

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

**Möglichkeiten und Grenzen ausgewählter  
Gesprächsführungsansätze in der Suchtberatung mit Jugendlichen**

**Bachelor-Thesis**

Tag der Abgabe: 22. April 2015

Vorgelegt von: Schultchen, Olaf

Matrikel-Nr.:

██████████

Adresse:

██████████████████

██████████████████████████████

Betreuende Prüferin: Grit Lehmann

Zweite Prüferin: Prof. Dr. Olga Burkova

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Suchtberatung mit Jugendlichen als Handlungsfeld Sozialer Arbeit.....	3
1.1 Der Suchtbegriff: Ein professioneller Zugang.....	3
1.1.1 Zum allgemein fachlichen Verständnis von Sucht.....	3
1.1.2 Zum Begriff der (Sucht-)Beratung in der Sozialen Arbeit.....	7
1.1.3 Zum Suchtverständnis der Sozialen Arbeit in Suchtberatungen.....	9
1.2 Suchtentstehung in der Jugendphase.....	10
1.2.1 Suchtentstehung im Kontext von Entwicklungsaufgaben.....	10
1.2.2 Schutz- und Risikofaktoren bei der Suchtentstehung.....	12
1.2.3 Suchtentstehung in Phasen.....	13
1.3 Beratungssituationen: Anlässe, Kontexte und Widerstände.....	15
1.3.1 Die Süchte Jugendlicher.....	15
1.3.2 Beratungskontexte am Beispiel von zwei Bundesmodellprojekten.....	18
1.3.3 Jugendtypische Einstellungen und Widerstände.....	20
2. Der Beratungsansatz motivierende Gesprächsführung.....	21
2.1 Darstellung der motivierenden Gesprächsführung.....	22
2.1.1 Entstehung, Theoretische Hintergründe, Anwendung.....	22
2.1.2 Motivierende Gesprächsführung: Die Ausgangslage.....	24
2.1.3 Die Grundhaltung und Prinzipien.....	26
2.1.4 Techniken in der motivierenden Gesprächsführung.....	29
2.1.5 Der Verlauf in Phasen.....	33
2.2 Analyse der motivierenden Gesprächsführung.....	34
2.2.1 Zum Suchtverständnis und den Klient_innen innerhalb des Ansatzes.....	34
2.2.2 Anforderungen an die Berater_innen motivierender Gesprächsführung....	36
3. Lösungsorientierung in Beratungen.....	37
3.1 Darstellung des lösungsorientierten Ansatzes in Beratungen.....	37

3.1.1 Entstehung, Theoretische Hintergründe, Anwendung.....	37
3.1.2 Einstellung und Denken im lösungsorientierten Ansatz.....	38
3.1.3 Techniken im lösungsorientierten Ansatz.....	41
3.1.4 Lösungsorientierungen in der Arbeit mit süchtigen Klient_innen.....	46
3.1.5 Phasen in lösungsorientierten Beratungen.....	49
3.2 Analyse des lösungsorientierten Ansatzes.....	50
3.2.1 Zum Suchtverständnis und den Klient_innen innerhalb des Ansatzes.....	50
3.2.2 Anforderungen an lösungsorientierte Berater_innen.....	51
4. Möglichkeiten und Grenzen der Ansätze im Arbeitsfeld.....	52
4.1 Die Möglichkeiten beider Ansätze.....	52
4.1.1 Vom Potenzial der persönlichen Autonomie.....	53
4.1.2 Zur Bedeutung der Anwendung für die Berater_innen.....	54
4.1.3 Übertragbarkeit und fachlicher Austausch.....	55
4.2 Die Grenzen der Ansätze.....	55
4.2.1 Zur Dichotomie von Süchten.....	55
4.2.2 Probleme der Lösungsorientierung.....	57
4.2.3 Potenziale der Klient_innen vs. Fachwissen.....	57
4.2.4 Zur Abstimmung von Denk- und Handlungsweisen.....	59
5. Vorschläge und Handlungsempfehlungen.....	60
5.1 Zum Umgang mit den Vorteilen einer Sucht.....	60
5.2 Verständnis durch Hintergrundwissen.....	61
5.3 Fachwissen im Austausch.....	61
6. Fazit.....	62
Literatur.....	65
Abkürzungsverzeichnis.....	73
Tabellenverzeichnis.....	73
Eidesstattliche Erklärung.....	74

## Einleitung

Der Begriff Sucht hat sich zu einem alltäglichen Ausdruck entwickelt. Menschen bezeichnen sich selbst als süchtig nach gewöhnlichem Verhalten wie etwa Fernsehen oder Joggen, wenn sie ein starkes Verlangen verspüren, es öfter bzw. regelmäßig zu wiederholen. Dies ist weitläufig bekannt und zeigt zudem, dass viele Menschen inzwischen verstehen, dass bereits eine scheinbar harmlose Vorliebe starkes Verlangen auslösen kann. Wann dieses Verlangen als problematische Sucht eingestuft werden kann, entscheidet sich vorwiegend durch gesellschaftliche Konstrukte. Entsprechend nimmt die Gesellschaft auch Einfluss darauf, wie der Begriff Sucht verstanden wird.

Altersbedingt gilt für Jugendliche, sich den Sinn des Suchtbegriffs selbst zu erschließen. Sie finden Vorbilder und unterschiedliche soziale Normen im Umgang mit Suchtmitteln vor: Verbote in Institutionen, elterliche Kontrolle, das soziale Umfeld sowie Medien vermitteln Werte in Bezug auf Suchtmittel und Konsumverhalten. Aufklärung und eigene Erfahrungen füllen den Begriff Sucht schrittweise mit Bedeutung. Es wird dabei von den Jugendlichen erwartet, in der Vielzahl ihrer Informationsquellen zu den ‚richtigen‘ Schlüssen zu kommen.

Da Süchte bei Jugendlichen – wie auch bei Erwachsenen – Problemlagen verursachen können, gibt es für sie – wie auch für Erwachsene – Intervention oder Prävention seitens verschiedener Hilfesysteme.

Suchtberatung für Jugendliche ist eine Form möglicher Suchthilfe und Suchtprävention. Hierbei stellen sich den Berater\_innen die pädagogischen Herausforderungen der Jugendphase und gleichzeitig die fachlichen Herausforderungen der Suchtberatung. Folglich sollten gängige Methoden der Suchtberatung in der Interaktion mit Jugendlichen die Möglichkeit bieten, in verschiedenen Situationen angemessen angewendet werden zu können. Der Frage, ob und wie dies möglich ist, soll der in dieser Thesis exemplarisch anhand von zwei Gesprächsführungsansätzen nachgegangen werden.

Es handelt sich dabei um die motivierende Gesprächsführung (nachfolgend mit MG abgekürzt) sowie um den lösungsorientierten Ansatz (nachfolgend mit LöA abgekürzt). Beide Ansätze werden in der Suchtberatung häufig verwendet. Zudem sind sie grundlegende Beratungsmethoden in der Sozialen Arbeit, was ihre Relevanz für die vorliegende Arbeit zusätzlich betont.

Es ist außerdem anzumerken, dass Beschreibungen zur Anwendung der Ansätze in der Suchtberatung mit Jugendlichen nur in geringem Maße auszumachen sind. Es ließ sich auch nach längerer Recherche im Rahmen der vorliegenden Thesis, keine Beschreibung des LöA finden, welche sich speziell auf die Suchtberatung mit Jugendlichen bezog. Zur MG in der Suchtberatung mit Jugendlichen konnten sich lediglich drei geeignete Kapitel aus einem Buch finden lassen. Zudem lässt sich aus diesen Kapiteln schließen, dass sich die Befundlage aus den Studien zur Wirksamkeit der MG durchaus noch heterogen darstellt (vgl. Naar-King/Suarez 2012).

Diese Sachverhalte führten schließlich zum hauptsächlichen Anliegen dieser Thesis: Zu untersuchen, welche Möglichkeiten und Grenzen die MG und der LöA in der Suchtberatung mit Jugendlichen bieten. Hieraus ergibt sich das weiterführende Anliegen, aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen für das betreffende Arbeitsfeld abzuleiten.

Um Potenziale und Grenzen für die Anwendung der Ansätze auszumachen, wird eine sowohl analytische als auch deduktive Vorgehensweise verwendet.

Das erste Kapitel skizziert die Anforderungen an das Arbeitsfeld der Suchtberatung mit Jugendlichen. Zunächst werden das Suchtverständnis Sozialer Arbeit sowie die Suchtentstehung im Jugendalter aufgezeigt. Anschließend werden anhand von zwei Frühinterventionsprojekten häufige Beratungsanlässe herausgestellt. Beschreibungen vielfach beobachteter Einstellungen von Jugendlichen in der Suchtberatung ergänzen das Gesamtbild praxistypischer Beratungssituationen.

Die Kapitel 2 und 3 widmen sich den jeweiligen Gesprächsführungsansätzen. Hier werden Entstehung und Etablierung beider Ansätze erläutert. Zudem werden für deren Anwendung bedeutsame Einstellungen und Denkweisen sowie letztlich die wichtigsten Techniken vorgestellt.

Am Ende der jeweiligen Kapitel erfolgt eine Analyse der Ansätze hinsichtlich ihres impliziten Suchtverständnisses, Menschenbildes und der Anforderungen an die Berater\_innen. Die damit einhergehende Herausarbeitung relevanter Charakteristika beider Ansätze führt hin zu deren Möglichkeiten und Grenzen. Wie diese sich in der Suchtberatung mit Jugendlichen zeigen können, wird im vierten Kapitel untersucht.

Im fünften Kapitel werden dann aus den Möglichkeiten und Grenzen Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Das Fazit fasst die wesentlichen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammen,

um abschließend allgemeinere Folgerungen zu Gesprächsführungsansätzen darzulegen.

## **1. Suchtberatung mit Jugendlichen als Handlungsfeld Sozialer Arbeit**

### **1.1 Der Suchtbegriff: Ein professioneller Zugang**

#### **1.1.1 Zum allgemein fachlichen Verständnis von Sucht**

Der Begriff Sucht stammt ursprünglich von dem germanischen Wort *siech* ab, womit er den Begriffen Siechtum und Krankheit als sinnverwandt gilt (vgl. Heckmann 2000, Schulz 2000, S. 581). Inzwischen hat der Suchtbegriff eine eigenständige Bedeutung erlangt. Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden weitgehend in denselben Zusammenhängen verwendet. Unterscheidungen zwischen den beiden Begriffen werden zwar je nach Standpunkt vorgenommen und erklärt, eine allgemeingültige Definition ist jedoch nicht auszumachen (vgl. Loviscach 2000, S. 264). Alltagssprachlich wird das Wort Sucht sehr vielseitig benutzt. Es kommt auch zur Anwendung, wenn von Interessen oder Zuständen gesprochen wird, die von geringerem Suchtcharakter sind, wie z.B. der Sehnsucht oder Eifersucht (vgl. Heckmann 2013, S. 944f.).

Dies stellt auch Fachleute vor ungeklärte Fragen. „Für die wissenschaftliche Diskussion ist es nicht viel einfacher als für die allgemeine Sprachkonvention, zwischen harmlosen Marotten und krankhaften Symptomen zu unterscheiden“ (Heckmann 2013, S. 945). Es lässt sich jedoch ein fachlicher Konsens über allgemeine Charakteristika der Sucht feststellen, der aus Lexika und Fachbüchern erschließbar ist. Sucht wird heute in der Fachliteratur vielfach als ein machtvolleres, nicht erwehrbares Verlangen nach bereits bekannten Zuständen beschrieben bzw. nach Substanzkonsum (vgl. Beise 2013, S. 400; Hartmann/Filipek/Berking 2012, S. 174; Heckmann 2013, S. 945). Süchte nach Substanzeinnahmen gelten als stoffgebunden, wobei Süchte nach bestimmten Verhaltensweisen, wie etwa Arbeit oder Glücksspiel, entsprechend als stoffungebunden betrachtet werden (vgl. Heckmann 2013, S. 945; Zistl 2004, S. 124). Bei Ausbleiben der Substanzeinnahmen oder dem süchtigen Verhalten kann es zu körperlichen oder psychischen Entzugssymptomen kommen, wie u.a. Angst oder Unruhe (vgl. Hartmann/Filipek/Berking 2012, S. 174; Beise 2013, S. 400; Zistl 2004, S. 125f.).

Signifikant für Süchte ist, dass das Verlangen und damit verbundene Handeln zunehmend die konkurrierenden, rationalen Entscheidungen der Betroffenen verdrängt (vgl. Schulz 2000, S. 581). Es entsteht also ein starker Drang, der sogar entgegen dem Wissen um persönliche Schäden bzw. Nachteile zum süchtigen Verhalten führt. Dieser starke Drang wird auch als Craving bezeichnet (vgl. Sack/Thomasius 2009, S. 12). Die Kontrolle über das Konsumverhalten schwindet damit zunehmend. Süchte entwickeln eigene, sich potenzierende Dynamiken, wie stete Anhebungen der Konsummengen bzw. Häufung und Intensivierung der süchtigen Verhaltensweisen durch Betroffene. Die gesteigerte Einnahme betreffender Substanzen oder höhere Intensität des süchtigen Verhaltens erscheint den Betroffenen erforderlich, um die gewünschten Zustände erneut erreichen zu können (vgl. Hartmann/Filipek/Berking 2012, S. 174). In solchen Fällen wird von einer Toleranzentwicklung gesprochen (vgl. Beise 2013, S. 400). Im weiteren Verlauf sind damit meist negative soziale, physiologische und seelische Auswirkungen verbunden (vgl. Schulz 2000, S. 581). Versuche, eine Abstinenz bei Süchten zu erlangen, bergen grundsätzlich das Risiko eines Rückfalls, der durch das unwiderstehliche Verlangen der Süchtigen bedingt wird. Im Zusammenhang mit Rückfällen wird in der medizinischen Suchtforschung über die Wirkung des sog. Suchtgedächtnisses diskutiert. Im Interesse der Suchtforschung liegen dabei Lernprozesse, die auf das Fortbestehen einer Sucht Einfluss nehmen (vgl. von der Goltz/Kiefer 2008, S. 1006ff.).

Die wesentlichen der hier beschriebenen Eigenschaften von Süchten finden sich auch in der Beschreibung des Abhängigkeitssyndroms der Gruppe F10-19 im Kapitel V des Klassifikationssystems ICD-10-GM wieder. In diesem fachlichen Kontext von Klassifikationen wird der Begriff Abhängigkeit für stoffgebundene Süchte verwendet. Im ICD-10-GM gehören Abhängigkeitssyndrome zu den psychischen und Verhaltensstörungen des Kapitel V. (Vgl. DIMDI 2014a)

GM steht im Begriff ICD-10-GM für German Modification, da es vom originalen ICD-10-WHO der Weltgesundheitsorganisation, WHO, übernommen wird (vgl. DIMDI 2014b). Sie ist gemäß SGB V, § 295 und § 301, im öffentlichen Gesundheitssystem Deutschlands für Erststellung von Diagnosen maßgebend. Abhängigkeiten bzw. Süchte sind damit als Krankheiten oder zumindest Gesundheitsprobleme offiziell klassifiziert und anerkannt. Insgesamt wurden zehn abhängigkeitserzeugende Substanzkategorien im ICD-10, Kapitel V bestimmt. Es wurden dort aufsteigend von F10 bis F19 Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, andere Sti-

mulanzien einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel sowie multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen aufgenommen (vgl. DIMDI 2014a).

Von den stoffungebundenen Süchten wurde bisher lediglich das pathologische Glücksspiel im ICD-10 als eigene Störung (F63.0) identifiziert (vgl. Hartmann/Filipek/Berking 2012, S. 175). Sie ist dort den abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle zugeordnet, womit sie nicht direkt zu den Abhängigkeiten zählt (vgl. DIMDI 2014c). Als Störungen, die in ihrem Wesen Süchten stark ähneln, gelten unter Professionellen die ebenfalls klassifizierten Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (vgl. Kern 2013, S. 24).

Zu bemerken ist, dass mit den Klassifikationen des ICD-10-GM nur formale Voraussetzungen für Forschung und für das Gesundheitssystem geschaffen wurden. Ausgerichtet an der jeweiligen Problemlage der Klient\_innen gilt es für Suchtberater\_innen Optionen zur Unterstützung zu prüfen, die auch mit Zugängen im Gesundheitssystem verbunden sein können (vgl. Leune 2000, S. 605ff.). Ein Wissen über Diagnosen und das Gesundheitssystem ist damit in der Praxis von Suchtberatungen relevant.

Eine kategoriale Einteilung von Sucht im weiten Sinn ist im Einzelfall kontextabhängig und nicht immer einfach vorzunehmen. Über die allgemeinen Charakteristika und Klassifikationsmerkmale der Sucht hinaus gibt es keine einheitliche Übereinstimmung darüber, was der Begriff Sucht exakt ausdrückt: „Definitionen von S. differieren nicht nur nach theoretischem Standort und empirischem Zugang, sondern auch nach dem Stellenwert, den der Definierende dem eigenen Verhalten bezüglich seiner süchtigen Komponenten zumisst“ (Heckmann 2013, S. 945). Auch ist der Beginn einer Sucht in der Praxis selten eingrenzbar. „Sie entwickelt sich vielmehr in der Regel im Laufe mehrerer Jahre so schleichend, dass sie dem Betroffenen und seinen Bezugspersonen lange Zeit nicht richtig bewusst wird“ (Lindenmeyer 2013, S. 22). Verhaltensweisen, welche als Vorstufe einer Suchtentwicklung angesehen werden können, werden von den Betroffenen folglich nicht immer ‚verantwortungsvoll‘ reflektiert oder zugegeben.

Hinzu kommt, dass in unserer Gesellschaft Bewertungen von Süchten Widersprüchlichkeiten aufweisen, was im Einzelfall wichtige Erkenntnisse von Klient\_innen und Professionellen erschweren kann. Zu den gesellschaftlichen Bewertungen von Süchten formuliert der Psychologe Wolfgang Schulz treffend: „Entscheidend ist, in welchem Umfang der einzelne seinen Rollenverpflichtungen, insbesondere seiner Pflicht



zu arbeiten, nachkommt.“ (Schulz 2000, S. 582) Hier wird deutlich, dass aus gesellschaftlicher Sicht nicht zwingend der Grad des Verlangens bzw. des Zwangs maßgeblich für eine Sucht ist, sondern eher die äußerliche Wahrnehmung vom individuellen ‚Funktionieren‘. Es wird möglich, einen unwiderstehlichen Zwang zu bagatellisieren, solange dieser etwa die Erwerbsarbeit nicht beeinträchtigt. Zudem orientieren sich gesellschaftliche Bewertungen von Suchtmittelkonsum oft am Legitimationsstatus der jeweiligen Substanz, während andere Kriterien zugleich ausgeschlossen werden. Hier wird auch von einer „Doppelmoral“ (Schulz 2000, S. 582; Heckmann 2000;) gesprochen. Möglich sind etwa die gesellschaftlichen Differenzierungen von Substanzen, die als Medikamente verwendet werden und solchen die als Drogen eingeordnet werden, obwohl von ihnen vergleichbare Sucht- und Schädigungsgefahren ausgehen können (vgl. Schabdach 2009, S. 13).

Daraus lässt sich folgern, dass in unserer Gesellschaft nicht alleine das Befinden der Betroffenen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung von Süchten spielt. „Die alltäglichen Umgehensweisen mit und Verständnisweisen von Drogen sind soziokulturelle Konstruktionen, die das Verhältnis zum Konsum strukturieren“ (ebd., S. 13).

In der beschriebenen Problematik, eine Sucht trennscharf zu definieren, eröffnet sich auch großer Spielraum, süchtiges Verhalten unterschiedlich zu deuten. Demgemäß haben heutige Suchtverständnisse aus professioneller Sicht kaum noch eindimensionale Erklärungen zur Grundlage. Als originär multifaktorielle Erklärung von Sucht gilt das Suchtdreieck, das in Anlehnung an die WHO-Definitionen von Substanzabhängigkeit entstand (vgl. Heckmann 2000). Die Persönlichkeit der/des Konsument\_in, die Droge und das soziale Umfeld werden dort als ein Dreieck skizziert dargestellt und im Zusammenspiel als Ursachenerklärung für Süchte herangezogen (vgl. Ladewig [u.a.], 1971, S. 6). Für die Ätiologie von Süchten wird heute nach der Psychodramatikerin Sabine Kern „(...) in Fachkreisen ein neurobiologisch-psycho-soziales Entstehungsmodell verwendet“ (Kern 2013, S. 24). Der Suchtexperte Anil Batra schreibt von „(...) einem multidimensionalen Störungsbegriff (...)“ (Batra 2012, S. 4). Einzelne Erklärungsansätze zur Entstehung von Suchtmittabhängigkeit mussten stetig neuen Erkenntnissen angepasst werden. Ein biopsychosoziales Modell wird daher als am adäquatesten beurteilt, um stoffgebundene Süchte in ihrer Entwicklung darzustellen (vgl. Lindenmeyer 2013, S. 23).

Jedoch können auch einzelne Perspektiven nützliche Theorien über Süchte bieten oder bereichern, wie das psychoanalytische Modell, das lernpsychologische Modell

oder das soziologische oder sozialisationstheoretische Modell. Zudem haben auch die persönlichen Motive für süchtiges Verhalten Aussagekraft. Es werden hier grundlegende Richtungen von Motiven unterschieden, wobei auch gleichzeitiges Vorliegen beider möglich ist. Eine Richtung von Motiven ist, mittels des süchtigen Verhaltens flüchten zu wollen. Es geht dabei darum, einer Auseinandersetzung mit sich selbst oder seiner Umwelt aus dem Weg zu gehen, indem man sich etwa durch Drogenkonsum in einen anderen Zustand begibt. In der anderen Richtung geht es darum, mit dem süchtigen Verhalten etwas zu suchen. Hier wird versucht, Zufriedenheit oder starke Wünsche, die im ‚normalen Leben‘ nicht erreichbar erscheinen, über das süchtige Verhalten zu erlangen. (Vgl. Heckmann 2000)

Es kann festgestellt werden, dass sich immer und zumindest biologische, psychologische und soziale Faktoren für die Erklärungen von Süchten empfehlen. Im Einzelfall gilt es stets eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen. Hierbei sollte die Gewichtung, Ausprägung oder spezielle Art der einzelnen Faktoren in einem professionellen Suchtverständnis vorerst offenbleiben.

### **1.1.2 Zum Begriff der (Sucht-)Beratung in der Sozialen Arbeit**

Der Begriff der Beratung kann zum einen als Tätigkeit verstanden werden (vgl. Belardi 2013, S. 162f.). Mit Beratung kann jedoch auch eine Institution gemeint sein, wenn man z.B. von einer Erziehungs- oder Suchtberatungsstelle spricht. Im Kontext der in der vorliegenden Arbeit behandelten Gesprächsführungsansätze ist es naheliegend, Beratung als Tätigkeit und Institution zu betrachten. Es handelt sich hier zwar hauptsächlich um die Tätigkeit der Beratung, jedoch sind auch Suchtberatungsstellen thematisch angesprochen, etwa wenn es um die Niedrigschwelligkeit der Beratung geht. Dies erschließt sich aus dem jeweiligen Zusammenhang. Insofern ist die Trennung zwischen funktionalem und institutionellem Beratungsbegriff von geringer Bedeutung.

Wesentliche Merkmale von Beratung sind, dass Personen zu Problemen Rat benötigen und es Anliegen der Beratung ist, zu Lösungen zu führen oder diese anzubieten (vgl. Widulle 2012, S. 35). Auch kann das Anliegen darin liegen, mögliche Probleme lediglich abzuschwächen oder deren Auswirkungen in einem erträglichen Ausmaß zu halten (vgl. Nestmann/Sickendiek 2005, S 140). Beratung kann auch als „(...) spezialisierte und professionalisierte Form helfender Gesprächsführung (...)“ (Widulle 2012, S. 34) verstanden werden. Beratung in der Sozialen Arbeit lässt sich u.a. dadurch

kennzeichnen, dass neben den Gesprächsinhalten, direkte Hilfen zu Formalien und materiellen Ressourcen gegeben werden (vgl. ebd., S. 35). Zudem gilt Beratung als eine bedeutende Methode der Sozialen Arbeit (vgl. Nestmann/Sickendiek 2005, S. 140). Sie ist nicht an ein bestimmtes Setting gebunden. Beratungen können auch anonymisiert per Telefon oder Internet stattfinden (vgl. Belardi 2013, S. 163).

Beratungen in der Sozialen Arbeit und Psychotherapie weisen ein hohes Maß an Gemeinsamkeiten auf (vgl. Widulle 2012, S. 35ff.). Dabei lässt sich in der Praxis die Beratung inhaltlich von der Therapie nur schwer eindeutig abgrenzen. So kann es auch im Beratungsprozess dazu kommen, dass dort komplexere Problemlagen eingebracht werden (vgl. Belardi 2013, S. 163). Beratung und Therapie lassen sich vornehmlich auf formaler Ebene unterscheiden. „Wer wie approbierte Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten die Erlaubnis zur heilkundlichen Krankenbehandlung hat, therapiert“ (Belardi 2013, S. 163). In der Sozialen Arbeit wird entsprechend den Handlungsfeldern überwiegend in den dafür zuständigen sozialen Institutionen beraten. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass Beratungen häufig kürzere Laufzeiten aufweisen, während Therapien sich auch über Jahre erstrecken können. Häufig dient ein Beratungsgespräch auch dazu, die Klient\_innen an andere Fachstellen weiter zu vermitteln (vgl. ebd., S. 163).

Suchtberatung, also Beratung in der Sucht den Anlass darstellt, wird von zahlreichen Beratungsstellen durchgeführt. Dies können spezielle Beratungsstellen für Süchtige sein, aber auch Beratungsstellen in deren Handlungsfeld u.a. Süchte die Problemlagen beeinflussen, wie z.B. Beratungen für Jugendliche (vgl. Leune 2000, S. 604). „S. dient den Zielen der Vermeidung spezifischer Suchtgefährdungen, Verhinderung des Suchtmittelmissbrauchs, Hilfen und/oder Vermittlung von weiterführenden Hilfen (...)“ (ebd., S. 606). Damit verbundene soziale Folgeprobleme wie z.B. Arbeits-, Obdachlosigkeit oder Verlust sozialer und familiärer Kontakte gilt es in Suchtberatungen mit passender Unterstützung abzuwenden. Die Weitergabe von Basiswissen über Süchte, als auch die Ermöglichung von Zeiten ohne jeglichen Konsum, z.B. durch Entzüge sowie die Forcierung von Wünschen hinsichtlich einer Konsumreduktion bis hin zur Beendigung des süchtigen Verhaltens sind ebenfalls Aufgaben von Suchtberatung (vgl. ebd., S. 606).

### 1.1.3 Zum Suchtverständnis der Sozialen Arbeit in Suchtberatungen

Sucht als Beratungsanlass fällt vorwiegend in die Zuständigkeit von Sozialarbeiter\_innen. In Suchtberatungsstellen machen Sozialarbeiter\_innen bis zu 90% der Mitarbeiter\_innen aus (vgl. Belardi 2013, S. 165). Auch entsprechen Süchte mit ihren hier bereits erwähnten biopsychosozialen Folgen dem Gegenstand Sozialer Arbeit. Dieser ist etwa nach der Definition von Wilhelm Klüsche „(...) die Bearbeitung gesellschaftlich und professionell als relevant angesehener Problemlagen“ (Klüsche 1999, S. 45)

Generell erscheint ein weiter, umfassender Suchtbegriff dem Gegenstand Sozialer Arbeit eher angemessen, insofern er ein weites Spektrum relevanter Problemlagen einschließt. „Für Praktiker/innen der SozArb/SozPäd sind (...) eine Vielzahl exzessiver Verhaltensweisen von Bedeutung, die die normalen Lebensfunktionen wie Existenzsicherung, soziale Interaktion und Kommunikation der Klientel beeinträchtigen“ (Heckmann 2013, S. 946). Darüber hinaus müssen Suchtberatungsstellen eher niedrigschwellige Eigenschaften aufweisen, in denen u.a. Akzeptanz und Zugänglichkeit eine Rolle spielen (vgl. Leune 2000, 603ff.). Ein zu strikt abgegrenztes Suchtverständnis kann dem nicht gerecht werden, wenn nicht zu viele Ausschlüsse produziert werden sollen. Aktuelle Diskurse über einen erweiterten Suchtbegriff verweisen auf eine vorhandene Schnittmenge gemeinsamer Attribute von stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten (vgl. Rumpf 2012, S. 81ff.). Eine zu strenge Unterscheidung zwischen den jeweiligen Problemlagen, die die Hilfezugänge betrifft, ist im Sinn Sozialer Arbeit daher eher unschlüssig.

Auch sollte ein fachlich fundiertes Verständnis von Sucht die weiter oben aufgezeigte Komplexität von Suchtentwicklungen aufgreifen. Suchtberatungsstellen wird ein entsprechend weites Wissen über das Thema der Sucht zugeschrieben.

„Grundlage der Arbeit ist ein Beratungs- und Behandlungskonzept, daß sowohl wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für das Krankheitsbild → ‚Sucht‘ als auch die entwicklungspezifischen Fragen der Suchtgefährdung und des Suchtmittelgebrauchs/-mißbrauchs vor allem Jugendlicher (...) berücksichtigt“ (Leune 2000, S. 605).

Sozialarbeiter\_innen wird empfohlen, auch den Beginn von Suchtentstehungen, durch eher ungefährlich wirkende Suchtverhalten, sensible Aufmerksamkeit zu schenken, da auch diese Verhalten schwerwiegenden Süchten den Weg ebnen können (vgl. Heckmann 2013, S. 947). Ein umfassendes Suchtverständnis sollte daher

den Beginn einer Sucht weit fassen.

## **1.2 Suchtentstehung in der Jugendphase**

Ausgehend von dem beschriebenen weiten Suchtbegriff in Suchtberatungen, gilt es nun die Suchtentstehung Jugendlicher zu betrachten. Hinsichtlich des jungen Alters und den damit verbundenen Entwicklungen wird ein besonderer Fokus auf die Entwicklungsaufgaben und möglichen Schutz- und Risikofaktoren gelegt.

### **1.2.1 Suchtentstehung im Kontext von Entwicklungsaufgaben**

Wie für den Suchtbegriff gilt für den Begriff der Jugend auch, dass nicht in jedem Zusammenhang nur eine Definition gültig ist. Je nach Institution, fachlichen Standpunkt oder Gesetz werden unterschiedliche Altersgrenzen angegeben. Die WHO geht von einer Phase zwischen dem 10. und 19. Lebensjahr aus, während nach den Vereinten Nationen Jugend zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr angesiedelt ist. Das Robert-Koch-Institut gibt den Zeitraum zwischen 11 und 17 Jahren an (vgl. Walter [u.a.] 2011, S. 5).

Die Jugendzeit beinhaltet die Pubertät, die als Entwicklungsphase auch für sich stehend betrachtet werden kann. Die Pubertät dauert ungefähr vier Jahre und ist geprägt von den körperlichen Reifungsprozessen wie der Entwicklung des Geschlechts und der sexuellen Entwicklung. (Vgl. ebd., S. 4f.)

In der vorliegenden Thesis soll der Begriff der Jugend jedoch nicht anhand von Altersangaben festgelegt werden oder z.B. nur Veränderungen einzelner Phasen beinhalten. Sinnvoll ist eine Orientierung an den relevanten Entwicklungsaufgaben der gesamten Jugendphase. Die Altersangaben können somit lediglich als vage Richtwerte dienen. Individuell betrachtet beginnt „(...) die Jugendphase in der Regel mit der körperlichen Geschlechtsreife und endet, wenn eine finanzielle und emotionale Autonomie angenommen werden kann“ (ebd., S. 4).

Die Entwicklungspsycholog\_innen Rolf Oerter und Eva Dreher beschreiben Entwicklungsaufgaben nach dem Konzept von Robert James Havighurst als die Aufgaben im gesamten Leben eines Menschen, die mit dem Erlernen von Fähigkeiten und Aneignung von Können verbunden sind. Dabei gibt es Phasen in denen bestimmte Aufgaben besser gelingen als in anderen. Entwicklungsaufgaben einzelner Phasen wie der

Kindheit oder Jugend können spätere Aufgaben sinnhaft bedingen und beeinflussen (vgl. Oerter/Dreher 2008, S. 279ff.). Die Lösung einer Aufgabe kann die Grundlage für die Lösung einer weiteren sein, womit sie von hoher Funktionalität für ein gelingendes Leben sind. Entwicklungsaufgaben stellen sich aus den Bereichen „>physische Reifung, >gesellschaftliche Erwartungen und > individuelle Zielsetzungen und Werte“ (ebd., S. 279).

Für Jugendliche kann Sucht begünstigenden Verhaltensweisen wichtige Bedeutung im Kontext von Entwicklungsaufgaben zukommen. Die Psycholog\_innen Anneke Reese u. Rainer K. Silbereisen (vgl. 2001, S. 144) greifen verschiedene wichtige Entwicklungsaufgaben in der Jugend auf und ordnen ihnen verbundene Funktionen von möglichem Substanzkonsum zu. Sie veranschaulichen anhand folgender Tabelle die mögliche Begünstigung einer Suchtentwicklung Jugendlicher durch ihre entwicklungsbedingten Anforderungen:

### Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums

Entwicklungsaufgaben (nach Dreher/Dreher 1985)	Funktionen des Substanzkonsums (nach Jessor 1986; Silbereisen/Kastner 1985; Hurrelmann/Hesse 1991; Moffitt 1993)
Wissen, wer man ist und was man will (Selbstkonzept, Identität)	- Ausdruck des persönlichen Stils - Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	- Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen - Exzessiv-ritualisiertes Verhalten - Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Ablösung von den Eltern	- Unabhängigkeit von Eltern demonstrieren - Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener	- Demonstration, Vorwegnahme des Erwachsenseins - Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem	- gewollte Normverletzung - Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	- Ersatzziel verwehrt normativer Entwicklungsziele - Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

Tab.1. Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums

Mit der Sicht darauf, dass die Funktionen subjektiv als sehr wichtig wahrgenommen werden können, wird verstehbar, dass für Jugendliche nicht immer eine Beeinträchtigung ihrer Entwicklung unmittelbar erkennbar sein muss. Es werden „(...) mit den Wirkungen der Substanzen die Probleme, welche die Anforderungen des Lebens bereiten, funktionell überspielt“ (Kuntz 2013, S. 272). Ein prägnantes Beispiel hierfür ist

die Hilfe, die ein Substanzkonsum Jugendlichen dafür bietet, sich Peergruppen zu erschließen. Der jeweilige Konsum scheint alleine den Zweck zu erfüllen, die Kontakt-herstellung zu unterstützen, wenn kein Blick auf weiterreichendes Gefahrenpotenzial gewagt wird.

Eine verantwortungsvolle Handhabung von Suchtmitteln zu erlernen, ist kulturbedingt als eine wichtige Entwicklungsaufgabe der Jugendphase und des anfänglichen Erwachsenenalters zu betrachten (vgl. Scherbaum 2009, S. 170). Den Entwicklungsaufgaben kann hier eine besondere Relevanz zugeschrieben werden, da die Aufgaben sich oft sinnhaft bedingen.

Das hier aufgezeigte Sucht begünstigende Potenzial der Entwicklungsaufgaben kann als eine Herausforderung in den Suchtberatungen mit Jugendlichen begriffen werden. Zudem kann in Betracht gezogen werden, dass die Wahrnehmungen zwischen Berater\_innen und Klient\_innen stark differieren können.

### **1.2.2 Schutz- und Risikofaktoren bei der Suchtentstehung**

Nicht nur die alterstypischen Entwicklungsaufgaben können Aufschluss über die Entstehung von Süchten im Jugendalter geben. Auch individuelle Lebensbedingungen spielen dabei eine bedeutsame Rolle, wie ein Blick auf die sog. Schutz- und Risikofaktoren zeigt: Sie gelten als wichtiger Einfluss für die Entstehung von psychischen Störungen und können bei jedem Menschen unterschiedlich ausgeprägt sein. Hierbei wird nicht nur eine Ursache für die Erklärungen der Entstehung von Störungen herangezogen, sondern mehrere unterschiedliche Bedingungen aus verschiedenen Bereichen in der Betrachtung der Genese berücksichtigt (vgl. Baierl 2014, S. 18). „Besonders genetische, biologische, lebensgeschichtliche, familiäre und soziologische Faktoren werden derzeit als dafür relevant angesehen“ (ebd., S. 18). Wie bereits erwähnt schließen psychische Störungen nach ICD-10 auch Abhängigkeitssyndrome ein.

In mehreren Forschungsergebnissen zur Entwicklung von Süchten im Jugendalter werden neben variierenden Faktoren wiederkehrend Erziehungsfehler, Sensation-Seeking und Einflüsse durch Peergruppen als Risikofaktoren angegeben. Als stärkste Risikofaktoren können die Einflüsse aus den Peergruppen hervorgehoben werden. (Vgl. Jordan/Sack 2009, S. 130ff.)

Auf Grundlage mehrerer Forschungsergebnisse und Modelle arbeiten der Psycholo-

ge Peter Tossmann und Mediziner Sebastian Baumeister heraus, dass ein früher Konsumbeginn in der Jugend neben bereits entwickelten psychischen Merkmalen überwiegend durch andere Bedingungen ausgelöst wird, als im Kindesalter. Auf früheren Erstkonsum haben familiäre Bedingungen einen höheren Einfluss. In der Adoleszenz hingegen wird Einflüssen aus den Peergruppen mehr Relevanz zugesprochen (vgl. Tossmann/Baumeister 2008, S. 183ff.). Es lässt sich damit allgemeiner herausstellen, dass für die Suchtentstehung in der Jugendphase, die Einwirkung nahestehender Menschen auf den/die Jugendliche(n) eine besonders wichtige Bedeutung zukommt.

Aber auch Faktoren, welche aus modernen gesellschaftlichen Entwicklungen heraus entstehen, können sehr relevant sein. Die folgenden, eher aktuellen Phänomene konnten in der klinischen Arbeit für den Anstieg von Süchten im Jugendalter identifiziert werden:

„(...) gestiegene Griffnähe (Konsumangebote in Freundeskreis und Nachbarschaft), veränderte Einstellungen und Erwartungshaltungen (»Spaßkultur«), konsumierende Peers, nachlassende soziale Kontrolle (gesellschaftliche und familiäre Funktionen), Substanzmissbrauch der Eltern sowie schwere seelische Traumatisierungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter.“ (Thomasius 2005, S. 13)

Angesichts dieser Vielzahl von möglichen Faktoren sollten Suchtberater\_innen sorgfältig und differenziert diagnostizieren und Situationen verantwortungsvoll einschätzen, um wirkungsvoll handeln zu können. Bezüglich einer Gefahr, im Jugendalter süchtig zu werden, geht es „(...) darum, verschiedene Einflussgrößen und ihre Bedeutung zu erkennen und ihren Stellenwert für Entstehung, Verlauf und Muster des Drogenkonsums zu differenzieren.“ (Lehmkuhl 2008, S. 49) Zusätzlich muss bemerkt werden, dass bei jugendlichen Drogenkonsument\_innen eine Suchtentstehung schwieriger erkennbar ist. „• Sichtbare Hinweise auf den Konsum finden sich eher selten; • die Gebrauchsmuster sind meistens nicht fixiert; (...)“ (Horn 2003, S. 114).

### **1.2.3 Suchtentstehung in Phasen**

Um eine Vorstellung davon zu erhalten, inwiefern eine Sucht im Einzelfall vorliegt kann eine Kategorisierung in Phasen von Suchtentwicklung hilfreich sein. Sie bietet die Möglichkeit eine Sucht transparent zu verorten.

Bei der Phaseneinteilung von Suchtverläufen wird auch von Sequenzmodellen gesprochen. Mit Sicht auf die jeweilige Entstehungsphase können verschiedenen



Aspekten, wie einzelnen Schutz- und Risikofaktoren, unterschiedliche Bedeutungen zukommen (vgl. Reis 2012, S. 8). So hat z.B. eine Risikobereitschaft für den ersten Konsum eher eine initiiierende Wirkung, als in einer Phase der manifesten Sucht. Phasenmodelle können damit zusätzliche Erkenntnisse ermöglichen.

Im ICD-10-GM sind mit dem schädlichen Gebrauch und dem Abhängigkeitssyndrom bereits zwei Phasen nach diagnostischen Kriterien beschrieben (vgl. DIMDI 2014a). Eine häufigere Untergliederung erfolgt je nach fachlichem Standpunkt auch in drei Phasen (vgl. Lindenmeyer 2013, S. 23ff; Loviscach 2000, S. 266ff.; Reis 2012, S. 8). Bei diesen Einteilungen wird eine vorherige Phase des Probierens aufgegriffen. Diese erste Phase des experimentellen Konsums, die auch als Einstiegsphase beschrieben werden kann, wird vom Anreiz neues auszuprobieren geprägt, was bei Jugendlichen häufig mit einer niedrigeren Hemmschwelle verbunden ist (vgl. Loviscach 2000, S. 266).

In der zweiten Phase geht es nach dem Sozialpädagogen und Suchtexperten Loviscach um den weiteren Umgang mit dem Konsum. Innerhalb dieser Phase kommt es zur Gewöhnung an das jeweilige Konsumverhalten. Genusserlebnisse können zu vermehrter Wiederholung führen und sich somit zu einer Sucht entwickeln. Für Jugendliche stellen vor allem dysfunktionale Umgangsweisen mit dem Konsum hinsichtlich ihrer entwicklungsbedingten Auseinandersetzungen mit ihrer Umwelt eine besondere Suchtgefahr dar. Zunehmend gewinnen in dieser Phase auch biopsychosoziale Faktoren an Relevanz für eine Suchtentstehung. (Vgl. ebd., S. 267)

In der dritten Phase bildet sich die Sucht mittels dysfunktionalen Verhaltens voll aus, nachdem keine adäquaten Verhalten in der zweiten Phase wirksam werden konnten. Entzugerscheinungen sind unmittelbar mit dem Konsum als vorübergehende ‚Problemlösung‘ verknüpft. Diese sich potenzierende Dynamik wird laufend von ihren eigenen Folgen angekurbelt. Körperliche und psychosoziale Probleme wie zunehmende soziale Ablehnung, Randständigkeit oder niedrige Selbstwertgefühle begünstigen wiederholten Konsum. (Vgl. ebd., S. 267ff.)

Phasenmodelle liefern, wie hier skizziert, mögliche Anhaltspunkte zu einer Orientierung und tragen der zeitlichen Dimension einer Sucht Rechnung. Allerdings berücksichtigen sie keine Einzelfälle, die sehr viele unterschiedliche, variierende Facetten aufweisen können. Auch ist es für die Konsument\_innen selbst schwer bestimmbar, ob sie sich lediglich in einer Probierphase befinden oder bereits missbräuchlich konsumieren. Erschwerend ist dabei eine fließende, langsame Veränderung der Kon-

sumverhalten (vgl. Graß/Farke 2003, S. 19).

### **1.3 Beratungssituationen: Anlässe, Kontexte und Widerstände**

Beratungsanlässe für Suchtberatungen können aus den hier erläuterten Risiken, im Jugendalter Süchte zu entwickeln oder diesen vorzubeugen, entstehen.

Es ist wichtig, sich vor Augen zu führen, welche Suchtmittel in Suchtberatungen mit Jugendlichen besonders relevant sind, da bereits ihr Konsum an sich einen Beratungsanlass darstellen kann. Es gilt dabei, etwas über häufige Situationen im Handlungsfeld zu erfahren. Besonders häufig auftretende Beratungsanlässe und Kontexte in Suchtberatungen sollen im Folgenden repräsentativ dargestellt werden. Hierbei handelt es sich um eine ungefähre Typisierung, die in der Anwendung der hier analysierten Gesprächsführungsansätze im beschriebenen Handlungsfeld zum Tragen kommen kann.

#### **1.3.1 Die Süchte Jugendlicher**

In Zusammenhang von Süchten Jugendlicher wird auf fachlicher Ebene wiederkehrend auf die bekannten Suchtmittel Alkohol, Nikotin und Cannabis verwiesen (vgl. Settertobulte/Richter 2009, S. 7; Thomasius [u.a.] 2009, S. VII; Reis 2012, S. 10; Tossmann/Baumeister 2008, S. 182f.). Cannabis gilt als das am meisten ge- und missbrauchte illegale Suchtmittel unter Jugendlichen in Deutschland und Europa (vgl. Settertobulte/Richter 2009, S. 21). Andere Drogen aus dem illegalen Bereich, wie Amphetamine oder Ecstasy werden unter Jugendlichen in Relation zu Cannabis eher selten konsumiert (vgl. BZgA 2012, S. 49).

Zunehmend wird dem Phänomen der Computerspiel- und Internetabhängigkeit im Jugendalter Aufmerksamkeit geschenkt, wobei nach derzeitigem Wissensstand auch hier eine geringere Verbreitung vermutet wird (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2014, S. 51ff.). Für eine Charakterisierung des Handlungsfeldes spielen diese Süchte eine entsprechend ihrer geringen Verbreitung eher untergeordnete Rolle.

Die Suchtmittel Alkohol, Nikotin und Cannabis sind besonders aufgrund ihrer Verbreitung ein häufiges Thema von Suchtberatung. Die folgenden Beschreibungen sollen näher auf die Konsumverbreitung anhand von Studienergebnissen eingehen. Es geht

darum, die Wahrscheinlichkeit möglicher Schwerpunkte im Kontext von Suchtberatungen mit Jugendlichen einzuschätzen. Naturgemäß kann im Praxisalltag zudem immer mit höchst individuellen bzw. untypischen Fällen gerechnet werden, was den Anspruch von Suchtberatungen hervorhebt. Auch ein Fachwissen über seltene Drogen lässt sich daher empfehlen.

Besonders weit verbreitet ist der Alkoholkonsum. „Alkoholkonsum ist ein fester Bestandteil unserer Alltagskultur“ (Settertobulte/Richter 2009, S. 15). Die Aneignung eines Trinkverhaltens kann damit als Entwicklungsaufgabe der Jugendphase aufgefasst werden (vgl. Settertobulte 2003, S. 81). Besonders hinsichtlich der hohen Verbreitung und Verfügbarkeit von Alkohol scheint dies sehr plausibel. Bereits Kinder können Alkoholkonsum in gesellschaftlichen Zusammenhängen häufig beobachten (vgl. ebd., S. 81).

Das Studienergebnis der Repräsentativbefragung Alkoholsurvey 2012 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt an, dass männliche Jugendliche wesentlich mehr Alkohol konsumieren als ihre weiblichen Altersgenossinnen. Von 5000 befragten jungen Menschen zwischen 12 und 25 Jahren im Jahr 2012, konsumierten 18 Prozent der männlichen 12- bis 17-jährigen regelmäßig Alkohol, jedoch tranken nur 9 Prozent der weiblichen regelmäßig. Regelmäßig bedeutet hier, dass wenigstens einmal pro Woche binnen gesamter 12 Monate getrunken wurde. Unter den 18- bis 25-jährigen Männern war der Alkoholkonsum bei 52,3 Prozent regelmäßig, denen nur 23,8 Prozent der Frauen gegenüberstanden. Hervorzuheben ist die rund zweifach so hohe Verbreitung des regelmäßigen Konsums bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ein besonders hoher Anteil von Männern lässt sich auch beim gesundheitlich riskanten Alkoholkonsum feststellen. Ein gesundheitlich riskanter Konsum, bei dem sogar die empfohlenen täglichen Höchstmengen für Erwachsene überschritten werden, wurde von 6,3 Prozent der männlichen und von 3,9 Prozent der weiblichen 12- bis 17-jährigen betrieben. Unter den 18- bis 25-jährigen lag dieses Verhältnis bei 19,2 Prozent der männlichen zu 12,8 Prozent bei weiblichen Befragten. Neben der Erkenntnis, dass männliche Jugendliche wesentlich häufiger konsumieren, lässt sich aus den Daten auch ableiten, dass sich der Konsum in der späteren Jugend stark steigert. Zudem wird in den Ergebnisbeschreibungen der BZgA immer wieder auf Rückgänge des Konsums von Alkohol unter Jugendlichen seit 2007 verwiesen, die sich in etwa bei 6 bis 8 Prozent vom Gesamtwert bewegen. (Vgl. BZgA 2014a, S.15ff.)

Die Studienergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2009/2010 geben zum Alkoholkonsum ähnliche prozentuale Verteilungen zwischen den Geschlechtern an, wie die oben skizzierten. Es wurden etwa 5000 Jugendliche verschiedener Schulen in verschiedenen Bundesländern zwischen 11 und 15 Jahren befragt. Unter den männlichen Jugendlichen gaben 11,3 Prozent an, wenigstens einmal wöchentlich Alkohol zu konsumieren und bei den weiblichen 6,2 Prozent. (Vgl. HBSC-Team Deutschland 2012, S. 3)

In der Studie des Alkoholsurveys 2012 wurden parallel Daten zum Cannabis- und Tabakkonsum Jugendlicher erhoben. Zum Tabakkonsum wurde dort festgestellt, dass der Konsum der 12- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen sich nicht signifikant unterscheidet. 2,1 Prozent gaben an, täglich mindestens 10 Zigaretten zu rauchen. 0,9 Prozent gaben einen täglichen Konsum von mindestens 20 Zigaretten zu. Insgesamt sahen sich selbst sogar 12 Prozent als Raucher\_innen. Auch die, die sich als gelegentliche Raucher\_innen sahen, zählen hierzu. Bei den 18- bis 25-jährigen lag dieser Wert schon bei 35,2 Prozent, wobei dies 37,7 Prozent der männlichen Befragten und 32,6 Prozent der weiblichen Befragten angaben. Die größeren täglichen Mengen werden hier wieder von den männlichen Befragten konsumiert. Mindestens 10 Zigaretten wurden von 16,5 Prozent der Männer und 12,7 Prozent der Frauen geraucht. 4,8 Prozent der Männer rauchten 20 Zigaretten oder mehr, was nur 3,1 Prozent der Frauen angaben. (Vgl. BZgA 2013, S. 14f.)

Ein höherer Konsum bei den Männern zeigt sich beim Cannabis wiederum deutlicher. 9,2 Prozent der männlichen Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren, die wenigstens einmal im bisherigen Leben Cannabis konsumierten, konnten ermittelt werden. Unter den weiblichen Jugendlichen dieser Altersgruppe gaben dies nur 6,3 Prozent an. Wesentlich höher liegen diese Werte bei den 18- bis 25-jährigen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen. 41,4 Prozent bei den männlichen und 28,0 Prozent bei weiblichen Befragten konnten hier ermittelt werden. Regelmäßiger Cannabiskonsum wurde von 1,8 Prozent der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen angegeben und von 0,8 Prozent der weiblichen. In der Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen steigt dieser Wert auf 5,6 Prozent bei den Männern und auf 2,1 Prozent bei den Frauen. Ein regelmäßiger Konsum von Cannabis gilt bereits als solcher, wenn binnen der vergangenen 12 Monate mehr als 10 Male Cannabis genommen wurde. (Vgl. BZgA 2014b, S. 9f.)

Die Daten zeigen signifikant auf, dass wie der Alkoholkonsum, der Cannabiskonsum

und teilweise der Tabakkonsum unter männlichen Jugendlichen weiter verbreitet ist als bei den weiblichen. Zudem wird in beiden Gruppen mit steigendem Alter zunehmend konsumiert. Es gibt regelmäßigen Alkoholkonsum, der bei rund der Hälfte der älteren männlichen Jugendlichen vermutet werden muss und über 40 Prozent, die wenigstens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert haben. Dies verweist auf die hohe Verfügbarkeit der jeweiligen Substanzen und die hohe Wahrscheinlichkeit der sich bietenden Konsumgelegenheiten. Zu Cannabis schreibt der Suchtexperte Helmut Kuntz vor dem Hintergrund seiner 20-jährigen Berufserfahrung: „Eltern, die sich der Illusion hingeben, ihre pubertierenden Kinder hätten noch nie etwas mit Cannabis zu tun gehabt, liegen nicht selten voll daneben“ (Kuntz 2013, S. 234).

### **1.3.2 Beratungskontexte am Beispiel von zwei Bundesmodellprojekten**

Der beschriebene Konsum von Suchtmitteln ist als originärer Beratungsanlass in Suchtberatungen mit Jugendlichen zu betrachten. Dieser Anlass kann sich jedoch sehr unterschiedlich gestalten. Suchtberatungen sollen u.a. für Menschen angeboten werden, die durch ihre Sucht in eine Lage kommen, Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen (vgl. Leune 2000, S. 604). Ein solcher Anlass setzt eine Motivation zur Veränderung bei den jeweiligen Betroffenen voraus, der sie dazu bringt, eine Beratung aufzusuchen. Spezielle Projekte zur Frühintervention bei Jugendlichen schaffen jedoch auch Beratungsanlässe, die keine Motivation ihrer Klient\_innen voraussetzen.

Mit etwa 120 Beratungsstellen in Deutschland werden durch das Projekt Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD), zahlreiche Beratungen mit Jugendlichen zwischen 14 und 21 Lebensjahren durchgeführt (vgl. LWL 2011, S. 10). Dort werden Jugendliche, die mit Drogenkonsum auf sich aufmerksam gemacht haben, dazu angehalten, sich an eine FreD-Beratungsstelle zu wenden. Die Jugendlichen sollen dazu bewegt werden, nach einem Erstgespräch an Kursen teilzunehmen, in denen umfangreich über den Konsum informiert und gesprochen wird. Die Kontaktaufnahme zu den Beratungsstellen wird von der Polizei, Schulen, Betrieben oder Partnern aus der Justiz angeregt. Diese Kontaktaufnahme kann willentlich erfolgen, aber auch eingefordert werden. Bei diversen Vermittlungen durch die Partner, wie z.B. der Polizei, können Jugendliche damit rechnen, dass drohende Strafen erlassen oder reduziert werden, wenn sie eine FreD-Kursteilnahme nachweisen (vgl. ebd., S. 15f.). Somit kann sogar von Druck zur Teilnahme, der auf die Jugendlichen

ausgeübt wird, gesprochen werden. Dieser ist jedoch nach eigenen Angaben zum Projekt nicht beabsichtigt (vgl. ebd., S. 15). Zudem muss auch die willentliche Kontaktaufnahme relativiert werden, da wichtige Autoritäten die Kontaktaufnahme anregen und nicht auf Eigeninitiative gehandelt wird. Zur Durchführung der Kurse wird zum Projekt FreD angegeben, dass „(...) die jungen Teilnehmer bei sich zuvor überhaupt keinen Beratungsbedarf gesehen hatten“ (ebd., S. 25). Es entstehen in diesen Beratungen folglich nicht selten unfreiwillige Beratungssituationen. Der Erziehungswissenschaftler und Beratungsexperte Wolfgang Widulle spricht in diesem Zusammenhang von Zwangskontexten (vgl. Widulle 2012, S. 129). Zudem kommt entsprechend den informativen Anliegen in den betreffenden Gesprächen ein aufklärender Auftrag hinzu (vgl. LWL 2011, S. 15f.). In Beratungen des Projektes FreD gilt die Anwendung des Gesprächsführungsansatzes der MG als inhärenter Bestandteil der Gespräche (vgl. ebd., S. 9).

In Bezug auf Frühinterventionen bei Alkoholkonsum Jugendlicher ist das Projekt Hart am Limit (HaLT), zu nennen. Es hat mit etwa 170 Standorten, die in ganz Deutschland verteilt sind und 550 geschulten Berater\_innen eine sehr hohe Verbreitung (vgl. Schöpflin Stiftung 2015a). Ein Element des HaLT-Projektes sind die sogenannten Brückengespräche. Diese Gespräche über den Konsum der Klient\_innen werden nach einer Krankenhauseinlieferung infolge von Alkoholkonsum noch vor Ort von den HaLT-Mitarbeiter\_innen geführt. Erforderlich für ein Gespräch ist eine betreffende Einwilligung des/der Klient\_in und seiner Eltern (vgl. Villa Schöpflin 2009, S.28). Trotz der erforderlichen Zustimmungen zu einem Gespräch, kann hier aber nur bedingt von einem eigenen Hilfewunsch gesprochen werden, da eine spezielle Situation genutzt wird, um Motivation zu erzeugen. „Die vorangegangene, oft lebensbedrohliche, Alkoholintoxikation des Jugendlichen erweist sich als guter Anknüpfungspunkt für eine Kurzintervention“ (ebd., S. 50). Über die Klient\_innen der Brückengespräche im Projekt HaLT wird berichtet, dass sie häufig Angst davor haben, in den Gesprächen als Alkoholiker\_in verurteilt zu werden (vgl. ebd., S. 50).

Auch im HaLT-Projekt werden Gespräche als Kurzinterventionen mithilfe der MG durchgeführt. Die Verwendung einer lösungsorientierten Gesprächsführung ist dort ebenfalls vorgesehen. (Vgl. ebd., S. 47ff.).

Die Einführungen beider der hier genannten Projekte wurden vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (vgl. Schöpflin Stiftung 2015b; LWL 2011, S. 10). Damit lässt sich die Relevanz betonen, die den Themenschwerpunkten Alkohol und Canna-

bis im Ministerium zugeschrieben werden.

Eine Gemeinsamkeit der Projekte besteht vor allem darin, dass dort die Jugendlichen anfangs nicht motiviert sind, sich in eine Beratungssituation zu bringen. Es wird von professioneller Seite präventiv interveniert. Viele andere Kontexte, in denen ebenfalls ohne Motivation der Klient\_innen eine Beratungssituation entstehen kann, sind in der Sozialen Arbeit häufig (vgl. Widulle 2012, S. 129). Diese Klient\_innen „(...) werden von Angehörigen geschickt, kommen auf Druck des Arbeitgebers oder durch Auflagen einer Behörde“ (ebd., S. 129).

### **1.3.3 Jugendtypische Einstellungen und Widerstände**

Die skizzierten Bedingungen für das Zustandekommen der Gespräche im Rahmen der genannten großen Projekte zeigen deutlich, dass die Jugendlichen dort selten von Beginn an zu einem Gespräch motiviert sind. Ein Grund hierfür sind auch die subjektiven Wahrnehmungen der Jugendlichen. Es scheint in den Einschätzungen junger Konsument\_innen illegaler Drogen für sie selbst meist keine ausreichende Problemlage zu bestehen, um Unterstützung aus dem Hilfesystem zu suchen (vgl. Tossmann 2004, S. 168f.). Diese Einstellungen sind ebenfalls beim Tabakkonsum geläufig (vgl. Bornhäuser 2003, S. 77). Jugendliche besitzen in ihrem Verständnis Kontrolle über ihr Konsumverhalten bei gleichzeitig inadäquaten Vorstellungen über mögliche Risiken (vgl. Farke/Broekman 2003, S. 15).

In diesem Zusammenhang kann der Konsum von Cannabis hervorgehoben werden. „Mangelnde Motivation bleibt das Haupthindernis bei der Behandlung von Marihuana-Missbrauch und -Abhängigkeit“ (Walker 2012, S. 112). Diese mangelnde Motivation ist auch mit positiven Einstellungen und Haltungen zur Substanz Cannabis assoziiert. Wenn keine schwerwiegenden Nachteile des Konsums erkennbar sind, bleibt zu fragen wodurch Motivation zur Abstinenz bestehen sollte. Viele Jugendliche neigen dazu, das Suchtpotenzial von Cannabis nicht ernst zu nehmen und beurteilen sogar täglichen Konsum als gewöhnlich (vgl. Kuntz 2013, S. 235f.). Sie grenzen Cannabis von anderen härteren Drogen ab und berufen sich etwa auf die natürliche Herkunft dieser Substanz (vgl. Kuntz 2013, S. 235; Walker 2012, S. 112). Studienergebnissen zu Folge gehen jugendliche Cannabiskonsument\_innen von keiner großen gesundheitlichen Gefahr ihres Konsums aus (vgl. Gantner 2003, S. 87).

Zudem kann davon ausgegangen werden, dass legale Suchtmittel in der Gesell-

schaft weitgehend toleriert werden und ihr moderater Konsum bisweilen sogar gewünscht ist. Andere Suchtmittel hingegen, wie etwa Cannabis, sind verboten (vgl. Heckmann 2000). „Das führt vor allem bei jungen Menschen zu einer doppelten Kommunikation, die sich zum einen an den allgemeinen gesellschaftlichen Erwartungen, zum anderen an der jeweiligen subkulturellen Einbindung orientiert“ (ebd., o.S.). Folglich ist auch bei Beratung in Bezug auf illegale Drogen mit sozial erwünschten Antworten zu rechnen, die nicht im Einklang mit den Konsummotiven stehen müssen.

Auch in Kurzinterventionsgesprächen nach Alkoholintoxikationen konnte daher, neben verschiedenen widerständigen Verhaltensweisen beobachtet werden, dass sich Jugendliche stark an sozial erwünschtem Verhalten orientierten. „Eine subtile Form der Vermeidung einer Aufarbeitung der Alkoholepisode liegt in einer vorschnellen Überidentifikation mit der vermuteten Position der Eltern bzw. des Behandlungspersonals (...)“ (Noeker 2011, S. 124). Jugendliche versuchen damit auch eine Besprechung ihres Konsumverhaltens, durch umgehende Eingeständnisse, Zustimmungen oder Versprechen, zu antizipieren (vgl. ebd., S. 124f.).

Andere Widerstände, die beobachtet wurden, sind auch unmissverständliche Äußerungen der Jugendlichen, nicht bereit oder motiviert zu einem Gespräch zu sein, Ablehnung der Kommunikation und Herunterspielen bzw. Unterbewerten der Gefahr des Geschehenen. Auch auf riskantere Verhaltensweisen anderer wird verwiesen, um das eigene Verhalten zu relativieren oder es wird versucht durch sehr einfache Rechtfertigungen Gespräche abzuwenden (vgl. ebd., S. 124). „ ‚Sowas kommt doch vor‘ “ (ebd., S. 124).

Über widerständiges Verhalten schreiben die Begründer der MG, Stephen Rollnick und William R. Miller zusammenfassend: „Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind diese Verhaltensweisen aber üblich – und letztlich als ganz normale Reaktionen zu werten.“ (Rollnick/Miller 2012, S. 11) Selbstverständlich wäre eine grundlegende Gesprächsmotivation der Klient\_innen eine willkommene Voraussetzung für eine Suchtberatung. „Gleichzeitig sind Freiwilligkeit und Änderungsmotivation ein gut gepflegter Mythos psychosozialer Hilfe (...)“ (Widulle 2012, S. 130).

## **2. Der Beratungsansatz motivierende Gesprächsführung**

Im Folgenden wird der Gesprächsführungsansatz der MG dargestellt und analysiert.



Dieser wird zur Entwicklung der Motivation und zur Konkretisierung von Verhaltensveränderung angewendet. Die folgenden Beschreibungen nehmen hauptsächlich Bezug auf das wegweisende Buch zur MG von den Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick. Ergänzungen, die u.a. die Anwendung der MG mit Jugendlichen und die Entstehung der MG betreffen, werden ebenfalls einbezogen. Diese sind aus dem hierfür modifizierten Werk von den Psychologinnen Sylvie Naar-King und Mariann Suarez (Hg.) recherchiert.

In dem Buch „Motivierende Gesprächsführung“ von Miller und Rollnick wird häufig auf die Berufsgruppe von Therapeut\_innen und Zielgruppe von Patient\_innen Bezug genommen (vgl. Miller/Rollnick 2009). Entsprechend des Arbeitsfeldes, auf welches in dieser Thesis Bezug genommen wird, werden im Folgenden abweichend die Begriffe Berater\_innen und Klient\_innen verwendet. An dieser Stelle wird noch einmal auf die geringe Trennschärfe zwischen Beratung und Therapie verwiesen: Ziel ist es, sich die Anwendungen der Ansätze in Beratungen des beschriebenen Handlungsfeld besser vorstellen zu können.

## **2.1 Darstellung der motivierenden Gesprächsführung**

### **2.1.1 Entstehung, Theoretische Hintergründe, Anwendung**

Die ersten Anwendungen der MG wurden Anfang der 1980er Jahre dokumentiert. Sie wurden gleichzeitig zur Entwicklung des Ansatzes angelegt und genutzt (vgl. Brueck 2009, S. 12; Rollnick/Miller/Butler 2012, S. 21).

Die Entstehung der MG begann in der klinischen Arbeit mit süchtigen Klient\_innen. Rollnick und Miller beabsichtigten, die Kommunikation mit den Klient\_innen hinsichtlich ablehnendem, reaktantem Verhaltens zu erleichtern (vgl. Rollnick/Miller 2012, S. 11). 1999 wurde die MG durch die Übersetzung des Buchs von Miller und Rollnick „Motivierende Gesprächsführung, ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen“ (Miller/Rollnick 1999) auch im deutschsprachigen Raum bekannt. Die MG wurde seit Erscheinen der englischsprachigen Originalausgabe zunehmend auf andere Problemlagen und Handlungsfelder übertragen. Dies führte auch dazu, dass bereits die 2. Auflage sich generell auf Veränderungsmotivationen bezieht (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 14). Der überarbeitete Inhalt ist dennoch auf die Arbeit mit süchtigen Klient\_innen übertragbar. Die wesentlichen Merkmale des Ansatzes sind in

diesem Handlungsfeld entwickelt worden, was sich auch an den zahlreichen Beispieldarstellungen aus eben diesem Bereich zeigt (vgl. Miller/Rollnick 2009). In der deutschsprachigen Literatur gibt es darüber hinaus verschiedene Veröffentlichungen, in denen MG an verschiedenen Handlungsbereichen ausgerichtet beschrieben wird (vgl. Naar-King/Suarez 2012; Rollnick/Miller/Butler 2012; Kremer/Schulz 2012; Schmid/Schu/Vogt 2012).

Ausgehend von der Intention der Psychologen, positiven Einfluss auf das widerständige Verhalten süchtiger Klient\_innen zu nehmen, wurde in der Entwicklung der MG das Augenmerk vor allem auf das Funktionieren der Gesprächsführung gerichtet. Zu diesem Zweck wurden in verschiedenen Gesprächssituationen unterschiedliche Verhalten der Berater\_innen hinsichtlich ihrer Wirkung getestet. Die erhobenen Daten wurden in die Entwicklung der MG maßgebend eingebracht. Damit wurde ein Vorgehen verwendet, das der Grounded Theory entspricht (vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 19). Hierbei handelt es sich um einen Forschungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass im gesamten Verlauf der Forschungsarbeiten, Annahmen und Erkenntnisse zur Forschung immer wieder erneuert und angepasst werden können. Es werden Daten erhoben, die laufend ausgewertet werden, um neue Annahmen und Theorien zu entwickeln und zu begründen (vgl. Hagen 2001, S. 46f.).

Das beschriebene Entwicklungsvorgehen verweist zudem darauf, dass die MG nicht auf Grundlage einer bestimmten psychotherapeutischen Richtung entstanden ist. Vielmehr wird von vielen Theorien angenommen, Grundlage der MG zu sein, obwohl diese lediglich mit ihr vereinbar sind (vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 19). „Selbst viele Fachleute, die mit Motivierender Gesprächsführung gut vertraut sind, sind der Ansicht, die Methode gehe auf eine bestimmte Theorie zurück (...)“ (ebd., S. 19). In diesem Zusammenhang werden mehrere Theorien genannt, wie das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente, die Selbstbestimmungstheorie der Motivation von Deci und Ryan oder das Information-Motivation-Behavioral-Skills-Modell von Fisher, Fisher und Harman (vgl. ebd., S. 19). Bezugnahmen auf solche Theorien in der Literatur zur MG dienen vorwiegend dazu, einzelne Aspekte bzw. Vorgehensweisen nachvollziehbar zu machen.

Die MG weist wesentliche Merkmale der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers auf. Eine wichtige Erweiterung besteht jedoch darin, dass die MG auf konkretere Ziele fokussiert. In der MG sehen die Berater\_innen im Gegensatz zur klientenzentrierten Gesprächstherapie eine ungefähre Entwicklung für ihre Klient\_innen

vor. In der MG werden gezielt Möglichkeiten genutzt, die Klient\_innen dazu zu bringen, ihr Verhalten wie vorgesehen zu überdenken. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 47)

Es muss jedoch generell hervorgehoben werden, dass MG „(...) eher eine Methode der Kommunikation als eine Ansammlung von Techniken ist“ (ebd., S. 47). Dies verweist auch darauf, dass die beschriebenen Techniken eher die Haltungen der Berater\_innen zur Grundlage haben.

Der Begriff der MG wurde rechtlich nicht geschützt (vgl. Brueck 2009, S. 12). „Es war im Gegenteil jeder dazu eingeladen, MG weiterzuentwickeln und zu verbreiten“ (ebd., S. 12). Hier zeigt sich auch eine Stärke des Ansatzes: Seine Ausweitung in andere Handlungsfelder und ein konstruktiver Austausch über MG werden begünstigt. Das internationale Netzwerk der Trainer\_innen der MG, Motivational Interviewing Network of Trainers, in dem reger Austausch über MG stattfindet, ist ein Beispiel für die beschriebene Offenheit des Ansatzes (vgl. Motivational Interviewing Network of Trainers 2014).

### **2.1.2 Motivierende Gesprächsführung: Die Ausgangslage**

Miller und Rollnick beschreiben in ihrem Standardwerk über MG einleitend, was zur Veränderung von Menschen beiträgt. Sie verdeutlichen damit die Ideen, die hinter der MG stehen. Zudem machen sie deutlich, dass sich Menschen bereits ohne jegliche Inanspruchnahmen von Hilfen verändern können. Sie beschreiben Veränderung damit als etwas, das von selbst stattfinden kann und nicht zwingend gezielt von außen eingeleitet werden muss. Zu jedem der folgenden Erkenntnisse verweisen Miller und Rollnick auf Studien, die einzelne Sachverhalte belegen sollen. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 17ff.)

Zu Kurzinterventionen ab bereits einem Gespräch wird herausgestellt, dass sie einen deutlich unterstützenden Effekt auf Veränderungen haben oder diese sogar initiieren. Es wird auch darauf hingewiesen, dass sich nachhaltige Veränderungen oft bereits in der anfänglichen Behandlungszeit unabhängig von der geplanten Therapiedauer einstellen (vgl. ebd., S. 19f.). Damit heben Miller und Rollnick hervor, dass sogar schon kurze Zeiten bzw. wenige Gespräche ausreichen können, um Menschen zu Veränderungen zu bewegen.

Desweiteren zeigen Miller und Rollnick bezugnehmend auf den Einsatz von Wartelisten, dass die Erteilung von Aufgaben in der Wartezeit bei vielen Klient\_innen Verän-

derungen nach sich ziehen können. Im Vergleich dazu bleiben Veränderungen bei Klient\_innen ohne jeglichen Hinweis auf Aufgaben bzw. Selbsthilfemöglichkeiten meistens aus. (Vgl. ebd., S. 23f.)

Für Veränderungen wird zudem Glaube und Hoffnung eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass Glaube und Hoffnung der Klient\_innen sowie der Professionellen mit den Ergebnissen einer Veränderung in Verbindung stehen. Sind Glaube und Hoffnung der Klient\_innen bzw. der Berater\_innen an eine angestrebte Veränderung stark, so steigt auch die tatsächliche Aussicht darauf. Umgekehrt kann sich auch diese Aussicht verringern, wenn die Vorannahmen entsprechend negativ sind. Der beschriebene Effekt gleicht einer selbsterfüllenden Prophezeiung. (Vgl. ebd., S. 20)

Zusätzlich sollte in der MG von den Berater\_innen, wie in der klientenzentrierten Gesprächsführung, Einfühlung und Wertschätzung ausgehen. Einfühlung meint hier eine taktvolle Bestätigung der Klient\_innen, die jedoch nicht unangemessen bzw. überzogen ausfallen sollte. Zudem wird vorausgesetzt, dass die Berater\_innen authentisch sind. Sie sollten von ihren Positionen und Haltungen überzeugt sein. Diese Aspekte werden insgesamt als die Einstellung der Berater\_innen beschrieben. Besonders die Empathie der Berater\_innen unterstützt nachweislich ein Gesprächsklima, in dem die Entwicklung von Veränderungsabsichten wahrscheinlicher wird. (Vgl. ebd., S. 20f.)

Weitere Erkenntnisse aus Beobachtungen zum Therapiestil zeigen, dass konfrontierende, offensichtlich direktive Kommunikation sich negativ auf die Entwicklung von Veränderungsabsichten auswirkt (vgl. ebd., S. 25). Klient\_innen reagieren hierauf zunehmend mit Widerstand, z.B. wie in Kapitel 1.3.3 beschrieben. Ein Therapiestil, der hingegen auf die Bedeutung und das Erleben der Klient\_innen eingeht und Kooperation signalisiert, fördert die Bereitschaft, Veränderung im Gespräch abzuwägen (vgl. ebd., S. 25).

Nach Miller und Rollnick tragen auch unauffällige Aspekte in der Kommunikationsweise der Berater\_innen zur Veränderungsbereitschaft der Klient\_innen bei. Hierbei kann es um Feinheiten gehen, die sich speziell in der Interaktion zwischen Berater\_innen und Klient\_innen ausdrücken. Zentral erscheint hierbei die Frage danach, welche dieser nicht offensichtlichen Merkmale die Beratungsergebnisse positiv beeinflussen können. Demnach könnte es um Einzelheiten, z.B. in Körpersprache, Mimik oder anderen Aspekten der Kommunikation gehen, die bisher nicht genauer

definiert wurden. Miller und Rollnick schlagen vor, dieses zu erforschen und die Erkenntnisse ggf. für die MG zu nutzbar zu machen (vgl. ebd., S. 20ff.). „Die Schlussfolgerung ist, dass die Art und Weise, wie man mit anderen Menschen interagiert, mindestens genauso wichtig zu sein scheint wie die psychotherapeutische Methode, der man sich verschreibt“ (ebd., S. 21). Die nachfolgend skizzierte Grundhaltung und die Prinzipien der MG tragen dieser Erkenntnis Rechnung.

### **2.1.3 Die Grundhaltung und Prinzipien**

Die Grundhaltung der MG besteht aus drei wesentlichen Einstellungen: 1. Partnerschaftlichkeit, 2. Evokation, 3. Anerkennung der Autonomie (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 53ff.).

Als erste Grundhaltung ist Partnerschaftlichkeit zu nennen. Gespräche sollen durch ein Klima der Gemeinsamkeit gekennzeichnet sein. Die Berater\_innen sind neugierig und lassen den Sichtweisen der Klient\_innen allen notwendigen Raum. Auch kritisieren oder korrigieren die Berater\_innen nicht, sondern bemühen sich um ein Gesprächsklima, in dem Veränderungen wahrscheinlicher werden. Das Pendant hierzu wäre ein konfrontativer Gesprächsstil. (Vgl. ebd., S. 53f.)

Eine weitere Einstellung der MG ist die Evokation. Hier fokussieren Berater\_innen darauf, Potenziale für Veränderungen zu erkennen und zu wecken, die bereits in den Klient\_innen vorhanden sind. Es wird beabsichtigt, die Motivation in der Person anzuregen und nicht durch Ratschläge zu oktroyieren. (Vgl. ebd., S. 54)

Die Anerkennung der Autonomie von Klient\_innen ist die dritte Einstellung in der Grundhaltung der MG. Ihr zufolge tragen die Klient\_innen die Verantwortung für eine Veränderung selbst: Sie entwickeln selbst die intrinsische Motivation zur Veränderung und treffen auch alle damit verbundenen Entscheidungen selbst (vgl. ebd., S. 54). „(...) wird motivierende Gesprächsführung richtig durchgeführt, ist es eher der Klient als der Therapeut, der die Argumente für die Veränderung ausdrückt“ (ebd., S. 55). Diese Anerkennung der Autonomie drückt sich auch darin aus, dass jede Art von fachlichen Informationen und Ratschlägen während der gesamten Gespräche nur mit Zustimmung der Klient\_innen gegeben werden kann (vgl. ebd., S. 162). Auch bei der Formulierung von Zielen, sollte mit Ratschlägen in dieser Weise umgegangen werden (vgl. ebd., S. 183f.).

Besonders bei Jugendlichen wird der Herausstellung ihrer Eigenständigkeit eine po-

sitive Wirkung auf das Gespräch zugeschrieben (vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 59). Grund hierfür ist, dass das Erlangen von Autonomie altersbedingt eine wichtige Rolle spielt, was sich auch an den bereits im Kapitel 1.2.1 beschriebenen Entwicklungsaufgaben ablesen lässt. Jedoch müssen bei aller Anerkennung der Autonomie von Jugendlichen stets mögliche Einschränkungen durch Autoritäten und Gesetze berücksichtigt werden (vgl. ebd., S. 32).

Für die MG werden desweiteren vier allgemeine Prinzipien formuliert, nach denen in den Gesprächen gehandelt werden soll: 1. Empathie ausdrücken, 2. Diskrepanzen entwickeln, 3. Widerstand umlenken, 4. Selbstwirksamkeit fördern (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 58f.). In diesen Prinzipien werden auch die Aspekte der Grundhaltung erkennbar.

Auf Grundlage der schon beschriebenen Erkenntnis, der zufolge Empathie der Berater\_innen sich positiv auf die Entwicklung von Veränderungsmotivation auswirkt, wird das erste Prinzip formuliert. Hiernach geht es entsprechend darum, dass Berater\_innen Empathie ausdrücken sollten. Berater\_innen sind gefordert, sich der Sichtweisen von Klient\_innen vorurteilsfrei anzunehmen und aktiv zuzuhören. Innere Konflikte und Ambivalenzen der Klient\_innen gegenüber ihrem eigenen Handeln sind dabei zu erwarten und nicht zu beurteilen (vgl. ebd., S. 58f.). Dieses 1. Prinzip steht für die Einstellung der Berater\_innen und damit auch für ein Verhalten, das während der gesamten Kontaktdauer vorhanden sein sollte.

Als zweites Prinzip gilt es, dass die Berater\_innen die Klient\_innen Diskrepanzen entwickeln lassen, damit sie zu entscheidenden Erkenntnissen gelangen. Die Berater\_innen führen das Gespräch gezielt zu Abwägungen der Klient\_innen zwischen dem eigenen Verhalten und eigentlichen Wünschen. Sie sollen Unterschiede zwischen ihren Vorstellungen davon, was für sie zufriedenstellend ist und der von ihnen erlebten Realität selbst wahrnehmen. Damit werden Diskrepanzen in den Klient\_innen erzeugt bzw. können so auch bereits vorhandene Diskrepanzen zusätzlich verstärkt werden. Wichtig ist dabei, dass der Prozess in den Klient\_innen selbst stattfindet, was der Grundhaltung der Evokation entspricht. Es wird davon ausgegangen, dass eigenes Erkennen von Beweggründen die Entstehung einer Veränderung effektiver bewirkt als das bloße Aufzeigen von etwa erwünschtem Verhalten. (Vgl. ebd., S. 59ff.)

Das dritte Prinzip besagt, den Widerstand der Klient\_innen umzulenken (vgl. ebd., S. 62). Bei dem sog. Widerstand kann es sich um verschiedene abwehrende Reaktio-

nen von Klient\_innen auf das Gespräch handeln, wie sie in Kapitel 1.3.3 beschrieben sind. Miller und Rollnick beziehen sich auf eine Einteilung von vier Hauptgruppen von Widerständen in Therapien. Sie bezeichnen diese als Argumentieren, Unterbrechen, Negieren und Ignorieren (vgl. ebd., S. 73f.).

Kompetitiv ausgetragene Diskussionen bewirken z.B. eher, dass Klient\_innen an ihren konträren Standpunkten festhalten und entsprechend argumentieren, was wenig Erfolg verspricht. Den Widerstand umzulenken bedeutet, dass Berater\_innen sich nicht auf die genannten Diskussionen einlassen, sondern versuchen, das Gesagte aufzugreifen, um weitere konstruktive Gedanken anzuregen. Auch hier wird das Ziel verfolgt, dass die Klient\_innen selbst Erkenntnisse entwickeln (vgl. ebd., S. 62f.). Wie viel Widerstand im Gespräch entsteht, ist von den Berater\_innen auf verschiedene Weisen beeinflussbar (vgl. ebd., S. 139ff.).

Reflektierende Äußerungen zu Aussagen von Klient\_innen können diese dazu bringen, ihre Standpunkte zu überdenken, ohne dass hierfür argumentiert werden muss. In den Reflektionen können verschiedene Facetten der Einstellungen zum Verhalten bewusst betont werden, um so gezielt Gedanken anzuregen. (Vgl. ebd., S. 141ff.)

Umformulierungen können dabei helfen, die Klient\_innen ihre Sichtweisen überprüfen zu lassen. Umformulierungen stellen nicht die Aussagen der Klient\_innen infrage. Die Aussagen werden lediglich von den Berater\_innen wiedergegeben und optional weitere, hilfreiche Sichtweisen hinzugefügt. Informationsübermittlung gelingt hiermit, ohne direkte Konfrontation. (Vgl. ebd., S. 146ff.)

Mit einer reflektierenden Äußerung, der eine Umformulierung hinzugefügt wird, können Berater\_innen ihren Klient\_innen zustimmen und dennoch Veränderungsgedanken anregen (vgl. ebd., S. 148).

Beschäftigen sich Klient\_innen in den Gesprächen vorwiegend mit hemmenden Themen und Gedankengängen, ist es für Berater\_innen auch möglich, den Blickwinkel zu verändern: Dabei versuchen sie nicht, die hemmenden Gedanken argumentativ zu egalisieren, sondern verschieben die Thematik behutsam in eine andere Richtung. (Vgl. ebd., S. 145)

Widerständiges Verhalten steht oft im Zusammenhang mit der Befürchtung der Klient\_innen, in ihrer Autonomie eingeschränkt zu werden. Hierzu kann auch ein ausdrücklicher Hinweis auf die Entscheidungsfreiheit der Klient\_innen mögliche Spannungen auflösen und Widerstand vermindern. (Vgl. ebd., S. 149f.)

Eine weitere Möglichkeit, mit dem Widerstand konstruktiv umzugehen, kann darin bestehen, diejenige Position der Klient\_innen einzunehmen, die für keine Veränderung spricht. Damit wird versucht, widerständiges Verhalten zu erzeugen, das die Entwicklung von Veränderungsabsichten auslöst. Miller und Rollnick weisen darauf hin, dass dieses nicht als subtile Beeinflussung wider das Wissen der Klient\_innen aufzufassen sei. Es gehe darum, dass die Klient\_innen die Für- und Gegenposition selbst erfahren können. Entsprechend sollten sie vor der Verwendung dieser Handlungsweise darüber aufgeklärt werden, dass nun bewusst eine Position eingenommen wird, die keine Veränderungen erwarten lässt. (Vgl. ebd., S. 150ff.)

Das vierte Prinzip der MG fordert, die Selbstwirksamkeit der Klient\_innen zu fördern. Es entspricht der oben genannten Erkenntnis von Glaube und Hoffnung und berücksichtigt mögliche selbsterfüllende Prophezeiungen. Auch nach diesem Prinzip wird der Erfolg von Veränderungsbemühungen von der Zuversicht der Klient\_innen, Änderungen selbst durchführen zu können, mitbestimmt. Berater\_innen fördern entsprechend das Selbstvertrauen ihrer Klient\_innen, ihre Probleme mit einer Veränderung bewältigen zu können. Auch der Glaube der Berater\_innen nimmt hier entscheidenden Einfluss. Klient\_innen entscheiden dennoch für sich selbst, was auch der Grundhaltung entspricht, die Autonomie der Klient\_innen mit ihren Konsequenzen zu respektieren. (Vgl. ebd., S. 64)

#### **2.1.4 Techniken in der motivierenden Gesprächsführung**

Die hier erläuterten Prinzipien und Grundhaltungen der MG geben bereits Aufschluss über das Verhalten und damit auch über das Handeln von Berater\_innen in der Anwendung der MG. So ist etwa mit dem Prinzip, den Widerstand umzulenken, bereits eine wichtige Handlungsweise konkretisiert. Zudem werden grundlegende Handlungsweisen bzw. Techniken in der MG von Miller und Rollnick unter der Überschrift „FÜNF STRATEGIEN FÜR DEN ‚ANFANG‘ “ angegeben: 1. Offene Fragen, 2. Aktives Zuhören, 3. Bestätigen, 4. Zusammenfassen, 5. Change Talk (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 98). Sie werden als das „Gerüst“ (ebd., S. 98) der MG beschrieben. Mit den ersten vier dieser Strategien, die aus der klientenzentrierten Gesprächsführung übernommen wurden, wird beabsichtigt, dass Klient\_innen sich ihre Ambivalenzen gegenüber ihrem Verhalten verdeutlichen und potenzielle Veränderungen in Erwägung ziehen können (vgl. ebd., S. 98).



Als erste „Strategie“ gilt, es in der MG offene Fragen zu stellen, die sich durch ihren auffordernden Charakter auszeichnen. Sie werden so formuliert, dass sie die Klient\_innen dazu anregen, Dinge zu beschreiben bzw. darzustellen. Nicht allein die einfache Weitergabe von kurzen Informationen ist das Ziel offener Fragen, sondern sie sollen zusätzlich die Klient\_innen motivieren, offen zu sprechen. Die Klient\_innen erhalten die größeren Gesprächsanteile und werden von den Berater\_innen darin bestärkt, zu sprechen. Dies ist besonders zu Beginn der MG relevant, da so den Klient\_innen der erforderliche Raum zugestanden wird, sich auf Gespräche und ihre eigenen Anliegen einzulassen. (Vgl. ebd., S. 98ff.)

In der Arbeit mit Jugendlichen bieten offene Fragen zudem eine gute Möglichkeit, auf provokante Aussagen und damit auf Widerstand zu reagieren. Offene Fragen beurteilen die Aussagen der Jugendlichen nicht und regen sie an, die eigenen Aussagen zu überdenken. Es wird aber eingeräumt, dass offene Fragen bei Jugendlichen nicht in jedem Fall auf positive Resonanz stoßen. Dies betrifft vorwiegend Jugendliche, die offenkundig Desinteresse signalisieren. Auch stellen Beantwortungen von offenen Fragen für viele Jugendliche eine kommunikativ zu anspruchsvolle Aufgabe dar. In solchen Fällen wird empfohlen, den jungen Klient\_innen mehrere Antworten anzubieten; etwa in Form von Oder-Fragen. Dies kann das Gespräch beleben und lässt zudem die Möglichkeit offen, ausführlicher zu antworten. (Vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 51)

Die zweite Strategie ist aktives Zuhören. MG soll nicht aus einer Abfolge verschiedener Fragen bestehen. Das, was Klient\_innen sagen, wird im aktiven Zuhören von den Berater\_innen aufmerksam verfolgt und dann, so wie es verstanden wurde, gegenüber den Klient\_innen formuliert. Dabei geht es darum, die Bedeutungen der Aussagen mit den Klient\_innen abzugleichen. Fragen zu dem Gesagten sollten hier vermieden werden, da diese die Klient\_innen in ihrer Ausdrucksweise verunsichern können. Es gilt, Gelegenheiten zu schaffen, um gemeinsam Bedeutungen von Aussagen herauszuarbeiten, ohne Klient\_innen durch z.B. subjektive Wertungen zu irritieren. Beim aktiven Zuhören können bereits einfache Wiederholungen oder auch Neuformulierungen verwendet werden. In den reflektierenden Äußerungen der Berater\_innen ist dabei zudem ein Vorgehen auf denkbare nachfolgende Gedankengänge der Klient\_innen möglich. Auch ist es möglich, Aussagen überspitzt oder gemildert wiederzugeben, was unterschiedliche Reaktionen der Klient\_innen hervorrufen kann. Hierbei können auch leicht veränderte Bedeutungen zum Ausdruck gebracht werden,

die dann von den Klient\_innen überdacht werden. Mit solchen Fertigkeiten können Berater\_innen Gespräche bewusst beeinflussen und ihnen eine Richtung geben. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 102ff.)

In der dritten Strategie geht es darum, die Klient\_innen zu bestätigen (vgl. ebd., S. 109). „Dies kann in Form von Anerkennung, Komplimenten oder Verständnis vermittelnden Aussagen geschehen“ (ebd., S. 109). Es wird hierzu angemerkt, dass bereits das aktive Zuhören bestätigend wirken kann. Direkte Bestätigungen können aber die positiven Eigenschaften und Verhalten der Klient\_innen ausdrücklicher würdigen. Hier gilt es zudem, der Situation angepasst, taktvoll zu bestätigen und nicht maßlos (vgl. ebd., S. 109f.).

Zudem wird empfohlen, in der Arbeit mit Jugendlichen darauf zu achten, Bestätigungen exakt zu formulieren, um Fehldeutungen und damit verbundene voreilige Schlüsse zu vermeiden. (Vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 51f.)

Die vierte Strategie ist das Zusammenfassen. Dieses dient dazu, Gedanken der Klient\_innen mittels weniger Sätze zu veranschaulichen. Hier können bewusst mehrere Aussagen der Klient\_innen aus verschiedenen Gesprächssituationen gebündelt werden, um ihre verändernden Haltungen zu bestärken. Auch können verschiedene gegensätzliche Aussagen wie Argumente zusammenfassend gegenübergestellt werden, um so die innerliche Ambivalenz der Klient\_innen ersichtlicher zu machen. Eine Zusammenfassung kann auch als eine Standortbestimmung des Gespräches verwendet werden, um anschließend ein neuen Gesprächsabschnitt einzuleiten. So ist eine Zusammenfassung z.B. gut platziert, bevor ein neuer thematischer Schwerpunkt besprochen wird, oder am Ende eines Erstgespräches. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 110ff.)

Die fünfte Strategie besagt, den sogenannten Change Talk hervorzurufen (vgl. ebd., S. 113ff.). Hier wird gezielt versucht, die Klient\_innen dazu zu bringen, Gedanken, die für Veränderungen sprechen, auszudrücken. Ziel ist eine „Selbstmotivierende Sprache“ (ebd., S. 44) der Klient\_innen.

Auf verschiedene Weisen kann von Berater\_innen daran mitgewirkt werden, Change-Talk hervorzurufen. Eine davon ist, mit offenen Fragen, die sich auf mögliche Veränderungsabsichten beziehen, zu arbeiten. So können Klient\_innen bspw. darum gebeten werden, Nachteile des derzeitigen Zustandes genauer zu beschreiben. Hierbei gehen die Berater\_innen davon aus, dass die Klient\_innen ihrem derzeitigen Verhal-

ten zumindest skeptisch gegenüberstehen. (Vgl. ebd., S. 116f.)

Eine weitere Möglichkeit ist es, mit den Klient\_innen Vor- und Nachteile ihres derzeitigen Verhaltens zu erörtern (vgl. ebd., S. 118f.). Dies kann auch mithilfe einer Tabelle schriftlich aufbereitet oder als sogenannte Entscheidungswaage für die Klient\_innen visualisiert werden. Zusätzlich gibt es hierbei noch die Gelegenheit, die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung einzubeziehen (vgl. ebd., S. 33f.).

Vergleichen Klient\_innen ihren aktuellen Zustand mit dem in der Vergangenheit, kann dies bereits die Entwicklung von Veränderungsabsichten und damit Change-Talk hervorrufen. Dies gilt auch für den Vergleich von Vorstellungen einer möglichen Zukunft, in der die Klient\_innen Veränderungen oder aber keine Veränderung vorgenommen haben. Es können zudem besonders negative Auswirkungen des derzeitigen Verhaltens, die die Klient\_innen selbst für möglich halten, thematisiert werden, um Change-Talk anzuregen. Umgekehrt kann auch das Besprechen positiver Aspekte einer Verhaltensänderung Change-Talk nach sich ziehen. Die Verwendung einer Dringlichkeitsskala, in der Klient\_innen etwa eigene Einstellungen und Absichten selbst einordnen, kann mit gezielten Fragen zu Erkenntnissen führen. Möglich wäre, danach zu fragen, warum Klient\_innen auf einer Skala zwischen 0 und 10 eine Dringlichkeit nicht bei 0 einordnen, wenn diese der niedrigsten Dringlichkeit entspricht. Die persönlichen Ziele und Werte der Klient\_innen sind ebenfalls Aspekte, die sich gut eignen, um Vergleiche mit dem aktuellen Verhalten der Klient\_innen anzustellen (vgl. ebd., S. 113ff.). Die genannten Handlungsweisen haben gemeinsam, dass sie Aspekte vergleichen bzw. gegenüberstellen, was dazu führt, dass die Klient\_innen Diskrepanzen entwickeln. Die Handlungsweisen machen Erkenntnisse wahrscheinlicher, aus denen Change-Talk resultieren kann.

Der Strategie folgend, die Selbstwirksamkeit der Klient\_innen zu stärken, wird Change-Talk in der MG auch als Confidence-Talk durchgeführt. Es wird beabsichtigt, bei den Klient\_innen die Zuversicht und das Vertrauen sich ändern zu können, zu erhöhen und dieses im Confidence-Talk auszudrücken. Hier können auch die Anlagen und Möglichkeiten der Klient\_innen zu einer Veränderung einbezogen und positive Erfahrungen mit ihrer eigenen Selbstwirksamkeit aufgegriffen werden. Entsprechend der Dringlichkeitsskala kann hier eine Zuversichtsskala verwendet werden. Der Confidence-Talk unterscheidet sich vom Change-Talk vor allem dadurch, dass er sich bereits auf die Zuversicht bezieht, während der Change-Talk erst die Gründe für eine Veränderung ausdrückt. (Vgl. ebd., S. 158ff.)

### 2.1.5 Der Verlauf in Phasen

Für die praktische Anwendung der MG wird davon ausgegangen, dass diese sich in zwei Phasen unterteilt. Ziel der ersten Phase ist, dass Klient\_innen das Gefühl aufbauen, eine Veränderung sei notwendig sowie die Zuversicht darauf, sich verändern zu können. Aus den Abwägungen von Vor- und Nachteilen sowie dem Explorieren ihrer Ambivalenzen steigern die Klient\_innen ihren Wunsch, etwas zu verändern. Zunehmend sprechen sie über Möglichkeiten, ihr Verhalten zu verändern. Berater\_innen der MG können diese zwei Aspekte auch anhand von den bereits erwähnten Skalen erfragen. Beide Aspekte sollten jeweils in einem Mindestmaß vorhanden sein, um Misserfolge in der zweiten Phase zu vermeiden. In einzelnen Fällen ist es möglich, dass die Notwendigkeit für eine Veränderung so relevant ist, dass eine Überleitung zur zweiten Phase erforderlich wird, obwohl die Zuversicht vergleichsweise klein ist. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 80ff.)

Die zweite Phase betrifft die Forcierung der entwickelten Veränderungsabsichten. Klient\_innen werden dabei unterstützt, konkrete Veränderungsabsichten zu formulieren, um so die Selbstverpflichtung zu steigern. Zur zweiten Phase gehört auch die Erarbeitung von Plänen zur Durchführung der Veränderungen. (Vgl. ebd., S. 80).

Bei der gemeinsamen Planung einer Veränderungsumsetzung gilt es für die Berater\_innen zu akzeptieren, wenn dabei ihre Zielvorstellungen ggf. weit von denen der Klient\_innen abweichen. Bspw. können Klient\_innen es vorziehen, ihre Eheprobleme zu lösen und den Alkoholkonsum zu reduzieren, wohingegen die Berater\_innen der Ansicht sind, dass lediglich eine Abstinenz Erfolg verspricht. Auch hier sieht die MG vor, Diskussionen nicht einem Standpunkt verhaftet auszutragen. Dies könnte zur Verteidigung der Standpunkte und damit zu Widerstand führen. (Vgl. ebd., S. 184)

Dennoch wird eingeräumt, dass es in der MG situationsbedingt möglich ist, Ratschläge und Informationen weiterzugeben. „Dann sollte der Therapeut die Person um Erlaubnis bitten, bevor er Information oder Ratschlag erteilt“ (ebd., S. 162).

Für die Arbeit mit Jugendlichen wird hervorgehoben, dass es dort erforderlich werden kann, vermehrt Ratschläge zu geben. Diese Ratschläge empfehlen sich, wenn die Jugendlichen keinen konstruktiven Einfluss auf die Gesprächssituationen nehmen können. (Vgl. Hernandez [u.a.] 2012, S. 109).

Grundsätzlich aber bleibt in der MG von den Berater\_innen in den Blick zu nehmen, ob ein Ziel im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten erreichbar ist. In diesem Fall kann ggf. versucht werden, das Gespräch zu beeinflussen, um den Klient\_innen Misserfolgserlebnisse zu ersparen. (Vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 184f.)

Besonders bei Jugendlichen kann es zielführend sein, kleinere schrittweise Veränderungen als Ziele anzustreben, wie etwa eine allmähliche Konsumreduzierung (vgl. Naar-King/Suarez 2012, S. 90).

Nach der Verständigung über mögliche Ziele geht es darum, gemeinsam herauszuarbeiten, wie die gewünschte Veränderung umsetzbar wäre. Aus den zusammengetragenen Möglichkeiten und Ideen wird ein Plan konkretisiert, der den Prioritäten der Klient\_innen entspricht (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 185ff.).

## **2.2 Analyse der motivierenden Gesprächsführung**

### **2.2.1 Zum Suchtverständnis und den Klient\_innen innerhalb des Ansatzes**

Sucht ist im Rahmen von Suchtberatung mit Jugendlichen, in denen MG angewendet wird etwas, für das die Berater\_innen eine Veränderung anstreben. Es wird davon ausgegangen, dass Klient\_innen Ambivalenzen ihrem süchtigen Verhalten gegenüber besitzen. Demnach existieren zwei Seiten einer Sucht, die z.B. in Vor- und Nachteilen aufgewogen werden können. Es gilt die Überzeugung, dass die Nachteile einer Sucht größer sind.

Sucht entspricht in der MG einem Verhalten, zu dessen Veränderung Erkenntnisse und Motivation erforderlich sind. Nach dieser Auffassung werden nicht alle Aspekte einer Sucht von ihren Klient\_innen bewusst durchdacht, was aussagt, dass Sucht sich auch in unbewussten Prozessen entwickeln kann.

Die MG berücksichtigt, wie erwähnt, die Veränderungswünsche und Ziele ihrer Klient\_innen. Ein Wunsch nach Konsumreduzierung wird gleichermaßen respektiert wie ein Wunsch nach Abstinenz. Eine Sucht bzw. süchtiges Verhalten kann in diesem Sinn auch in vielen denkbaren Intensitäten und Ausprägungen vorhanden sein. Süchte implizieren damit nicht zwingend das Ziel der Verhaltensbeendigung. Da die MG Vorstellungen davon, wie das jeweilige Suchtverhalten änderbar ist, vorwiegend den Klient\_innen überlässt, bleibt auch das Verständnis von Süchten in der MG weitestgehend undefiniert.

Ausgegangen wird von einer individualisierten Sicht darauf, wie Suchtverhalten änderbar ist. Sucht ist eine Problemlage, die durch die Klient\_innen selbst angegangen werden muss. Darauf verweist etwa die Haltung, die Autonomie der Klient\_innen vollständig anzuerkennen und das Vertrauen darauf, dass diese sich für die Änderungen entscheiden, die mit ihrer Autonomie im Einklang stehen. Die Art der Umsetzung einer Veränderung wird weitgehend unabhängig von den Meinungen der Berater\_innen von den Klient\_innen selbst beschlossen. Die Umsetzung der Veränderung kann mit fremder Hilfe verbunden sein und wird in der MG lediglich geplant. Es wird in Betracht gezogen, dass Klient\_innen sich unrealistische Ziele setzen können, jedoch sieht die MG hierfür lediglich vor, weitere Erkenntnisse zur Realisierbarkeit in den Klient\_innen zu erzeugen (vgl. Miller/Rollnick 2009, S. 184f.). Dies impliziert, dass im Verständnis der MG eine Sucht stets Aspekte aufweist, die von den Betroffenen als ihrer Situation angemessen wahrgenommen werden können. Damit wird Sucht zu etwas, das mithilfe der MG rational einschätzbar ist.

Offene Fragen geben Gelegenheit, sämtliche Einflussgrößen einer Sucht herauszuarbeiten und damit Sucht auch multifaktoriell bzw. multidimensional aufzufassen. Medizinische Aspekte und Diagnosen können Handlungsspielräume innerhalb der MG eröffnen, wie z.B. beim Erzeugen von Zuversicht und Confidence-Talk.

Bei der Anwendung der MG wird vorausgesetzt, dass Menschen zahlreiche Eigenschaften aufweisen. Dazu zählt, dass sie Potenziale für Veränderungen besitzen und diese erkennen können und auch möchten. Sie weisen grundsätzlich Ressourcen auf, die bestätigt und gelobt werden können. Menschen streben nach Autonomie, die sie auch mit Widerstand verteidigen. Insbesondere in ihrer Autonomie belassen, sind Menschen dazu fähig, sich zu verändern. Entsprechend wird von ihnen Toleranz, Respekt und Akzeptanz positiv wahrgenommen. Menschen möchten zudem ehrlich behandelt werden, was wiederum auf die Bedeutsamkeit der Authentizität der Berater\_innen verweist. Dies entspricht überwiegend auch den wesentlichen Annahmen und daraus resultierenden Handlungsweisen in der humanistischen Psychologie (vgl. Schwehm 2000, S. 315).

Gemäss dieser beschriebenen Eigenschaften und der bereits erläuterten engen Anlehnungen der MG an die klientenzentrierte Gesprächsführung, die auf humanistischer Psychologie fußt (vgl. Widulle 2012, S. 56), kann der MG ein humanistisches Menschenbild zugesprochen werden.

## 2.2.2 Anforderungen an die Berater\_innen motivierender Gesprächsführung

Die Anwendung der MG setzt Fähigkeiten und Haltungen der Berater\_innen voraus, die als immanente Bestandteile der MG zu betrachten sind. Die wesentlichen werden von den Autor\_innen selbst formuliert und wurden hier bereits beschrieben.

Dazu gehören der Glaube und die Hoffnung auf eine Veränderung der Klient\_innen. Diese Zuversicht ist auch für die Einstellung der Evokation eine Voraussetzung. Ohne den Glauben daran, dass die Klient\_innen über Veränderungspotenziale verfügen, würden die beschriebenen Handlungsweisen lediglich technisch und ohne Überzeugung abgearbeitet werden.

Empathie, wie sie bereits beschrieben wurde, ist im gesamten Gesprächsprozess der MG einzubringen und z.B. mit der Beschreibung des aktiven Zuhörens von den Verfasser\_innen konkretisiert. Sie bedingt hohe Aufmerksamkeit für die relevanten Aspekte der Gespräche, wie z.B. Inhalt, Tonfall der Klient\_innen, visuelle Eindrücke oder Pünktlichkeit.

Empathie und Zuversicht sind auch in Situationen von starkem Widerstand, wie z.B. Provokationen oder bei schwer nachvollziehbaren Sichtweisen der Klient\_innen zu bewahren. In der MG können diese Situationen, je nach Ausmaß, eine hohe Frustrationstoleranz und ein starkes Selbstwertgefühl von den Berater\_innen erfordern.

MG stellt den Anspruch an ihre Anwender\_innen, schnell und möglichst adäquat auf verschiedene Gesprächssituationen reagieren zu können. MG richtet sich an Zielen, wie einem Motivationsaufbau aus, wofür die Gespräche mit Techniken beeinflusst werden. Folglich ist es auch relevant, dass die Berater\_innen passende Momente für gezielte Reaktionen zu nutzen wissen. Dieses Reaktionsvermögen ist besonders in unvorhersehbaren Gesprächssituationen gefordert, beispielsweise bei provokanten Verhalten, auf welche affektive Reaktionen wahrscheinlich wären.

Daraus folgend macht es Sinn, dass die MG Authentizität ihrer Anwender\_innen voraussetzt. Echter Glaube und Hoffnung sowie tatsächliches Einfühlen der Berater\_innen haben auch deren geduldiges und respektvolles Verhalten zur Folge.

MG setzt generell ein ausgeprägtes Verständnis für angemessenes soziales Verhalten voraus. Es erfordert Einfühlungsvermögen für die jeweilige Problemlage bei gleichzeitiger professioneller Distanz. Das Gesprächstempo anzupassen oder ein Gefühl für die richtigen Zeitpunkte, wie z.B. einem Phasenwechsel, sind weitere Fä-

higkeiten, die mit diesem sozialen Verständnis einhergehen.

### **3. Lösungsorientierung in Beratungen**

#### **3.1. Darstellung des lösungsorientierten Ansatzes in Beratungen**

##### **3.1.1 Entstehung, Theoretische Hintergründe, Anwendung**

Der LöA entspricht grundlegenden Erkenntnissen aus dem lösungsfokussierten Kurztherapiemodell, auch Milwaukee-Modell genannt (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2014, S. 1, de Shazer/Dolan 2013, S. 22). Es wurde zu Beginn der 1980er Jahre in einem familientherapeutischen Zentrum in Milwaukee, USA entwickelt. Seine Begründer\_innen, die Psychotherapeut\_innen Insoo Kim Berg und Steve de Shazer, wollten herausarbeiten, wie Menschen zu erreichbaren Lösungen finden und diese umsetzen können. Sie nutzten Erkenntnisse, die sie im Verlauf mehrerer Jahre aus der Analyse hunderter Therapiegespräche gewinnen konnten. Entsprechend fußt die lösungsfokussierte Kurztherapie auf den erhobenen Forschungsergebnissen und nicht auf Theorien (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 22).

Nach der Entstehung des lösungsorientierten Ansatzes untersuchte de Shazer dessen Gemeinsamkeiten mit Ludwig Wittgensteins Philosophie. U.a. hat Wittgenstein den Ursprung von Problemen als sprachlich und denkend konstituiert angesehen. Durch unvoreingenommenes Fragen ist es hier möglich, bisherige Fehldeutungen zu vermeiden, was bereits einer lösungsorientierten Kommunikation entspricht (vgl. Varga von Kibéd 2013, S. 10ff.). Da lösungsorientierte Gesprächsführung u.a. auf derartigen Annahmen von konstruierter Wirklichkeit beruht, wird ihr eine konstruktivistische Prägung zugesprochen (vgl. Bamberger 2010, S. 18ff.).

Verschiedene Vorgehensweisen, die aus der systemischen Therapie bekannt sind, werden auch im LöA verwendet, wie z.B. das Fragen nach Ausnahmen, zirkuläre Fragen oder Skalierungen (vgl. Haselmann 2009, S. 170f.; Rietmann 2009, S. 14ff.). U.a. durch den Einbezug von Lösungen, die auch soziale, interaktionale Kontexte aufweisen, zählt sich die lösungsfokussierte Kurztherapie zur systemischen Kategorie (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 25f.). Folglich wird lösungsorientierte Beratung ebenfalls den systemischen Ansätzen zugeordnet (vgl. Bamberger 2010, S. 29).

Der LöA wurde bereits in zahlreiche Handlungsbereiche eingebracht, wie z.B. die



Psychiatrie, Suchtberatung, Sonderpädagogik, berufliche Beratung etc. (vgl. ebd., S. 26). Eine Adaption des Ansatzes in die Pädagogik erfolgte durch die Schweizer Sozialpädagogin Marianne Baeschlin und den Pädagogen Kaspar Baeschlin. Der LöA wurde von ihnen im Laufe der neunziger Jahre in stetigem Kontakt mit de Shazer und Berg in die sonderpädagogische Arbeit einer Werkschule bei Winterthur, Schweiz integriert. In ihrer Arbeit und im Zusammenleben mit sieben Jugendlichen, die jeweils extreme Problemlagen aufwiesen, konnte das Team um die Baeschlins lange Zeit Erfahrungen über die Anwendung des LöA in der Pädagogik sammeln (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2014, S. 1ff.). Ihre gewonnene Expertise machten sie auf fachlicher Ebene zugänglich. „Das Team der Werkschule Grundhof hat sein Wissen und die gemachten Erfahrungen an viele Institutionen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik weitergegeben“ (nla 2015a).

Zum LöA gibt es vielerorts einen aktiven fachlichen Austausch, der z.B. vom Schweizer Netzwerk für lösungsorientiertes Arbeiten oder in der European Brief Therapy Association unterstützt wird (vgl. nla 2015b; EBTA 2013) .

### **3.1.2 Einstellung und Denken im lösungsorientierten Ansatz**

Der Einstellung der Berater\_innen kommt im LöA eine wesentliche Bedeutung zu (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 27). Diese Einstellung wird als „(...) positiv, respektvoll und optimistisch (...)“ (ebd., S. 27) beschrieben. Lösungsorientierte Berater\_innen ziehen es vor, auf Augenhöhe und partnerschaftlich zu kommunizieren (vgl. ebd., S. 27). Sie arbeiten wertschätzend und würdigen bereits kleinste Dinge, die ihnen in der Interaktion positiv auffallen, wie z.B. das Erscheinen ihrer Klient\_innen (vgl. Bamberger 2010, S. 188f.). Nach ihrem Verständnis haben Menschen ausreichend Potenziale, zu adäquaten Lösungen zu finden und diese umzusetzen (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 27). Die Berater\_innen sind zuversichtlich und glauben daran, dass Klient\_innen Veränderungen umsetzen können (vgl. Bamberger 2010, S. 174f.).

Darüber hinaus sind die Berater\_innen im Gespräch den Klient\_innen sowie dem von ihnen Erzählten gegenüber grundsätzlich unvoreingenommen. Der Psychologe Günter G. Bamberger weist zum LöA in Beratungen darauf hin, dass die Berater\_innen stets vorurteilsfrei gegenüber ihren Klient\_innen bleiben sollten, um Vertrauen zu fördern und Raum für ein offenes Gespräch zu geben (vgl. ebd., S. 43). Zur Anwendung der sog. Wunderfrage, die in Kap. 3.1.3 dargestellt wird, weist die Literatur zum LöA

darauf hin, dass nur eine Antwort Aufschluss über den Sinn der eigenen Frage geben kann (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 79). Allgemeiner wird diese unvoreingenommene Einstellung auch mit dem Begriff „Nichtwissen“ (Varga von Kibéd 2013; S. 14, Widulle 2012, S. 120) bezeichnet. Sie wird zudem als Fähigkeit betrachtet, die dabei hilft, Gespräche zu führen (vgl. Beaschlin/Baeschlin 2008, S. 30), was wiederum darauf hinweist, wie eng Einstellungen mit dem fachlichen Können verknüpft sind, das die Berater\_innen in ihr Handeln einbringen.

Eine weitere Einstellung wird bereits mit dem Namen des Ansatzes angegeben. Demnach richtet sich das Interesse der Berater\_innen auf Lösungsmöglichkeiten. Sie orientieren sich an der Gegenwart und der möglichen Zukunft ihrer Klient\_innen. Von Interesse sind dabei konstruktive, hilfreiche Aspekte und nicht die Problemstellung in der Vergangenheit (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 27f.). Die Zukunft wird folglich im LöA positiv konnotiert. Dies heißt jedoch nicht, dass Probleme nicht angesprochen werden. Die Berater\_innen geben den Problemen ihrer Klient\_innen alle notwendige Aufmerksamkeit und achten diese ausdrücklich (vgl. ebd., S. 215).

In einer lösungsorientierten Denkweise wird Widerstand der Klient\_innen auf das Verhalten der Berater\_innen zurückgeführt oder dient den Klient\_innen dazu, sich bei Unsicherheiten distanzieren zu können (vgl. ebd., S. 27). Kommt es in den Beratungen zu widerständigem Verhalten der Klient\_innen, ist dies für lösungsorientierte Berater\_innen entsprechend ein Zeichen dafür, in ihrer Beratung etwas zu verändern anstatt sich auf mögliche Diskussionen einzulassen.

Für die Arbeit mit Jugendlichen gilt es, die Klient\_innen den größeren Teil des Engagements einbringen zu lassen. Berater\_innen im LöA möchten damit erreichen, dass die Jugendlichen Achtsamkeit für ihr eigenes Leben entwickeln und Veränderung selbst umsetzen wollen (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2008, S. 33). Folglich fokussieren die Berater\_innen darauf, Selbstwirksamkeit zu fördern.

Die acht wesentlichen Lehrsätze des lösungsfokussierten Ansatzes, wie sie von de Shazer und der Psychotherapeutin Yvonne Dolan formuliert werden, kommen den bereits beschriebenen Einstellungen inhaltlich sehr nahe. Sie geben zudem bereits konkretere Hinweise auf Handlungsweisen.

Der erste Lehrsatz lautet „*Was nicht kaputt ist, muss man auch nicht reparieren*“ (de Shazer/Dolan 2013, S. 23). Demnach ist im LöA keine Hilfe für Probleme vorgesehen, die aus Sicht der Klient\_innen nicht mehr vorhanden sind. Es werden keine zu-

sätzlichen, potenziellen Verbesserungen angestrebt, die in solchen Fällen von Berater\_innen anderer therapeutischer Konzepte für möglich gehalten werden könnten (vgl. ebd., S. 23). Eine respektierende Haltung gegenüber den Klient\_innen und ihren Einstellungen kann als damit einhergehend betrachtet werden.

„*Das was funktioniert, sollte man häufiger tun*“ (ebd., S. 23) sagt aus, dass die Berater\_innen sich darauf konzentrieren, ihre Klient\_innen zu bestärken, wenn sie Probleme bereits lösen. Dabei ist von besonderem Interesse, welche Aspekte, wie bestimmte Verhalten oder Vorgehensweisen, sich für die Klient\_innen am positivsten auswirken. Diese vorhandenen Aspekte gilt es zu erkennen und wiederum zu stärken, damit die Klient\_innen gezielter und effektiver zu Lösungen finden (vgl. ebd., S. 23).

Als Ergänzung des vorherigen Lehrsatzes kann der dritte gelten. „*Wenn etwas nicht funktioniert, sollte man etwas anderes probieren*“ (ebd., S. 23). Die Berater\_innen orientieren sich daran, was im Einzelfall funktioniert und halten nicht prinzipiell an denselben Handlungsweisen fest, weil sie bspw. fachlich als wirksam eingestuft werden (vgl. ebd., S. 23). Dieses Vorgehen unterstreicht auch die Einstellung der Berater\_innen, auf Lösungen zu fokussieren.

Der vierte Lehrsatz weist daraufhin, dass es Erfolg verspricht, Veränderungen in kleinen Schritten vorzunehmen. Wenn Klient\_innen erst kleinere Aufgaben bewältigen, führt dies dazu, dass sie weitere und später größere Aufgaben bewältigen werden (vgl. ebd., S. 24). Es wird hier von einem sich potenzierenden Verlauf ausgegangen: „*Kleine Schritte können zu großen Veränderungen führen*“ (ebd., S. 24).

Dem fünften Lehrsatz zufolge muss die Lösung nicht zwingend eine Verbindung zum Problem aufweisen. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass eine Analyse bzw. ein tieferes Problemverständnis nicht erforderlich ist, um zu Lösungen zu gelangen. Entsprechend werden Klient\_innen im LöA dazu angeregt, einen erwünschten Zustand, in dem sie das betreffende Problem nicht haben zu beschreiben. Ausgehend von dieser Beschreibung suchen die Berater\_innen mit den Klient\_innen gemeinsam nach funktionierenden Lösungswegen, diesen Zustand zu erreichen. Hierbei wird auch nach Lösungen gesucht, die bereits in vergangenen Zeiten, als das Problem noch nicht vorhanden war, verwendet wurden. Wichtig ist im LöA, dass diese Lösungen gezielt erfragt werden, damit die Klient\_innen sie auch für die Zukunft nutzen können. (Vgl. ebd., S. 24)

„Die Sprache der Lösungsentwicklung ist eine andere als die, die zur Problembeschreibung notwendig ist“ (ebd., S.24). Dieser Lehrsatz verdeutlicht die positive und optimistische Einstellung der Berater\_innen im LöA. Sprache, die auf Lösungen ausgerichtet ist, ist im Gegensatz zu problemorientierter Sprache eher konstruktiv, geht davon aus, dass Probleme lösbar sind und richtet den Blick nach vorne (vgl. ebd., S. 24f.).

„Kein Problem besteht ohne Unterlass; es gibt immer Ausnahmen die genutzt werden können“ (ebd., S. 25). Dieser Lehrsatz verweist darauf, dass Probleme nicht ununterbrochen anhalten, sondern es auch Zeiten gibt, in denen sie weniger drängend sind oder sogar aussetzen. Diese Ausnahmen geben wiederum Aufschluss über Veränderungsmöglichkeiten, die wahrgenommen werden können (vgl. ebd., S. 25). Mit der Zuversicht der Berater\_innen wird hier eine weitere bedeutsame Facette der lösungsorientierten Einstellung aufgezeigt.

„Die Zukunft ist sowohl etwas Geschaffenes als auch etwas Verhandelbares“ (ebd., S. 25). Menschen sind diesem achten Lehrsatz zufolge nicht an ihre bisherigen Eigenschaften in Gesellschaft oder Gesundheitssystem gebunden. Es besteht grundsätzlich die Überzeugung, dass die Klient\_innen imstande sind, ihre Probleme zu lösen und Veränderungen herbeiführen können (vgl. ebd., S. 25).

### **3.1.3 Techniken im lösungsorientierten Ansatz**

Die im Folgenden beschriebenen Techniken bzw. Handlungsweisen sind eine Auswahl der wichtigsten Bestandteile in der Anwendung des LöA. Sie sind mit den wesentlichen Lehrsätzen vereinbar und bilden ein Handlungsrepertoire. Es ist anzumerken, dass einige Techniken vorwiegend in bestimmten Beratungsphasen angewendet werden. Phasen lösungsorientierter Beratung werden im Kapitel 3.1.5 in Bezug auf Suchtberatung näher erläutert. Jedoch wurden bereits bei der Beschreibung der einzelnen Techniken einige Hinweise zu passenden Momenten ihrer Anwendung gegeben. Die Denk- und Handlungsweisen werden hier bei Bedarf für die Arbeit mit süchtigen oder jugendlichen Klient\_innen erläutert.

Die Technik des sog. Umdeutens bzw. Reframings bezieht sich zugleich auf die Sicht- und Denkweise der Berater\_innen. Sie wird von Baeschlin und Baeschlin in der Arbeit mit Jugendlichen beschrieben. Mit dem Umdeuten ist es möglich, bestimmte Umstände oder Verhalten der Klient\_innen unterschiedlich zu interpretieren.

So kann bspw. Klient\_innen, die bisher als träge bezeichnet wurden, auch zugeschrieben werden, achtsam mit ihren Kraftreserven umzugehen. Den Klient\_innen werden nicht Defizite verdeutlicht, sondern positive Aspekte im Umgang mit Defiziten hervorgehoben. Diese eindeutig ressourcenorientierte Haltung hilft den Klient\_innen dabei, sich akzeptiert zu fühlen. (Vgl. Baeschlin/Baeschlin 2008, S. 21f.)

Lösungsorientierte Berater\_innen arbeiten überwiegend mit Fragen. Fragen dienen im LöA neben dem Einholen von Informationen auch als Möglichkeit zu intervenieren (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 28). Sie gelten im LöA als „(...) das *primäre* Kommunikationswerkzeug (...)“ (ebd., S. 28).

Bereits zu Beginn einer lösungsorientierten Beratung ist es auch für die Berater\_innen, abhängig vom Kontext, möglich, nach bereits vorgenommenen Veränderungen oder Veränderungsversuchen zu fragen. Ziel ist es dabei, Veränderungen, die vor dem Beratungsbeginn eingeleitet worden sind, bei erfolgreicher Anwendung zu forcieren. (Vgl. ebd., S. 29f.)

Eine weitere wichtige Art der lösungsorientierten Handlungsweisen richtet sich, wie bereits zum betreffenden Lehrsatz erläutert, auf Ausnahmen vom jeweiligen Problem. Insoo Kim Berg und der Therapeut Norman H. Reuss konkretisieren dieses für Gespräche mit drogenmissbrauchenden Klient\_innen. Phasen, in denen für die/den jeweilige(n) Klient\_in typische Verhaltensweisen nicht auftreten, bezeichnen sie als Ausnahmen, wie z.B. eine kurzzeitige Abstinenz oder Ausbleiben impulsiven Verhaltens. Es sind vor allem jene Ausnahmen interessant, die durch die Mitwirkung der Klient\_innen auftreten. Die Rahmenbedingungen bzw. Umstände, unter denen die Ausnahmen entstanden sind, sollten erfragt werden, vor allem aber inwiefern diese Ausnahmen von den Klient\_innen gezielt herbeigeführt werden können (vgl. Berg/Reuss 1999, S. 35f.). „Was muß geschehen, damit es noch einmal geschieht?“ (ebd., S. 35).

Die Suche nach früheren Lösungen ist der Suche nach Ausnahmen sehr ähnlich. Es kann u.a. um Lösungen gehen, die von den Klient\_innen bei anderen Problemen bereits herbeigeführt wurden (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 27). Den Lehrsätzen und Einstellungen folgend gilt auch hierbei zu beachten, dass die Suche sich daran ausrichtet, was funktioniert.

Eine wesentliche Handlungsweise im LöA, die für den gesamten Beratungsprozess gilt, ergibt sich aus der respektierenden, wertschätzenden Haltung. Im LöA ist es

wichtig, „(...) *Komplimente und Anerkennung (...)*“ (ebd., S. 28) zum Ausdruck zu bringen. Bisherige, auch kaum bemerkbare Lösungsinitiativen der Klient\_innen sollten wertschätzend betont und gelobt werden. Entscheidend ist hier, dass die Berater\_innen den Klient\_innen ihre Potenziale und Fähigkeiten zur Lösung ihrer Probleme zutrauen. Die Klient\_innen werden in einer fähigen, autonomen Rolle bestärkt, während den Berater\_innen lediglich eine helfende Position zukommen kann (vgl. Bamberger 2010, S. 184).

In einem weiteren Schritt geht es darum, erste Lösungsmöglichkeiten umzusetzen. Dieser Schritt kann gewagt werden, wenn die Klient\_innen Vertrauen zu der Beratungssituation und den Berater\_innen erlangt haben. Es macht hier Sinn, bereits eruierte Lösungen aufzugreifen. Es kann dann z.B. darüber gesprochen werden, ein früheres Lösungsvorgehen erneut zu wagen (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 28f.). Berater\_innen respektieren, wie Klient\_innen diese Vorgehen einschätzen und welche sie bevorzugen, „(...) denn der Klient ist mit den angestrebten Verhaltensweisen vertraut“ (ebd., S.29).

Berater\_innen im LöA wirken darauf hin, dass die Klient\_innen ihre Ziele bereits als Lösungen betrachten. Es werden die positiven Aspekte möglicher Lösungen sprachlich konkretisiert. Nicht die Vermeidung der negativen Aspekte steht im Interesse, sondern der mögliche Gewinn. Dabei wird auch der Lehrsatz berücksichtigt, demzufolge kleine Schritte zu großen Veränderungen führen können, indem darauf geachtet wird, kleinere, leichter zu realisierende Ziele anzuvisieren. (Vgl. ebd., S.30)

Als besondere Technik des LöA ist die sog. Wunderfrage hervorzuheben. Sie wird bei sehr schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Klient\_innen durch ihre Problemlagen angewendet. Sind Klient\_innen derart von ihrer Problemlage beeinflusst, dass sie sich nicht mehr genauere Vorstellungen von möglichen Zielen machen können, bietet die Technik der Wunderfrage ihnen eine Möglichkeit, potenzielle Ziele zumindest zu erwägen (vgl. ebd., S. 30).

Die Wunderfrage bezieht sich auf eine fiktive Situation. In dieser sind die betreffenden Probleme der Klient\_innen, wie durch ein Wunder, über Nacht gelöst worden. Diese fiktive Situation wird von den Berater\_innen ausführlich inszeniert, sodass sich die Klient\_innen möglichst gut auf diese Vorstellung einlassen können. Dabei sollte betont werden, dass es explizit um die Abwesenheit des betreffenden Problems und nicht um willkürliche Idealvorstellungen geht. Die Berater\_innen regen damit eine gedankliche Reise zu einer realistischen, von dem Problem unbelasteten Situation an.

Dann fragen die Berater\_innen, welche Unterschiede zwischen dem früheren und dem problemfreiem Zustand für die Klient\_innen bemerkbar sind. (Vgl. ebd., S.76ff.)

Für die Anwendung der Wunderfrage ist eine einfühlsame Vorgehensweise vonseiten der Berater\_innen bedeutsam. So sollte die Wunderfrage stets angekündigt werden. Berater\_innen fragen zunächst, ob die Klient\_innen mit einer unkonventionellen Frage einverstanden sind. Auch sollten die einleitenden Inszenierungen für die Klient\_innen sprachlich und inhaltlich angepasst werden (vgl. ebd., S. 77). Zur sprachlichen Einfühlsamkeit bei Wunderfragen an Jugendliche empfehlen Baeschlin und Baeschlin, verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. So sollte der Erlebnishorizont der Jugendlichen einbezogen und sich ihrer Sprache angepasst werden (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2009, S. 5).

Die Antworten und Reaktionen auf Wunderfragen geben Aufschluss über die Klient\_innen und die erreichbaren Ziele in der Beratung. Klient\_innen formulieren in ihren Antworten, wie ihre Situation aussähe, wenn ihr Problem gelöst wäre. Sie geben damit gleichzeitig an, wann ein mögliches Ende der Beratung erreicht wäre. Zudem lassen sie bereits in Gedanken zu, Lösungen zu erleben. Dies kann wiederum die Zuversicht der Berater\_innen in die Klient\_innen stärken. (Vgl. de Shazer/Dolan 2013, S.75)

Wunderfragen beziehen sich auf die von den Klient\_innen gewünschte Zukunft. Diese Zukunft schließt Aspekte ein, die auch in den hier beschriebenen Ausnahmen von dem Problem zu finden sind. In dieser Sichtweise können Ausnahmen als ein real existierender Teil des hypothetisch beschriebenen Wunders betrachtet werden. Mithilfe der Wunderfrage können sie angesprochen und vertieft werden. (Vgl. ebd., S.75f.)

Eine weitere zentrale Technik im LöA stellen Skalierungen dar. Diese werden von den Berater\_innen erfragt, wenn Ziele, wie z.B. im Rahmen der Wunderfrage bereits formuliert wurden (vgl. ebd., S. 31f.). Die Berater\_innen bitten die Klient\_innen darum, ihre Situation auf einer Skala i.d.R. von 0 bis 10 einzuordnen. Es sollte der Wert 0 für den Zeitpunkt zur Beratungsanmeldung, der Wert 10 bei Eintreten eines Wunders im Sinn der Wunderfrage festgelegt werden. Damit lassen sich aussagekräftige Werte z.B. für die Zielentfernung während des Beratungsverlaufes erfragen (vgl. ebd., S. 102). Skalenwerte können ebenso zu relevanten Einflüssen auf die Situation erfragt werden, wie z.B. zu Beziehungen oder Motivation (vgl. Baeschlin/Baeschlin 2008, S. 27).

Skalierungen bieten den Vorteil, Fortschritte zu veranschaulichen, hervorzuheben und loben zu können (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 32f.). Mittels der Skalenwerte zwischen 0 und 10 können auch kleinere schrittweise Veränderungen aufgezeigt und gewürdigt werden. Klient\_innen kann auf diese Weise bewusst gemacht werden, dass sie fähig sind, etwas an ihrer Situation zu ändern. Die erfragten Skalenwerte dienen auch als Standortbestimmungen und bieten den Beteiligten dadurch Orientierung hinsichtlich der Ziele (vgl. Bamberger 2010, S. 107f.). Skalierungen ermöglichen zudem, gezielt auf die Wirksamkeit verschiedener, bisheriger Lösungsvorgehen der Klient\_innen hinzuweisen (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 32f.). „Skalen machen Prozesse sichtbar, die Partner können über diese Prozesse sprechen, sich ihre Entwicklung besser vorstellen und konstruieren“ (Baeschlin/Baeschlin 2008, S. 27).

Zur Thematisierung einzelner lösungsorientierter Entwicklungen, die sich anhand der Skalierungen zeigen lassen, schlagen de Shazer, Dolan und Mitarbeiter\_innen verschiedene Fragen vor. Bei Werten über 0 ist es möglich zu fragen, was dazu geführt hat, dass nicht eine 0 angegeben wurde (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 104ff.). Eine Antwort auf eine solche Frage wird sich mit Aspekten, die bereits als lösungsorientiert anzusehen sind, beschäftigen. Somit werden die Skalenwerte auf eine bestärkende Weise in den Fragestellungen aufgegriffen.

Es wird generell empfohlen, im Anschluss an die verschiedenen Antworten, die Frage „Was sonst noch?“ (ebd., S. 105) zu stellen. Weitere lösungsorientierte Aspekte können so herausgearbeitet, vertieft und ihnen mehr Aufmerksamkeit gegeben werden (vgl. ebd., S. 105). Sind bereits Verbesserungen der Situation zu erkennen, wird die Frage „Wie haben Sie das gemacht?“ (ebd., S. 105) vorgeschlagen. Es wird angemerkt, solche Fragen möglichst geduldig und wiederkehrend zu stellen, wenn sich Klient\_innen nur langsam auf den Gedanken einlassen können, dass sie selbst Einfluss auf ihre Situation genommen haben (vgl. ebd., S. 105f.).

Diese drei Beispiele für Fragen geben eine kleine Auswahl lösungsorientierter Handlungsweisen in Bezug auf die Wunderskala an. de Shazer, Dolan und Mitarbeiter\_innen beschreiben noch weitere lösungsorientierte Handlungsweisen im Umgang mit Skalen. Sie geben dabei an, wann es sinnvoll ist, die betreffenden Reaktionen einzubringen (vgl. ebd., S. 104ff.). Dies zeigt, dass in der Arbeit mit dem lösungsorientierten Ansatz scheinbare Einzelheiten, wie detailgenaue Angaben zu Arbeitsweisen, von Interesse sind.



### 3.1.4 Lösungsorientierungen in der Arbeit mit süchtigen Klient\_innen

Der hier beschriebene lösungsorientierte Ansatz bietet Denk- und Handlungsweisen, die auf verschiedene Problemlagen übertragbar sind. Dieser universelle Charakter ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in der Lösungsorientierung dem Wissen über die Struktur und Entstehung von Problemen wenig Bedeutung zukommt (vgl. de Shazer/Dolan 2013, S. 24).

Es werden jedoch in den Beschreibungen zur Anwendung des LöA zusätzliche Hinweise für die Arbeit mit süchtigen Klient\_innen gegeben. Ein Hinweis bezieht sich auf eine paradoxe Art der Intervention als lösungsorientierte Technik. Sie wurde von Reuss entwickelt, da er in seiner Arbeit mit Alkoholsüchtigen erkannte, dass für viele seiner Klient\_innen eine Abstinenz keine wünschenswerte Lösung darstellte oder sie davon ausgingen, ihren Konsum ausreichend zu kontrollieren. Wenn die Klient\_innen Veränderungen grundsätzlich nicht in Betracht ziehen, kann auf die sog. Alptraumfrage zurückgegriffen werden. Mittels der Alptraumfrage kann eine negative Situation auf dieselbe Weise wie in der Wunderfrage positive, imaginär inszeniert werden. Die negative Situation sollte für die Klient\_innen hypothetisch so belastend sein, dass sie bereit sind Lösungen zu erwägen. Auch hier kann nach den Unterschieden zwischen problemfreien und belasteten Zuständen gefragt werden. Im weiteren Gesprächsverlauf kann zudem erfragt werden, wie ein solcher Alptraum abzuwenden wäre, um die Klient\_innen dazu anzuregen, Lösungen zu formulieren. (Vgl. Berg/Reuss 1999, S. 47ff.)

Mit der Alptraumfrage ist bereits eine Möglichkeit beschrieben, bei widerständigem Verhalten gegenüber der Thematisierung von Veränderungen lösungsorientiert zu handeln. Außerdem wird im LöA generell vorgesehen, den Klient\_innen Vertrauen entgegenzubringen. Es wird davon ausgegangen, dass sie „(...) Experten für ihr Leben (...)“ (Bamberger 2010, S. 184) sind, was auch für süchtiges Verhalten gilt. Berg und Reuss merken zum Erfragen von ersten Informationen zum süchtigen Verhalten der Klient\_innen an, dass auch hier vertrauensvoll und ohne Vorurteile vorgegangen werden sollte. Das bedeutet, z.B. die Angaben zu Konsummengen nicht anzuzweifeln (vgl. Berg/Reuss 1999, S. 21). Auch offensichtlich unglaubwürdige Erzählungen werden nicht angezweifelt. Stattdessen ist es möglich, mit lösungsorientierten Fragen detailliert auf das Erzählte einzugehen (vgl. ebd, S. 186). Es ist demnach davon auszugehen, dass die meisten Klient\_innen das Interesse an ihren unwahren Erzählun-

gen verlieren, wenn diese ihnen als Grundlage von weiteren gedanklichen Anregungen dienen müssen.

In akzeptierender Weise wird in der lösungsorientierten Beratung auch mit dem Thema eines Rückfalls und Beeinträchtigungen durch Alkohol in den Beratungen umgegangen. Ein möglicher Rückfall zum süchtigen Verhalten wird in der lösungsorientierten Sichtweise nicht negativ gewertet, insofern ihm eine Abstinenz vorausging. Berater\_innen können eine Rückfallsituation als mögliche Informationsquelle für weitere Lösungen nutzen, z.B. darüber wie die Klient\_innen für die betreffende Zeit abstinent blieben. Kommen Klient\_innen betrunken zum Beratungstermin, wird dies nicht zum zentralen Thema einer lösungsorientierten Beratung gemacht werden. Solange die Klient\_innen fähig sind, konstruktiv zu kommunizieren und Gefährdungen ausgeschlossen werden können, wird hier ebenfalls in akzeptierender Weise verfahren. (Vgl. ebd., S. 80ff.)

Eine bestimmte Handlungsweise wird für den Umgang mit Jugendlichen in Zwangskontexten von der Kinderpsychiaterin Therese Steiner und Insoo Kim Berg hervorgehoben. Sie empfehlen, dort stets anzumerken, dass es einen guten Grund für die Verhaltensweisen geben muss, die die Jugendlichen in die betreffende Situation geführt hat. Auf diese Weise soll es den Jugendlichen, erleichtert werden, ihr Verhalten zu erklären. Es wird demgemäß davon ausgegangen, dass mögliche irrational wirkende Verhalten der Jugendlichen nicht willkürlich sind, sondern konkreteren Motiven entspringen (vgl. Steiner/Berg 2006, S. 221). Die süchtigen Verhaltensweisen der Jugendlichen „(...) entsprechen ihrer Art, etwas zu erreichen, was sie nicht artikulieren können“ (ebd., S. 221).

Berg und Reuss geben zudem Hinweise zum allgemeinen Umgang mit Zwangskontexten, innerhalb derer Beratungen mit süchtigen Klient\_innen stattfinden. Sie unterscheiden zwei Arten von Beziehungen zu den Klient\_innen. Kommen Klient\_innen aus eigener Motivation, weil sie an einer Sucht etwas ändern möchten, so handelt es sich um sog. Kund\_innen. Klient\_innen, die auf Anregung anderer oder durch formalen Druck bzw. fremdmotiviert erscheinen, werden als Besucher\_innen betrachtet. Die Unterscheidung soll Berater\_innen dabei helfen einzuschätzen, mit welchen Anliegen begonnen werden kann und wie schnell weitere Schritte thematisiert werden können. (Vgl. Berg/Reuss 1999, S. 22f.)

Bereits nach kurzer Zeit Ziele zu thematisieren, liegt demnach in Beratungen mit Kund\_innen näher (vgl. ebd., S. 22f.). Von Besucher\_innen ist zu erwarten, dass sie

nicht zu Veränderungen motiviert sind. Die Berater\_innen gehen hier in kleineren Schritten vor. Es ist bspw. möglich, dass Besucher\_innen den Wunsch haben, mit ihrem Erscheinen Auflagen zu erfüllen, um damit unangenehmen Folgen aus dem Weg zu gehen. Ein solches Anliegen kann als ein erstes Ziel aufgefasst werden. Die Berater\_innen suchen mit den Klient\_innen dann nach Lösungen dafür, dieses Ziel zu erreichen (vgl. ebd., S. 29ff.). Auf diese Weise können die Berater\_innen eine kooperative Haltung signalisieren, anstatt eine mögliche Diskussion über den Sinn der Beratung einzugehen, die von den Besucher\_innen zudem als wertend aufgefasst werden könnte.

Eine nicht wertende Kommunikationsweise wird im LöA auch dadurch praktiziert, sehr vorsichtig mit Ratschlägen umzugehen. Dies kann heißen, auch Ziele der Klient\_innen zu respektieren, die situationsbedingt oder fachlich zu kritisieren wären, wie etwa eine Konsumreduzierung. Die Recherchen von Berg und Reuss zum Thema Sucht führten zwar dazu, dass sie eine Abstinenz als Ziel für erstrebenswerter halten, dennoch empfehlen sie auch, die Wünsche zur Konsumreduzierung zu respektieren (vgl. Berg/Reuss 1999, S. 58ff.). Sie ziehen es vor, keine unaufgeforderten Ratschläge zu erteilen, da solche Ratschläge von den Klient\_innen als wertend aufgefasst werden können und somit möglicherweise die Beziehung zu den Klient\_innen beeinträchtigen.

Eine behutsame Handhabung gilt für jegliche Erteilung von Belehrungen und Informationen, auch für solche, die etwa zu einem Aufklärungsauftrag gehören können. Es wird angeraten, solche Informationen im LöA als „Vorschläge“ (de Shazer/Dolan 2013, S. 219) zu geben. Vorschläge belassen die Entscheidungsfreiheit der Klient\_innen und suggerieren kein besseres Wissen aufseiten der Berater\_innen. Sie entsprechen der Einstellung der Berater\_innen, partnerschaftlich mit den Klient\_innen zu arbeiten.

Sollten z.B. sachliche Informationen zu Suchtmitteln gegeben werden, empfiehlt es sich, zunächst nach der individuellen Wirkung des Suchtmittels zu fragen oder die Klient\_innen darum zu bitten, über ihrem Kenntnisstand zu berichten. Damit wird es möglich, ein informatives Gespräch auf eine Weise einzuleiten, die das Thema interessant macht und nicht wertet. (Vgl. Berg/Reuss 1999, S. 59)

Eine weitere Möglichkeit, Informationen weiter zu geben besteht darin, den passenden Moment zu nutzen. Es konnte festgestellt werden, dass sich der Moment direkt nach Komplimenten in der Abschlussphase einer Beratungseinheit eignet. Es wird

hier empfohlen, die Klient\_innen vorab nach Erlaubnis zu fragen, Informationen geben zu dürfen. (Vgl. ebd., S. 59)

### **3.1.5 Phasen in lösungsorientierten Beratungen**

Der LöA bietet Berater\_innen Handlungsmöglichkeiten, die sich durch den gesamten Beratungsprozess ziehen: Vom Beratungsbeginn, zu dem der Kontaktaufbau stattfindet, bis hin zum Beratungsende, an dem Lösungen gefunden und gefestigt werden. Lösungsorientiert zu beraten heißt, gemeinsam mit den Klient\_innen Ziele herauszuarbeiten und sie zu Umsetzungen zu ermutigen. Folglich ist auch von einem ungefähren Verlauf lösungsorientierter Beratungen auszugehen werden, welcher z.B. anhand von Phasen dargestellt werden kann.

Phasendarstellungen sollten nicht dazu führen, dass Beratungsinhalte zugunsten der Einhaltung eines bestimmten Verlaufes vernachlässigt werden. Die Einteilung der Phasen dient lediglich der Orientierung und der Veranschaulichung der Handlungsweisen. (Vgl. Bamberger 2010, S. 65ff.)

In den Beschreibungen lösungsorientierter Beratungen von Bamberger, werden sechs Phasen definiert. (Vgl. ebd., S. 65ff.)

In der ersten Phase geht es zunächst um die grundlegenden Abstimmungen zwischen Berater\_innen und Klient\_innen. Es wird eine akzeptierende, persönliche Beziehung hergestellt sowie Intentionen und Sichtweisen der Klient\_innen auf das Problem und mögliche Lösungen erkundet. Berater\_innen und Klient\_innen gelangen so auf denselben Kenntnisstand. Nach ausreichenden Erkundungen können mögliche Ziele der Beratung gemeinsam definiert werden. (Vgl. ebd., S. 70ff.)

In der zweiten Phase sollen mögliche Lösungen eruiert werden. Klient\_innen werden mittels lösungsorientierter Techniken dazu angeregt, Vorstellungen von erwünschten Zuständen aus verschiedenen Perspektiven zu beschreiben. Hier geht es bereits um mögliche Erscheinungsformen dieser Zustände, aus denen sich Erkenntnisse für ein Lösungsvorgehen ableiten lassen. (Vgl. ebd., S. 90ff.)

In der dritten Phase werden schon vorhandene Ressourcen der Klient\_innen herausgearbeitet und betont. Es wird dazu übergegangen, z.B. durch aufgetragene Hausaufgaben, diese Ressourcen und Lösungspotenziale den Klient\_innen bewusst und erfahrbar zu machen. In dieser Phase wird die Selbstwirksamkeit der Klient\_innen

durch ihr eigenes Handeln gestärkt. Wertschätzung und Lob spielen in dieser Phase eine wichtige Rolle. (Vgl. ebd., S. 164ff.)

Die vierte Phase ist der Prozess, in dem die Umsetzungen erster Lösungen gefördert werden. Bamberger schlägt vor in dieser Phase der Begleitung, fernmündlich oder schriftlich zu arbeiten. (Vgl. ebd., S. 210ff.)

In der fünften Phase werden die bisherigen Aktivitäten im Bezug auf spätere Ziele und Veränderungen genauer reflektiert und ausgewertet. Berater\_innen helfen dabei, die erfolgreichen Lösungsmöglichkeiten herauszuarbeiten und zu wiederholen. (Vgl. ebd., S. 225ff.)

Die sechste Phase beinhaltet das Beratungsende, für das die erreichte Selbstwirksamkeit und Zustände bzw. Lebensumstände einzuschätzen sind. Sind die Lebenssituationen stabil genug und die Klient\_innen in der Lage, mögliche Probleme ausreichend zu bewältigen, können die Berater\_innen dazu übergehen, die Klient\_innen für ihre erfolgreiche Arbeit zu loben und die Beratung zu beenden. (Vgl. ebd., S. 256ff.)

## **3.2. Analyse des lösungsorientierten Ansatzes**

### **3.2.1 Zum Suchtverständnis und den Klient\_innen innerhalb des Ansatzes**

Lösungsorientierte Beratung geht von den Absichten und Zielen ihrer Klient\_innen aus. Beabsichtigen Klient\_innen, ihr süchtiges Verhalten zu verändern, werden sie mit Hilfe der Handlungsweisen des LöA dabei unterstützt, diesen Wunsch zu formulieren und umzusetzen. In einer lösungsorientierten Beratung wird vonseiten der Berater\_innen kaum von bestimmten Eigenschaften einer Sucht ausgegangen. Sie müssen vorab alle Eigenschaften einer Sucht für möglich halten. Unvoreingenommenheit und Nichtwissen sind im LöA in vielen Belangen eine Voraussetzung und gelten z.B. für die Ziele, Ideen und Einschätzungen der Klient\_innen. Es wird davon ausgegangen, dass diese am besten wissen, was für sie hilfreich ist und wie sich ihre Realität konstituiert. Dies schließt auch die individuellen Vorstellungen über eine mögliche Konsumreduzierung oder Abstinenz ein. Eigenschaften von Süchten werden damit im LöA vor allem von den Klient\_innen selbst definiert.

Kleinere Handlungsspielräume im LöA, wie etwa die Möglichkeit, vorsichtig Vorschläge zu erteilen, lassen zu, dass ein individuelles Suchtverständnis der Berater\_innen Einfluss auf die Beratung nehmen kann. Es bleibt festzustellen, dass eine Sucht im

LöA einer potenziellen Problemlage entspricht, die von den Klient\_innen selbst adäquat einschätzbar ist. Mögliche Fehleinschätzungen dienen lediglich dazu, Vorstellungen über die Problemlagen und damit verbundenen Anliegen auszuwerten und zu erneuern. Dies verdeutlicht, dass so etwas wie fehlerhafte Einschätzungen im lösungsorientierten Verständnis nicht wirklich existieren, sondern als ggf. erforderlich angesehen werden, um sich einer Lösung für das betreffende Suchtproblem zu nähern.

Die Anwendung des LöA in Beratungen setzt voraus, von bestimmten Eigenschaften und Fähigkeiten bei Klient\_innen auszugehen: Sie sind grundsätzlich kompetent und verfügen über alle Potenziale, um für sie erstrebenswerte Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen und praktisch wahrzunehmen. Sie besitzen stets lobenswerte Eigenschaften und streben nach einem Leben, das im Einklang mit ihren Werten steht. Sie ziehen es vor, selbst Lösungen zu finden anstatt Ratschläge anzunehmen. Im LöA wird in Betracht gezogen, dass Klient\_innen über lediglich ungeweckte Potenziale und inaktive Ressourcen verfügen, was zu den jeweiligen Problemen führen kann.

Die hier genannten Potenziale der Klient\_innen entsprechen ebenfalls den wesentlichen Annahmen über Menschen in der humanistischen Psychologie (vgl. Schwehm 2000, S. 313ff.) Auch in der Literatur zu lösungsorientierter Beratung wird dem LöA ein humanistisches Menschenbild zugesprochen (vgl. Bamberger 2010, S. 47f.).

### **3.2.2 Anforderungen an lösungsorientierte Berater\_innen**

Lösungsorientierte Beratung setzt die in Kapitel 3.1.2 beschriebenen Einstellungen aufseiten der Berater\_innen voraus. Unvoreingenommenheit bildet die Basis dafür, dass den Klient\_innen zugestanden wird, Expert\_innen der eigenen Angelegenheiten zu sein. Durch diese Einstellung werden Rollenzuschreibungen vermieden sowie weitere Potenziale und Ressourcen der Klient\_innen durch Wertschätzung, Zuvorsicht und Partnerschaftlichkeit aktiviert. Diese Einstellungen können Berater\_innen am besten in ihr Handeln einbringen, wenn ihnen ein positives Menschenbild zugrunde liegt.

In der Suche nach kleinen lobenswerten Dingen oder etwa nach Ausnahmen vom Problem sind detailgenaue Erkundungen durch die Berater\_innen erforderlich. Die Anwendung des LöA verlangt von den Berater\_innen demgemäß Neugier bei gleichzeitig sensibler Wahrnehmungsfähigkeit.

Eine weitere wichtige Fähigkeit im LöA ist es, in verschiedenen Situationen angemessen entscheiden und handeln zu können. Vor dem Hintergrund zahlreicher Techniken gilt es für die Berater\_innen, ein Gefühl für die Wahl der adäquaten Technik im passenden Moment zu erlangen. Diese Fähigkeit setzt auch ein Einfühlungsvermögen voraus, das den Anliegen der Klient\_innen in den entsprechenden Situationen gerecht werden kann.

Für lösungsorientierte Berater\_innen besteht nicht die Frage danach, ob die von den Klient\_innen formulierten Ziele erreichbar sind. Vielmehr interessieren sich die Berater\_innen dafür, wie diese Ziele zu erreichen sind. Kleine Schritte oder das Scheitern von Versuchen gelten im LöA als mögliche Wege zum Ziel. Diesem Verständnis sollte eine ausgeprägte Zuversicht der Berater\_innen zugrunde liegen. Grundsätzlich positives Denken stellt demnach eine Voraussetzung für die Berater\_innen dar. Dieses Denken kann ggf. mit der ständigen Bereitschaft, Sachverhalte umzudeuten erlangt werden. Mit dem LöA zu arbeiten, heißt demnach auch, dass die Berater\_innen immer bereit sind, Optimismus und positive Sichtweisen in ihrer eigenen Person gezielt zu erzeugen.

Auch im LöA wird dem Widerstand der Klient\_innen nicht mit Konfrontation oder Argumentation begegnet. In Situationen, in denen Widerstand entsteht, gilt es für lösungsorientierte Berater\_innen ebenfalls, kontrolliert zu reagieren. In extremen Situationen, wie bei Provokationen durch die Klient\_innen, kann lösungsorientiertes Arbeiten Frustrationstoleranz und ein starkes Selbstwertgefühl der Berater\_innen erforderlich machen.

## **4. Möglichkeiten und Grenzen der Ansätze im Arbeitsfeld**

### **4.1 Die Möglichkeiten beider Ansätze**

Die Möglichkeiten beider Ansätze wurden bereits ausführlich entlang der vorherigen Kapitel beschrieben. Nachfolgend werden die wesentlichen dieser Möglichkeiten herausgestellt, in Bezug auf das Handlungsfeld verdeutlicht und behutsam weitergedacht.

#### 4.1.1 Vom Potenzial der persönlichen Autonomie

Beide vorgestellten Ansätze zeichnen sich durch einen besonders akzeptierenden, partnerschaftlichen Charakter aus. Die Berater\_innen respektieren die Autonomie ihrer Klient\_innen, und es wird darauf geachtet, dass sich die Klient\_innen aktiv in die Beratungsprozesse einbringen. Zudem werden die Klient\_innen durch offene Fragen immer wieder zum Reflektieren eingeladen. Die verschiedenen Frage- und Interventionstechniken ermöglichen den Berater\_innen Gespräche zu gestalten, in denen den Klient\_innen der überwiegende Sprechanteil zukommt. Auf diese Weise wird eigenständiges Denken und Handeln der Klient\_innen bereits in der Beratung gefördert.

Zusätzlich ist in der Arbeit mit beiden Ansätzen vorgesehen, möglichst vorurteils- und wertfrei zu arbeiten. Standpunkte und Entscheidungen der Klient\_innen können besprochen werden, jedoch bleibt es den Klient\_innen selbst überlassen, sie zu werten. Wie im Kapitel 2.1.3 beschrieben, werden z.B. mittels Evokation Erkenntnisse in den Klient\_innen erzeugt. Erkenntnisse werden also nicht gelehrt, da dies den Klient\_innen suggerieren würde, dass sie nicht imstande sind, eigenständig zu diesen zu gelangen. Auch mit Widerstand der Klient\_innen wird, wie in den Kapiteln 2.1.3 und 3.1.2 dargestellt, akzeptierend umgegangen. Es wird davon ausgegangen, dass die Klient\_innen sich distanzieren oder ihre Position widerständiger verteidigen, wenn sie sich in ihrer Eigenständigkeit bedrängt fühlen. Es wird folglich darauf geachtet, die Eigenständigkeit der Klient\_innen anzuerkennen und zu belassen, sodass keine Situationen entstehen, in denen die Klient\_innen sich bedrängt fühlen könnten.

Speziell in diesem Respektieren der Autonomie bietet sich eine große Chance für den Beziehungsaufbau in der Arbeit mit Jugendlichen. In Kapitel 1.2.1 wurde dargestellt, dass es Entwicklungsaufgaben gibt, die Suchtentstehungen im Jugendalter begünstigen können. Bei einem genaueren Blick auf diese Aufgaben, aufgegriffen in der Tabelle von Reese und Silbereisen, fällt auf, dass sie dem Streben nach persönlicher Autonomie entsprechen. Es geht z.B. um die Entwicklung der eigenen Identität, um die Erlangung selbstständiger Lebensbereiche in der Freizeit oder um die Distanzierung von den eigenen Eltern. Die MG und der LöA berücksichtigen in ihrer Anwendung, dass Menschen nach Autonomie streben und schaffen damit sehr gute Bedingungen für ein Gespräch, auf das sich Jugendliche eher einlassen können. „MI [Motivierende Gesprächsführung – Anm. d. Verf.] steht im Einklang mit dem Autonomiebestreben Jugendlicher (...)“ (Stein 2012, S.121).



Auch den im Kapitel 1.3.3 aufgeführten Einstellungen und Widerständen, die für Jugendliche im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum typisch sind, wird in beiden Gesprächsansätzen nicht mit Argumenten und Diskussionen begegnet. Wenn Jugendliche merken, dass ihr Handeln und ihre Positionen nicht beurteilt oder sanktioniert werden, gibt ihnen dies Anlass, Vertrauen entgegenzubringen.

Mit dem Respekt vor der Autonomie der Klient\_innen wird eine Vertrauensbasis geschaffen, die mögliche Hemmungen ihrerseits, in eine Beratung zu gehen, reduziert. Es gibt keine besonderen Anforderungen an die Klient\_innen, wie etwa die Bereitschaft zu einem Eingeständnis oder zu bestimmten moralischen Standpunkten. Die in Kapitel 1.3.2 erwähnte Sorge der Jugendlichen, stigmatisiert zu werden, wird entkräftet, was ihnen wiederum die Inanspruchnahme von fremden Hilfen in der Zukunft erleichtert. Zudem bieten sich hier Möglichkeiten, eine höhere Akzeptanz in der Zielgruppe zu initiieren und auf diesem Weg mehr Klient\_innen erreichen zu können. Die Anwendung der Ansätze führt, entsprechend dieser beschriebenen Aspekte, auch zu einer Niedrigschwelligkeit im Sinn Sozialer Arbeit.

#### **4.1.2 Zur Bedeutung der Anwendung für die Berater\_innen**

Berater\_innen in der MG und im LöA müssen sich, wie bereits erläutert, auf keine stark beanspruchenden Konfrontationen und Diskussionen einlassen (siehe Kap. 2.1.3 und 3.1.2). Dies bietet die Möglichkeit, mehr Energie auf die Aufmerksamkeit und konstruktive Anregungen zu verwenden. Es kann verstärkt darauf geachtet werden, welche Potenziale und Anknüpfungspunkte sich bieten, um Erkenntnisse und Motivation der Klient\_innen zu fördern. Die Berater\_innen werden auf diese Weise weniger psychischen Belastungen ausgesetzt, was ihre Leistungsfähigkeit steigern kann. Es könnte demgemäß auch mit einem positiven Einfluss auf das kollegiale Miteinander gerechnet werden. Zusätzlich erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Institutionen, Personal nachhaltig zu binden, da die Mitarbeiter\_innen sich folglich wohler fühlen. Dieses Potenzial der Entlastung muss vor allem in Bezug auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche in Suchtberatungen mit Widerstand reagieren (siehe Kap. 1.3.3) hervorgehoben werden.

Darüber hinaus verlangt die Anwendung der Ansätze nicht per se tiefer gehende Kenntnisse über Suchtentstehungen, wie in den Kapiteln 2.2.1 und 3.2.1 herausgearbeitet wurde. Wie auch im Kapitel 3.1.2 beschrieben, spielen speziell im LöA Analy-

sen von Problemen keine große Rolle. Vielmehr sollen Berater\_innen sich bemühen, nicht wissend zu beraten, um dabei Vorannahmen zu vermeiden.

### **4.1.3 Übertragbarkeit und fachlicher Austausch**

Weiteres Potenzial eröffnet sich mit der Übertragbarkeit der Ansätze. Wie bereits im Kapitel 2.1.1. und 3.1.1 erwähnt, konnten die Ansätze auch in anderen beruflichen Zusammenhängen angewendet werden. Sie verfügen über universell einsetzbare Techniken. Dies gibt Anlass dazu, Handlungsweisen der Ansätze auch in anderen beruflichen Situationen zielführend anzuwenden, wie etwa in Supervisionen oder in der Arbeit mit Gruppen. So können etwa in der Supervision mit Berufsanfänger\_innen mittels offener Fragen Lösungen eruiert werden.

Für die Übertragungen der Ansätze in die betreffenden Handlungsfelder ist ein fachlicher Austausch sinnvoll. Es können dabei mögliche Schwerpunkte ausgemacht, Handlungsweisen erkundet sowie ihre Wirkung getestet werden. In der Arbeit mit beiden Ansätzen bieten ihre jeweiligen Netzwerke (siehe Kap. 2.1.1, 3.1.1) eine vielversprechende Grundlage zum Austausch. Durch die zunehmende Verbreitung der Ansätze, wie sie z.B. durch die beschriebenen Bundesmodellprojekte vorangetrieben wurde, ist mit einem regeren fachlichen Austausch zu rechnen.

## **4.2 Die Grenzen der Ansätze**

### **4.2.1 Zur Dichotomie von Süchten**

In der MG wird davon ausgegangen, dass eine Sucht oder ein Status Quo im Leben der Klient\_innen in Vor- und Nachteilen aufgewogen werden kann (siehe Kap. 2.1.4 und 2.2.1). Es ist kritisch zu hinterfragen, ob eine derartige dichotome Veranschaulichung dem Wesen von ausgeprägten Süchten gerecht wird. Wie in Kapitel 1.1.1 dargestellt, ist es ein wichtiges Merkmal von Süchten, dass der Drang zum süchtigen Verhalten wider ein Wissen über Nachteile entsteht und sich durchsetzt (Craving). Besonders in späteren Phasen einer Suchtentstehung, in denen sich die Betroffenen bei Entzugerscheinungen wiederum mit ihrem süchtigen Verhalten ‚helfen‘, zeigt sich die Irrationalität einer Sucht.

Erschwerend kommt hinzu, dass besonders in der Jugendphase ein Problembe-

wusstsein für süchtiges Verhalten und die Bereitschaft zu Hilfesgesprächen eher selten vorhanden sind (siehe Kap. 1.3.3). Hier eine Sucht in Vor- und Nachteilen aufzuwiegen, könnte einen nur kurzweiligen Effekt bei den Klient\_innen auslösen, da mit auftretendem Craving die Klient\_innen die Nachteile vergessen bzw. verdrängen werden. Mögliche Folgen wären hier Erfahrungen von Misserfolg, wenn die Klient\_innen sich nicht differenzierter mit ihrer Sucht auseinandersetzen.

Hinterfragt werden kann auch, dass Süchten in der MG Vorteile zugestanden werden, da offen bleibt, ob diese Vorteile als unabhängige Erinnerungen in den jungen Klient\_innen erhalten bleiben können. Hier kann zwar eingeräumt werden, dass beabsichtigt ist, in der Arbeit mit der MG diese Vorteile in einen Zusammenhang mit den Nachteilen zu stellen, indem sie als Eigenschaften einer Sucht betrachtet werden. Das Phänomen des Craving zeigt jedoch, dass ein rationales, abwägendes Denken im Falle starken Verlangens meistens ausbleibt. Angemessen wäre es hier, einen weiterführenden Diskurs zum Suchtgedächtnis (siehe Kap. 1.1.1) in den Blick zu nehmen. Die Existenz eines Suchtgedächtnisses spielt in der Arbeit mit der MG aber keine entscheidende Rolle.

Zudem ist es möglich, dass gerade jugendliche Klient\_innen erst seit kurzer Zeit Suchtmittel konsumieren und aus ihrer Sicht keine relevanten Nachteile ihres Konsums existieren. Ihr Konsum erfüllt effektiv wichtige Entwicklungsaufgaben, wie das Erschließen von Peergruppen (siehe Kap. 1.2.1). Sie erkennen, dass sie sich ebenso verhalten wie Erwachsene, deren Verhalten gesellschaftlich akzeptiert ist, z.B. beim Konsumieren von Alkohol. Negative Auswirkungen ihrer Verhaltensweisen können ihnen aufgrund der vorerst zeitlich begrenzten Erfahrungen unbekannt sein. Denkbar ist auch, dass diese Jugendlichen bisher ausschließlich gute Erfahrungen mit Suchtmitteln, wie z.B. Cannabis, gemacht haben. Entsprechend ist es möglich, dass eine Einteilung in Vor- und Nachteile der Verhaltensweisen wenige oder keine sinnvollen Erkenntnisse erzeugen kann. Auch ist davon auszugehen, dass die akzeptierenden, respektvollen Kommunikationsweisen beider Ansätze hier nicht helfen, Erkenntnisse in den Klient\_innen zu erzeugen, da keine inneren Ambivalenzen zu eruieren sind.

Die Techniken beider Ansätze ermöglichen es in solchen Fällen zwar, ein informatives Gespräch über die süchtigen Verhaltensweisen zu führen. Die Grundhaltungen beider Ansätze lassen auch eine Akzeptanz vonseiten der Berater\_innen zu, wenn die Klient\_innen keine Nachteile ihres süchtigen Verhaltens erkennen. Die Möglichkeiten, eine tiefer gehende Erkenntnis zu erzeugen sind jedoch begrenzt, wenn die

Jugendlichen aufgrund ihres geringen Erfahrungshorizonts nicht in der Lage sind, sich negative Auswirkungen ihres Konsums überhaupt vorzustellen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Einfluss fremder Personen speziell in der Jugendphase gering ist, wie in Kapitel 1.2.2 beschrieben.

#### **4.2.2 Probleme der Lösungsorientierung**

Eine mögliche Grenze des LöA liegt in der Art und Weise, mit ihm Lösungen zu erarbeiten. Wie in Kapitel 3.1.2 und 3.1.3 beschrieben, gilt für Berater\_innen im LöA, sich auf Aspekte des Gelingens, Ausnahmen vom Problem und Lösungen zu konzentrieren. Zudem richten die Berater\_innen ihren Blick auf die Zukunft. Einzelheiten zu Problemen wird in lösungsorientierten Beratungen eher dann Raum gegeben, wenn Klient\_innen diesen benötigen. Ein Interesse an den Einzelheiten von Problemen besteht hinsichtlich der Erarbeitung von Lösungen jedoch nicht.

In dieser Art Lösungen herauszuarbeiten zeigt sich eine Tendenz, möglicherweise auch solche Lösungen zu entwickeln, die wichtigen Aspekten des Problems nicht gerecht werden. So ist es z.B. möglich, dass Rückfallgefahren, welche sich nur beiläufig im Alltag der Klient\_innen zeigen, jedoch Teil ihres Suchtproblems sein können, nicht ausreichend thematisiert werden.

Des Weiteren ist in der Suchtberatung mit Jugendlichen von einer höheren Wahrscheinlichkeit auszugehen, nach welcher Klient\_innen ihre Problemlage weniger gefährlich und belastend einschätzen, als es die Situation evtl. erfordert (siehe Kap. 1.3.3). Folglich muss damit gerechnet werden, dass die Klient\_innen auch eher dazu neigen, Lösungen zu eruieren, welche sich an einem geringeren Schweregrad ihres Problems orientieren. Es bleibt festzuhalten, dass die lösungsorientierte Einstellung und auch die Zielgruppe es begünstigen, möglicherweise wichtige Facetten von Problemen im Alltagsleben der Klient\_innen bei der Erarbeitung von Lösungen zu übergehen.

#### **4.2.3 Potenziale der Klient\_innen vs. Fachwissen**

In der Arbeit mit beiden Ansätzen ist es ein wichtiges Anliegen, dass die Erkenntnisse und Lösungen zum süchtigen Verhalten der Klient\_innen nach Möglichkeit von diesen selbst entwickelt werden. Die Berater\_innen sollen möglichst nur zum Nachden-

ken anregen, was hauptsächlich mittels Fragetechniken umgesetzt wird. Im LöA vermeiden die Berater\_innen mittels gezielter Vorbehaltlosigkeit, von bestimmten Lösungsmöglichkeiten auszugehen. Wie Kapitel 3.1.3 erläutert, wird dort angenommen, dass die Klient\_innen selbst über adäquate Lösungsmöglichkeiten verfügen oder diese in deren Leben bereits vorhanden waren. In der MG wird der Evokation eine große Bedeutung beigemessen (siehe Kap. 2.1.3). Es wird dementsprechend grundsätzlich mit der Zuversicht, dass die Klient\_innen über die erforderlichen Potenziale verfügen, gearbeitet.

Dies ist durchaus mit Vorbehalt zu betrachten, da insbesondere für viele junge Klient\_innen bestimmte Zusammenhänge und Lösungsmöglichkeiten schon aufgrund ihrer geringeren Lebenserfahrung möglicherweise nicht zu erschließen sind. Hinzu kommt, dass eine geminderte Wahrnehmung von Risiken bei Jugendlichen wahrscheinlich ist (siehe Kapitel 1.3.3). Denkbar sind Fälle, bei denen Jugendliche eine manifeste, gesundheitlich hoch beeinträchtigende Sucht entwickeln, jedoch zu keiner oder nur geringer Erkenntnis gelangen. Hier besteht das Risiko, dass die Fokussierung auf Lösungspotenziale der Klient\_innen und Evokation von Problemlagen und weiteren Handlungsoptionen ablenken kann.

Auch ist es kritisch zu sehen, dass in der Arbeit mit beiden Ansätzen direkte Erteilungen von Informationen und Ratschlägen weitgehend vermieden werden (siehe Kap. 2.1.3 und 3.1.4). Durch diese Ausrichtung im Handeln besteht eine tendenziell höhere Wahrscheinlichkeit, dass selbst notwendige, von den Klient\_innen potenziell erwünschte Ratschläge nicht gegeben werden.

Es bleibt bei schwerwiegenden Problemlagen zu fragen, ob auch ein vehementes Bestreben der Klient\_innen ihren Konsum fortzusetzen oder ihren Konsum zu reduzieren akzeptabel sein kann. Dies wäre im Verständnis beider Ansätze möglich. Speziell im LöA gilt es zu akzeptieren, wenn die Klient\_innen keinen Veränderungsbedarf sehen, wie es zum ersten Lehrsatz erläutert wird (siehe Kap. 3.1.2). Nach diesem Lehrsatz gilt, nichts zu reparieren, was nicht kaputt ist und die Sichtweisen der Klient\_innen diesbezüglich zu respektieren. Dennoch ist möglich, dass es Berater\_innen im Einzelfall für erforderlich halten, entgegen dieser permissiven, evozierenden Ausrichtung der Ansätze zu handeln. Hieraus ergibt sich eine Anforderung an die Berater\_innen, sich ggf. von den Ansätzen zu lösen. Zu diskutieren bleibt hier, welche Situationen in Suchtberatungen mit Jugendlichen dazu führen sollten.

#### 4.2.4 Zur Abstimmung von Denk- und Handlungsweisen

Die MG und der LöA setzen definierte Einstellungen ihrer Berater\_innen voraus. So wird in der MG, wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt, die Authentizität der Berater\_innen als eine wichtige Einstellung betrachtet. Berater\_innen sollten demnach von ihrem Handeln und ihrer Zuversicht überzeugt sein, um authentisch zu wirken. In den Beschreibungen des LöA werden vorwiegend Denkweisen verdeutlicht, die den lösungsorientierten Handlungsweisen zugrunde liegen (siehe Kap. 3.1.2). Entsprechend bilden im LöA und in der MG Denken und Handeln eine Einheit.

Jedoch muss in der Suchtberatung mit Jugendlichen auch damit gerechnet werden, dass sich nicht jede Technik und Einstellung in voller Konsequenz durchhalten lässt. So ist es, wie bereits in Kapitel 2.1.4 beschrieben, wahrscheinlich, dass es jugendlichen Klient\_innen schwer fallen kann, auf offene Fragen zu antworten. Es wird für die MG empfohlen, den Jugendlichen ggf. Antworten anzubieten. Auch wird für die MG besonders mit Jugendlichen empfohlen, Bestätigungen auf eine Weise auszu-drücken, die möglichst unmissverständlich ist, um voreilige Schlüsse der Klient\_innen zu vermeiden (siehe Kap. 2.1.4). Außerdem sollten vermehrt Ratschläge verwendet werden, wenn die Jugendlichen über eine geringe Fähigkeit verfügen, konstruktive Gedanken zu ihrer Situation zu entwickeln (siehe Kap. 2.1.5). Annahmen über die Potenziale der Klient\_innen fallen hier entsprechend reduziert aus. Es wird in Betracht gezogen, dass es im Gespräch mit Jugendlichen vermehrt erforderlich ist, die Techniken und die Vorgehensweise den Potenzialen der Klient\_innen anzupassen. Zudem wird eine sensiblere und geduldigere Einfühlung der Berater\_innen notwendig.

Hinzu kommt die erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Widerstandsverhalten in der Arbeit mit Jugendlichen (siehe Kap. 1.3.3). Dieses kann zu Situationen führen, die - wie in der Analyse der Ansätze erläutert - die Frustrationstoleranz der Berater\_innen beansprucht (siehe Kap. 2.2.2 und 3.2.2 ).

Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Ansätze in der Suchtberatung mit Jugendlichen die Geduld und Frustrationstoleranz der Berater\_innen in einem vergleichsweise hohen Maß beanspruchen. Zwar lässt sich hierzu damit argumentieren, dass eben diese Geduld und Frustrationstoleranz zur allgemeinen Professionalität der Sozialarbeiter\_innen gehören sollte. Es muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass auch Sozialarbeiter\_innen der jeweiligen Situation nahe liegende, affekti-

vere Denkweisen entwickeln können, sei es bspw. in besonders stressbehafteten Lebenssituationen oder aus unbewussten Überzeugungen heraus. Es bleibt damit für die jeweiligen Berater\_innen zu prüfen, inwiefern ihre notwendige Abstimmung von Denken und Handeln im Rahmen der Ansätze durchzuhalten ist. Hier können sich, je nach individueller Persönlichkeit der Berater\_innen, Grenzen zeigen, die durch die Anwendung der Ansätze offenbar werden.

## **5. Vorschläge und Handlungsempfehlungen**

Die folgenden Vorschläge und Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Suchtberatungen mit Jugendlichen, in denen die MG bzw. der LöA angewendet werden. Es geht darum, Ideen für die Anwendung der Ansätze zu geben. Das schließt sowohl die Sensibilisierung für spezifische Herausforderungen im Handlungsfeld als auch Vorschläge für eine adäquate Anwendung der Ansätze ein.

### **5.1 Zum Umgang mit den Vorteilen einer Sucht**

In Kapitel 4.2.1 konnte verdeutlicht werden, dass Anlass besteht, Techniken, mit denen Süchte in Vor- und Nachteilen aufgewogen werden, kritisch zu betrachten. Hierzu kann vorgeschlagen werden, in der praktischen Arbeit den unmittelbaren Zusammenhang und die sich bedingenden sowie reziprok beeinflussenden Wirkungen der Vor- und Nachteile explizit hervorzuheben. Es gilt hier im Einzelnen zu verdeutlichen, dass es kaum Vorteile süchtigen Verhaltens geben kann, die nicht mit Nachteilen verbunden sind. Es liegt nahe, die Techniken der Ansätze zu nutzen, um die Klient\_innen dazu zu bringen, diese Erkenntnisse selbst zu entwickeln.

Wenn, wie im Kapitel 4.2.1 beschrieben, jugendliche Klient\_innen noch keine Nachteile ihres Verhaltens in Betracht ziehen können, ist eher zu empfehlen, ein Gespräch informativ zu gestalten. In derartigen Situationen gilt es, einen Auftrag zur Aufklärung zu erkennen und weitestmöglich zu erfüllen. Auch hier lassen sich die partnerschaftlichen Einstellungen und Handlungsweisen der Ansätze nutzen, um die Klient\_innen dahingehend anzuregen, selbst Erkenntnisse zu entwickeln. Wichtig ist, dass Berater\_innen, die die MG oder den LöA anwenden, auch in Betracht ziehen können, zunächst am Informationsbedarf anzusetzen, der bei jugendlichen Klient\_innen wahrscheinlich ist.

## **5.2 Verständnis durch Hintergrundwissen**

Da es ein inhärenter Bestandteil der MG und des LöA ist, die Eigenständigkeit der Klient\_innen zu respektieren und zu fördern, sollte hier auch besonderer Fokus auf die praktische Umsetzung gelegt werden.

Entsprechend ist es für Suchtberater\_innen zielführend, sich häufige, typische Verhaltensweisen Jugendlicher, die in einem Zusammenhang mit Autonomiebestrebungen stehen, bewusst zu machen, um sie mit angemessener Einfühlung zu berücksichtigen. Spezieller lässt sich empfehlen, Zusammenhänge von süchtigen Verhaltensweisen und Autonomiebestrebungen genauer zu ermitteln. Auf diese Weise können Berater\_innen ein begründetes, authentisches Verständnis für die Verhaltensweisen ihrer Klient\_innen entwickeln, was sie zudem dabei unterstützt, kongruent zu sein.

## **5.3 Fachwissen im Austausch**

Die in Kapitel 4.2.4 beschriebenen Modifizierungen von Techniken, weisen darauf hin, dass es möglich ist, die Anwendung der Ansätze an ihrer jeweiligen Zielgruppe auszurichten.

Daraus leitet sich die Empfehlung ab, die Möglichkeiten des fachlichen Austausches in den Netzwerken der Ansätze zu nutzen (siehe Kap. 2.1.1, 3.1.1). Ziel sollte es sein, ein Wissen über die praktische Anwendung der Ansätze aufzubauen, das den jeweiligen speziellen Anforderungen in der Suchtberatung mit Jugendlichen gerecht wird. Zwar gibt es im Buch von Naar-King und Suarez drei Kapitel, in denen die MG mit Jugendlichen mit bestimmten Suchtproblemen beschrieben werden (vgl. Naar-King/Suarez 2012). Jedoch bleibt fraglich, ob diese den umfänglichen Anforderungen an die Suchtberatung genügen. Wie mit den Beschreibungen der Konsumverhalten Jugendlicher (siehe Kap. 1.3.1) und den Bundesmodellprojekten FreD und HaLT (siehe Kap. 1.3.2) verdeutlicht wurde, sind bspw. viele Arten von Settings und Schwerpunkten in der Suchtberatung mit Jugendlichen möglich.

Denkbar wäre hier, praktische Hinweise zu häufig auftretenden Situationen in den jeweiligen Settings in einer Wenn-Dann-Struktur aufzubereiten. Ein bereits vorhandenes Beispiel hierfür ist die Empfehlung, mehrere Antworten anzubieten, wenn offene Fragen die Klient\_innen überfordern (siehe Kap. 2.1.4).



Auch bietet es sich an, Techniken, die in der Literatur des LöA angeboten werden, in der MG zu nutzen oder umgekehrt. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn bisherige Beratungen hauptsächlich auf einem der beiden Ansätze basieren. In Kapitel 3.1.4 wird zum LöA empfohlen, den Klient\_innen Vorschläge anzubieten. Der Begriff Rat-schlag, welcher ein besseres Wissen der Berater\_innen implizieren würde, kann auf diese Weise vermieden werden. Diese Begründung, den Begriff Vorschlag zu verwenden, erscheint schlüssig und lässt sich daher auch für Berater\_innen empfehlen, die hauptsächlich mit der MG arbeiten. Umgekehrt lässt es sich auch für lösungsorientiertes Arbeiten empfehlen, wie in der MG die Klient\_innen stets nach Erlaubnis zu fragen, einen Rat- bzw. Vorschlag erteilen zu dürfen (siehe Kap. 2.1.5). Beide Maßnahmen würden der respektvollen Einstellung beider Ansätze entsprechen.

## **6. Fazit**

Das Anliegen der vorliegenden Thesis war es, Möglichkeiten und Grenzen der ausgewählten Gesprächsführungsansätze – LöA und MG – in der Suchtberatung mit Jugendlichen herauszuarbeiten und aus ihnen Handlungsempfehlungen abzuleiten. Hierfür galt es zunächst, das Arbeitsfeld mit seinen Anforderungen als auch die Ansätze repräsentativ darzustellen.

Mit den Ausführungen zum Suchtbegriff wurde dargestellt, dass es sich bei der Sucht um ein komplexes Phänomen handelt, welches die Betroffenen zu irrationalem Verhalten führt. Zudem wurde anhand der Erläuterungen zur Suchtentstehung in der Jugendphase sowie der Charakterisierung von häufigen Beratungsanlässen und -situationen, die Anforderungen in der Suchtberatung mit Jugendlichen veranschaulicht.

Die Darstellung der Ansätze verdeutlichte bereits, dass ihre akzeptierende, partnerschaftliche Ausrichtung eine gute Grundlage dafür bietet, Vertrauen zu Jugendlichen aufzubauen und wertfrei über Suchtverhalten sprechen zu können. Zusätzlich wurde herausgestellt, dass die erforderliche positive Einstellung der Berater\_innen die Aussicht darauf steigert, Potenziale der Klient\_innen zu aktivieren. Beide Ansätze sind folglich auf die Nutzung von Möglichkeiten der Klient\_innen ausgelegt.

Als eine besondere Stärke der Ansätze ist das Respektieren der Autonomie der Klient\_innen hervorzuheben, da gerade dem Streben nach Autonomie in der Jugendphase eine hohe Bedeutung zukommt. Zudem werden die Berater\_innen von emotional ausgetragener und zudem häufig ineffektiver Kommunikation entlastet, da es für

die Anwendung der Ansätze vorgesehen ist, Diskussionen und Konfrontationen möglichst zu vermeiden. Auch ist es als Vereinfachung und damit evtl. als Entlastung anzusehen, dass in der Anwendung der Ansätze die Expertise zur Sucht eine eher untergeordnete Rolle spielt. Als weitere Möglichkeiten sind die Übertragbarkeit der Ansätze in andere berufliche Zusammenhänge sowie die fachliche Vernetzung zu nennen. Insgesamt wurde erkennbar, dass beide Ansätze ein vielseitig anwendbares Handlungsrepertoire aufweisen.

Eine mögliche Grenze ist im dichotomen Suchtverständnis der MG auszumachen, das dem komplexen und irrationalen Wesen einer Sucht kaum gerecht wird. Zum LöA ist festzustellen, dass dieser den Berater\_innen eine Tendenz nahelegt, wichtige Facetten von Problemen im Alltagsleben der Klient\_innen bei der Erarbeitung von Lösungen zu übergehen. Im Allgemeinen sollte vor allem in der Beratung mit Jugendlichen das Augenmerk auf mögliche Risiken gerichtet sein, die die permissive, akzeptierende Ausrichtung beider Ansätze mit sich bringt. Bspw. kann dies den Kenntnisstand der Klient\_innen betreffen, wenn dieser einen riskanten Umgang mit Suchtmitteln begünstigt. Außerdem kann die Anwendung der Ansätze bei Jugendlichen, den Anspruch an die Berater\_innen situationsbedingt erhöhen, ihre Authentizität zu wahren.

Zum Umgang mit dem dichotomen Suchtverständnis der MG wurde in der vorliegenden Thesis empfohlen, den unmittelbaren Zusammenhang der Vor- und Nachteile einer Sucht in den betreffenden Beratungen herauszuarbeiten. Zudem wurde die Aneignung von Hintergrundwissen zur Zielgruppe empfohlen, welches ein authentisches Verständnis der Berater\_innen unterstützt. Auch wurde auf das Potenzial fachlicher Vernetzung hingewiesen, um das Wissen über die Ansätze in ihren jeweiligen Zusammenhängen zu vertiefen.

Zu den herausgestellten Möglichkeiten und Grenzen muss betont werden, dass diese zu mehreren, unterschiedlichen Techniken und Eigenschaften der Ansätze und in Bezug auf das Arbeitsfeld aufgezeigt wurden. Dies verdeutlicht, dass möglichst viele relevante Faktoren in den Blick zu nehmen sind, um wichtige Potenziale und mögliche Grenzen einer Methode zu eruieren. Hierbei ist neben dem fachlichen Wissen über das betreffende Arbeitsfeld, auch die Bereitschaft zur kritischen Auseinandersetzung mit scheinbar naheliegenden Sicht- und Vorgehensweisen hilfreich. Entsprechend wurde z.B. die Einteilung einer Sucht in Vor- und Nachteile, wie sie in der MG praktiziert wird, hinterfragt.

Aus den aufgezeigten Grenzen konnten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Insbesondere wurde deutlich, dass nicht jede Handlungsweise und Einstellung der Ansätze eine allgemeinere Gültigkeit besitzt. Dies wurde u.a. daran deutlich, dass es bei bestimmten Jugendlichen notwendig sein kann, Techniken der Ansätze zu modifizieren. Es bleibt erforderlich, sich am Einzelfall zu orientieren und differenziert Handlungsoptionen abzuwägen, die nicht im Handlungsrepertoire der Ansätze vorgesehen sind. Das bedeutet auch, dass der verständliche Wunsch, mit einem Gesprächsführungsansatz eine möglichst universelle Anleitung für Beratungen zu erhalten, nicht eine unreflektierte Anwendung von Techniken zur Folge haben sollte. Allgemeiner kann gesagt werden, dass die Ansätze bei allen Hilfestellungen, die sie bieten, dennoch nur so wirksam sein können, wie ihre Anwender\_innen es zulassen. Entsprechend stellen eine auf den Einzelfall bezogene subjektive Wahrnehmung und differenzierte Entscheidungsfähigkeit vonseiten der Berater\_innen bedeutsame Voraussetzungen für verantwortungsvolles und kreatives Handeln dar.

Die genannten Fähigkeiten ermöglichen es, Möglichkeiten und Grenzen auch in der Praxis eigenständig, flexibel und mit Neugier zu erkunden. „Es genügt nicht, allgemeine Gesetze, Regeln und Methoden des Feldes zu kennen, sondern es ist notwendig, die je besonderen Bedingungen des Gelingens und Misslingens besser zu verstehen“ (Müller/Schwabe 2009, S. 18).

## Literatur:

Baierl, Martin (2014): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen, 4. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Bamberger, Günter G. (2010): Lösungsorientierte Beratung, 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Batra, Anil (2012): Psychotherapie der Sucht. In: Borcsa, Maria [u.a.] (Hg.): Psychotherapie im Dialog, Jg. 13, Heft 4, S. 3-8.

Beise, Uwe (2013): Sucht. In: Beise, Uwe/Heimes, Silke/Schwarz, Werner (Hg.): Gesundheits- und Krankheitslehre. Lehrbuch für die Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, 3. aktual. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 399-404.

Belardi, Nando (2013): Beratung. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 7. vollst. überarb. und aktual. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 162-165.

Berg, Insoo Kim/Reuss, Norman H. (1999): Lösungen – Schritt für Schritt. Handbuch zur Behandlung von Drogenmißbrauch. Dortmund: verlag modernes lernen (systemische Studien, Band 19).

Bornhäuser, Annette (2003): Tabakkonsum im Kindes- und Jugendalter. In: Farke, Walter/Graß, Hildegart/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 68 – 80.

Brueck, Rigo (2009): Vorwort zu deutschen Ausgabe. In: Miller, William R./Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung, 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 11-13.

de Shazer, Steve/Dolan, Yvonne (2013): Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie, 3. unv. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Farke, Walter/Broekman, Antje (2003): Drogenkonsum aus Sicht suchtgefährdeter Jugendlicher – Prävalenz und Bedarf an Hilfe. In: Farke, Walter/Graß, Hildegart/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 6-18.

Gantner, Andreas (2003): Cannabis – Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. In: Farke, Walter/Graß, Hildegart/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 86-93.

Goltz, Christoph von der/Kiefer, Falk (2008): Bedeutung von Lernen und Gedächtnis in der Pathogenese von Suchterkrankungen. In: Der Nervenarzt, Jg. 9, Heft 79, S. 1006-1016.

Graß, Hildegard/Farke, Walter (2003): Drogenkonsumierende Jugendliche in der ärztlichen Praxis – Eine Befragung und Schlussfolgerungen für den ärztlichen Alltag. In: Farke, Walter/Graß, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 19-28.

Hagen, Jutta (2001): Ansprüche an und von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung in Tagesstätten, Marburg: Lebenshilfe-Verlag Marburg.

Hartmann, Maïke/Filipek, Marta/Berking, Matthias (2012): Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen. In: Berking, Matthias/Rief, Winfried (Hg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören, Lernen im Web. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 173–184.

Haselmann, Sigrid (2009): Systemische Beratung und der systemische Ansatz in der Sozialen Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis, 2. überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 155-206.

Heckmann, Wolfgang (2013): Sucht. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 7. vollst. überarb. und aktual. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, S. 944-947.

Hernandez [u.a.] (2012): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung von Alkoholproblemen. In: Naar-King, Sylvie/Suarez, Mariann (Hg.): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 104-110.

Horn, Wolf-Rüdiger (2003): Jugendmedizinische Aspekte in der Sekundärprävention – Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen in der Praxis. In: Farke, Walter/Graß, Hildegard/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 109-118.

Jordan, Susanne/Sack, Peter-Michael (2009): Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius, Rainer [u.a.] (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 127-146.

Kern, Sabine (2013): Zur Ätiologie der Sucht. Wer sich in ein Labyrinth begibt, sollte den Ariadnefaden nicht vergessen! In: Kern, Sabine/Spitzer-Prochazka, Sabine (Hg.): Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. Das Drama der Abhängigkeit. Eine Begegnung in 16 Szenen, Vol. 11, Sonderheft 1 supp., S. 23-45.

Klüsche, Wilhelm (Hg.) (1999): Ein Stück weitergedacht... Beiträge zur Theorie und Wissenschaftsentwicklung der Sozialen Arbeit. Freiburg: Lambertus Verlag, S. 30-51.

Kremer, Georg/Schulz, Michael (2012): Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag (Basiswissen, Band 23).

Kuntz, Helmut (2013): Drogen & Sucht. Ein Handbuch über alles was Sie wissen müssen, 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Ladewig, Dieter [u.a.] (1971): Drogen unter uns. Medizinische, psychologische und juristische Aspekte des Drogenproblems. Basel/München: S. Karger.

Lehmkuhl, Gerd (2008): Suchtstörungen. Multifaktorielle Suchtgefährdung. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention - Hilfen. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag, S. 49-60.

Leune, Jost (2000): Suchtberatung. In: Stimmer, Franz (Hg.): Suchtlexikon. München/Wien: R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 603–608.

Lindenmeyer, Johannes (2013): Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. In: Badura, Bernhard [u.a.] : Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 21-26.

Loviscach, Peter (2000): Genese. In: Stimmer, Franz (Hg.): Suchtlexikon. München/Wien: R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 264-270.

Miller, William R./Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Miller, William R./Rollnick, Stephen (2009): Motivierende Gesprächsführung, 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Müller, Burkhard/Schwabe, Mathias (2009): Pädagogik mit schwierigen Jugendlichen. Ethnografische Erkundungen zur Einführung in die Hilfen zur Erziehung. Weinheim/München: Juventa (Studienmodule Soziale Arbeit).

Naar-King, Sylvie/Suarez, Mariann (Hg.) (2012): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Nestmann, Frank/Sickendiek, Ursel (2005): Beratung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 140-152.

Noeker, Meinolf (2011): Psychologische Erstintervention nach Alkoholintoxikation. In: Monatsschrift Kinderheilkunde, Vol. 159, Heft 2, S. 124-132.

Oerter, Rolf/Dreher, Eva (2008): Jugendalter. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.): Entwicklungspsychologie, 6. vollst. überarb. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 271-332.

Reese, Anneke/Silbereisen, Rainer K. (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention von junglichem Risikoverhalten. In: Freund, Thomas/Lindner, Werner (Hg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich, S. 139-162.

- Reis, Olaf (2012): Risiken und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. In: Batra, Anil/Bilke-Hentsch, Oliver (Hg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart/NewYork: Thieme Verlag, S. 8-15.
- Rietmann, Stephan (2009): Lösungsorientierte Gesprächsführung. In: Rietmann, Stephan/Hensen, Gregor (Hg.): Werkstattbuch Familienzentrum. Methoden für die erfolgreiche Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-20.
- Rollnick, Stephen/Miller, William R. (2012): Anmerkung der Reihen-Herausgeber zum US-amerikanischen Original. In: Naar-King, Sylvie/Suarez, Mariann (Hg.): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 11.
- Rollnick, Stephen/Miller, William R./Butler, Christopher C. (2012): Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core-Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Rumpf, Hans-Jürgen (2012): Die Grenzen des Suchtbegriffs. In: Sucht, Jg. 58, Heft 2, S. 81–83.
- Sack, Peter-Michael/Thomsius, Rainer (2009): Klassifikation der Suchtstörungen. In: Thomsius, Rainer [u.a.] (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 8-20.
- Schabdach, Michael (2009): Soziale Konstruktionen des Drogenkonsum und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit; Band 7).
- Scherbaum, Norbert (2009): Jugend und Suchtmittel – Intervention und Therapie der Zukunft. In: Mann, Karl/Havemann-Reinecke, Ursula/Gaßmann, Rahpael (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen, 2. überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 170-178.
- Schmid, Martin/Schu, Martina/Vogt, Irmgard (2012): Motivational Case-Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Schulz, Wolfgang (2000): Sucht. In: Stimmer, Franz (Hg.): Suchtlexikon. München/Wien: R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 581-585.
- Schwehm, Helmut (2000): Humanistische Psychologie. In: Stimmer, Franz (Hg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit, 4. Aufl. München: R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 313-320.
- Settertobulte, Wolfgang (2003): Problematische Formen des Alkoholkonsums – Häufigkeiten, Trends, Ursachen. In: Farke, Walter/Graß, Hildegart/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, S. 81-85.

Settertobulte, Wolfgang/Richter, Matthias (2009): Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006. In: Mann, Karl/Havemann-Reinecke, Ursula/Gaßmann, Rahpael (Hg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen, 2. überarb. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 7-27.

Steiner, Therese/Berg, Insoo Kim (2006): Handbuch für Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern, 2. Aufl. Heidelberg. Carl-Auer Verlag.

Stein/L. A. R. (2012): Motivierende Gesprächsführung im Jugendstrafvollzug. Warum MI? In: Naar-King, Sylvie/Suarez, Mariann (Hg.): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 120-126.

Thomasius, Rainer (2005): Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen. In: Möller, Christoph (Hg.): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–36.

Thomasius, Rainer [u.a.] (Hg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Tossmann, Peter (2004): Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? In: Sucht, Jg. 50, Heft 3, S. 164–171.

Tossmann, Peter/Baumeister, Sebastian (2008): Früher Substanzkonsum. In: Klein, Michael (Hg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention - Hilfen. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag, S. 181-189.

Varga von Kibéd, Matthias (2013): Vorwort. In: de Shazer, Steve/Dolan, Yvonne (Hg.): Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie, 3. unv. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Walker, Denise (2012): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung von Marihuana-Abhängigkeit. In: Naar-King, Sylvie/Suarez, Mariann (Hg.): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, S. 111-119.

Walter, Ulla [u.a.] (2011): Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene – gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In: KKH-Allianz (Hg.): Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin, S. 3-30.

Widulle, Wolfgang (2012): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen, 2. durchges. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.

Zistl, Anneliese (2004): Einführung in die Psychiatrie. Ein Leitfaden für pflegendes, therapierendes, betreuendes Fachpersonal. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.



## Onlinequellen:

Baeschlin, Marianne/Baeschlin, Kaspar (2008): Einfach, aber nicht leicht. Band 1: Leitfaden für lösungsorientiertes Arbeiten in sozialpädagogischen Organisationen, durchges. und ergänz. Neudr. Winterthur, online unter:

[http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/schriftenreihe/ZLB\\_band\\_1.pdf](http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/schriftenreihe/ZLB_band_1.pdf)

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

Baeschlin, Marianne/Baeschlin, Kaspar (2009): Lösungsorientiertes Denken und Handeln. Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes (LOA) in stationären Einrichtungen. In: HVBE Dossier (März 2009), S. 1-5, online unter:

[http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/downloads/loesungs\\_denken.pdf](http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/downloads/loesungs_denken.pdf)

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

Baeschlin, Marianne/Baeschlin, Kaspar (2014): Unser Weg zur lösungsorientierten Pädagogik. Winterthur, online unter:

[http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/downloads/Artikel%20Baeschlin\\_unser%20Weg%20zu%20LOA.pdf](http://www.zlb-schweiz.ch/pdf/downloads/Artikel%20Baeschlin_unser%20Weg%20zu%20LOA.pdf)

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, online unter:

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=04214daa80cc48c7afcdb7d64baf60db>

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, online unter:

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=bad6515fa9137226f0f3ae093aa82990>

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014a): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, online unter:

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=1be102ef7ebbdeadf2348e806bdfb295>

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014b): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, online unter:

<http://www.bzga.de/pdf.php?id=8b4ab54145400c710d8340f76182b04c>

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014a): ICD-10-GM Version 2015, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen, Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, F10-F19, online unter:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f10-f19.htm>

(Letzter Abruf: 20.04.2015)

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2014b): Klassifikation, Terminologien, Standards: ICD-10-GM, online unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> (Letzter Abruf: 20.04.2015)

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2014c): ICD-10-GM Version 2015, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F60-F69, online unter: [www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f60-f69.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f60-f69.htm) (Letzter Abruf: 20.04.2015)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): Drogen- und Suchtbericht, online unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-und\\_Suchtbericht\\_2014\\_Gesamt\\_WEB\\_07.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/Drogen-und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf) (Letzter Abruf: 20.04.2015)

EBTA – European Brief Therapy Association (2013): <http://blog.ebta.nu/about-us/structure> (Letzter Abruf: 20.04.2015)

HBSC-Team Deutschland (2012): Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen, online unter: [http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2012/01/Faktenblatt\\_Alkoholkonsum\\_final.pdf](http://hbsc-germany.de/wp-content/uploads/2012/01/Faktenblatt_Alkoholkonsum_final.pdf) (Letzter Abruf: 20.04.2015)

Heckmann, Wolfgang (2000): Sucht. Lexikon der Psychologie, online unter: <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/sucht/15070> (Letzter Abruf: 20.04.2015)

LWL - Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL-Koordinationsstelle Sucht (2011): Miteinander erfolgreich. FreD. Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. Münster, online unter: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FreD\\_Broschuere\\_de.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FreD_Broschuere_de.pdf) (Letzter Abruf: 20.04.2015)

Motivational Interviewing Network of Trainers (2014): About MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers, online unter: [www.motivationalinterviewing.org/about\\_mint](http://www.motivationalinterviewing.org/about_mint) (letzter Abruf 20.04.2015)

nla - Netzwerk für lösungsorientiertes Arbeiten (2015a): LOA in der Schweiz. Luzern, online unter: <http://nla-schweiz.ch/loa-in-der-schweiz> (Letzter Abruf: 20.04.2015)

nla - Netzwerk für lösungsorientiertes Arbeiten (2015b): Unser Portrait. Luzern, online unter: <http://nla-schweiz.ch/portrait-nla> (Letzter Abruf: 20.04.2014)

Schöpflin Stiftung (2015a): HaLT-Deutschland, online unter:  
[http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=104](http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=104)  
(Letzter Abruf: 20.04.2015)

Schöpflin Stiftung (2015b): Wie ist HaLT entstanden? Von der regionalen Initiative zum Bundesmodellprojekt, online unter:  
[http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=46&Itemid=89](http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=89)  
(Letzter Abruf: 20.04.2015)

Villa Schöpflin (Hg.) (2009): Bundesmodellprojekt HaLT. Handbuch. Trainer-Manual und Projektdokumentation, 3. Aufl. Lörrach, online unter:  
[http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/handbuch\\_halt\\_2009.pdf](http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/handbuch_halt_2009.pdf)  
(Letzter Abruf: 20.04.2015)

## **Abkürzungsverzeichnis**

BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EBTA	-	European Brief Therapy Association
FreD	-	Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten
HaLT	-	Hart am Limit
HBSC	-	Health Behaviour in School-aged Children
Hg.	-	Herausgeber
ICD	-	International Classification of Diseases
LöA	-	Lösungsorientierter Ansatz
MG	-	Motivierende Gesprächsführung
nla	-	Netzwerk für lösungsorientiertes Arbeiten
SGB	-	Sozialgesetzbuch
WHO	-	World Health Organization

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums.....	S.11
---	------

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 22.04.2015

Unterschrift

Olaf Schultchen