

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN  
FAKULTÄT WIRTSCHAFT & SOZIALES  
DEPARTMENT SOZIALE ARBEIT

# **Sucht und Familie – Analyse und Optimierung der Motivierenden Gesprächsführung als Beratungsansatz in der Suchtkrankenhilfe**

Master-Thesis

Tag der Abgabe:

03.02.2016

Vorgelegt von:

Grit Lehmann





Betreuender Prüfer:

Prof. Dr. Harald Ansen

Zweiter Prüfer:

Prof. Dr. Jens Weidner

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Sucht und Familiendynamik</b> .....	<b>8</b>
1.1 Suchtgenese .....	9
1.1.1 Das Suchtdreieck .....	9
1.1.2 Ausgewählte psychologische Erklärungsmodelle zur Entstehung von Abhängigkeit .....	11
1.2 Personen in Beziehungen – Konzepte der Co-Abhängigkeit .....	12
1.2.1 Entwicklung unterschiedlicher Konzepte der Co-Abhängigkeit .....	13
1.2.2 Folgen für die Angehörigen .....	15
1.3 Verlauf der Suchtkarriere unter Beachtung familiendynamischer Aspekte .....	16
1.3.1 Phasenmodell zur Erklärung einer Abhängigkeitsentwicklung .....	17
1.3.2 Phasenmodell zur Erklärung der Entwicklung co-abhängigen Verhaltens.....	20
<b>2 Suchtberatung unter Einbeziehung von Angehörigen</b> .....	<b>23</b>
2.1 Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung im Kontext der Suchtberatung	25
2.1.1 Grundhaltung und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung .....	27
2.1.1.1 Empathie ausdrücken .....	28
2.1.1.2 Diskrepanzen entwickeln lassen .....	29
2.1.1.3 Widerstand umlenken .....	29
2.1.1.4 Selbstwirksamkeit fördern .....	30
2.1.2 Methoden der Motivierenden Gesprächsführung .....	30
2.1.2.1 Offene Fragen .....	31
2.1.2.2 Aktives Zuhören.....	31
2.1.2.3 Bestätigen.....	31
2.1.2.4 Zusammenfassen.....	32
2.1.2.5 Change-Talk hervorrufen.....	33

2.1.2.6	Einleitung von Phase zwei .....	36
2.1.2.7	Einen Veränderungsplan aushandeln .....	37
2.2	Indikation des Methodenansatzes .....	38
2.3	Studien zur Wirksamkeit .....	39
2.4	Grenzen der Wirksamkeit .....	41
<b>3</b>	<b>Sucht und Familie in der Suchtberatung.....</b>	<b>42</b>
3.1	Hinweise für die Indikation einer Einzelberatung in der Suchtberatung.....	44
3.2	Argumente für eine gemeinsame Beratung von Suchterkranken und ihren Angehörigen .....	45
3.3.	Herausforderungen im Beratungsprozess durch die Paar- oder Familiendynamik ...	46
3.3.1	Allianzen und Koalitionen in der Beratung .....	46
3.3.2	Das Prinzip der Allparteilichkeit und Neutralität .....	47
3.4.1	Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Familienangehörigen .....	49
3.4.1.1	Exkurs Kinder aus suchtbelasteten Familien .....	50
3.4.1.2	Substanzmissbrauchende Kinder und Jugendliche .....	51
3.4.1.3	Ablehnung auf Seiten der Ratsuchenden .....	51
3.4.1.4	Strukturelle und emotionale Grenzen .....	52
3.4.1.5	Fehlender Konsens über das Beratungsziel .....	52
3.4.1.6	Physische Gefährdung durch ein offenes Gespräch oder gesundheitliche Einschränkungen.....	52
3.4.1.7	Grenzen durch Milieueinflüsse und Überforderung .....	54
3.4.1.8	Erlernte Hilflosigkeit .....	54
<b>4</b>	<b>Methodische Vorschläge für eine Erweiterung des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung.....</b>	<b>55</b>
4.1.	Systemische Fragen .....	57
4.1.1	Dyadische und triadische Fragen .....	58
4.1.2	Fragen zu Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen.....	59
4.2	Umdeutung/ Reframing .....	60

4.2.1 Bedeutungsreframing .....	61
4.2.2 Kontextreframing .....	61
4.2.3 Inhaltsreframing .....	62
4.3 Handlungsvorschläge.....	63
<b>5 Ausblick.....</b>	<b>64</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>69</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>70</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>76</b>

## Einleitung

Der Gebrauch von Drogen im weitesten Sinne gehört zu unserem Alltag. Dazu gehören Genussmittel wie z. B. Kaffee, Tee oder auch Zigaretten. Im Gegensatz zum Alkohol, einigen Medikamenten und den sogenannten illegalen Drogen wie Heroin, Kokain, Cannabis u. a. haben diese Genussmittel jedoch keine persönlichkeitsverändernden Wirkungen und sind weitgehend gesellschaftlich toleriert und akzeptiert, wobei der Genuss von Nikotin mittlerweile auch einigen Restriktionen unterworfen ist. Der Gebrauch von Alkohol gehört ebenfalls zur gesellschaftlichen Normalität so lange er sich in einem Bereich bewegt, in dem das Individuum trotz des Alkoholkonsums funktionsfähig bleibt. So sind bestimmte Rituale wie z.B. der erste Alkoholkonsum zur Konfirmation, das Feierabendbier, der Vollrausch auf der Betriebsfeier, das Anstoßen mit Alkohol zu festlichen Anlässen so tief in unseren gesellschaftlichen Traditionen verankert, dass es eher auffällig ist, wenn man sich dem entzieht statt daran teilzunehmen. Schwierig wird es erst, wenn der zunehmende Konsum von Alkohol dazu führt, dass den gesellschaftlichen Rollenerwartungen nicht mehr in vollem Umfang entsprochen wird, z.B. häufiges Fehlen, Trunkenheit am Arbeitsplatz, Alkohol am Steuer mit Unfallfolge, erhöhte Aggressivität oder ähnliches. Die aktuellen Zahlen aus dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2014 zeigen deutlich, dass der Alkoholkonsum in Deutschland ein ernst zu nehmendes Problem darstellt. Demnach beträgt der durchschnittliche Pro-Kopf-Alkoholkonsum in Deutschland jährlich 9,6 Liter reinen Alkohols. 9,5 Millionen Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Gemäß den aktuellen Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) gelten etwa 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren als alkoholabhängig, ein Alkoholmissbrauch liegt bei etwa 1,61 Millionen Menschen vor. Jedes Jahr sterben in Deutschland mindestens 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs bzw. an den Folgen des kombinierten Konsums von Alkohol und Tabak. Nach Untersuchungen, die sich auf das Jahr 2007 beziehen, belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten durch missbräuchlichen oder riskanten Alkoholkonsum in Deutschland auf 26,7 Milliarden (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015: 15). Im Vergleich dazu spielt der Konsum von illegalen Drogen<sup>1</sup> zahlenmäßig eine eher untergeordnete Rolle, nach dem Drogen- und Suchtbericht 2015 weisen 283.000 Personen

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle wäre es wissenschaftlich korrekter von illegalisierten Drogen zu sprechen, da nicht die Substanz als solches oder der Schädigungsgrad bestimmen, ob eine Droge bzw. deren Konsum legal oder illegal ist, sondern es im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und damit vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz definiert wird.

einen Missbrauch und 319.000 eine Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen auf. Die Schätzungen der Zahlen zur Medikamentenabhängigkeit liegen weit auseinander, bisherige Studien gingen von 1,4 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland aus. Neuere Ergebnisse zeigen eine sehr große Bandbreite. Während der Suchtsurvey 2012 von 2,3 Millionen Menschen in Deutschland ausgeht, die von Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln abhängig sind, errechnet der Gesundheitssurvey des RKI eine Zahl von etwa 1,3 Millionen Betroffenen, die diese Präparate missbräuchlich konsumieren (vgl. ebd.: 35 u. 43). Der Vollständigkeit halber sollen an dieser Stelle auch die Zahlen derjenigen genannt werden, die ein problematisches oder sogar pathologisches Glücksspielverhalten zeigen. Glücksspiel ist zwar keine psychotrope und damit persönlichkeitsverändernde Substanz, hat aber ebenso wie die bereits genannten Süchte in vielerlei Hinsicht Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche der Betroffenen wie z.B. auf die Gesundheit, die finanzielle und die soziale Situation (Partnerschaft, Arbeit, Familie). Befragungen zu Folge lässt sich die Zahl der Menschen mit einem problematischem Glücksspielverhalten auf 208.000 bis

351.000 und der mit einem pathologischen Glücksspielverhalten auf 191.000 bis 339.000 schätzen (vgl. ebd.: 59). Ausgehend von den niedrigsten Schätzungen und ohne die Personen, die in riskanter Weise Alkohol konsumieren, ergibt das eine Zahl von rund 5,68 Millionen Menschen, die in Deutschland von persönlichkeitsverändernden psychotropen Substanzen abhängig sind oder sie missbräuchlich konsumieren bzw. ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen. Nun sind davon nicht nur die Abhängigen selbst betroffen, sondern darüber hinaus weitere Personen aus dem nahen sozialen Umfeld. Schätzt man konservativ, dass noch zwei weitere Personen von einer Suchterkrankung mitbetroffen sind, sind das noch einmal 11,36 Millionen Menschen zusätzlich, damit wäre in Deutschland nahezu ein Viertel der Bevölkerung in eine Suchterkrankung involviert. In der Regel liegt dabei die stärkste Betroffenheit bei den Familienangehörigen, dazu zählen Kinder, Eltern, Geschwister und Partnerinnen und Partner. Die genannten Zahlen machen die Relevanz des Problems deutlich, umso erstaunlicher ist es, dass den Angehörigen von suchtkranken Menschen in der Forschung im deutschsprachigen Raum erst seit kurzem mehr Beachtung geschenkt wird, systematisch erforscht wurde in diesem Zusammenhang insbesondere die Situation von Kindern Abhängigkeitskranker, weniger die Situation der Partnerinnen und Partner (vgl. Uhl u. Puhm 2007: 14). Das hat zur Folge, dass auch die Hilfs- und Unterstützungsangebote für diesen Personenkreis im deutschen Suchthilfesystem eher unterentwickelt sind. Ziel dieser Arbeit ist es, ein Beratungskonzept zu entwickeln, das nicht nur

die unmittelbar Betroffenen, sondern auch die Partnerinnen und Partner in den Blick nimmt bzw. mit einbezieht. Als Grundlage dient dafür das Beratungskonzept der Motivierenden Gesprächsführung. Diese wurde ausgewählt, da sie durch ihren bestehenden Eklektizismus und ihre weite Verbreitung in der Suchtberatungslandschaft besonders geeignet erscheint. Geprüft werden Erweiterungsmöglichkeiten, die den eher individuumszentrierten Ansatz öffnen sollen, um von der Sucht Betroffene und Mitbetroffene in einem gemeinsamen Beratungsprozess zu unterstützen und nicht wie zurzeit üblich separate Beratungen durchzuführen.

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich wie folgt: Das erste Kapitel beschäftigt sich mit Sucht und Familiendynamik, hier werden unter anderem Entstehungsbedingungen untersucht und Einflüsse von Partnerinnen und Partnern auf den Suchtverlauf, Stichwort Co-Abhängigkeit, berücksichtigt. Im zweiten Kapitel wird das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung im Kontext der Suchtberatung analysiert, hierbei werden die Indikationen dieses Methodenansatzes erläutert und die Grenzen der Wirksamkeit geprüft. Der Fokus des darauffolgenden Kapitels liegt auf der Einbeziehung der Familie, insbesondere Partnerinnen und Partner, in den Beratungsprozess. Beleuchtet werden die Herausforderungen, die durch die Familiendynamik entstehen, sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Familienangehörigen. Ebenso werden externe Wirkfaktoren und ihre Bedeutung im Beratungsprozess analysiert. Gegenstand des fünften Kapitels sind methodische Erwägungen für eine Erweiterung des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung, mit Blick auf den Einbezug systemischer Elemente. Diese Erweiterung ermöglicht es, Betroffene und Mitbetroffene von Beginn an in eine gemeinsame Beratung einzubinden um zu einer gemeinsamen Lösung oder Verbesserung der bestehenden Situation zu kommen.

# 1 Sucht und Familiendynamik

Sucht, insbesondere der süchtige oder missbräuchliche Konsum psychotroper Substanzen, ist eine hochriskante Krankheit<sup>2</sup>. „Im süchtigen Verhalten wird eine selbstzerstörerische Komponente deutlich; daher wird Sucht auch als protrahierter Suizid interpretiert. Zahlreiche Süchtige sterben durch Suizid; bei anderen wird zwar nicht die leibliche, so doch die zwischenmenschliche und soziale Existenz zerstört.“ (Tölle u. Windgassen 2012: 138). In diesem kurzen einführenden Zitat sind der Charakter und die Auswirkung süchtigen Verhaltens prägnant verdeutlicht. Sucht hat demnach immer negative Folgeerscheinungen, selbst wenn die körperlichen vermieden werden können, so sind doch im zwischenmenschlichen und sozialen Bereich Auswirkungen feststellbar, die wie kaum eine andere Krankheit das Leben der Betroffenen und ihr soziales Umfeld tangieren. Mit Sucht wird ein begierig-dranghaftes, exzessives Verhalten bezeichnet, das weitgehend unkontrollierbar für den Betroffenen geworden ist. Anfänglich ist dabei in der Regel eine berauschende oder beglückende Erfahrung, die alltäglichen Mühen hinter sich zu lassen, feststellbar. Erreicht werden kann das durch den Konsum psychotroper Substanzen oder auch, indem sich ein Mensch exzessiv und leidenschaftlich einer Tätigkeit hingibt. Aus anthropologischer Sicht äußert sich in der Sucht das Bestreben, aus einer unerträglich erscheinenden Realität in die Betäubung zu flüchten. Dabei kann praktisch jedes menschliche Verhalten süchtig entgleisen, denn auch exzessiv betriebene Tätigkeiten wie z.B. Arbeit, Nutzung von elektronischen Medien oder auch Sport können dazu dienen, persönliche Konflikte und Probleme zu betäuben. Sucht umfasst demnach die unterschiedlichsten Formen süchtig ausufernden Verhaltens und produziert entsprechend vielgestaltige Krankheitsbilder (vgl. ebd.: 138). Generell lassen sich stoffgebundene und nicht stoffgebundene Süchte unterscheiden, wobei klassifikatorisch<sup>3</sup> erstere zu den Abhängigkeitssyndromen gerechnet werden und Letztere zu den Impulskontrollstörungen (vgl. DIMDI Homepage 2015). An dieser Stelle wird auf die medizinische Diagnostik nicht vertieft eingegangen, da es für das Verständnis dieser Arbeit nicht erforderlich ist. Erwähnt werden muss jedoch, dass sich die folgenden Ausführungen zur Sucht ausschließlich auf stoffgebundene Süchte, insbesondere auf Alkohol, beziehen, da es im familiären Kontext die am häufigsten genutzte und am besten

---

<sup>2</sup> Am 18.06.1968 wurde Alkoholabhängigkeit als Krankheit vom Bundessozialgericht anerkannt (BSG, Az.: 3 RK 63/66).

<sup>3</sup> Klassifikatorisch bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, herausgegeben von der World Health Organisation (WHO). Sie liegt mittlerweile in der 10. Revision (ICD-10-WHO) vor und ist ein weltweit anerkanntes medizinisches Diagnosenklassifikationssystem.



erforschte Droge ist. Wenn es sinnvoll erscheint, wird darüber hinaus noch auf die Glückspielsucht Bezug genommen, die wie stoffgebundene Süchte massive Auswirkungen auf familiäre und soziale Beziehungen hat.

## **1.1 Suchtgenese**

Erhellender als die Diagnostik bestimmter Suchterkrankungen ist im Kontext dieser Arbeit die Auseinandersetzung mit der Suchtgenese, d.h. mit der Frage wie man die Entstehung einer Suchterkrankung erklären kann. Vorweg muss gesagt werden, dass nicht die Droge selbst bzw. ihr wiederholter Gebrauch das Entstehen einer Abhängigkeit hinreichend erklären kann, denn es hat sich gezeigt, dass eine solche Abhängigkeit – verstanden als unüberwindliche Gier nach Fortsetzung und Steigerung des Konsums – individuell höchst verschieden verläuft. Neben der Wirkungsintensität der Droge und den Effekten, die sich der Konsument bzw. die Konsumentin davon verspricht, sind insbesondere die Momente der Gewöhnung und der Toleranzbildung für das Verständnis von Suchtverläufen zentral (vgl. von Wolfersdorff 2001: 324f). Ein Hinweis auf die Entstehungsursachen lässt sich daraus allerdings nicht ableiten. Dafür bedarf es der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Theorien, denn es ist trotz intensiver Forschung bisher noch keine allgemeingültige Entstehungstheorie gefunden worden. Verschiedene Disziplinen haben es sich zur Aufgabe gestellt, einen Beitrag zu leisten, zu nennen sind hier medizinische, psychologische und soziologische Erklärungsansätze, die sich auf das Verständnis von Sucht befruchtend ausgewirkt haben, für sich alleingegenommen jedoch nur einzelne Aspekte erklären können. In kaum einer Abhandlung über Drogen und Drogenabhängigkeit fehlt daher der Hinweis, dass die Hintergründe für die Entstehung von Sucht im allgemeinen komplex sind und nur in einer Ursachentrias von Droge – Persönlichkeit – Umwelt, dem s.g. Suchtdreieck, erfasst werden können.

### **1.1.1 Das Suchtdreieck**

Das Anfang der 1970er Jahre von Kielholz u. Ladewig vorgeschlagene Triasmodell (s. Abbildung 1) basiert auf der Annahme, dass der Drogenmissbrauch ein Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in der Person, der Umwelt und der Droge ist. Da das Konzept sehr allgemein gehalten ist und keine spezifische Aussage über explizite Ursachen oder Bedingungsbeziehungen macht, können verschiedene spezifische Modelle in dieses globale Modell integriert werden. Dem Faktor Person werden sowohl körperliche (genetische) Bedingungen, biologische Prädispositionen als auch psychische Variablen

(Persönlichkeitseigenschaften) zugeordnet. Unter dem Faktor Umwelt subsumieren sich unter anderem soziokulturelle Einflüsse wie z.B. das Konsumverhalten, Einstellungen gegenüber Drogenkonsum, soziale Schichtzugehörigkeit, allgemeine Lebensbedingungen und Familienstruktur. Unter dem Faktor Drogen gruppieren sich spezifische Wirkungen der Droge, die Art und Dauer der Einnahme sowie die Höhe der Dosis (vgl. Türk u. Bühringer 1999: 586).

Abbildung 1: Das Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig (1973)



(Quelle: Institut für Suchprävention 2015)

Fruchtbar erweist sich dieses allgemeine Modell für die Praxis, da es vor einer monokausalen Ursachenforschung und –zuschreibung schützt und unterschiedliche Aspekte einbezieht. Es macht die Genese einer Abhängigkeit und auch die Aufrechterhaltung als prozesshaftes Geschehen vielschichtigen Ursprungs deutlich und eröffnet die Möglichkeit, die in der Praxis häufig vorherrschende Konzentration auf biopsychische Merkmale um die soziale Dimension zu erweitern. In der Betrachtung der sozialen Dimension stehen in den folgenden Ausführungen familiäre Einflussfaktoren im Mittelpunkt. Nach Klein (2005a: 61) sind Suchtstörungen in hohem Maß von ökologischen und insbesondere von interpersonellen

Prozessen gesteuert, wobei das interpersonelle Verhalten zum größten Teil im sozialen Nahraum, d.h. im direkten Umfeld der Betroffenen stattfindet. Die psychologischen Erklärungstheorien, die diesem Ansatz folgen, werden nachfolgend erläutert.

### **1.1.2 Ausgewählte psychologische Erklärungsmodelle zur Entstehung von Abhängigkeit**

Die frühesten Beiträge psychologischer Erklärungsmodelle zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen sind in der Psychoanalyse zu finden. Im Laufe ihrer Geschichte standen unterschiedliche Theorien und Erklärungsansätze im Mittelpunkt. Heute unterscheiden psychoanalytische Theorien drei verschiedene Erklärungsansätze für Suchtverhalten. Im Triebmodell wird Sucht als ein Lösungsversuch für einen Triebkonflikt gewertet. Der Konsum stellt demnach eine Regression auf die orale Phase dar, die Steigerung des Konsums dient der Steigerung der Lust bei gleichzeitiger Vermeidung von Unlust. In einem ich- oder strukturpsychologischen Suchtmodell dient der Substanzkonsum unbewusst dazu, Schwächen in der Persönlichkeitsstruktur zu überdecken oder auszugleichen. Im Vordergrund stehen hierbei Affektdämpfung und -regulierung. Das objektpsychologische Modell versteht Sucht als chronischen, langsamen Suizid (vgl. Batra 2012: 4). Allen gemeinsam ist nach Rost (2005: 146ff) die psychogenetische Sichtweise, der zu Folge sich nicht nur alle psychischen Krankheiten, sondern auch die Persönlichkeit und ihre Strukturen aus den allerersten Beziehungserfahrungen des Kindes entwickeln, ihren Ursprung demnach immer innerhalb der Familie haben. Entscheidend für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind in der psychoanalytischen Erklärungslogik also die familiären Entwicklungsvoraussetzungen. Das familiäre System ist aber nicht nur in der Kindheit Ursache einer späteren Sucht, sondern prägt auch deren spätere Manifestation und weitere Entwicklung. Vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen werden nach dieser theoretischen Lesart die späteren Partnerinnen bzw. Partner gesucht. Die in der Sucht vielfach vorzufindenden co-abhängigen Muster (s. Kapitel 1.2) werden psychoanalytisch damit erklärt, dass der Süchtige in projektiver Identifikation die Wünsche des nicht abhängigen Partners übernimmt, dann beispielsweise trinkt und sich damit abhängig und bedürftig zeigt.

In der systemischen Betrachtung lässt sich Sucht auf der einfachsten Systemebene als positiv rückgekoppelter Regelkreis verstehen. Ein solcher Regelkreis ist selbstverstärkend. In einem negativ rückgekoppelten Regelkreis wäre es normal, dass beim Konsum einer Substanz eine Sättigung eintritt, die das Bedürfnis nach dem weiteren Konsum dämpft. Süchtiger Substanzkonsum dagegen zeichnet sich dadurch aus, dass er das Verlangen nach weiterem Konsum steigert. Der Konsum wird so lange fortgesetzt bis es nicht mehr geht, d.h. eine

körperliche, soziale oder auch finanzielle Grenze ihn zumindest kurzfristig unterbricht. Bei der Frage, wie so ein paradoxer und schädlicher Regelkreis entsteht, hat sich die systemische Familientherapie vor allem auf die Untersuchung von Beziehungskontexten konzentriert, in denen Sucht entsteht, aufrecht erhalten oder auch beendet wird. Im Ergebnis verorten diese Ansätze das Suchtproblem in den Strukturen, unsichtbaren Bindungen und Regeln oder der Kommunikation des Familiensystems (vgl. Schindler, Küstner, Sack u. Thomasius (2005: 155f).

Sowohl die psychoanalytischen Erklärungsansätze als auch der systemische Ansatz stellen Beziehungsaspekte in den Vordergrund, wobei die psychoanalytischen Ansätze auf frühe Beziehungserfahrungen und daraus entstehende Muster rekurrieren und der systemische Ansatz insbesondere aktuelle Beziehungskontexte in den Blick nimmt. Beiden Ansätzen ist gemein, dass die Entstehungsbedingungen der Abhängigkeit in eine enge Verbindung mit nahestehenden Personen (Familie, Partner\*innen) gebracht werden. Im folgenden Kapitel wird dieser Personenkreis fokussiert.

## **1.2 Personen in Beziehungen – Konzepte der Co-Abhängigkeit**

Wie bereits erläutert ist von einer Suchterkrankung nicht nur der Suchterkrankte selbst betroffen, sondern auch die Menschen in seinem persönlichen Umfeld. Wie stark diese Betroffenheit ist steht in engem Zusammenhang mit der Beziehung zwischen diesen Personen, so ist in der Regel eine Arbeitskollegin weniger betroffen als z.B. die Angehörigen. Unter Angehörige werden nahe Verwandte gefasst, im Kontext dieser Arbeit handelt es sich um die Menschen, die in dauerhafter Gemeinschaft mit einer Person leben, die Suchtmittel missbraucht oder von diesen abhängig ist. In erster Linie sind (Ehe-) Partner, Kinder und Eltern betroffen. Der hier gewählte Fokus liegt insbesondere auf den Partnerinnen und Partnern. Die hohe Belastung dieser Personengruppe ergibt sich unter anderem aus dem meist chronischen Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen und den damit einhergehenden Folgen. Das heißt, dieser Personenkreis ist oft jahrelang betroffen und hat neben der psychischen Belastung (Sorge um das Überleben des Suchtkranken) häufig auch erhebliche finanzielle Kosten zu tragen. So unterstützen Angehörige ihr suchtkrankes Familienmitglied oft finanziell beim Lebensunterhalt oder erleben Verluste durch Diebstähle von Geld oder Wertgegenständen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. führt in ihrer Broschüre *„Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen“* folgende Sorgen und Nöte von Angehörigen Abhängigkeitskranker an:

- „Zwischen 81 und 84 % der Angehörigen haben Sorgen wegen mangelnder Information, sind unsicher und überfordert mit den Symptomen.
- 64 – 78 % sorgen sich um die Behandlung, fühlen sich hilflos und ohnmächtig, einsam, alleinverantwortlich und nicht ernstgenommen.
- 72 % leiden an gesundheitlichen Problemen als Folge der Abhängigkeit.
- 66 % der Angehörigen haben Zukunftsängste.
- 54 % der Partner /-innen und Eltern tragen finanzielle Belastungen.
- 44 % erleben Trauer und Verlust.
- 41 % haben Angst vor Rückfall und Suizid.
- 31 % empfinden Scham und Stigmatisierung.
- 22 % haben Schuldgefühle.
- Viele Angehörige verbringen viel Zeit mit der Betreuung der Kranken.“ (DHS 2014: 15)

Es zeigt sich, dass das dauerhaft hohe Belastungserleben häufig nicht ohne Folgen bleibt, so entwickeln die Mitbetroffenen oftmals selbst psychische oder psychosomatische Probleme. Klein (vgl. 2000: 139) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass eine besondere Schwierigkeit der Lebenssituation von Angehörigen dadurch entsteht, dass sie nicht nur unter den Folgen der Sucht leiden, sondern oft noch für das Leiden des suchterkrankten Partners bzw. der suchterkrankten Partnerin (mit)verantwortlich gemacht werden. Um diese Schuldzuschreibung zu verstehen lohnt ein Blick in die Historie.

### **1.2.1 Entwicklung unterschiedlicher Konzepte der Co-Abhängigkeit**

Die zunehmende Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Situation von Familienmitgliedern suchtkranker Menschen, insbesondere von Alkoholkranken, begann Mitte des letzten Jahrhunderts und geht primär auf Bemühungen von Selbsthilfegruppen zurück und auf professionelle Helferinnen und Helfer, die selbst erwachsene Kinder aus abhängigkeitsbelasteten Familien waren (vgl. Uhl u. Puhm 2007: 13). In den 1970er-Jahren wurde von Angehörigen suchtkranker Menschen der Begriff *co-dependency* geprägt, um zu beschreiben, welche Auswirkungen die Sucht auf sie und ihre Familie hat (vgl. Rennert 2005: 45). Wer den Begriff der Co-Abhängigkeit genau ins Leben gerufen hat bleibt unklar. Tatsache ist jedoch, dass er sich insbesondere in den 1980er Jahren großer Popularität erfreute und Eingang in populärwissenschaftliche Publikationen und Selbsthilfeliteratur fand, genannt werden können hier u.a. Anne Wilson Schaef (1996) mit „*Co-Abhängigkeit: Die Sucht hinter der Sucht*“ oder Helmut Kolitzus (1997) „*Die Liebe und der Suff ...: Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie*“. Diese Selbsthilfebücher sind auch heute noch erhältlich, so dass das Konzept vielen Angehörigen bekannt ist. Bei genauerer Betrachtung stellt man jedoch fest, dass es sich

nicht um ein einheitliches Konzept handelt, sondern um eines, das im Laufe der Zeit in mehrfacher Hinsicht einen Wandel erfahren hat. Die ursprüngliche Verwendung drückte die Mitbetroffenheit bzw. das Leiden Angehöriger aus, das sie durch die Suchterkrankung des Partners oder der Partnerin erfuhren und an dem sie teilweise selbst erkrankten. Es bezog sich vorwiegend auf Partnerinnen und Partner von alkoholkranken Menschen, wie es im Begriff Co-Alkoholismus zum Ausdruck kam. Dieser Begriff mutierte später zu dem auch andere Süchte einbeziehenden Begriff Co-Abhängigkeit. Im Verlauf wurde aus der sekundären Pathologie, die als Folge der Suchterkrankung des Partners oder der Partnerin zu sehen war, eine Primärpathologie, in der die Mitbetroffenen als Ursache für die Abhängigkeitserkrankung angesehen wurden bzw. dafür verantwortlich gemacht wurden, dass der Substanzkonsum aufrechterhalten wird. Die Co-Abhängigen als Opfer wurden in dem Zuge zu Täter\*innen, die in Verbindung mit dem Attribut Co-Abhängigkeit häufig als kränker dargestellt wurden als die Abhängigen selbst. Statt Unterstützung erhielten sie oft nur starre Verhaltensregeln, die moralisch kaum vertretbar und in ihrer Sinnhaftigkeit zweifelhaft waren (vgl. Uhl u. Puhm 2007: 13f). Klein (vgl. 2000: 139) stellt dazu fest, dass bis heute in Selbsthilfe- und Angehörigengruppen die populärwissenschaftlichen Modelle bezüglich der Rolle von Angehörigen von Suchtkranken dominieren, die auch in psychosoziale Helferkreise Einzug gefunden haben und nicht selten zur Erklärung des Angehörigenverhaltens genutzt werden. Angehörige werden demnach als selbstunsichere Persönlichkeiten klassifiziert, die sich trotz besseren Wissens nicht von ihrem Partner bzw. der Partnerin zu lösen vermögen, sondern diese vielmehr noch durch unbewusstes aber auch ungeeignetes Verhalten in ihrer Abhängigkeit bestärken. Versuche, Co-Abhängigkeit als klinisch relevante Persönlichkeitsstörungen zu klassifizieren und in den gängigen Diagnosemanualen zu verankern, sind bislang gescheitert. Empirisch konnte nicht belegt werden, dass Angehörige von Suchtkranken durchweg Menschen mit einem klar vorhersagbaren Persönlichkeitsbild, mit stark problematischen Zügen und pathologischen Interaktionsverhalten sind. In einer Untersuchung, die Kogan et. al. bereits 1963 durchführten, in der 50 Frauen aus Selbsthilfegruppen mit 50 Frauen aus der Normalpopulation verglichen wurden, zeigten die Ehefrauen der Alkoholabhängigen zwar häufiger Störungen, bei jedem gemessenen Merkmal war aber höchstens die Hälfte der Frauen auffällig, bestimmte dominierende Persönlichkeitsmuster konnten nicht gefunden werden (vgl. Klein 2000: 141). Gut belegt dagegen sind klinisch relevante Beeinträchtigungen Angehöriger, die die gesamte Breite dysfunktionaler Symptome umfassen, gehäuft zu finden sind stressbedingte Erkrankungen wie Depressionen und Ängste (vgl. Klein u. Bischof 2013: 66).

## 1.2.2 Folgen für die Angehörigen

Die geschilderte Bedeutungsverschiebung ist nicht unproblematisch, da sie, wie bereits angedeutet, zu weitreichenden Implikationen nicht für die betroffenen Angehörigen, sondern auch für die Suchtmittelabhängigen und im Hilfesystem führt.

„Der Begriff macht grundsätzlich den Angehörigen zum Abhängigen und zu einem behandlungsbedürftigen Patienten. Damit sind nicht die (falschen) Verhaltensweisen in der Beziehung zwischen Angehörigem und Krankem Gegenstand der Behandlung, sondern die Person des Angehörigen selbst. Dass auch der Angehörige manchmal einer Behandlung bedarf, ist unbestritten. Ein Automatismus aber könnte Ursache und Wirkung der Alkoholkrankheit verkehren, dem Alkoholkranken seiner Verantwortung für sich selbst entheben und zu Schuldzuweisungen an die Angehörigen führen – alles Problemfelder, die der Bewältigung der Alkoholkrankung durch den Betroffenen selbst wenig förderlich sind.“ (Feuerlein, Dittmar, Soyka 1999: 155)

Die Folge dieser immanenten Umkehrung der Rollen zwischen Abhängigen und Co-Abhängigen könnte sein, dass betroffenen Angehörigen der Weg ins Hilfesystem deutlich erschwert wird. Wenn die Angehörigen Befürchtungen haben müssen, selbst als krank eingestuft zu werden oder auch Schuldzuweisungen in Kauf nehmen zu müssen, ist die Grundlage für eine vorurteilsfreie Begegnung und damit auch der Beginn einer guten Beratungsbeziehung beeinträchtigt. Nach Vogt (2004: 113) sind es „[...] diese implizit und oft auch explizit erhobenen Vorwürfe, die den Begriff der Co-Abhängigkeit für die praktische Arbeit untauglich machen. Gute Beratungsarbeit lässt sich mit Schuldzuschreibungen nicht vereinbaren.“ Das Ergebnis könnte sein, dass die Angehörigen sehr spät notwendige Unterstützung in Anspruch nehmen, zum Beispiel erst dann, wenn die mit der Suchterkrankung des Partners oder der Partnerin einhergehenden Belastungen so groß werden, dass sie selbst erkranken. Dies wiederum stellt ein Hemmnis für eine frühe und wirkungsvolle Intervention dar. Bei Suchtkranken wurde dieser Fehler in der Vergangenheit gemacht, mittlerweile hat sich aber im Hilfesystem weitgehend die Überzeugung durchgesetzt, dass eine Beratung oder Behandlung nicht erst dann erfolgsversprechend ist, wenn der Leidensdruck bei den Betroffenen so hoch ist, dass ihnen keine Alternative mehr bleibt, sondern dass Suchtkranke, auch wenn sie noch nicht motiviert sind, mit einer einführenden und vorsichtigen Umgangsweise sich durchaus sukzessive mit dem Gedanken an eine Veränderung anfreunden können. Das ist auch für die Arbeit mit Angehörigen empfehlenswert, dafür bedarf es einer kritischen Auseinandersetzung mit den bestehenden Konzepten, die im Rahmen dieser Arbeit leider nicht vertieft werden können. Im Folgenden wird für Co-Abhängigkeit die Definition von Rennert (1990) zugrunde gelegt, die auf

Schuldzuschreibungen verzichtet und stattdessen die Entwicklung zu co-abhängigem Verhalten in Bezug zu der Entwicklung von Drogenabhängigkeit setzt:

„Co-Abhängigkeit ist ein Problem- und Lebensbewältigungsmuster, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt und verstärkt wird. Die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkung in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen bis hin zum Gefühl existenzieller Bedrohung durch jegliche Veränderung. Sie geht mit den gleichen Begleiterscheinungen einher wie eine Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Verlust von Selbstwert, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärkung von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust der Realität, Beeinträchtigung aller Potentiale der Persönlichkeit.“ (ebd.: 194)

Im folgenden Kapitel werden die sich bedingenden Dynamiken einer näheren Betrachtung unterzogen.

### **1.3 Verlauf der Suchtkarriere unter Beachtung familiendynamischer Aspekte**

Unbestritten ist, dass co-abhängiges Verhalten, wie es von Rennert (1990) definiert wurde, die Aufrechterhaltung eines abhängigen Konsummusters begünstigt. Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung entwickeln Angehörige, hier insbesondere Partnerinnen und Partner, aber auch Kinder und Eltern, ihre eigenen Strategien, um das problematische Konsumverhalten des Suchtkranken zu kaschieren. Der Verlauf der Suchtkarriere wird dadurch in vielen Fällen verlängert.

Dass sich im Verlauf einer Krankheit, insbesondere einer so komplexen Erkrankung wie der Suchterkrankung, Rollen und Zuständigkeiten im Familiensystem ändern, ist nahezu unvermeidbar. Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung wird aus einer vormals augenscheinlich unabhängigen Person eine abhängige, deren Krankheit, je nach Schädigungspotential der konsumierten Substanz, mehr oder weniger gravierende Auswirkungen zeigt. Diese betreffen nahezu alle Bereiche des Lebens, u.a. Familie, Beziehung, Arbeit, soziale Kontakte und Gesundheit. Durch die multiplen Schädigungen werden nahestehende Personen unweigerlich zur Verantwortungsübernahme gezwungen, die auch für sie nicht ohne Folgen bleibt. Wie sich Entwicklung von Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit bedingen, verdient daher eine nähere Betrachtung. Dafür bietet sich an, erst einmal die Entwicklung der Abhängigkeit zu beleuchten. Ähnlich der Ursachenerklärung zur Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit gibt es auch in der weiteren Entwicklung der Abhängigkeit nicht ein Modell, mit dem sich das komplexe Geschehen erklären lässt, zu individuell sind die Wege. Gewählt wurde daher für die weitere Darstellung ein deskriptives



Modell, kein Erklärungsansatz. Grundsätzlich können vier Phasen<sup>4</sup> unterschieden werden, die sich auch in der praktischen Arbeit mit Abhängigen bewährt haben.

### **1.3.1 Phasenmodell zur Erklärung einer Abhängigkeitsentwicklung**

Die grundlegende Erfahrung des Drogenkonsums ist, dass es gelingt, sich durch die Einnahme einer Substanz besser zu fühlen. In der ersten Phase, der *Lernphase*, lernt die Person die Droge und ihre Wirkung kennen. Dabei wird die Einnahme nicht unbedingt gleich als angenehm empfunden, Alkohol schmeckt häufig nicht beim ersten Schluck oder erstmalige Heroineinnahme führt in der Regel zum Erbrechen. Beim weiteren Konsum wird dann aber eine positive Stimmungsveränderung erreicht, die ohne emotionale Kosten, Konsequenzen oder negative Begleiterscheinungen eintritt. Die Erfahrung besagt, dass die Droge ein zuverlässiges Mittel darstellt, mit dem man sich besser fühlen kann. Es gelingt unter Zuhilfenahme der Droge Gefühlszustände zu steuern. Eine weitere wichtige Erfahrung ist, dass die Droge im Gegensatz zu personalen Beziehungen dauernde Verfügbarkeit und ein zuverlässiges Hochgefühl bietet. In der sich anschließenden *Suchphase* werden die frisch gelernten der stimmungsverändernden Drogen zunehmend gezielt eingesetzt. Häufigkeit und Umfang des Konsums nehmen zu, wobei die Person jedoch Regeln entwickelt, die den Konsum bestimmen. Die Regeln beziehen sich zumeist auf geeignete Anlässe oder die konsumierte Menge. Die Stimmungsveränderung in Richtung positiver Gefühle ist nach wie vor vorhanden, eine Rückkehr in den Bereich des Sichnormalfühlers findet statt, sobald der Konsum beendet bzw. die Wirkung abgeklungen ist. Viele Menschen, die Drogen konsumieren, bleiben in dieser Phase. In der darauffolgenden Phase, der *schädlichen Konsequenzen*, wird die Droge zwar immer noch genutzt, um sich ein positives Gefühl zu verschaffen, der Konsumierende erfährt dabei aber schädliche Konsequenzen, die ihn jedoch nicht vom Konsum abhalten. Es werden immer höhere Dosierungen erforderlich um das gewünschte Gefühl zu erreichen. Die Veränderungen, die der Drogenkonsum im Verhalten der Person, aber auch in ihrer Selbstwahrnehmung auslöst, werden offensichtlicher. Es ist wahrscheinlich, dass es, bedingt durch den Konsum, bereits zu Problemen innerhalb der Familie, Partnerschaft und/ oder am Arbeitsplatz gekommen ist. Wertvorstellungen, die früher wichtig für den Konsumenten waren, werden zunehmend bedeutungslos. Äußern kann sich das zum Beispiel in zunehmender Unzuverlässigkeit oder Gleichgültigkeit, aggressivem

---

<sup>4</sup> Das dargestellte Phasenmodell ist ein deskriptives Modell, das im Johnson Institut Minneapolis entwickelt wurde. Das Johnson Institut ist eine gemeinnützige Stiftung, die auf Arbeiten von Johnson mit Alkoholkranken zurückgeht, Ziele sind angewandte Forschung im Bereich der Suchtkrankenhilfe sowie die Weiterentwicklung von Behandlungsprogrammen (vgl. Rennert 2012:60).

Verhalten und vielem mehr. Wie immer diese Veränderungen auch aussehen, vor dem nahen Umfeld sind sie nicht mehr zu verbergen. Die abhängige Person bemerkt zwar, dass sie sich hinsichtlich ihrer Wertvorstellungen und ihrem Verhalten im Konflikt befindet, verändert aber das Verhalten nicht. Stattdessen kommt es zur Ausbildung von Schuldgefühlen und zu negativen Attributionen ihrer selbst. Die abhängige Person erlebt sich als wertlos, schämt sich ihres Verhaltens und ist wütend auf sich selbst. Gleichzeitig erlebt sie, dass sie zunehmend die Kontrolle über den Drogenkonsum verliert. Es ist nicht mehr zuverlässig vorhersagbar, wie viel sie konsumieren oder wie die Situation nach dem Konsum aussehen wird. Eine Rückkehr in den Zustand des Sichnormalfühlers wird kaum noch erreicht, Konsumepisoden enden eher mit unangenehmen Gefühlen. Es kann nun auch zu Erinnerungslücken sowie zu anderen Störungen der Merk- und Denkfähigkeit kommen. Die dadurch entstehenden Ängste werden durch eine Steigerung des Konsums beruhigt. Das Denken und Handeln ist zunehmend eingeschränkt und kreist hauptsächlich um den Konsum. Die Konzentration des Denkens und Handelns auf die Droge verändern den Lebensstil des Abhängigen, er versucht zu gewährleisten, dass regelmäßige Gelegenheiten für den Konsum sichergestellt sind. Unterbrechungen oder Verzögerungen etablierter Muster führen zu Angst und Unruhe, als Reaktion können sich Ärger und Aggressionen zeigen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen werden durch die Fixierung auf die Droge zunehmend beeinträchtigt. Die gesundheitliche und emotionale Stabilität lässt nach. Stress, Angst, Schmerz und Selbsthass werden mit Hilfe der Droge unterdrückt und als Projektion der Umwelt zugeschrieben. Mit der fortschreitenden Abhängigkeit geht eine zunehmende Verkennung der Realität einher, die verhindert, dass der Abhängige einsieht, dass die gezeigten negativen Veränderungen im Verhalten etwas mit seinem Drogenkonsum zu tun haben. Lügen, Bestehlen der eigenen Familienmitglieder, Schuldenmachen, Gewalthandlungen sind nicht selten zu beobachtende Verhaltensweisen bei Suchtkranken, unter denen vorrangig das nahe Umfeld zu leiden und auf die es zu reagieren hat. In der vierten Phase braucht die abhängige Person ihr Suchtmittel, *um sich in eine Stimmung zu versetzen, die für sie früher im Normalbereich lag.* Der Drogenkonsum wird zur Notwendigkeit, um die aufgrund des Drogenkonsums negative Gefühlslage zum Positiven zu verändern. Dabei wird kein Hochgefühl mehr erreicht, es geht primär darum, funktionsfähig zu bleiben. In dieser Phase wird die Droge auch gebraucht um physisch schmerzhaft Zustände, den körperlichen Entzug, zu beenden (vgl. Rennert 2012: 59ff). Zur besseren Übersicht werden die einzelnen Phasen und die dazugehörigen Phänomene in der folgenden Tabelle dargestellt:

Abbildung 2: Phasenmodell zur Erklärung einer Abhängigkeitsentwicklung

<b>Phase</b>	<b>Konsummuster</b>	<b>Wirkung</b>	<b>Erfahrung</b>
Lernphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unregelmäßig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen der Wirkung des Suchtmittels</li> <li>• Positive Stimmungsveränderung, ohne emotionale Kosten, Konsequenzen oder negative Begleiterscheinungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droge stellt ein zuverlässiges Mittel dar, um sich besser zu fühlen</li> <li>• Unter Zuhilfenahme der Droge lassen sich Gefühlszustände steuern</li> <li>• Dauernde Verfügbarkeit und zuverlässiges Hochgefühl</li> </ul>
Suchphase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gezieltes Einsetzen der Droge in allgemeinen sozialen Konsumsituationen</li> <li>• Häufigkeit und Umfang des Konsums nehmen zu</li> <li>• Geeignete Anlässe werden gesucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmungsveränderung in Richtung positiver Gefühle</li> <li>• Rückkehr in den Bereich des Sichnormalfühlers bei Beendigung des Konsums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.o.</li> <li>• Drogenkonsum hilft, bestimmte Situationen besser zu bewältigen (z.B. im Berufsleben, Entspannung etc.)</li> </ul>
Schädlicher Konsum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung des Konsums</li> <li>• Zunehmender Kontrollverlust über den Konsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Droge wird genutzt um sich ein angenehmes Gefühl zu verschaffen</li> <li>• Verhaltensänderungen gegenüber der Umwelt stellen sich ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädliche Konsequenzen des Konsums werden spürbar/ erste Verluste stellen sich ein</li> <li>• Frühere Wertvorstellungen werden unwichtig</li> <li>• Konflikt zwischen realem Verhalten und Wertvorstellungen</li> <li>• Negative Selbstattribution</li> <li>• Konsumepisode endet mit unangenehmen Gefühlen</li> </ul>

			(Erinnerungslücken/ Störungen der Merkfähigkeit u. Denkfähigkeit)
Drogeneinnahme um sich normal zu fühlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exzessiver Konsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative Gefühlslage wird positiv verändert</li> <li>• Keine Rückkehr in den Bereich des Sichnormalfühlens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogengebrauch Funktionsfähigkeit herzustellen</li> <li>• Körperliche Entzugserscheinungen stellen sich ein</li> </ul>

(vgl. Rennert 2012: 59ff/ eigene Darstellung)

### 1.3.2 Phasenmodell zur Erklärung der Entwicklung co-abhängigen Verhaltens

Dass Angehörige als Reaktion auf diese lange Entwicklung ebenfalls spezifische Erlebens- und Verhaltensweisen ausbilden, so genanntes co-abhängiges Verhalten, ist verständlich. Diese Wechselbeziehung gestaltet sich unter einer systemisch orientierten Sichtweise wie folgt:

Familie wird als ein Organismus betrachtet, der aus miteinander verbundenen Teilen besteht, sich selbst reguliert bzw. immer wieder ins Gleichgewicht bringt. Dieser Sichtweise folgend streben Familien oder Partnerschaften von Suchtkranken immer wieder nach einer Balance. Die Drogensucht eines Familienmitglieds oder auch des Partners oder der Partnerin und die damit verbundenen Folgen führen zu einer Kette von Aktionen und Reaktionen, in deren Ablauf immer wieder eine neue Balance gefunden werden muss, ein an die Abhängigkeit angepasstes Gleichgewicht. Diese Balance kann nur durch hohe Belastungen der Einzelnen erreicht werden, die dadurch ganz spezifischen Kränkungen unterliegen, die wiederum einen eigenständigen Krankheitsprozess auslösen können (Rennert 2012: 71f). Ähnlich dem Phasenmodell zur Entwicklung von Abhängigkeit kann auch das Verhalten nahestehender Personen im Sinne der Entwicklung co-abhängigen Verhaltens in einem Phasenmodell beschrieben werden. Dieses Modell wurde bereits im Jahr 1954 von Jackson entwickelt, in dem er eine Abfolge von Phasen mit verschiedenen Interaktionen von Angehörigen von Suchtkranken beschrieb. Dieses, je nach Differenzierung drei- bis siebenphasige Modell, besaß als erstes entwicklungsorientiertes Modell der suchtblasteten Partnerschaft für die klinische Praxis Relevanz. Eine empirische Bestätigung wurde 1960 u.a. von Lemmert geleistet, der durch ausführliche Interviews mit Partnerinnen und Partnern von

Alkoholkranken die Abfolge der drei nachfolgend beschriebenen Phasen bestätigen konnte. In der ersten Phase, der des *Beschützens, Erklärens und Verleugnens*, wird die zunehmende Veränderung des Suchtkrankens aufgrund des Substanzkonsums verleugnet oder rationalisiert. Die Angehörigen suchen nach Entschuldigungen oder Erklärungen für das krankhafte Verhalten. Gleichzeitig übernehmen sie immer mehr Verantwortung und versuchen den Betroffenen vor den negativen Konsequenzen des Substanzkonsums zu bewahren. So kann es beispielsweise vorkommen, dass sie den Arbeitgeber anrufen, um den aufgrund des Konsums arbeitsunfähigen Partner zu entschuldigen. Dadurch schützen sie die konsumierende Person vor unangenehmen Konsequenzen (vgl. Klein u. Zobel 2000: 31). Nach Rennert (2012: 79) macht diese geschilderte Verdrängung und Verleugnung der Realität es erst möglich, dass das abhängige Familienmitglied, im Kontext dieser Arbeit der Partner oder die Partnerin<sup>5</sup>, immer weiter in die Sucht hineingezogen wird. In der darauffolgenden Phase, der der *Eliminierung des Suchtproblems*, dominieren Kontrolle und Reglementierung des Suchtkrankens. Partnerinnen und Partner beginnen nun das Verhalten zu kontrollieren, sie suchen nach Anzeichen, die darauf hinweisen, dass der Suchtkranke konsumiert hat. Sie suchen mögliche Verstecke nach Substanzvorräten ab und beseitigen diese oder übernehmen die Verwaltung des Konsums oder konsumieren mit, in der Hoffnung, den Konsum steuern zu können. Die Phase endet mit häufiger werdenden Zuständen von Ohnmachtsgefühlen und Selbstmitleid aufgrund der Erfahrung, dass das Suchtproblem des Partners oder der Partnerin nicht nachlässt, sondern noch zunimmt. Diese Gefühle, die mit Angst, Ärger, Wut Scham und Trauer einhergehen, veranlassen die Partnerinnen und Partner dazu, den Suchtkranken unter Druck zu setzen. Es werden Drohungen ausgesprochen, die dann aber keine Umsetzung in der Realität finden. In der Phase der *Desorganisation* resignieren die Partnerinnen und Partner. Der Suchtmittelkonsum wird hingenommen. Der Suchtkranke wird in seiner Rolle als Partner oder als Partnerin weniger unterstützt und zunehmend ausgegrenzt. An diesem Punkt kommt es zur Anklage, die auch mit Bestrafung einhergehen kann. Diese Phase führt bisweilen zur Trennung vom Partner oder von der Partnerin, zur Einweisung in eine Behandlungseinrichtung oder zum vorzeitigen Tod des Abhängigen. Die Partner\*innen fühlen sich mittlerweile ausgelaugt und sind häufig selbst krank geworden (vgl. Klein und Zobel 2000: 31). Ein Überblick über die einzelnen Phasen findet sich in nachfolgender Tabelle:

---

<sup>5</sup> Auf eine nähere Betrachtung der Verhaltensweisen von Kindern oder auch Eltern von Suchtkranken wird verzichtet, da sie den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Abbildung 3: Phasenmodell zur Erklärung der Entwicklung co-abhängigen Verhaltens

<b>Phase</b>	<b>Verhalten der Partnerinnen und Partner</b>	<b>Auswirkung auf den Suchtkranken</b>	<b>Motive/ Gefühle der Partnerinnen und Partner</b>
Beschützen/ Erklären/ Verleugnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verleugnung und Rationalisierung der Veränderung des Suchtkrankens</li> <li>• Suche nach Erklärungen und Entschuldigungen</li> <li>• Vermehrte Verantwortungsübernahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutz des Suchtkrankens vor den negativen Konsequenzen seines Substanzkonsums</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoffnung das Problem lösen zu können</li> </ul>
Eliminierung des Suchtproblems	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrolle und Reglementierung des Suchtkrankens (Substanzvernichtung/ Verwaltung des Konsums etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Suchtkranke wird zunehmend unter Druck gesetzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst, Ärger, Wut, Scham und zunehmende Hilfslosigkeit veranlassen den Angehörigen Druck auszuüben</li> </ul>
Desorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtmittelkonsum wird hingenommen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Suchtkranke wird weniger unterstützt und zunehmend ausgegrenzt</li> <li>• Anklage des Suchtkrankens/ Bestrafung/ ev. Trennung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resignation</li> <li>• Gefühl des ausgelaugt seins</li> <li>• Entwicklung eigener psychischer oder psychosomatischer Krankheiten aufgrund des hohen Belastungserlebens (z.B. Depression, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen etc.)</li> </ul>

(vgl. Klein u. Zobel 2000: 31/ eigene Darstellung)

Wie dargestellt lassen sich der Prozess der Suchtentwicklung und die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens als spiralförmiger Prozess beschreiben, in dem sich Co-Abhängigkeit als Reaktion auf die Verhaltensänderungen der sich in der Abhängigkeitsentwicklung

befindenden Person bezieht. In diesem Verständnis spielen Schuldzuschreibungen oder der Versuch Co-Abhängigkeit als eigene Krankheit zu definieren keine Rolle. Stattdessen wird deutlich, dass das Verhalten der Angehörigen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung und die Manifestation der Abhängigkeitserkrankung hat. Hier bieten sich Möglichkeiten der Interventionen, die im bisherigen Suchthilfesystem insbesondere im Beratungskontext noch nicht ausgeschöpft sind. Ziel sollte daher sein, Angehörige zu sensibilisieren und damit eine möglichst frühe Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu fördern. Bestehende Hemmnisse, die sich aus Konzepten von Co-Abhängigkeit ergeben, wurden bereits erläutert.

## **2 Suchtberatung unter Einbeziehung von Angehörigen**

In Deutschland gibt es rund 1.800 ambulante Suchtberatungsstellen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Homepage 2015), sie stellen neben den sozialleistungsrechtlich definierten Hilfen für Betroffene, die immer an formale Voraussetzungen wie z.B. einen Hilfeantrag, eine bestehende Sozialversicherung, eine Veränderungsbereitschaft und Erfolgsprognose gebunden sind, ein niedrigschwelliges zentrales Hilfsangebot auch für Angehörige dar (vgl. GVS 2005: 3). Im Gegensatz zu den hochschwelligem Hilfen, zu nennen wären hier unter anderem stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsbehandlungen, zeichnen sich Beratungsstellen und ihre Angebote durch folgende Merkmale aus:

- „sie können von allen Hilfesuchenden voraussetzungslos genutzt werden
- sie bieten Betroffenen und auch Angehörigen und Bezugspersonen, die sonst meist keinen eigenen Behandlungsanspruch haben, Unterstützung und Orientierung
- sie ermöglichen den Hilfesuchenden den Zugang zu leistungsrechtlichen Hilfen und Behandlungsmaßnahmen und unterstützen sie bei entsprechenden Bemühungen dauerhaft
- sie verbessern und sichern die Wirksamkeit von Behandlungsleistungen durch ergänzend notwendige psychosoziale und materielle Hilfen, die sie selber leisten oder vermitteln
- sie begleiten und stabilisieren im Sinne des Casemanagements die Übergänge der Hilfesuchenden im gegliederten Suchthilfesystem
- sie bieten bei drohenden oder erfolgten Rückfallkrisen alle notwendigen Unterstützungen für eine konstruktive Stabilisierung“ (ebd. 2005: 3f)

Die vorzuhaltenden Beratungs- und Betreuungsleistungen werden in Zuwendungsverträgen, die Städte und Kommunen mit den Trägern der Suchthilfe schließen, festgeschrieben. Im Beratungssegment gehören dazu Erstkontakte und Information, Beratung, Therapievorbereitung und –vermittlung, soziale Stabilisierung und Integration sowie ambulante medizinische Rehabilitation. Wie bereits dargelegt, richten sich die beiden erst

genannten Leistungen nicht ausschließlich an den Suchtkranken, sondern auch an seine Angehörigen.

Die bereits seit den 1980er Jahren sich zunehmend durchsetzende Erkenntnis, dass Behandlungen Suchtkranker erfolgreicher ausfallen, wenn Angehörige intensiver einbezogen werden, und die von der Deutschen Rentenversicherung inzwischen vorgeschriebenen Standards<sup>6</sup>, dass die Therapie auch ein familienorientiertes Angebot umfassen muss, scheint das Beratungssegment noch nicht hinreichend zu realisieren. Nach wie vor umfasst die Angehörigenberatung nur sieben Prozent der Arbeitsleistung von Suchtberatungsstellen (vgl. DSHS 2013: 8). In der Regel finden nur wenige, oder auch nur ein Gespräch, mit ihnen statt, und das obwohl es meistens die Angehörigen (hauptsächlich Partnerinnen und Eltern) als Primärkunden sind, die sich zuerst an die Beratungsstellen wenden, um Hilfsmöglichkeiten für den suchtkranken Menschen zu erfragen. In diesen Gesprächen geht es vornehmlich darum, die Problemlage zu erfassen und auszuloten, ob beziehungsweise wie der suchtkranke oder –gefährdete Mensch zur Mitarbeit motiviert werden könnte. Darüber hinaus gibt es im Allgemeinen noch Literaturempfehlungen und je nach Gegebenheit auch Hinweise auf Angehörigengruppen. Bei offensichtlich negativer Befindlichkeit oder psychischen Belastungen werden Angehörige im besten Fall auf die Möglichkeit einer eigenen Psychotherapie aufmerksam gemacht und mit einschlägigen Empfehlungen versorgt. In der alltäglichen Praxis bleibt es für ratsuchende Angehörige Glücksache, welche Unterstützung sie in der aufgesuchten Beratungsstelle erfahren, ein etabliertes Konzept für Angehörigenarbeit ist selten zu finden, geschweige denn ein gemeinsames Beratungsangebot für Suchtkranke und Angehörige (vgl. Rennert 2012: 15f). Dass diese Hilfen, jedenfalls in Deutschland, derart unterentwickelt sind, wird in der Regel mit einer mangelnden finanziellen Ausstattung begründet. Dass diese nicht im ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt wird erstaunt, da bereits im Jahr 1995 alle damaligen Mitgliedstaaten, darunter auch Deutschland, die *European Charter on Alcohol* unterzeichnet haben, in der vier von fünf ethischen Grundsätzen Bezug auf die Familie nehmen:

„1. Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Begleiterscheinungen des Alkoholismus geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.“

---

<sup>6</sup> Die Deutsche Rentenversicherung hat klare Vorgaben für die Einbeziehung Angehöriger in die stationäre Rehabilitation im Rahmen der evidenzbasierten Therapiemodule formuliert. So sollen mindestens 25% der Patienten mit ihren Angehörigen über einen Zeitraum von mindestens vier Stunden im Rahmen einer Entwöhnbehandlung von mindestens 78 Tagen behandelt werden. Dies kann im Rahmen von Gruppen- und/oder Einzelgesprächen erfolgen (vgl. Veltrup 2013:109).



2. Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung – von frühester Jugend an – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.
3. Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
4. Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.“ (WHO 1995: 3)

Daraus ließe sich durchaus ein Auftrag ableiten, der gut 20 Jahre nach Unterzeichnung nicht annähernd erfüllt ist. Der Fokus von Suchtbehandlungs- und –beratungseinrichtungen liegt nach wie vor beim Suchtkranken oder –gefährdeten selbst, in der Regel mit dem Ziel, eine Einstellungsänderung in Richtung Motivation und Behandlungsbereitschaft herbeizuführen, wozu eben auch die Angehörigen einbezogen werden (vgl. Goos u.a. 2007: 6). Zunehmend setzt sich in der Praxis die Haltung durch, nicht mehr den Konsumenten unter Druck zu setzen und ihm die negativen Folgen seines Handelns vor Augen zu führen, sondern ihm, im Rahmen von einer möglichst frühen Intervention, zum Beispiel unter Anwendung des Konzeptes der Motivierenden Gesprächsführung, zur Verhaltensänderung zu motivieren. Dieses 1991 von Miller und Rollnick in der Erstveröffentlichung des Buches „*Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*“ vorgestellte Konzept hat die Arbeit mit Suchtkranken nachhaltig verändert. Frühere Methoden, die eher darauf ausgerichtet waren, Konsumenten mit der Schädlichkeit ihres Konsumverhaltens zu konfrontieren, erzeugten nicht selten Widerstand und reaktantes Verhalten. Dieses trug häufig dazu bei, dass die Suchtkranken die Beratung oder Behandlung abbrachen und den Konsum so lange fortführten, bis die Folgen nur noch schwer zu bewältigen waren (Tiefpunkt- oder Leidensdrucktheorie). Im Gegensatz dazu steht im Konzept der Motivierenden Gesprächsführung eine Kommunikation im Vordergrund, die geeignet ist, das widerständige Verhalten der Suchtkranken zu verringern (vgl. Rollnick u. Miller 2012: 11).

## **2.1 Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung im Kontext der Suchtberatung**

Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung ist, seit dem Erscheinen der Originalausgabe des bereits erwähnten Buches von Miller und Rollnick, zunehmend auf andere Problemlagen und Handlungsfelder übertragen worden. Die Entstehung des Konzepts ist aber originär auf die klinische Arbeit mit süchtigen Klienten und Klientinnen zurückzuführen und genießt dort auch heute noch eine ungebrochen hohe Attraktivität,

sowohl im Beratungs- als auch im Behandlungskontext. Ausgehend von der Erfahrung, dass Suchtkranke häufig abwehrendes Verhalten zeigen, wurde in der Entwicklung der Motivierenden Gesprächsführung der Fokus insbesondere auf eine Gesprächsführung gelegt, die es ermöglicht, positiven Einfluss auf dieses Widerstandverhalten zu nehmen. Widerstand wurde in dieser Betrachtung nicht als Zeichen für mangelnde Motivation gewertet, sondern darauf zurückgeführt, dass Menschen in der Regel ambivalent sind wenn es um Veränderungen geht (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 14ff). Der allgemeinen Auffassung, dass Veränderung primär dadurch motiviert sei, Negatives zu vermeiden und man demnach Menschen nur dazu bringen müsse sich schlecht genug zu fühlen damit sie sich ändern, folgen die Autoren nicht. Auch nicht der sich daraus ergebenden Konsequenz, dass man Menschen nur genügend Scham, Unbehagen, Demütigungen, Angst, Schuld, Verlust und Bedrohung empfinden lassen müsse, um sie zur Veränderung zu motivieren. Dagegen schlagen sie aufgrund ihrer Erfahrung ein anderes Verständnis von Motivation vor. Sie gehen davon aus, dass Menschen, die Hilfe suchen, auf vielfältige Art und Weise leiden und daraus resultierend häufig immobilisiert sind – was eine Veränderung eher unwahrscheinlich macht. Ihrer Auffassung nach erfolgen konstruktive Verhaltensänderungen dann, wenn die Person diese mit intrinsischen Werten, etwas Wichtigem, etwas von Bedeutung, in Verbindung bringen kann. Damit eine intrinsische Motivation zur Veränderung entstehen kann, braucht es eine akzeptierende, befähigende Atmosphäre, in der sich die Person so geborgen fühlt, dass sie die schmerzvolle Gegenwart daraufhin untersuchen kann, was sie sich wünscht und für wertvoll erachtet (vgl. ebd: 29f).

„Menschen fühlen sich oft gefangen, nicht, weil sie nicht in der Lage sind, Nachteile ihrer Situation einzuschätzen, sondern weil sie zwiespältige Gefühle haben. Der Weg aus diesem Dilemma hat mit dem Erforschen und Befolgen dessen zu tun, was die Person spürt und was ihr wirklich wichtig ist.“ (ebd.: 30)

Dementsprechend vollzieht sich die Motivationsarbeit entlang der Exploration und Reduzierung dieser widersprüchlichen Gefühle, also den Ambivalenzen. Dieses Verständnis und die sich daraus ableitende Vorgehensweise der Motivierenden Gesprächsführung, auf die im Weiteren näher eingegangen wird, widersprach allem, was über Jahrzehnte in der Suchtarbeit galt und zuweilen heute noch gilt, nämlich die Einschätzung, dass Leugnen und Bagatellisieren der eigenen Suchtproblematik und fehlende Veränderungsmotivation quasi Persönlichkeitsmerkmale der Betroffenen seien und fehlender Leidensdruck und fehlende Mitwirkungsbereitschaft (Compliance) die Arbeit erschweren oder unmöglich machen. Die daran anschließende Motivationsdevise mit den Elementen Konfrontieren, Druck machen oder Überzeugungs- beziehungsweise Überredungskünste walten lassen, führte nicht selten zu

frustrierenden Interaktionssequenzen. Ähnlich wirkungsarm zeigten sich Versuche, Suchtkranken eine Diagnose einreden zu wollen. Diese Haltung und die damit zusammenhängende Verwendung der angeführten Gesprächsführungstechniken führte nicht selten zum vorzeitigen Abbruch der Beratung und/ oder der Behandlung und hinterließ sowohl auf Professionellen- als auch auf Betroffeneneseite Enttäuschung, Unzufriedenheit und Desillusionierung (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 115f).

Die Motivierende Gesprächsführung folgt einer völlig anderen Sichtweise. Neben einem spezifischen Geist, den die Autoren als Grundhaltung (*Spirit*) der Motivierenden Gesprächsführung bezeichnen, sind es vier Prinzipien, die die Motivierende Gesprächsführung kennzeichnen:

### **2.1.1 Grundhaltung und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung**

Die Motivierende Gesprächsführung ist wesentlich durch einen der Humanistischen Psychologie nahe stehenden „Geist“ (*Spirit*) geprägt, einer inneren Haltung, mit der man Menschen gegenübertritt. Respekt und Achtung sowie das Bestreben, die Autonomie der Klienten und Klientinnen zu wahren, sind fundamental. Grundsätzliche Einstellungen in der Motivierenden Gesprächsführung sind dabei Partnerschaftlichkeit, Evokation und Autonomie. Unter Partnerschaftlichkeit versteht die Motivierende Gesprächsführung eine Vermeidung autoritären Übergordnetseins seitens des Helfers<sup>7</sup>. Vielmehr geht es darum, eine partnerschaftliche Beziehung herzustellen, eine forschende Haltung einzunehmen, statt zu ermahnen, zu überreden oder zu argumentieren. Es wird versucht, eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre zu schaffen, die Veränderung fördert, aber nicht erzwingt (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 53f). Für die Arbeit mit Suchtmittelabhängigen bedeutet dies, dass durch die Herstellung einer gleichberechtigten, von positiver interpersoneller Atmosphäre, geprägten Beziehung die Hilfesuchenden dazu eingeladen werden, die Vor- und Nachteile ihres Suchtmittelkonsums zu erkunden und eine Veränderung zu wagen (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 117). Mit Evokation ist gemeint, dass die Rolle der Helfer nicht darin besteht, Einsicht und Realität zu vermitteln, sondern diese im Hilfesuchenden zu finden und hervorzurufen. Es wird angenommen, dass Ressourcen und Veränderungsmotivation im Hilfesuchenden selbst vorhanden sind (vgl. ebd.: 54). Suchtmittelabhängige besitzen demnach immer Veränderungspotential – „natural change processes that are already inherent in the individual“ (Miller und Rollnick 1991: 41) – sie tragen in Form einer Pro-Veränderungsseite

---

<sup>7</sup> Mit Helfer und Helferinnen sind all diejenigen gemeint, die sich mit den Klientinnen und Klienten in einem professionellen Hilfefkontext befinden.

die Gründe für eine Veränderung in sich und können so zum Fürsprecher der eigenen Veränderung werden. Autonomie meint, dass die Selbstbestimmung der Hilfesuchenden respektiert wird, d.h. sie haben die Freiheit, einen Rat anzunehmen oder auch nicht. Übergeordnetes Ziel ist, die intrinsische Motivation zu erhöhen, so dass Veränderung von innen heraus entsteht und nicht von außen verordnet wird. Veränderung dient damit den Werten und Zielen der Hilfesuchenden, sie sind es, die die Argumente für die Veränderung ausdrücken, nicht die Helfer (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 54ff). Darüber hinaus sind für die Arbeit mit Suchtmittelabhängigen im Geiste der Motivierenden Gesprächsführung folgende Komponenten von Bedeutung:

Aus ihrer Sicht lässt sich überhöhter oder abhängiger Substanzkonsum nicht auf eine biologische Erkrankung, Willensschwäche oder Uneinsichtigkeit reduzieren, sondern ist psychodynamisch (s.o. Kapitel 1.1.2) zu verstehen, als Ausdruck einer begründeten inneren Zwiespältigkeit. Diese Ambivalenz wird als normaler Teil menschlichen Erlebens und Verhaltens gedeutet und ist kein Ausdruck von Pathologie. Suchtmittelabhängige verhalten sich in dieser Sichtweise durchaus sinnhaft und können sich im Moment – gefangen in der inneren Ambivalenz – nicht einfach anders verhalten. Erforderlich sind daher Achtung vor dem Suchtmittelabhängigen und Respekt vor seinem Gewordensein. Widerstand gegen das Eingeständnis von Suchtproblemen oder gegen die Bereitschaft, sich zu verändern, wird nicht als Persönlichkeitsmerkmal von Abhängigen begriffen, sondern als Folge von Übergriffigkeiten beziehungsweise Autonomieverletzungen seitens des Helfers. Widerstand ist somit ein Ausdruck von Dissonanz in der Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchenden (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 117f).

Vier Prinzipien stellen in der Motivierenden Gesprächsführung das Vermittlungsstück zwischen dem Geist und den zum Einsatz kommenden Methoden dar, sie lauten:

„Höre dem Klienten respektvoll zu und versuche, sein Verhalten aus dessen Perspektive zu Verstehen (Empathie); entwickle Diskrepanzen zwischen dem jetzigen Verhalten des Klienten und seinen persönlichen Werten bzw. Zielen; vermeide alles, was bei Klienten Widerstand hervorrufen könnte, und baue Widerstand ab, wenn er auftauchen sollte; stärke die Zuversicht des Klienten, sein Verhalten ändern zu können.“ (ebd.: 118)

### **2.1.1.1 Empathie ausdrücken**

Das erste Prinzip „*Empathie ausdrücken*“ meint den Einsatz einer klientenzentrierten und emphatischen Vorgehensweise während des gesamten Hilfeprozesses. Die von Carl Rogers herausgearbeitete Fähigkeit zur Empathie und Fertigkeit des aktiven Zuhörens stellt für die Motivierende Gesprächsführung eine zentrale Grundlage dar. Die dem zu Grunde liegende

Einstellung lässt sich als *Akzeptanz* bezeichnen. Damit ist nicht gemeint, dem Hilfesuchenden in allem zuzustimmen, sondern das Bestreben, respektvoll zuzuhören, um das Erleben und Verhalten des Hilfesuchenden aus seiner Innensicht heraus zu verstehen und ihn so zu akzeptieren, wie er ist. Innere Konflikte und Ambivalenzen der Hilfesuchenden sind dabei zu würdigen und nicht zu beurteilen (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 58f).

### **2.1.1.2 Diskrepanzen entwickeln lassen**

„*Diskrepanzen entwickeln lassen*“ gilt als zweites Prinzip, dabei geht es darum, den Hilfesuchenden ihre eigene Zwiespältigkeit bewusst zu machen. Bei suchtmittelabhängigen Personen bedeutet das beispielsweise, dass die Suchtmittelabhängigen stärker mit Aspekten in Kontakt gebracht werden sollen, die verdeutlichen, wie die Sucht mit ihren wichtigen persönlichen Zielen und Werten in Konflikt steht. Die Wichtigkeit einer Veränderung soll dadurch an Kraft gewinnen. Dies gelingt besonders gut, wenn der Hilfesuchende selbst die Gründe für eine Veränderung vorbringt und sie nicht vom Helfer aufgezeigt oder vorgegeben werden (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 118).

### **2.1.1.3 Widerstand umlenken**

Das dritte Prinzip „*Widerstand umlenken*“ besagt, dass der Helfer vermeiden sollte für eine Veränderung zu plädieren, während der Hilfesuchende dagegen argumentiert. Widerstand wird als Abwehrreaktion auf die Gesprächsführung verstanden. Die Motivierende Gesprächsführung unterscheidet vier Kategorien von Widerstandsverhalten: das Argumentieren („*Arguing*“), das Unterbrechen („*Interrupting*“), das Negieren („*Negating*“) und das Ignorieren („*Ignoring*“). Reagiert wird darauf, in dem Hilfesuchende eingeladen werden, neue Perspektiven einzunehmen, statt ihnen etwas vorzuschreiben. Dabei kann zum Beispiel Gesagtes aufgegriffen werden, um weitere konstruktive Gedanken anzuregen. Reflektierende Äußerungen zu Aussagen von Hilfesuchenden können diese dazu bringen, ihre Standpunkte zu überdenken, ohne dafür zu argumentieren. Umformulierungen können dabei helfen, Hilfesuchende ihre Sichtweise überprüfen zu lassen. Destruktive Gedankengänge können durch Veränderung des Blickwinkels unterbrochen werden. Statt zu versuchen, die hemmenden Gedanken argumentativ zu egalisieren, wird die Thematik behutsam in eine andere Richtung verschoben. Widerständiges Verhalten steht häufig in engem Zusammenhang mit Ängsten von Hilfesuchenden vor Einschränkung ihrer Autonomie. Ein ausdrücklicher Hinweis auf ihre Entscheidungsfreiheit kann Spannungen auflösen und

Widerstand vermindern. Widerstand wird grundsätzlich als Signal verstanden die Vorgehensweise im Gespräch zu ändern (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 62f).

#### **2.1.1.4 Selbstwirksamkeit fördern**

Das vierte Prinzip „*Selbstwirksamkeit fördern*“ ruft dazu auf, die Zuversicht, den Optimismus beziehungsweise den Glauben der Hilfesuchenden an eine Veränderung zu stärken. Der Glaube, sich verändern zu können, wird als wichtiger Motivator begriffen, als Schlüsselement für die Motivation. Dementsprechend legt die Motivierende Gesprächsführung Wert darauf, die Selbstwirksamkeitserwartung zu nähren. Der Glaube des Helfers an die Fähigkeit des Hilfesuchenden, sich zu verändern, wirkt dabei gleich einer *Selffulfilling Prophecy* (vgl. ebd.: 64f).

Die Autoren Miller und Rollnick betonen, dass das Verstehen der erläuterten Grundhaltung im Zusammenhang mit den dargestellten Prinzipien unabdingbar für die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung ist. „Motivierende Gesprächsführung ist eine differenzierte klinische Methode, kein Baukasten von Techniken, die einfach zu lernen sind.“ (ebd.: 65). Das im Folgenden beschriebene Methodenrepertoire, mit dem die Prinzipien in beobachtbares Handeln umgesetzt werden können, ist auf dieser Grundlage zu verstehen und anzuwenden.

#### **2.1.2 Methoden der Motivierenden Gesprächsführung**

In der Vorstellung von Miller und Rollnick durchläuft die Motivierende Gesprächsführung zwei Phasen, die unterschiedliche Ziele haben, die sich aber auch überschneiden. In der ersten Phase soll die intrinsische Motivation für eine Veränderung aufgebaut beziehungsweise die Bereitschaft für eine Veränderung gestärkt werden. In der zweiten Phase steht im Mittelpunkt, Veränderungsziele, den Veränderungsweg sowie einen konkreten Veränderungsplan zu erarbeiten (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 80). In der Arbeit mit Suchtkranken geht es demnach in der ersten Phase darum, die Ambivalenzen im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum zu erkunden. Dafür eignen sich die so genannten „*Fünf Strategien für den Anfang*“, die gleich in der ersten Sitzung angewandt, aber im gesamten Verlauf beibehalten werden. Die ersten vier stammen aus der klientenzentrierten Gesprächsführung, werden in der Motivierenden Gesprächsführung aber ganz gezielt eingesetzt, um Hilfesuchende bei der Erforschung ihrer Ambivalenz zu unterstützen und persönliche Gründe für eine Veränderung zu finden: Offene Fragen stellen, Aktives Zuhören, Bestätigen, Zusammenfassen, Change- Talk hervorrufen.

### **2.1.2.1 Offene Fragen**

*Offene Fragen* sind Fragen, die dazu einladen, den Hilfesuchenden zum Reden zu ermutigen. Das heißt, sie sollten nicht nur mit „ja“ oder „nein“ beziehungsweise mit wenigen Worten zu beantworten sein, sondern den Hilfesuchenden zu einer ausführlichen Darlegung seiner Sichtweise anregen (vgl. ebd.: 98f). In der Arbeit mit Suchtkranken könnten bezogen auf den Konsum beispielweise folgende Fragen gestellt werden: „Wie denken Sie selbst über ihren Konsum?“, „Was gefällt Ihnen am Trinken?“, „Wie haben sich Ihre Konsumgewohnheiten in den letzten 2 Jahren verändert?“. Bei hoch ambivalenten Personen kann es hilfreich sein, beide Seiten eines Sachverhalts zu beleuchten, zum Beispiel: „Erzählen Sie mir etwas über Ihren Alkoholkonsum. Was gefällt Ihnen daran?“...“Und wie sieht es mit der anderen Seite aus? Was macht Ihnen Sorgen?“ Grundsätzlich sollten nie mehr als drei Fragen in Folge gestellt werden. Das Grundmuster der Motivierenden Gesprächsführung ist, durch das Stellen einer offenen Frage ein Thema zur Exploration vorzuschlagen und es dann mittels der im Folgenden beschriebenen Reaktionsweisen zu vertiefen (ebd.: 100f).

### **2.1.2.2 Aktives Zuhören**

*Aktives Zuhören* wird als wichtigste und gleichzeitig schwierigste Fertigkeit in der Motivierenden Gesprächsführung beschrieben. Es ist die methodische Umsetzung einer emphatischen, klientenzentrierten Grundhaltung (s. Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung Kapitel 2.1.1) und bedeutet, dass man in der Lage ist, bei Äußerungen der Hilfesuchenden „ganz Ohr zu sein“ und ihnen das Verstandene in vertiefter Form zurückzumelden. Beim *Aktiven Zuhören* können einfache Wiederholungen oder auch Neuformulierungen eingesetzt werden, es können aber auch reflektierende Äußerungen im Vorgriff auf denkbare nachfolgende Gedankengänge der Hilfesuchenden formuliert werden oder Aussagen überspitzt oder gemildert wiedergegeben werden (ebd.: 102ff). Man folgt beim *Aktiven Zuhören* der Gedanken- und Erlebniswelt des Gesprächspartners. Zum Beispiel kann ein Gespräch über das Konsumverhalten folgendermaßen überspitzt werden: Hilfesuchender: „Ich kann die meisten Menschen unter den Tisch trinken.“ Helfender: „Sie sind stolz darauf, wie viel Sie vertragen.“ (Körkel u. Veltrup 2003: 119).

### **2.1.2.3 Bestätigen**

*Bestätigen* meint die Würdigung beziehungsweise Wertschätzung von Verhaltensweisen oder Äußerungen der Hilfesuchenden (vgl. ebd.: 119). „Dies kann in Form von Anerkennung, Komplimenten oder Verständnis vermittelnden Aussagen geschehen.“ (Miller u. Rollnick

2009: 109) Durch Bestätigungen bringt der Helfer seine positive Grundhaltung gegenüber den Hilfesuchenden zum Ausdruck, es dient der Stärkung des Arbeitsbündnisses und der Ermutigung der Hilfesuchenden (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 119). Beispielsweise kann man Suchtmittelabhängige die sich mit einer Konsumveränderung beschäftigen, folgendermaßen bestätigen: „Ich habe großen Respekt davor, wie ernsthaft Sie sich mit der Veränderung Ihres Alkoholkonsums beschäftigen.“

#### **2.1.2.4 Zusammenfassen**

Die vierte Strategie ist das *Zusammenfassen*, sie dient dazu, Gesprächsthemen zu verbinden und zu verstärken. In der Motivierenden Gesprächsführung bieten sich drei Arten von *Zusammenfassen* an: Die *sammelnde Zusammenfassung* wird im Verlauf der Exploration angeboten, sie ist in der Regel eher kurz, fasst das Gesagte zusammen und soll zu weiterführender Exploration einladen, daher ist es sinnvoll, sie mit einer offenen Frage zum Beispiel: „Und was gibt es sonst noch?“ zu beenden. *Sammelnde Zusammenfassungen* bringen *Change-Talk* zusammen. Die *verbindende Zusammenfassung* verknüpft das, was der Hilfesuchende gerade gesagt hat, mit Inhalten, die bereits behandelt wurden. Dabei kann es sich um Inhalte früherer Sitzungen oder eine Sequenz aus dem aktuellen Gespräch handeln. Hilfesuchenden sollen mittels dieser Zusammenfassung der Weg geebnet werden, über die Beziehung zwischen zwei oder mehreren zuvor besprochenen Themen nachzudenken. Hilfreich sind sie insbesondere, um Ambivalenzen des Hilfesuchenden zu verdeutlichen. Schließlich gibt es noch die *überleitende Zusammenfassung*, die den Wechsel von einem zum anderen Thema ankündigt oder markiert. Sie ist geeignet, den Abschluss einer Sitzung vorzubereiten oder zu testen, ob die Bereitschaft besteht, von Phase 1 zu Phase 2 zu wechseln. (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 110ff). Folgendes Beispiel soll die *verbindende Zusammenfassung* illustrieren: „Es hört sich so an, als seien Sie geneigt in zwei verschiedene Richtungen zu gehen. Sie äußern sich besorgt über ihren steigenden Alkoholkonsum und die möglichen Auswirkungen, falls Sie ihn nicht in den Griff bekommen. Es beunruhigt Sie darüber nachzudenken, dass Ihre Frau sie verlassen und die Kinder mitnehmen könnte. Der Unfall unter Alkoholeinfluss hat Ihnen verdeutlicht, dass Sie sich selbst aber auch andere gefährden. Andererseits können Sie sich ein Leben ohne Alkohol kaum vorstellen, Sie genießen die damit verbundene Geselligkeit und nehmen wahr, dass Ihre Freunde trotz des Trinkens alles gut hinkriegen. Sie sind besorgt, aber zur gleichen Zeit auch nicht besorgt.“ Die Ausführungen vermitteln einen Eindruck, wie Zusammenfassungen in der Gesprächsführung umgesetzt werden können.

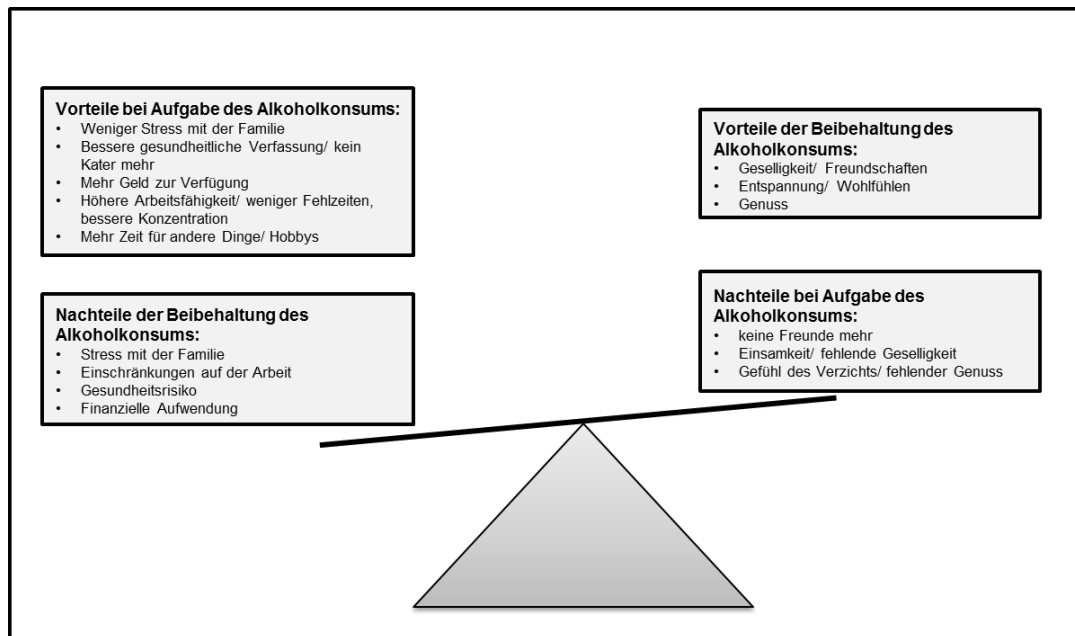


### 2.1.2.5 Change-Talk hervorrufen

Die fünfte Strategie, der *Change-Talk*, wird als Fertigkeit verstanden, der Gefahr zu entgehen, in der Ambivalenz stecken zu bleiben. Es ist eine Strategie, die zur Auflösung von Ambivalenzen führt. Hier wird gezielt versucht, Hilfesuchende zu veranlassen, Gedanken, die für eine Veränderung sprechen, auszudrücken. *Change-Talk* lässt sich in vier Kategorien unterteilen: Erkennen der Nachteile des Status Quo, Erkennen der Vorteile einer Veränderung, Zuversicht bezüglich einer Veränderung und Veränderungsabsicht. Aussagen zu diesen Kategorien umfassen kognitive, emotionale und behaviorale Dimensionen der Verpflichtung zur Veränderung. Zum Hervorrufen von *Change-Talk* beschreiben Miller und Rollnick unterschiedliche Methoden. So können zum Beispiel mittels offener Fragen, die sich auf eine mögliche Veränderungsabsicht beziehen, Hilfesuchende gebeten werden, Nachteile der derzeitigen Situation genauer zu beschreiben, Vorteile einer Veränderung zu artikulieren, Optimismus bezüglich einer Veränderung auszudrücken oder ihre Veränderungsintention darzustellen. Hier bietet sich der Einsatz von Skalen an, anhand derer Hilfesuchende beispielsweise die Wichtigkeit einer Verhaltensänderung einordnen oder ihre Zuversicht bezüglich einer Veränderung einschätzen. Die Erörterung der positiven und negativen Aspekte des gegenwärtigen Verhaltens kann mittels einer *Entscheidungswaage* (s. Abbildung 4) unterstützt werden. Hierbei wird das Für und Wider einer Veränderung und Für und Wider einer Beibehaltung des Status Quo in eine vier Felder-Matrix eingetragen und exploriert. Sobald ein Grund für eine Veränderung genannt ist, empfiehlt es sich, diesen Punkt vom Hilfesuchenden weiterentwickeln zu lassen. Dieses so genannte *Themen entwickeln* kann dabei helfen, weiteren *Change-Talk* hervorzurufen oder die Veränderungsbereitschaft zu stärken. Sollte wenig Verlangen nach einer Veränderung vorliegen, bietet sich die *Erwägung von Extremen* an. Hierbei werden Hilfesuchende gebeten, die Extreme ihrer Besorgnisse oder die anderer zu beschreiben. Hilfreich kann es auch sein, Hilfesuchende zu bitten, nach der Zeit zu fragen, bevor das Problem auftrat und dies mit der Gegenwart zu vergleichen. Dieses *Zurückblicken* ermöglicht es, die Diskrepanz zum gegenwärtigen Zustand zu verdeutlichen und auch die Möglichkeit eines besseren Lebens aufzuzeigen. *In die Zukunft blicken* dient dazu, die Hilfesuchenden bei der Entwicklung einer Vision für eine veränderte Zukunft zu unterstützen. Es werden hierbei realistische Erwartungen der Hilfesuchenden an die Auswirkungen einer Verhaltensänderung exploriert. Eine weitere Möglichkeit, *Change-Talk* hervorzurufen, ergibt sich durch die *Ergründung von Zielen und Werten*, hierbei werden Lebensziele erörtert und Dissonanzen zum Suchtmittelkonsum eruiert. Sinn dieser

Exploration ist zu klären, inwieweit das gegenwärtige Verhalten mit diesen Zielen und Werten in Konflikt steht oder sie untergräbt (vgl. Miller und Rollnick 2009: 113ff).

Abbildung 4: Entscheidungswaage als Methode, um Change-Talk hervorzurufen



(vgl. Miller u. Rollnick 2009: 118/ eigene Darstellung)

Anders als bei Rogers werden die dargestellten klientenzentrierten Interventionen in der Motivierenden Gesprächsführung auch direktiv eingesetzt. Miller und Rollnick bezeichnen die Motivierende Gesprächsführung daher als „[...] a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence.“ (Miller u. Rollnick 1991: 25) Direktiv bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sie bewusst auf die Auflösung von Ambivalenzen ausgerichtet ist und eine bestimmte Veränderungsrichtung präferiert (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 47). Dazu werden unter Einsatz der beschriebenen Methoden zielgerichtet (direktiv) die positiven und negativen Seiten des Suchtmittelkonsums hinsichtlich einer potentiellen Konsumveränderung erkundet.

Der Abschluss der ersten Phase ist erreicht, wenn durch den Einsatz der beschriebenen Methoden Suchtmittelabhängige die Notwendigkeit einer Veränderung anerkannt und die Zuversicht entwickelt haben, sich verändern zu können. Der Fokus verschiebt sich dann vom Wichtigkeits- und Zuversichtsaufbau zur Verstärkung der Selbstverpflichtung. Einen exakten und idealen Moment für den Übergang von Phase eins in Phase zwei gibt es nach Ansicht der Autoren nicht. Sie sehen es eher als ein Zeitfenster, in dem die Veränderung eingeleitet werden sollte, warnen aber auch davor, dieses zu verpassen, da die Gefahr besteht, dass Hilfesuchende anfangen, kognitive Abwehrmechanismen einzusetzen, um das emotionale

Unbehagen, das durch die Erkenntnis einer wichtigen Diskrepanz entsteht, zu vermindern. Ausreichend wissenschaftliche Erkenntnisse, welche Anzeichen den Zeitpunkt eines Phasenwechsels anzeigen könnten, gibt es bisher nicht. Miller und Rollnick bieten aber folgende Hinweise an, die nach ihrer Auffassung helfen, den Zeitpunkt für einen Übergang zu erkennen (vgl. ebd. 2009: 174ff):

Abbildung 5: Anzeichen für Veränderungsbereitschaft

Phänomen	Hinweise auf das Phänomen
Nachlassender Widerstand	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argumentieren, Unterbrechen, Verleugnen wird eingestellt</li> </ul>
Weniger Fragen zur Problematik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fragen mehr, da genügend Informationen zum Problem vorliegen</li> </ul>
Entschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfesuchende wirken ruhiger, friedvoller, entspannter und/oder entlasteter</li> </ul>
Selbstmotivierende Äußerungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfesuchende drücken aus, dass sie das Problem erkannt haben</li> <li>• zeigen sich offen für Veränderungen</li> <li>• sind besorgt</li> <li>• oder voller Optimismus</li> </ul>
Häufige Fragen zur Veränderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfesuchende erkundigen sich, was sie gegen das Problem tun können oder wie andere damit umgehen</li> </ul>
Zukunftsphantasien, Ausblicke	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfesuchende entwickeln konkrete Vorstellungen, wie das Leben nach einer Veränderung aussehen könnte</li> <li>• welche Schwierigkeiten es geben könnte</li> <li>• welche Vorteile eine Veränderung hätte</li> </ul>
Experimente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfesuchende machen erste Versuche mit der Veränderung</li> </ul>

(vgl. Miller u. Rollnick 2009: 176/ eigene Darstellung)

Sobald Phase zwei erreicht ist, ist den Autoren zufolge der schwierigste Teil der Arbeit in der Motivierenden Gesprächsführung getan. Hilfesuchende können nun entscheiden, weitere Schritte alleine oder auch mit Unterstützung zu gehen (vgl. ebd.: 176). Phase zwei beinhaltet zwei Schritte, die Einleitung der Phase sowie die Aushandlung eines Veränderungsplans.

### 2.1.2.6 Einleitung von Phase zwei

Die Einleitung von Phase zwei beginnt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse aus Phase eins. Wichtig ist hierbei, die zentralen Überlegungen, die für eine Änderung sprechen, und die Zuversicht, diese Änderungen vollziehen zu können, einzubeziehen. An die Rückversicherung

hinsichtlich der Richtigkeit der Zusammenfassung schließt die *Schlüsselfrage* an. Sie dient dazu, Hilfesuchende anzuregen, über eine Veränderung nachzudenken und darüber zu reden. Grundgedanke dieser Frage ist immer, herauszufinden, was der nächste Schritt ist. Zum Beispiel: „Sie möchten, dass es so nicht mehr weitergeht. Wie soll es aus Ihrer Sicht weitergehen?“ (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 121) Miller und Rollnick weisen darauf hin, dass Hilfesuchende in Phase zwei oft um Ratschläge oder Informationen bitten. Diese sollten in begrenztem Umfang durchaus gegeben werden (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 182).

### **2.1.2.7 Einen Veränderungsplan aushandeln**

Aus den Antworten der Hilfesuchenden auf Schlüsselfragen sowie den Informationen und Ratschlägen, die der Helfer beiträgt, kann ein Veränderungsplan entstehen. Er beinhaltet das Bestimmen von Zielen, das Erwägen von Veränderungsmöglichkeiten, die Erstellung eines Veränderungsplans sowie das Hervorrufen von Selbstverpflichtung. Ziele werden dabei im gleichberechtigten Dialog gemeinsam mit den Hilfesuchenden entwickelt. Dabei kann die Situation entstehen, dass die Ziele des Hilfesuchenden nicht mit denen des Helfers übereinstimmen. In dieser Situation sind die Ziele des Hilfesuchenden unbedingt zu akzeptieren (vgl. ebd.: 183f).

„The fact is that you cannot impose your own goals on another person. [...] You can offer your best advice, but the client is always free to accept or disregard it. Further arguing and insisting would likely evoke defensiveness rather than agreement. [...] It is far better, we believe, to maintain a strong working alliance with the client, and to start with the goals toward which he or she is most eager to make progress. If these goals are misguided, it will become apparent soon enough.“ (Miller u. Rollnick 1991: 134)

Ziele sollten immer realistisch sein, ein zu großer Abstand zwischen dem gegenwärtigen und dem gewünschten Verhalten kann sich hemmend auf die Motivation auswirken. Um zu evaluieren, ob ein bestimmtes Ziel erreichbar ist, bietet es sich an, nach einer Einschätzung der Zuversicht zu fragen oder den Hilfesuchenden zu bitten, die möglichen Konsequenzen einer bestimmten Vorgehensweise zu erläutern. Zum Beispiel könnte ein Alkoholabhängiger gefragt werden, was sich in seinem Leben ändern würde, wenn er den Alkoholkonsum ließe. Sind die wichtigsten Ziele geklärt, folgt der nächste Schritt, das Erwägen möglicher Methoden zur Zielerreichung (*Veränderungsoptionen erwägen*). Zentraler Fokus der Motivierenden Gesprächsführung ist dabei, auf die inneren Ressourcen des Hilfesuchenden und eventuell vorhandene soziale Unterstützung zurückzugreifen. Es kann sich aber auch anbieten, den Hilfesuchenden in eine Psychotherapie zu vermitteln (vgl. Miller u. Rollnick 2009: 185f). In der nächsten Phase werden die mit den Hilfesuchenden erörterten

Veränderungsoptionen konkretisiert, das heißt ein Plan aufgestellt, der das genaue Vorgehen festlegt. Dieser Plan sollte vom Hilfesuchenden selbst formuliert werden und kann bei Bedarf auch schriftlich festgehalten werden. Ein kleinschrittiges Vorgehen wird empfohlen, dafür bietet es sich an, dass der Hilfesuchende sich Gründe für die Veränderung noch einmal vergegenwärtigt, die wichtigsten Ziele dabei für sich extrahiert und die erforderlichen Schritte zur Zielerreichung definiert. Diese Schritte sollten Antworten auf die Fragen: „Was ist zu tun“, „Wann tue ich es“, „Wer kann mich wie unterstützen“, „Welche Schwierigkeiten könnte es geben“ und „Woran erkenne ich, dass mein Plan erfolgreich war“ enthalten. Am Ende steht die Zusammenfassung des Plans seitens des Helfers. Idealerweise führt die Zusammenfassung dieses Plans aus Sicht der Autoren dazu, dass es zur Selbstverpflichtung kommt, das heißt, dass der Hilfesuchende seine Zustimmung gibt und die Annahme signalisiert. Dies kann durch die einfache Frage „Ist es das, was Sie tun wollen?“ eintreten. Sollte die Antwort kein klares „Ja“ sein, sondern zögerlich formuliert werden, zum Beispiel „Ich glaube schon.“ oder „Ich werde darüber nachdenken.“, ist die Arbeit noch nicht beendet. In diesen Fällen gilt es zu ergründen, was den Hilfesuchenden bei der Umsetzung zurückhält. Hilfreich ist dabei der Einsatz von Methoden, die geeignet sind, Ambivalenzen aufzulösen (siehe dazu Kapitel 2.1.2.5 Change-Talk hervorrufen). Verstärkung von Selbstverpflichtung kann erreicht werden, indem der Hilfesuchende seinen Plan publik macht. Wenn zum Beispiel die Partnerin oder der Partner oder andere wichtige Personen Kenntnis nehmen, geschieht die Selbstverpflichtung mit dem Wissen und dem Einverständnis dieser Person. Je öfter Hilfesuchende ihre Pläne anderen gegenüber verbalisieren, umso mehr steigt die Selbstverpflichtung. Miller und Rollnick beschreiben die Selbstverpflichtung als Vervollständigung des formalen Ablaufs der Motivierenden Gesprächsführung. Von hier aus fahren manche Hilfesuchende alleine fort, den Plan umzusetzen. Für andere stellt sich dieser Abschluss als Übergang von einer motivierenden Beratung zu einer mehr handlungsbetonten Therapie dar (vgl. ebd.: 186ff).

## **2.2 Indikation des Methodenansatzes**

Der Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung in der Suchtkrankenhilfe kann in unterschiedlichen Varianten erfolgen. Es gibt die Möglichkeit, dieses Konzept als ausschließliche Behandlung (*primary treatment*) einzusetzen. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Drogenabhängiger vom Gericht zu einer „Zwangsberatung“ verurteilt wird und diese dann nach dem Geist, den Prinzipien und den Methoden der Motivierenden Gesprächsführung durchgeführt wird. Eine weitere Möglichkeit ist, die Motivierende Gesprächsführung als übergeordneten Behandlungsstil, kombiniert mit anderen

Behandlungselementen (*permeating style combined or integrated with other treatment components or entire treatments*) durchzuführen. Hier erfolgt der Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung als Kommunikationsstil in Verbindung mit anderen Behandlungselementen, zum Beispiel Rückmeldung von Laborergebnissen oder Einsatz von Informationsmaterial, die unter Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung vermittelt und erörtert werden. In diesem Fall spricht man von „*Adaptiertem Motivational Interviewing (AMI)*“. Ein Arzt könnte beispielsweise einem Patienten Feedback zu seinen Leberwerten geben, die auf erhöhten Alkoholkonsum schließen lassen. Dieses Feedback und das Besprechen von Konsequenzen erfolgt dann im Geiste und nach den Methoden der Motivierenden Gesprächsführung. Darüber hinaus kann man Motivierende Gesprächsführung als vorangestelltes Behandlungselement (*prelude*) einsetzen. In dieser Variante erfolgt der erste Kontakt mit dem Hilfesuchenden nach den Prinzipien und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung. Beispielsweise könnte ein Patient im Rahmen einer Krankenhausbehandlung im Kommunikationsstil der Motivierenden Gesprächsführung auf seinen Alkoholkonsum angesprochen werden mit dem Ziel, dass er im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine Suchtberatungsstelle aufsucht um sich dort weiter mit seinen Suchtproblemen auseinander zu setzen. Eine weitere Einsatzmöglichkeit wäre der Rückgriff auf Motivierende Gesprächsführung bei Bedarf (*fall-back-option*). Hierbei wird während einer Behandlung auf die Motivierende Gesprächsführung zurückgegriffen, wenn motivationale Probleme sichtbar werden (vgl. Körkel u. Veltrup 2003: 122f).

### **2.3 Studien zur Wirksamkeit**

Fragen zur Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung werden seit mehr als drei Jahrzehnten in unterschiedlichen Studien untersucht und haben eine Fülle von Forschungsbefunden ergeben, die nachfolgend kurz zusammengefasst werden. Aus über mehr als 100 klinischen Versuchsstudien und einer Reihe von Überblicksartikeln, in denen die Forschungsbefunde zusammengefasst werden, lassen sich mehrere allgemeine Schlussfolgerungen ableiten. Demnach gibt es deutliche Hinweise, dass die Motivierende Gesprächsführung so wirken kann, dass eine Veränderung ausgelöst wird. Eine Reihe von Studien zeigt, dass es bei Menschen, die mit Hilfe der Motivierenden Gesprächsführung behandelt wurden, eine signifikant größere Verhaltensänderung festgestellt werden kann, als bei Menschen, die eine solche Behandlung nicht erhielten (Arkowitz, Westra, Miller u. Rollnick 2010: 14). Lundahl und Birke (2009) stellen in ihrer Auswertung von vier Metaanalysen fest:

“MI is significantly (10-20%) more effective than no treatment and generally equal to other viable treatments for a wide variety of problems ranging from substance use (alcohol, marijuana, tobacco, and other drugs) to reducing risky behaviors and increasing client engagement in treatment.”  
(Lundahl u. Burke 2009: 1232)

Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass Motivierende Gesprächsführung nicht immer wirkt. Die Wirksamkeit war je nach Studie, Ort, Beraterin bzw. Berater und Klientel unterschiedlich. Gesicherte Erkenntnisse sind, dass es einen „Dosis-Effekt“ gibt, das heißt je mehr Sitzungen unter Anwendung Motivierender Gesprächsführung stattfinden, desto größer und stabiler ist die Verhaltensänderung. Typischerweise ist die Motivierende Gesprächsführung eher auf eine kurze Behandlungsdauer (Kurzintervention) angelegt. Sie zeigt im Vergleich zu anderen Behandlungsformen eine höhere Wirtschaftlichkeit, da die Wirkung durch eine geringere Sitzungsfrequenz erzielt wird. Weiterhin sind diese Effekte langlebig und konnten auch ein Jahr nach Behandlungsende noch nachgewiesen werden. Motivierende Gesprächsführung scheint in Kombination mit einer anderen Behandlungsmethode Synergieeffekte aufzuweisen, das heißt, dass die eine Behandlung die andere in ihrer Wirkung verstärkt (vgl. ebd.: 1243). Befunde mehrerer Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass die Motivierende Gesprächsführung bei einer Vielzahl von Gruppen und Problemen eingesetzt werden kann. Amerikanische Studien zeigten, dass es im Schnitt höhere Effekte bei ethnischen Minderheiten gab, als bei vorwiegend weißen angloamerikanischen Stichproben. Erklärt wird dieses Phänomen dadurch, dass die Motivierende Gesprächsführung ansetzt, den einzigartigen Kontext und die besondere Sichtweise der Hilfesuchenden zu verstehen (vgl. Arkowitz, Westra, Miller u. Rollnick 2010: 15f). Vogt, Schmid und Schu (2003: 136) bezweifeln, dass sich die Ergebnisse der amerikanischen Studien, in denen die Motivierende Gesprächsführung eine hohe Wirksamkeit bei Kurzinterventionen nachweisen konnte, einfach auf Deutschland übertragen lassen. Ihrer Ansicht nach unterscheidet sich insbesondere die Klientel, die deutsche Drogenhilfeeinrichtungen<sup>8</sup> aufsuchen, signifikant von der Klientel, die in den meisten amerikanischen Studien untersucht worden sind. „[...] so trifft man in den Einrichtungen der Drogenhilfe gehäuft auf Menschen mit lang andauernden Drogenkarrieren, vielfachen und komplizierten Problemlagen, wenig Ressourcen, beschädigtem Selbstwertgefühl und minimaler Selbstwirksamkeitserwartung.“ (ebd.: 135f) Bei ihnen eine wirksame Hilfe mit wenigen Kurzinterventionen erreichen zu können scheint zweifelhaft. Selbst wenn es gelingen sollte, die Veränderungsmotivation durch den Einsatz Motivierender Gesprächsführung zu unterstützen, bleibt die Frage, wo bei einer derart marginalisierten und

---

<sup>8</sup> Gemeint sind in diesem Zusammenhang Einrichtungen, die von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierten Drogen aufgesucht werden.



demoralisierten Klientel Veränderungskompetenz herkommen soll. Die Autoren empfehlen daher bei Personen, die nicht in einem frühen Stadium ihrer Suchtkarriere erreicht werden können, wenig Selbsthilfepotential besitzen und keine funktionierenden soziale Netzwerke mehr haben, ein kombiniertes Verfahren aus Motivierender Gesprächsführung bzw. Adaptierter Motivierender Gesprächsführung und Case Management (vgl. ebd.: 136). Grundsätzlich widerspricht dieses Vorgehen keineswegs den Erkenntnissen, die aus den vorliegenden Forschungsergebnissen gewonnen wurden. Im Gegenteil, ein Ergebnis war, dass sich Motivierende Gesprächsführung sehr gut in Kombination mit anderen Methoden durchführen lässt und die Wirksamkeit dadurch gesteigert wird. Dies spricht auch für die Weiterentwicklung der Motivierenden Gesprächsführung im Rahmen dieser Arbeit.

## **2.4 Grenzen der Wirksamkeit**

Die Zusammenfassung der Studienergebnisse hat bereits einen Hinweis gegeben, bei welcher Klientel Grenzen in der Wirksamkeit gesehen werden. Vorab muss allerdings angemerkt werden, dass jede Therapie-, Beratungs- und Behandlungsform Vor- und Nachteile hat, Möglichkeiten eröffnen kann, aber in bestimmten Feldern ihre Grenzen findet. Für die Motivierende Gesprächsführung konnte empirisch nachgewiesen werden, dass sie eine gut begründete Behandlungsmethode für Störungen mit Substanzgebrauch ist und sich auch im Hinblick auf Probleme mit dem Gesundheitsverhalten wirksam zeigt. Dass Motivierende Gesprächsführung auch bei anderen Störungen eingesetzt werden kann, wurde inzwischen vielfach beschrieben, zum Beispiel von Arkowitz und Kollegen, die in ihrem Buch *„Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen“* eine Reihe von Störungsbildern nennen, die den Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung erlauben, u.a. Motivation von Zwangspatienten, Motivierende Gesprächsführung und Suizidalität, Motivierende Gesprächsführung bei problematischem und pathologischem Glücksspiel, Motivierende Gesprächsführung bei Patienten mit Doppeldiagnose. Hinsichtlich der Wirksamkeit fehlen hier aber noch kontrollierte Studien (vgl. Arkowitz, Westra, Miller u. Rollnick 2010: 356). Die Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung wird insbesondere von der Interaktion zwischen dem Hilfesuchenden und dem Helfer bestimmt. Grenzen erfährt sie, wenn die grundlegende Fähigkeit und Bereitschaft zur verbalen und nonverbalen Kommunikation nicht vorhanden ist. Das kann der Fall sein, wenn Menschen aufgrund von Krankheit in ihren kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten stark eingeschränkt sind, beispielsweise durch geistige Behinderung oder Demenz, aber auch in akut psychotischen Phasen oder in akuten Krisensituationen. Übermäßiger Gebrauch oder

Missbrauch von Substanzen kann akute Krisen auslösen, aber auch zu chronifizierten Krisen führen. Wie bereits dargestellt, sehen Vogt, Schmid und Schu (2003: 136) insbesondere in dieser Chronifizierung, die aus mehrjährigen Abhängigkeitsverläufen resultiert und mit starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen und komplexen Problemlagen einhergeht, deutliche Grenzen der Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung. Sie kann in diesen Fällen als Gesprächsführungstechnik hilfreich sein, darüber hinaus muss aber zur Unterstützung ein strukturiertes und kontrolliertes sozialarbeiterisches Vorgehen mit Hilfeplanung, Hilfeerschließung und Hilfeleistung vorgehalten werden.

### **3 Sucht und Familie in der Suchtberatung**

Die Bedeutung familiärer Einflussfaktoren im Verlauf von Suchterkrankungen ist heute unbestritten. Daher ist es erstaunlich, dass, wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, das Thema Sucht und Familie in der alltäglichen Praxis deutscher Suchtberatungsstellen zwar wahrgenommen wird, aber nicht annähernd flächendeckend in Form systematischer Hilfen für Suchtkranke und Angehörige - zum Beispiel in Form einer gemeinsamen Beratung - in der Angebotspalette verankert ist. In der Familienberatung dagegen wird das Thema Sucht und Familie schon seit einigen Jahren bewegt.

„Zunehmend setzt sich auch die Erkenntnis durch, dass auch bei typischen individuellen Problemlagen wie Alkoholabhängigkeit oder Depression vorübergehende gemeinsame Beratung mit dem Partner hilfreich sein kann, um das Verständnis für die Situation des anderen zu verbessern und die Partner dabei zu unterstützen gemeinsam die schwierige Situation zu meistern.“

(Goldbrunner o. J.: 1f)

Begründungshinweise für diese unterkomplexe Versorgungslage in der Suchtberatung lassen sich kaum finden. Von Seiten des Hilfesystems wird die mangelnde finanzielle Ausstattung angeführt. Dieses Argument zu entkräften oder zu stärken ist nicht Ziel dieser Arbeit, in Zweifel gezogen werden kann aber, dass es finanziell aufwendiger ist eine statt zwei oder mehrere Personen zu beraten. Zu vermuten ist daher, dass andere Aspekte zu dieser Versorgungslücke führen. Eine mögliche Erklärung wäre die Traditionslinie aus der sich die Suchtberatung entwickelt hat.

Ein Blick in die Historie der Suchtberatung zeigt, dass dieses Arbeitsfeld ein relativ neuer Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit ist. Die ersten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland sind in den 1970er Jahren entstanden. Ähnlich wie die Schuldnerberatung hat sich das Arbeitsfeld durch ein starkes Ansteigen einer neuen Betroffenenengruppe aus der allgemeinen Sozialberatung herauspezialisiert. Die Beratung ist auf ein Leitproblem, den Suchtmittelkonsum, ausgerichtet und nimmt dabei die daraus resultierenden Probleme wie

zum Beispiel finanzielle Nöte, Wohnungsprobleme, psychische Schwierigkeiten und die Gefahr, in die Kriminalität abzurutschen, mit in den Blick (vgl. Pütz 2001: 179ff). Suchtmittelkonsum ist somit kein singuläres Problem, sondern produziert in der Folge oft hochkomplexe Problemlagen, die hohe Anforderungen an die Beratenden stellen. Neben der unmittelbaren Arbeit mit dem Ratsuchenden fallen noch Verwaltungs-, Organisations- und Vermittlungstätigkeiten an, die die Kenntnis und Nutzung des gesamten Spektrums der Sozialen Arbeit erforderlich macht (ebd.: 189). Die Suchtberatung ist ein klassisches Gebiet der Einzelfallhilfe, das heißt ihr Fokus liegt auf der Einzelberatung. Die Einzelberatung ist die kleinste denkbare Beratungskonstellation, gekennzeichnet durch eine dyadische Kommunikation zwischen dem Hilfesuchenden und dem Beratenden (vgl. Sickendiek, Engel u. Nestmann 2008: 95). „Im Mittelpunkt stehen die individuellen und subjektiven Problemerkahrungen, die individuell erlebten sozialen (und materiellen, rechtlichen, kulturellen etc.) Rahmenbedingungen der jeweiligen Problemlage sowie der Prozess der Orientierung, Entscheidung, Planung und Handlung.“ (Ebd.: 95) Fokus der Beratung ist die Subjektivität des Hilfesuchenden, die Problemperspektive dieser Person, ihre „Sicht der Welt“ und ihre Biographie sind von Bedeutung. Beratung ist hier der Versuch, individuell Erlebtes, Erinnerungtes und Dargebotenes zu verstehen. Das bedeutet aber nicht, dass Problemlagen generell individualisiert werden. Je nach inhaltlicher Ausrichtung des Beratungsangebots und nach Problemverständnis des Beratenden werden soziale und gesellschaftliche Ursachen und Bedingungen der Problemstellung mit beachtet. In der Einzelberatung können demnach familiäre Problemhintergründe ebenso angesprochen werden wie in Gruppen- oder Familienberatungen. Aufgabe des Beratenden ist es, die relevanten Problemkontexte zu thematisieren um damit einer reduzierten und oberflächlichen Betrachtung entgegenzuwirken. Hilfesuchende und Beratende handeln mehr oder weniger geteilte Problemperspektiven aus und konstruieren so Inhalt und Ablauf der Beratung (vgl. ebd.: 95ff). Für die Handlungspraxis in Suchtberatungsstellen bedeutet dies, dass weitgehend dem Zufall beziehungsweise dem Hilfesuchenden oder dem Beratenden überlassen bleibt, inwieweit das familiäre Umfeld als relevant für die Entstehung oder auch Lösung der Problemlage betrachtet und im Beratungsgeschehen thematisiert wird. Das birgt die Gefahr, dass unter Umständen wichtige problemstabilisierende Faktoren nicht erkannt werden und Potential für mögliche Problemlösungen oder Unterstützung ungenutzt bleibt. Damit soll nicht grundsätzlich die Einzelberatung in Frage gestellt oder problematisiert werden, vielmehr geht es darum das Feld zu öffnen und zu entscheiden, was im jeweiligen Fall angezeigt ist – Einzel- oder Paarbeziehungsweise Familienberatung. Dafür ist zum einem notwendig, dass Beraterinnen und

Berater nicht nur die Indikatoren für Einzel- oder Paar- oder Familienberatung kennen, sondern auch die notwendigen Kompetenzen besitzen, um die Herausforderungen, die sich in einer Paar- oder Familienberatung stellen, zu bewältigen.

### **3.1 Hinweise für die Indikation einer Einzelberatung in der Suchtberatung**

Sickendiek, Engel und Nestmann (2008: 97ff) beschreiben die Einzelberatung im Vergleich zu anderen Beratungskonstellationen für folgende Typen von Ratsuchenden als vorteilhaft: Zur Illustration werden eigene Beispiele aus der Praxis der Suchtberatung angeführt.

- Ratsuchende, die Schwierigkeiten haben, sich weiteren Anwesenden gegenüber zu öffnen, sind in einer dyadischen Beziehungskonstellation sicherer. Es wird ihnen dadurch eher möglich Konflikte oder Probleme anzusprechen, die ihnen peinlich sind oder sie inkompetent wirken oder als Versager dastehen lassen. Zum Beispiel könnte jemand mit problematischem Trinkverhalten, dem es bisher gelungen ist, die Schwierigkeiten vor seiner Familie und dem sozialen Umfeld zu verbergen, die vertrauensvolle Atmosphäre einer Beratungssituation nutzen, um Unterstützung bei der Problemlösung zu erhalten, ohne dass sein Umfeld davon erführe.
- Ratsuchende, für die die intensive Kommunikation mit dem Beratenden von vorrangiger Bedeutung ist, das heißt, die gezielt Hilfe von jemand suchen, der oder die sich ihrer Problemlage mit professionellen Kenntnissen annimmt. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn sich ein alkoholkranker Ehemann nach langen und zermürbenden Diskussionen mit seiner Ehefrau an eine Suchtberatungsstelle wendet, um sachkundige Unterstützung bezüglich seines Problems, aber auch des Konfliktes mit der Ehefrau zu erhalten. Die Teilnahme der Ehefrau entspräche in dieser Situation nicht den aktuellen Bedürfnissen des Ratsuchenden.
- Ratsuchende, deren jeweilige Problemlage gerade Beziehungskonflikte oder Schwierigkeiten im Umgang mit anderen einschließt und die Teilnahme anderer (zum Beispiel der Familienmitglieder) damit eine Überforderung des Ratsuchenden darstellen würde. So kann es zum Beispiel für einen Alkoholkranken, der sich von seiner Familie ausgegrenzt und unter Druck gesetzt fühlt von Vorteil sein, ohne Angst vor den Reaktionen der anderen über seine Probleme sprechen zu können. Die Einzelsituation kann in dem Fall ein Schutzraum sein, in dem der Ratsuchende sich freier äußern und verschiedene Lösungsmöglichkeiten durchspielen kann.
- Ratsuchende, die sich eine Beratungssituation wünschen, in der jemand ausschließlich für sie da ist und es als große Erleichterung empfinden, dass sich der oder die

Beratende ausschließlich ihnen zuwendet. Für einen Alkoholkranken, von dem sich im Zuge seiner Abhängigkeit die Familie abgewendet hat, kann es beispielsweise eine wertvolle Erfahrung sein, dass ihm über einen längeren Zeitraum die ungeteilte Aufmerksamkeit und Teilnahmebereitschaft seines Beraters oder seiner Beraterin geschenkt wird. Das Gefühl von Angenommensein und die Beratungsbeziehung gelten als wichtigste Wirkfaktoren in Beratung.

Im letzt genannten Punkt liegt aber auch die nicht zu verkennende Gefahr einer Einzelberatung. Ratsuchende können bei länger andauernden Beratungsprozessen leicht eine starke emotionale Bindung an die Person des Beraters oder der Beraterin entwickeln, die eine spätere Ablösung in der Beendigung des Prozesses erschwert (ebd.: 99).

### **3.2 Argumente für eine gemeinsame Beratung von Suchterkranken und ihren Angehörigen**

Auch wenn es, wie dargestellt, durchaus begründet sein kann, Suchtkranke in einem Einzelsetting zu beraten, obwohl sie in Paarbeziehung oder Familienzusammenhängen leben, sollte eine Erweiterung des Settings zur Paar- oder Familienberatung als Alternative nicht vernachlässigt werden. Für diese Erweiterung spricht, neben den positiven Erfahrungen die in der Familientherapie mit Suchtkranken gemacht worden sind (vgl. Sydow et. al 2010), insbesondere die nach wie vor in der Praxis verbreitete Haltung, dass Angehörige für die Suchterkrankung (mit)verantwortlich gemacht werden oder ihnen die Schuld für die Erkrankung gegeben wird. Die Schuldfrage stellt sich im Paar- oder Familiensetting nicht. Im Gegenteil, es wird davon ausgegangen, dass der Ursprung psychosozialer Probleme im Beziehungsgefüge der betroffenen Personen zu finden ist (vgl. Belardi u.a. 2011: 98). Dieses Denkmodell wurde insbesondere durch den Einbezug systemtheoretischen Denkens in die Familientherapie und -beratung befördert. Demnach gilt die Aufmerksamkeit nicht mehr primär dem auffälligen Klienten beziehungsweise der auffälligen Klientin, sondern richtet sich auf die ganze Familie als Kommunikations- und Beziehungssystem (vgl. Erler 2003: 15). Nicht das Symptom - im Kontext dieser Arbeit die Substanzabhängigkeit - steht im Mittelpunkt, sondern die Interaktion des sozialen Systems, in das der Symptomträger eingebunden ist. Überträgt man dieses Denkmodell, könnte durch ein gemeinsames Beratungsangebot ein deutliches Signal gesendet werden, dass das Paar beziehungsweise die Familie als gemeinsam Betroffene wahrgenommen werden, dass man sie als System wertschätzt und dass eine gemeinsame Problemlösung angestrebt wird. Ängste vor einseitiger Parteinahme, Schuldzuschreibung und das Gefühl von Machtlosigkeit oder Ausgeliefertsein

auf Seiten derer, die nicht im Beratungsprozess involviert sind, könnten somit vermieden werden. Weiterhin wäre die Gefahr, dass Familienangehörige oder Partnerinnen oder Partner Beratungserfolge sabotieren könnten, minimiert. Für Beraterinnen oder Berater ergeben sich durch die Erweiterung der Teilnehmenden an der Beratung jedoch besondere Herausforderungen, um die sie wissen und auf die sie vorbereitet sein sollten.

### **3.3. Herausforderungen im Beratungsprozess durch die Paar- oder Familiendynamik**

Die Beratung von zwei Personen, zum Beispiel Paaren, unterscheidet sich von Einzelberatungen oberflächlich betrachtet schon dadurch, dass nicht nur zwei Personen in den Beratungsprozess involviert sind, sondern mindestens drei (Paarberatung) oder auch mehr (Familienberatung). Insbesondere die Paarberatung ist eine ganz spezifische Konstellation, da sich Beraterinnen und Berater einer Dyade gegenüber sehen, die sich aus der Interaktion zwischen den Partnern definiert. Die Interaktion der Dyade ist mit eigenem Wissen, das den Beratenden nicht unbedingt zur Verfügung steht, eigenem Vokabular und einer gemeinsamen Geschichte der Partner ausgestattet. Damit besteht das Informationsdefizit auf Seiten der Beraterin beziehungsweise des Beraters nicht nur gegenüber Einzelpersonen, wie in der Einzelberatung, sondern auch gegenüber dem Paar als System (vgl. Bochmann 2014: 1006). Herausforderungen stellen sich dadurch insbesondere in der Kommunikation mit den Beteiligten, in den eventuell unterschiedlichen Erwartungen, die die Hilfesuchenden an die Beraterinnen und Berater stellen, und auch hinsichtlich der Reflektiertheit der Beraterin oder des Beraters.

Im Setting der Paar- oder Familienberatung wird die dyadische Kommunikation aus der Einzelberatung aufgelöst. Es findet mindestens eine triadische Kommunikation statt, die im Vergleich zur Familienberatung, an der nicht nur das Paar, sondern auch das Kind oder die Kinder teilnehmen, eine ganz besondere Dynamik aufweist. Eine nicht selten auftretende Situation in der Paarberatung ist, dass ein Teil des Paares versucht, mit dem Berater beziehungsweise der Beraterin mehr oder weniger offen eine Allianz oder Koalition zu bilden.

#### **3.3.1 Allianzen und Koalitionen in der Beratung**

Als Allianz wird eine Situation bezeichnet, wenn zwei Personen beschließen, ihr gemeinsames Interesse auf eine Sache zu richten. In einer Suchtberatungssituation könnte der Fall eintreten, dass die Partnerin des Suchtkranken gemeinsam mit dem Berater beziehungsweise der Beraterin versucht, den Suchtkranken zu überzeugen, endlich eine

Therapie zu machen, um sein Suchtproblem zu überwinden. Unter Koalition wird der Zusammenschluss von Kräften gegen einen anderen bezeichnet. Koalitionen werden häufig verdeckt vereinbart (vgl. Burnham 2009: 40). „Klienten einer Paartherapie laden aus der persönlichen Betroffenheit heraus ihre Therapeutin bzw. ihren Therapeuten oft mit großer Vehemenz ein, die eigene Sichtweise zu übernehmen und Partei für sie zu ergreifen.“ (von Schlippe u. Schweitzer 2013: 354) Der Suche nach Unterstützung in Form einer Paarberatung oder -therapie ist in der Regel ein langer Weg der Auseinandersetzung und gescheiterten Lösungsversuchen bestehender Konflikte des Paares vorausgegangen. Im Laufe dieser Zeit haben sich Kommunikationsmuster gebildet, die einen hohen Grad an Eigenständigkeit erlangen, beide Partner sind ihnen unterworfen und erleben sie als zwingend. Unweigerlich werden sie diese Kommunikationsmuster in der Beratung offenbaren und versuchen, die Beraterin oder den Berater einzubeziehen. Diese festgefahren Muster könnten sich in einer Partnerschaft mit Suchtproblemen beispielsweise in Form einer symmetrischen Eskalation zeigen: Die Partnerin eines Suchtkranken kritisiert diesen ständig und beklagt sein Konsumverhalten. Der konsumierende Partner wiederum gibt die ständige Kritik als Anlass für seinen Konsum an. Beide glauben, dass jeweils der andere die Ursache für das gezeigte Verhalten ist. Beraterinnen und Berater werden in solchen Situationen indirekt oder auch direkt aufgefordert, Partei zu ergreifen und sich auf eine Seite zu stellen. Dies ist unbedingt zu vermeiden, die unterschiedlichen Realitätskonstruktionen und Wahrnehmungen eines Paares oder auch anderer Familienmitglieder erfordern Seitens der Beraterinnen und Beratern eine allparteiliche und neutrale Haltung.

### **3.3.2 Das Prinzip der Allparteilichkeit und Neutralität**

Das Prinzip der *Allparteilichkeit* verlangt von Beraterinnen und Beratern in der Paar- und Familienberatung, jede einzelne Sichtweise zu würdigen und sie als Teil der Probleminduktion und Problemlösung ernst zu nehmen. Allen Beteiligten müssen die gleichen Chancen eingeräumt werden, ihre Sichtweisen, Erfahrungen und ihre Lösungsvorschläge zu thematisieren. Beraterinnen und Berater werden dabei vor die schwierige Aufgabe gestellt, nacheinander für jedes Mitglied am Beratungsprozess Partei zu ergreifen beziehungsweise sich mit ihm zu identifizieren. Um der jeweiligen Sichtweise Geltung zu verschaffen, verbünden sie sich nacheinander mit jedem und damit letztendlich mit keinem (vgl. Ritscher 2006: 81f). *Allparteilichkeit* bezieht sich jedoch nicht nur auf den Umgang mit den anwesenden Personen, sondern auch auf die Balancierung von verschiedenen Polen wie Nähe und Distanz, Status Quo und Veränderung und damit auch Konstanz und Wandel. Über eine

gelungene *Allparteilichkeit* entscheidet nicht die Beraterin oder der Berater, sondern die zu Beratenden. Beraterinnen und Berater sollten sich immer wieder bewusst machen, dass ihre Botschaften unterschiedlich ankommen und die Ratsuchenden die Bedeutung bestimmen. Dabei kann die Intention der Beratenden mit den erlebten Effekten eines Kommentars auf Seiten der Ratsuchenden divergieren. Statt beabsichtigter *Allparteilichkeit* kommt *Parteilichkeit* an. Um dies zu verhindern, ist die Bitte um Feedback zum beraterischen Geschehen eine gute Möglichkeit, sich der *Allparteilichkeit* zu versichern (vgl. Ebbecke-Nohlen 2007: 351).

Das Prinzip der *Neutralität* betont die Distanzierung der Beraterinnen und Berater vom Paar- oder Familiensystem. Umsetzung findet dies durch eine Haltung der Neugier für die kommunikativen Möglichkeiten des Paares beziehungsweise der Familie, der Anteilnahme an ihren Erfahrungen und des Respekts für ihre bisherigen Anstrengungen der Alltags- und Existenzbewältigung (vgl. ebd.: 82). Werden diese Prinzipien angewandt, besteht eine gute Chance, einen Beratungsprozess in Gang zu setzen, der es ermöglicht, festgefahrene Kommunikationsstrukturen, wie zum Beispiel die oben beschriebene symmetrische Eskalation, zu verhindern, ihnen eine neue Bedeutung zu geben und sie darüber verändern zu können.

Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Prinzipien könnten auftreten, wenn Beraterinnen oder Berater nicht ausreichend selbstreflektiert sind. Szenen, die sich im Beratungsprozess konstellieren, können Szenen aus der Kindheit ähneln mit der Folge, zwischen mehr oder weniger glücklichen Eltern und entsprechenden Parteilichkeiten hin- und hergerissen zu werden. Ebenfalls zu beachten ist das Thema Gender und die persönliche Betroffenheit, durch die geschlechtsbedingte unterschiedliche Teilhabe an Macht, Geld und Ressourcen bedingt sein können. Je nach eigener geschlechterbedingter Erfahrung könnte die Gefahr bestehen, sich mehr mit dem gleichgeschlechtlichen Gegenüber zu identifizieren (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2013: 354). „So können beispielsweise zwei Männer meinen, der Frau mehr Verständnis für ‘männliche‘ Denk- und Handlungsmuster nahe bringen zu müssen, ohne diese Koalition wahrzunehmen.“ (Bochmann 2014: 1006). Tiefenpsychologisch wird die Gefahr eher darin gesehen, dass eine Identifikation oder ein Verbünden mit dem gegengeschlechtlichen Gegenüber erfolgt. So kann sich beispielsweise eine Frau von ihrem Berater besonders verstanden und wertgeschätzt fühlen, weil er im Gegensatz zu ihrem Partner wirklich zuhört, während der Berater möglicherweise einen narzisstischen Gewinn aus



der Bewunderung zieht. Berater und Beraterinnen sind hier aufgefordert zu einer bewussten Wahrnehmung und Beobachtung der eigenen sexuellen Identität als Wirkfaktor im Beratungsprozess (vgl. ebd.: 1006f).

Unter Berücksichtigung der genannten Herausforderungen spricht vieles dafür, Partnerinnen oder Partner und auch weitere Familienangehörige in die Suchtberatung einzubeziehen. Die Leitlinienkommission Paar- und Familientherapie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) formulierte bereits 1998 Indikationskriterien für die Einbeziehung von Familie. Unter anderem wird dort eine Familientherapie als induziert betrachtet, wenn „*Familien Opfer der Krankheit eines ihrer Mitglieder geworden sind*“. Genannt werden hier chronische oder sehr belastende Krankheitsprozesse, die unter anderem bei demenziellen Erkrankungen, Psychosen und Drogenabhängigkeit auftreten und die Familienangehörigen in ihren Bewältigungsprozessen an die Erschöpfungsgrenze bringen (vgl. v. Schlippe und Schweitzer 2013: 367f). Diese Indikation auf das Beratungssegment zu übertragen bietet sich an, da es neben dem ärztlichen Versorgungssystem die erste Anlaufstelle für Angehörige von Suchtkranken ist.

### **3.4.1 Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Familienangehörigen**

Gute Möglichkeiten des Einbezugs von Familienangehörigen in den Beratungsprozess bestehen, wenn die Familienangehörigen das Suchtproblem nicht als alleiniges Problem des Betroffenen begreifen, sondern als ‘Familienproblem’, für das gemeinsam an einer Lösung gearbeitet werden muss. Diese Erkenntnis ist keine Voraussetzung, sondern kann sich auch erst im Verlauf des Beratungsprozesses einstellen. Eine unabdingbare Voraussetzung für den Einbezug ist allerdings die Mitwirkungsbereitschaft der Familienangehörigen. Diese kann beispielsweise auch in der Hoffnung begründet liegen, dass endlich mal jemand, am besten ein Fachmann oder eine Fachfrau, dem suchtmittelkonsumierenden Partner sagt, dass er mit seinem Suchtmittelkonsum die Familie gefährdet. Beraterinnen und Berater sind dann gefordert, die Erwartungen zwar aufzunehmen, aber so umzudeuten, dass dem Paar oder der Familie bewusst wird, dass der Suchtmittelkonsum ein Ausdruck für andere Schwierigkeiten ist, die im Familien- oder Paarsystem liegen.

### 3.4.1.1 Exkurs Kinder aus suchtbelasteten Familien

Ein sehr wichtiges Thema ist in diesen Zusammenhang die Hilfe und Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien<sup>9</sup>, die besonderer präventiver und zum Teil auch therapeutischer Hilfen bedürfen, da sie vielfältigen Risiken ausgesetzt sind. Um diesen Kindern zu helfen, ist eine umfassende, frühzeitige, koordinierte und kontinuierliche Hilfe geboten. Zur Umsetzung gezielter Hilfen hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bereits im Jahr 2003 zehn Eckpunkte verabschiedet, in denen unter anderem festgelegt wird,

- dass Kinder aus suchtbelasteten Familien ein Recht auf Hilfe und Unterstützung haben, auch wenn ihre Eltern noch keine Hilfsangebote für sich in Anspruch nehmen,
- dass Kindern vermittelt werden muss, keine Schuld an der Suchterkrankung der Eltern zu haben, stattdessen benötigen sie eine altersangemessene Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und eigene Hilfsangebote,
- dass das Hilfesystem eine familienorientierte Sichtweise einnehmen muss, die Grundlage aller Angebote und Interventionen sein sollte,
- dass zum Schutz der Kinder bei mangelnder Hilfeannahmefähigkeit der Eltern auch Maßnahmen gegen den Willen der Eltern eingeleitet werden können,
- dass Kitas und Schulen als zentrale Orte für Kinder zu besonderer Aufmerksamkeit bei der Wahrnehmung eines Suchtproblems verpflichtet sind, sie haben die Aufgabe, Eltern bei der Vermittlung eines passenden Angebots zu unterstützen (vgl. Klein 2005b: 58).

Inwieweit diese Forderungen Niederschlag in den Angeboten von Suchtberatungsstellen gefunden haben, lässt sich an dieser Stelle nicht sagen. Entwickelt wurden aber inzwischen spezielle Programme, wie zum Beispiel das „Trampolin“-Programm, das zum Ziel hat, Kinder aus suchtbelasteten Familien zu stärken. In jedem Bundesland in Deutschland gibt es einzelne Beratungsstellen, in denen dieses Programm implementiert wurde (vgl. Klein, Moesgen, Bröning und Thomasius 2013). Darüber hinaus bleibt nur zu hoffen, dass auch in den Suchtberatungsstellen, die kein spezielles Programm für Kinder aus suchtbelasteten Familien anbieten, dieses Problem wahrgenommen und angesprochen wird und suchtmittelabhängige Eltern entsprechend weiterverwiesen werden.

---

<sup>9</sup> Dieses Thema kann auf Grund seiner Komplexität in der vorliegenden Arbeit nur benannt, aber nicht weiter inhaltlich vertieft und ausgeführt werden.

### **3.4.1.2 Substanzmissbrauchende Kinder und Jugendliche**

Bei substanzmissbrauchenden Kindern und Jugendlichen ist der Einbezug von Angehörigen (meistens Eltern, aber auch Geschwistern) vielfältig und zu empfehlen. Besonders geeignet sind familientherapeutische Verfahren sowie Angehörigenberatung und Angehörigengruppen im Rahmen von Frühinterventionen. Frühintervention bedeutet, dass suchtgefährdete Kinder und Jugendliche idealerweise so rasch und umfassend wie möglich einer spezifischen Maßnahme zugeführt werden. Aus der Erfahrung, dass der Substanzkonsum geeignet ist, um sich in unterschiedlichen sozialen, psychischen und schulischen Konfliktfeldern Erleichterung zu verschaffen, sind Kinder und Jugendliche in der Regel nur selten bereit, ihren Substanzkonsum kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Das Risiko der Etablierung des Substanzkonsums als Problemlösungs- und Bewältigungsstrategie ist daher als besonders hoch einzuschätzen. Familienbezogene Frühinterventionen haben sich hinsichtlich ihrer Erfolge und Effekte auf Substanzmissbrauch im Kinder- und Jugendalter gegenüber anderen Vorgehensweisen als überlegen erwiesen. Verschiedene Untersuchungen (unter anderem Thomasius 2004; Liddle 1999 und Liddle et. al. 2000; Szapocznik und Williams 2000) haben gezeigt, dass familientherapeutisches Vorgehen in der Frühphase einer Substanzstörung zu einer Reduzierung des Substanzkonsums und zu einer positiven Veränderung dysfunktionaler Familienstrukturen beiträgt. Angehörige sind in den meisten Fällen gut zu einer Mitarbeit zu motivieren. Grenzen sind dem allerdings gesetzt, wenn die betroffenen Kinder- und Jugendliche eine Einbindung nicht wünschen (vgl. Küstner, Sack, Zeichner und Thomasius 2005: 270ff).

Dass der Einbezug von Angehörigen in den Beratungsprozess grundsätzlich wünschens- und empfehlenswert ist wurde hinreichend erläutert. Leider ergeben sich in der Praxis immer auch Hürden und Grenzen in der Umsetzung, die nicht auf Seiten der Beratungsstelle (zum Beispiel in Form fehlender Konzepte oder Kompetenzen), sondern auf Seiten der Hilfesuchenden zu finden sind.

### **3.4.1.3 Ablehnung auf Seiten der Ratsuchenden**

Beratungserfahrungen zeigen, dass es Ratsuchende gibt, die eine gemeinsame Beratung mit der Partnerin oder dem Partner ablehnen, auch wenn es von der Beraterin oder dem Berater empfohlen wird (zu möglichen Gründen siehe Kapitel 3.1). Hier sollte im Laufe des Beratungsprozesses immer wieder die Möglichkeit des Einbezugs der Angehörigen eröffnet werden. Sollten die Ratsuchenden bei ihrer ablehnenden Haltung bleiben ist es empfehlenswert, die Perspektive naher Angehöriger durch systemisches Befragen der

Hilfesuchenden in die Einzelberatung einzubringen, um einen Wechsel in der Betrachtungsperspektive zu ermöglichen, der wiederum die Chance eröffnen kann, interpersonelle Konflikte anzusprechen, neu zu bewerten oder einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

#### **3.4.1.4 Strukturelle und emotionale Grenzen**

Weiterhin können strukturelle Grenzen die Einbeziehung von Familienangehörigen erschweren. Wenn sie räumlich zu weit entfernt leben oder zeitlich gebunden sind, zum Beispiel durch Arbeits- oder Familienpflichten, verhindert dies unter Umständen die Teilnahme am Beratungsprozess. Insbesondere bei zeitlichen Einschränkungen wäre auf Seiten der Beratenden zu überlegen, ob Möglichkeiten geschaffen werden können, Beratungstermine außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Beratungsstelle anzubieten. Auch emotionale Gründe können Angehörige an einer Teilnahme an der Beratung hindern. So können zum Beispiel schwere Kränkungen oder Entfremdung zu einer solchen Ablehnung führen (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2013: 370).

#### **3.4.1.5 Fehlender Konsens über das Beratungsziel**

Ein gemeinsamer Beratungsprozess unter Einbezug der Angehörigen wird in der Regel nicht zustande kommen, wenn sich bereits im Erstgespräch herausstellt, dass keine Einigung über das Ziel, die Themen und die Form weiterer Gespräche zustande kommt. Zum Beispiel kann sich im Erstgespräch in einer Suchtberatungsstelle bei einer gemeinsamen Beratung eines Alkoholkranken und seiner Partnerin herausstellen, dass diese fest entschlossen ist, sich zu trennen, ihr Partner aber als letzte Möglichkeit versucht, gemeinsam mit ihr eine Suchtberatung aufzusuchen, weil sie das früher immer von ihm verlangt hat. Am Ende des Gesprächs stellt sie klar, dass sich an ihrer Trennungsabsicht nichts geändert hat, sie aber bereit ist, weitere Termine wahrzunehmen, um zu klären, wie sie ihren zukünftigen Ex-Partner bei der Überwindung seines Alkoholproblems unterstützen kann. Dieser ist jedoch nicht daran interessiert, auf dieser Basis Unterstützung zur Überwindung seines Alkoholproblems anzunehmen und wünscht keine weitere Beratung.

#### **3.4.1.6 Physische Gefährdung durch ein offenes Gespräch oder gesundheitliche Einschränkungen**

Die Gefahr einer physischen Gefährdung könnte gegeben sein, wenn von Seiten eines Beratungsteilnehmers oder einer –teilnehmerin Gewalt ausgeht. Im Zusammenhang mit

Drogen- oder Alkoholkonsum ist das nicht selten der Fall, insbesondere dann wenn die Konsumenten intoxikiert sind und die Hemmschwelle für Gewalthandlungen herabgesetzt ist. Nach einem Beratungsgespräch, in dem die Probleme offen angesprochen werden, könnte ein Gewalt gebrauchendes Familienmitglied „Rache nehmen“ für die Äußerungen während der Beratungssitzung (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2013: 370). Eine Einbeziehung in das Beratungsgeschehen kann aber auch aufgrund von Krankheit erschwert werden oder unmöglich sein. Insbesondere psychische Erkrankungen, zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, können sich als hinderlich für einen konstruktiven Beratungsprozess darstellen. Die Schwierigkeiten ergeben sich bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen vor allem daraus, dass sie keine oder nur geringe Vorstellungen darüber haben, dass sie ein Teil des Problems sind. Sie gehen nicht davon aus, dass ihr Verhalten Probleme erzeugen könnte, sondern suchen die Ursache woanders. Wird das eigene Verhalten nicht als problemdeterminierend wahrgenommen, sind diese Personen im Beratungssetting kaum erreichbar. Eine Psychotherapie wird hier dringend empfohlen (vgl. Sachse 2013: 38f). „Wenn Klienten kein Problembewusstsein haben und alle Kosten äußeren Faktoren zuschreiben, also external attribuieren, dann bedeutet das auch, dass sie im Hinblick auf ihr System keinerlei Veränderungsmotivation aufweisen.“ (Sachse und Sachse 2010 zit. Nach Sachse 2013: 41) Bei Suchtmittelabhängigen ist das Vorkommen einer so genannten Doppeldiagnose, das heißt einer Substanzstörung plus einer psychischen Erkrankung deutlich erhöht<sup>10</sup>. Bei Partnerinnen und Partnern von Suchtkranken lassen sich nach Meinung vielen Kliniker ebenfalls ein höheres Ausmaß psychischer Störungen feststellen, am häufigsten treten Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen und substanzbezogene Störungen (Achse-I-Störungen<sup>11</sup>) auf (vgl. Klein 2000: 151). Das Vorliegen dieser Störungen schließt eine gemeinsame Beratung nicht grundsätzlich aus, geprüft werden muss allerdings der Schweregrad und damit die Zugangsmöglichkeit zu einer Beratung.

---

<sup>10</sup> Studien mit repräsentativen Bevölkerungsstichproben, welche die Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht untersuchen, ergaben, dass 33% der Personen mit einer Störung durch Substanzkonsum auch an einer psychischen Störung leiden. Zum Beispiel ist das Risiko, zusätzlich an einer Störung durch Substanzkonsum zu leiden, von Personen mit affektiven Störungen (Depressionen und/oder Manien) oder mit Angststörungen rund zweimal, das Risiko von Personen mit einer Schizophrenie rund fünfmal und das Risiko von Personen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung rund 30-mal so hoch. Betrachtet man die zeitlichen Muster bei Komorbidität, zeigt sich, dass sich in den meisten Fällen die psychische Störung vor der Substanzstörung manifestiert (vgl. Universimed Homepage 2012).

<sup>11</sup> Unter Achse-I-Störungen, werden Störungen verstanden, die in der Regel nicht überdauernd sind, reaktiv auftreten und meist mit Krankheitseinsicht und Leidensdruck versehen sind. Sie gelten als besser behandelbar als Persönlichkeitsstörungen.

### **3.4.1.7 Grenzen durch Milieueinflüsse und Überforderung**

Beratungsbemühungen können scheitern, wenn das soziale Netzwerk wenig Unterstützung bei den Veränderungsbestrebungen bietet. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn sich die Netzwerke von suchtmittelkonsumierenden Personen suchtaffin zeigen, das heißt, selber Suchtmittel konsumieren und damit den Konsum begünstigen. Da ein wesentlicher Teil der Bewältigung des Alltags durch die Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten in den vertrauten alltäglichen Bezugssystemen erfolgt (vgl. Nestmann 2008 in Bauer 2013: 314), liegt hier die Gefahr, dass Beratungsbemühungen oder auch -fortschritte sabotiert werden. Soziale Bindungen, die eigentlich als entscheidende Hilfequellen und als Rückhalt und Stütze für individuelle Problembearbeitung und -bewältigung definiert werden, können sich in diesem Fall als Risikofaktor erweisen. Die in solchen Fällen aus professioneller Sicht erforderliche Lösung aus diesen schädigenden Netzwerkstrukturen erweist sich insbesondere dann als schwierig, wenn das konsumierende Milieu als der Ort wahrgenommen wird, an dem sich Hilfesuchende aufgehoben fühlen und an dem ihnen sozialer und emotionaler Rückhalt geboten wird und wenn es darüber hinaus keine oder nur wenig förderliche und positiv erlebte Alternativen gibt. Weiterhin können Schwierigkeiten, Suchtkranke und ihre Angehörigen zu beraten entstehen, wenn die Beratungssituation für sie eine Überforderung darstellt. So kann es beispielsweise sein, dass Ratsuchende die Beratungssituation als unerwünschte Einmischung erleben und sich wenig zugänglich für Interventionen seitens der Beraterin oder des Beraters zeigen. In so einer Situation wäre zu prüfen, ob es sich um Widerstände handelt, die eventuell durch das Vorgehen der Beratenden hervorgerufen wurden und korrigiert werden können, oder ob es nicht der passende Zeitpunkt für eine Beratung ist, weil das Paar sich nicht offen für die Beratungsthemen zeigt. Eine Frau beispielsweise, die in Folge eines Umzugs mit ihrem Partner in eine andere Stadt begonnen hat, Medikamente zu nehmen, da sie noch nicht 'Fuß fassen' konnte und damit beschäftigt ist, ihre Kinder in der Eingewöhnung in die neue Schule zu unterstützen, sich selbst um eine Arbeitsstelle zu bemühen und das häusliche Umfeld neu zu organisieren, zeigt sich mit der Beratungssituation überfordert, da sie das Gefühl hat, dass weitere Anforderungen auf sie zukommen, denen sie in der derzeitigen Situation nicht gerecht werden kann.

### **3.4.1.8 Erlernte Hilfflosigkeit**

Barrieren im Beratungsprozess auf Seiten der Ratsuchenden resultieren auch aus einer erlernten Hilfflosigkeit. Die erlernte Hilfflosigkeit geht auf P. Seligman zurück. In seinem psychologisch-lerntheoretisch konzipierten Modell der erlernten Hilfflosigkeit geht er davon

aus, dass Menschen, die fortlaufend entmutigende Erfahrungen machen allmählich den Glauben an ihre Handlungsfähigkeiten verlieren. Die lähmende Wirkung der erlernten Hilflosigkeit strahlt auf unterschiedliche Bereiche aus. Zunächst wird die Wahrnehmung verändert, Betroffene sind nicht mehr in der Lage Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die Bewältigung von Problemen in ihrem Alltag zu entdecken. Diese kognitive Veränderung führt auch zu emotionalen Beeinträchtigungen. Von erlernter Hilflosigkeit betroffene Menschen zeigen in ihrer emotionalen Verfassung depressionsähnliche Symptome wie Antriebsverlust, Grübeln und Ängste. Im Vollbild der erlernten Hilflosigkeit kommt es darüber hinaus zu Handlungseinschränkungen. Der Aktionsradius der betroffenen Menschen wird immer kleiner. Dies führt in vielen Fällen zu einer Problemeskalation (vgl. Seligman1999: passim). Kognitiv, emotional und motivational sind diese Menschen nur schwer erreichbar. Beraterinnen und Berater sind in solchen Fällen dazu aufgefordert, einen Beitrag zu leisten, dass Hilfesuchende ermutigende Erfahrungen machen können, zum Beispiel indem sie sie bei der Erledigung von Aufgaben unterstützen. Erst wenn Hilfesuchende durch positive Erfahrungen in ihrer Selbstwirksamkeit und ihrem Selbstbewusstsein gestärkt sind ist an den Einbezug von Angehörigen zu denken.

Trotz der Vielfalt der beschriebenen Grenzen, die insbesondere bei einer so folgenreichen Erkrankung wie der Suchterkrankung, relativ häufig auftreten, sollten die Möglichkeiten des Einbezugs von Angehörigen nicht vernachlässigt werden. Beraterinnen und Berater sind dazu aufgefordert, sowohl im Vorfeld als auch im laufenden Prozess, zu klären, ob eine gemeinsame Beratung angezeigt ist. Eventuell bestehende Handlungsunsicherheiten auf Seiten der Beraterinnen und Berater könnten durch ein Beratungskonzept, das diesen Einbezug ausdrücklich vorsieht, verringert werden.

#### **4 Methodische Vorschläge für eine Erweiterung des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung**

Aufgrund der mehrdimensionalen Bedingungen der Suchtentstehung, aber auch der vielfältigen Auswirkungen einer Suchterkrankung, nicht nur auf die Betroffenen, sondern auch auf ihr Umfeld, ist es aus meiner Sicht geboten, ein Konzept zu entwickeln, das diese Perspektive mit aufnimmt. Für eine Erweiterung wird das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung vorgeschlagen. Hier bietet sich eine Erweiterung aus folgenden Gründen an:

- es ist ein etabliertes Konzept in der Suchtberatung, das allen Beraterinnen und Beratern bekannt ist und mehrheitlich von ihnen angewendet wird,
- in seiner eklektischen Struktur ist es für eine Erweiterung besonders geeignet,
- an vielen Stellen wird bereits im bestehenden Konzept die Wichtigkeit des Umfeldes betont (siehe dazu zum Beispiel Kapitel 2.1.2.7).

In der Darstellung des Konzeptes der Motivierenden Gesprächsführung (siehe Kapitel 2.1) wird deutlich, dass es sich um ein individuumzentriertes Konzept handelt, das geeignet ist, motivationale Probleme zu lösen, Veränderungsbereitschaft hervorzurufen und zu stabilisieren. Fragen der Motivation, der Veränderungsbereitschaft und letztendlich auch der Veränderung berühren nicht nur die Suchtkranken, sondern auch in hohem Maß ihr persönliches Umfeld. Sie können einen nicht zu unterschätzenden Beitrag in beide Richtungen leisten, sowohl motivationsfördernd und stützend sein, aber auch motivationshemmend und Fortschritte sabotierend. Diesem Gedanken folgend gewinnt das systemische Denken eine hohe Relevanz für die methodischen Überlegungen in der Motivierenden Gesprächsführung, bei der bisher ein Blick auf die Einflussfaktoren von Beziehung auf die Motivation und Veränderungsbereitschaft fehlt. Plädiert wird aus diesem Grund für ein erweitertes Problemverständnis, in dem systemische Elemente Berücksichtigung finden. Das systemische Problemverständnis beruht auf der Annahme, dass Probleme im System angesiedelt sind. In einem System sind alle Beteiligten miteinander verbunden, das bedeutet, dass sich jede Veränderung bei einem Einzelnen auf die anderen Mitglieder des Systems auswirkt. Systeme haben die Tendenz ein Gleichgewicht zu finden, das ihr Überleben sichert. Diese Homöostase steht für die Selbstregulierungstendenzen einzelner Systeme bei gleichzeitigem Austausch mit ihrer Umwelt. Ohne diesen Austausch verlore es die Impulse für seine Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung und würde auf längere Sicht austrocknen. Diese so genannte Systemevolution ist ausschlaggebend für die Veränderung und die Entwicklungsfähigkeit eines Systems. Ein System besteht jedoch nicht objektiv, sondern ist abhängig von der Beobachtung derer, die dem System angehören oder die es von außen beobachten (vgl. Schwing und Fryszer 2012: 26).

Davon ausgehend, dass psychosoziale Probleme und Krankheiten auf Beziehungen und Kontexte der Betroffenen ausstrahlen und damit den Blick für Handlungsmöglichkeiten und mögliche Veränderungsoptionen einschränken, sollten Gesprächstechniken gewählt werden, die dazu verhelfen, dass Potentiale und Ressourcen für Problemlösungen entdeckt werden. Ziel ist, alle Betroffenen in einem System zu ermutigen und zu motivieren, mögliche Veränderungsoptionen wahrzunehmen. Die systemische Gesprächsführung enthält Techniken,



die dazu geeignet sind dieses Potential zu entfalten und damit den Blick auf die Lebensumstände konstruktiv zu modifizieren. Den Hintergrund der systemischen Gesprächsführung bilden familientherapeutische Ansätze. Da die Suchtberatung kein therapeutisches Mandat hat, bietet sich für eine Erweiterung der Motivierenden Gesprächsführung die Übernahme einzelner systemischer Elemente an, nicht aber das komplette Beratungsrepertoire der systemischen Gesprächsführung. In der folgenden vorgenommenen Auswahl findet dies Berücksichtigung.

#### **4.1. Systemische Fragen**

Wie auch in der Motivierenden Gesprächsführung (siehe Kapitel 2.1.2.1) sind Fragen ein zentrales Moment der systemischen Gesprächsführung. Im Vergleich zur Motivierenden Gesprächsführung, in der die Fragen zur Exploration einladen sollen, dienen sie beim systemischen Intervenieren dazu, bei den befragten Personen eigene Ideen anzustoßen und eingeschliffene Deutungen zu irritieren. Durch Fragen werden implizite Botschaften vermittelt. Seitens des Beraters oder der Beraterin, wird durch die Fragen ein Angebot gemacht, wie die Wirklichkeit betrachtet werden könnte. Damit wird die erkenntnistheoretische Grundposition der Systemtheorie, die „Wirklichkeit“ als gemeinsame Konstruktionsleistung in sozialen Systemen anzusehen, gewürdigt. Systemische Fragen dienen nicht der Informationsgewinnung, sondern stellen Interventionen in das gemeinsame Glaubenssystem der Familie oder des Paares dar. Die Wirkung der Fragen potenziert sich dadurch, dass nicht nur der oder die Befragte aufgefordert wird, sich neue Ideen über die soziale Realität zu erschließen und sich Wirklichkeitskonstruktionen bewusst zu machen, sondern auch die jeweiligen Zuhörer (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2010: 40f). Schon die Frage danach, wie sich beispielsweise der Partner verhält, so dass die Partnerin dieses Verhalten als kränkend wahrnimmt, lenkt die Aufmerksamkeit auf das Verhalten und nicht auf eine Eigenschaft der anderen Person. In der Suchtberatung könnte sich die Partnerin eines Alkoholkranken beispielsweise darüber beschweren, dass ihr Mann ein Säufer ist. Mit der Frage: „Wie sieht das Trinkverhalten ihres Mannes aus, dass Sie ihn einen Säufer nennen?“ wird eine neue Beschreibung angeboten. Aus der Zuschreibung der Eigenschaft „Säufer“ wird ein Verhalten. Wenn dann weiter gefragt wird, wann der Mann dieses Verhalten zeigt, wird die Eigenschaftszuschreibung weiter dekonstruiert. Auch wenn das Verhalten nur zu bestimmten Zeiten auftaucht, könnte die Frau das Angebot leicht zurückweisen: „Mein Mann säuft ständig.“ Trotzdem ist sie zu diesem Zeitpunkt von der Eigenschaftszuschreibung bereits abgerückt. Weiter wäre es möglich zu fragen: „War das eher vor oder nach dem

Arbeitsplatzverlust, dass ihr Mann sich entschieden hat, öfter zu trinken?“ Hierdurch wird ein Angebot gemacht, dass es für das Trinken Gründe und Hintergründe gibt. Weiterhin könnte gefragt werden, wer sich in der Familie am meisten über das Trinken aufregt? Dadurch wird deutlich, dass das Trinken mit Beziehungen im Zusammenhang steht. Auch Kontextbedingungen könnten ins Spiel gebracht werden, in dem die Frau gefragt wird, was sie ihrer Meinung nach machen könnte, damit ihr Mann noch mehr trinkt. Das gewählte Beispiel soll die wichtige Funktion systemischer Fragen verdeutlichen, sie dienen dazu, die Wirklichkeitsbeschreibungen, die in sozialen Systemen vorgenommen werden, zu erweitern.

Unter den systemischen Fragen haben sich *zirkuläre Fragen* als besonders wirksam erwiesen. Sie schützen davor, dass sich Beraterinnen und Berater in inhaltliche Auseinandersetzungen verstricken, sondern bieten stattdessen die Gelegenheit ein Angebot für eine alternative Perspektive einzubringen (ebd.: 46). Zirkuläre Fragen können dazu verhelfen, dass Ratsuchende ihre Beziehungen zu anderen Personen genauer verstehen, unterschiedliche Sichtweisen zu würdigen, Wechselwirkungen wahrzunehmen und sich mit den Reaktionen auf andere auseinanderzusetzen (vgl. Swing/ Fryszer 2012: 210).

#### **4.1.1 Dyadische und triadische Fragen**

Unterschieden wird hier zwischen dyadischen und triadischen Fragen. Von dyadischen Fragen spricht man, wenn zwei Personen in die Frage eingeschlossen sind, sie vermitteln einen Einblick in die Beziehung zwischen diesen Personen. In einer Suchtberatungssequenz könnte der alkoholranke Partner beispielweise gefragt werden: „Was meinen Sie, wie ihre Frau sich fühlt, wenn Sie nach der Arbeit in die Kneipe gehen und erst Stunden später betrunken zu Hause erscheinen?“ oder „Wie würde Ihre Frau Ihren Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme beschreiben?“. Ziel bei diesen Fragen ist, die Aufmerksamkeit einer Person auf die andere Person und deren Einschätzung zu lenken. Dabei ergibt sich möglicherweise ein Unterschied zur eigenen Auffassung, die dann wiederum zu weiteren Überlegungen einlädt. Tryadische Fragen konstellieren komplexere Situationen, hierbei wird aus der Perspektive eines Dritten auf die Beziehung von zwei anderen geschaut. Bezogen auf die Beziehung zwischen einem Alkoholkranken und seiner Partnerin könnte zum Beispiel gefragt werden, wie die Tochter des Paares die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das Verhältnis zwischen den Eltern einschätzt. Innerhalb der dyadischen und der triadischen Form lassen sich vier Arten von Fragen unterscheiden:

- *Klassifikationsfragen*: Ziel dieser Fragen ist die Bildung einer Rangfolge. In dyadischer Form könnte sie lauten: „Was würde Ihre Frau sagen, wer am stärksten, am zweitstärksten,

... unter ihrem Alkoholkonsum leidet?“ Oder in als triadische Frage: „Was würde Ihre Tochter zu Ihrer Mutter sagen, wer am meisten unter den Auswirkungen Ihres Alkoholkonsums leidet?“

- *Sequenzfragen*: Sie dienen dazu Handlungssequenzen und Muster zu verdeutlichen. Dyadisch könnte gefragt werden: „Was macht Ihre Frau, wenn Sie sie unter Alkoholeinfluss beschimpfen?“ Triadisch würde die Frage lauten: „Wie würde Ihre Tochter das Verhalten Ihrer Frau beschreiben, wenn Sie sie unter Alkoholeinfluss beschimpfen?“
- *Erklärungsfragen*: Im Mittelpunkt von Erklärungsfragen steht das Thematisieren von Zusammenhängen, nicht das Aufdecken von Ursachen. Dyadisch wäre zum Beispiel zu fragen: „Wie erklären Sie sich das Verhalten ihres Mannes Ihnen gegenüber in dieser Situation?“ Die triadische Erweiterung könnte lauten: „Wie erklärt sich Ihre Tochter das Verhalten ihres Mannes Ihnen gegenüber in dieser Situation?“
- *Zustimmungsfragen*: Mögliche in Systemen bestehende Koalitionen können mit diesen Fragen aufgedeckt werden. Dyadisch wäre zum Beispiel folgende Frage zu stellen: „Wer in Ihrer Familie sieht das Alkoholproblem Ihres Mannes ähnlich wie Sie?“ Oder als triadische Variante: „Wenn man Ihre Tochter fragen würde, wer außer Ihnen das Alkoholproblem Ihres Mannes ähnlich einschätzt, was würde sie sagen?“ (vgl. Pallasch und Kölln: 165f).

#### **4.1.2 Fragen zu Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen**

Damit eine gewünschte Systemveränderung möglich wird, gilt es auf zwei Themenfelder besonderes Augenmerk zu legen: auf das, was ist, und auf das, was sein könnte. Dabei verdeutlichen Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion aktuelle Beziehungsmuster. Sie machen bewusst, wie ein Problem präsentiert wird, welche Erklärungen dafür gefunden werden und welche Bedeutung es für die einzelnen Mitglieder im System hat. Fragen die den aktuellen Beziehungskontext verdeutlichen sind unter anderem *Fragen zum Auftragskontext*. Hier wäre zu erfragen, wer die Idee hatte, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder auch wer optimistisch hinsichtlich einer Lösung ist und wer eher skeptisch. Weiterhin bieten sich *Fragen zum Problemerktext* an. Hier wäre beispielsweise zu erfragen, aus welchen Verhaltensweisen das Problem besteht oder auch wann es gezeigt wird und wann nicht. Den Problemerktext erhellen können auch Fragen, die Beschreibungen rund um das Problem erfragen. Zum Beispiel, wer das Problem zuerst als Problem gesehen hat oder auch wer am ehesten bestreiten würde, dass es sich überhaupt um ein Problem handelt. Erklärungen für das

Problem und die Bedeutung des Problems für die Beziehung zu erfragen bietet sich ebenfalls an. Zum Beispiel die Frage, wie sich die einzelnen Personen erklären, wie das Problem entstanden ist oder die Frage danach, was sich in der Beziehung verändert hat, nachdem das Problem auftrat (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2013: 257f).

Mit Fragen zu Möglichkeitskonstruktionen sollen neue Räume geöffnet werden. Diese müssen keineswegs realistisch sein, im Gegenteil, es bietet sich an, spielerisch neue Wege anzubieten, die auch abgewiesen werden können. Die Fragen ermöglichen ein unbedrohliches Probedenken und wirken der Angst vor Veränderung entgegen. Der Sinn der Frage ist der Entwurf einer „Als-ob-Realität“, die niemanden festlegt. Eingeleitet werden diese Fragen mit „Angenommen, dass...“, „Gesetzt den Fall, dass...“ oder „Was wäre, wenn...?“ (vgl. ebd.: 263f). In einer Suchtberatung könnte zum Beispiel gefragt werden: „Angenommen, Ihr Mann würde sich nach dieser Sitzung entscheiden, sofort das Trinken zu unterlassen, was würde sich für Sie verändern?“ Oder auch: „Angenommen, die Beratung würde dazu führen, dass Ihr Mann noch stärker trinkt. Welche Auswirkungen hätte dies auf ihre Beziehung?“ Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe weiterer Fragen, die sich anbieten, um Möglichkeitskonstruktionen zu entwerfen. Es können zum Beispiel Fragen nach dem Sinn von Symptomen formuliert werden oder hypothetische Fragen, die sich an Vergangenheit und Zukunft richten oder auch lösungsorientierte Fragen und Verschlimmerungsfragen. Wichtige Fragen sind auch ressourcenorientierte Fragen, die sich insbesondere dann anbieten, wenn deutlich wird, dass in einem System alles als schrecklich erlebt wird und das über einen langen Zeitraum. Wenn sich herausstellt, dass Ratsuchenden nichts mehr gefällt, sie alles furchtbar finden und über keine Ausnahme mehr zu berichten wissen, bleibt nur noch ein Wunder. Genau für diese Situationen bietet sich die gleichlautende Frage an. *Wunderfragen* erzeugen zwei Effekte, einerseits sind sie so unverbindlich, dass man Veränderungen phantasieren kann, ohne sich für die Umsetzung verantwortlich zu fühlen, andererseits ist häufig festzustellen, dass das, was man nach einem Wunder tun würde, nichts Übernatürliches ist, sondern ganz normale schlichte und handfeste Tätigkeiten. Wenn man vorher bereits über Ausnahmen gesprochen hat, ist häufig zu entdecken, dass nach dem Wunder einfach mehr von dem getan würde, was heute schon in Ausnahmen gemacht wird – das Repertoire für Zeit nach dem Wunder also schon vorhanden ist (vgl. von Schlippe und Schweitzer 2010: 50f).

## **4.2 Umdeutung/ Reframing**

Das Umdeuten oder Reframen nimmt in der systemischen Gesprächsführung einen herausragenden Platz ein. Es dient dazu, das Gesagte oder Erlebte in einen anderen Rahmen

zu stellen, der es Ratsuchenden erlaubt, eine konstruktive Sichtweise darauf zu entwickeln (vgl. Schwing/ Fryzser 2012: 243). Um geeignete Umdeutungsangebote entwickeln zu können ist allerdings Voraussetzung, dass man die Bedürfnisse und Motive der Ratsuchenden kennt, andernfalls könnten sie zu verspielt wirken und zurückgewiesen werden. Um beim Beispiel des Alkoholkranken zu bleiben, der nach der Arbeit erstmal in die Kneipe statt nach Hause geht, könnte eine Umdeutung folgendermaßen aussehen: „Ihr Mann berichtet, dass er nach seiner monotonen Arbeit äußerst gereizt und aggressiv ist. Der Alkohol verhilft ihm die Aggression zu dämpfen. Er möchte demnach nicht zum Ausdruck bringen, dass ihm das Trinken mit seinen Kollegen wichtiger ist als Sie und die Kinder, sondern dass er Sie und die Kinder vor seinen Aggressionen schützen möchte.“ Noch effektiver ist ein Reframing, das unmittelbar an ex- oder implizite Äußerungen der Ratsuchenden anschließt, die vielleicht schon eine Spur für eine Umdeutung enthalten (vgl. ebd.: 244f). Unterschieden werden kann zwischen einem Bedeutungsreframing, einem Kontextreframing und einem Inhaltsreframing, die jedoch nicht immer trennscharf abzugrenzen sind (vgl. von Schlippe/ Schweitzer 2010: 78f).

#### **4.2.1 Bedeutungsreframing**

Das Bedeutungsreframing hat zum Ziel, einem Verhalten eine andere Bedeutung zu geben. Fühlt sich beispielsweise ein Alkoholkranker durch die ständige Kritik seiner Frau an ihm und seinem Alkoholkonsum von ihr zurückgewiesen, könnte man die erlebte Kränkung dahingehend umdeuten, dass die Kritik der Frau deutlich macht, wie viel ihr an ihm und der Beziehung liegt. Das Verhalten der Frau bekommt dadurch eine andere, nämlich positive Konnotation. Die Kritik der Frau wird vor diesem Hintergrund weniger als Kränkung denn als Ausdruck einer Beziehung wahrgenommen, die so wichtig ist, dass es lohnt, darum zu kämpfen.

#### **4.2.2 Kontextreframing**

Beim Kontextreframing begibt man sich auf die Suche nach einem Kontext, in dem das gezeigte Verhalten sinnvoll sein kann oder sogar die beste Lösung darstellt. Im beruflichen Kontext kann es beispielsweise sinnvoll sein, sich von überfordernden Situationen klar abzugrenzen, um pathogenen Stress zu vermeiden, im familiären Kontext dagegen sollte eher nach alternativen Verhaltensmöglichkeiten gesucht werden. Mit dem alkoholkranken Mann, der versucht, seinen Frust nach der Arbeit in der Kneipe los zu werden, sollten alternative Entspannungsmöglichkeiten erarbeitet werden, die der Familie und auch ihm weniger

Schaden zufügen. Trotzdem kann man den Kontext erst mal würdigen, bevor man Alternativen überlegt. Betrachtet man die zwischenmenschliche Wirklichkeit unter dem Gesichtspunkt, dass es nur Fähigkeiten gibt, können sich Probleme daraus ergeben, dass der Kontext und die Fähigkeiten nicht optimal zueinander passen (vgl. ebd.: 78).

### **4.2.3 Inhaltsreframing**

Das Inhaltsreframing stellt die Unterscheidung zwischen Verhalten und Absicht in den Mittelpunkt der Betrachtung. Schwieriges Verhalten kann unter einer anderen Perspektive betrachtet durchaus einen Sinn ergeben (ebd.: 79). Um noch einmal das Beispiel des Mannes zu bemühen, der nach der Arbeit lieber mit seinen Freunden in die Kneipe statt nach Hause geht, um die Anstrengung des Arbeitstages hinter sich zu lassen beziehungsweise „herunter zu spülen“, könnte durch ein Inhaltsreframing folgendes deutlich gemacht werden: Durch sein Verhalten schafft er es zwar, für sich zu sorgen, es bieten sich aber auch andere Wege an, dies zu tun. Die gemeinsame Reflexion von Symptomen in bestimmten Situationen, zum Beispiel von Alkoholkonsum bei Stress, dient dazu, Ratsuchenden einen Einblick in ihre Handlungs- und Verhaltensstrategien zu vermitteln und von dort aus zu überlegen, welche Alternativen möglich sind, die nicht den Umweg über das Symptom benötigen.

Von Schlippe und Schweitzer (2010: 79) sehen als wichtigste Funktion des Reframings die „Verstörung“ der bisherigen Sicht der Dinge. Daher sollte ein Reframing immer einen prägnanten Unterschied zur bisherigen Wirklichkeitssicht herstellen. „Wenn ‘alles auch anders sein‘ könnte, anders gesehen werden könnte, ist schon viel dafür getan, dass die Dinge nicht mehr so festgefahren und rigide erlebt werden wie bisher.“ (von Schlippe und Schweitzer 2013: 314f) Dabei ist das Reframing mehr eine Haltung als eine Gesprächstechnik. Voraussetzung dafür ist, positive Anteile im Verhalten und Erleben anderer sehen zu können. Folgende Schritte können sich als nützlich in der Annäherung an eine Umdeutung erweisen:

- Zunächst sollte das störende Verhalten möglichst konkret erfasst, aber nicht bewertet werden.
- Im Anschluss beschäftigt man sich mit der Frage, in welchen Kontexten dieses Verhalten passt, wann es möglicherweise sinnvoll und hilfreich ist.
- Zu fragen ist weiterhin, welche Fähigkeiten in dem Verhalten zum Ausdruck kommen und wo diese sinnvoll eingesetzt werden könnten.

- Außerdem wäre auf dem Weg einer weiterführenden Umdeutung der Frage nachzugehen, welche Absichten Ratsuchende mit ihrem Verhalten verfolgen und welcher positive Zweck damit verbunden ist.
- Schließlich gilt es Überlegungen anzustellen, welche alternativen Verhaltensweisen Ratsuchende zur Erreichung ihrer Ziele einsetzen könnten (vgl. Schwing/ Fryszter 2012: 248).

### **4.3 Handlungsvorschläge**

Nicht selten ist es für Ratsuchende schwierig, die in Beratungsgesprächen erarbeiteten Inhalte und veränderten Sichtweisen auf ihren Alltag zu übertragen oder im Alltag umzusetzen. Hier erlangen Handlungsvorschläge eine hohe Bedeutung. Bei der Suche nach geeigneten Handlungsvorschlägen ist es erforderlich, in die Logik der Ratsuchenden einzutauchen, denn Aussicht auf Erfolg haben ausschließlich Vorschläge, die die Ratsuchenden bereit sind umzusetzen und die sie sich zutrauen (vgl. Bamberger 2010: 165). Handlungsschritte, die erfolgreich im Alltag umgesetzt werden, ermutigen Ratsuchende weitere Schritte zu erproben, die auch immer Auswirkungen auf das gesamte System haben. Wird in der Beratung mit dem alkoholkranken Mann beispielsweise verabredet zu erproben nicht jeden Tag, sondern nur jeden zweiten nach der Arbeit in die Kneipe zu gehen und dafür zur Entspannung zu Fuß nach Hause zu gehen und dort gemeinsam mit den Kindern und der Frau Abendbrot zu essen, wird dies Auswirkungen auf das Familiensystem haben. Ob allerdings die erhoffte Wirkung eintritt, dass der Mann und auch die restliche Familie die neu gewonnene gemeinsame Zeit gemeinsam genießen können und allen die Wichtigkeit dieser Zeit deutlich wird, ist nicht vorher zu sagen. Folgen von Handlungen auf das System sind nicht vorhersehbar, hier müssen sich Beraterinnen und Berater auf Kontingenzen einstellen. Entscheidend ist, dass Handlungsvorschläge immer an den alltäglichen Bedingungen der Ratsuchenden ansetzen und sich an den identifizierten Problemen orientieren, die verändert werden sollen. Eine genaue Erörterung der Vorschläge und der Umsetzung und die Rückkopplung in den weiteren Beratungsprozess ist Voraussetzung für den Erfolg.

In der systemischen Gesprächsführung dominieren jedoch nicht ausschließlich instrumentelle Hinweise, wie etwa die Verabredung, die Kneipe nur noch jeden zweiten Tag aufzusuchen, sondern insbesondere Beobachtungs- und Veränderungsaufgaben, die die Ratsuchenden veranlassen, sich in Eigenverantwortung mit ihren Problemen auseinander zu setzen (vgl. Ansen 2015: 14). Eine Beobachtungsaufgabe kann zum Beispiel sein, Informationen über den Problemverlauf differenziert zu notieren, dabei auch auf Zeiten zu

achten, in denen das Problem nicht oder nur abgeschwächt auftritt und die Begleitumstände zu reflektieren. Eine andere Variante wäre, Ratsuchende zu ermuntern, ihr Augenmerk auf das zu legen, was aus ihrer Sicht so bleiben und was verändert werden soll (vgl. Schwing/ Fryszer 2012: 296f). Nicht immer sind Ratsuchende für Veränderungsvorschläge empfänglich. In diesen Situationen ist es legitim, den Ratsuchenden zuzugestehen Veränderungen zu vermeiden oder zu vertagen. Der Handlungsvorschlag könnte dann sein, Ratsuchende aufzufordern, ihr bisheriges Verhalten fortzusetzen (vgl. ebd.: 288f). Als Effekt könnte sich eine deutliche Irritation beim Ratsuchenden einstellen, die Aufforderung zum Beispiel einen problematischen Alkoholkonsum beizubehalten, würde sicherlich nicht zur Beruhigung des Ratsuchenden beitragen, sondern ihn zumindest zum Nachdenken anregen.

Systemische Gesprächsführung ist geeignet, Konstruktionen über die Wirklichkeit zu hinterfragen, zirkuläre Zusammenhänge zu verdeutlichen und die Auswirkungen auf Systeme in den Blick zu nehmen. Hierin unterscheidet sie sich deutlich vom Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung, der insbesondere die motivationalen Probleme des Einzelnen in den Vordergrund stellt. Da sich aber auch Suchtkranke in Systemen bewegen, sollten diese Aspekte nicht vernachlässigt werden. Das hier vorgestellte systemische Beratungsrepertoire schließt diese Lücke. Die unterschiedlichen Techniken können in beide Phasen der Motivierenden Gesprächsführung integriert werden, das heißt sowohl beim Aufbau der Veränderungsmotivation als auch bei der Umsetzung der Veränderung unterstützen.

## **5 Ausblick**

Angesichts der Forschungsergebnisse über die Suchtentstehung überrascht es, dass der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung mit seiner primären Ausrichtung auf abhängigkeitskranke Menschen in der Suchtberatung eine methodisch so dominante Rolle einnimmt. Wie die Ausführungen zeigen, ist die Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung breit belegt, insofern geht es nicht darum, eine bewährte Methode in Bausch und Bogen abzulehnen, sondern dort Erweiterungen ins Spiel zu bringen, wo der Ansatz zu kurz greift. In vielen Fällen sind familiäre, im weiteren Sinn netzwerkgebundene Faktoren für die Genese einer Abhängigkeitserkrankung zumindest mitverantwortlich. Vor diesem Hintergrund ist es nahezu unausweichlich, den Radius der Motivierenden Gesprächsführung abzustecken und ergänzende methodische Perspektiven zu entwickeln. Insbesondere Elemente der systemischen Gesprächsführung bieten sich mit Blick auf die Würdigung der Familie und des sozialen Umfeldes für eine Erweiterung der Motivierenden Gesprächsführung an. Auf der Grundlage familiendynamischer Forschungsbefunde über die



Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung und der Analyse der Motivierenden Gesprächsführung wurden Anschlussstellen für systemische Interventionen freigelegt und auch methodisch ausbuchstabiert. Auf eine detaillierte Wiederholung der Ausführungen wird hier verzichtet. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Suchtberatung heute auf ein elaboriertes Methodenrepertoire zurückgreifen kann, dessen eklektischer Charakter schon in der Motivierenden Gesprächsführung zum Ausdruck kommt. Die Argumentation in der vorliegenden Master-Thesis bewegt sich in diesem Horizont. Sie liefert Impulse für die methodische Weiterentwicklung der Suchtberatung unter Berücksichtigung aktueller Forschungsbefunde.

Allerdings reicht es längerfristig nicht aus, die Suchtberatung nur unter methodischen Aspekten zu analysieren. An dieser Stelle sollen zumindest weitere Punkte benannt werden, deren Bearbeitung im Rahmen der Suchtberatung meines Erachtens für eine zeitgemäße Ausgestaltung dieses wichtigen Hilfesystems unerlässlich sind:

In den Beratungsansätzen, die in der Suchtberatung eine zentrale Rolle spielen, allen voran die Motivierende Gesprächsführung, stehen methodische Hinweise im Mittelpunkt. Der Methodenglauben hat auch in dieses Arbeitsfeld Einzug gehalten. Für ein evidenzbasiertes Vorgehen sind diese Zugänge allemal akzeptabel. Übersehen wird jedoch der für die Beratung zentrale Wirkfaktor der Beziehungsgestaltung. Die Qualität der Beziehung rangiert in Bezug auf die Wirkfaktoren weit vor dem Methodeneinsatz. Wer sich zu sehr auf die Methoden fokussiert, übersieht, dass Ratsuchende primär auf eine für sie weiterführende Begegnung angewiesen sind, die dann nicht mit Leben gefüllt wird, wenn sich Berater und Beraterinnen hinter Methoden verschanzen, die eher technisch umgesetzt werden. Die Motivierende Gesprächsführung und auch die Systemische Gesprächsführung, die hier als organisch sinnvolle Ergänzung vorgeschlagen wird, sind dafür jeweils anfällig. Die Verführung in der Beratungspraxis, sich vermehrt auf messbare Ergebnisse und technisch darstellbare Interventionen zu verlegen, um die Leistungsträger vom vorgehaltenen Angebot zu überzeugen und damit die Finanzierungsgrundlagen zu sichern, ein allemal legitimes Anliegen, wird teilweise damit erkaufte, den ausschlaggebenden Beziehungsaspekt zu vernachlässigen. Ohne eine belastbare Beziehung als ein „weicher“ Faktor im Beratungsprozess bleiben die methodischen Ergebnisse hinter ihren Möglichkeiten zurück. Diese Fehlentwicklung sollte in der weiteren Auseinandersetzung mit Beratungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe vermieden werden.

Die Suchtthematik hat sich mittlerweile hochgradig ausdifferenziert. Längst geht es nicht mehr nur um stoffgebundene Süchte, teilweise im Kontext illegaler Substanzen, sondern um

nahezu beliebige Aktivitäten wie Arbeit, Spielen oder Sex, um nur wenige Beispiele zu nennen, die Suchtdimensionen annehmen können. Hier stellt sich die Frage, inwieweit allgemeine Beratungsansätze dem breiten Spektrum von Suchterkrankungen tatsächlich gerecht werden können. Müsste man nicht verstärkt Indikationen erstellen, die dann die Auswahl der Beratungsstrategien formen? Im klinischen Bereich ist es heute verbreitet, spezifische Interventionen auf umgrenzte Themen und Probleme auszurichten. In der Suchtkrankenhilfe sollte zumindest geprüft werden, ob hier ein Nachholbedarf besteht. Die Motivierende Gesprächsführung, auch in der systemisch modifizierten Variante, stellt gewissermaßen eine „Breitbandintervention“ dar, von der nicht sicher ist, ob sie für die Fülle der Probleme jeweils taugt. Vorstellbar sind Ratsuchende, die stärker auf lerntheoretisch fundierte Programme ansprechen, wieder andere auf pädagogisch ermutigende Erfahrungen, die dazu beitragen, sich auf eine Veränderung des eigenen Verhaltens einzulassen. Diese wenigen Hinweise müssen hier genügen, um den Forschungsbedarf im Beratungsbereich zu dokumentieren. Das schmälert die Erträge der Motivierenden Gesprächsführung nicht, es geht vielmehr um die Frage, an welchen Stellen der Ansatz möglicherweise in die Jahre gekommen ist. In der vorliegenden Master-Thesis konnte leider nicht der Frage nachgegangen werden, inwieweit auch Elemente der Ressourcenorientierung und der sozialen Netzwerkarbeit die Motivierende Gesprächsführung bereichern würden. Zumindest systematisch gedacht bieten sich diese erprobten Beratungsinterventionen an.

Die bisherigen abschließenden Überlegungen bewegen sich auf der Ebene der Beratung im engeren Sinn. Noch wurden strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen vernachlässigt, die die Wirksamkeit der Beratung beeinflussen. In der Motivierenden und der Systemischen Gesprächsführung bilden methodische Fragen das Zentrum, Beratung wird quasi zumindest teilweise entkontextualisiert gedacht. In der weiteren Befassung mit der Beratung in der Suchtkrankenhilfe sollte diese Lücke geschlossen werden.

Die Motivierende Gesprächsführung passt heute hervorragend in den sozialpolitischen Diskurs über Aktivierung und Eigenverantwortung. Gesellschaftlich wird von belasteten Menschen immer mehr verlangt, dass sie ihre Schwierigkeiten möglichst individuell oder innerfamiliär lösen. Stichwort dieser gesellschaftlichen Stimmung sind Eigenverantwortung, Selbstsorge, Eigeninitiative und Subsidiarität. Dahinter steht das sozialpolitische Anliegen, Leistungen zurückzufahren und den Eigenkräften mehr Raum zu geben. Die entmündigenden Wirkungen einer allzu umfänglichen Hilfe sollen zurückgefahren werden. In diesen Rahmen passt die Motivierende Gesprächsführung ganz vorzüglich. Die Gefahr einer instrumentalisierenden Vereinnahmung liegt auf der Hand. Hier ist Vorsicht geboten. Auch

mit der Motivierenden Gesprächsführung gelingt es nicht, alle Betroffenen zu veranlassen, sich auf eine Behandlung einzustellen. Strukturelle, lebensgeschichtliche, auch psychische und physische Ausgangsbedingungen können nicht mit den begrenzten Mitteln der Motivierenden Gesprächsführung, in welcher Form auch immer, einfach überwunden werden. Diese Hinweise sollen dazu beitragen, die Erfolgsaussichten der Motivationsarbeit realistisch einzuschätzen, äußere Barrieren nicht als Ausrede für das eigene Scheitern heranzuziehen, sondern Menschen mit ihren ganz unterschiedlichen Ausgangslagen individuell zu würdigen. Nicht alle können motiviert werden. Wer es nicht schafft, verdient dann keine Sanktionen, wie sie im aktivierenden Sozialstaat zunehmend vorgesehen sind, sondern andere Formen der Hilfe. Es gibt auch Menschen, die wollen und können von der Sucht nicht lassen, auch sie haben einen Platz in der Gesellschaft verdient.

Neben den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im weiteren Sinn, wie sie durch den Aktivierungsdiskurs geprägt sind, dürfen auch die Strukturen eines verzweigten Hilfesystems in Bezug auf die Motivation zur Behandlung bei einer Abhängigkeitserkrankung nicht übersehen werden. Wenn es gelingt, Menschen zu einer Therapie zu motivieren heißt das noch lange nicht, dass sie auch im Hilfesystem ankommen und den begonnenen Weg fortsetzen. Zum einen muss man die Zugangsbarriere in ein hochschwelliges Hilfesystem ins Kalkül ziehen. Der Aufbau einer Behandlungsmotivation kann rasch unterminiert werden, wenn die Anschlussmöglichkeiten wie eine ambulante oder stationäre Therapie versperrt oder nur sehr verzögert erreicht werden können. Zu den Zugangshindernissen zählen rechtliche Barrieren, die insbesondere mit dem Versicherungsstatus und dem damit verbundenen Leistungsanspruch zusammenhängen, aber auch wirtschaftliche Barrieren, so müssen während einer stationären Behandlung Einkommenseinbußen hingenommen werden, die Betroffenen möglicherweise nicht kompensieren können und schon deshalb entsprechende Vorschläge ablehnen. Nicht zu vergessen sind auch bürokratische Schwellen, es geht teilweise um ein komplexes Antragsverfahren, das überfordern kann. Hinzu kommen subjektive Faktoren, eine im Beratungsgespräch aufgebaute Motivation mag zunächst sehr fragil sein, es genügen dann kleine Hürden und die Motivation bricht ein. Diese Hürden zeigen, dass es nicht ausreicht, die Motivation im Beratungsgespräch zu fördern, es kommt überdies darauf an, das Hilfesystem leicht erreichbar zu organisieren, beispielsweise nach den Handlungsmaximen der Lebenswelttheorie, in denen Wert gelegt wird auf Niedrigschwelligkeit, Alltagsnähe, Partizipation und Dezentralisierung. Das verzweigte System der Suchtkrankenhilfe ist davon teilweise noch weit entfernt, es hat mithin für einen Teil der Betroffenen eine demotivierende Wirkung, die in der Beratung nicht kompensiert

werden kann. Abschließend noch ein Hinweis zur Stabilisierung der Behandlungsmotivation, die in der Motivierenden Gesprächsführung zu kurz kommt. Suchtkranke Menschen unterliegen einer erhöhten Rückfallgefahr, wenn sie nach einer Behandlung in ihr angestammtes Milieu zurückkehren, natürlich nur, soweit dieses für die Suchtentstehung verantwortlich ist. Engpässe auf dem Wohnungsmarkt erfordern es aber allzu häufig, dass Betroffene in ein pathogenes Milieu zurückkehren und einem signifikant erhöhten Rückfallrisiko ausgeliefert sind. Das gilt auch für die Rückkehr in familiär belastende Umstände oder in ungünstige Arbeitsmarktbedingungen, um zwei weitere entscheidende Rückfallrisiken zu nennen. Deutlich wird, die Motivationsarbeit muss in der Suchtkrankenhilfe breiter konzipiert werden, als es die auch erweiterte Motivierende Gesprächsführung zulässt. In der vorliegenden Master-Thesis konnten diese relevanten Aspekte nicht bearbeitet werden.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Das Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig (1973)	S. 9
Abbildung 2: Phasenmodell zur Erklärung einer Abhängigkeitsentwicklung (eigene Darstellung)	S. 18
Abbildung 3: Phasenmodell zur Erklärung der Entwicklung co-abhängigen Verhaltens (eigene Darstellung)	S. 21
Abbildung 4: Entscheidungswaage als Methode, um Change-Talk hervorzurufen (eigene Darstellung)	S. 32
Abbildung 5: Anzeichen für Veränderungsbereitschaft (eigene Darstellung)	S. 34

## Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2015): Systemische Gesprächsführung. In: Pauls, H./ Lohner, J./ Viehhauser, R. (Hrsg): Didaktische Bausteine und Übungen zur Klinischen Sozialarbeit in der Lehre. ZKS Verlag, S. 3-16. Online unter: <http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/Baustein-9-Harald-Ansen-Systemische-Gespraechsf%C3%BChrung-2015.pdf> [letzter Zugriff 14.12.2015]
- Arkowitz, H./ Westra, H. A./ Miller, W. R./ Rollnick, S. (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Bamberger, G. G. (2010): Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: Beltz Verlag
- Batra, A. (2012): Psychotherapie der Sucht. In: PiD – Psychotherapie im Dialog, 04/2012, 13. Jahrgang, S. 3-8
- Bauer, P. (2013): Beratung und Netzwerke. In Fischer, J./ Kosellek, T. (Hrsg): Netzwerke und Soziale Arbeit – Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 310-327
- Belardi, N. (2011): Beratung eine sozialpädagogische Einführung. 6. Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag
- Bochmann, A. (2014): Paarberatung. In: Nestmann, F./ Engel, F./ Sickendiek, U. (Hrsg): Das Handbuch der Beratung – Ansätze, Methoden und Felder. Band 2, 3. Aufl., Tübingen: dgvt-Verlag, S. 1005-1013
- Burnham, J. B. (2009): Systemische Familienberatung – Eine Lern- und Praxisanleitung für soziale Berufe. 3. Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag
- DHS (2014): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Online unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme\\_in\\_der\\_Familie.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_in_der_Familie.pdf) [letzter Zugriff am 30.09.2015]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015: Drogen- und Suchtbericht 2015. Online unter: [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015\\_Drogenbericht\\_web\\_010715.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf) [letzter Zugriff am 29.09.2015]

- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Homepage (2015): Drogen und Sucht. Beratung und Behandlung. Online unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/heroin-und-andere-drogen/situation-in-deutschland.html> [letzter Zugriff am 09.10.2015]
- DIMDI Homepage (2015): ICD-10-GM Version 2015. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2015. Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/> [letzter Zugriff 04.08.2015]
- DSHS (2013): Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. Online unter: [http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs\\_jahresbericht\\_2013.pdf](http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs_jahresbericht_2013.pdf) [letzter Zugriff 10.09.2015]
- Ebbecke-Nohlen, A. (2007): Systemische Paarberatung. In: Nestmann, F./ Engel F./ Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung – Disziplinen und Zugänge. Band 1, 2. Aufl., Tübingen: dgvt-Verlag
- Feuerlein, W./ Dittmar, F./ Soyka, M. (1999): Wenn Alkohol zum Problem wird. Suchtgefahren erkennen – den Weg aus der Abhängigkeit finden. Stuttgart: Trias
- Goldbrunner, H (o. J.): Paarberatung als triadisches System. Online unter: [https://www.uni-due.de/~qpy700/Publikationen/Publikationen\\_Start.htm](https://www.uni-due.de/~qpy700/Publikationen/Publikationen_Start.htm) [letzter Zugriff 24.11.2015]
- Goos, C./ Komba, U./ Makovic, M. R./ Mezzani, L./ Mouzas, I./ Radovanovic, M./ Schmidt, E./ Soegaard Nielsen, A./ Templeton, L./ Tober, G. (2007): Hilfs- und Beratungsangebote für Angehörige von Suchtkranken in Europa. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2007, Jahrgang 30, Nr. 2/3, S. 5-8
- GVS – Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (2005): Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung. Online unter: [http://www.sucht.org/fileadmin/user\\_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/Aufgaben\\_Finanzierungen\\_Suchtberatung\\_2005.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/Aufgaben_Finanzierungen_Suchtberatung_2005.pdf) [letzter Zugriff am 10.09.2015]
- Institut Suchtprävention (o. J.): Theorien der Suchtentstehung. Online unter: <http://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/theorien-der-suchtentstehung.html> (letzter Zugriff am 23.11.2015)

- Klein, M./ Zobel, M. (2000): Sucht sucht Beziehung – Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. In: Sucht Aktuell, 2/2000, S. 29-34
- Klein, M. (2000): Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G./ Körkel, J./ Schmalz, U.: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 139-158
- Klein, M. (2005a): Familiäre Einflussfaktoren im Verlauf von Suchterkrankungen - Alkoholabhängigkeit. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 61-71
- Klein, M. (2005b): Familiäre Risikofaktoren im Vorfeld von Suchterkrankungen – Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 52-59
- Klein, M./ Bischof, G. (2013): Angehöriger Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 04/2013, 59. Jahrgang, Heft 2, S. 65-68
- Klein, M./ Moesgen, D./ Bröning, S./ Thomasius, R. (2013): Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken – Das „Trampolin“-Programm. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Körkel, J./ Veltrup, C. (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 2003; 4, Stuttgart u. New York: Georg Thieme Verlag, S. 115-124
- Kolitzus, H. (1997): Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. 14. Aufl, München: Kösel-Verlag
- Küstner, U./ Sack, P.-M./ Zeichner, D./ Thomasius, R. (2005): Bedeutung der Familie für Prävention und Frühintervention bei Suchterkrankungen – Familienbezogene Frühintervention. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 268-276
- Lundahl, B./ Burke, B. L. (2009): The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practise-Friendly Review of Four Meta-Analyses. In: Journal of Clinical Psychology, Vol. 65 (11), 2009, Page 1232-1245
- Miller, W. R./ Rollnick, S. (1991): Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press



- Miller, W. R./ Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3., unveränd. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Pallasch, W./ Kölln, D. (2004): Pädagogisches Gesprächstraining – Lern- und Trainingsprogramm zur Vermittlung pädagogisch-therapeutischer Gesprächs- und Beratungskompetenz. 6. Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag
- Pütz, Thomas (2011): Drogenberatung. In: Belardi u.a.: Beratung eine sozialpädagogische Einführung. 6. Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 179-192
- Rennert, M. (1990): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 2., unveränd. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Rennert, M. (2005): Co-Abhängigkeit. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 45-51
- Rennert, M. (2012): Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet. 3. aktualisierte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Ritscher, W. (2006): Einführung in die systemische Soziale Arbeit mit Familien. Heidelberg: Carl Auer Verlag
- Rollnick, S./ Miller, W.R. (2012): Anmerkung der Reihen-Herausgeber zum US-amerikanischen Original. In: Naar-King, S./ Suarez, M. (Hrsg.): Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 11.
- Rost, W.-D. (2005): Psychodynamische (psychoanalytische) Therapie. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 146-154
- Sachse, R. (2013): Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten. 9. Aufl., Köln: Psychiatrie-Verlag GmbH
- Schaeff, A. W. (1986): Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. München: Wilhelm Heyne Verlag GmbH & Co. KG
- Schindler, A./ Küstner U. J./ Sack, P.-M./ Thomasius, R. (2005): Systemische Therapie. In: Thomasius, R./ Küstner, U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 155-165

- Schlippe, A. v./ Schweitzer, J. (2010): Systemische Interventionen. 2. Aufl, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG
- Schlippe, A. v./ Schweitzer, J. (2013): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I – Das Grundlagenwissen. 2. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH
- Schwing, R./ Fryszer, A. (2012): Systemisches Handwerk. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Seligman, M. E. P. (1999): Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Sickendiek, U./ Engel, F./ Nestmann, F. (2008): Beratung – Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Aufl., Weinheim und München: Juventa Verlag
- Sydow, K. V./ Schindler, A./ Beher, S./ Schweitzer-Rothers, J./Retzlaff, R. (2010): Die Wirksamkeit Systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. In: Sucht, 2010, Nr. 56, S. 21-42
- Thomasius, R./ Küstner, U. J. (2005): Familie und Sucht – Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer GmbH
- Tölle, R./ Windgassen K. (2012): Psychiatrie. 16. überarb. u. erg. Aufl. 2012, Berlin: Springer Verlag
- Türk, D./ Bühringer, G. (1999): Psychische und soziale Ursachen der Sucht. In: Der Internist 6-99, Springer Verlag, 583-589
- Uhl, A./ Puhm, A. (2007): Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept?. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2007, Jahrgang 30, Nr. 2/3, S. 13-20
- Universimed Homepage (2012): Behandlungsstrategien: Psychische Störungen und Sucht (Doppeldiagnosen). Online unter: <http://neurologie-psychiatrie.universimed.com/artikel/behandlungsstrategien-psychische-st%C3%B6rungen-und-sucht-doppeldiagnosen> [letzter Zugriff 08.12.2015]
- Veltrup, C. (2013): Ambivalent: Co-abhängigkeit als therapeutische Herausforderung. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 2013, 59. Jahrgang, Heft 2, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, S. 108-109
- Vogt, I./ Schmid, M./ Schu, M. (2003): Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen: Erfahrungen mit Motivational Interviewing und Case Management. In: Suchttherapie 2003; 4, Stuttgart u. New York: Georg Thieme Verlag, S. 132-139

Vogt, I. (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis.

WHO (1995): Europäische Charta Alkohol – verabschiedet von der Europakonferenz  
Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol, Paris 12.-14. Dezember 1995.

Weltgesundheitsorganisation: Paris. Online unter:

<http://alkoholpolitik.de/index.php/dokumente/finish/24->

weltgesundheitsorganisation/14-europaeische-charta-alkohol/0 [letzter Zugriff  
11.10.2015]

Wolffersdorff, C. von (2001): Drogen und Sucht. In Thiersch, O. (Hrsg.): Handbuch  
Sozialarbeit Sozialpädagogik, Neuwied: Luchterhand, 324-338

## **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, 27.01.2016

Grit Lehmann