definition of Social Work“. 2014. abgerufen am 13.6.2019 unter: https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/2014_DBSH_Dt_%C3%9Cberset-zung_Kommentar_Def_SozArbeit_02.pdf

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.: Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. 2014. abgerufen am: 14.6.2019 unter: https://www.dbsh.de/profession/berufsethik/berufsethik-des-dbsh.html

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.: Grundlagen für die Soziale Arbeit. 2009. abgerufen am: 14.6.2019 unter: https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/grundlagenheft_-PDF-klein_01.pdf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. 2014. abgerufen am 7.6.2019 unter: https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen.html.

Gabler Wirtschaftslexikon: Laissez-Faire-Liberalismus. 2019. abgerufen am 9.8.2019 unter: https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/laissez-faire-liberalismus-36968/ version-260415

Initiative für Veränderung: Geschichte. Initiativen der Veränderung von 1908 bis heute im Überblick. 2019. abgerufen am 21.6.2019 unter: https://www.iofc.org/de/geschichte

Müller, T.: Täglich ein Glas Wein. Wohl bekomm’s. In: Ärzte Zeitung. Springer Medien Verlag. Neu-Isenburg. 2016. abgerufen am 10.8.2019 unter: https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/mamma-karzinom/article/912604/taeglich-glas-wein-wohl-bekomms.html