

Hochschule Neubrandenburg

Studiengang Soziale Arbeit (berufsbegleitend)

**Motivierende Gesprächsführung in der
Suchtberatung**

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0587-5

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Annika Paul

im Wintersemester 2022/2023

Erstprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

Zweitprüfer: Dipl. Sozialpädagogin Silke Schwartz

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Die Sucht	5
1.1. Die Entstehung von Sucht	6
1.2. Das Bio-Psycho-Soziale Modell und Salutogenese	8
2. Die Suchthilfe	11
2.1. Das Suchthilfesystem	11
2.2. Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe	13
3. Die Beratung und die Suchtberatung	15
3.1. Die Beratung und das Beratungsverständnis	15
3.2. Die Grundhaltung in der Beratung nach Beushausen	17
3.3. Die Suchtberatung	18
4. Die motivierende Gesprächsführung	20
4.1. Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung	21
4.2. Die theoretischen Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung	22
4.2.1. Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers	22
4.2.2. Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClementi	23
4.2.3. Die Kognitive Dissonanz nach Festinger	25
4.3. Die Grundhaltung in der motivierenden Gesprächsführung	26
4.4. Die Prozesse der motivierenden Gesprächsführung	27
4.5. Die grundlegenden Kommunikationsstrategien: OARS	29
4.5.1. Die offenen Fragen	29
4.5.2. Die Wertschätzung und Würdigung	30
4.5.3. Das Reflektierte Zuhören	30
4.5.4. Das Resümee	31
4.6. Die Methoden der motivierenden Gesprächsführung im Speziellen	32
4.6.1. Der Change Talk	32
4.6.2. Der Sustain Talk	33

5. Die Chancen und Risiken der motivierenden Gesprächsführung.....	36
6. Fazit.....	43
Quellenverzeichnis.....	46
Abbildungsverzeichnis.....	48

Einleitung

Sucht ist eine Erkrankung, die in beinahe allen Schichten der Gesellschaft zu finden ist. Die Toleranz von diversen Suchtmitteln steigt zunehmend. Die Sucht ist Bestandteil in der alltäglichen Routine vieler Menschen. Es ist das tägliche Gläschen Wein zum Feierabend oder die Süßigkeiten in Form von Nervennahrung zur Bewältigung von Stresssituationen. Es gibt unterschiedliche Ursachen für die Entstehung von Sucht. Menschen, die sich mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt haben und eine Entscheidung für eine Behandlung getroffen haben, haben oft einen langen Leidensweg hinter sich. Sie haben unterschiedliche Verbindungen zum Suchthilfesystem und versuchen ihre Erfahrungen mit der Suchterkrankung und den Behandlungsmöglichkeiten in Selbsthilfegruppen weiter zu geben. Menschen, die eine Suchterkrankung überwunden haben, haben eine klare Entscheidung getroffen. Wer hat Ihnen bei der Entscheidung geholfen? Was kann die Suchtberatung tun, um Entscheidungsprozesse zu unterstützen? Ist die Methode der motivierenden Gesprächsführung nach William R. Miller und Stephen Rollnick ein effiziente Methode für die Steigerung der Motivation um eine Verhaltensänderung zu bewirken? Es steht die Behauptung, dass die Methode der motivierenden Gesprächsführung sowohl Grenzen als auch Risiken in der Suchtberatung mit sich bringen. Im Verlauf dieser Ausarbeitung wird auf diese Fragen eingegangen. Im Besonderen stehen die Chancen und Risiken im Vordergrund. Im ersten Kapitel wird der Begriff Sucht thematisiert. Die Definition und die Begrifflichkeit werden geklärt. Dann folgt eine Beschreibung einer möglichen Theorie über die Entstehung von Sucht. Die Darstellung des Bio- Psycho- Sozialen Modells und der Salutogenese folgt im Anschluss. Im zweiten Kapitel folgt der Begriff der Suchthilfe und die Beschreibung des Suchthilfesystems. Zusätzlich wird auf die Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe eingegangen. Im weiteren Vorgehen, dem 3. Kapitel, wird der Begriff der Beratung definiert. Das Beratungsverständnis und die Grundhaltung nach Beushausen werden näher beschrieben. Am Ende des dritten Kapitels wird die Suchtberatung dargestellt. Im vierten Kapitel wird die Methode der motivierenden Gesprächsführung thematisiert. Zunächst wird ein Überblick über das Konzept gegeben. Daraus resultierend erfolgt die Beschreibung der Ambivalenz im Kontext der Methode. Im Anschluss werden die theoretischen Grundlagen dargelegt. Diese sind die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers, das Transtheoretische Modell der Verhaltensveränderung nach Prochaska und DiClementi und Beschreibung der kognitiven Dissonanz nach Festinger. Auf dieser Basis wird die Grundhaltung des Beraters der Methode beschrieben. Im Anschluss folgt die Beschreibung der Prozesse. So wird der Beziehungsaufbau, die Fokussierung, die Evokation und die Planung der Veränderung erläutert. Für die Umsetzung der Vorgehensweise bedarf es Methoden und Kernkompetenzen, die den Prozessverlauf positiv beeinflussen können. Zu erwähnen sind die

Offenen Fragen, reflektiertes Zuhören, sowie Wertschätzung und Würdigung. Im fünften Kapitel werden die Chancen und Risiken der motivierenden Gesprächsführung erläutert. Aufgrund der Komplexität der Methode der motivierenden Gesprächsführung können nur einige Ansätze eine Antwort auf die oben genannte Behauptung geben. Das 6. Kapitel beschreibt das Fazit, eine Zusammenfassung der Arbeit, sowie eine Darstellung der Ergebnisse und Resümee hinsichtlich der Nutzung der Methode der motivierenden Gesprächsführung. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser wissenschaftlichen Abschlussarbeit bewusst auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Sämtliche männliche Schreibweisen beziehen sich dabei gleichermaßen auf alle Geschlechter.

1. Die Sucht

Das Thema Sucht ist gesellschaftlich manifestiert, so dass gleichzeitig der Zugang zur Prävention erschwert ist. Zusätzlich kommen neue Herausforderungen, wie der Medienkonsum hinzu. Schnell wird die Suchtproblematik auf Kinder und Jugendliche projiziert. Die Verlagerung der Suchtproblematik führt dazu, dass es zu einer Tabuisierung bei den Erwachsenen kommt. Oft wird der Fokus auf Modeerscheinungen in der Suchtszene gelegt. Der Umgang innerhalb der Gesellschaft mit dem Thema Sucht bleibt unverändert. Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht wird zwischen „Sucht“ und „Abhängigkeit“ unterschieden. In diesem Kapitel wird auf die Definition und von der Entstehung von Sucht eingegangen. Zusätzlich wird das Bio- Psycho-Soziale Modell und der Salutogenese beschrieben (vgl. Sting, 2015, S.1705). Jeder Versuch sich an das Thema Gesundheit an zu nähern, basiert auf der Frage: Wann ist man krank bzw. gesund? Eine weitere Frage ist: Wenn man krank ist, wird man gleichzeitig wieder gesund und was muss man dafür tun? Diese ethischen Fragen werden wieder im Zusammenhang von Langzeiterkrankungen und psychischen Erkrankungen präsent. Parallel steht die These im Raum, dass im Notfall die Solidargemeinschaft für einen kranken Menschen eintritt. Wann ist der Punkt gekommen, um Hilfen zu beantragen damit die Lebensqualität nicht leidet? Abhängigkeitserkrankung werden diesbezüglich anders klassifiziert. Es geht nicht um eine Anomalie, die man durch Medikamente beheben kann. Es ist nicht pathologisch im ursprünglichen Sinn, sondern deutlich komplexer und in Abhängigkeit vieler Faktoren. „Sucht als eine <Krankheit des Willens> steht in der Mitte solcher Auseinandersetzung“ [zit. Laging 2020, S.13].

Sucht hat einen gesellschaftlichen und kulturellen Ursprung. Das Wort „Sucht“ wird auf das Wort „siechen“ zurückgeführt und bedeutet das Leiden an einer Krankheit. In vielen Krankheitsbezeichnungen findet sich das Wort bis heute wieder, wie z.B. Gelbsucht oder Schwindsucht. In der Alltagssprache ist das Wort fest etabliert. Oftmals wird es in seiner Doppeldeutigkeit benutzt, einmal im Kontext von Abhängigkeiten von Substanzen und zweitens wird zwanghaftes Verhalten ebenfalls als süchtig deklariert. Fachlich betrachtet wird der Begriff „Sucht“ kritisch begutachtet. Die Begrifflichkeit wird grundsätzlich in einen negativen Zusammenhang gebracht und führt zu Diskriminierung und Stigmatisierungen. Aufgrund dieses Umstandes hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1963 den Begriff „Sucht“ (engl.: addiction) durch das Wort „Abhängigkeit“ (engl.: dependence) bzw. durch „Abhängigkeitssyndrom“ ersetzt. Die WHO gab das Manual der International Classification of Diseases and Related Health (ICD) Problems heraus. Im deutschsprachigen Gebrauch hat dieser Wandel nicht stattgefunden. So werden Menschen mit einer Abhängigkeitssymptomatik weiterhin in einer Suchtberatungsstelle

unterstützt. Die Wörter „Sucht“ und „Abhängigkeit“ werden oft synonym verwendet. Laut WHO kann ein Abhängigkeitssyndrom nur als Krankheit diagnostiziert werden, wenn man diese mit dem Konsum von Substanzen in Verbindung bringt. Alkohol, Opioide, Sedativa, Hypnotika, Tabak und andere psychotrope Substanzen können zum Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10 führen. Somit sind alle Substanzen aufgeführt, unabhängig von der Legalisierung (vgl. Laging 2020, S.14-16).

Im ICD 11 wurden die Kriterien, um eine Substanzabhängigkeit zu diagnostizieren, geändert. Die größte Veränderung zum vorhergehenden ICD 10 ist eine Zusammenfassung aus den sechs Kriterien zur Diagnostik einer Abhängigkeit bzw. eines Abhängigkeitssyndrom zu drei Kriterien. Für die Diagnose sind zwei oder mehr der drei Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten erforderlich. Die Diagnose kann aber auch gestellt werden, wenn die Substanz über einen Monat täglich oder fast täglich konsumiert wird (vgl. Heinz u.a. 2022 (Internetquelle)).

Im Folgenden werden die drei Kriterien zur Diagnostik eines Abhängigkeitssyndrom beschrieben:

1. Es liegt eine eingeschränkte Kontrolle über den Konsum der Substanz in Hinblick auf Beginn, Intensität, Dauer und Häufigkeit des Konsums vor. Häufig gibt es Begleiterscheinungen, wie subjektive Empfindungen, die sich im Drang und im Verlangen nach Substanzkonsum äußern (gesteigerter Suchtdruck).
2. Physiologische Merkmale verfestigen sich im alltäglichen Verhalten. Beispielsweise wird die Toleranz gegenüber dem Konsum, die Entzugserscheinungen nach einer Reduktion des Konsums oder einem Entzug oder einen regelmäßig einsetzenden Konsum der bevorzugten Substanz, um Entzugserscheinungen zu verringern, wieder verstärkt zunehmen.
3. Der Konsum von Substanzen nimmt an Priorität im alltäglichen Leben zu. Dieses Bedürfnis wird vorrangig von dem Suchterkrankten befriedigt, vor alltäglichen Verpflichtungen, wie Körperpflege oder Hobbies. Der Substanzkonsum nimmt einen großen Teil des Lebens ein, verschiebt somit andere Bereiche und Prioritäten des Lebens und wird trotz Krisen weiter fortgeführt (vgl. Heinz u.a. 2022 (Internetquelle)). Jede Sucht entwickelt sich vor einer Diagnose. Die Entstehung wird im Folgenden thematisiert.

1.1. Die Entstehung von Sucht

Die Sucht gehört zu einem Teil unseres Verhaltens, welches durch das Belohnungssystem im Gehirn gesteuert wird. Das System ist immer dann aktiv, wenn wir Freude daran empfinden, etwas zu tun, z.B. bei der Nahrungsaufnahme oder bei erfolgreichen Handlungen. Jedes Rauschmittel aktiviert das System der Belohnung im Gehirn. Es entsteht ein Rauschzustand, der bei wiederholtem Konsum intensiver wird. Der Klient bekommt das Verlangen diesen Zustand immer wieder zu erlangen. Das ist die Basis des Craving

(engl. Suchtdruck), die Idee und den Wunsch danach, dieses Gefühl immer wieder zu bekommen. Die Entstehung von Sucht und Abhängigkeit ist multifaktoriell zu betrachten. Es gibt Umstände, die begünstigt sind, um suchtkrank zu werden, z.B. Ereignisse in der Biographie (Gewalt, Missbrauch). Die Sucht funktioniert an dieser Stelle als Selbstmedikation. Es werden durch die Sucht psychische und physische Schmerzen erträglicher gemacht. Oftmals kommt es im Krankheitsverlauf zu einer Gewöhnung des Verhaltens. Es wird versucht die negativen Gefühlszustände zu betäuben, um sie nicht aushalten zu müssen. Zusätzlich besteht die Gefahr der Chronifizierung des Verhaltens. Die Klienten können es sich nicht vorstellen, sich den negativen Gefühlen zu stellen und schließen daher oftmals ein Leben ohne den Substanzkonsum für sich aus (vgl. Wendt 2017, S. 14-15).

Im Dreieck der Sucht spielen die Faktoren Person, Droge und Umwelt eine Rolle. Es gibt Drogen, die ein höheres Potential für die Abhängigkeit haben. Gleichzeitig spielen die Verfügbarkeit und der Preis eine essentielle Rolle. Zusätzlich gibt es Betroffene, die empfänglicher für eine Abhängigkeitserkrankung sind. Die Biographie und die Lern- und Konditionierungsprozesse sind entscheidend für den Verlauf und die Entstehung der Erkrankung. Der Substanzkonsum wird als positiv bewertet und wird somit als Verstärker des Verhaltens genutzt. Der Entzug hingegen wird mit negativen Gefühlen verknüpft, wie innere Leere, Traurigkeit und Angst. Die Symptome des Entzugs werden durch den Konsum beseitigt. Der Lerneffekt besteht darin, dass der Substanzkonsum als positiv zu bewerten und dringend wiederholungsbedürftig ist. Des Weiteren spielt die Komorbidität, also das Zusammenspiel mit einer Begleiterkrankung, beispielsweise einer psychischen Erkrankung eine entscheidende Rolle. In der Anamnese der Klienten sind oft Überforderungssituationen, Belastungsstörung durch Stress und Leistungsdruck zu finden, die versucht wurde durch Selbstindikation von Suchtmitteln zu minimieren. Die persönlichen Umstände bzw. das alltägliche Leben sind beinahe geprägt mit Suchtpotentialen. So findet man in jeder gesellschaftlichen Schicht Betroffene. Zusätzlich gehören soziale Faktoren dazu, wie das Verhalten im Umgang mit Drogen bei Gleichaltrigen (Peer) und in der Familie (vgl. Wendt 2017, S.16-18). Das Suchtdreieck dient als Basis für das im Folgenden erklärte Bio-Psycho-Soziale Modell.

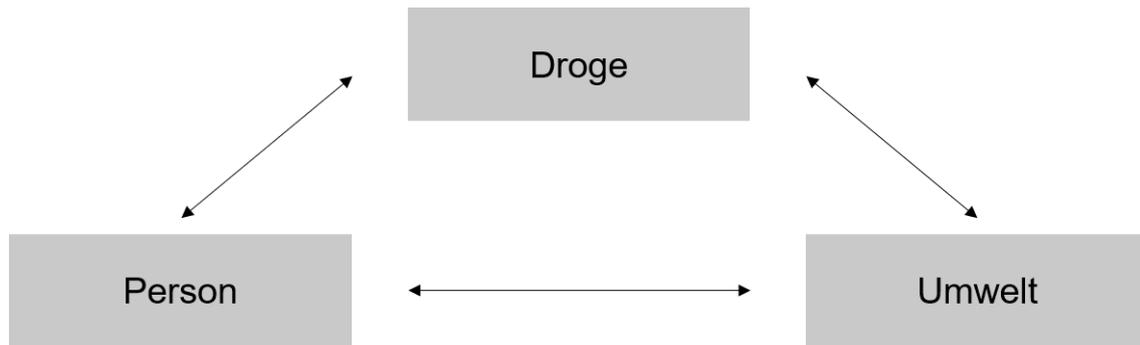


Abbildung 1 Suchtdreieck (vgl. Wendt, 2017, S.17)

1.2. Das Bio-Psycho-Soziale Modell und Salutogenese

Das Bio-Psycho-Soziale Modell erklärt den multifaktoriellen Ansatz für die Entstehung von Erkrankungen. Grundsätzlich werden Risiko- und Schutzfaktoren für den Klienten in dem Konzept begutachtet. Ein Risikofaktor eines Klienten und seiner Umwelt ist ein Merkmal, welches einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer Erkrankung vorweist (vgl. Laging 2020, S.25). Die Sucht, in diesem Fall, ist das Ergebnis einer andauernden und langfristigen Wechselwirkung von bestimmten Eigenschaften eines Klienten, wie z.B. genetische und psychische Faktoren, der Umwelt und der Droge als Suchtpotential. Gleichzeitig wird bei den persönlichen Merkmalen zwischen Psyche und Körper unterschieden, um die Zuständigkeit für beide Bereiche klar zu definieren. Durch das multifaktorielle Gefüge wird deutlich, dass Hilfe- und Präventionsmaßnahmen nicht nur durch einzelnen Berufsgruppen abgedeckt werden können, sondern dass diese zusammen agieren müssen. Soziale Arbeit findet ebenso ihren Platz im Bio-Psycho-Sozialen Modell, allerdings scheinbar im Hintergrund. Aufgrund der interdisziplinären Handlungsabläufe bzgl. der Prävention und Rehabilitation von Sucht rückt die Soziale Arbeit wieder in den Vordergrund. Die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit ist, die Bedingungen der sozialen Umwelt zu thematisieren (vgl. Vongehr 2022, S.35-38). Grundsätzlich darf nicht davon ausgegangen werden, dass ein Faktor innerhalb des Gefüges für sich steht. Es sind alle Faktoren voneinander abhängig. Die Ursache einer Erkrankung ist sehr komplex. Für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen ist das Bio-Psycho-Soziale Modell essentiell. So können Risikofaktoren durch die Prävention langfristig minimiert werden, gleichzeitig werden Schutzfaktoren ihre Wirksamkeit verbessern (vgl. Laging 2020, S.25-27).

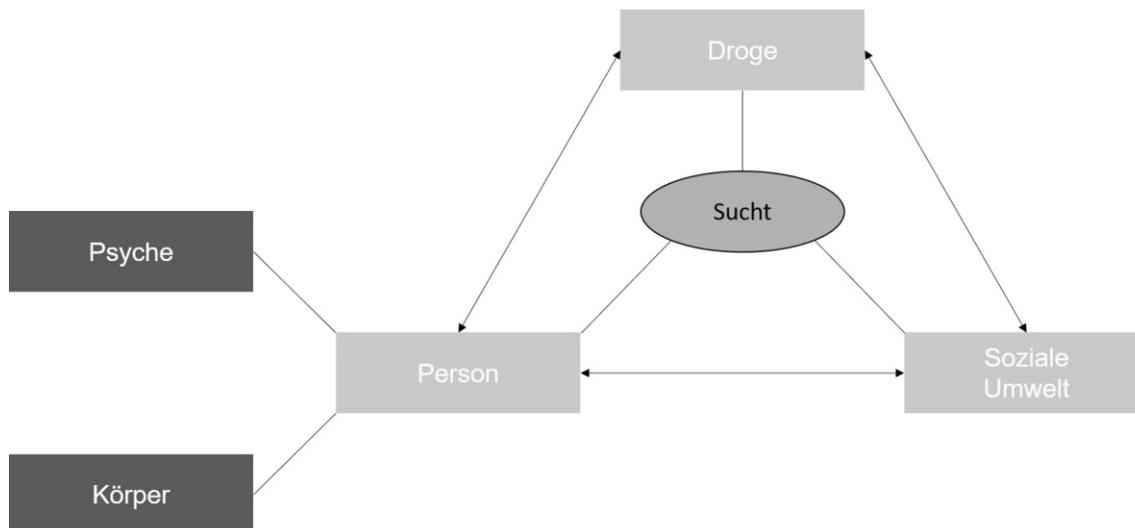


Abbildung 2 Das modifizierte bio-psycho-soziale Modell nach Tretter, 2017

In der klinischen Sozialarbeit spielt die Bewältigung von Belastungen eine große Rolle. Psychische Herausforderungen sind die Basis für Orientierung und das soziale Handeln der Klienten. Subjektive Erlebnisse werden im menschlichen Gehirn episodisch abgespeichert. In der Behandlung wird das berücksichtigt. Die Klienten sind Akteure in einem sozialen Konstrukt, an denen sie als Interventionspartner partizipieren können unter der Berücksichtigung der Autonomie. Bei der Behandlung von Krankheiten kann daher die Ursache auf alle Ebenen (bio, psycho, sozial) abgeklärt werden und bei weiteren Interventionen Bezug genommen werden. Die klinische Sozialarbeit nutzt das Bio-Psycho-Soziale Modell als Basis für das Lebensführungsmodell. In diesem Modell werden die Subsysteme mit den jeweils eigenen Gegebenheiten berücksichtigt. Die Lebenswelt des Klienten wird transparenter und überschaubarer. Die Psyche ist ein Teil des sozialen Konstrukts. Bei der Behandlung in der klinischen Sozialarbeit steht die Komplexität des Konstruktes des Klienten im Vordergrund. Eine erfolgreiche Therapie hängt von den Bedingungen des Lebensführungssystem ab. Das Symptom ist nicht vorrangig, sondern die komplexe Kausalität. Fachlich betrachtet, muss jede Ebene von Gesundheitsproblemen genau begutachtet werden, da diese in Wechselwirkung zu einander stehen und ebenso zu behandeln sind. Es geht um die Synchronisation von sozialen und psychischen Prozessen. Die Aufgabenstellung der klinischen Sozialarbeit ist die Koordination eines integrierten Prozessbogen zwischen drinnen (bio-psycho-sozial) und draußen (sozio-psycho-biologisch). Das Ziel ist die Integration von Lebenswelten der Klienten (vgl. Pauls, 2013, S.108-111).

Eine Ergänzung für das Bio-Psycho-Soziale Modell ist der Ansatz der Salutogenese nach Aaron Antonovsky. Bei diesem Konzept wird nicht danach gefragt, was die Klienten krank macht, sondern warum die Menschen trotz erhöhter Belastungs- und Stresssituationen gesund bleiben. An dieser Stelle werden die Menschen nicht kategorisiert. Es wird

nicht zwischen „krank“ und „gesund“ unterschieden. Grundsätzlich wird von multi-dimensionalen Zuständen ausgegangen. Daraus erfolgen neue Perspektiven der Betrachtung von Suchterkrankungen, deren Bewältigungs- und Genesungsoptionen. Ein großes Ziel ist es den gesunden Anteil des Steuerungswillens des Klienten zu bestimmen und zu aktivieren. Die Ressourcen des Betroffenen werden genutzt für den weiteren Verlauf der Genesung (vgl. Laging 2020, S.21).

Nach Antonovsky gibt es u.a. einen entscheidenden Gesundheitsfaktor, das Kohärenzgefühl des Klienten. Diese beinhaltet drei Kriterien: die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit in der Biographie des Klienten. Dabei geht man davon aus, dass die Ausprägungen der Kriterien bei einem betroffenen Menschen entscheidend sind, für die Stressbewältigung bestimmter Situationen im Alltag. Des Weiteren werden diese durch die Umwelt des Klienten positiv oder negativ beeinflusst werden. Der Betroffene kann langfristig durch die Förderung der eigenen Gesundheit befähigt werden, den Zustand der Gesundheit wahrzunehmen und somit die eigenen Gesundheitsressourcen zu aktivieren. Grundsätzlich wird durch die Betrachtung der Gesundheitsfaktoren eine Krankheit nicht ausgeschlossen. Eine Krankheit wird als ein Teil des Lebens betrachtet, nicht als abnormal. Es wird an dieser Stelle zielgerichtet auf die Stärkung der Ressourcen geachtet, um weitere Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die sich auf die Gesundheit fokussieren. Angewendet wird das Konzept der Salutogenese in den Bereichen der Psychosomatik, der Rehabilitation, der Prävention und der Sozialen Arbeit. Im Bereich der ambulanten Suchthilfe wird durch das Gesundheitskonzept der Salutogenese die Lebensqualität der Klienten versucht zu verbessern, unabhängig vom Ziel der Abstinenz. In suchtakzeptierenden Einrichtungen steht die Lebensqualität der Klienten im Vordergrund. Das allgemeine Gesundheitsverständnis konzentriert sich ausschließlich auf Risikofaktoren, die mögliche Krankheiten begünstigen bzw. verursachen können. Das Konzept der Salutogenese hingegen erweitert die Perspektive und den Blick auf die Förderung der Gesundheit (vgl. Vongehr 2022, S.15-17).

Nachdem nun unterschiedlichen Perspektiven auf die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit beschrieben worden sind, werden im folgenden Kapitel die Hilfen der Sucht, das Suchthilfesystem und die ambulante Suchthilfe beschrieben.

2. Die Suchthilfe

Die Suchthilfe ist untergliedert in drei Bereiche. Wenn diese Bereiche in den vergangenen Jahren autonom existierten, steigt die Tendenz dahingehend, dass die Bereiche übergreifend und miteinander arbeiten. Der erste Aufgabenbereich der Suchthilfe ist die psychosoziale Grundversorgung. Ambulante und stationäre Einrichtungen, die psychiatrische Versorgung von suchtkranken Menschen abdecken, übernehmen die kommunale Aufgabe, die entweder von Behörden oder durch das Subsidiaritätsprinzip an frei Träger übernommen wurden. Die Zielgruppe sind Menschen, die eine chronische Einschränkung im psychosozialen Bereich und eine Suchterkrankung haben. Der zweite Bereich ist der medizinische Bereich. Dieser wird von ambulanten und stationären Einrichtungen abgedeckt, die von niedergelassenen Ärzten geleitet werden. Es stehen die Behandlungen von körperlichen Begleiterscheinungen und daraus resultierenden Symptomen im Vordergrund. Der dritte Bereich beschreibt das traditionelle Dreieck (Trias) der Suchthilfe. Die Suchtberatung, Behandlung und die Nachsorge sind die Basis für diesen Bereich. Im Suchthilfesystem gab es in den letzten Jahren starke Veränderungen. Es wird ressourcenorientiert gehandelt. Die Förderung der Autonomie der Suchtkranken steht im Mittelpunkt. Die Angebote sind individuell und auf die Bedürfnisse der Klienten zugeschnitten (vgl. Hansjürgens, 2016, (Internetquelle)). Im folgenden Kapitel wird das Suchthilfesystem und die soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe näher beschrieben.

2.1. Das Suchthilfesystem

Der maßgebende Rahmen des Suchthilfesystems besteht aus entscheidenden Rechtsformen, fachlichen Standards, sowie ethischen und sozialen Bestimmungen. Alle Faktoren sind von einander abhängig und unterliegen gesellschaftsbedingten Prozessen. Für die Suchthilfe gab es in den letzten Jahren entscheidende Veränderungen, die zu einem Paradigmenwechsel geführt haben, insbesondere im Bereich der Menschen mit Behinderungen. Dies ist sehr relevant für die Suchthilfe, da Sucht sozialrechtlich zu den seelischen Behinderungen zählt. 2001 wurde das neunte Sozialgesetzbuch <Rehabilitation und Teilhabe> eingeführt. Zusätzlich hat die Weltgesundheitsorganisation die Klassifikation ICF (Classification of Functioning, Disability and Health) herausgegeben. 2006 wurde von den Vereinten Nationen die UN- Behindertenrechtskonventionen verabschiedet und in Deutschland 2009 anerkannt. Ein zentraler Punkt des Paradigmenwechsels ist die personenzentrierte Perspektive in der Beratung und Behandlung von Klienten. Daraus resultieren, dass die individuellen Ressourcen bzw. Stärken eines Klienten in den Vordergrund rücken und für die Genesung bzw. für die Behandlung genutzt werden. Ein weiterer Aspekt der veränderten Sichtweise ist die Teilhabe, z.B. an der Gesellschaft oder am Arbeitsleben. Die Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung steht an

dieser Stelle im Vordergrund. Durch die UN-Behindertenrechtskonventionen haben Menschen mit Behinderungen einen Rechtsanspruch an der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Umweltbedingungen behindern die Teilhabe, so dass diese verändert werden und individuell angepasst werden müssen. Beide Veränderungen, sowohl die personenzentrierte Sichtweise, als auch die Teilhabe, sind in der Grundhaltung der Sozialen Arbeit manifestiert. So werden individuelle Hilfemaßnahmen verfasst, die Unterstützung und Förderung jedes Klienten genau betrachtet und die Angebote der Einrichtungen veröffentlicht, so dass eine Vernetzung der Angebote stattfinden kann. Der letzte Ansatz ist essentiell für die Beratung von betroffenen Menschen (vgl. Laging 2020, S.111-113).

Das deutsche Suchthilfesystem ist komplex und gleichzeitig vielseitig. So findet man Beratungsstellen, Kliniken, Entwöhnungseinrichtungen, Institutionen der Wiedereingliederung und der Rehabilitation und Selbsthilfegruppen. Aufgrund der Komplexität des Systems und der Individualität der Klienten, gibt es eine Anzahl an Kostenträgern, die beispielsweise für die Kosten einer Therapie oder ähnliches aufkommen. Da die Kostenübernahme vor einer Behandlung einer Krankheit geklärt werden muss, kommt es im Bereich der Suchthilfe häufig zu Behandlungsabbrüchen. Die Behandlungskette ist nicht fortlaufend. Der Betroffene hat dadurch ein erhöhtes Risiko rückfällig zu werden, weil er unmotiviert ist. Das Ziel ist es, die Behandlung nahtlos fortzusetzen. Behandlungsbrüche sind nur schwer vermeidbar, weil die Kosten der einzelnen Maßnahmen unterschiedliche Kostenträger übernehmen. Der stationäre Aufenthalt, beispielweise der Entzug, wird von den Krankenkassen übernommen. Für die Rehabilitationsmaßnahme, eine mögliche Langzeittherapie kommt der Rententräger auf. Liegen die Kostenzusagen der einzelnen Kostenträger nicht zeitnah vor, so muss der Betroffene zwischenzeitlich nach Hause, in sein „altes“ soziales Umfeld. Das Risiko, nicht abstinent zu bleiben, gepaart mit der Frustration aufgrund der Behandlungsunterbrechung, führt zur sinkenden Motivation des Klienten. Eine weitere Hürde für Betroffene liegt zwischen der Beratungsstelle und der Entzugsklinik. Für viele Betroffene ist der Besuch in der Beratungsstelle schon eine große Offenbarung mit dem Ziel etwas zu verändern. Allerdings gibt es in vielen Entzugskliniken lange Wartelisten. An dieser Stelle gilt es viel Motivationsarbeit zu leisten, damit der Betroffene an seinem Ziel festhält, trotz der Hürde des Wartens (vgl. Wendt 2017, S.41-43).



Abbildung 3 Bruchstellen der Suchtbehandlung (vgl. Wendt, 2017, S.43)

Ein großes Ziel in der Suchthilfe ist der integrierte Gesamtversorgungsansatz. Nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen wird eine personenzentrierte Verknüpfung der Maßnahmen und Angebote benötigt. Durch die Vielzahl an Institutionen und Diensten mit unterschiedlichen Möglichkeiten der Finanzierung und den unterschiedlichen Angeboten für die dementsprechenden Zielgruppen wird die Übersicht für Klienten zu komplex, wirkt daher unnahbar, so dass Betroffene unmotiviert sind, sich dieser Herausforderung zu stellen. Die Qualität und die dauerhafte Existenz eines Versorgungssystems sind abhängig von den Übergängen zwischen den unterschiedlichen Etappen der Behandlung des Klienten. Die Verbindlichkeit der personenbezogenen Vernetzung bleibt eine Herausforderung in der Suchthilfe. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat aufgrund dessen Anforderungen an das Versorgungssystem definiert. So soll es eine komplette Abdeckung des komplexen Spektrums von Abhängigkeitserkrankung geben, von der Beratung, der Prävention bis hin zu Nachsorge. Des Weiteren werden leichte Erreichbarkeit und Transparenz gefordert. Aufgrund des Spektrums der Abhängigkeitserkrankungen sollen Leistungen individuell geplant, wirksam, zeitnah und flexibel und von spezialisierten Einrichtungen erbracht werden (vgl. Laging 2020, S.113).

2.2. Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe

Die ambulante Suchthilfe entstand durch das Ehrenamt und die Fürsorge. Sie ist heute in der klassischen Sozialarbeit zu finden. Die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe werden durch Sozialpädagog*Innen geleitet und sind oftmals mit multidisziplinären Teams ausgestattet. Es gibt innerhalb der Einrichtung vielfältige Angebote für Menschen mit einer Suchterkrankung und ihren Angehörigen. Die Mitarbeiter der Einrichtung sind beratend, unterstützend, behandelnd, integrierend und vermittelnd tätig. Die Aufgaben der ambulanten Suchthilfe wurden u.a. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); dem Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS) beschrieben. Die Angebote der ambulanten Suchthilfe sind vielfältig. Es gibt niedrighschwellige Angebote. Versorgungsorte, wie Drogenkonsumräume oder Kontaktläden sind Beispiele für Aufenthaltsangebote. Unter Berücksichtigung der Einrichtungsregeln können Klienten lebenspraktische Hilfen bekommen und angebotene Maßnahmen, wie Waschen, Duschen oder der Tausch von Konsumutensilien nutzen. Neben den Angeboten kann die Option genutzt werden,

spezielle Beratungen zu bekommen. Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot ist die Gesundheitsvorsorge. Diese dient dazu die gesundheitliche Situation der Klienten zu verbessern mit dem Hintergrund der Sucht. Es werden beispielsweise Kondome verteilt und individuelle Beratung zum Thema HIV und Hepatitis angeboten. In Ballungszentren findet man Übernachtungsangebote für wohnungslose Menschen, die u.a. die Möglichkeit bieten, Krisensituationen zu überwinden. Ein weiteres Aufgabengebiet in der ambulanten Suchthilfe sind aufsuchende Maßnahmen. Streetwork und Hausbesuche dienen dazu, den Klienten in seinem Sozialraum aufzusuchen. Vorrangig geht es um Kontaktarbeit und den Austausch von Informationen. Um Krisen- und Notsituationen zu reduzieren, ist an dieser Stelle die Beratung von großer Bedeutung (vgl. Laging, 2020, S.182-184). Zusätzlich gibt die Beratungsstellen, die für die Informationsvermittlung und die Weitervermittlung an entsprechende Netzwerkpartner zuständig sind. Die psycho-soziale Betreuung der Klienten ist die Basis der Suchthilfe. Unabhängig vom gesundheitlichen Zustand oder dem persönlichen Ziel, werden Klienten in ihrem Lebensumfeld begleitet. Es gibt keinen Schwerpunkt in der Suchthilfe, sowohl die klinische Sozialarbeit als auch die Beratung sind u.a. essentielle Bestandteile der Suchthilfe. Das Fallverständnis, ebenso das partnerschaftliche Arbeitsbündnis sind zentrale Merkmale in der ambulanten Suchthilfe. Aus der Bearbeitung von Ambivalenzen kann eine Weitervermittlung in weitere Hilfemaßnahmen und somit eine Verbesserung der Lebensqualität werden. Der Prozess ist abhängig von der Veränderungsbereitschaft und der Motivation der Klienten (vgl. Laging, 2020, S.185-193).

3. Die Beratung und die Suchtberatung

Menschen geben sich dann in Beratung, wenn sie in einer prekären Lebenslage sind und Orientierung benötigen. Beratung ist ressourcenorientiert und dient zur Entwicklung von Lösungen in Kombination mit den gestärkten Kompetenzen des Klienten (vgl. Schaeffer/ Petermann, 2020 (Internetquelle)). Die Nachfrage von Beratung nimmt in Deutschland zu und nähert sich dem internationalen Counseling an (vgl. Schubert/Rohr, Zwicker-Pelzer, 2019, S.16). Die sozialpädagogische Beratung hat keinen definierten Kompetenzbereich. Das Spektrum von Themen ist vielfältig, daher ist die sozialpädagogische Beratung darauf ausgelegt sich zu reduzieren (vgl. Galuske, 2013, S.173). Im nun Folgenden wird diese Komplexität näher beschrieben. Des Weiteren wird auf das Beratungsverständnis und die Grundhaltung in der Beratung eingegangen. Im Speziellen wird in diesem Kapitel die Suchtberatung beschrieben.

3.1. Die Beratung und das Beratungsverständnis

Beratung ist eine besondere Form in der Kommunikation zwischen zwei und mehreren Menschen. Dabei steht eine oder mehrere Personen einer anderen oder mehreren Personen bei, um Alltagskonflikte, Herausforderungen und unterschiedliche Krisen zu überwinden. Beratung ist vielfältig und individuell. Beratung kann bei einer Entscheidungsfindung unterstützen, ganz ohne konkrete Zielvorgabe. Der Ratsuchende kann mit Hilfe von Beratung handlungsfähiger werden und kann eventuelle Wahloptionen für sich nutzen. Die autonome Entscheidungsmöglichkeit für den Ratsuchenden kann innerhalb einer Beratung zu neuen Planungszielen führen mit der Option die eigene Handlung zu reflektieren (vgl. Nestmann/Sickendiek 2015, S.153).

Beratung hat eine lange Entstehungsgeschichte, wie beinahe jeder Bereich in der Sozialen Arbeit, anfangs als pädagogisches Handlungskonzept und dann als ein Teil der psychologischen Therapie. Im internationalen Vergleich wird zwischen „Counselling“ aus England stammend und dem amerikanischen „Counseling“ unterschieden. In England ist der Begriff der Beratung psychologisch therapeutisch geprägt. In den USA hingegen, wird der Begriff Beratung psychosozial betrachtet. Dieses Verständnis beinhaltet beinahe nahezu jedes Arbeitsfeld in der Sozialen Arbeit. Des Weiteren ist die Ausbildung für den Fachbereich an Hochschulen in beiden Ländern etabliert. Die Professionalität im Kontext der Beratung hat sich in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verändert. 2004 haben sich 30 Fach- und Berufsverbände unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) zusammengefunden, um ein gemeinsames Verständnis für psychosoziale Beratung zu entwickeln (vgl. Schubert/Rohr, Zwicker-Pelzer, 2019, S.16-17). Das Ziel für die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Beratung dient der Fachlichkeit und der Sicherung der Qualität. Gleichzeitig werden gemeinsame

Standards gewährleistet. Aufgrund der Gemeinsamkeit und der Diversität der einzelnen Organisationen wird deutlich, dass es ebenso unterschiedlichen Professionen, Arbeitsfelder, Handlungsansätze und Herausforderungen gibt. Es wird davon ausgegangen, dass die Vielzahl an Professionen und Institutionen miteinander kooperieren. Das Beratungsverständnis basiert unter anderem auf dem Fachverständnis, den Tätigkeiten und Aufgaben der Beratung, auf das Vertrauensverständnis und der Beratungsbeziehung, auf der Werte- und Zielorientierung und der Qualitätssicherung und Evaluation (vgl. DGfB 2020, (Internetquelle)). Aufgrund dieses Fundaments wird deutlich, dass Beratung eine zeitlich begrenzte Partnerschaft ist, wobei der Berater über Fachwissen verfügt. In der Beratung werden unterschiedliche Methoden und Techniken genutzt. So können Daseinsbewältigungsfragen besprochen werden. Das Behandlungsverständnis der DGfB ist die Basis für ein interdisziplinäres Handlungskonzept. Dies ist nach den entsprechenden Tätigkeitsfeldern der Beratung anwendbar (vgl. Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer, 2019, S.17). Im Kontext der Beratung findet nicht nur ein Informationsaustausch statt, sondern auch jegliche Formen der Reflexion. In der Beratung benötigt der ratsuchende Mensch oft Unterstützung bei der Integration in die Gesellschaft bzw. in sein soziales Gefüge. Gleichzeitig wird ganzheitlichen Betrachtung des Ratsuchenden reflektiert (vgl. DGfB 2020, (Internetquelle)). Die Beratung hat drei charakterisierende Merkmale. Zum einen ist das Rollenverhältnis klar definiert. Der Ratsuchende soll aus der beratenden Situation profitieren und der Beratende ist lediglich Mittel zum Zweck, der Begleiter der anstehenden Veränderung. Diese Rollen sind in der professionellen Beratung grundsätzlich starr. In der alltäglichen Beratung, beispielsweise unter Freunden oder in der Familie können die Rollen sich verändern bzw. vertauscht werden. Ein zweites Merkmal der Beratung ist die Sprache. Die Problemlösung bzw. der Weg zur Veränderung findet grundsätzlich verbal statt. Es findet ein wechselseitiges Spiel zwischen Sprechen, aktivem Zuhören und Verständnis statt. Das dritte Merkmal der Beratung ist, dass die Herausforderung die Handlungskompetenzen des Ratsuchenden nicht überfordert und ihn handlungsunfähig macht. Im Unterschied zu den Merkmalen der Beratung hat die sozialpädagogische Beratung weitere, differenziertere Merkmale. Der Kompetenzbereich der sozialpädagogischen Beratung lässt sich schwer eingrenzen. Diese Form der Beratung ist abhängig von der Region, wie z.B. Stadtteile oder unterschiedliche Personengruppen. Des Weiteren ist die Themenvielfalt und das damit einhergehende Aufgabenspektrum unbegrenzt. Das führt dazu, dass die Themen ein hohes Maß an Komplexität haben können und dies Auswirkungen auf die Handlungsansätze haben kann. Aufgrund der Vielfalt an Veränderungsmodellen und individuellen Herausforderungen der Ratsuchenden führt es dazu, dass Sozialpädagog*innen pragmatisch handeln. Ein methodisches Handeln wird nicht möglich sein. Sozialpädagogische Beratung lässt sich nicht in

einem Bereich, an einer Situation bzw. an einer Personengruppe festmachen. Sie verfügt über ein großes Netzwerk an umfangreichen Informationen über Angebotsformen und Kooperationspartnern. Die sozialpädagogische Beratung wird oftmals mit Problemen und Hürden bzgl. der Alltagsbewältigung der Ratsuchenden konfrontiert. Sie soll die Alltagstechniken der Ratsuchenden reaktivieren und sie befähigen handlungsfähig zu werden. Die sozialpädagogische Beratung hat nicht nur einen institutionellen, sondern auch einen funktionalen Auftrag (Galuske, 2013, S.173-174).

3.2. Die Grundhaltung in der Beratung nach Beushausen

Die Grundhaltung eines Beraters ist nach Jürgen Beushausen vorrangig wohlwollend und gleichzeitig interessiert an der zu beratenden Person. Es wird von einer Beziehungsfähigkeit als Basis für die Grundhaltung ausgegangen. Zusätzlich setzt es eine Form der Wachheit voraus, also die Fähigkeit alle Facetten der Gefühle wahrzunehmen. Ebenso ist Achtsamkeit bezugnehmend auf die Beziehung und die Begegnung von großer Bedeutung. Mitgefühl, Großzügigkeit und u.a. Zuversicht sind weitere Eigenschaften der Grundhaltung. Im Hinblick auf das professionelle Setting ist von aufgeschlossener und aufmerksamer Hinwendung die Rede. Ausschlaggebend ist die Korrespondenz mit dem Klienten, gepaart mit eigenen Erfahrungen und dem Interesse an Veränderungen, ggf. an Entlastungen. Einhergehend mit der Wertschätzung des Klienten, der Toleranz und Akzeptanz des bisherigen Weges des Klienten, der Neugier, der Parteilichkeit und des Respekts gegenüber den Gegebenheiten können im Beratungsprozess neue Handlungsmöglichkeiten für den Klienten entstehen (vgl. Beushausen, 2016, S.95-96). Ein Ansatz in der Beratung ist das Konzept der „positiven Nichtsicherheit“, welches ihren Ursprung in der Schnelllebigkeit der Gesellschaft hat. Der beständige Teil dieser ist die Unsicherheit. Klienten im Beratungssetting suchen hingegen die Sicherheit für ihr Handeln bzw. für ihr Sein, um kontrollierte Entscheidungen treffen zu können. Berater bringen ebenso Unsicherheiten mit. Die intuitive Ambiguität ist in der Beratung von großer Bedeutung. Die Kenntnisnahme der Mehrdeutigkeit führt zu einem kreativen und individuellen Prozess, indem subjektive Entscheidungen hinterfragt werden können, um den Klienten in seinem Gedankenkonstrukt zu begleiten und zu unterstützen. Der begleitenden Zweifel hat auf dieser Ebene eine Daseinsberechtigung. Unsicherheiten und Ambivalenzen müssen gewürdigt werden (vgl. Beushausen, 2016, S.96-97). Berater*innen benötigen eine große Vielfalt an Kompetenzen. Dazu gehören die persönlichen Kompetenzen, Fachwissen und Kontextkompetenzen. Im Bereich der Kommunikation gibt es drei Grundhaltungen. Der Berater kann sich gegenüber dem Klienten angemessen gewöhnlich, unangemessen ungewöhnlich und angemessen ungewöhnlich verhalten. Sofern der Berater dem Klienten in einem bekannten Verhalten begegnet, wird dieser in seinem Verhalten verharren. Es wird zu keiner Veränderung kommen. Daher ist ein

angemessen ungewöhnliches Verhalten vom Berater von großer Bedeutung. Der Klient ist positiv irritiert und die Bereitschaft zur Veränderung wächst. Dieses Verfahren beinhaltet einen hohen Anspruch an die Beraterkompetenzen und bedingt eine sehr feine Selektion im Gesprächsverlauf (vgl. Beushausen, 2016, S. 99).

3.3. Die Suchtberatung

Die Suchthilfe, in ihrem historischen Ursprung, beinhaltet die Suchtberatung. Durch diese kann eine Verschlimmerung der sozialen Situation der Klienten reduziert werden. Es gibt unterschiedliche Angebote und Leistungen, u.a. die Begleitung und Beratung, die Rehabilitation und die Vermittlung der Klienten zu weiteren Maßnahmen, sowie niedrigschwellige Angebote. Die Erwartungshaltung an die Beratung ist sehr hoch. An dieser Stelle geht es um die Weitervermittlung der Klienten in rehabilitierende Maßnahmen mit einem positiven Resultat. Die Suchtberatung beinhaltet das fachliche Verständnis als Funktion und wird zusätzlich als administrative Organisation zur Vermittlung in die Leistungen der Rehabilitation verstanden. Aufgrund der sozialen Diagnostik durch das Klassifikationssystem ICF kann die Suchtberatung ihre erweiterten Kompetenzen nutzen, um den Klienten einen zieloffenen Raum für die Weiterentwicklung der Beziehungsgestaltung zu gewähren. Weiterhin gilt es dem Klienten Begleitung und Beratung anzubieten und diesen in seinem regionalen Netzwerk an Hilfen anzuschließen. Die Suchtberatung geht von einem multiperspektiven Geschehen aus, so das Klienten in ihrer Ganzheitlichkeit und in ihrer Individualität betrachtet werden. Für die Stabilität des Klienten und dem Bündnis zwischen der Suchtberatung und dem Klienten ist eine langfristige Begleitung in den prekären Lebenslagen des Klienten von großem Vorteil (vgl. Vongehr, 2022, S.42-44). Suchtberatungsstellen sind wichtige Bestandteile im Arbeitsfeld der suchtbefragten Hilfen. Die Tätigkeiten sind Motivationsarbeit, Vermittlung von weiteren Hilfen, Beratung und Begleitung, sowie Netzwerkarbeit. Wie bereits erwähnt, ist es sinnvoll zwischen der Funktion einer Suchtberatung und der Organisation zu unterscheiden. Die inhaltliche Struktur der Funktion impliziert eine hohe Erwartungshaltung. Sie bedienen die Zulieferrolle für den Bereich der Rehabilitation. Beratung ist in diesem Kontext eine Form der Überzeugungsarbeit mit dem Ziel Perspektiven und Motivationen entstehen zu lassen, um die unterschiedlichen Hilfsmaßnahmen anzunehmen. Die tatsächlichen Tätigkeiten der Suchtberatung haben einen historischen Ursprung, der an Pragmatismus grenzt. Der Auftrag des Klienten bzw. das Anliegen wird wahrgenommen und an das lokale Hilfesystem übertragen. Zentrales Ziel ist eine prozessfördernde Beziehung zum Klienten, die langfristig zur Stabilisierung des Alltags und zur gesellschaftlichen Teilhabe führt (vgl. Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung, 2018 (Internetquelle)). Die Suchtberatung hat ihr Potential in der Beratung, nicht in der Vermittlung. Die Begleitung und die Beratung stehen im Zusammenhang mit individuellen Anliegen der Klienten

unter der Berücksichtigung von beruflichen Netzwerkpartnern und umweltbezogenen Netzwerken des Klienten. Aufgrund der politisch geforderten Teilhabestärkung von Menschen mit diversen Einschränkungen und der gleichzeitig geforderten Sozialraumorientierung steigt die Daseinsberechtigung der Suchtberatung innerhalb einer Kommune. Eine Reduktion dieser Leistung ist bezugnehmend u.a. auf Humanität nicht angebracht. Das Potential der Suchtberatung hingegen ist vielfältig. Zur Stabilisierung, zur Wiedereingliederung und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist die Suchtberatung eine essentielle Hilfemaßnahme (vgl. Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung, 2018 (Internetquelle)). Die Finanzierungsstruktur der Organisation ist komplex. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsfelder und deren Legitimationen an vielen Stellen der Sozialgesetzbücher oder in Abhängigkeit von den Bundesländern im öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz ist die Finanzierung der Suchtberatung umfangreich. Grundsätzlich gibt es zwei Finanzierungsmöglichkeiten: Zum einen werden steuerfinanzierte Hilfen, wie z.B. das PsychKG als Vorsorgemaßnahme genutzt. Zusätzlich werden die Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) der Bundesländer und die Sozialgesetzbücher VIII und XII als Grundlage der Finanzierung verwendet. Eine zweite Finanzierungsmöglichkeit gibt es im Bereich der medizinischen Versorgung (SGB V) und der Rehabilitation (SGB VI). Dem unterliegen unterschiedliche Prinzipien. Das Prinzip der Versicherungsleistung wird durch die medizinische Versorgung und der Rehabilitation erfüllt. Das Prinzip der Fürsorge obliegt dem öffentlichen Gesundheitsdienstgesetz bzw. dem PsychKG. Das Prinzip der Fürsorge folgt einer solidarischen Haltung zur Verhinderung von Zuständen, die gesellschaftlich unerwünscht sind. Durch die Aktivierung der eigenen Ressourcen der Klienten soll das Ziel erreicht werden. Das Prinzip der Versicherungsleistungen ist bedarfsorientiert und individuell. Die Suchtberatung in ihrer eigentlichen Organisation hat unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten mit verschiedenen Zuständigkeiten und Aufträgen. Daher ist die Abgrenzung zwischen der Organisation und der Funktion der Suchtberatung essentiell (vgl. Tätigkeiten und Potentiale der Funktion Suchtberatung, 2018 (Internetquelle)). Innerhalb dieser Funktion ist die multiperspektivische Fallarbeit von großer Bedeutung. Bezugnehmend auf die langfristige Beziehung zwischen Berater und Klient steht die Bereitschaft zur Veränderung im Vordergrund. Im folgenden Kapitel wird die Methode der motivierenden Gesprächsführung beschrieben, die die Motivation zur Veränderung stärkt. Diese Methode ist in der Suchtberatung ein permanenter Begleiter, um Klienten in ihrem Prozess zur Veränderung zu unterstützen.

4. Die motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung (engl. Motivational Interviewing (MI)) ist eine Methode, um die Motivation zur Veränderung bei einem Menschen zu aktivieren und zu stärken. In einem kooperativen Gespräch geht es vorrangig um den Zweck die Motivation hinter einer Veränderung zu thematisieren. In Beratungsgesprächen geht es nicht darum das Verhalten einer Person zu verändern, sondern die Ressource zu fördern, die dazu führt, dass der Betroffene selbst sein Verhalten ändert. Das Gespräch wird so gestaltet, dass der Betroffene aufgrund seiner Vorstellungen und Interessen selbst durch die Sprache die Thematik Veränderung bespricht. Die innere Einstellung zu Grundsätzen wird durch die Sprache gespiegelt und aktiv gestaltet. Der Grundstil der Motivierenden Gesprächsführung ist geleitend, ein Stil zwischen lenkend und folgend. Dieser Stil bietet dem Gesprächsführer /dem Berater die Möglichkeit den Klienten zu begleiten, zu ermutigen und zu inspirieren. Aufgrund dieses Zwischenstils zeigt sich, dass das Gespräch auf Augenhöhe stattfindet. Ein Machtgefälle zwischen beiden Gesprächspartnern gibt es nicht (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.17-19). Im nun Folgenden wird der Begriff des Beraters verwendet. In der Sozialen Arbeit finden häufige Kooperationen mit Therapeuten statt. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung wird sowohl in der Sozialen Arbeit als auch in vielen Therapiemöglichkeiten verwendet. Um die Funktion des Beraters in der Sozialen Arbeit hervorzuheben, wird sich auf diesen Begriff beschränkt.

Das Wort Motivation stammt aus dem lateinischen <motivum> und bedeutet Beweggrund. Es wird ein Grund benötigt, um etwas oder sich selbst in Bewegung zu setzen. Es ist eine innere Kraft, die zielgerichtet, zu einem bestimmten Zustand führt. Motivation ist nicht nur abhängig vom Ziel, sondern auch von der Erreichbarkeit des Ziels. Grundsätzlich wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden. Die intrinsische Motivation basiert auf inneren Beweggründen. Der Wunsch nach Veränderung kommt vom Klienten selbst. Bei der extrinsischen Motivation kommt der Antrieb der Veränderung von außen, beispielweise durch Sanktionen oder Auflagen. Motivation gehört nicht zur Grundausstattung eines Klienten. Es gibt nicht die genau passende Motivation zu einem standardisierten Ziel. Grundsätzlich muss der eigentliche Auftrag im individuellen Kontext geklärt und immer wieder angepasst werden. Motivation ist ein Prozess, der sich in Anbetracht der Zeit verändert (vgl. Hammer/Plößl, 2020, S.227-232). Motivierende Gesprächsführung basiert nicht auf einer einzelnen Thesis bzw. Theorie. Die Methode wurde durch therapeutische Erfahrungen entwickelt und beruht auf überprüfbaren Hypothesen. Die Autoren Miller und Rollnick definieren das Konzept daher als:

„ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit einer besonderen Aufmerksamkeit auf die Sprach der Veränderung. Es ist darauf konzipiert,

die persönliche Motivation für und die Selbstverpflichtung auf ein spezifisches Ziel zu stärken, indem es die Motive eines Menschen, sich zu ändern, in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl herausarbeitet und erkundet.“ [zit. Miller/Rollnick, 2015, S.47].

Im nun Folgenden wird dieses Zitat belegt und die Grundlagen des Konzepts der Motivierenden Gesprächsführung verdeutlicht. Auf dieser Basis der Theorien wird die Haltung des Anwenders erläutert. Darauf folgen die Prozesse und die Methoden der Motivierenden Gesprächsführung.

4.1. Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung

Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung von William R. Miller ist ein Produkt der Suchtkrankenhilfe in den Vereinigten Staaten von Amerika im Umgang mit alkoholkranken Menschen. Die Erlebnisse mit den Menschen und die gleichzeitig allgemeine Stigmatisierung der Klienten widersprach sich. Er fand heraus, dass die Motivation und das verschlossene Verhalten der Klienten von der Gesprächsgestaltung abhingen. Aufgrund dieser Theorie entwickelten William R. Miller, Professor an der Universität in Albuquerque in New Mexico (USA) und Stephan Rollnick, Professor an der Universität von Cardiff in Wales (UK) das Konzept der motivierenden Gesprächsführung. Diese Methode wird weltweit genutzt. Die motivierende Gesprächsführung beruht auf Ansätzen der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie. Im Vordergrund steht die Entscheidungsfähigkeit des Klienten. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen normalerweise einer Verhaltensänderung gegenüber nicht motiviert oder unmotiviert sind. Sie sind ambivalent (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.8-9). Der Ursprung des Wortes Ambivalenz kommt aus dem Lateinischen <ambi> und bedeutet beide, doppelt. <Valere>, ebenfalls lateinisch, bedeutet stark sein. Es gibt also zwei starke Pole zwischen denen eine Entscheidung gefällt werden muss. Ambivalenz ist ein normales menschliches Verhalten. Sie begleitet jede Lebensentscheidung, sowohl in Krisen als auch im Alltag. Grundsätzlich kommt es auf die Deutung des Verhaltens des Klienten an. Bei der Überbewertung des einen Pols, beispielsweise einer Auflistung von Vorteilen für die Veränderung, kann es dazu kommen, dass sich der Betroffene zu dem anderen Pol der Ambivalenz, der innere Anteil der Nichtveränderung, hinbewegt und es somit zu keiner Veränderung kommt. Ambivalente Menschen haben eine schwankende Motivation. Es gibt sowohl Gründe für eine mögliche Veränderung und ebenso welche dagegen. Beide Seiten müssen wahrgenommen und respektiert werden. Gibt es keine bevorzugte Seite der Ambivalenz innerhalb des Gesprächs, so kann der Betroffene frei entscheiden und ist gleichzeitig motivierter an einer Veränderung zu mitzuwirken (vgl. Hammer/Plöchl, 2020. S.244-245). Nach Miller und Rollnick sind Betroffene, die ambivalent sind, einen

entscheidenden Schritt näher an der Veränderung. Ihr Verständnis von Ambivalenz ist, eine Situation, in der zwei Motivationen im konfliktbehafteten Zwiespalt miteinander stehen. Dies kann sehr unangenehm sein, da die Ambivalenz sehr beständig sein kann. Es können Nachteile einer Möglichkeit an Bedeutung gewinnen, umso länger der Prozess der Auseinandersetzung damit ist. Das kann dazu führen, dass Betroffene die Möglichkeit der Veränderung verdrängen und den Status quo als nicht länger betrachtungswürdig empfinden. Ambivalenzen sind ursprünglich Gedankenkonstrukte. Bei der Verbalisierung der Gedanken entsteht ein aus dem Monolog ein Dialog, der für die Intervention der motivierenden Gesprächsführung essentiell ist (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.20-21).

4.2. Die theoretischen Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung

Die Entstehung bzw. die Entwicklung der motivierenden Gesprächsführung beruht auf einer hohen Anzahl an sozialpsychologischen Thesen. Das Konzept beinhaltet unter anderem Grundlagen des Transtheoretischen Modells zur Veränderung nach Prochaska und Di Clemente und der Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger. Ebenso spielen psychoanalytischen Therapieansätze eine entscheidende Rolle. So werden Ambivalenz und Widerstand in beiden Theorien als Informationsquelle genutzt und in den Entwicklungsprozessen der Veränderung mit eingebunden. Eine der wichtigsten Ansätze in der motivierenden Gesprächsführung ist die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers. In dem Ansatz nach Rogers und in dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung werden die Sorgen und der Bezugsrahmen des Klienten vom Berater als Fixpunkt bewertet. Es gibt eine Diskrepanz zwischen Wertevorstellung und Verhalten und der Berater schafft die Möglichkeit zum Wachstum und der Veränderung. In den folgenden Unterpunkten werden die theoretischen Grundlagen dargelegt.

4.2.1. Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl R. Rogers ist ein Beratungsansatz, der aus dem Bereich der Psychotherapie kommt. Grundsätzlich ist die Methode in der Psychologie, in der Psychiatrie, in der Sozialen Arbeit und sozialen Beratung zu finden. In der Nicht- Direktiven Therapie bzw. in der klientenzentrierten Gesprächsführung greift der Beratende nicht deutend oder durch andere störende Maßnahmen in das Gespräch ein. Durch die gegebene Neutralität und das Reden des Klienten, kann die Grundlage der verbalen Selbstanalyse geschaffen werden, die wiederum zu einem besseren Selbstverständnis führen kann. Rogers Persönlichkeitstheorie geht von einer inneren Kraft aus, die dazu führt sich selbst zu aktualisieren. Die Aktualisierungstendenz ist ein angeborener Antrieb des Verhaltens. Durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt und ihren Reizen entsteht ein Selbstbild des Individuums, welches in der Lage sein sollte auf die Umwelteinflüsse adäquat zu reagieren. Die Kombination aus dem angeborenen

Aktualisierungsdrang und dem daraus entwickelten Selbstbild führt dazu, dass die Wahrnehmung auf die Umwelt subjektiv ist. Die Klienten reagieren nicht auf eine absolute Realität, sondern auf ihre Wahrnehmung der Realität. Das Selbstbild kann aufgrund von Erfahrungen zu fragil sein und führt dazu, dass es zu unflexibel ist, um sich anzupassen. Nichtdefinierbare Erfahrungen können als Bedrohung wahrgenommen werden. Ziel innerhalb der Therapie- oder Beratungsprozesses ist es daher, das Selbstbild des Klienten anzupassen und zu optimieren, so dass dies kongruent mit den aktuellen Erfahrungen ist. Aufgrund der anstehenden Veränderung kommt es zur Abwehrhaltung. Daher muss der Beratende Bedingungen finden, die nicht mit Angst und Verteidigung verbunden werden. Das Ziel ist es, die Selbstwertschätzung zu stärken, um mit den aktuellen Gegebenheiten und Erfahrungen umgehen zu können. Aus dem Hintergrund heraus muss die Beratung nicht- direktiv stattfinden. Die Person und ihre Selbstheilungskräfte stehen im Vordergrund und nicht ihr Problem. Zusätzlich ist das Verhalten des Beratenden und seine Haltung entscheidend über die Qualität der Beziehung zwischen Beratenden und Klienten. Nach Rogers muss der Beratende positiv wertschätzend, echt und einführend sein. Positive Wertschätzung des Klienten beinhaltet gleichzeitig die Akzeptanz des Klienten. Dadurch entsteht eine emotionale Wärme, die impliziert, dass der Klienten sich öffnen, Ängste und Bedrohungen benennen und über seine Verletzbarkeit reden kann. Die Echtheit des Beratenden führt zu einer guten Vertrauensbasis zum Betroffenen. Dieser kann sich dem Verhalten unterbewusst anpassen und traut sich, sich selbst zu präsentieren. Der Beratende muss sich in den Klienten einfühlen. Das Erlebte des Klienten muss nachvollzogen werden können. Die Basis für die Empathie ist das aktive Zuhören und Zuschauen. Nicht nur die Sprache und ihr Tempo haben Einfluss auf die Beratung, sondern auch die Mimik und die Gestik (vgl. Galuske, 2013, S.180-185).

4.2.2. Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClementi

Eine weitere Grundlage für die motivierende Gesprächsführung ist das Transtheoretische Modell der intentionalen Verhaltensveränderung nach James Prochaska und Carlo DiClementi. Das Modell beinhaltet sechs Stadien der Verhaltensveränderung. Durch den Prozessverlauf wird deutlich, wie sich Motivation entwickeln und wie die Bereitschaft von Klienten durch bestimmte Maßnahmen zu einer Veränderung ausbauen kann. In den einzelnen Stufen des Transtheoretischen Modells entstehen unterschiedliche Dynamiken. Im ersten Stadium haben die Klienten keine Absicht ihr Verhalten in naher oder ferner Zukunft zu ändern. Das kann unterschiedliche Gründe haben, z.B. durch eine generelle Zufriedenheit. Unter anderem kann es auch an einem Informationsmangel, an einem fehlenden Problembewusstsein oder Resignation resultieren. Das Stadium der Absichtslosigkeit (engl. precontemplation) ist am stabilsten verglichen mit allen anderen. Ohne eine Intervention des Klienten, wird dieser nicht die nächste Stufe für eine

Verhaltensveränderung erreichen. Die Klienten haben kein Problembewusstsein, die Bezugspersonen hingegen sehen bereits eine Problemlage. Die Initiative für eine Beratung kommt in dieser Phase von der Bezugsperson. Wird an dieser Stelle mit zu viel externen Druck vorgegangen, reagiert der Betroffene mit Reaktanz und Widerstand (vgl. Schleider/Huse, 2011, S.24). Betroffene im zweiten Stadium versuchen ihr Verhalten bereits zu reflektieren. Im Stadium der Absichtsbildung (engl. contemplation) ist ein Bewusstsein für ein problematisches Verhalten vorhanden, allerdings sind die Klienten ambivalent gegenüber einer Veränderung. Die Vor- und Nachteile für eine Veränderung gleichen sich aus, so dass sich ein verändertes Verhalten nicht entwickeln kann. Die Klienten können lange in dieser Phase verharren, da die Ambivalenz in Balance ist und keine Entscheidung für oder gegen eine Veränderung getroffen werden muss (vgl. Widulle, 2020, S.134). Die dritte Stufe ist die Vorbereitung (engl. preparation) für eine Verhaltensänderung. Es ist Motivation, für eine feste Absicht das Verhalten zu ändern, vorhanden. In dieser Phase steht die klare Entscheidung im Vordergrund, eine Art Selbstverpflichtung (engl. commitment). Der Entschluss der Klienten für eine Verhaltensänderung ist vorhanden. Allerdings ist diese Stufe sehr instabil. Sie ist notwendig, da emotionale, kognitive und motivationale Weichenstellungen gesetzt sind und das Ziel bewusster wird (vgl. Widulle, 2020, S.135). Im vierten Stadium (Handlung = engl. action) werden die Klienten aktiv. Die versuchen ihr problematisches Verhalten zu reduzieren. Neue Erfahrungen werden neu bewertet mit der Hoffnung auf positive Resonanz von der Umwelt. Die Handlung ist nur durch die Selbstverpflichtung und durch Ehrgeiz erreichbar. Es ist die aktivste Stufe und gleichzeitig die Stufe mit einem erhöhten Risiko in alte Verhaltensmuster zurückzufallen (vgl. Widulle, 2020, S.135). In der Stufe der Aufrechterhaltung (engl. maintenance) gelangen die Klienten, wenn sie ihr Verhalten länger als sechs Monate beibehalten haben. Das Zielverhalten wird gefestigt und Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe werden entwickelt. Je nach Intensität, Rückfallrisiken und Einstellungen der Umwelt kann die Zeit der Aufrechterhaltung kürzer sein (vgl. Widulle, 2020, S.135). Die letzte und finale Stufe des Transtheoretischen Modells der intentionalen Verhaltensveränderung ist die Stabilisierungsphase (engl. termination). Das Zielverhalten wird zuverlässig umgesetzt. Dieses kann nicht in allen Situationen erreicht werden, weil es eine lebenslange Versuchung gibt, die es notwendig macht sich mit dem eigenen Verhalten in der Situation auseinanderzusetzen (vgl. Widulle, 2020, S.135). Zu den einzelnen Stufen der Verhaltensveränderung, gibt es zusätzlich intervenierende Variablen, die eine helfende Funktion zum Erlangen der nächsten Stufe haben. Die bedeutendsten Variablen nach DiClementi und Prochaska sind Selbstwirksamkeitserwartung (engl. self-efficacy) und die Entscheidungsbalance (decisional balance). Beide stehen in Verbindung zueinander, wenn es darum geht, die subjektiven Einschätzungen und Erwartungen der

eigenen Kompetenz mit den Vor- und Nachteilen der Verhaltensänderung mit seiner persönlichen Gewichtung zu bewerten (vgl. Schleider/Huse, 2011, S.27). Das Transtheoretische Modell kann behilflich bei der individuellen Anpassung von Interventionen sein. Die im Folgenden beschriebenen kognitive Dissonanz hingegen zeigt, wie sich der Mensch im Spannungsfeld seiner Kognition verhält und welche Strategien er entwickeln kann, um diese zu reduzieren.

4.2.3. Die Kognitive Dissonanz nach Festinger

Die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Leon Festinger gehört zu den bekanntesten Konsistenztheorien. Diese sozialpsychologische Theorie beschreibt, wie Menschen mit Widersprüchen, sowohl inneren als auch äußeren, umgehen. Zusätzlich geht Festinger davon aus, dass Menschen den Zustand der Widerspruchsfreiheit anvisieren. Er fand heraus, dass Menschen sich unwohl fühlen, weil ihr Wissen, Denken, Gefühle und ihr Verhalten nicht übereinstimmen (vgl. Garms- Homoloava', 2020, S.19). Die Dissonanz entsteht immer dann, wenn zwei Kognitionen inkonsistent zu einander sind. Die Kognition steht im Mittelpunkt der Theorie nach Festinger. Die menschliche Informationsverarbeitungssystem bzw. die Kognition beinhaltet u.a. Gedanken, Gefühle, Einstellungen, Wünsche, Annahmen, die Vorstellung vom eigenen und das Verhalten anderer Menschen, Erkenntnisse, und Erinnerungen. Ebenso gehören menschliche Beziehungen und die Vorstellung darüber zur Kognition. Die Menge der Kognitionen und die Verbindungen zu einander, führen zu einer hohen Komplexität des kognitiven Systems. Wenn es nun zu Widersprüchen zwischen den Kognitionen kommt, entsteht ein unangenehmer Spannungszustand, der reduziert werden muss. Kognitive Dissonanz kann abgebaut werden, indem die Motivation des Menschen zu einer Aktivität gesteigert wird. Das Wahrnehmungs- und Informationsverhalten wird durch die Dissonanz manipuliert. Sie produziert Informationen, die vom Menschen gemieden, beinahe verleugnet werden. Gleichzeitig wird die von der Dissonanz erzeugte Information gesucht, bevorzugt bewertet und verarbeitet. Um diese Spannungen zu reduzieren, gibt es unterschiedliche Strategien der menschlichen Informationsverarbeitung. Die Addition von konsonanten Kognitionen führt dazu, dass man gezielt nach Informationen sucht, die das eigene Verhalten bestätigen. Häufig wird dabei das eigene Verhalten mit dem Verhalten anderer Menschen verglichen, um selbst keine negativen Konsequenzen zu bekommen. Eine weitere Strategie, um den Spannungen zu vermeiden, ist die Veränderung der Ziele. Das ursprüngliche Ziel wird an dieser Stelle neu bewertet und gewichtet. Durch die Neuinterpretation des Zieles können Regelbrüche entschärft werden und die soziale Anerkennung wird gesteigert. Die Strategien für die Spannungsreduktion im Zusammenhang mit der Theorie der kognitiven Dissonanz zeigen menschliche Verzerrung der Realität auf. Diese findet man nicht nur bei kriminellen Menschen oder Menschen mit einer

psychischen Erkrankung, sondern diese sind Bestandteil des kognitiven Equipments des Menschen, die dazu dienen mit Widersprüchen besser umgehen zu können. Das Ausmaß der Dissonanz basierten Verzerrung unterscheidet sich von Mensch zu Mensch, nichtsdestotrotz bleibt sie menschlich (vgl. Femers- Koch, 2018, S.35-38).

4.3. Die Grundhaltung in der motivierenden Gesprächsführung

Nach William R. Miller und Stephan Rollnick gibt es vier essentielle Aspekte der Grundhaltung in der motivierenden Gesprächsführung. Der erste Aspekt ist die Partnerschaftlichkeit. Darunter wird die aktive Zusammenarbeit zwischen Spezialisten verstanden. Jeder Mensch kennt sich selbst am besten und kann im günstigsten Fall selbst über sich entscheiden. Die motivierende Gesprächsführung basiert eher auf Nachfragen und auf Interesse als auf Apellen und Überzeugungen. In partnerschaftlichen Prozessen treffen unterschiedliche Erwartungen aufeinander. Ein offener und zugewandter Umgang mit den Erwartungen gehört zur Grundvoraussetzung der motivierenden Gesprächsführung. Die Partnerschaftlichkeit steht in enger Verbindung mit der Akzeptanz. Diese basiert auf vier Merkmalen nach Carl Rogers. Die bindungsfreie positive Wertschätzung ist die Grundlage für Vertrauen. Nach Rogers kann erst dann die Veränderung beginnen. Ein weiterer Aspekt nach Rogers ist die Empathie. Darunter versteht man die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit, sich in seinen Kommunikationspartner hinein zu versetzen, sich einzufühlen. Die Gefühle und die Sichtweisen des Gegenübers werden verstanden, gleichwohl ob man selbst damit einverstanden ist oder nicht. Die Standpunkte des Kommunikationspartners werden nicht kritisiert oder bewertet. Es geht vielmehr darum, diese umfassend zu begreifen, um Ambivalenzen zu akzeptieren (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.29-36). Auf der professionellen Ebene bedarf es an Distanz und völligem Respekt gegenüber des Kommunikationspartners. Es wird Mitgefühl gezeigt, aber kein Mitleid. Das große Ziel in der motivierenden Gesprächsführung ist das Wohlbefinden des Gesprächspartners zu fördern, um seinen Bedürfnissen Raum geben zu können. Die Veränderungsbereitschaft wird durch Empathie gefördert. Erst wenn die Beziehung zwischen den Kommunikationspartnern unvoreingenommen respektieren und anerkannt wird, wächst die Bereitschaft Vorschläge anzunehmen und die autonome Entscheidungsfreiheit. Im Vordergrund steht zusätzlich, dass der Gesprächspartner das Gefühl hat, Entscheidungen aus eigener Motivation zu treffen, in Unabhängigkeit seiner Umwelt. Die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung basiert darauf, seinem Kommunikationspartner auf Augenhöhe zu begegnen, um emanzipatorisch und partnerschaftlich zu handeln. An dieser Stelle bedarf es sowohl Selbst- also auch Teamreflexion, um die Haltung zu überprüfen, die respektvolle Beachtung der unterschiedlichen Ziele und die Auswertung der Motivierungsbemühungen (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.32-37).

4.4. Die Prozesse der motivierenden Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung besteht aus einer bestimmten Reihenfolge von Phasen. Diese können sich im Verlauf des Gespräches überlappen oder wiederholen. Die vier Phasen sind essentiell für die motivierende Gesprächsführung. Beginnend mit dem Beziehungsaufbau, über die Fokussierung eines oder mehrerer Themen bis hin zur Evokation und der konkreten Planung der Veränderung erstreckt sich der Prozess der motivierenden Gesprächsführung. Ohne einen Beziehungsaufbau zu dem Klienten, findet kein Gespräch bzw. keine Veränderung statt. Die Evokation findet erst statt, wenn es zu einer Fokussierung gekommen ist. Im Anschluss erfolgt die Planung über die Entscheidung der Veränderung (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.43-44).



Abbildung 4 Vier Prozesse in MI (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S. 44)

Im Beziehungsaufbau zwischen beiden Kommunikationspartnern entwickelt sich ein Bündnis. Anfangs wird nur darüber entschieden, ob beide miteinander arbeiten möchten, das Thema ist irrelevant. Die Dauer des Beziehungsaufbaus ist nicht bestimmt. Die Begrüßung und die ersten Worte sind entscheidend für den weiteren Verlauf. Des Weiteren muss die Beziehung immer erneuert und gepflegt werden (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.50-51). Der Aufbau der Beziehung und Stabilisierung der Beziehung führen zu einem guten Wohlbefinden des Klienten. Gleichzeitig führt es zu einer Dynamik, die dazu führt, dass eine therapeutische Maßnahme beispielweise Erfolg hat und gleichzeitig die Grundlage für die motivierenden Gesprächsführung ist. Der wechselseitige Verlauf bedingt die Beziehungsgestaltung. Durch die eigene Wahrnehmung wird Einfluss auf die Begegnung genommen. Die Kontaktaufnahme zu einander ist die erste Hürde, gleichwohl ob einer der Gesprächspartner in diesem Moment ängstlich oder schüchtern ist. Ein positives Ergebnis für einen gelungenen Beziehungsaufbau ist u.a. ein Folgetermin mit dem Klienten und eine mögliche Weiterentwicklung des partnerschaftlichen Bündnisses (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.57-58). Nach der Phase des Beziehungsaufbaus kommt es zur Fokussierung. An dieser Stelle wird sich auf ein Thema geeinigt. Viele Betroffene kommen mit unterschiedlichen Problemlagen, daher ist es von enormer Wichtigkeit sich auf eine Herausforderung zu konzentrieren. Oftmals werden in der Fokussierung bereits Wünsche nach Veränderungen formuliert werden (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.51). Es wird sich auf eine Ausrichtung auf eine oder mehrere Ziele festgelegt. Es kann unter Umständen ein Plan festgelegt werden, der offen gestaltet werden muss, da es

unterschiedliche Möglichkeiten zur Veränderung gibt. Die Veränderungsziele stehen hin und wieder im Zusammenhang mit einer Verhaltensveränderung. Es geht bei den Veränderungszielen weniger um ein Verhalten, sondern um die Wahl, die der Betroffene hat oder um die Entscheidung über die eigene Haltung und Denkweise. Gleichzeitig gibt es die Möglichkeit bestimmte Gegebenheiten zu akzeptieren und eben nichts zu verändern. Es geht zusätzlich darum Klarheit über die Richtung der Veränderung zu schaffen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.45-46). Nach dem Fokussieren der Veränderungsziele erfolgt die Evokation (Confidence Talk). Es geht dabei um das Aktivieren der Selbstmotivation des Klienten. Die eigenen Ideen und Emotionen des Klienten für die Herangehensweise werden genutzt und ressourcenorientiert verwendet. An dieser Stelle ist man für die individuelle Veränderung auf die aktive Teilnahme des Klienten angewiesen. Diese wird darin begleitet, seine Argumente für die Veränderung selbst zu formulieren. Der Mensch lässt sich ungern in seiner Autonomie einschränken, wenn andere die Situation anders bewerten (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S. 46-47). Häufig nehmen die hilfeschuchenden Klienten eine Diskrepanz wahr zwischen der gegenwärtigen Situation und dem, was sie sich für sich erhofft und gewünscht haben. Diese Diskrepanz findet man in allen Lebenslagen. Innerhalb der Gesprächsführung ist es wichtig, auf diese aufmerksam zu machen und diese zu verstärken. Auf eine behutsame Art und Weise wird der Betroffene, ohne die Entwicklung von Widerstandsstrategien, selbst Argumente für eine Veränderung finden (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.51-52). Die vierte Phase im Prozess der motivierenden Gesprächsführung ist die Planung. Innerhalb dieser Phase werden die Vorteile für eine Veränderung präsenter. Es werden weiterhin Optionen abgewogen, denn die bestehende Ambivalenz existiert weiter. Alle Argumente für eine Veränderung werden thematisiert, ebenso werden Barrieren und Unterstützungsmöglichkeiten aus der Umwelt benannt. Durch die klare Benennung der Ideen für eine Veränderung, können sich diese bereits in eine bestimmte Richtung verändern. Ziele können ebenso verkleinert werden, sind dadurch aber realistischer geworden. Der Betroffene kann ebenso Schritte zurück gehen oder ein Ziel verwerfen. Die Planung lebt von Anpassung. Allerdings kann die Veränderung ein solides Fundament bekommen (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.58). Die Motivation eines Klienten erreicht den Punkt der Bereitschaft für eine Veränderung. Oftmals passiert dies, wenn sich die Klienten vorstellen, was passieren würden, wenn die Veränderung bereits umgesetzt worden wäre. Dann planen die Klienten die Umsetzung und holen sich Information dafür ein. Die Basis der Planung beinhaltet sowohl eine weiter entwickelte Selbstverpflichtung der Veränderung gegenüber als auch die Benennung eines Handlungsplans. Es ist ein Gespräch über die eigene Handlung, die bestimmte Themen tangiert, welche eine eigene Lösung des Klienten verhindert. Es gilt daher die Entscheidungsautonomie des Klienten zu stärken. Des Weiteren muss die Planung, sowie

die anderen drei Prozesse, immer wieder neu überdacht und angepasst werden. Durch unberechenbare Herausforderungen und Schicksalsschläge können neue Prioritäten entstehen, die frühere Pläne vernichten. Es muss daher eine Neujustierung stattfinden, die anhand bestimmter Methoden stattfinden kann. Durch offene Fragen, reflektiertes Zuhören und die Wertschätzung und Würdigung des Betroffenen kann die motivierende Gesprächsführung an Qualität gewinnen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.48).

4.5. Die grundlegenden Kommunikationsstrategien: OARS

In der motivierenden Gesprächsführung werden unterschiedliche Methoden verwendet, die strategisch in den vier Prozessen angewandt werden. Gleichzeitig sind die Methode für die personenzentrierte Gesprächsführung von großer Wichtigkeit. Im nun folgenden werden vier Methoden: Offene Fragen (engl. **O**pen question), Wertschätzung und Würdigung (engl. **A**ffirming), Reflektiertes Zuhören (**R**eflecting), und Resümee (engl. **S**ummarizing) näher beschrieben. Das Akronym **OARS** sind im Beziehungsaufbauprozess elementare Instrumente, mit denen das gegenseitige Verständnis gestärkt wird. Sie dienen zur Navigation für die positive Richtung des Veränderungsprozesses.

4.5.1. Die offenen Fragen

Die Basis der Methode der offenen Fragen ist die Akzeptanz und das Vertrauen gegenüber dem Klienten aufzubauen und zu erhalten. Dieser kann sich dann besser öffnen und übernimmt gleichzeitig den größeren Zeitanteil des Gesprächs. Der Beratende hört aktiv zu und wendet sich dem Klienten zu. Offene Fragen können dann verwendet werden, wenn bislang nicht thematisierte Problemlagen erwähnt werden und an Priorität gewinnen. Tabuthemen können aufgrund dieser Methode besprochen werden. Offene Fragen bieten dem Klienten die Möglichkeit die Geschwindigkeit und die Richtung des Gesprächs zu bestimmen. Der Beratenden bekommt bei dieser Methode wichtige Informationen, die er zu einem späteren Zeitpunkt wieder verwenden kann. Das stärkt die Verbindung der Partnerschaft zwischen Beratenden und Klienten. Offene Fragen sind wertfrei. Die Vielfalt und der Umfang des komplexen Lebens bzw. der oft verstrickten Herausforderungen werden durch offene Fragen breiter abgebildet und wiedergegeben (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.59-60). Innerhalb des Beziehungsaufbaus und der Phase der Fokussierung könne offene Fragen hilfreich sein, um das Spektrum des Klienten zu verstehen. In den Phasen der Evokation und der Planung sind die Offenen Fragen essentiell (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S. 52). Mit der Methode kann sich über ein Thema ausgetauscht und sich darauf konzentriert werden. Umso mehr Fragen gestellt werden, umso mehr wird der Betroffene in seiner Freiheit sich selbst zu reflektieren, eingeschränkt. Der Betroffene wird sich zum Nachdenken zurückziehen wollen. Geschlossene Fragen hingegen können bereits im Beziehungsaufbau hindern. Die reine

Informationssammlung führt eher dazu, dass das Miteinander leidet und das Gespräch nicht partnerschaftlich stattfindet. Am Ende eines Gesprächs, um einige besprochene Punkte zusammenzufassen, sind geschlossene Fragen auf der einen Seite provokativ, aber gleichzeitig effektiv. Es ist situationsabhängig, welche Form der Fragestellung verwendet wird (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S. 86-87).

4.5.2. Die Wertschätzung und Würdigung

Die motivierende Gesprächsführung basiert auf den Ressourcen des Klienten. Die Bemühungen und Stärke der beratenden Person sind ausschlaggebend für eine Veränderung. Die ersten Wertschätzungen und Würdigungen finden bereits bei der ersten Begegnung statt. Der Berater würdigt den Klienten als Person im Allgemeinen, die Entwicklungspotential mitbringt, zu einer Veränderung bereit ist und sich ebenso freiwillig dafür entscheidet. Die Würdigung und die Wertschätzung beeinflussen die Dynamik des Gesprächs und die Verlaufsrichtung, insofern der Berater ressourcenorientiert handelt (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.52). Wertschätzung bezogen auf den Umgang mit Klienten bedeutet, die komplexen Rahmenbedingungen des Klienten zu verstehen, also die bedingungslose Akzeptanz ohne jegliche Wertung oder Beurteilung. Der Klient wird als eigenständiges Individuum betrachtet. Der Klient hat sich selbst eine geringe Wertschätzung gegenüber bezogen auf die Problemlagen und den aktuellen Herausforderungen. Durch die positive Wertschätzung des Beraters entsteht ein Paradoxon des Selbstbilds vom Klienten. Grundsätzlich wird nicht jedes Verhalten wertgeschätzt, sondern jede Person. Der Klient kann sich und seine Handlungen erklären, bekommt Raum und Zeit für diesen Schritt und wird gesehen. Dadurch lernt er sich selbst zu verstehen und kann selbst anfangen sich wertzuschätzen. Das Wichtigste ist aber, dass jeder in seinem aktuellen Zustand angenommen wird ohne Vorurteile und Bewertungen (vgl. Schubert/ Rohr/ Zwickler-Pelzer, 2019, S.85).

4.5.3. Das Reflektierte Zuhören

Reflektiertes Zuhören ist eine bedeutende Fähigkeit für die motivierende Gesprächsführung. Inhaltlich werden Vermutungen aufgestellt, diese mit den Aussagen des Betroffenen abgeglichen, um dann Verständnis für den Klienten zu entwickeln und zu vertiefen. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit Gefühle und Gedanken in anderen Worten zu hören, um dann eventuelle Entscheidungen neu zu überdenken und abzuwägen. Aktives reflektiertes Zuhören regt den Klienten zum Reden und zum lauten Denken an. Es wird sich zusätzlich darauf konzentriert, was der Gesprächspartner genau gesagt hat (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.53). In der Theorie ist die Methode simpel, in der Praxis hingegen sehr komplex. Ein Gespräch zwischen zwei Kommunikationspartnern besteht aus mindestens drei Aspekten, verbale und non-verbale Kommunikation,

Beziehungserfahrungen und Erwartungen. Friedemann Schulz von Thun differenziert zwischen dem Sach-, Selbstoffenbarungs-, Appell- und Beziehungstyp. Häufig gelangen reine Sachinformation in einem Gesprächsablauf, die gleichzeitig für die Selbstoffenbarung genutzt werden. Gleichzeitig sagen die Äußerungen oft etwas über den Beziehungsstatus und die eigentliche Verbindung zu der Person aus. Im selben Moment wird ein Appell versendet, um eine gewünschte Handlung zu erreichen. Nonverbale Kommunikation, wie Mimik, Gestik, Körperhaltung und Tonfall sind permanente Begleiter der verbalen Nachricht. Sie bestätigen das Gesagte und geben oft zusätzliche Informationen über den wahren Charakter des Gefühls. Der Entscheidungsprozess wird zusätzlich durch die eigenen Erfahrungen und Vorinformationen geprägt. Passen die Informationen zu dem innerlichen Bild, werden die Prozesse bestätigt. Ist das nicht der Fall, wird nochmal nachgefragt, um das Verständnis zu überprüfen, um es dann zu vertiefen. Ein weiterer Aspekt ist die im Gespräch erzeugte Nähe zum Gesprächspartner. Offene Fragen wahren die Distanz. Hypothetische Fragen erzeugen nur eine relative Distanz und die Form der Reflexion bewirkt eine nähere Verbindung zum Gesprächspartner. Die drei Formen können innerhalb der motivierenden Gesprächsführung spontan genutzt werden. Der Einsatz dieser Formen ist abhängig von der eigentlichen Beziehung zum Gesprächspartner, der Dynamik des Gesprächs und der Sensibilität der Gesprächsthemen. Während der ganzen Zeit der Beratung oder der Therapie sind die Wertschätzung und Würdigung des Gegenübers von großer Bedeutung (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.62-68).

4.5.4. Das Resümee

Zusammenfassungen dienen zur ausführlichen Reflexion der gesammelten Information. Gleichzeitig fördern sie das beiderseitige Verständnis, komprimieren verzweigte Zusammenhänge und stellen Vereinbarungen in den Vordergrund. Man kann sowohl ein Gespräch mit einem Resümee starten als auch beenden. Innerhalb des Gesprächsverlaufs wird eine Zusammenfassung der gesammelten Informationen empfohlen. Das dient zur besseren Fokussierung und zur Strukturierung der Themen. Am Ende jeder Zusammenfassung muss geklärt werden, ob es Informationen gibt, die man eventuell vergessen hat. Dieses partnerschaftliche Ergebnis führt nicht nur zu einem engeren Arbeitsbündnis zwischen den Gesprächspartnern, sondern gleichzeitig zu einer positiven Entwicklung des gegenseitigen Verstehens. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind in ihrer Denkweise unstrukturiert. Daher sind Zusammenfassungen von großer Bedeutung. Im Vordergrund stehen die Ambivalenzen, die genau benannt werden müssen (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.68-70). Eine Zusammenfassung hat einen würdigen Aspekt innerhalb der Reflexion. Man gibt preis, dass man das Gesagte im Gedächtnis hat. Gleichzeitig gibt man bekannt, dass man die Zusammenhänge besser verstehen möchte. Es gibt unterschiedliche Formen eines Resümees. Das sammelnde Resümee blickt auf eine

chronologische Abfolge von Handlungen zurück, welche ebenfalls gewürdigt werden können. Das verbindende Resümee dient dazu Gesagtes im Zusammenhang zu betrachten und an Verhaltensweisen und persönliche Stärken des Klienten erinnern. Eine dritte Form des Resümees leitet auf einen neuen Gesichtspunkt über nachdem es eine Zusammenfassung gab. Es wird ein verbaler Schlusspunkt gesetzt und der Übergang zu einem anderen Thema wird angeknüpft (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.90-91).

4.6. Die Methoden der motivierenden Gesprächsführung im Speziellen

In der motivierenden Gesprächsführung sind Ambivalenzen eine Komponente, die diese Gespräche füllen. Um in einem Gedankengang etwas zu verändern, sprechen wir uns selbst an und wiegen die Vor- und Nachteile der Veränderung im Gedanken ab. Wird ein Gesprächspartner mit einbezogen, können diese Gedanken laut ausgesprochen werden und aus dem Monolog wird ein Dialog. Innerhalb des Dialogs wird die ausgeglichene Waage der Vor- und Nachteile für oder gegen eine Veränderung deutlicher. Die Ambivalenzen werden sichtbarer und hörbarer. Innerhalb der motivierenden Gesprächsführung ist wichtig heraus zu finden bzw. zu hören, wann ein Klient eine sprachliche Äußerung tätigt, die Argumente für einen Veränderung beinhaltet. In diesem Moment ist von Change Talk die Rede (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.187).

4.6.1. Der Change Talk

Change Talk ist eine selbstmotivierende Aussage bzw. jede vom Klienten kommende Äußerung, die Argumente für eine Veränderung beinhaltet. Zusätzlich geht es um die Selbstverpflichtung und um die Verantwortung für das Ausgesprochene zu übernehmen. Als Berater ist es von größter Wichtigkeit zu wissen, wie diese Impulse zu interpretieren sind. Es gibt vier Unterformen des vorbereitenden Change Talks: der Wunsch, die Fähigkeit, die Gründe und die Notwendigkeit. In jeder Sprache gibt es Wörter für die Äußerung von Wünschen (engl. desire). Diese Impulse kommen in motivierenden Gesprächen sehr oft vor. Ohne diese Voraussetzung würde es keine Veränderungsmotivation geben. Des Weiteren spielt die Selbstwahrnehmung eine entscheidende Rolle für eine mögliche Veränderung. Die eigenen Fähigkeiten (engl. ability) müssen formuliert und in sich schlüssig sein, so dass man darauf die Veränderung aufbauen kann. Mit Aussagen, die die eigenen Fähigkeiten beinhaltet, zeigt die Person, dass sie die Veränderung für umsetzbar und real hält. Ein weiterer Aspekt ist die Benennung von Gründen (engl. reason) für eine mögliche Veränderung. Gründe für eine Veränderung können benannt werden, obwohl der Klient sich nicht Lage zu sieht, die Veränderung umzusetzen. Die Verwendung von Gründen beinhaltet Kausalitätsketten. Die Denkweise passt sich einer Wenn-Dann-Strategie an. Die Notwendigkeit (engl. need) ist die vierte Komponente. Sie gibt die Wichtigkeit einer Veränderung an. Es geht hierbei nicht um die Gründe der

Wichtigkeit, sondern ausschließlich um die Priorisierung der Notwendigkeit. Die vier Unterformen des Change Talks gehören zur Vorbereitung dieser Gesprächsform. Im Englischen findet man die Abkürzung DARN: Desire, Ability, Reason, Need. Der Oberbegriff des vorbereitenden Change Talks beinhaltet alle vier Komponenten, wobei keiner derer, ob im Zusammenhang mit anderen Komponenten oder allein, zu einer definitiven Veränderung führt (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.190-192). Der mobilisierende Change Talk beinhaltet das Signal für eine Bewegung in Richtung einer Veränderung. In der Selbstverpflichtungssprache wird dies sehr deutlich. Selbstverpflichtende Formulierungen (engl. commitment) suggerieren ein Handeln, die die Ambivalenzen auflösen und die Veränderung selbstverpflichtend umsetzen können. Es gibt unterschiedliche Formen. Am häufigsten wird „Ich gebe dir mein Wort!“ verwendet. Die Aktivierungssprache beinhaltet Wörter, die eine Tendenz zum Handeln signalisiert, aber keine Selbstverpflichtung einschließt. Der Klient äußert sich nicht bindend, sondern steht kurz vor der Aktivierung seines Handelns (engl. activation). Eine weitere Form der impulsgebenden Sprache ist, dass der Klient von den bereits unternommenen Schritten berichtet, die er für die anstehende Veränderung unternommen hat (engl. talking steps). Für diese sprachlichen Signale des Change Talks gibt es im Englischen die Abkürzung CAT: Commitment, Activation, Talking steps. Sowohl DARN als auch CATs umfassen nicht alle sprachlichen Varianten des Change Talks. Der Fokus sollte auf die verbalen Signale für einen Regung zur Veränderung liegen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.190-193).

4.6.2. Der Sustain Talk

Sustain Talk beinhaltet alle Äußerungen des Klienten. Er signalisiert, dass er seine aktuelle Situation (Status quo) einer Modifikation in Richtung Veränderung vorzieht. Innerhalb dieser Phase werden die gesammelten Argumente gegen eine Veränderung bzw. ein Zielverhalten präsent. Sustain Talk kann nur erkannt werden, wenn die Veränderungsziele bekannt sind. Es ist keine Form der Dissonanz. Umso mehr Äußerungen der Klient im Sustain Talk macht, umso mehr Raum hat er, Ausreden gegen eine Veränderung zu entwickeln. Sustain Talk gehört zu den Ambivalenzen dazu. Innerhalb des Gesprächsverlauf kommt es auf den prozentualen Anteil von Change Talk und Sustain Talk an. Anfänglich kann von einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Pro- und Contra-Argumenten ausgegangen werden. Im weiteren Verlauf kann sich das Verhältnis ändern. Das Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist die Verhaltensänderung, die trotz bzw. aufgrund der hohen Ambivalenz erstrebenswert ist. Der Berater ist im besten Fall auf diese Situation vorbereitet. Er legt es nicht darauf an, den Sustain Talk zu provozieren, was dazu führen würde, dass es zu keiner Veränderung kommen wird. Der Klient begründet die Argumente, um seinen Status Quo aufrecht zu erhalten. Die Methode mit einer imaginären Entscheidungswaage zu arbeiten, könnte den Sustain Talk

möglicherweise eindämmen. Eine weitere Möglichkeit ist das reflektierte Zuhören, wie bereits in Kap. 5.5.2 beschrieben. Eine Erweiterung dieser Methode ist die direkte Reflexion. Es wird kurz und knapp wiedergegeben, was der Klient gesagt hat. Häufig wird bereits damit ein Change Talk evoziert. Die Methode der Reflexion lässt sich erweitern, in dem man die reflektierte Äußerung mit einer erhöhten Lautstärke wieder gibt. Das Ziel ist es die andere Seite der Ambivalenzen zu erreichen, den Change Talk. Durch die Akzentuierung wird Nachdruck erzeugt und der Klient forciert die Argumente für eine Veränderung (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.233-234). Neben den genannten Methoden sollte der Berater strategisch reagieren. Die Aussagen des Klienten werden offen anerkannt und nicht in Frage gestellt. Eine Verfestigung des Sustain Talks ist nicht zielführend. Die persönliche Autonomie wird durch den Berater betont, ohne die Verwendung von Ironie und Sarkasmus. Durch die Möglichkeit wird dem Klienten die Wahl über seine Entscheidung gegeben. Eine weitere strategische Möglichkeit ist das Reframing, eine Neuinterpretation der Sichtweise des Klienten. Er wird eingeladen, seine Situation neu zu betrachten. Ein anderer Blickwinkel kann oft zum Umdenken beitragen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.236-237). Innerhalb des Sustain Talk kann es zu Dissonanzen kommen. Es gibt eine Reihe von Ursachen, die zu einer Störung des Bündnisses zwischen Berater und Klienten führt und eine mögliche Verhaltensveränderung verhindert. Auf der Seite des Klienten können sich Dissonanzen im Verhalten äußern. Es gibt vier Signale dafür. Als erstes Signal für eine Dissonanz kann der Klient in die Verteidigungshaltung gehen. An dieser Stelle muss die eigene Integrität, die Selbstachtung und die Autonomie der Klienten berücksichtigt werden. Das Offensivmanöver ist ein weiteres Zeichen für eine Dissonanz. Der Klient kämpft um seine Macht, sein Verhalten beizubehalten. Innerhalb des Gesprächs kann es zu Unterbrechungen kommen, indem der Klient den Berater ins Wort fällt. Das ist ein deutliches Signal für eine Dissonanz. Der Klient kann sich bei einer vorliegenden Dissonanz innerhalb des Gesprächs zurückziehen und sich distanzieren. Die vier Warnzeichen einer Dissonanz sind ebenso kulturabhängig. In einigen Kulturen sind bestimmte Störungen belanglos, in anderen Kulturen können diese zum Abbruch der Kommunikation führen. Häufig findet man dies vor, wenn der Berater und der Klient unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben. Der Berater kann ebenso Auslöser einer Dissonanz sein. Wirkt dieser müde oder gestresst, kann es dazu führen, dass der Berater Lösungen anbietet oder versucht den Klienten zu einer Lösung zu drängen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.240-242). Die Ursachen von Dissonanzen können in den vier Prozessen der motivierenden Gesprächsführung ganz unterschiedlich sein. Die Ausgangslage eines Klienten kann bereits dazu führen, dass es zu Dissonanzen im Beziehungsaufbau kommt. Der Klient kann sich unter Druck gesetzt fühlen, überfordert sein oder in seiner Entscheidungsfreiheit eingeschränkt worden sein. Ebenso ist es herausfordernd

im Erstgespräch Wörter zu verwenden, die zu einer Stigmatisierung führen und eine Schuldzuweisung beinhalten. Im Prozess der Fokussierung können ebenso Dissonanzen entstehen. Dies geschieht dann, wenn der Berater und der Klient sich über das Veränderungsziel nicht einig sind. Es besteht die Gefahr den Fokus auf ein Ziel voreilig zu treffen und somit das Ziel des Klienten zu übergehen. Das Problem des Klienten wird oberflächlich betrachtet. Der Klient hat dann nicht die Möglichkeit, seine Probleme im Detail wahrzunehmen und sein eigenes Veränderungsziel zu definieren. Der Klient bestimmt das Tempo und die Bereitschaft an der Veränderung. Im Prozess der Evokation können Dissonanzen entstehen, weil der Berater zu schnell in den Prozess der Planung wechseln möchte. Der Klient fühlt sich unterdrückt, so dass sämtliche Fortschritte aus den vorangegangenen Prozessen zunichte gemacht werden können. Es muss erst die Bereitschaft des Klienten klar formuliert sein, bevor ein Veränderungsplan entwickelt werden kann. Im Prozess der Planung ist das Risiko von Dissonanzen ebenso groß. Dieser Prozess ist weiterhin partnerschaftlich und kooperativ. Wird dieses Gerüst instabil, so sind sich der Berater und der Klient zwar über das Veränderungsziel einig, nicht aber über die Umsetzung. Der gemeinsame Weg ist abhängig vom partnerschaftlichen Miteinander, in dem die Ambivalenzen des Klienten und die Sehnsucht nach Verbesserung des Beraters auf einander prallen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.243-245).

5. Die Chancen und Risiken der motivierenden Gesprächsführung

Im folgenden Kapitel werden nur einige Chancen und Risiken der motivierenden Gesprächsführung thematisiert. Das Ziel dieser Gegenüberstellung ist die Sensibilisierung im Umgang mit der Methode. Den Autoren Miller und Rollnick ist die einhergehende Verantwortung von großer Bedeutung. Sie thematisieren die Herausforderungen und deren Folgen und inkludieren ethische Fragestellungen. In der Beratung wird beispielsweise Widerstand als eine Fähigkeit bewertet. Dieser Widerstand kann Ressourcen und Veränderungen sichtbar machen und Grenzen des Klienten aufweisen. Er gibt damit das Tempo, die Dosierung und die Form des nächst kleineren Schritts einer Handlung an. Widerstand oder Dissonanzen müssen akzeptiert und als Chance betrachtet werden. Veränderungsziele können verfeinert werden, der Kontakt zum Klienten bleibt dennoch bestehen. Der Umgang mit Widerständen wird als Tanz betrachtet (vgl. Beushausen, 2016, S.215-217). Die Autoren Miller und Rollnick betrachten Widerstand als normalen Komponente des Veränderungsprozesses. Sie verwenden den Begriff der Dissonanzen, also Unstimmigkeiten oder Spannungen zwischen dem Berater und dem Klienten. Grundsätzlich werden Dissonanzen und der Sustain Talk in der motivierenden Gesprächsführung als Chance betrachtet. Die Chance weiterhin mit dem Klienten im Kontakt zu bleiben, um an seinem Veränderungsziel zu arbeiten. Dissonanzen können in allen Prozessen der Methode der motivierenden Gesprächsführung entstehen. Es ist einer Herausforderung für den Berater diese herauszuhören und adäquat darauf zu reagieren. Aufgrund des partnerschaftlichen Bündnisses kann der Berater bei Unstimmigkeiten um Entschuldigung bitten, empathische würdige Äußerungen tätigen und den Fokus des Gesprächs verschieben und nicht weiter auf das angesprochene Thema eingehen. Durch die Reinszenierung der Situation für den Klienten, erwartet er gleichzeitig eine bestimmte Rolle vom Berater. Diese Rolle wurde schon von vielen Menschen in der Vergangenheit des Klienten übernommen. Der Klient erwartet also die gleiche Meinung vom Berater als von den Menschen, mit denen er zu vor darüber gesprochen hat. Der Berater äußert sich dann nicht abwertend oder bestätigend, sondern empathisch und wohlwollend. Daher endet die Szene anders als zuvor, so dass der Klient im ersten Moment verwirrt ist und in seinem routinierten Denken unterbrochen wird. Dies führt zur Neubewertung seines Verhaltensmusters und kann die Motivation zur Veränderung steigern (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.232-240). Die Bedeutung der Methode der motivierenden Gesprächsführung nimmt an den Schnittstellen zu, wo Klienten ein eigenes dauerhaftes Krankheitsmanagement vollziehen müssen, aufgrund von chronischen psychischen Erkrankungen und Störungen. Sie werden zum Experten ihrer eigenen Erkrankung. Für die Stärkung der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit des Klienten ist

eine partnerschaftliche Grundhaltung von großer Bedeutung. Werden die Risiken und Chancen einer Behandlungsmethode und die daraus folgenden Ambivalenzen transparent thematisiert, kann der Klient selbstbestimmt handeln und Entscheidungen treffen. In den letzten Jahrzehnten hat sich das Bündnis zwischen Berater und Klienten gewandelt. Die Klienten sind informierter, deutlich aktiver und selbstbewusster. Der Begriff des Compliance wird abgelöst durch den Begriff der Adherence. Unter Compliance versteht man die Gehorsamkeit gegenüber dem Arzt. Kam es zum Scheitern einer Therapie war der Schuldige der Klient. Das Machtverhältnis zwischen dem Berater und dem Klienten war sehr groß. Die Beziehung war asymmetrisch und das Mitspracherecht des Klienten nicht vorhanden. Durch den paternalistischen Ansatz wurden die Wünsche des Klienten nicht berücksichtigt. Im Bereich der Notfallmedizin werden Paternalismus und Compliance bis heute nicht hinterfragt, im Bereich der Psychiatrie spielt es bzgl. der Autonomie des Klienten eine große Rolle. Paternalismus beschreibt in der Medizin ein Behandlungskonzept, welches fürsorglich ist. Es ist am indirekten Wohl des Klienten orientiert, ohne dass dieser seinen Willen äußert. Schwacher Paternalismus ist moralisch vertretbar, wobei starker Paternalismus als unethisch gilt. Im Bereich der Notfallmedizin ist ein verletzter Mensch auf das Fachwissen des Notfallmediziners angewiesen. Bei chronisch psychiatrischen Erkrankungen möchte der Klient in Behandlungsentscheidungen involviert sein (vgl. Kremer/ Schulz, 2020, S.21-22). Der Begriff der Adherence beschreibt im medizinischen Bereich die Beachtung und Erfüllung des gemeinsamen Behandlungsplan von Berater und Klienten. Es ist eine Kooperation zwischen Klienten, Umwelt und professioneller Hilfen (ICF nach Helmut Pauls). Die Behandlungsbeziehung ist an dieser Stelle mit integriert, d.h. ohne Zustimmung des Klienten erfolgt keine Behandlung. Gleichzeitig führt das zu einem offenen Behandlungsziel. Der Klient kann während der Behandlung abwägen, ob er diese beibehält oder aufgrund von zu hohen Nebenwirkungen abbricht. Der Begriff der Adherence beschreibt die gesamte Behandlung, welches das Verhalten für die gesundheitliche Stabilisierung inkludiert unter der Berücksichtigung der Autonomie des Klienten (vgl. Kremer/Schulz, 2020, S.20-24).

Innerhalb des Diskurses über die Chancen und Risiken der motivierenden Gesprächsführung, müssen die Risiken ebenso betrachtet werden. Der Einsatz der motivierenden Gesprächsführung ist in der Sozialen Arbeit nicht in jedem Bereich anwendbar. Miller und Rollnick betrachten ihre Methode als nicht anwendbar, wenn Menschen manipuliert oder zu einer Behandlung gedrängt werden sollen. Motivation kann man mit dieser Methode nicht erzeugen, wenn diese nicht schon existiert (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.55). Die ethischen Diskussionen basieren auf den Bestrebungen von Einflussnahme, welche im beruflichen Kontext und in interpersonellen Interaktionen essentiell ist. Oftmals findet man dies, wenn es darum geht, Menschen durch Beeinflussung Dinge tun sollen, die sie

eigentlich nicht möchten. Bei der Auseinandersetzung mit der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung findet man Argumente, die das Thema Ethik kreuzen. Das Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist, den Willen bzw. die Denkweise des Klienten zu verändern, wenn auch durch eigene Ressourcen. Das ist ein Anstoß dafür, um sich mit den Grenzen der motivierenden Gesprächsführung auseinanderzusetzen. Die Autoren dieser Methode Miller und Rollnick fordern diese kritische Auseinandersetzung heraus, um ein Bewusstsein für den verantwortungsvollen Umgang zu schaffen. Die motivierende Gesprächsführung sollte wertfrei und non-direktiv sein, aber ist sie es wirklich? Das Verhältnis zwischen Berater und Klient sollte partnerschaftlich sein bzw. auf Augenhöhe stattfinden. Es besteht dennoch ein Machtverhältnis unter anderem bzgl. des Wissensvorsprungs des Beraters über die Methode der motivierenden Gesprächsführung. In den Standards der Berufsverbände werden Wertevorstellungen etabliert, die u.a. das Leitbild formen. In viele Wertevorstellungen findet man vier Richtlinien, an den sich die Methode der motivierenden Gesprächsführung orientiert. Es soll kein Schaden angerichtet werden (engl. nonmaleficence) bzw. kein weiterer Schaden entstehen. Therapeutische Maßnahmen sind eine Fürsorge- und Hilfeleistung (engl. beneficence). Diese Richtlinie zeichnet sich im Mitgefühl ab, welches Bestandteil der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung ist. Im Vordergrund der Therapie steht das Wohlfühlen des Klienten. Die Autonomie ist das dritte Grundprinzip der Ethik. Vordergründlich sind der Respekt und die Entscheidungsfreiheit des Klienten entscheidend. Wenn Klienten sich für eine Therapie entscheiden, müssen sie darüber informiert sein, in welchem Umfang diese stattfindet und welche alternativen Möglichkeiten es gibt. An dieser Stelle wird die Kritik laut, da es Menschen gibt, die nicht selbstbestimmt für sich entscheiden können. Es kommt dann zu einer Verpflichtung, die von außen bestimmt wird und im ungünstigsten Fall unfreiwillig ist. Die vierte Komponente ist die Gerechtigkeit. Jeder sollte die Möglichkeit haben das Therapieangebot in Anspruch nehmen zu dürfen (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.150-151). Eine weitere Grenze der Methode der motivierenden Gesprächsführung ist die Verwendung im Zwangskontext. Das Machtgefälle zwischen dem Berater und dem Klienten ist sehr hoch. Ein Justizvollzugsbeamter, der mit Straftätern arbeitet, die Bewährungsauflagen haben, muss sich seiner Verantwortung bewusst sein. Er kann jederzeit darüber entscheiden, wann die Bewährung in eine Inhaftierung umgewandelt werden kann. Aufgrund des Machtverhältnisses muss der Beamte klar abwägen, wann und wie er die Macht einsetzt, um den Klienten ein bestimmtes Verhalten nahe zu bringen. Die Bewährungshelfer im Maßregelvollzug im Bereich der Rehabilitation haben zwei berufliche Rollen. Auf der einen Seite dienen sie dem Staat und sollen die öffentliche Sicherheit gewährleisten. Gleichzeitig haben sie die Rolle des Täterbeistands und sollen die Förderung von positiven Verhaltensänderung des Täters

unterstützen. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung kann an dieser Stelle ein gutes Hilfsmittel sein, allerdings kommt die Motivation des Täters nicht von ihm selbst, sondern ist an den Umständen der Bewährung u.a. gebunden. Die Beziehung zwischen dem Vollzugsbeamten oder Bewährungshelfer ist nicht partnerschaftlich. Sie unterliegt einem hohen Machtgefälle. Zusätzlich kann in der Bewährungshilfe keine Verhaltensveränderung angeordnet werden, da der Klient selbst darüber entscheidet. Die motivierende Gesprächsführung ist eine Möglichkeit, die Wahl zu einer Veränderung in einen positiven Weg zu lenken, um somit die Sicherheit für die Allgemeinheit wieder zu gewähren (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.155-156). Ein ethisches Problem haben Beziehungen, die in einem Zwangskontext stehen und somit das Verhalten und die Entscheidung beeinflusst werden können und ein Eigeninteresse an einem bestimmten resultierenden Ziel hinzukommt. Eltern sind daran interessiert, dass ihr Kind sich adäquat entwickelt. Das Eigeninteresse der Eltern ist innerhalb des Familiensettings essentiell. Bei einem Interessenkonflikt ist diese Methode nicht anwendbar (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.156). Die Autoren Miller und Rollnick haben ethische Richtlinien entwickelt, um die verantwortungsvolle Anwendung der motivierenden Gesprächsführung zu gewährleisten. Die Anwendung der Methode ist nicht angebracht, wenn diese ineffizient und die Klienten schädigen würden. Zusätzlich sollte man auf ethische Dissonanzen in der Arbeitsbeziehung achten. Nehmen diese innerhalb der Beziehung zum Klienten zu, müssen die Unterschiede zwischen den eigenen Zielvorstellungen und denen des Klienten thematisiert werden. Zusätzlich kann es zu Abweichungen kommen zwischen der eigenen Meinung, was für die Person gut wäre und was die Person möchte. In der Situation muss es zu einer Neupositionierung des Beraters kommen, damit es nicht zu einem Kontaktabbruch zwischen ihm und dem Klienten kommt. Das Eigeninteresse des Beraters darf nicht dem Interesse des Klienten übersteigen. Die Evokationsstrategien dürfen ebenso im Zwangskontext nicht angewendet werden (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.157). Im Bereich der Kommunikation gibt es weitere Risiken zu betrachten. Das Gesprächsbündnis ist dauerhaft gefährdet, weil das Senden und Empfangen von verbalen Nachrichten oftmals nicht eindeutig ist. Vertrauen und die Sinnhaftigkeit, sich mit den Gegebenheiten, wie Erfahrungen des Klienten zu beschäftigen ist die Basis für gutes Zuhören. In dem Klärungsprozess geht es nicht um die Vermittlung von Expertenwissen, sondern eher um die Option den Denkprozessen des Klienten zu folgen. Für den Klienten steht gutes Zuhören mit persönlicher Weiterentwicklung und Empathie im Zusammenhang. Die Straßensperrungen (engl. roadblocks) der Kommunikation nach Thomas Gordon beschreiben zwölf Kategorien, die das Zuhören direkt unterbinden und weitere Kommunikation verhindern können. Innerhalb der Gesprächsführung kommt es zur Belehrung, zum Befehl, zu einer Warnung, zur Kritik. Es wird interpretiert, gepredigt, verhört oder

das Thema gewechselt. Die Selbsterkundungstour des Klienten wird unterbrochen und der Klient kann von seinem eigentlichen Ziel abkommen. Dieser muss die Sperrern erst einmal lösen, um sich mit dem Anfangsgedanken weiter auseinander zu setzen. Die Kommunikationssperren nach Thomas Gordon sind nicht klientenzentriert, sondern Ich-bezogen. Sie erzeugen ein Ungleichgewicht innerhalb der Beziehung zu einander. Es sind keine Hürden, in dem der Klient sich weiter mit den Ambivalenzen auseinandersetzen kann, sondern es sind Blockaden, die dazu führen, dass der Berater seine Lösung vorgibt (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.70-71). Ein weiteres Risiko innerhalb der Kommunikation zwischen Berater und Klienten ist der Ursprung der Profession in der sozialen Arbeit. Der lenkende Stil basiert oftmals auf den Motiven sich für einen sozialen Beruf entschieden zu haben. Es ist eine große Herausforderung und Verantwortung sich für das Leben anderer Menschen einzusetzen und gleichzeitig seine Bedürfnisse zurückzustecken. Der „helfende Instinkt“ trägt allerdings dazu bei, Menschen wieder in die richtigen Bahnen zu lenken. Besonders, wenn Gefahr in Verzug ist und soziale Herausforderungen drohen größer zu werden, neigt man dazu das Verhalten zu korrigieren. Der Korrektur- Reflex ist ein instinktiver Wunsch, Menschen nicht ins Verderben laufen zu lassen. Grundsätzlich ist eine Warnung vor Gefahr o.ä. hilfreich. Für die Methode der motivierenden Gesprächsführung hingegen ist der Korrektur- Reflex hinderlich. Eine ambivalente Person führt die Vor- und Nachteile in einem Gespräch auf und schwankt zwischen beiden Seiten. Ein Berater, der sich durch den Korrektur- Reflex ausschließlich auf die positiven Argumente für eine Verhaltensänderung konzentriert, ist möglicherweise der Auslöser dafür, dass es zu keiner Veränderung kommen wird. Es kommt zur Verteidigung der Gegenseite durch den Klienten, da das Hauptaugenmerk des Beraters ausschließlich auf einer Seite liegt. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung basiert darauf, dass der Klient in seiner Entscheidungsfreiheit unterstützt wird und seine Autonomie gefördert wird. Der Klient wird sein Verhalten verändern, wenn er selbst von diesen überzeugt ist und sich den Weg selbstbestimmt geebnet hat (vgl. Miller/ Rollnick, 2015, S.20-22). Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Methode der Motivierenden Gesprächsführung Chancen mitbringt und gleichzeitig Risiken birgt. So wird der Umgang mit Widerstand innerhalb der Gesprächsführung als Chance betrachtet. Es ist ein normaler Bestandteil des Prozesses innerhalb der Veränderung. Oftmals findet man diesen im Zusammenhang mit Dissonanzen zwischen dem Berater und dem Klienten. Eine weitere Chance ist das partnerschaftliche Bündnis innerhalb der motivierenden Gesprächsführung. Um das Ziel, ein Verhalten zu ändern, zu erreichen, ist dies eine elementare Grundvoraussetzung. Bei Unstimmigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten entsteht Raum für Empathie und wohl-wollendes Verhalten, welches der Klient von seinen bisherigen Gesprächspartnern nicht kennt, so dass dieser erst einmal verwirrt ist.

Angeeignete Denkweisen werden dadurch unterbrochen und es kommt zu einer Neubewertung des Verhaltens. Das kann gleichzeitig zu einer Steigerung der Motivation führen. Eine weitere Chance ist die Förderung der Autonomie des Klienten, welches die Entscheidungsfreiheit inkludiert. Das Selbstbewusstsein wird gestärkt, in dem der Klient selbstbestimmt handeln kann und es ihm innerhalb des Gespräches verdeutlicht wird. Aufgrund der Bündnisveränderung zwischen Berater und Klienten in den letzten Jahren hat sich auch die Behandlungsbeziehung verändert. Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit können nur wenige Chancen und Grenzen thematisiert werden. Eine Grenze der motivierenden Gesprächsführung ist, dass diese Methode nicht in jedem Bereich der Sozialen Arbeit bzw. im Bereich der Therapie verwendet werden kann. Die Autoren Miller und Rollnick weisen darauf hin, dass diese nicht anwendbar ist, wenn Menschen gezwungen werden, eine Behandlung zu machen oder versucht wird, die Menschen zu manipulieren. Bei der Betrachtung von Grenzen der motivierenden Gesprächsführung steht oft das Machtverhältnis im Focus. Ein häufiger Kritikpunkt in der Gesprächsführung zwischen Berater und Klienten ist, dass das Gesprächsbündnis nicht partnerschaftlich sein kann, weil ein Berater möglicherweise schon aufgrund des Wissensvorsprungs im Vorteil ist. In der ethischen Diskussion gibt es daher Richtlinien, an denen sich die motivierende Gesprächsführung orientiert. Es soll u.a. kein Schaden angerichtet werden. Die therapeutische Maßnahme soll fürsorglich, empathisch und helfend sein. Des Weiteren steht die Autonomie des Klienten und die Gerechtigkeit im Vordergrund. Eine weitere Grenze ist die Anwendbarkeit im Zwangskontext. Das vorgegebene Machtgefälle kann das Verhalten und die Entscheidung des Klienten stark beeinflussen. Es geht den Autoren Miller und Rollnick um den bewussten Umgang mit der Verantwortung, die die Methode der motivierenden Gesprächsführung mit sich bringt. Kommt es zu Unstimmigkeiten oder zum verstärkten Eigeninteresse des Beraters, muss dieser sich und sein Verhalten reflektieren, um sich neu zu positionieren. Ein Kontaktabbruch zum Klienten muss vermieden werden. Das partnerschaftliche Bündnis steht im Vordergrund. Ein weiterer Grenzbereich ist die Kommunikation. Es gibt unterschiedliche Methoden, die Bestandteil der motivierenden Gesprächsführung sind, wie z.B. das aktive Zuhören. Die Denkprozesse des Klienten werden verfolgt und empathisch untermalt. Innerhalb des Gesprächs kann es zu Blockaden kommen. Thomas Gordon beschreibt die Kommunikationssperren als Straßensperren, die dazu führen, dass der Klient in seinem Denkprozess unterbrochen wird und sein Ziel nicht verfolgen kann. Es handelt sich an dieser Stelle u.a. um Belehrungen, Befehle, Warnungen und Interpretationen. Kommunikationssperren sind nicht klientenzentriert. Sie verstärken das Machtgefälle zwischen dem Berater und Klienten. Eine weitere Grenze innerhalb der Kommunikation ist der Korrektur- Reflex. Dieser entsteht aufgrund des helfenden Instinktes des Beraters. Er beinhaltet das Bedürfnis,

Menschen vor Gefahr zu schützen. Für die Methode der motivierenden Gesprächsführung ist das nicht zielführend. Aufgrund der Korrektur kommt zu einer Tendenz zu einer Seite der Ambivalenz. Der Klient fühlt sich genötigt, die andere Seite zu verteidigen und möglicherweise zu bevorzugen. Die Entscheidungsfreiheit und die Autonomie des Klienten sind dann in Gefahr. Nach den Autoren Miller und Rollnick wird der Klient sein Verhalten ändern, wenn er selbst von seinen Argumenten überzeugt ist und somit sein Ziel selbstständig erreicht.

Nach dieser kritischen Gegenüberstellung von Chancen und Risiken gibt es bei der Methode der motivierenden Gesprächsführung viele Möglichkeiten und Herausforderungen. Es ist ebenso wichtig, sich mit diesen intensiv auseinander zu setzen, um einen verantwortungsvollen Umgang mit der Methode zu gewährleisten (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S.150-157).

6. Fazit

Rückblickend auf die Ausarbeitung dieser Arbeit ist eine Abhängigkeitserkrankung eine psychische Erkrankung mit multidimensionalen Perspektiven. Die Ursachen der Erkrankung sind sehr komplex und umfassen biologische, soziale und psychische Bereiche der Klienten, die wiederum von einander abhängig sind. Aufgrund der individuellen Betrachtungsweise der einzelnen Biographien der Klienten kommen unterschiedliche Komponenten hinzu. Die Wechselwirkung zwischen den einzelnen Bausteinen hat ebenfalls diverse Auswirkungen für das Verhalten des Klienten. Eine Abhängigkeitserkrankung wird in den diversen Phasen unterschiedlich behandelt. Die Behandlung findet oft nicht nahtlos statt, so dass die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass Klienten rückfällig werden. Aufgrund der Unterbrechung zwischen den Behandlungen kommt es dazu, dass die Motivation zur Veränderung stark gefährdet ist. Das große Ziel der Suchthilfe ist es daher, die Vernetzung und Kooperation der unterschiedlichen Etappen der Suchthilfe voran zu bringen. Das Suchthilfesystem verfügt über ein umfangreiches Hilfeangebot. Die Suchtberatung ist ein essentieller Baustein in diesem System. Die Aufgaben der Suchtberatung ist u.a. die Klienten über das Hilfeangebot zu informieren, bei Prozessen, im Hinblick auf individuellen Wünschen des Klienten, zu unterstützen und in weiterführende Hilfen zu vermitteln. Die Grundhaltung des Beraters ist ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt. Dieser darf keine Lösung vorgeben, sondern sollte den Klienten in seiner Ambivalenz lassen. Das fördert die Aktivierung von kreativen Gedankengängen und gleichzeitig die Autonomie und die Entscheidungsfreiheit des Klienten. Die Suchtberatungsstellen haben häufig eine Schlüsselfunktion im Suchthilfesystem, da sie oft der erste Anlaufpunkt für Betroffene sind. Gleichzeitig hat diese Arbeit aufgezeigt, dass die Finanzierung dieser Einrichtungen durch unterschiedliche Kostenträger abhängig ist. Aufgrund der Beratungsfunktion, mit dem Ziel die Motivation für eine Verhaltensänderung zu steigern, wurde in dieser Arbeit die Methode der motivierenden Gesprächsführung dargelegt. Aufgrund des partnerschaftlichen Arbeitsbündnisses zwischen dem Berater und dem Klient kann es gelingen die Motivation des Klienten zu verändern. Dies gelingt, wenn Ambivalenzen bei dem Klienten durch den Kontakt zum Hilfesystem entstehen und dadurch es zu einer Einflussnahme auf die intrinsische Motivation genommen wird. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung basiert auf der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers, dem Transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClementi und der Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger. Diese theoretischen Grundhaltungen sind essentiell für den „Spirit“ der motivierenden Gesprächsführung. Die Einstellung des Beraters ist an dieser Stelle grundlegend für die Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zum Klienten. Im Vordergrund stehen hier die Partnerschaftlichkeit, die Akzeptanz, das Mitgefühl gegenüber den Klienten und dem

Glauben daran, dass der Klient Fähigkeiten mitbringt, um sein Ziel zu erreichen, die Evokation. Der Veränderungsprozess geht einher mit dem Erleben der positiven und negativen Aspekte der Herausforderung und der folgenden Stärkung der Selbstverpflichtung zur Veränderung. Anhand der Grundelemente der motivierenden Gesprächsführung wird dieser Prozess sehr deutlich. Der Beziehungsaufbau, die Fokussierung, die Evokation und die Planung der Veränderung sind die Bausteine, gepaart mit den methodischen Kernkompetenzen der Methode, wie offene Fragen, reflektiertes Zuhören, Wertschätzung und Würdigung. Spezielle Kompetenzen der motivierenden Gesprächsführung sind der Change Talk und der Sustain Talk. Innerhalb dieser Kompetenzen wird auf Ambivalenzen eingegangen, um eine progressive Verhaltensveränderung hervorzurufen. Anhand der Fragestellung dieser Arbeit hat die Methode der motivierenden Gesprächsführung sowohl Chancen und Risiken bezugnehmend auf die Sensibilisierung im Umgang mit dieser Methode. Aufgrund der Komplexität der Methode der motivierenden Gesprächsführung kann nicht auf alle Chancen und Risiken eingegangen werden. Im Verlauf der Ausarbeitung dieser Arbeit wurde deutlich, dass der Widerstand als Fähigkeit, als Ressource bewertet wird. Dissonanzen werden akzeptiert und als Chance bewertet. Die Grenzen des Klienten werden sichtbar und können modelliert werden. Der Kontakt zum Klienten bleibt erhalten. Eine weitere beschriebene Chance ist die Förderung der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit. Zusätzlich wird die Entwicklung des Verhaltens zwischen Klienten und Berater beschrieben. In den letzten Jahren hat im Bereich der Psychiatrie ein Perspektivwechsel stattgefunden. Von Compliance, als der absoluten Gehorsamkeit gegenüber dem Arzt während einer Behandlung bis hin zur Adherence, die Beachtung und Erfüllung der gemeinsamen Behandlungsziele unter der Berücksichtigung der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit des Klienten findet ein Wechsel der Betrachtungsweise statt. Im Verlauf dieser Ausarbeitung werden ebenso Risiken der Methode der motivierenden Gesprächsführung aufgezeigt. Die Methode ist nicht in jedem Bereich der sozialen Arbeit anwendbar. Im ethischen Diskurs geht es um die Manipulation und Beeinflussung von Menschen, Dinge zu tun, die sie nicht tun wollen. Die Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung sieht vor, die Denkweise der Klienten durch eigene Ressourcen zu verändern. Ein weiterer Aspekt ist das Machtverhältnis zwischen Berater und Klient. Die Methode der motivierenden Gesprächsführung sieht ein partnerschaftliches Arbeitsbündnis vor. Allerdings hat der Berater einen Wissensvorsprung. Die Autoren Miller und Rollnick weisen auf diesen Punkt deutlich hin, da ihnen die Sensibilisierung im Umgang mit dieser Methode sehr wichtig ist. Die Wertevorstellung der motivierenden Gesprächsführung beruht darauf, keinen Schaden anzurichten, die therapeutische Maßnahme als eine Hilfeleistung zu betrachten, die Autonomie der Klienten und die Gerechtigkeit zu berücksichtigen. Sie weisen ebenso daraufhin, dass

die Anwendung im Zwangskontext zu hinterfragen ist. Das Machtgefälle ist in diesem Setting zu groß. Ethische Richtlinien der motivierenden Gesprächsführung besagen, dass die Methode nicht verwendet werden sollte, wenn die Anwendung ineffizient ist. Bei der Zunahme von Dissonanzen sollte in der Eigenreflektion des Beraters die eigene Zielvorstellung mit der des Klienten betrachtet werden. Die Neupositionierung des Beraters ist die Folge, damit es nicht zu einem Kontaktabbruch zum Klienten kommt. Ein weiteres Risiko der Methode der motivierenden Gesprächsführung ist die Kommunikation. In der Ausarbeitung wird auf die Kommunikationssperren nach Thomas Gordon und den Korrektur-Reflex eingegangen. Die Auflistung von Chancen und Risiken umfasst nicht alle Argumente. Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit ist nur eine kleine Auflistung von Chancen und Risiken möglich. Nach der Zusammenfassung der wesentlichen Punkte und der Ausarbeitung der Forschungsfrage, erfolgt nun ein Ausblick auf die Methode der motivierenden Gesprächsführung im Kontext der Sozialen Arbeit im Bereich der Suchtberatung. In der Begegnung mit Menschen ist die Beziehungsarbeit ein wesentlicher Bestandteil. Das Konzept der motivierenden Gesprächsführung baut darauf auf. Dann erfolgt die Zielverfolgung, die durch eigene Motivation erreicht werden kann. Die Ambivalenzen des Klienten müssen verstanden werden, damit diese als Motivation an den Klienten zurück gegeben werden. Durch die systemische Anwendung werden die Eigenverantwortung und die Selbstständigkeit gefördert. So wird langfristig verhindert, dass der Klient an das Hilfesystem gebunden ist und das Konzept „Hilfe zur Selbsthilfe“ und Empowerment der Klient, also die Selbstbefähigung von Ressourcen und Stärkung der Autonomie in den Vordergrund gestellt werden. Grundsätzlich hat das Konzept der motivierenden Gesprächsführung in der Suchtberatung einen großen Nutzen unter der Berücksichtigung der klientenzentrierten Perspektive und der Option individuelle Interventionsschritte zu fördern.

Quellenverzeichnis

Beushausen, Jürgen: Beratung lernen. Berlin & Toronto. 2016.

Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V.: Beratungsverständnis der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) German Association for Counseling e.V. 2020. URL: https://dachverband-beratung.de/dokumente/DGfB_Beratungsverstaendnis.pdf (Stand 06.11.2022)

Fermers-Koch, Susanne: Compliance- Kommunikation aus wirtschaftlich-psychologischer Sicht- keine Regeln ohne Ausnahme. Wiesbaden. 2018.

Galuske, Michael: Methoden der sozialen Arbeit- Eine Einführung. Weinheim und Basel. 2013.

Garms- Homolova´, Vjenka: Sozialpsychologie der Einstellungen und Urteilsbildungen- Lässt sich menschliches Verhalten vorhersagen? Berlin. 2020.

Hammer, Matthias; Plößl, Irmgard: Irre Verständlich: Methodenschätze: Wirksame Ansätze für die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen. Köln. 2020.

Hansjürgens, Rita: Tätigkeiten und Potentiale zur Funktion Suchtberatung, Berlin, 10/2018. URL: https://www.dg-sas.de/media/filer_public/0f/0b/0f0b198f-ebfe-4888-9bff-b96120a58e58/expertise_suchtberatung_final.pdf (Stand 06.11.2022)

Hansjürgens, Rita: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchthilfe. Weitramsdorf- Weidach. 2016. URL: <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Rita-Hansj%C3%BCrgens-Soziale-Arbeit-in-der-ambulanten-Suchthilfe.pdf>

Heinz, Andreas u.a.: ICD 11: Änderung der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. In: Der Nervenarzt/ Ausgabe 1/2022. URL: <https://www.springermedizin.de/sucht/suchterkrankungen-in-der-hausarztpraxis/icd-11-aenderungem-der-diagnostischen-kriterien-der-substanzabha/18864874> (Stand 06.11.2022)

Kremer, Georg; Schulz, Michael: Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. Köln. 2020.

Laging, Marion: Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen- Kompetenz- Methoden. Stuttgart. 2020.

Miller, William R.; Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau. 2015.

Nestmann, Frank; Sickendiek, Ursel: Beratung. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch- soziale Arbeit. München. 2015.

Pauls, Helmut: Klinische Sozialarbeit- Grundlagen und Methoden psycho. Sozialer Behandlung. Weinheim und Basel.2013.

Schaeffer. Doris/ Petermann, Franz: Patientenberatung/ Patientenedukation. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/patientenberatung-patientenedukation/> (Stand 06.11.2022)

Schleider, Karin; Huse, Ellena: Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik. Wiesbaden. 2011.

Schubert, Franz- Christian; Rohr, Dirk; Zwicker-Pelzer, Renate: Beratung. Grundlagen-Konzepte-Anwendungsfelder. Wiesbaden. 2019.

Sting, Stephan: Sucht und Rausch. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans 8Hrsg.): Handbuch- Soziale Arbeit. München.2015.

Vongehr, Sebastian: Suchthilfe und Suchtprävention als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wiesbaden.2022.

Wendt, Kai: Suchthilfe und Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis. Stuttgart. 2017.

Widulle, Wolfgang: Gesprächsführung in der sozialen Arbeit- Grundlagen und Gestaltungshilfen. Wiesbaden. 2020.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Suchtdreieick (vgl. Wendt, 2017, S.17)	8
Abbildung 2	Das modifizierte biopsychosoziale Modell nach Tretter, 2017	9
Abbildung 3	Bruchstellen der Suchtbehandlung (vgl. Wendt, 2017, S.43)	13
Abbildung 4	Vier Prozesse in MI (vgl. Miller/Rollnick, 2015, S. 44)	27