



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

**Alkohol und Depression – Herausforderungen bei der Gestaltung der Nähe-Distanz-Beziehung zu komorbid erkrankten Personen im Kontext Sozialer Arbeit**

Bachelorarbeit

Hochschule Neubrandenburg – University of Applied Science

Fachbereich Soziale Arbeit

Nikola Müller

Erstbegutachterin: Dr. Mirjam Reiß

Zweitbegutachter: M.A. Karsten Giertz

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0755-4

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract .....                                                         | 1  |
| Einleitung .....                                                       | 1  |
| 1. Begriffsdefinition .....                                            | 2  |
| 1.1 Suchtbegriff .....                                                 | 2  |
| 1.2 Affektbegriff .....                                                | 3  |
| 2. Alkoholabhängigkeit .....                                           | 4  |
| 2.1 Klassifizierung nach ICD-10 .....                                  | 6  |
| 2.2 Ursachen .....                                                     | 8  |
| 2.3 Behandlung und die S3-Leitlinien .....                             | 10 |
| 2.4 Folgeerkrankungen .....                                            | 12 |
| 2.5 BRENDA-Intervention .....                                          | 13 |
| 3. Affektive Störungen .....                                           | 14 |
| 3.1. Klassifikation im ICD-10 .....                                    | 17 |
| 3.2. Behandlungs- und Therapiemaßnahmen .....                          | 18 |
| 3.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie .....                               | 19 |
| 3.2.2 Lichttherapie .....                                              | 20 |
| 4. Komorbidität von affektiven Störungen und Alkoholabhängigkeit ..... | 21 |
| 5. Beziehung in der Sozialen Arbeit .....                              | 24 |
| 5.1 Professionelle Beziehungsgestaltung .....                          | 25 |
| 5.2 Vertrauen .....                                                    | 27 |
| 5.3 Gesundheitspädagogik .....                                         | 28 |
| 5.4 Interventionsstrategie des Motivational Interviewing .....         | 31 |
| 6. Nähe-Distanz-Beziehung .....                                        | 33 |
| 7. Methodik .....                                                      | 35 |
| 8. Fazit .....                                                         | 36 |
| 9. Literaturverzeichnis .....                                          | 42 |

### Abstract

Alkoholabhängigkeit und Depressionen zählen zu den häufigsten Volkskrankheiten in Deutschland. Aus diesem Grund ist es relevant, die einzelnen Erkrankungen zu beleuchten und ihre Komorbidität darzustellen. Diese Bachelorarbeit thematisiert die Herausforderungen die für Sozialpädagogen\*innen in Bezug auf die Nähe-Distanz-Beziehungen der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen bestehen. Alle Ergebnisse wurden durch eine ausführliche wissenschaftliche Literatuarbeit zusammengefasst. Alkoholabhängigkeit und Depressionen bedingen sich gegenseitig, da depressive Symptome häufig durch den Konsum von Alkohol verringert werden. Allerdings kann auch aus einem jahrelangen Alkoholkonsum eine Depression resultieren. Durch die Lebenskonstruktion mit dem Mittelpunkt des Alkoholkonsums kommt es häufig zu sozialer Isolation sowie einer Reduktion der ökonomischen und sozialen Ressourcen. Die Alkoholabhängigkeit hat nicht nur soziale, sondern auch körperliche, psychosomatische und psychische Folgen. Häufig resultiert die Ursache von Depressionen in der frühen Kindheit, da ein Mangel an Zuneigung, Problembewältigungsstrategien und der eigenen Resilienz auftritt. Das Finden von Lösungs- und Problembewältigungsstrategien kann durch eine psychotherapeutische Behandlung vollzogen werden, aber auch die sozialpädagogische Behandlung ist relevant für den Heilungsprozess. Die Beziehung zwischen einem\*einer Klienten\*in und einem\*einer Berater\*in/klinischen Behandler\*in hat großen Einfluss auf den Prozess. Relevant ist es, dass zwischen den Prozessbeteiligten eine Vertrauensbasis herrscht, auf die aufgebaut werden kann. Denn nur wenn Vertrauen zwischen dem\*der Berater\*in und Ratsuchende\*n besteht, kann der Beratungs- und Behandlungsprozess gelingen. Berater\*innen sollten gerade in dem Arbeitsfeld der psychosozialen Beratung einen Wissensbestand über gesundheitsbezogene Aspekte vorweisen, um den\*die Klienten\*in aufzuklären und ihm\*ihr Gesundheitsbegriffe verständlich zu übermitteln. Die Herausforderung besteht darin, die Gesundheit mit dem richtigen Maß von Beziehung zu fördern, d. h. insbesondere durch eine Ausgewogenheit von Nähe und Distanz zu erreichen.

### Einleitung

Mein zwanzigwöchiges Praktikum im fünften Semester habe ich in einer Psychiatrie absolviert. Dort durfte ich für einen kurzen Zeitraum auf der Station für abhängigkeitserkrankte Menschen hospitieren. Dies stellte sich als spannende Erfahrung heraus. Nachdem das Praktikum beendet war, habe ich mich entschlossen, weiterhin in der Psychiatrie zu arbeiten. Durch die Akuteneinsicht, über die ich nunmehr verfügte, war für mich auffällig, dass suchterkrankte Personen oftmals eine Zweitdiagnose haben. Mir fiel auf, dass es sich dabei in der Regel um eine depressive Erkrankung handelt, weshalb ich mich dazu entschieden habe, die Komorbidität zwischen einer Suchterkrankung und Depression zu beleuchten. Mich interessiert dabei die Co-Abhängigkeit in Bezug auf die Komorbidität beider Krankheitsbilder. Ich fand es interessant, erzählt zu bekommen, in welchen Lebenssituationen die Klienten\*innen sich befanden oder welche psychischen und somatischen Erkrankungen sie in ihre Alkoholabhängigkeit geführt haben. Großes Interesse besteht aber auch bei der Beziehungsgestaltung zwischen Klienten\*innen und Berater\*innen. Durch das Praktikum bei abhängigkeitserkrankten Menschen ist mir aufgefallen, dass je nach Klienten\*in die Nähe und Distanz-Beziehung unterschiedlich gestaltet wurde. Wie sollte die Nähe-Distanz-Beziehung im besten Fall gestaltet und wie kann sie beibehalten werden, ohne einen Verlust auf Klienten\*innen- oder die Berater\*innen-Seite zu erfahren? Wie entsteht eine „ausgewogene“ Nähe-Distanz-Beziehung? In der Bachelorarbeit möchte ich außerdem beleuchten, wie ein Berater\*in Nähe sowie Distanz zum Klienten\*in aufbaut und fortführen kann. Bei Klienten\*innen, welche über einen längeren Zeitraum, auch bis zu Jahren, bekannt sind, liegt eine andere Nähe-Distanz-Beziehung vor. Ich fand den Beziehungsaufbau mit einer gewissen Distanz zu den Klienten\*innen sehr interessant. Aus diesem Grund habe ich mich für den Titel: „Alkohol und Depression – Herausforderungen bei der Gestaltung der Nähe-Distanz-Beziehung zu komorbid erkrankten Personen im Kontext Sozialer Arbeit“ der Bachelorarbeit entschieden. Im ersten Kapitel wird eine annähernde Klärung der Begriffsdefinitionen des Sucht- und Affektbegriffes fokussiert, da der Suchtbegriff anfänglich nicht für Verhaltenssuchte gebraucht wurde und der Affektbegriff nicht gleichzusetzen ist mit der Diagnose der affektiven Störung. Darauf folgen im zweiten Kapitel die Charakterisierung der Alkoholabhängigkeit und die Einordnung in die substanzgebundenen Suchterkrankungen. Auch wird die Klassifizierung nach ICD-10 betrachtet und erläutert. Außerdem werden die möglichen Ursachen, die eine Entstehung einer Alkoholabhängigkeit bedingen können, dargestellt. Dann werden die S3-Leitlinie als Behandlungsanleitung und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten\*innen vorgestellt. Da aus der Abhängigkeit von Alkohol unterschiedliche somatische, psychische und physische Folgeerkrankungen resultieren können, werden diese benannt und erläutert. Für die erste Intervention mit Alkoholabhängigkeitserkrankten\*innen kann die BRENDA Intervention von Erstbehandlern\*innen angewandt werden. Sie soll

eine erste Kontaktaufnahme und Analyse der Situation von Behandler\*innen ermöglichen und bildet eine Anleitung für diese Intervention. In dem dritten Kapitel liegt der Fokus auf den affektiven Störungen, ihrer Unterteilung in leicht, mittelgradig und schwere depressive Episoden, aber ebenso die Auslöser für das Störungsbild werden erläutert. Auch hier wird zunächst eine Einordnung in das Klassifikationssystem des ICD-10 dargestellt, wobei sich vor allem auf die Störungsdefinition der F32 bezogen wird. Als Nächstes werden mögliche Behandlungs- und Therapiemaßnahmen, die bei depressiv Erkrankten\*innen vorgenommen werden, dargestellt. Dabei werden die kognitive Verhaltenstherapie, sowie die Lichttherapie als in der Depressionsbehandlung etablierte Therapiemaßnahmen beschrieben. Das vierte Kapitel thematisiert die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und affektiven Störungen, vor allem in Bezug auf das gegenseitige Bedingungsverhältnis. Darauf folgt das fünfte Kapitel, in diesem wird die Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit näher beleuchtet. Hierbei wird auch erläutert, inwieweit eine professionelle Beziehungsgestaltung gelingen kann und welche Merkmale dafür erfüllt werden müssen, denn häufig sind Klienten\*innen gegenüber Beratern\*innen distanzgemindert, und aus diesem Grund ist es relevant, das eigene Berufsbild zu kennen und sich abgrenzen zu können. Dazu gehört auch eine vertraute Beziehung zwischen Klient\*in und Berater\*in, um den Beratungs- und Lösungsprozess gemeinsam durchlaufen zu können. Bei den Krankheitsbildern der Abhängigkeitserkrankung und Depressionen werden ebenfalls gesundheitsbezogene Aspekte behandelt, aus diesem Grund werden Grundsätze der Gesundheitspädagogik dargestellt. Eine Interventionsstrategie, die auch bei Abhängigkeitserkrankungen wirksam ist, ist das Motivational Interviewing. Dieses soll erläuternd dargestellt werden. Da es in der Sozialen Arbeit, besonders in der Beziehungsgestaltung, wichtig ist, ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu kreieren. Darauf aufbauend wird im sechsten Kapitel die Nähe-Distanz-Beziehung dargestellt. Zum Schluss erfolgen eine Darlegung der angewandten Methode zur Literaturrecherche und eine Zusammenfassung der relevanten Inhalte dieser Arbeit. Diese Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## 1. Begriffsdefinition

### 1.1. Suchtbegriff

Die Begrifflichkeit der Sucht charakterisiert vorerst Krankheiten in der Medizin wie Gelbsucht, die aber auch bei Verhaltensauffälligkeiten wie Eifersucht angewandt wurden. Der Suchtbegriff in der Psychiatrie wird als lustorientiertes, hemmungsloses und passives Verhalten beschrieben. Hierbei kann keine Willensentscheidung auf Grund der Abhängigkeit gegen den Konsum der schädlichen Substanz getroffen werden. Die Steigerung des Suchtverlangens ist unersättlich, da es bei einer Person die eigenen Triebe befriedigt. Das Suchtverlangen kann nicht nur zu körperlichen Schädigungen und Problematiken führen, sondern auch zu psychosozialen.

Auf Grund der unspezifischen Definition des Suchtbegriffes wurde von der WHO 1968 die Begrifflichkeit des Abhängigkeitssyndroms anerkannt. Das Abhängigkeitssyndrom differenziert von klassischen Gewohnheiten bis zu schweren Verläufen der Abhängigkeit. Demnach ist im ICD-10 beschrieben, dass für das Syndrom bei dem Konsum psychotroper Substanzen unterschiedliche Kriterien charakterisiert werden. Erstes Kriterium ist der stetige Wunsch, das benötigte Suchtmittel zu konsumieren. Als Nächstes kommt es zu einem körperlichen Entzugssyndrom, da der\*die Suchterkrankte die gewohnte Menge oder die Substanz gar nicht mehr konsumiert. Des Weiteren folgt der Verlust über die Kontrolle des Suchtverhaltens und der Substanz. Dazu gehört auch eine immer wieder steigende Konsumdosis, um den Wohlgefühlpegel zu erhalten. Die weitere Konsumierung des Substanzmittels findet trotz der Kenntnis, dass ein andauernder Verzehr Schädigungen für den Körper und die Seele hervorbringt, statt. Das letzte Kriterium beinhaltet das konstante Denken an die Substanz, ihren Konsum und die Beschaffung, dafür werden oftmals die eigenen Interessen und Pflichten vernachlässigt. Um bei einer Person ein Abhängigkeitssyndrom diagnostizieren zu können, müssen mindestens drei der gerade benannten Kriterien zutreffend sein. Die suchterzeugenden Stoffe werden auch psychotrope Substanzen genannt, diese können eine toxische Wirkung im zentralen Nervensystem haben. Zu den psychotropen Substanzen gehört ebenso der Alkohol, der als gesellschaftlich etabliert gilt, aber gleichfalls illegale Drogen wie Cannabinoide. Eine psychische Abhängigkeit besteht, wenn ein übermäßiges Verlangen nach einer bestimmten Substanz vorliegt. Diese Substanz soll dem Menschen dazu verhelfen, Glücksgefühle und positive Emotionen zu verspüren, aber auch die Vermeidung negativer Emotionen ermöglichen. Hingegen wird bei der physischen Abhängigkeit eine Toleranz gegenüber der Substanz und vegetativen Entzugssymptomen entwickelt. Unter Abusus wird der schädliche Gebrauch oder Missbrauch von psychotropen Substanzen verstanden, ohne dass eine sofortige Abhängigkeit entsteht. Bei einem Substanzmittelabusus kann es zu Störungen in sozialen Beziehungen und Gesundheitsschädigungen kommen. Oftmals führen diese Aspekte in eine Abhängigkeit und der Abusus kann als ein Ausgangspunkt für eine Abhängigkeitserkrankung definiert werden. Symptome wie Herzrasen, Tremor, Schwitzen oder Unruhe stellen Charakteristika für ein Entzugssyndrom dar. Dieses zeigt ein Zustandsbild nach dem Absetzen einer psychotropen Substanz auf, die über einen langen Zeitraum konsumiert wurde. Der Konsum von Substanzmitteln kann amnestische und psychische Störungen hervorrufen, aber es können auch Intoxikationen entstehen. Ein Abhängigkeitssyndrom kann unterteilt werden in illegale Substanzen wie Kokain, und legale Drogen, z. B. Alkohol. Des Weiteren wird bei der Klassifikation von Abhängigkeiten in substanzgebundene und substanzungebundene Abhängigkeit unterschieden.

### 1.2. Affektbegriff

Die Bezeichnung der Affektivität wird als Oberbegriff für kurz- und langfristig anhaltende Affekte verwendet. Kurzfristige Affekte sind Zorn, Hass, Ärger und Freude. Die langanhaltenden

Stimmungen sind z. B. Charakteristika von depressiven Verstimmungen. Patienten\*innen, die unter schweren depressiven Störungen leiden, sind meist ambivalent in ihren Impulsen, Vorstellungen und Gefühlen. Durch diese Widersprüchlichkeit können keine lebensverändernden Entscheidungen getroffen werden. In der klassischen Psychiatrie werden psychische Störungen durch das triadische System in endogen, exogen und psychogen begrenzte Krankheiten differenziert. Die exogenen Störungen sind charakterisiert durch äußerliche Ursachen, wie körperliche Krankheitsbilder oder Krankheiten des Gehirns, die zum Auslöser für psychische Symptomaten werden können. Im Gegensatz dazu ist der Auslöser bei den endogenen Störungen von den genetischen Veranlagungen verursacht, also können sie auch als innere Ursache genannt werden. Zuletzt sind die psychogenen Störungen zu nennen, diese werden durch eine Entstehung psychischer Faktoren beschrieben. Nach dem triadischen System sind die affektiven Störungen den endogenen Störungen untergeordnet. Hingegen werden die Störungen, die durch einen Konsum von psychotropen Substanzen wie Alkohol hervorgerufen werden, als exogene Störungen klassifiziert. In den heutigen wissenschaftsfundierten Annahmen wird die Unterteilung in exogen, endogen und psychogen nicht mehr vorgenommen und vertreten, denn nach wissenschaftlichen Erkenntnissen verfügt der überwiegende Teil von psychischen Störungen in verschiedenen Anteilen über die drei Störungsursachen. Das ICD-10 sowie DSM-V versuchen durch eine grundlegende Orientierung an einer deskriptiven Diagnostik die Störungsbilder durch Psychopathologie, Schweregrad und Verlaufsform zu klassifizieren und zu definieren (Paulitsch<sup>3</sup>, 2019).

## 2. Alkoholabhängigkeit

Nach dem Jugendschutzgesetz im § 8 ist es in öffentlichen Einkaufsmöglichkeiten, der Gastronomie oder sonstigen Verkaufsmöglichkeiten, untersagt, alkoholische Getränke Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren zu verkaufen oder auszuschenken. Es ist verboten, an Jugendliche und Kinder, die das sechzehnte Lebensjahr noch nicht erreicht haben Wein, weinhaltige Getränke, Bier, Mischgetränke aus Bier oder Wein zu verkaufen. Dazu gehören ebenfalls Lebensmittel, die Alkohol enthalten, sowie hochprozentiger Alkohol (Nomos, 2018). Die Suchtentwicklung ist ein schleichender Prozess, der über Jahre hinweg entstanden ist. Die Erkrankten\*innen können nur an die Beschaffung der Droge Alkohol denken. Die möglichen Anzeichen für eine Alkoholabhängigkeit können die Planung des Konsums sein, wie dieser und wann konsumiert werden kann. Des Weiteren beherrscht der Konsum von Alkohol die Gedankenwelt der abhängigen Menschen. Ein weiteres Merkmal für eine Abhängigkeit besteht darin, dass der Konsum immer weiter ansteigt, damit der Wohlfühlpegel gehalten werden kann. Die Leistungsfähigkeit stagniert bzw. reduziert sich mit steigendem Konsum. Auch die Stimmung und die finanziellen Ressourcen leiden unter dem übermäßigen Konsum von Alkohol. Entzugerscheinungen können sich durch Unruhe, Angst, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen,

morgendliches Zittern bemerkbar machen. Daraus lässt sich resümieren, dass Entzugerscheinungen nicht nur körperliche, sondern auch psychische Folgen und Anzeichen beinhalten können. Die Entzugerscheinungen reduzieren sich oder sind komplett verschwunden, wenn die Person Alkohol konsumiert. Sie treten erst wieder auf, wenn die Alkoholwirkung im Körper nachlässt oder reduziert ist. Die Behandlungsvoraussetzungen sind das Eingestehen, abhängig zu sein, und eine ausreichende Motivation, um sich von der Abhängigkeit zu lösen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2021). Die Abhängigkeit von Alkohol zählt zu den substanzgebundenen Suchterkrankungen. Die substanz- und verhaltensgebundenen Suchterkrankungen haben die Gemeinsamkeit, dass eine Aktivierung im mesolimbischen Belohnungssystem stattfindet. Bei einer geringen Alkoholdosis erfolgt eine Aktivierung der Glutamat-Aktivität und gleichzeitig wird die GABA-Aktivität blockiert. Die GABA-Aktivität zeigt einen enthemmenden, euphorisierenden, anxiolytischen, stimulierenden und antriebssteigernden Effekt. Wenn jedoch eine steigende bzw. zu hohe Dosis von Alkohol im Körper ist, so tritt der gegenteilige Effekt ein. Das bedeutet, dass die GABA-Rezeptoren aktiviert werden und eine Hemmung der Glutamatrezeptoren eintritt. Durch diese psychische Wirkung auf den Körper wirkt die Person zunehmend sediert. Es können Bewusstseins- und Orientierungsstörungen auftreten bis hin zum sogenannten Alkoholkoma oder es kann sogar tödlich in Form einer Atemdepression enden. Die als angenehm empfundenen Effekte resultieren daraus, dass psychoaktive Substanzen an das Belohnungssystem anknüpfen und es dann dadurch zu einer Dopaminausschüttung kommt. Bei Personen, die dauerhaft und bereits über einen langen Zeitraum Alkohol konsumieren, tritt ein Toleranzeffekt der GABA-Rezeptoren auf. Dieser Effekt trägt dazu bei, dass sich eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Die Verträglichkeit der Alkoholmengen ist abhängig von den genetischen Dispositionen und epigenetischen Mechanismen. Alkohol bzw. das Ethanol, das in alkoholischen Getränken enthalten ist, stellt für den Körper eine toxische Substanz dar. Schon eine geringe Dosis des Alkohols kann zu gefährlichen Schäden in Leber, Magen, Gehirn und im Herz-Kreislauf-System führen. Wenn eine Person nicht die übliche Alkoholdosis zu sich nimmt, so kann es zu einem Entzugssyndrom kommen. Dieses kann unbehandelt zwischen vier bis sieben Tagen andauern und auch lebensbedrohlich werden. Daher sollte, um lebensgefährdenden Komplikationen wie einem Delir, Stürzen oder Krampfanfällen entgegenzuwirken, eine stationäre Entgiftung durchgeführt werden (Schnell, 2019). Im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol liegt die Zahl der Todesfälle laut der Techniker Krankenkasse bei 74.000. Jeden Tag sterben 200 Menschen an einem stark erhöhten Alkoholkonsum. Die alkoholbedingte Mortalitätsrate bei Personen zwischen dem 35. bis 65. Lebensjahr liegt bei Männern bei 25 % und bei Frauen bei 13 %. Dies macht 21 % aller Todesfälle in Deutschland aus. Durch einen übermäßigen Alkoholkonsum ist die Lebenszeit um 15 % im Gegensatz zu Menschen mit weniger oder gar keinem Konsum von Alkohol verringert. In Lebensjahren ausgedrückt bedeutet es, dass Menschen, die einen hohen

Alkoholkonsum vorweisen, zwölf Jahre weniger Lebenszeit besitzen. In Deutschland wird von 1,9 Millionen Alkoholabhängigen ausgegangen, jedoch ist die Dunkelziffer steigend. Laut Statistiken sind 3 % der Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, alkoholabhängig. Bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 – 24 Jahren sind ca. 6 % abhängig vom Konsum des Alkohols. 3 – 4 % der jungen Erwachsenen verfügen über einen missbräuchlichen Alkoholkonsum. Laut des Epidemiologischen Suchtsurveys konsumieren ca. 9,5 Millionen Menschen in gesundheitsschädlicher Weise Alkohol. Mittlerweile machen Personen mit dem Alkoholabhängigkeitssyndrom 30 % der Patientengruppe in psychiatrischen Kliniken aus (Erven & Schoppmeyer, 2021). Im ICD-10 wird Alkoholabhängigkeit als schädlicher Substanzmittelgebrauch klassifiziert, hingegen wird sie im DSM-5 als Missbrauch definiert. Die psychische Abhängigkeit von Alkohol besteht, wenn die Person die Trinkmenge nicht mehr steuern kann, die Gedanken und Interessen nur bei der Substanz sind. Liegen diese Anzeichen vor, so ist eine psychiatrische Alkoholabhängigkeitserkrankung vorhanden. Der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol lag 2010 bei ca. 9,6 Litern. Ein risikoarmer Konsum beträgt bei Frauen bis zu zwölf Gramm reinen Alkohol täglich und bei Männern ist dieser Wert doppelt so hoch. Der Begriff risikoarm soll aufzeigen, dass der Alkoholkonsum nicht ohne Risiko sein kann und auch kleinere Alkoholmengen zu Schädigungen führen können. Werden die risikoarmen Werte bei Frauen auf 40 Gramm und bei Männern auf 60 Gramm täglich reinen Alkohol erhöht, so liegt ein riskanterer Konsum vor. Wird der Reinalkoholwert abermals verdoppelt, besteht für alle Geschlechter ein gefährlicher Alkoholkonsum. Bei einer weiteren Erhöhung besteht ein Hochkonsum von Alkohol. Die Äthanolmenge von 20 Gramm entspricht in etwa einem halben Liter Bier oder einem fünftel Liter Wein. Ab Konzentrationen von einem bis drei Promille des Alkohols kann es zu neuronalen Mechanismen durch eine selektive Wirkung auf das Gehirn kommen. Meistens sind die Rezeptoren betroffen, die durch eine Verknüpfung mit Ionenkanälen verbunden sind. Dazu gehören die 5HT<sub>3</sub>-Rezeptoren,  $\gamma$ -Amino-Buttersäure-Rezeptoren, Kalziumkanäle des L-Typus und der Subtyp NMDA des Glutamaterezeptors. Auch der Dopaminrezeptor, der im Gehirn für Übertragungsmechanismen zuständig ist, ist betroffen (DHS, 2013).

## 2.1. Klassifizierung nach ICD-10

Das Internationale Werk für statistische Klassifikationen von Krankheiten und übereinstimmende Gesundheitsprobleme wird in dieser Arbeit mit ICD abgekürzt. Das ICD-10 kodiert die verschiedenen Krankheitsbilder. Im ICD-10 werden psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als F10 – F19 kodiert. Unter F10 findet sich eine Kodierung aller psychischen und Verhaltensstörungen, die durch Alkohol verursacht wurden. Die Aufschlüsselung erfolgt von F10.0 einer akuten Intoxikation bis hin zu F10.9 den nicht eindeutig zu identifizierenden psychischen und Verhaltensstörungen (DIMDI, 2021). Das ICD-10 hat die verschiedenen Störungen, die durch einen Konsum psychotroper Substanzen entstehen

können, in verschiedene Substanzkategorien unterteilt. Die Störungen, die sich durch Alkohol entwickeln können, sind durch F10 klassifiziert. Trotz der Legalität von Alkohol und der Etablierung in der Gesellschaft seit Jahrtausenden bildet der Konsum ein großes sozialmedizinisches Dilemma. Die Abhängigkeit und der Missbrauch von Alkohol führen in vielen Fällen zu dem Verlust von Arbeitsplätzen, einer geringeren Arbeitsleistungsfähigkeit sowie einem höheren Gewaltpotenzial und sind für eine Vielzahl von Verkehrsunfällen verantwortlich (Paulitsch<sup>2</sup>, 2019). Das vorläufige Ergebnis von 2020 für Personen, die unter Alkoholeinfluss einen Unfall verursacht haben, liegt bei 12.732 Unfällen von insgesamt 310.686 Verkehrsunfällen (destatis.de, 2021). Von den Patienten\*innen, die sich in eine stationäre Behandlung begeben, sind ca. 30 % aus dem Grund einer indirekten oder direkten körperlichen oder psychischen Alkoholschädigung für eine Behandlung vor Ort (DHS, 2013). Die F10 steht für eine akute Intoxikation mit einer psychotropen Substanz, also in dieser Arbeit von Alkohol. Das erste diagnostische Kriterium lautet, dass der Konsum durch zum Beispiel einen hohen gemessenen Promillewert nachgewiesen werden muss. Zweitens müssen Symptome eines akuten Rausches erkennbar sein, wie Bewusstseinseintrübungen, Kognitions-, Wahrnehmungs- oder Affektstörungen. Bei dem dritten diagnostischen Kriterium soll festgestellt werden, dass keine andere psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegt, damit keine Verwechslung mit anderen Krankheitssymptomen stattfindet. Hat eine Person bereits eine Diagnose wie F10.2, also ein Abhängigkeitssyndrom, oder wird schon ein schädlicher Gebrauch wie unter F10.1 verfolgt, sollte dies unbedingt für die Weiterbehandlung dokumentiert werden. Um Komplikationen von Intoxikationen zu kennzeichnen, wird eine folgende Staffelung vorgenommen. Zuerst handelt es sich um die Fx.00, hier treten keine Komplikationen auf und es ist meist abhängig von der konsumierten Dosis, dann F1x.01, wenn die Intoxikation körperliche Schäden oder Verletzungen hervorbringt. Darauf folgt F1x.02, hier wird das Auftreten einer medizinischen Problematik, wie Aspiration des Erbrochenen, klassifiziert. Als Nächstes kommt F1x.03, wenn die Intoxikation zu einem Delir geführt hat, und F1x.04 steht für daraus entstandene Wahrnehmungsstörungen. Die Diagnose F1x.05 betrifft das Koma, welches durch einen akuten Rausch entstanden ist. Es kann aber auch zu einem Krampfanfall kommen, dieser wird als F1x.06 kodiert. Zum Schluss findet sich F1x.07, diese Diagnose gilt ausschließlich für alkoholabhängige Personen und wird als pathologischer Rausch bezeichnet. Bei einem F10.0, der akuten Alkoholintoxikation, treten die drei diagnostischen Kriterien auf. Dann sollte ein Merkmal wie Streitlust, Affektlabilität, Enthemmung, Leistungsverminderung, Aufmerksamkeitsstörung, eingeschränkte Urteilsfähigkeit und Aggressivität vorhanden sein, damit eine Funktionsstörung des Verhaltens diagnostiziert werden kann. Des Weiteren sollte ein Anzeichen wie undeutliche Sprache, Stand- und Gangunsicherheit, konjunktivale Injektion, Nystagmus, Bewusstseinseintrübung oder unnormale rote Färbung der Gesichtshaut auftreten, um die Diagnose einer akuten Alkoholintoxikation zu stellen. Durch wiederkehrenden Substanzkonsum kann ein

Abhängigkeitssymptom entstehen, dieses wird im ICD-10 unter dem F1x.2 Code klassifiziert. Als Nächstes werden die diagnostischen Kriterien für ein Alkoholabhängigkeitssyndrom erläutert, diese sollten bereits einen Monat vorhanden sein oder wenn diese nur kurzzeitig auftreten, kann über ein Jahreszeitintervall geschaut werden. Ein Kriterium könnte die Toleranzentwicklung sein, bei der die Konsummenge immer wieder gesteigert werden muss. Dann kann das körperliche Entzugssyndrom als Merkmal benannt werden, das bei nicht genügender Dosis oder einem Absetzen einsetzt. Auch ein Zwang oder hohes Verlangen nach der Substanz stellt ein Kriterium dar. Aber ebenso der Kontrollverlust über die Konsumdosis ist damit verbunden, sodass der Konsum nicht mehr reguliert werden kann. Ein weiteres Kriterium besteht darin, dass die Person weiterhin die Substanz konsumiert, obwohl sie die schädlichen Folgen kennt. Das letzte Kriterium beinhaltet das Vernachlässigen von Interessen und Aktivitäten, die gerne verfolgt wurden, statt zu konsumieren, zu planen, wo die Substanz gekauft wird und sich schlussendlich von dem Konsum zu regenerieren. Als Nächstes folgt die Diagnose F1x.3 des Entzugssyndroms, das nach einem langen psychotropen Substanzmittelgebrauch zeitlich begrenzt auftritt. Aber es ist auch von der Substanzart und der Einnahmedauer abhängig. Das erste diagnostische Kriterium ist das nachweisliche Reduzieren der konsumierten Substanz, die wiederholt und in gesteigerter Dosismenge eingenommen wurde. Das zweite Kriterium beschreibt, dass für die bekannten Entzugssymptome bei einem psychotropen Substanzmissbrauch keine psychischen und körperlichen Erkrankungsursachen oder Verhaltensstörungen ursächlich sind. Die Diagnose F10.3 definiert das Alkoholentzugssyndrom. Um dieses diagnostizieren zu können, sollte zuerst festgestellt werden, dass die vorhandenen Symptome nicht durch eine körperliche Erkrankung, eine Verhaltensstörung oder psychische Störung verursacht wurden. Noch dazu sollte geklärt werden, ob die Merkmale auf ein typisches Entzugssyndrom von Alkohol zutreffend sind. Zuletzt muss überprüft werden, dass das Alkoholentzugssyndrom auch zu den Anzeichen von hohem und über einen langen Zeitraum konsumiertem Alkohol zurückzuführen ist. Ein weiteres diagnostisches Kriterium ist, wenn folgende Symptome wie Insomnie, Tremor, Übelkeit, psychomotorische Unruhe, Kopfschmerzen, Schwitzen, Hypertonie oder Tachykardie, Krampfanfall oder zu diesem Zeitpunkt anhaltende akustische, optische oder taktile Illusionen oder Halluzinationen auftreten. Drei der benannten Symptome müssen vorhanden sein, damit eine F10.3-Diagnose gestellt werden kann (Drilling & Freyberger, 2014).

### 2.2. Ursachen

Die Ursachen der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit sind multifaktoriell und bis heute nicht definiert worden. Die erste Manifestation stellt das Zusammenspiel der Substanz des Alkohols und des sozialen Umfelds für die mögliche Entstehung einer Alkoholabhängigkeit dar. Auch die genetischen Faktoren haben einen erheblichen Einfluss, denn laut neueren Studien liegt die Vererbungsrate bei 50 %. Einen weiteren großen Einfluss üben die Alkoholgewohnheiten

von Personen aus, die als Vorbild fungierten, wie Großeltern und Eltern, der Umgang mit Alkohol im sozialen Umfeld und die ständige Verfügbarkeit von Alkohol in Supermärkten, Tankstellen etc. Diese Einflussfaktoren stellen nur mögliche Indikatoren dar, die die Alkoholabhängigkeit bedingen können, aber sie sind nicht für den Ausbruch allein ursächlich. Ursächliche und aufrechterhaltende Multiplikatoren können psychische Störungen wie Angststörungen oder Depressionen sein. Die Entwicklung bis hin zu einem Störungsbild verläuft kontinuierlich mit einem fließenden Übergang in die Abhängigkeit. Die Entwicklung zu einer Alkoholabhängigkeit kann in drei Stufen gegliedert werden. Der Konsum von Alkohol wird genutzt, um psychische Erleichterung zu erhalten, Stress zu bewältigen oder Problemlagen zu lösen, dies bildet die erste Stufe zur Abhängigkeit. Es folgt ein Verlust der Konsumkontrolle mit zunehmend erkennbarer Alkoholisierung und im Gegensatz zum nüchternen Zustand werden Verhaltensauffälligkeiten deutlich, dann liegt häufig eine Abhängigkeit vor. Dazu kommt eine immer größer werdende körperliche Abhängigkeit und bei zu geringer oder gar keiner Dosis treten Entzugssymptome und körperliche Folgeschäden auf. Personen, die sich in der dritten Phase befinden, müssen im Tagesverlauf stetig konsumieren, um einem Entzugssyndrom entgegenwirken zu können. Dadurch kann es zu einem psychosozialen Abstieg auf Grund von Organschädigungen und eingeschränkten kognitiven Funktionen kommen. Bei chronischem Alkoholmissbrauch können langfristige psychische und organische Folgeschädigungen auftreten. Die Verläufe von alkoholabhängigen Menschen sind individuell. Jedoch können sie nach Elvin M. Jellinek in fünf Typen eingeteilt werden. Der Alpha-Typ wird als Konfliktkonsumierer definiert, kann sein Trinkverhalten steuern und eine Abstinenz erreichen. Darauf folgt der Beta-Typ, ein Gelegenheitstrinker, der in Bezug auf den Konsum von Alkohol steuerungsfähig ist. Der Gamma-Typ ist der\*die Konsument\*in, der\*die am häufigsten vorkommt. Dieser Alkoholtyp leidet unter einem Abhängigkeitssyndrom, das durch eine Toleranzentwicklung gekennzeichnet ist, es sind nur kurzzeitige abstinente Phasen möglich und es entsteht ein Verlust der Kontrolle über die Alkoholdosis. Der Delta-Typ konsumiert regelmäßig Alkohol, um seinen Wohlfühlspiegel zu erhalten und das aus Gewohnheit. Hierbei ist problematisch, dass dieses Trinkverhalten zu körperlichen Schäden und Erkrankungen führt. Zuletzt gibt es den Epsilon-Typ, diese\*r Alkoholabhängige konsumiert episodisch Alkohol mit möglichen Alkoholexzessen. Jedoch ist diese Person in der Lage, zwischen den episodischen Phasen abstinenter zu sein. Auch dieses Modell trifft auf große Kritik, da Alkoholabhängige verschiedene Ausprägungen der Typologien aufweisen und auch mehrere Typen gleichzeitig bedienen. Die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist von bio-psycho-sozialen Vulnerabilitäten abhängig. Der genetische Faktor hat einen relevanten Einfluss, da erbliche Veränderungen oder Hirnschädigungen die biologische Vulnerabilität beeinflussen. Des Weiteren können psychische Problematiken, wie häufig wechselnde oder fehlende Bezugspersonen, aber auch andere traumatische Lebensereignisse eine Abhängigkeit hervorbringen. Ebenso das soziale Umfeld, in welchen

Lebensverhältnissen ein Mensch aufgewachsen ist, die Erfahrungen mit Gewalt, dem Alkoholkonsum des Umfeldes und dem damit verbundenen Trinkdruck nicht standhalten zu können oder auch ökonomische, soziale oder ökologische Unsicherheiten können eine Abhängigkeit negativ bedingen. Diese haben einen hohen Einfluss auf die Ausprägung einer Alkoholabhängigkeit. Bei einer Vielzahl der Abhängigkeitserkrankten\*innen liegt eine der Vulnerabilitäten vor, meistens ist es eine Kombination aus den beschriebenen bio-psycho-sozialen Faktoren. Dementsprechend ist oftmals nicht die Konsummenge ausschlaggebend, sondern welche Gründe zum abnormen Trinkverhalten führten. Die soziokulturellen Faktoren haben ebenfalls einen relevanten Einfluss auf den Konsum von Alkohol. In Deutschland stellt der Alkohol gesellschaftlich gesehen ein Genussmittel dar und viele Hersteller werben mit dem Genuss der intrinsischen Sozialität. Dementsprechend liegt der Anteil an Alkoholmissbräuchen in Ländern wie Deutschland höher, in denen der Konsum legal ist, im Gegensatz zu Ländern ohne Legalität von Alkohol durch eine religiöse Verankerung, wie in islamischen Ländern oder bei staatlicher Einschränkung. Diese Länder haben einen geringeren Anteil an Alkoholmissbrauchsfällen. Aus diesem Grund wird zwischen Permissivkulturen, bei denen ein Konsum von Alkohol etabliert und legal ist, und Abstinenzkulturen unterschieden. Die Abhängigkeit ist bei der Diagnostik meist nur ein sekundäres Phänomen, da die Ursache oftmals für das Einnahmeverhalten auf verschiedenen psychosozialen Faktoren beruht. Diese Diagnose bildet in der Regel lediglich ein teilpathogenetisches Bild. Im Therapieverlauf zeigen sich mehrere Faktoren, wie Komorbiditäten, somatische Vorerkrankungen, ein Zusammenspiel mit anderen Substanzen, die ein Abhängigkeitspotenzial aufzeigen (DHS, 2013).

### 2.3. Behandlung und die S3-Leitlinien

Ein Entzug kann auch ambulant durchgeführt werden, hierbei wird der Alkohol nicht sofort dem Körper entzogen, sondern kontinuierlich reduziert. Diese langsame Reduktion sorgt dafür, dass sich der Organismus langsam an eine immer geringere Alkoholdosis gewöhnen kann. Die Konsummenge bleibt über einige Tage gleich, damit sich der Körper und alle Organe an die reduzierte Menge anpassen können und um weiterhin reduzieren zu können. Dies soll zu einem kontrollierten Konsum führen bis hin zur Abstinenz. Jedoch zieht das kontrollierte Trinkverhalten häufig Alkoholexzesse und Rückfälle nach sich. Problematisch an einem ambulanten Entzug sind die hohen Anforderungen an die Patienten\*innen, da sie sich selbstkritisch kontrollieren müssen. Das erfordert eine hohe Eigenverantwortung und Selbstbeherrschung, nur die Menge Alkohol zu konsumieren, die erlaubt ist. Daher entscheiden sich die meisten alkoholabhängigen Menschen für einen stationären Entzug, da ungefähr jede\*r zweite Patient\*in die Unterstützung durch Benzodiazepine benötigt. Die Benzodiazepine dürfen nur über einen kurzen Zeitraum verabreicht werden, da diese ein hohes Abhängigkeitspotenzial besitzen. Eine psychotherapeutische Behandlung wird meistens nach dem Entzug durchgeführt. Einige Forschungsbefunde zeigten auf, dass sich an den\*die jeweilige\*n Patienten\*in

angepasst werden muss, da die Abstinenz für viele eine große Hürde darstellt. Die ambulante sowie stationäre Entzugsbehandlung haben beide zum Ziel, die Klienten\*innen bis zur Abstinenz zu begleiten und zu befähigen. Besonders wichtig ist ein differenzierter Umgang mit Rückfällen, denn zunächst sind diese nicht katastrophal. Das Verhalten und der Umgang der alkoholabhängigen Person mit dem Rückfall sind entscheidend für die Weiterbehandlung und die Person selbst, denn sie hat die Möglichkeit, sich reflektierend mit dem Rückfall auseinanderzusetzen oder wieder einen gesteigerten Konsum des Alkohols zu verfolgen. Beim Entzug wird in den meisten Fällen die Pharmakotherapie als Unterstützungsmaßnahme für die Behandlung vorgesehen. Diese medikamentöse Behandlung hat es ermöglicht, dass ungefähr die Hälfte der Patienten\*innen erst wieder nach zwei Jahren zu ihrem pathologischen Konsummuster zurückkehren. Die Medikamente, die für eine Entzugsbehandlung angewendet werden können, liegen in einer Reduktion von Cravings, einer Blockade der Alkoholwirkung und einer Aversionstherapie. Die Reduzierung des Suchtverlangens kann durch den Wirkstoff Acamprosat erfolgen, da dieser Stoff der Antagonist des Glutamates ist. Der Wirkstoff Naltrexon wird als Opiatantagonist gegeben, da er die Opiatrezeptoren blockiert und Endorphine, die sich durch die Alkoholwirkung bilden, reduziert. Einen Nebeneffekt stellt die Reduktion des Suchtverlangens dar. Die Aversionstherapie wird durch den Wirkstoff Disulfiram durchgeführt, da dieser aus dem Ethanol Acetaldehyd besteht und dann in Essigsäure umgewandelt wird. Dementsprechend sorgt dieses Medikament, wenn Alkohol konsumiert wird, dafür, dass Vergiftungserscheinungen auftreten (Schnell, 2019). Die S3-Leitlinien haben das bisher vorhandene Wissen komprimiert zusammengefasst. Sie haben für die Behandlung, das Screening und die Diagnostik Handlungsempfehlungen zusammengestellt, um den Prozess fundierter zu begleiten und schneller diagnostizieren zu können. Mittlerweile hat sich ein abhängiger und schädlicher Konsum von Alkohol in der Gesellschaft etabliert. Die S3-Leitlinien geben explizite Empfehlungen für das Diagnoseverfahren, Screening und die Behandlung von alkoholabhängigen Störungen vor. Auch die Frühintervention wird mit in den Handlungsempfehlungen bedacht. Sie geben Anregungen für die pharmakologische Vorgehensweise, um eine Unterstützung für den Entzug und eine Abstinenz zu bieten. Dazu kommt die Darlegung, wie ein qualifizierter Entgiftungsprozess ablaufen sollte (Batra & Mann, 2016). Eine Behandlung von alkoholbezogenen Störungen ist in Deutschland derweil ausgezeichnet etabliert worden. Trotz eines flächendeckenden Behandlungsangebotes nehmen lediglich 10 % – 15 % der Abhängigkeitserkrankten\*innen eine qualifizierte Behandlung wahr. Oft liegen zwischen dem ersten Abhängigkeitssymptome zehn Jahre, bis eine qualifizierte Entgiftung vorgenommen wird. Deutschland zählt zu den Hochkonsumländern für den Alkoholkonsum mit rund 40 % der Konsumenten. Davon sind ca. 1,7 Millionen Personen alkoholabhängig und 1,61 Millionen vollziehen einen schädlichen Konsum des Alkohols. Die Alkoholabhängigkeit kann verschiedene somatische und psychische Folge sowie Begleitstörungen verursachen und zieht meist

gesellschaftliche und soziale Probleme nach sich. Im Jahr 2012 wurden über 345.000 Krankenhausaufenthalte, die durch eine alkoholbedingte psychische oder Verhaltensstörung verursacht wurde, festgehalten. (Mann, et al., 2016). Das Hauptziel in der Therapie von alkoholabhängigen Menschen ist die Abstinenz. Diese kann durch eine motivierende Intervention vorangebracht werden. Gerade bei Abhängigkeitserkrankungen hat die Motivation des\*der Klienten\*in eine hohe Relevanz. Dabei ist es wichtig herauszukristallisieren, welche Motive den\*die Alkoholabhängige\*n dazu antreiben, abstinent zu werden. Der körperliche Entzug, auch Entgiftung genannt, wird meistens in stationärer psychiatrischer, neurologischer und somatischer Behandlung durchgeführt. Die Entgiftung wird innerhalb von wenigen Tagen mit oftmals medikamentöser Unterstützung durchgeführt. Die Dauer einer Entwöhnung liegt zwischen sechs Wochen und sechs Monaten und wird in Fachkliniken umgesetzt (Paulitsch<sup>2</sup>, 2019). Die Handlungsprinzipien für eine Behandlung von alkoholbezogenen Störungen fokussieren zunächst eine Frühintervention sowie Früherkennung, denn je früher eine Problematik erkannt wird, desto besser kann interveniert werden und die Behandlung kann erfolgreicher sein. Um die Selbstheilung voranzubringen, ist es relevant, die Ressourcen, über die ein\*e Patient\*in verfügt, zu bestärken, um diese anzuwenden. Damit einhergehend, sind zuerst die eigenen Strategien anzuwenden, bevor eine Fremdhilfe stattfindet. Dann ist eine zeitnahe Krisenintervention im stationären Setting zu betreiben, damit in Notfällen schnell gehandelt werden kann. Auch eine vollumfassende Schadensminimierung auf mehrdimensionaler Ebene, je nach Problematiken in den bürokratischen und rechtlichen Gesellschaftsstrukturen oder im sozialen Umfeld, unterstützt die Abstinenz. Es sind Angebote zu indizieren, die sich möglichst im näheren Umfeld des\*der Klienten\*in befinden und somit sollte auch eine Vernetzung von Hilfsangeboten stattfinden.

### 2.4. Folgeerkrankungen

Die Folgeerkrankung, die aus einer Alkoholabhängigkeit entstehen kann, ist eine Alkoholintoxikation, diese ist gleichbedeutend mit dem Begriff Rausch. Zunächst kann ein leichter Rauschzustand entstehen, der bei ca. 0,5 – 1,5 ‰ liegt und zur Enthemmung, Gesprächigkeit und Verringerung der Reaktions- und Einschätzungsfähigkeit führt. Bei 1,5 – 2,5 ‰ tritt der mittelgradige Rausch ein, dieser verursacht Gangstörungen, undeutliche Sprache, Euphorie, Dysphorie oder auch Benommenheit. Der schwere Rausch liegt bei über 2,5‰ und führt zu einer Gangunfähigkeit, einem Realitätsverlust oder sogar zu Bewusstseinseintrübungen bis zu einer Somnolenz. Der pathologische Rausch kann bereits bei kleinen Konsummengen auftreten und Reaktionen wie Erregungszustände hervorbringen. Dies tritt besonders bei Personen auf, die z. B. nach einer Magenoperation innerhalb eines kurzen Zeitraums Alkohol konsumieren oder die an Hirnschädigungen leiden. Die nächste Folgeerkrankung kann ein Delir und Alkoholentzugssyndrom sein. Ein Alkoholentzugssyndrom entsteht, wenn bereits über einen langen Zeitraum hohe Alkoholmengen konsumiert und danach kein Alkohol mehr getrunken

wurde. Bei ca. 15 % der Alkoholiker\*innen, die abstinent leben möchten, tritt zunächst ein Entzugsdelir auf, das unbedingt medizinisch behandelt werden sollte. Ein Delir ist gekennzeichnet durch motorische Unruhe, Desorientierung, optische Halluzinationen, Verkennungen und vegetative Symptomaten wie Zittern, Tachykardien und Schwitzen. Es ist dringend notwendig, auch ein Delir professionell zu behandeln, da 20 % der unbehandelten Delirs den Tod nach sich ziehen. Der chronische Alkoholkonsum kann zu Persönlichkeitsveränderungen führen, indem sich die Charakterstrukturen verändern. Der\*die Abhängige kann in der Stimmung labiler oder reizbarer sein. Durch zusätzliche intellektuelle und kognitive Schädigungen kann auch eine Alkoholdemenz entstehen. Das sogenannte Korsakow-Syndrom wird als schwere Alkoholdemenz mit desorientiertem Verhalten und einer sehr geringen Merkfähigkeit beschrieben. Die neurologische Folgeerkrankung, die ebenfalls aus einem chronischen Konsum resultieren kann, ist die Wernicke-Enzephalopathie. Diese kann auf Grund ihrer Ataxie, Gedächtnis- und Pupillenstörung, Desorientierung, Bewusstseinseintrübung und Nystagmus tödliche Folgen haben. Die häufigsten körperlichen Folgeerkrankungen sind Herzkreislauferkrankungen, Leberschädigungen, Schädigungen des Magen-Darm-Trakts, alkoholische Polyneuropathie, Stoffwechselerkrankungen, Epilepsie und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen. Ein erhöhter bzw. chronischer Alkoholkonsum begünstigt verschiedene Krebsarten wie beispielsweise ein Leberkarzinom.

### 2.5. BRENDA-Intervention

Für ein erstes Gespräch mit einer Person, die die Diagnose Alkoholabhängigkeit erhalten hat, kann die Interventionsmethode BRENDA angewandt werden. Diese soll dazu dienen, dass herausgearbeitet wird, welche Zusammenhänge zwischen dem Alkoholkonsum und anderen Beschwerden besteht. Der Buchstabe B richtet sich auf die biopsychosoziale Auswertung der sozialen, medizinischen und psychologischen Konsequenzen, die das alkoholbedingte Verhalten nach sich gezogen hat. Demnach soll besprochen und hervorgehoben werden, welche psychopathologischen Folgeerkrankungen und möglichen Problematiken im Berufsleben oder in Partnerschaften die Sucht erzeugt hat. Das R bedeutet Report, die Berichterstattung für die Konsequenzen, die daraus gezogen werden können. Der Buchstabe E definiert Empathie. Durch empathisches Zuhören soll dem\*der Klienten\*in einerseits Verständnis für die Situation suggeriert werden, andererseits sollen diese die Zusammenhänge des Reports erkennen und verstehen. Darauf folgt das N, dieses steht für Needs, dementsprechend für die Auswertung von Bedürfnissen. Zu den Bedürfnissen können die emotionalen Sicherheits- und Gesundheitsbedürfnisse gezählt werden, aber auch die Priorisierung der Bedürfnisse des\*der Ratsuchenden herauszuarbeiten. Daher ist es wichtig, die möglichen Hilfsangebote darzustellen und zu favorisieren. Dann folgt das D, es steht für einen direkten Rat. Dem\*der Klienten\*in soll ein positiv formulierter Ratschlag erteilt und auch das Therapieziel sollte möglichst genau dargestellt und optimistisch aufgestellt werden. Dazu gehört, dass die vereinbarten Ziele für den\*die

Ratsuchende\*innen erreichbar sind. Der Buchstabe A steht für die Auswertung der Reaktion von Klienten\*innen. Hier soll durch averbale und verbale Reaktionen eine Beurteilung stattfinden, ob der\*die Ratsuchende mit den therapeutischen Vorgehensweisen und Therapiezielen konform geht (DHS, 2013).

### 3. Affektive Störungen

Die affektiven Störungen definieren pathologische Stimmungsveränderungen. Sie sind klinisch charakterisiert durch eine Manifestierung von manischen und depressiven Phasen. Affektive Störungen definieren alle pathologischen Modifikationen der Emotionen und des Gemüts. Im psychiatrischen Alltag bilden sie die häufigsten Störungsbilder. Mitte des 20. Jahrhunderts wird der Begriff der Depression als eine psychische Störung angewandt. Der Begriff kommt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie Niederdrücken. Die grundsätzlichen Merkmale sind der Verlust von Freude, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, der Verlust von Interessen und ein emotionales Leeregefühl. Die Klassifikation im ICD-10 erfolgt auf der Grundlage der psychosozialen und klinischen Kriterien, wie hinsichtlich Schweregrad, Symptomen und des Verlaufs einer Depression. Die depressiven Episoden werden durch die leichten, mittelschweren und schweren Verläufe definiert. Diese Differenzierung wird in Abgrenzung zu der rezidivierenden depressiven Störung vorgenommen, bei zwei- oder mehrmaligen Wiedererkrankungen. Die leichte Form der chronischen Erkrankung wird auch Dysthymie genannt und sorgt für eine geringe Beeinträchtigung des täglichen Lebens. Die Weltgesundheitsorganisation hat festgestellt, dass depressive Störungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigsten Krankheitsbilder und mit einer hohen Kostenintensivität darstellen. Verschiedene Studien gehen davon aus, dass ca. 15 Millionen Menschen in Europa an depressiven Störungen erkrankt sind. Durch Erhebungen der WHO wurde aufgezeigt, dass nur 54 % der Depressionen von Allgemeinmediziner\*innen nach ICD-10-Kriterien diagnostiziert wurden. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 15 %, doch Männer sind halb so häufig an depressiven Episoden erkrankt wie Frauen. Die Geschlechterverteilung und die damit einhergehende konträre Abundanz lässt sich auf verschiedene psychosoziale und hormonelle Faktoren zurückführen. Verschiedene Diagnosekonzepte haben oftmals die Symptomatiken von Frauen definiert und diese Beschreibungen sind meist nicht konträr zu den Symptomen der Männer. Das multifaktorielle Modell beschreibt psychosoziale, genetische und neurobiologische Faktoren als mögliche Ursachen für die Erkrankung an einer Depression. Die neurobiologischen Faktoren werden hierbei als ein Mangel des Noradrenalins und Serotonins und eine Unausgeglichenheit im Neurotransmittersystem verstanden (Paulitsch, 2019). Depressionen lassen sich in drei ursächliche Formen unterteilen. Als Erstes geht es um die endogenen Depressionen, diese sind von genetischen Faktoren abhängig. Sie können in periodische, zyklische, schizophrene und Involutionen-depressionen unterteilt werden. Darauf folgen die somatogenen Depressionen, bei diesen

haben die körperlichen und organischen Faktoren einen relevanten Einfluss. Zuletzt kommen die psychogenen Depressionen, diese haben reaktive und neuronale Voraussetzungen. So können sie in neurotische, reaktive und Erschöpfungsdepressionen differenziert werden (Laux, 2011). Die Diagnose Depression ist der am häufigsten verwendete Arbeitsunfähigkeitsgrund in Deutschland. Damit zählt sie heute als Volkskrankheit, wie viele Menschen sie nennen. Die depressive Episode wird durch Freud- und Interessenverlust, depressive Stimmung und psychomotorische Veränderungen definiert. Die psychomotorischen Veränderungen können sich durch ein verringertes Energieniveau, Antriebshemmung und besorgte Agitiertheit zeigen. Außerdem können körperliche Funktionsbeeinträchtigungen auftreten, wie Konzentrationsstörungen, sich wertlos zu fühlen, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Als chronische affektive Störung wird die Dysthymie bezeichnet, diese sorgt für eine andauernde depressive Stimmung. Sie tritt erstmals häufig im frühen Erwachsenenalter auf. Die Symptome sind nicht mit denen einer rezidivierenden depressiven Erkrankung gleichzusetzen. Die Phasen, in denen die Stimmung und Symptome reduziert sind, halten meist nur wenige Wochen an, dies macht eine Dysthymie quälend für Betroffene. Die Prävalenz, dass eine Person im Laufe ihres\*seines Lebens an einer depressiven Störung erkrankt, liegt bei 13 – 20 % im nationalen und internationalen Raum. Durchschnittlich erkranken die meisten Menschen zum ersten Mal im dreißigsten Lebensjahr, wobei die meisten depressiv Erkrankten\*innen zwischen 35 – 49 Jahre alt sind. Auf die Entstehung einer Depression nehmen verschiedene Faktoren einen relevanten Einfluss. Aus diesem Grund wird eine multikausale Ätiopathogenese im Zusammenhang mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell durchgeführt. Es werden die psychosozialen, biologischen und genetischen Einflussfaktoren begutachtet, um individuell herauszufinden, welche Ursachen zu depressiven Episoden geführt haben. Dazu kommt der Einfluss toxischer Mittel, wie der Konsum von legalen und illegalen Drogen. Durch molekulargenetische Untersuchungen konnte belegt werden, dass eine Disposition für die Erkrankung Depression besteht, wenn ein Familienmitglied ebenfalls erkrankt ist. Bei Depressionen liegt eine Veränderung der Übertragung von Neurotransmittern, wie Serotonin und Noradrenalin, vor. Bei den psychosozialen Faktoren sind häufig die Auslöser der Verlust oder die Entfremdung einer Bezugsperson, neue Lebensumstände, andauernde Konflikte oder Mobbing. Bei einem Großteil der an Depressionen erkrankten Menschen liegt vor dem Krankheitsbeginn eines der gerade genannten Life Events vor. Vor dem ersten Krankheitsausbruch sind die Stressoren höher als bei den nachfolgenden Wiedererkrankungen, da die Stressresistenz niedriger liegt als vor der Ersterkrankung. Auch Mangel Erfahrungen wie das Fehlen von Emotionen, geliebt zu werden oder Missbrauch in der frühen Kindheit können als Auslöser für depressive Episoden benannt werden. Dazu kommen die nicht erlernte Entwicklung von Autonomie, ein mangelndes Selbstwertgefühl, einer individuellen Persönlichkeit und der schlechte Umgang mit eigenen Emotionen und Stressbelastungen. Ein entscheidender Einflussfaktor für die Entwicklung einer

Depression kann die Mutter-Kind-Beziehung sein oder das schon frühkindliche Erleben von subjektiver Hilflosigkeit. Durch eine Ich-Schwächung, die aus einem geringen Selbstwertgefühl entstanden ist, kommt es zu einer schnelleren Verletzlichkeit in Bezug auf das Enttäuschungs- und Frustrationserleben. Damit einher geht zugleich eine Abhängigkeit von Zuneigung und Unterstützung. Dieser beschriebene Mechanismus kann durch aufkommende traumatisierende und frühkindliche Erfahrungen und die damit verbundenen wiederauftretenden Gefühlsassoziationen eine depressive Episode bestärken und hervorrufen. Bei einer Depression können unterschiedliche physische, psychische und psychomotorische Symptome vorkommen. Zu diesen psychischen Symptomen gehören die depressiven Verstimmungen, die allgemein ein reduzierendes durch persistierende und deren äußere Lebensumstände wenig Chance zur Besserung haben (Laux<sup>2</sup>, 2011). „Das Ausmaß der Depressivität kann von leicht gedrückter Stimmung bis zum schwermütigen, scheinbar ausweglosen, versteinertem Nichts-mehr-fühlen-können (»Gefühl der Gefühllosigkeit«) reichen. Die melancholische Herabgestimmtheit hat dabei eine eigene Qualität (»distinct quality of mood«).“ (Laux<sup>2</sup>, 2011, S. 387). Des Weiteren können ein Verlust von Freude und Interessen, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, der stark reduzierte Antrieb, Schuldgefühle, erhöhte Ängstlichkeit und Denkstörungen auftreten und die Stimmungslage ist im Tagesverlauf häufig instabil. Bei den physischen Symptomen stehen die Vitalstörungen im Mittelpunkt. Dies bedeutet, dass die Klienten\*innen mit diesen Symptomen häufig unter Energie- und Kraftlosigkeit leiden. Aber es können auch somatische Erkrankungserscheinungen wie Spannungsschmerzen, Libidomangel, Appetitlosigkeit oder körperliche Missempfindungen auftreten. Des Weiteren kann in unterschiedliche Unterformen von Depressionen unterschieden werden, die im Folgenden kurz erläutert werden. Zuerst geht es um die gehemmte Depression, hier treten die psychomotorischen Fähigkeiten und Aktivitäten reduziert auf. Darauf folgt die agitiert-ängstliche Depression, welche charakterisiert ist durch Bewegungsunruhen, hektisches Verhalten und ängstliche Getriebenheit. Als Nächstes handelt es sich um die somatisierte Depression, bei dieser stehen multiple Organbeschwerden und vegetative Störungssymptome im Mittelpunkt, die sich bis zu einer Hypochondrie entwickeln können. Bei der psychotischen Depression zeigen Klienten\*innen häufig wenig Krankheitseinsicht. Die psychotische Depression äußert sich durch paranoide Symptome, wie Ich-syntone Halluzinationen, den Verarmungs-, Versündigungs- und Schuldwahn. Darauf folgt die atypische Depression, diese wird durch Hyperphagie, schnelle Kränkbarkeit, hohen Schlafkonsum, histrionische Verhaltensmerkmale und vegetative Symptome gekennzeichnet. Formale Denkstörungen, Unruhe und Agitiertheit sind Symptome einer postpartalen Depression. Bei der Altersdepression treten kognitive und vegetative Störungen, paranoide Gedanken, z. B. über den Tod, sowie körperliche und hypochondrische Angsterscheinungen auf. Eine Diagnose wird anhand der berichteten Symptome des\*der Klienten\*in, also durch die ätiopathogenetischen Faktoren gestellt (Laux<sup>2</sup>, 2011).

### 3.1. Klassifikation im ICD-10

Die F32-Kategorie unterteilt in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden. Personen, die unter dieser Störung leiden, sind antriebsarm und die Aktivität ist eingeschränkt, sie leiden unter niedergeschlagenen Stimmungen. Des Weiteren sinkt die Belastbarkeit, die Emotionen sind beeinträchtigt, der Appetit ist verringert, Schlafstörungen treten auf. Die Stimmung bleibt für einige Tage unverändert bzw. verbessert sich nur sehr langsam. Im Alltag können zu der verschlechterten Stimmung ebenfalls somatische Symptome kommen. Das könnte Erscheinungen wie wenig Empfindung von Freude, psychomotorische Hemmung, Interessenverlust, Morgentief, zeitig aus dem Schlaf zu erwachen, ein Verlust von Gewicht, Libido und Appetit oder Agitiertheit umfassen. Je nach Ausprägung und Anzahl der auftretenden Symptome kann in eine leichte, mittelgradige und schwere Episode klassifiziert werden. Die depressiven Symptome werden auch als somatische Krankheitserscheinungen bezeichnet. Unter der F32.0-Kategorisierung wird eine leichte depressive Episode beschrieben. Erkrankte Personen sind im Alltag eingeschränkt, dennoch können viele Alltagsaktivitäten durchgeführt werden. Damit eine Diagnostik vorgenommen werden kann, muss die Depressivität bereits zwei Wochen vorhanden sein. Durch die Anamnese sollte festgestellt werden, dass keine hypomanischen und manischen Episoden bei der Person vorliegen. Auch sollte ermittelt werden, dass die depressive Episode nicht durch ein organisches psychiatrisches Krankheitsbild oder durch einen psychotropen Substanzmittelmissbrauch entstanden ist. Weitere Kriterien bilden ein geringer Antrieb, höhere und schnellere Ermüdbarkeit oder dass Aktivitäten und Interessen, die sonst gerne ausgeführt wurden, sinken. Dazu kommt eine ungewöhnliche depressive Verstimmtheit, die länger als zwei Wochen andauert. Zwei der gerade aufgezählten Kriterien sollten für eine Diagnostizierung vorliegen. Weitere Symptome, die auftreten können, sind suizidales Verhalten, Gedankenkarussell über den Tod oder Suizid, aber auch unangemessenes Einräumen von Schuldgefühlen, des Weiteren psychomotorische Hemmungen oder Agitiertheit, verringertes Konzentrations- und Denkvermögen, eine geringere Entscheidungsfreudigkeit oder die Verringerung des Selbstwertes und -vertrauens. Von diesen Symptomen sollte mindestens eines zutreffen. Insgesamt sollten vier bis fünf Symptome klassifiziert werden, damit eine Diagnose für eine leichte depressive Episode gestellt werden kann. Die F32.1 kategorisiert die mittelgradige depressive Episode. Auch hier muss eine depressive Verstimmung bereits zwei Wochen andauern und es dürfen kein Substanzmittelmissbrauch und keine hypomanische oder manische oder organische Ursache vorliegen, die dieses Störungsbild auslöst. Ebenfalls sollten zwei oder drei Symptome, wie Interessenverlust, Verlust von Aktivitäten und der damit verbundenen Freude, zunehmende Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdung über einen zweiwöchigen Zeitraum auftreten. Ebenfalls wie bei einer leichten depressiven Episode treten, eine psychomotorische Hemmung, der Verlust von Selbstwert und -vertrauen, Suizidgedanken, verringertes Konzentrationsvermögen usw. auf. Damit sollten sechs bis sieben

Erkrankungszeichen vorhanden sein, um diese Diagnose zu stellen. Zuletzt geht es um die F32.2, diese wird als schwere depressive Episode benannt, die keine psychotischen Erkrankungsanzeichen aufzeigt. Hier liegen verschiedene somatische Symptome vor und Suizidgedanken sowie Suizidhandlungen treten vermehrt auf. Dieses Krankheitsbild ist qualvoll, da alle bereits aufgezählten Symptome und Kriterien vorhanden sind (Drilling & Freyberger, 2014).

### 3.2. Behandlungs- und Therapiemaßnahmen

Im Mittelpunkt der Depressionsbehandlung ist eine schützende und empathische Gesprächsführung von dem Arzt oder der Ärztin für die Erstellung eines Behandlungsplanes relevant. Die Therapiemaßnahmen sollten bestmöglich an die Ursachen und Symptome des\*der Klienten\*in angepasst sein. Von der Psychodynamik und dem Schweregrad der Erkrankung ist es abhängig, ob eine Psychotherapie oder andere Therapieformen oder eine pharmakologische Therapie mit dem\*der Betroffenen vollzogen wird. Die Antidepressiva können in sedierende und nicht sedierende Medikamentengruppen eingeteilt werden. Zu den sedierenden Medikamenten zählen die tetrazyklischen Antidepressiva, wie zum Beispiel Doxepin oder Amitriptylinoxid. Als nicht sedierende Wirkstoffe werden Monoaminoxidase-Hemmer, z. B. Moclobemid, Trizyklische Antidepressiva, z. B. Clomipramin, oder Serotoninwiederaufnahmehemmer, z. B. Sertralin, bezeichnet. Eine Therapieform, die bereits seit Jahren durchgeführt wird, ist die Schlafentzugstherapie, die zu einer Melatoninausschüttung führt. Bei depressiven Erkrankungen kann es zu einer Verbesserung der Stimmung, des Denkens und Schlafs durch kompletten oder halben Schlafentzug kommen. Diese Therapie stellt die einzige Therapiemaßnahme dar, die nach einem kurzen Zeitraum ihre Wirkung zeigt. Der Nachteil ist jedoch, dass die Wirkung nicht lange anhält und eine hohe Müdigkeit besteht. Es kann aber auch in Manien umschlagen. Weitere Therapieansätze bilden die Licht- und Sporttherapie. In der behavioristischen Verhaltenstherapie bildet das Verhalten des\*der Klienten\*in die Basis. Durch einen Verstärkungsmangel kommt es zu einer Reduktion von aktiven Klienten\*innenverhaltensweisen. Für die kognitive Therapie wird zur Umsetzung auf kognitionspsychologische Ansätze zurückgegriffen. Die dysfunktionalen Gedankenverläufe und depressiven Wahrnehmungen sollen durch diese Therapieform korrigiert und die Klienten\*innen dazu befähigt werden, in Interaktion zu treten und ihr Sozialverhalten zu schulen. Dazu kommt, dass er\*sie sich Problembewältigungs- und Bewältigungsstrategien aneignet, die für diese Person hilfreich sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die soziotherapeutisch-sozialpsychiatrische Ansicht, denn vielen erkrankten Personen fällt es schwer, sich von der Arbeit zu entpflichten oder Hilfe im Alltag anzunehmen. Weiterhin ist es relevant, durch Unterstützungsmaßnahmen und Beratung den\*die Ratsuchende\*n mit den Versorgungsnetzwerken zu verbinden. Wichtig ist ebenfalls, das Umfeld und die nahen Angehörigen oder Bezugspersonen mit in den Behandlungs- und Genesungsprozess einzubeziehen (Laux<sup>2</sup>, 2011).

### 3.2.1. Kognitive Verhaltenstherapie

Der Behandlungsansatz der kognitiven Verhaltenstherapie verfolgt eine strukturierte, psychologische und personenzentrierte Befähigung des depressiven Menschen. Im Mittelpunkt steht das Kommunikations-, Sozial- und Interaktionsverhalten. Erweitert und verbessert werden soll die Aneignung von subjektiv hilfreichen Problembewältigungs- und Bewältigungsstrategien, der Rückzug soll überwunden, die subjektiven Verhaltensweisen sollen reflektiert und ggf. Verbesserungen vorgenommen werden. Wenn eine Person eine chronifizierte Depression aufweist, sollte zusätzlich eine pharmakologische Therapie durchgeführt werden. Diese Kombination soll die Behandlungserfolge steigern. Die Form der Therapie soll erreichen, dass der\*die Klient\*in das Aktivitätsniveau steigert und damit auch über positive eigene Verstärker verfügt. Denn Menschen, die unter depressiven Verstimmungen und unter passiven Verhaltensweisen leiden, soll dadurch eine Bestärkung des Aktivitätsniveaus und der positiven Verstärker gegengewirkt werden. In den ersten Therapiesitzungen werden die Antriebslosigkeit, Passivität und der soziale Rückzug des\*der Klienten\*in betrachtet. Danach werden die Interventionsstrategien mit dem Fokus auf dem Sozialverhalten beleuchtet. Wichtig hierbei ist, dass es sich um einen individuellen Prozess handelt. Hauptvoraussetzungen für das Gelingen eines Veränderungsprozesses bilden die Empathie, fachliche Kompetenzen, Akzeptanz, eine Ausgeglichenheit des Therapeuten\*innenverhaltens und Echtheit des\*der Verhaltenstherapeuten\*in. Für die Lösungsfindung von Problemen sollten Klienten\*innen und Therapeuten\*innen bereit sein, neue Lösungsstrategien auszuarbeiten, vor allem im Prozess zusammenarbeiten. In den Therapiesitzungen ordnet der\*die Therapeut\*in die Inhalte und gibt Rahmenbedingungen vor, er\*sie muss während einer Sitzung versuchen die Probleme, die Einfluss auf die Depressionen haben, zu ordnen und herauszufiltern, um sie dann bearbeiten zu können. Durch das Wiederholen des Erzählten findet ebenfalls eine Strukturierung statt und der\*die Klient\*in muss dadurch den eigenen Blickwinkel dahingehend verändern, wo die eigentlichen Probleme sind. Auch das Erteilen von Hausaufgaben und Übungen soll dazu befähigen, über die subjektiven Handlungsstrategien und Schritte nachzudenken und neue Handlungswege zu entdecken. Der\*die Therapeut\*in wird durch diese Vorgehensweise auch als begleitender leitender Entdecker\*in bezeichnet. Während der therapeutischen Sitzungen kann auf verschiedene Fragetechniken, wie offene und gelenkte Fragen, zurückgegriffen werden. Dadurch soll der\*die Klienten\*in die Widersprüchlichkeit in den eigenen Vorgehens- und Verhaltensweisen erkennen. Dies soll dazu anregen, selbstständig neue Lösungsstrategien herauszufinden und den subjektiven Blickwinkel für neue Alternativen zu erweitern. Zunächst zielt diese Therapieform darauf ab, die zu Therapierenden zu mehr Aktivität durch Verstärkung der positiven Erlebnisse zu befähigen, was durch unterschiedliche Übungen und eigene Aktivitäten positiv beeinflusst werden kann. Viele soziale Beziehungen leiden unter dem Rückzug sowie dem reduzierten und gehemmten Verhalten depressiver Personen. Aus diesem Grund wird auch mit dem\*der

Erkrankten zusammen an den Kommunikations- und Lösungsstrategien für soziale Konflikte und dem Sicherheitsgefühl des\*der Klienten\*in gearbeitet. Diese Ergebnisse können durch verschiedene Übungen, Rollenspiele oder Verhaltensbeobachtungen erzielt werden. Aber auch das Erlernen von Problembewältigungsstrategien ist insbesondere hinsichtlich der auf den\*die Patienten\*in wirkende Situation relevant (Hautzinger, 2005).

### 3.2.2. Lichttherapie

Die Lichttherapie beruht auf einem chronobiologischen Ansatz. Bei diesem Ansatz liegt der Fokus auf der Verschiebung des Tagesrhythmus. Damit soll erreicht werden, dass ein normaler Tag-Nacht-Rhythmus wiederhergestellt wird. Die Therapie soll so angewandt werden, dass der Melatoninspiegel im Körper beeinflusst wird, damit der\*die Klient\*in zu einer erwünschten Uhrzeit einschlafen kann. Bei der jahreszeitbedingten Depression sind die verringerten Lichtverhältnisse ein ausschlaggebender Einflussfaktor (Steinmetz & Schönknecht, 2017). Die Lichttherapie wird vorrangig bei Patienten\*innen angewandt, die unter einer saisonal abhängigen Depression leiden. Oftmals handelt es sich um die umgangssprachliche Winterdepression. Die saisonalen Depressionen treten häufig in den Herbst- und Wintermonaten auf. Es wird als Winterdepression diagnostiziert, wenn die depressiven Symptome wiederkehrend in den Herbst- und Wintermonaten auftreten. Dabei sollte nicht nur die depressive Symptomatik auftreten, sondern auch die atypische. Durch die Lichttherapie verkürzt sich die Melatoninsekretion, damit setzt ein antidepressiv wirkender Effekt ein. In der Lichttherapie werden fluoreszierende Leuchtstoffröhren verwendet. Diese sorgen für ein hellweißes Licht ohne UV-Anteil, da dieser für die Wirksamkeit nicht relevant ist. Damit eine Wirkung bei winterdepressiven Personen erreicht werden kann, wird eine Lichtstärke von 2500 Lux benötigt. Bei einer regelmäßigen Anwendung stellen sich schnell positive Effekte bezüglich der Stimmung ein (Mackert & Steinacher, 2005). Die Lichttherapie wird als Prophylaxe für saisonale Depressionen angewandt und bietet eine relevante Therapieform. Des Weiteren sorgt die Therapie für ein erhöhte Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden von Patienten\*innen. Diese Therapieform birgt ein geringes Risiko für andere Erkrankungen. Dennoch sollte vor Anwendung der Lichttherapie eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt werden, um Erkrankungen des Auges auszuschließen und damit keine Risikofaktoren, wie eine Erblindung, entstehen zu lassen. Es dürfen keine Substanzen wie Antipsychotika oder Johanniskraut und weitere Medikamente eingenommen werden. Die Lichttherapie sorgt durch die Anregung des Melatonins für ein verbessertes Schlafempfinden. Um die richtige Form und Zeit der Lichttherapie zu finden, wird eine Analyse des Schlaf-wach-Rhythmus vorgenommen, damit der Chronotyp festgestellt wird. Die Chronotypen lassen sich in vier unterschiedliche Schlaftypen unterscheiden. Der erste wird als eindeutiger Morgentyp bezeichnet, da die Einschlafzeit zwischen 21:00 – 21:30 Uhr liegt und dieser meist zwischen 4:00 und 5:00 Uhr morgens aufwacht. Der moderate Morgentyp wacht morgens zwischen 5:00 und 6:30 Uhr auf und seine Einschlafzeit beträgt 21:30 – 22:45

Uhr. Darauf folgt der Zwischentyp, der zwischen 22:45 – 0:45 Uhr einschläft, und zuletzt der moderate Abendtyp, dessen Einschlafzeit zwischen 0:45 – 2:00 Uhr liegt und der morgens zwischen 8:30 – 10:00 Uhr aufwacht. Bei den meisten Klienten\*innen wirkt sich die Lichttherapie positiv auf den Schlaf und die Stimmung aus, sodass sich das Krankheitsempfinden leicht reduziert (Steinmetz & Schönknecht, 2017).

#### 4. Komorbidität von affektiven Störungen und Alkoholabhängigkeit

Der Begriff Komorbidität wird als ein gleichzeitiges Auftreten psychischer Störungsbilder charakterisiert. Grundsätzlich sollten die Diagnosen vergeben werden, die zur Definition der Symptomatik des Menschen gebraucht werden. Dennoch sollte zwischen der Neben- und Hauptdiagnose eine Differenzierung vorgenommen werden. Die Hauptdiagnose ist die Symptomatik, die zum aktuellen Zeitpunkt die Aufmerksamkeit des\*der Klient\*in am meisten einnimmt und wegen der diese\*r einen ärztlichen Rat in Anspruch nimmt (Paulitsch<sup>3</sup>, 2019). Häufig treten Assoziationen zu einer Abhängigkeitsstörung und einer psychiatrischen Erkrankung auf. Bei etwa 20 % der Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, entwickelt sich sekundär eine Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit. Andersherum resultiert bei etwa 30 % der von Medikamenten oder Alkohol abhängigen Personen eine Depression oder Angststörung. Bei vielen Betroffenen spielen Risikofaktoren wie Einsamkeit oder soziale Isolation eine relevante Rolle für das Herausbilden dieser Krankheitsbilder. Alkoholabhängigkeit und Depressionen treten oftmals komorbid miteinander auf und bedingen sich gegenseitig. Die Behandlung eines Krankheitsbildes verbessert die Behandlungschancen für die andere Erkrankung. Dennoch ist wichtig, dass beide Erkrankungen professionell behandelt werden (Stiefelhagen, 2020). Das komorbide Auftreten affektiver Störungen mit einer Alkoholkonsumstörung ist überdurchschnittlich erhöht (Preuß, et al., 2016). Die Herausforderung einer qualitativen Therapie ist bei komorbiden Erkrankungen, wie in diesem Fall der Depressionen und Alkoholabhängigkeit, hoch. Daraus leiten sich die S3-Behandlungsleitlinien ab, die für ihre Anwender als Orientierungshilfen dienen (Batra & Mann, 2016). In der stationären Behandlung ist es relevant, dass die primären und induzierten Depressionen voneinander unterschieden werden. Die alkoholinduzierten Depressionen haben ihren Ursprung meist in intensiven und periodischen Trinkphasen. Diese können während einer Entgiftungsbehandlung abklingen. Die Ergebnisse der NESARC-Studie zeigen auf, dass bei Frauen eine steigende Prävalenz des Konsums wegen depressiver Verstimmungen auftritt. Bei Männern ist die Komorbidität mit einer vermehrten Trinkmenge in Verbindung zu bringen (Preuß, et al., 2016). Bei der Diagnose von Alkoholabhängigkeit wird oftmals eine Komorbidität zu anderen Krankheitsbildern abgeklärt. Durch einen Ausbau der Forschungsergebnisse und die verbesserten Diagnoseverfahren kann festgestellt werden, ob primär eine psychische Störung vorhanden war, die dann zu einer Konsumabhängigkeit geführt hat, oder ob aus der Alkoholabhängigkeit eine

psychiatrische Folgeerkrankung entstanden ist. Die Depression ist bei Alkoholerkrankten die häufigste auftretende psychische Erkrankung. Oftmals finden sich bei Entzugssyndromen und Intoxikationen depressive Durchgangssyndrome. Dennoch sollte erst im Langzeitverlauf eine komorbide Diagnose gestellt werden, da auch depressive Symptome während einer Therapie reduziert werden oder ganz verschwinden können (DHS, 2013). Das komorbide Auftreten wird definiert als gleichzeitiges Vorhandensein von zwei und mehreren im bestimmten Zeitintervall auftretenden diagnostizierten Störungsbildern. Doppeldiagnosen sind nicht eindeutig definiert, aber sie werden meistens als Komorbiditäten eingeordnet. Wenn eine psychiatrische Störung zusammen mit einer Substanzmittelstörung auftritt, so wird dies als Doppeldiagnose bezeichnet. Der Begriff und die Anwendung der Doppeldiagnose sind unabhängig vom Schweregrad des Missbrauchs und der psychischen Erkrankung, denn die verschiedenen Ausprägungsgrade von bspw. depressiven Episoden und der Klassifizierung verschiedener psychotroper Substanzen nehmen auf die Diagnose kaum einen Einfluss. Diese sind je nach Betrachtungsweise sehr weit gefächert und undifferenziert, aus diesem Grund besteht eine Heterogenität von Doppeldiagnosen. Es sollte eine Unterscheidung zwischen den substanzinduzierten und psychischen Erkrankungen getroffen werden, denn tritt nach einem Konsummittelmissbrauch eine psychiatrische Störung auf, so wird dies als Differenzialdiagnose bezeichnet. Die psychischen Symptome klingen nach mehreren abstinenten Wochen wieder ab. Hingegen war bei der Doppeldiagnose vor der Substanzabhängigkeit eine psychische Störung vorhanden. Hier verringern sich die Symptome nicht nach einer längeren Abstinenzphase. Oft können sie sich durch weitere aufkommende psychosoziale Umgestaltungen verschlimmern oder diese sorgen für eine Förderung dieser Symptome (Moggi & Donati, 2004). Das komorbide Auftreten von Suchtmittelstörungen und Depressionen ist von verschiedenen multidimensionalen Wirkungszusammenhängen abhängig. Indirekt kann eine Depression entstehen, wenn aus biopsychosozialen Gründen konsumiert wird. Damit entwickelt sich auch ein substanzgebundenes Suchtverhalten, das als sekundär entstandene Depression bezeichnet wird. Als Folgeerscheinungen einer Substanzintoxikation oder eines weiter andauernden Substanzmittelkonsums werden depressive Symptome hervorrufen. Somit kann eine direkte Depression entstehen oder auch als substanzinduzierte depressive Episode benannt werden (Moggi<sup>2</sup> & Donati, 2004). Für die Behandlung von Komorbiditäten ist es relevant, alle benannten und visuell sichtbaren Symptome sowie Ressourcen in die Diagnostik einzubeziehen, damit eine krankheitsbildgerechte Therapie angeboten und ausgeführt werden kann. Dadurch soll erreicht werden, dass alle vorhandenen Symptomatiken behandelt und beachtet werden. In Bezug auf die Substanzabhängigkeit soll dadurch verhindert werden, dass es durch wiederauftretende oder andauernde psychische Störungen zu einem Rückfall kommt. Die beiden Erkrankungsbilder der depressiven Störung und einer Substanzabhängigkeit sollten zusammenhängend betrachtet werden, um eine adäquate Therapie zu finden und bewältigen zu können. Zwischen der

Abhängigkeit und den Depressionen besteht oft ein zirkulärer und interdependenter Verursachungsmodus, der dafür sorgt, dass sich Symptome verstärken, aber auch das gegenseitige Bedingen, wie z. B. mehr Alkohol zu konsumieren, damit die depressiven Verstimmungen reduziert werden. Damit ist oftmals eine Art eigenständiger Medikation verbunden, um Krankheitsanzeichen unterdrücken zu können. Dennoch sollten die komorbiden Auswirkungen von den Symptomkomplexen unterschieden werden. Es muss auf die Symptomatiken der Person geachtet werden, damit nicht noch mehr Symptome auftreten und diese nicht verstärkt werden, der Konsum nicht wieder auftritt bzw. auf andere Substanzen zurückgegriffen wird. Damit soll erreicht werden, dass die aufkommenden Emotionen und Gedanken nicht durch einen Konsum anderer Substanzen unterdrückt werden. Aus diesem Grund soll darauf geachtet werden, dass sich keine zunehmende Verschlechterung der Krankheitsanzeichen oder weitere Komorbiditäten entwickeln. Die Ursachen und Folgen einer Abhängigkeitserkrankung umfassen Selbstschädigung, Kontrollverlust, Alkoholtoleranz, Entzugserscheinungen, Vernachlässigung und Cravings. Bei den depressiven Episoden sind ebenfalls die Ursachen und das Zusammenspiel von Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und negativen Gedanken große therapeutische Hürden. Für die Behandlung komorbider Störungen ist es relevant, Prioritäten zu setzen. Dies bedeutet nicht, dass Symptome vernachlässigt werden, sondern dass zunächst die Krankheitsanzeichen, die in der akuten Krisenbewältigung wichtig sind, bearbeitet werden. Trotzdem darf der\*die Behandler\*in die anderen Symptome nicht außer Acht lassen und bei Verschlechterung dieser muss er\*sie eingreifen. Die Priorität bei Substanzabhängigkeit liegt beispielsweise zunächst in der Entgiftung, damit weitere psychotherapeutische Maßnahmen wirken können. Bei einer therapeutischen Behandlung ist darauf zu achten, dass sie an die Bedürfnisse und Symptomatiken angepasst ist und nicht noch für eine Verschlimmerung der Klient\*innensituation sorgt (Vogelgesang, 2016). In vielen Entwöhnungsbehandlungen finden Teilaspekte einer depressionstherapeutischen Behandlung statt, da oftmals psychosoziale Problemlagen bei substanzabhängigen Personen vorliegen. So werden ebenfalls verschiedene Therapieansätze und -formen miteinander verbunden, damit eine Kombinationstherapie entstehen kann. Der Alkoholkonsum sorgt bei mittelgradigen bis zu schweren depressiven Episoden für eine Verschlechterung der Symptome. Deshalb ist es relevant, dass bei Alkoholabhängigkeit und Depressionen innerhalb ihrer Interpendenz eine Behandlung durchgeführt wird. Beide Krankheitsstörungen müssen unbedingt behandelt werden, da sich ihre komorbide Verbindung verschlimmert, wenn beide nicht behandelt werden, denn um Depressionen und ihre Symptome nicht zu verschlechtern, ist es wichtig, andere Strategien anzuwenden, als die Emotionen mit Alkohol zu ertränken. Dies bedarf einer umfangreichen Therapie für beide Störungsbilder (Schuhler, 2016).

### 5. Beziehung in der Sozialen Arbeit

In den vergangenen 30 Jahren herrschte eine Expansion von Sozialarbeiter\*innen. Die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen für die Lösungen von Problemlagen ist stark angestiegen. Die Komplexität der Beziehungsdynamiken und -prozesse ist nach antinomischen Leitlinien hoch. Ein Charakteristikum für eine professionelle Beziehung liegt zunächst in den Formalitäten durch die Asymmetrie, aber auch persönliche Anteile gehören dazu. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ein Zusammenwirken des professionellen Rollenbilds mit den persönlichen Sozialbeziehungen stattfindet. Die Sozialarbeiter\*innen sollten über ausreichendes Fachwissen verfügen, um die angepasste Distanz und Nähe gegenüber dem\*der Ratsuchenden und seinen\*ihrnen Problemlagen anzuwenden und zu transportieren. Die Herausforderung, die sich daraus ableiten lässt, besteht darin, dass sich der Berater\*in auf eine nur im geringen Maße steuerbare Kommunikationsbeziehung einlässt, des Weiteren die professionelle und formale Berufsrolle fachlich fundiert ausführt und gleichzeitig die persönlichen Komponenten miteinfließen lässt (Gahleitner, 2017). Die allgemeinen Grundsätze der Sozialen Arbeit bilden die Würde, Selbstbestimmung, professionelle Berufsausübung im Zusammenspiel mit den demokratischen Grundwerten der Gesellschaft. Die Beziehung zum\*zur Klienten\*in sollte bestmöglich in der Abgrenzung zwischen professioneller und persönlicher Beziehung definiert sein. Die professionelle Haltung müsste möglichst interessenneutral sein. Damit bildet sie den Ausgangspunkt für einen wertschätzenden Umgang mit der Fokussierung der Selbstdeutung. Das Klienten\*inneninteresse ist ein zentraler Bezugspunkt für den Beziehungsaufbau. Auch die Objektivität in Bezug auf die subjektiven Interessenäußerungen ist von hoher Relevanz. Damit wird vermieden, die momentane Bedürfnislage mit den gegenwartsorientierten und zukünftigen Zielen kollidieren zu lassen. Die Berater\*innen sollten in regelmäßigen Abständen eine Selbstreflektion durchführen, da vor allem im gesundheitsbezogenen und klinischen Kontext ein hohes Maß an Nähe und Intimität zugelassen werden bzw. vorhanden sind. Ein\*e Sozialarbeiter\*in sollte seine\*ihre eigenen Kompetenzen nicht überschätzen, sondern stattdessen den Kommunikationsstil und das -verhalten dem\*der jeweiligen Ratsuchenden anpassen. Nach Aristoteles liegt der Fokus auf dem Herausbilden von Haltung, einem eigenen Habitus, die eigenen Impulse zu reflektieren und damit umgehen zu können. So soll verhindert werden, dass schädliche Verhaltensweisen von Sozialarbeiter\*innen ausgehen. Daher ist es wichtig, die eigenen Kompetenzen und Kompetenzbereiche zu beherrschen und nicht zu überschreiten, das Berufsbild der eigenen Profession zu kennen und nicht die Aufgaben einer anderen Profession zu übernehmen (Schlittmaier, 2014).

### 5.1. Professionelle Beziehungsgestaltung

Eine fachlich gestaltete Beziehung beruht auf Instruktionen und Grundsätzen. Die berufliche Voraussetzung für den Aufbau von Beziehungen setzt Können für ein intuitives Handeln und Sympathie voraus. In der Beziehung zwischen einem\*einer Klienten\*in und einen\*einer Sozialarbeiter\*in herrscht eine Asymmetrie in der Rollenbeziehung. Da der\*die Berater\*in über ein Expertenwissen verfügt, gibt es eine Überlegenheit gegenüber dem\*der Ratsuchenden. Dennoch besteht eine gleichrangige Beziehung zwischen beiden Parteien, die durch ein persönliches Verhältnis charakterisiert ist. Dies kann jedoch durch eine Überlagerung in der beruflichen Beziehung erschwert sein. Durch die Trennung von Beruflichem und Privatem kann es Irritationen für beide Beteiligte nach sich ziehen. Diese Trennung kann für eine Schwächung des Unterstützungsprozesses sorgen oder ihn komplett blockieren. Die Hauptfunktionen von persönlichen Beziehungen sind die Entwicklung der Persönlichkeit, das Sorgen für eine Auseinandersetzung mit anderen Personen, das Vermitteln eines Gefühls der Zugehörigkeit, die Sicherung und Integrität, das Vermitteln eines Sicherheitsgefühls, das Ermöglichen einer Öffnung für neue soziale Räume und die Begleitung bei Lebensabschnitten. Fehlt einer Person eine der genannten Funktionen, kann diese durch eine kompensierende Beziehung im Rahmen der Sozialen Arbeit bewältigt werden, denn für die Entwicklung von Potenzialen, über die eine Person verfügt, werden persönliche Beziehungen gebraucht. Sie sorgen dafür, dass sich der Mensch durch diese sozialen Beziehungen herausbilden kann. Aus diesem Grund ist ein Verzicht auch im beruflichen Kontext auf persönliche Beziehungsanteile schwierig, da es ebenso ein Qualitätsmerkmal darstellt. Dennoch sollte darauf geachtet werden, dass die Grenzen einer professionellen Arbeitsbeziehung deutlich verbalisiert werden und gefestigt sind. Der\*die Sozialarbeiter\*in sollte darauf achten, dass kein Übermaß von Nähe zugelassen wird, da es sonst zu einem Abhängigkeitsverhältnis von dem\*der Klienten\*in kommen kann. Wenn zu viel Nähe zugelassen wird, kann dies auch zu einer Hemmung des Entwicklungsprozesses der\*des Ratsuchenden führen, denn es sollte immer mitbedacht werden, dass diese Arbeitsbeziehung und dieser -prozess auf einen bestimmten Zeitraum beschränkt ist. Dennoch bildet die Beziehung ein Fundament für die Soziale Arbeit, um einen Unterstützungsprozess voranzubringen. Die Beziehung zwischen dem\*der Professionellen und dem\*der Ratsuchenden kann dafür sorgen, dass sich die Stärken und Potenziale dieser Person herausbilden, die in Vergessenheit geraten sind oder die noch nicht bekannt waren. Die Hilfeleistung sollte bestmöglich an den\*die Klienten\*in mit seinen\*ihrer Bedürfnissen sowie an die vorhandenen Möglichkeiten angepasst werden. Der Fokus liegt auf der Orientierung der Zukunft, damit der\*die Ratsuchende gegenwärtig mit ähnlichen Krisen besser umgehen kann. Grundsätzlich gestalten sich eine Beziehung und das Annehmen von Hilfestellungen unter Zwang schwierig, daher sollte genau darauf geachtet werden, welches Anliegen den\*die Klienten\*in dazu bewogen hat, ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen. Grundlegend bilden die Autonomie und

Emanzipation eines\*iner Ratsuchenden die Kernkompetenz für pädagogische Beziehungen. Der pädagogische Bezug spiegelt sich in einer reflektierenden Beziehungsgestaltung wider. Alice Salomon stellte auf den Grundlagen von Mary Richmond einen Handlungsleitfaden auf, der Vorgehensweisen für den Umgang mit hilfeschuchenden Personen erläutert. Die Handlungsgrundlage bildet die Akzeptanz für die Problemlage des\*der Klienten\*in, eine individuell abgestimmte Gestaltung des Hilfeprozesses sowie Vertraulichkeit und Förderung. Grundlegend sollten folgende benannte Perspektiven für helfende Berufe bedacht und integriert werden. Zunächst sind die Individualität jeder Problemsituation und die damit einhergehende individuelle Wahrnehmung für den\*die Ratsuchende\*n zu nennen. Dazu gehört außerdem das Bewusstsein für Stigmata über die der\*die Berater\*in verfügt. Ein weiteres wichtiges Prinzip liegt darin, dass der\*die Ratsuchende Gefühle zeigen und mitteilen darf. Dafür setzt es von dem\*der Klienten\*in ein hohes Maß von Vertrauen gegenüber dem\*der Berater\*in voraus. Dieses wird genutzt, um die Problembewältigung voranzubringen. Als Nächstes folgt die bedachte gefühlsmäßige Beteiligung durch eine empathische verständnisvolle Reaktion auf die Problemlage. Des Weiteren ist es relevant, die ratsuchende Person nicht durch moralisches Vorurteilen der Gedanken, Emotionen oder Handlungen zu bewerten oder abzuwerten. Zum Schluss ist die Selbstbestimmung des\*der Klienten\*in zu be- und verstärken. Dabei sollte sich die beratende Person an den Grundrechten orientieren. Eine Beziehung in der Fallarbeit ist oftmals an einen Zweck gebunden und dient der fachlichen Sacharbeit, bei der eine fachlich fundierte autoritative Einbindung fokussiert wird. Der Beziehungsaufbau ist systemisch aufgestellt worden. Als Erstes wird von den Klienten\*innen die Problemlage geschildert, darauf folgt eine empathische Reaktion des\*der Beraters\*in auf die bisher durchlebte Lage. Danach werden durch die fachlichen Kompetenzen des\*der Beraters\*in Strategien und Hilfsangebote für die Problembewältigung vorgeschlagen bzw. dem\*der Hilfesuchenden werden Anreize für das Finden eigener Lösungen gegeben. Bei einer verständnisvollen Haltung des\*der Beraters\*in kann die unterstützende Beziehung begünstigt werden und verbessert gelingen. Dadurch kann eine emotionale Verbundenheit zwischen beiden Prozessbeteiligten entstehen. Jedes Problem, das im Zusammenhang mit der beratenden Person bewältigt wurde, trägt zu einer Stabilisierung der Beziehung bei. Die Beziehungsgestaltung sollte trotz der fachlich fundierten Sacharbeit auch psychosoziale und sensible Vorgehensweisen beinhalten. Nach Karl Rogers sollte der Aufbau einer Beziehung durch Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gestaltet werden. Empathie beschreibt er durch ein einfühlsames Vorgehen und Verstehen. Der\*die Berater\*in soll durch ein empathisches Vorgehen herausfiltern, über welche gegenwärtige Sichtweise der\*die Klient\*in zu seiner\*ihrer derzeitigen Lebenssituation verfügt. Akzeptanz definiert Rogers als ein ganzheitliches bedingungsloses Anerkennen ohne jegliche Wertung, damit eine Vertrauensbasis entstehen kann. Kongruenz wird beschrieben als eine Klarheit von Empfindungen, die gegenüber dem\*der Ratsuchenden wahrgenommen wird, und eine ehrliche

Resonanz. Im derzeitigen Studium von zukünftigem Sozialarbeiter\*innen liegt der Fokus besonders auf dem Aufbau von professionellen Beziehungen und damit einhergehend werden häufiger die Begriffe der Nähe und Distanz diskutiert. Hans Thiersch ist der Meinung, dass in der Nähe die Gefahr impliziert ist, dass es zu einer erhöhten Enge kommt, die zu einer Begrenzung der vorhandenen Möglichkeiten eines\*einer Klienten\*in führt. Hingegen könnte die Distanz das Risiko von mangelnder Achtsamkeit und Gleichgültigkeit vermitteln. Daher ist ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz relevant, da dies für die Hilfesuchenden als zuverlässige Bindung interpretiert und das selbstständige Handeln befördert wird. Daraus lässt sich ableiten, dass eine strikte Trennung nicht förderlich ist, da fast immer persönliche Beziehungselemente in den Hilfeprozess miteinfließen (Ansen, 2009).

### 5.2. Vertrauen

Eine Vertrauensbasis zwischen einem\*einer Klienten\*in und Berater\*in ist schwer zu definieren und erfordert eine empathische und einfühlsame Vorgehensweise. Das Bindungsphänomen ist ein kontinuierlicher lebenslanger Prozess, der durch eine Korrelation von Diskontinuität und Kontinuität geprägt wird. Die Bindungsbeziehungen spielen für Kinder sowie Erwachsene eine wichtige Rolle. Dazu kommt, dass sie einen relevanten Anhaltspunkt für einen stabilen Lebensalltag bieten. Vertrauen stellt eine relevante professionelle Handlungsgrundlage dar und ist dementsprechend eine elementare Komponente für Interaktionsprozesse. Die Herausforderung besteht darin, aufgebautes Vertrauen und die damit verbundene Atmosphäre aufrechtzuerhalten. Für den Aufbau von Vertrauen sind die von einer Institution oder gesetzlich auferlegten Kontexte hinderlich, weshalb ein\*e Ratsuchende\*r zu Beratungen kommt, da es oft auch Zwangskontexte sind und die Personen nicht freiwillig etwas an ihrer Lebenssituation ändern möchten. Eines der größten Hindernisse betrifft die Asymmetrie der Beziehung zwischen Berater\*in und zu Beratendem\*Beratender. Daher widerspricht es der freiwilligen Vertrauensgabe, da ein funktionales asymmetrisches Machtgefälle vorherrscht, um eine Problembewältigung voranzubringen. Im psychosozialen Arbeitsfeld besteht daher die Herausforderung, Misstrauen zu reduzieren, um eine beständige Beziehung mit Vertrauen aufzubauen. Ein relevanter Ausgangspunkt für die Professionalität der Beziehungsgestaltung ist ein reflektiertes Verfahren durch Ambivalenzen zwischen Distanz und Nähe. Ein Zusammenwirken von räumlichen, zwischenmenschlichen, institutionellen und umweltorientierten Perspektiven übt einen relevanten Einfluss auf die psychosozialen Berufsfelder aus und bildet eine wichtige Grundlage für den professionellen Beziehungsaufbau. Ebenfalls bietet die Professionalität für Ratsuchende auf der strukturellen und personellen Ebene Stabilität sowie Kontinuität. Problematisch ist, dass die Einflussfaktoren und Professionalitätsaspekte nicht als zusammenhängend betrachtet werden, sondern einzeln. Aus diesem Grund versuchen die psychosozialen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit ein Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen Bezugswissenschaften zu erreichen. Das Gesundheitsverständnis und die Kompetenz gegenüber

Gesundheit nehmen in der fachlichen Kompetenz von Sozialarbeiter\*innen einen immer größer werdender Einflussfaktor ein, denn psychosoziale Arbeitskräfte benötigen die Fertigkeit, durch ein wünschenswertes physisches und psychisches Allgemeinbefinden dem\*der Ratsuchenden eine Regulierung der Emotionslagen und Problemlösungsstrategien zu ermöglichen. Mit der Befähigung kann ein unterstützend wirkendes Netzwerk von sozialen Beziehungen wiederaufgebaut und erreicht werden. Somit dient dies den Lebensbewältigungsstrategien von Ratsuchenden. Beziehungen und soziale Unterstützungsmaßnahmen sowie Bindungen können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, denn es liegt immer ein Zusammenhang von biosozialen Problem- und Lebenslagen vor (Gahleitner, 2017).

### 5.3. Gesundheitspädagogik

Die klassischen Beratungsansätze bilden auch für die Beratung im Arbeitsfeld der Gesundheitspädagogik ein Basiselement. Im gesundheitsbezogenen Beratungssetting kann der Ansatz des Motivational Interviewing für eine beratende Person als eine wichtige Kompetenz verstanden werden. Wie bereits angedeutet, spielen die Basiskompetenzen bei Beratungsansätzen, wie zum Beispiel dem ressourcen- und lösungsorientierten Beratungsansatz oder personenzentrierten Ansatz, eine wichtige Rolle. Dazu sind Grundkenntnisse der Diagnostik sowie Evaluation relevant für die gesundheitsbezogene Beratung. Die diagnostischen Methoden dienen im Prozess zur Situationsanalyse dazu, die aufgekommenen Problematiken zu erkennen und zu erläutern. Des Weiteren kann die Ziel-Mittel-Analyse, dazu beitragen, mit dem\*der Klienten\*in ein bestimmtes Ziel festzulegen, das innerhalb des Beratungsprozesses erreicht werden soll. Die Evaluation wird genutzt, um das Ziel, das erreicht werden soll, bzw. das Ziel, das erreicht wurde, zu reflektieren und Prognosen für die kommenden Vereinbarungen aufzustellen. Eine Grundvoraussetzung für Beratungssettings je nach Kontext ist das professionelle Zuhören. Dabei handelt es sich um das Verstehen des Mitgeteilten von dem\*der Klienten\*in gegenüber dem\*der Berater\*in. Im Gegenzug erhält der\*die Klient\*in eine Rückmeldung und diese werden durch Verständnisfragen des\*der Berater\*in bestärkt. Das Zuhören kann mit der Vermittlung von Aufmerksamkeit gleichgesetzt werden. Sie kann dem\*der Klienten\*in durch nonverbale und verbale Kommunikation vermittelt werden. Hinderlich kann im Beratungssetting sein, wenn der\*die Berater\*in nicht über ausreichend Fachwissen für den Umgang mit der Klienten\*innensituation verfügt. Der\*die Berater\*in hat ein eigenes Rollenbild, dieses sollte situativ angepasst werden. Ist es nicht kongruent zu der Situation, kann es ein Problem darstellen. Ein weiteres Hindernis für den\*die Berater\*in kann sein, wenn dieser zu sehr in die Situation involviert ist, z. B. durch selbst durchlebte ähnliche Situationen. Als Nächstes hat die Empathie bzw., das einführende Verstehen einen hohen Stellenwert. Hier werden die Erlebnisinhalte des\*der Ratsuchenden fokussiert, indem sie emotional und durch Rückmeldungen, die er\*sie erhält, erschlossen werden. Das gezielte Nachfragen soll den\*die zu Beratende\*n unterstützen, die eigenen Emotionen ausdifferenzieren, sie auszudrücken und ihre Ursache

zu ergründen. Der\*die Berater\*in sollte möglichst Verbalisierungen der eigenen Gefühle vermeiden, da es so den Aufbau einer verständnisvollen und kooperierenden Beziehung erschwert. Auch erschwerend kann wirken, wenn die eigenen Werte, Perspektiven und die eigene Erlebniswelt nicht im Einklang mit der des\*der Klienten\*in gebracht werden kann, durch beispielsweise andere kulturelle Hintergründe. Ein Übermaß an Empathie ist auch dann nicht ratsam, wenn der\*die Ratsuchende an einer psychischen Störung wie Schizophrenie oder einer Substanzmissbrauchsstörung leidet. Aber ebenso die Vermittlung von Fertigkeiten und Fähigkeiten für einen bestimmten Themenbereich ist innerhalb einer Beratungssitzung nicht möglich. Des Weiteren wirkt es auch nicht unterstützend, wenn die Hilfestellungen von anderen Institutionen, wie dem Jugendamt, geleistet werden sollten. Eine weitere relevante Basis für die Beratung bildet die uneingeschränkte Akzeptanz, die ohne negative Bewertung vollzogen werden sollte, denn wenn dies von Berater\*innen gemacht wird, sorgt es bei dem\*der Klienten\*in dafür, dass diese\*r sich für den Beratungsprozess öffnet. Der\*die Berater\*in sollte in Gesprächen Abwertungen, Du-Botschaften und wenig Feingefühl für die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse vermeiden. Als Nächstes folgt die Selbstkongruenz, auch Echtheit eines\*einer Beraters\*in genannt. Hierbei spielen die Akzeptanz der eigenen Gefühle des\*der Berater\*in und das Ausdrücken der Gefühle eine wichtige Rolle. Dies soll aber nicht bedeuten, dass der\*die Beratende seine\*ihre Emotionen und Gedanken mit dem\*der Ratsuchenden teilt, sondern dass dies mit seinen\*ihren eigenen Gefühlen konform geht. Indem Ich-Botschaften verwendet werden, können die eigenen negativen Emotionen kommuniziert werden, ohne dem\*der Klienten\*in ein verkehrtes Gefühl zu vermitteln oder dass diese\*r dies als Angriff missverstehen könnte. Es sollte demnach vermieden werden, dass von dem\*der Berater\*in eigene negative Bewertungen der Person gemacht werden und kaum oder gar keine Akzeptanz der eigenen Gefühle vollzogen wird. Der Humor und etwas provozierende Aussagen können einen Beratungsprozess ebenfalls voranbringen, da Lachen, die Klienten\*in-Berater\*in-Beziehung stärkt. Aber es kann auch dem\*der Ratsuchenden ermöglichen, Distanz zur Problemlage zu erlangen und damit kann ein Perspektivwechsel vollzogen werden. Dabei sollte der Berater\*in über Selbstkritik und Selbstironie verfügen (Huse & Schleier, 2011). Der Gesundheitsaspekt bildet einen wichtigen Einflussfaktor auf die Interaktionsprozesse, da er als soziale Konstruktion für die Praxis elementar geworden ist. Deshalb ist es relevant, verschiedene Methoden zu kombinieren und multiperspektivisch zu handeln. Eine Intervention im sozialpädagogischen Kontext sollte an die Personen und das Umfeld des ratsuchenden Menschen angepasst werden und nicht nur auf den\*die Ratsuchende\*n selbst, denn so kann zentriert auf die Problemlagen eine Bewältigung dieser stattfinden. Dafür wird ein interdisziplinärer Wissensbestand benötigt, um eine fachliche Umfeld- und Beziehungsgestaltung durchzuführen. Die fundierte Fachlichkeit besteht auch darin, ein Gleichgewicht zwischen den Dimensionen von persönlichen und professionellen Rollenbeziehungen herzustellen. Die

Herausforderung liegt darin, die formelle Berufsrolle fachlich zu fundieren und gleichzeitig die eigene Persönlichkeit mit Emotionen einzubringen und sich trotzdem abgrenzen zu können. Aus diesem Grund ist es wichtig, die persönlichen Akzente von den Rollenbeziehungen abzugrenzen. Eine persönliche Beziehung ist charakterisiert durch die Individuen und vorherrschenden externen Einflussfaktoren. Hingegen definiert sich die Rollenbeziehung durch festgelegte soziale Rollenbilder. Die Beziehungsaufnahme und die Gestaltung bilden in allen Lebensphasen wichtige Faktoren. Der Beziehungsaufbau ist ein individueller Prozess, der ein hohes Maß an Vertrauen und Sensibilität benötigt. Die sozialen Beziehungen sind ausschlaggebend für die Identitätsbildung eines Menschen. Eine Person benötigt Beziehungen, um sich entwickeln zu können, und braucht soziale, physische und sprachliche Zuwendung, um lebensfähig zu sein. Für Ratsuchende stellen die persönlichen Beziehungsdimensionen einen ausschlaggebenden Einflussfaktor dar. Der persönliche Anteil in professionellen Beziehungen ergibt für die Klienten\*innen mit einer Multiproblembelastung eine wichtige Qualität im emotionsgeladenen Beziehungsprozess. Dies bildet einen fundamentalen Aspekt im kommenden oder andauernden Unterstützungsprozess. Das Persönliche in fachlichen Beziehungskonstellationen gibt den Klienten\*innen Sicherheit, das bedeutet wiederum Kontinuität und das Wissen, dass eine Person Unterstützung anbietet. Der Interventionsprozess muss nicht durch Problemlösungsmaßnahmen oder -strategien gestaltet sein, es ist auch in Ordnung, einmal über Banales zu sprechen. Das Kommunizieren über alltägliche Themen trägt zur Stärkung der Beziehung bei und vermittelt dem\*der Ratsuchenden, auch hinsichtlich Banalitäten aufmerksam zu sein. Die persönliche Beziehung bietet ein Netzwerk, dieses ist geprägt durch eine professionelle und gefestigte Bindungsbeziehung. Das Vertrauen in den\*die Berater\*in erzeugt einen vertrauenswürdigen Raum und bietet Stabilität. Damit ein Beziehungsaufbau in psychosozialen Arbeitsfeldern gelingt, benötigt es emotionale Tragfähigkeit, persönliche Akzentuierungen und Authentizität, aber auch Fachlichkeit sowie Reflexionsfähigkeit. Das Erörtern von vorhandenen Ressourcen und Problemlagen ist in Bezug zu setzen mit Beziehungs-, Netzwerk- und Bindungsstrukturen, um die Interventionen nach einzelnen Besonderheiten zu konzipieren. Der persönliche Anteil in unterstützenden Interventionen bietet für Ratsuchende eine relevante Voraussetzung. Durch eine empathische und fachkompetente Regulierung von Nähe und Distanz soll Misstrauen abgebaut und eine persönliche Dyade aufgebaut werden. Die an die Lebenswelt angepasste Beziehungsgestaltung ermöglicht eine Potenzialentwicklung in Hinblick auf die Veränderungsprozesse und -strategien. Im Endprodukt dieses Prozesses sollten alle alltäglichen Problemlagen und Beziehungen erläutert und verstanden werden, damit durch psychosoziale und strukturelle Aspekte eine gefestigte Beziehung entsteht. Damit soll erreicht werden, dass die vollzogenen Veränderungen auf die Institutions- und Umweltnetzwerke übertragen werden. Durch die neuen Stabilisierungserfahrungen soll es ermöglicht werden, dass der\*die Klient\*in wieder mehr Vertrauen in andere Netzwerke hat. Als

Qualitätsprüfung kann evaluiert werden, wenn eine Übertragung in die neuen Netzwerke stattgefunden hat und ein professionelles und vertrauensvolles Wirkungsspektrum erreicht wird (Gahleitner, 2017). „„Relationshiping“ is actually a very complicated and prolonged process with many pitfalls and challenges. Relationships do not just happen; they have to be made - made to start, made to work, made to develop, kept in good working order and preserved from going sour“. (Gahleitner, 2017, S. 291). Einen Schwerpunkt der gesundheitsbezogenen Interaktion bildet die psychosoziale Beratung, die von besonderer Bedeutung im klinischen Arbeitsfeld der Sozialarbeiter\*innen ist. Die Psychosoziale Beratung kann in psycho und sozial unterteilt werden, da in Beratungssequenzen die Klienten\*innen auf der sozialen und psychischen Ebene beansprucht werden, um die Problembewältigung voranzutreiben. In unterschiedlichen Lehrbüchern und der Forschungsliteratur ist eine korrekte Differenzierung des Begriffs der Psychosozialen Beratung durch verschiedene Begriffe bestimmt. In Beratungssettings, die nach dem psychosozialen Vorbild arbeiten wollen, soll eine Verbindung zwischen den sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen im Zusammenhang mit den sozialen und psychischen Befindlichkeiten vorgenommen werden. Dabei werden die Werte und Normen der Gesellschaft in Verbindung mit der Motivationslage, den Handlungsweisen und persönlichen Bedürfnissen eines\*einer Klienten\*in dargestellt. Ein Charaktermerkmal von professioneller Beratung ergeben die methodischen und theoretischen Handlungsanweisungen. Grundlegend ist eine Beratung eine verinnerlichte theoretische Struktur eines\*einer Berater\*in. Die Beziehung bzw. der Beziehungsaufbau bildet die Basis für eine methodisch gestaltete Beratungskommunikation zwischen Berater\*in und dem\*der Hilfesuchenden. Wichtig für den Lösungsprozess und schlussendlich für eine Lösung ist die Qualität der Beziehung, denn je besser diese ist, desto besser sind die Erfolgchancen (Kitze, 2019).

### 5.4. Interventionsstrategie des Motivational Interviewing

Motivational Interviewing stellt eine Interventionstechnik dar, die auf den Grundlagen des transtheoretischen Verhaltensänderungsmodells von DiClemente und Prochaska basiert. Die Herausforderung der Gesundheitsförderung besteht in einer langanhaltenden intrinsischen und widerstandsfähigen Motivation für die Umsetzung einer Verhaltensänderung und darin, diese langfristig beizubehalten. Im Arbeitsfeld der gesundheitsbezogenen Beratung liegt meist im Vorfeld bei den Klienten\*innen kaum ein eigenes Motivationsvorhaben vor. Dazu kommen Ratsuchende, die noch nicht den Entschluss für eine Verhaltensänderung getroffen haben (Huse & Schleier, 2011). James Prochaska hat für dieses Phänomen die 40-40-20-Regel aufgestellt. Diese besagt, dass sich 20 % der Menschen vorgenommen haben, etwas an ihrem ungesunden Verhalten zu verändern. Die weiteren 40 % hegen Unsicherheiten dahingehend, eine Veränderung ihres Verhaltens vorzunehmen, und die restlichen 40 % stellen noch Überlegungen diesbezüglich an (Prochaska, 2001). Vorrangig zielt das motivierende Interview darauf ab, Personen zu einer langfristigen Verhaltensänderung anzuregen. Das Motivational

Interviewing ist eine Interventionstechnik, die zunächst für die Abhängigkeitsbehandlung entwickelt wurde. Sie kann ebenfalls für die Rückfallprävention angewendet werden. Grundlegend soll strukturiert an der Motivation gearbeitet werden, die für eine Verhaltensveränderung benötigt wird. Dazu gehören die Durchführung und Aufrechterhaltung der Motivation innerhalb eines Veränderungsprozesses. Die Basisprinzipien ähneln den bereits benannten Grundelementen für einen gelingenden Beratungsprozess. Auch hier ist ein empathischer Umgang durch Zuhören und Akzeptanz gegenüber dem\*der Ratsuchenden ausschlaggebend für den Prozess. Als Nächstes schließt sich die Entwicklung von Diskrepanzen des derzeit beherrschenden Verhaltens im Gegensatz zu den relevanten Zielen des\*der Klienten\*in an. Im Laufe des Prozesses sollte das Bewusstsein für die negativen Konsequenzen des vorherrschenden und die positive Entwicklung des zielführenden Verhaltens angeregt werden. Dabei ist es relevant, dass der\*die Klient\*in selbstständig die Diskrepanzen erkennt und sein\*ihr Verhalten ändern möchte. Aus dem Grund der Selbstentwicklung sollte möglichst auf Konfrontationen und Vorwürfe verzichtet werden, da es sonst zum Widerstand und zur Abwehr führen kann. Während eines Beratungsprozesses kann es zu Ambivalenzen oder Widerständen kommen, diese sollten dazu verwendet werden, den\*die Klienten\*in als qualifizierten Prozessteilnehmer einzubinden und die Widersprüchlichkeit an ihn\*sie zurückzugeben. Das letzte Prinzip ist die Förderung der Selbstwirksamkeit. Diese soll durch das Vertrauen in die subjektiven Fähigkeiten und selbst gelösten Problemlagen erreicht werden. Der Veränderungsprozess kann in sechs Stadien mit den dazugehörigen motivierenden Aufgaben des\*der Berater\*in aufgeteilt werden. Die erste Stufe bildet die Absichtslosigkeit, hier hat der\*die Berater\*in die Aufgabe, Risiken und Probleme des zu dem Zeitpunkt von dem\*der Klienten\*in fokussierten Verhaltens wahrzunehmen. Dabei sollte möglichst erst der Prozess des Zweifelns von dem\*der Ratsuchenden angestrebt werden. Darauf folgt die Absichtsbildung, dabei steht ein Gleichgewicht zwischen dem Veränderungswunsch und Beibehalten des bisherigen Verhaltens im Mittelpunkt. Der\*die Berater\*in muss in dieser Stufe versuchen herauszufiltern, welche Risiken das derzeitige Verhalten nach sich zieht und welche Veränderungsgründe vorliegen. Es folgen die Vorbereitung, die Bestärkung der Entscheidung, eine Veränderung anzustreben und zu unterstützen, dann die Handlung, hier sollte der\*die Berater\*in Hilfestellung leisten, um geeignete Fähigkeiten und Unterstützungsmaßnahmen für den Veränderungsprozess zu finden. Als Nächstes kommt die Aufrechterhaltung, dabei liegt der Fokus auf dem Einsatz unterstützender Strategien für eine Rückfallprophylaxe und ihre Entwicklung. Zuletzt folgt die Stufe des Rückfalls, dabei handelt es sich um das Ermutigen des\*der Klient\*in nach einem Rückfall. Dabei soll auf die Ereignisse der Absichtsbildung zurückgegriffen werden und die Wiederaufnahme der Handlungen erfolgen. Gerade in der Stufe der Absichtslosigkeit ist es relevant, motivierende Gesprächsstrategien anzuwenden, indem offene Frage zur Problemlage gestellt werden, und zwar durch aktives Zuhören und das Entschlüsseln des von dem\*der Klienten\*in

Berichtetem. Die Ambivalenzen können den\*die Ratsuchende\*n durch eine Zusammenfassung des Berichteten aufgezeigt werden. Aber auch den\*die Ratsuchende\*n Verständnis, Lob und Anerkennung zu zeigen hat einen großen Einfluss. Durch unterschiedliche Fragetechniken sind die Klienten\*innen dazu zu befähigen, sich selbst zu motivieren. Das könnte durch das Stellen von offenen, auffordernden oder zukunftsorientierten Fragen angeregt werden (Huse & Schleier, 2011).

### 6. Nähe-Distanz-Beziehung

Die Begriffe Nähe und Distanz sind nicht eindeutig definiert, da unter diesen Metaphern verstanden werden könnten, aber auch, da die emotionale, psychische, physische, tatsächliche und soziale Nähe definiert sein könnten oder auch die Distanz. Der Versuch, den Beziehungsbegriff einzuordnen und zu definieren, wird oftmals nicht auf der analytischen Ebene, sondern innerhalb eines Spannungsfeldes als modifizierbar dargelegt. Im Fokus der Nähe-Distanz-Begriffe wird kritisiert, dass es wenig Handlungsspielraum und Definitionsgrundlagen gibt. Ein Beispiel ist, wenn ein\*e Berater\*in zu viel Nähe zu einem\*einer Klienten\*in zugelassen hat, denn dann ist eine Abgrenzung problematisch. Das gilt auch, wenn es zu Grenzüberschreitungen in der Arbeitsbeziehung kommt. Auf der einen Seite ist eine Auseinandersetzung mit den Problemsituationen nötig, auf der anderen Seite stellt der\*die Professionelle\*in sich der berufsbedingten schwierigen Voraussetzung. Auf der anderen Seite sollte eine gewisse Distanz zu den Klienten\*innenproblematik vorhanden sein. Die Balance zwischen der zugelassenen Nähe und Distanz ergibt eine relevante Dimension für die Professionalität von Sozialarbeiter\*innen. Des Weiteren gehören zur Nähe-Distanz-Thematik Interaktions-, Macht-, Beziehungs- und Organisationsaspekte, die zunächst miteinander verbunden sind, aber keine feste Abgrenzung zeigen. Das Handeln ist hauptsächlich dominiert durch den Habitus und einen implizierten Wissensbestand. Ein Merkmal von Arbeitnehmer\*innen in der Sozialen Arbeit, die professionell handeln möchten, zeigt sich darin, eine angemessene Distanz zu bewahren, denn sie wird als professionelle und methodische Qualifikation verstanden. Die Gefahr einer distanzierten Beziehung liegt darin, dass kaum dargelegt werden kann, dass ein Zugang zu dem\*der Klienten\*in aufgebaut wurde. Auch als eine Stärkung und Stütze wird der Distanz-Nähe-Begriff für die professionelle Identität verwendet (Roulin, 2019). Bei den Begriffen Distanz und Nähe handelt sich um ein angemessenes situationsgerechtes subjektives Maß von zugelassener Nähe und gegebener Distanz. Die beiden Begriffe werden ebenso als intersubjektives, subjektives, veränderbares und interpretierbares Phänomen beschrieben. Im wörtlichen Sinn geht es um den eigenen Leib und um subjektiv empfundene positive und negative Nähe und Distanz. Auch Personen, die einem Menschen in emotionaler Hinsicht nahe sind, müssen nicht im selben Raum stehen, denn diese können trotz räumlicher Trennung miteinander verbunden sein. Durch sprachliche Bilder werden widersprüchliche Modalitäten über

Abwesenheit und Präsenz von Menschen, Institutionen und Unterstützer\*innen erzeugt. Nähe und Distanz sind durch paradoxe Handlungen, Strukturen und Methoden gekennzeichnet. Die Paradoxie in den Handlungsstrukturen herrscht ebenfalls in Alltagsbeziehungen. Im Verlauf des Lebens muss jeder Mensch erlernen, dass die Verbindung zwischen Autonomiebestrebung und Abhängigkeitswunsch, Nähe und Distanz, Abgrenzen und Intimität zum Entwicklungsprozess sowie Reifungsprozess gehört. Das Begriffspaar zeigt auf, dass Nähe und Distanz schwer eine Balance zwischen zwei Polen erreichen. Es muss eine Ausgeglichenheit zwischen der menschlichen Dynamik in persönlichen Beziehungen und dem Abhängigkeitsverhältnis sowie der Selbstwirksamkeit beider Personen hergestellt werden. In diesem Zusammenhang wird Professionalität als eine wissenssoziologische Unterstützungsstrategie verstanden, die durch den\*die Berater\*in und Klienten\*in hergestellt wird. Ein\*e professionelle\*r Berater\*in sollte in der Lage sein, das Zusammenspiel im Beratungsprozess systematisch bezogen auf die vorhersehbaren Folgen und Bedingungen zu reflektieren. Dadurch wird deutlich, dass der Beratungs- und Beziehungsprozess durch ein multidimensionales Spannungsverhältnis gekennzeichnet ist. Das Spannungsverhältnis ist nicht symmetrisch, da eine Unterscheidung zwischen Alltagshandlungen und fachlichem Handeln getroffen werden soll. Der\*die Professionelle sollte dazu befähigt sein, Nähe und Distanz auf angemessene Weise dem\*der Ratsuchenden gegenüber aufzubringen. Daher herrscht zwischen beiden Prozessbeteiligten eine komplementäre und asymmetrische Struktur, die ebenfalls Ausdruck für fachliche Handlungsfähigkeit ist. Die Herstellung eines situativ angemessenen Verhältnisses von Distanz und Nähe ist die Aufgabe pädagogischer Fachkräfte. Sozialarbeiter\*innen haben die Herausforderung einer Klärung ihrer eigenen Bedürftigkeit hinsichtlich ihrer Professionalität und der damit verbundenen formalen fachlichen Rolle, die eingenommen werden muss. Dazu kommt, die persönlichen Emotionen nicht zu unterdrücken, aber auch nicht zu viel preiszugeben. Eine wichtige Aufgabe liegt darin, die Ungewissheit mit dem\*der Klient\*in zu bewältigen. Die sozialpädagogische Fachkraft sollte über einen arbeitsfeldgerichteten Habitus verfügen, um unter Handlungsdruck die Wissensbasis mit einer professionellen Haltung und einem hermeneutischen Fallverstehen zu verknüpfen. Die Professionalität soll durch eine distanzierte Akzeptanz und die persönliche und intuitive Selbsterfahrung hergestellt werden. Prinzipiell handelt ein\*e Sozialarbeiter\*in bisubjektiv, denn die Fachkraft ist durch seine\*ihre Unterstützungsfunktion in gewisser Weise ein\*e Beteiligte\*r zur Problemlösung und die Reaktionen sind relevant. Der\*die Ratsuchende nimmt im Lösungsprozess die Rolle eines\*einer Co-Produzent\*in ein. Die sozialpädagogischen Fachkräfte haben durch ihre perspektivische Distanzierung über die soziale und subjektive Wirklichkeit einen anderen Blick auf die Situation. Der Handlungsrahmen, in dem sich der\*die Ratsuchende und der\*die Berater\*in befinden, ist ebenfalls durch eine paradoxe Distanz und Nähestrukturierung gekennzeichnet. Um eine Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz zu erreichen, sollte aus lebensweltorientierter Sicht

eine Balance der Lebenssituation und -welt des\*der Ratsuchenden und des\*der Sozialpädagogen\*innen erzielt werden. Das professionelle Handeln sollte durch eine Ausgeglichenheit von selbstwertsteigernden Bedürfnissen, Kognition und Interessen charakterisiert sein. Bei der fachlichen Intervention ist eine Balance zwischen der Intention bezogen auf ökonomische, infrastrukturelle und organisatorische Handlungselemente und der Eigenlogik zu erreichen. Der Erziehungswissenschaftler Hans Thiersch beschreibt die Begriffe Distanz und Nähe als lebensweltorientierte Pädagogik und Sozialpädagogik, die als handlungsleitende Dimensionen verstanden werden können (Müller & Dörr, 2019). Die Distanz und Nähe bilden eine signifikante Dimension für das Selbstverständnis von Sozialpädagogen\*innen. Der Begriff der Nähe instruiert, dass das Handeln von Sozialarbeiter\*innen durch den Vertrauensaufbau der Arbeitsbeziehung, Empowerment und qualitative Beziehungsarbeit charakterisiert ist. Wiederum andere kennzeichnen für das sozialpädagogische Handeln die fachliche Kompetenz der Distanzierung. Die Phänomene der Nähe und Distanz haben eine primäre Spannung von Theorie und Alltagspraxis (Thiersch, 2019). „Nähe gelingt, wo auch Distanz gegeben ist, und Distanz, wo sie sich auf Nähe beziehen kann.“ (Thiersch, 2019, S. 45). Um der prekären Balance lebensweltorientierter Kompetenzen von Nähe und Distanz entgegenzuwirken, benötigt es weitere Distanzierungsdimensionen. Im Laufe des Lebens treten Rollenverschiebungen und die Änderung von Verhältnissen zwischen Personen ein. Aus diesem Grund ist es ebenfalls relevant, dass die Veränderung von Nähe und Distanz wie die Verhältnisverschiebung der grundlegenden Distanz somit auch der Lebenswelt vorgegeben ist. Damit eine Beratungsbeziehung positiv verlaufen kann, bedarf es einer Balance zwischen dem Spannungsverhältnis der Distanz und Nähe, damit trotz des Spannungsverhältnisses die Erfahrungen der Selbsttätigkeit und Bindung gestärkt und bestärkt werden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine außerordentliche Ausprägung der Nähe und Distanz herrscht, damit die Bewältigungs- und Sozialisationsaufgaben erfüllt werden können. Menschen benötigen eine aufrichtige Akzeptanz und das Gefühl von Zuneigung, um die Selbstwirksamkeitsmechanismen zu aktivieren. Dadurch lernen sie, Vertrauen in andere Menschen zu haben, und erlangen mehr Selbstvertrauen. Eine befördernde Distanz kann durch Freiräume, die Entfaltung, Selbstvertrauen, Offenheit für neue Lösungsstrategien erzielt werden. Zukünftig werden sozialpädagogischen Fachkräfte die Gestaltung der Balance von Nähe und Distanz mit der Orientierung auf die Lebenswelten herstellen (Thiersch, 2019).

## 7. Methodik

Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der These wurde durch eine wissenschaftsfundierte Literaturrecherche durchgeführt. Bei der Literaturrecherche ist folgendermaßen vorgegangen worden. Zunächst wurden durch unterschiedliche Suchmaschinen, wie Google oder GoogleScholar und den virtuellen Bibliothekskatalog der Hochschule Neubrandenburg, die

Springer Links und der Zeitschriftenkatalog, die Anschaffung von eigenen Büchern und bei einem Besuch in einer Bibliothek recherchiert. Die Suche wurde durch Schlüsselbegriffe wie Alkoholabhängigkeit, alcohol addiction, social work relationship, Nähe und Distanz, Soziale Arbeit, Profession der Sozialen Arbeit, therapeutische Angebote für Abhängigkeitserkrankte und depressive Menschen etc. immer detaillierter. Jede Ressource wurde zunächst gelesen, um herauszufinden, ob sie thematisch zu der These passt. Vorrangig wurde nach sozialpädagogischer, psychologischer und medizinischer Literatur gesucht. Zunächst wurde versucht durch Grundlagenliteratur einen Überblick über die verschiedenen Themen, Schreibstile und Verständlichkeit zu gewinnen. Im späteren Verlauf wurde die Literatur nach ihrer Relevanz zur Thematik analysiert und entweder weiterverwendet oder als irrelevant aus dem Literaturverzeichnis entfernt. Relevanz wurde durch die Überprüfung, inwieweit die Literatur zum Thema, bspw. Alkoholabhängigkeit, passt und welche Informationen dieser Text vermittelt, festgelegt. In manchen Datenbanken war es schwierig, geeignete Literatur zu finden, da viele Quellen nicht verfügbar waren. Es wurde darauf geachtet, welche Quellen von den Autoren\*innen verwendet wurden und wie wissenschaftlich sie geschrieben waren sowie inwieweit diese in fachlicher Sprache verfasst wurden. Als die erste Auswahl von Literatur getroffen worden war, wurde diese analysiert und wichtige Fakten konnten zusammengefasst werden. Durch die Literatur werden Handlungsgrundlagen geboten, wie die Arbeit und Beziehung zwischen abhängigkeitserkrankten Personen, depressiven Menschen und den\*die Berater\*innen gelingen kann, ebenso, wie die Herausforderungen durch Interventionstechniken und gesundheitsbezogenes Wissen handlungsfähiger gestaltet werden und bewältigt werden können.

## 8. Fazit

Zunächst wurde der Begriff der Sucht nicht für Abhängigkeitserkrankungen angewandt. Die Suchtsubstanz soll die unterschiedlichen Triebe des Menschen befriedigen. Die WHO stellte 1968 den Begriff des Abhängigkeitssyndroms auf, da alle vorhergehenden Definitionen zu unspezifisch waren. Der Affektbegriff wird als Oberbegriff von kurzen und langwidrigen Emotionen genutzt. Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein schleichender Prozess. Charaktermerkmal für eine Abhängigkeitserkrankung ist das konstante Gedankenkarussell über die Substanz, ihre Beschaffung und den Zeitpunkt der Einnahme. Der Konsum ist meist über einen Zeitraum gleichbleibend, bis der erwünschte Effekt nicht mehr eintritt. Daraufhin wird die Alkoholmenge erhöht, bis die gewünschte Wirkung einsetzt. Durch den erhöhten Konsum treten häufig eine Reduktion der Leistungsfähigkeit sowie Stimmungsschwankungen auf und die finanziellen und sozialen Ressourcen verringern sich. Bei einer Reduzierung der Konsummenge treten Entzugerscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen oder morgendliches Zittern hervor. Die Entzugerscheinungen haben nicht nur Auswirkungen auf den Körper, sondern bewirken auch psychische und psychisch-somatische Symptome. Sie treten meist kurz

nach dem Absetzen auf und reduzieren sich, sobald sich der Alkoholspiegel im Körper wieder erhöht hat bzw. der normale Spiegel erneut erreicht wurde. Die Alkoholabhängigkeit gehört zu den substanzgebundenen Suchterkrankungen. Durch den Konsum von Alkohol findet eine Aktivierung im mesolimbischen Belohnungssystem statt. Ist die konsumierte Alkoholmenge zu hoch, so aktivieren sich die GABA-Rezeptoren und die Glutamaterezeptoren werden gehemmt. Diese psychische Wirkung sediert die Konsumenten\*innen. Die stimmungsaufhellende Wirkung resultiert durch eine Dopaminausschüttung. Somit tritt ein Toleranzeffekt der GABA-Rezeptoren ein. Diese Tatsache sorgt für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Vielen alkoholabhängigen Menschen hilft neben einer stationären Entzugsbehandlung nur eine medikamentöse therapeutische Unterstützung. Laut der Techniker Krankenkasse gibt es 74.000 Todesfälle im Zusammenspiel mit Alkohol. Der übermäßige Alkoholkonsum hat ebenfalls Auswirkungen auf die Lebenszeit, diese sei um 15 % verkürzt. Ca. 9,5 Millionen Menschen konsumieren Alkohol auf eine gesundheitsschädliche Weise. Das zeigte eine Erhebung aus dem Jahr 2010, bei der der Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol bei 9,5 Litern lag. Ein risikoarmer Alkoholkonsum liegt bei Frauen bei zwölf Gramm und bei Männern sind es 24 Gramm reiner Alkohol täglich. Dies entspricht bei Männern ungefähr einem halben Liter Bier oder einem viertel Liter Wein. Im ICD-10 werden alle Erkrankungen im Zusammenhang mit Alkohol unter der F10 klassifiziert. Dabei werden ein Abhängigkeitssyndrom, der schädliche Gebrauch, das Alkoholentzugssyndrom und Intoxikationen von Alkohol und Diagnosemerkmale festgelegt und definiert. Bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit spielen viele innere und äußere Faktoren eine relevante Rolle. Zum einen hat die genetische Disposition Einfluss auf die Entwicklung, zum anderen auch das soziale Umfeld und die Umwelt, in der ein Mensch aufgewachsen ist. Auch einen großen Einfluss übt die Verfügbarkeit von Alkohol aus, nach dem Jugendschutzgesetz ist der Ausschank erst ab 16 bzw. 18 Jahren erlaubt. Aber es können auch Multiplikatoren wie Depressionen oder Angststörungen für eine Aufrechterhaltung des Konsums sorgen. Weitere psychische Symptome können durch Alkoholkonsum eine Erleichterung oder Stressbewältigung bei den Betroffenen hervorrufen. Dies bildet die erste Stufe zur Entwicklung der Abhängigkeit. Die S3-Leitlinien ergeben eine relevante Behandlungsgrundlage für die Diagnostik abhängigkeiterkrankter Menschen. Das Haupttherapieziel ist das Erreichen der Abstinenz. Eine Interventionsmaßnahme dafür bietet das motivierende Interviewen, damit die Motivation herausgearbeitet oder erneut motiviert wird. Für einen Therapieerfolg ist es wichtig, dass die Abhängigkeit frühzeitig erkannt wird, um schnellstmöglich intervenieren zu können. Die affektiven Störungen definieren pathologische Stimmungsveränderungen. Die affektive Störung ist das häufigste Störungsbild in der Psychiatrie. Merkmale der Depressionen umfassen den Verlust von Freude, Antriebslosigkeit, ein emotionales Leeregefühl und der Verlust von Interessen. Sie lassen sich in leicht, mittelgradig und schwere depressive Episoden untergliedern. Die Lebenszeitprävalenz, an einer depressiven Episode zu erkranken, liegt bei 15 %.

Doch es gibt einen Geschlechterunterschied bei der Lebenszeitprävalenz, bei Männern ist diese halb so hoch wie bei Frauen. Als neurobiologische Ursachenfaktoren werden ein Mangel von Serotonin, Noradrenalin und eine Unausgeglichenheit im Neurotransmittersystem zugrunde gelegt. Die Ursachen resultieren aus der genetischen Disposition, psychosozialen Faktoren und dem Konsum toxischer Substanzen, wie illegaler und legaler Drogen. Häufig lösen neue Lebensumstände, Mobbing, andauernde Konflikte oder der Tod oder die Entfremdung einer Bezugsperson eine Depression aus. Eins dieser Life Events tritt meist vor dem ersten Krankheitsausbruch auf, aber auch die geringe Stressresistenz, Mangelerfahrungen von Emotionen, nicht erlernte Autonomie, eine fehlende Persönlichkeitsentwicklung, Selbstentwicklung und der Umgang mit Stresssituationen und den eigenen Emotionen. Die Mutter-Kind-Beziehung und das subjektive Hilflosigkeitsempfinden bilden ausschlaggebende Einflussfaktor. Die depressiven Episoden werden im ICD-10 unter F32 klassifiziert und definiert. Für eine erfolgreiche Therapie ist es wichtig, dass diese an die Ursachen und Symptome angepasst werden. Häufig wird eine pharmakologische Therapie durch Antidepressiva durchgeführt. Weitere therapeutische Maßnahmen bilden die kognitive Verhaltenstherapie und die Lichttherapie. Die Lichttherapie ist ein chronobiologischer Ansatz, der durch die Anregung des Melatonins für eine Verschiebung des Tagesrhythmus sorgt. Im Mittelpunkt der kognitiven Verhaltenstherapie steht das Kommunikations-, Sozial- und Interventionsverhalten. Es soll den\*die Klienten\*innen zu einer Erhöhung des Aktivitätsniveaus und als positiver Verstärker dienen. Depressionen und Alkoholabhängigkeit treten häufig komorbid auf. Bei ca. 20 % der an Depressionen erkrankten Menschen kommt sekundär eine Alkoholabhängigkeit hinzu, während bei alkoholabhängigen Personen ca. 30 % an einer Depression erkranken. Dies resultiert oftmals aus einer sozialen Isolation und Einsamkeit. Um diese Risikofaktoren zu unterdrücken, wird Alkohol konsumiert. Die Behandlung eines Störungsbildes verbessert die Behandlungschance für das andere Störungsbild. Dennoch ist eine Behandlung beider Krankheitsbilder relevant. Eine große Herausforderung bei komorbiden Erkrankungen, wie Depressionen und Alkoholabhängigkeit, besteht darin, eine darauf abgestimmte Therapie zu vollziehen, damit viele auftretende Symptome bearbeitet werden können. Auch herausfordernd ist die gegenseitige Bedingtheit. Viele Personen, die an depressiven Episoden leiden, konsumieren Alkohol, um die Symptome und Emotionen zu unterdrücken oder sie bildlich gesprochen wegzuspülen. Aus diesem Grund ist es relevant, diesem gegenseitigen Bedingen durch eine Therapie entgegenzuwirken. Das komorbide Auftreten beider Störungsbilder ist von unterschiedlichen und multidimensionalen Wirkungszusammenhängen abhängig. Herausfordernd ist der Konsum aus biopsychosozialen Gründen, da daraus eine Depression entstehen kann. Damit kann sich ein substanzgebundenes Suchtverhalten entwickeln. Die Herausforderung besteht darin, die Symptome der einzelnen Störungsbilder und ebenfalls die Komorbidität herauszufiltern, um eine möglichst genaue Diagnose zu stellen, denn es ist wichtig, gerade in Hinsicht auf die Alkoholabhängigkeit durch

eine umfangreiche Therapie auch die depressiven Symptome zu behandeln, um einen potenziellen Rückfall zu vermeiden. Bei Depressionen und Alkoholabhängigkeit herrscht oft ein zirkulärer und interpendenter Verursachungsmodus, der zur Verschlechterung der Symptome führt. Problematisch bei Komorbiditäten ist die eigenständige Medikation durch Alkohol oder Medikamente, um Symptome zu unterdrücken. Dennoch sollte unterschieden werden zwischen den komorbiden Auswirkungen von Symptomkomplexen. Des Weiteren sollte beachtet werden, welche Symptome auftreten, damit keine Verschlechterung oder Verstärkung dieser auftritt, um einen Rückfall oder den Konsum von anderen Substanzen zu vermeiden, damit nicht andere Substanzen konsumiert und die Symptome verstärkt werden. Bei der Behandlung von Komorbiditäten ist es relevant, Prioritäten zu setzen. Zunächst sollten die akuten Krankheitsanzeichen zur Krisenbewältigung behandelt werden. Aber auch die anderen auftretenden Symptome sollten im Laufe der therapeutischen und medikamentösen Behandlung bewältigt werden. Das bedeutet, bei Abhängigkeitserkrankungen zuerst die Entgiftung zu vollziehen, bevor therapeutisch behandelt wird. Die Kombination aus depressionstherapeutischen und therapeutischen Ansätzen zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bildet eine wichtige Behandlungsgrundlage. Damit kann dafür gesorgt werden, dass die komorbide Verbindung nicht verstärkt wird. Der Bedarf an Beratungsgesprächen ist in den letzten drei Jahrzehnten stark angestiegen. Eine stets vorhandene Herausforderung umfasst die Beziehung zwischen dem\*der Berater\*in und dem\*der Ratsuchenden und die damit verbundene Asymmetrie in der Rollenbeziehung. Der\*die Berater\*in muss sich der geringen Steuerbarkeit der Kommunikationsbeziehung anpassen. In der Beziehung zu dem\*der Klienten\*in sollte trotz einer Abgrenzung zwischen persönlichen und professionellen Beziehungsaspekten interessenneutral vorgegangen werden. Das Interesse des\*der Klienten\*in ist ausschlaggebend für den Beziehungsaufbau und auch die objektive Betrachtung durch den\*die Berater\*in. Gerade in der klinischen Sozialen Arbeit ist es relevant, dass der\*die Berater\*in regelmäßig Selbstreflexionen durchführt, da oft ein hohes Maß an Intimität und Nähe in Beratungsprozessen zugelassen wird. Besonders herausfordernd ist, die subjektiven Fähigkeiten und Kompetenzen richtig einzuschätzen und nicht zu überschätzen. Auch das Kommunikationsverhalten und der -stil sind an den\*die jeweilige\*n Ratsuchende\*n anzupassen. Das Kennen der eigenen Profession und Aufgabenbereiche ist handlungsleitend. Eine fachliche Beziehungsgestaltung erfolgt auf Grundsätzen und Instruktionen der Sozialen Arbeit. Der Aufbau einer professionellen Beziehung setzt Sympathie und intuitives adäquates Handeln voraus. Trotz der Überlegenheit durch das Expertenwissen sollte ein persönliches Verhältnis zwischen beiden Prozessbeteiligten herrschen. Die Herausforderung besteht darin, die persönlichen Beziehungsaspekte in die Beziehung zu dem\*der Ratsuchenden zu integrieren. Durch die persönliche Beziehungskomponente von Sozialarbeiter\*innen können fehlende Beziehungsfunktionen kompensiert werden. Der\*die Klient\*in kann so seine\*ihre eigenen Potenziale herausbilden und für die

Problembewältigung nutzen. Außerdem stellt der persönliche Anteil der Beziehungsgestaltung ein Qualitätsmerkmal dar. Trotzdem ist darauf zu achten, dass die Grenzen der professionellen Beziehung verbalisiert und klar dargestellt werden. Im Beziehungsverhältnis ist eine besondere Herausforderung, nicht ein Übermaß von Nähe zuzulassen und zu vermitteln, da sonst ein Abhängigkeitsverhältnis von dem\*der Klienten\*in aus entstehen kann. Andererseits ist die Beziehung das Fundament für die Beziehung zwischen Sozialpädagogen\*innen und Klienten\*innen. Grundlegend bilden die Autonomie und Emanzipation eines\*einer Ratsuchenden die Kernkompetenz für pädagogische Beziehungen. Die strikte Trennung von persönlichen und professionellen Beziehungsbestandteilen ist in Beratungsprozessen nicht förderlich, da auf unterschiedliche Weise meistens persönliche Beziehungselemente einfließen. Ebenfalls relevant für die Beziehungsgestaltung ist eine schwer zu definierende Vertrauensbasis. Das Vertrauen von dem\*der Klienten\*in in den\*die Berater\*in ist elementar für den Lösungsprozess, denn die Herausforderung besteht darin, dass das aufgebaute Vertrauen sowie die damit verbundene Atmosphäre aufrechterhalten werden. Ein Problem für die Vertrauensbasis sind die institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen die Beratungsgespräche geführt werden. Dies beinhaltet ein relevantes Hindernis der freiwilligen Vertrauensgabe und das damit verbundene funktionale asymmetrische Machtgefälle. Aus diesem Grund besteht gerade in psychosozialen Arbeitsfeldern die Herausforderung, das Misstrauen zu reduzieren und eine beständige vertrauensvolle Beziehung zu erlangen. In gesundheitsbezogenen sozialpädagogischen Arbeitsfeldern ist es relevant, ein Basiswissen über Diagnoseverfahren, Symptome und Störungsbilder zu haben. Wichtig ist, dass sich der\*die Berater\*in von dem\*der Klienten\*in, seinen\*ihrnen Problemlagen und von großer situativer Involvierung abgrenzt. Die Empathie ist für den Beziehungsaufbau relevant, aber bei substanzabhängigen Ratsuchenden kann ein Übermaß zum gegenteiligen Ziel führen. Der Gesundheitsaspekt bildet einen wichtigen Einflussfaktor auf die Interaktionsprozesse im klinischen Kontext, da dieser als soziale Konstruktion für die Praxis elementar geworden ist. Deshalb ist es wichtig, dass der\*die Berater\*in verschiedene Methoden kombiniert und multiperspektivisch handelt. Ein Merkmal der Fachlichkeit ist das Herstellen eines Gleichgewichts zwischen den Dimensionen persönlicher und professioneller Rollenbeziehungen. Daher besteht die Herausforderung, die formelle Berufsrolle fachlich zu fundieren und gleichzeitig die eigene Persönlichkeit mit Emotionen einzubringen und trotzdem eine Abgrenzung vollziehen zu können. Deshalb ist es relevant, die persönlichen Akzente von den Rollenbeziehungen abzugrenzen. Eine Herausforderung der Gesundheitsförderung besteht in einer langanhaltenden intrinsischen und widerstandsfähigen Motivation, die zur Umsetzung einer Verhaltensänderung und einer langanhaltenden Aufrechterhaltung führt. Diese kann durch den Interventionsansatz des Motivationalen Interviews herausgebildet und verstärkt werden. Grundsätzlich soll diese Intervention den\*die Klienten\*in dazu befähigen, die eigene Motivation für die Abstinenz zu ermitteln und diese auch in

zukünftigen Problemlagen aufbringen zu können. Ein weiterer Begriff, der eine Herausforderung für die Beziehungsgestaltung auch in den gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern sein wird, ist die Nähe-Distanz-Beziehung. Diese ist nicht eindeutig definiert und wird als ein Beziehungsphänomen bezeichnet. Die Herausforderung hier ist, die Balance zwischen der zugelassenen Nähe und Distanz herzustellen. Dies bildet eine relevante Dimension der Professionalität von Sozialarbeiter\*innen. Auch zu den Begriffen der Nähe und Distanz gehört die Einbeziehung der Thematik der Interaktions-, Macht-, Beziehungs- und Organisationsaspekte, die miteinander in Verbindung stehen und wobei dazu noch keine feste Abgrenzung vorhanden ist. Das Handeln ist hauptsächlich dominiert durch den Habitus und einen implizierten Wissensbestand des\*der Berater\*in. Eine Herausforderung für Berater\*innen ist die Paradoxie, die die beiden Begriffe Distanz und Nähe hinsichtlich der Handlungsstrukturen bergen. Dabei ist es besonders herausfordernd, eine charakteristische Ausgeglichenheit zwischen der menschlichen Dynamik in persönlichen Beziehungen und den Abhängigkeitsverhältnissen sowie der Selbstwirksamkeit beider Personen zu gewinnen. Die Herstellung eines situativ angemessenen Verhältnisses von Distanz und Nähe stellt ebenfalls eine relevante zu bewältigende Aufgabe von pädagogischen Fachkräften dar. Sozialarbeiter\*innen müssen die Herausforderung und die Klärung ihrer eigenen Bedürftigkeit in Hinsicht ihrer Professionalität und die damit verbundene formale fachliche Rolle, die eingenommen werden muss, analysieren und kennen. Dazu kommt, die persönlichen Emotionen nicht zu unterdrücken und dennoch nicht zu viel preiszugeben. Die sozialpädagogischen Fachkräfte sind Teil der Problembewältigung wie sie Teil des Problems sind. Daher sind eine Abgrenzung und die Einhaltung der professionellen Rolle Herausforderungen, die jede\*r Sozialarbeiter\*in für sich selbst klären muss und die dann auch gefestigt sein sollte. Die Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz zu erreichen, sollte aus lebensweltorientierter Sicht durch eine Balance der Lebenssituation und -welt des\*der Ratsuchenden und Sozialpädagogen\*innen erreicht werden. Aus diesem Grund besteht die Herausforderung, damit eine Beratungsbeziehung positiv verlaufen kann, darin, dass eine charakteristische Balance zwischen dem Spannungsverhältnis der Distanz und Nähe hergestellt wird. Daraus ist abzuleiten, dass eine außerordentliche Ausprägung der Nähe und Distanz herrschen muss, damit die Bewältigungs- und Sozialisationsaufgaben erfüllt werden können. Des Weiteren benötigen Menschen eine aufrichtige Akzeptanz und das Gefühl von Zuneigung, um die eigenen Selbstwirksamkeitsmechanismen zu aktivieren. Viele Komponenten haben einen großen Einfluss auf den Beziehungsaufbau und Beratungsprozess. Gerade das Arbeitsfeld der psychosozialen Beratung, wo auch mit Menschen zusammengearbeitet wird, welche unter einer psychischen Störung leiden, muss den Herausforderungen der Beratungsgestaltung standhalten. Die Herausforderungen finden auf multiprofessionellen Ebenen statt und die Zusammenarbeit ist relevant. Besonders herausfordernd ist die Nähe-Distanz-Beziehung und damit einhergehend, das richtige Maß persönlicher Elemente zuzulassen.

### 9. Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2009). Beziehung als Methode Sozialer Arbeit- Ein Widerspruch in sich? *Soziale Arbeit- Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*(58), 381-389.
- Batra, A., & Mann, K. (Januar 2016). S3-Leitlinien zu alkohol- und tabakbezogenen Störungen. (P. u. Organe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. D. Hacke, P. D. Grond, P. W. Oertel, P. D. Weiller, P. D. Maier, . . . P. D. Schneider, Hrsg.) *Der Nervenarzt- S3-Leitlinien zu alkohol- und tabakbezogenen Störungen*, 87(Heft 1), S. 4-5.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (15. 03 2021). *Alkohol? Kenn dein Limit*. (BZgA) Abgerufen am 15. 03 2021 von Alkohol? Kenn dein Limit: <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/alkoholabhaengigkeit/>
- destatis.de. (08. 04 2021). *Statistisches Bundesamt*. (S. Bundesamt, & D. G. Thiel, Herausgeber) Abgerufen am 01. 05 2021 von Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Tabellen/fehlverhalten-fahrzeugfuehrer.html;jsessionid=325A871390050A7D523B00E6F988EF32.live731>
- DHS. (2013). *Alkoholabhängigkeit* (Bd. 1). (D. H. e.V., & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung , Hrsg.) Hamm.
- DIMDI. (28. 04 2021). *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. (B. f. (BfArM), Herausgeber) Von DIMDI: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/block-f10-f19.htm> abgerufen
- Drilling, P. D., & Freyberger, P. D. (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach Pocekt Guide von J.E. Cooper*. (P. D. Drilling, P. D. Freyberger, & Weltgesundheitsorganisation, Hrsg.) Bern: Hans Huber.
- Erven, O., & Schoppmeyer, D. m.-A. (25. 03 2021). *Die Techniker*. Von <https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/sucht/alkohol-2022948> abgerufen
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession- Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: BELTZ JUVENTA.
- Hautzinger, M. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie. In M. Bauer, A. Berghöfer, M. Adli, & M. Adli (Hrsg.), *Akute und therapieresistente Depressionen. Pharmakotherapie – Psychotherapie – Innovationen* (Bde. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 430-443). Heidelberg: Springer Medizin. Abgerufen am 11. 04 2021 von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F3-540-28049-9.pdf>
- Huse, K., & Schleier , E. (2011). *Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kitze, K. (04 2019). Wirkungsfaktor Psychosozialer Beratung. (D. E. Fragen, Hrsg.) *Soziale Arbeit- Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*(04/2019), S. 146-152. Abgerufen am 13. 04 2021 von <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/sozialarbeit-1600.pdf>
- Laux, G. (2011). Band 2: Spezielle Psychiatrie: Affektive Störungen: Einleitung und Übersicht. In P. H.-J. Möller, P.-P. G. Laux, P.-P. H.-P. Kapfhammer, P. D.-J. Möller,

- P. D.-P. Laux, & P. D.-P.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (Bde. 2; 4. ., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 363-370). Berlin Heidelberg: SpringerMedizin.  
doi:<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-03637-8.pdf>
- Laux<sup>2</sup>, G. (2011). Band 2: Spezielle Psychiatrie: Depressive Störungen. In P.-P. G. Laux, P. H.-J. Möller, P.-P. H.-P. Kapfhammer, P. D.-P. Laux, P. D.-J. Möller, & P. D.-P.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (Bde. 2; 4., erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage, S. 371-443). Heidelberg, Berlin: Springer Medizin. doi:<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-642-03637-8.pdf>
- Mackert, A., & Steinacher, B. (2005). Lichttherapie. In M. Bauer, A. Berghöfer, M. Adli , & M. Adli (Hrsg.), *Akute und therapieresistente Depressionen. Pharmakotherapie – Psychotherapie – Innovationen* (Bde. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 403-416). Heidelberg: Springer Medizin. Abgerufen am 11. 04 2021 von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F3-540-28049-9.pdf>
- Mann, K., Hoch, E., Batra, A., Bonnet, U., Günthner, A., Reymann, G., . . . Schäfer, M. (Januar 2016). Leitlinienorientierte Behandlung alkoholbezogener Störungen. (P. u. Organe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. D. Hacke, P. D. Grond, P. D. Oertel, P. D. Weiller, P. D. Maier, . . . P. F. Schneider, Hrsg.) *Nervenarzt- Störungen durch Alkohol- und Tabakkonsum*, 87(Heft 1), S. 13-25.
- Moggi, D. F., & Donati, D. R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnose. Beschreibung von Diagnosen. In D. p. Moggi, D. p. Donati, P. D. Schulte , P. K. Grawe, P. K. Hahlweg, & P. D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie-Manuale für die Praxis* (Bd. 21, S. 2-25). Göttingen: Hogrefe.
- Moggi<sup>2</sup>, D. F., & Donati, D. R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnose. Störungsmodelle. In D. p. Moggi, D. p. Donati, P. D. Schulte, P. D. Grawe, P. D. Hahlweg, & P. D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie-Manuale für die Praxis* (Bd. 21, S. 26-34). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, B., & Dörr, M. (2019). Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In M. Dörr (Hrsg.), *Nähe und Distanz- Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (Bd. 4. Auflage , S. 14-41). Weinheim: Beltz Juventa.
- Nomos. (2018). Jugendschutzgesetz. In *NOMOS Gesetze: Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung* (S. 1203-1216).
- Paulitsch, K. (2019). VII Affektive Störungen. In K. Paulitsch, & A. Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie* (Bd. 2. aktual. u. überarb. Aufl., S. 136-162). Wien: facultas. Abgerufen am 15. 04 2021 von <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/9783838552477-137-163.pdf>
- Paulitsch<sup>2</sup>, K. (2019). XIII Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. In K. Paulitsch, & A. Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie* (Bd. 2. aktual. u. überarb. Aufl., S. 261-288). Wien: facultas. Abgerufen am 15. 04 2021 von <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/9783838552477-261-288.pdf>
- Paulitsch<sup>3</sup>, K. (2019). V Grundlagen der psychiatrischen Diagnostik. In K. Paulitsch, & A. Karwautz, *Grundlagen der Psychiatrie* (Bd. 2. aktual. u. überarb. Aufl., S. 81- 115). Wien: facultas. Abgerufen am 15. 04 2021 von <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/9783838552477-81-115.pdf>

- Preuß, U., Gouzoulis-Mayfrank, E., Havemann-Reinecke, U., Schäfer, I., Beutel, M., Mann, K., & Hoch, E. (Januar 2016). Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. (P. u. Organe der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. W. Hacke, P. M. Grond, P. W. Oertel, P. C. Weiller, P. W. Maier, . . . P. F. Schneider, Hrsg.) *Der Nervenarzt- Störungen durch Alkohol- und Tabakkonsum*, 87(Heft 1), S. 26-35.
- Prochaska, J. (2001). Wie Menschen es schaffen, sich zu verändern, und wie wir noch mehr Menschen dabei unterstützen können. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller, *So wirkt Psychotherapie-Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 253-286). Dortmund: Modernes Lernen.
- Roulin, C. (04 2019). Regulation von Nähe und Distanz in professionellen Beziehungen. (D. E. Fragen, Hrsg.) *Soziale Arbeit- Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete*, S. 131-136. Abgerufen am 13. 04 2021 von <file:///C:/Users/Nikki/Downloads/sozialarbeit-1600.pdf>
- Schlittmaier, A. (2014). *Ethnische Grundlagen klinischer Sozialarbeit* (Bd. 2. ergänzende Auflage). (F. Como-Zipfel, G. Hahn, & H. Pauls , Hrsg.) Coburg.
- Schnell, T. (2019). Suchterzeugende Substanzen und. In K. S. Schnell, *Handbuch klinische Psychologie* (S. 1-20). Wiesbaden: Springer. Abgerufen am 11. 04 2021 von [https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-45995-9\\_57-2.pdf](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-45995-9_57-2.pdf)
- Schuhler, D. p. (2016). Suchterkrankung mit komorbider depressiver Störung. In D. m. Vogelgesang<sup>2</sup>, & D. p. Schuhler, *Psychotherapie der Sucht Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 251-270). Lengerich: PABST SCIENCE PUBLISHERS.
- Steinmetz, M., & Schönknecht, P. (2017). Praxis der Lichttherapie. In P. D. Konrad, & P. D. Konrad (Hrsg.), *Therapie der Depression.Praxisbuch der Behandlungsmethoden* (S. 345-356). Rotenburg: Springer. doi:<https://doi.org/10.1007/978-3-662-50347-8>
- Stiefelhagen, D. P. (2020). Tödliche Komorbidität. Depressionen und Abhängigkeit erhöhen die Suizidgefahr. *Aktuelle Medizin*(DGPPN-Kongress, 27.11.2019 in Berlin), 14. Abgerufen am 25. 03 2021 von <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15006-020-0082-y.pdf>
- Thiersch, H. (2019). Nähe und Distanz in der Sozialen Arbeit. In M. Dörr (Hrsg.), *Nähe und Distanz- Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität* (S. 42-71). Weinheim: Beltz Juventa .
- Vogelgesang, D. M. (2016). Zur Komorbidität bei Suchterkrankten. In D. M. Vogelgesang, D. P. Schuhler, D. m. Vogelgesang, & D. p. Schuhler (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht- Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (S. 241-250). Lengerich: PABST SCIENCE PUBLISHERS.