

Das Konzept und die Wirkung der Motivierenden
Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe
in der Schweiz bei Alkoholabhängigen

Iseli Salome

Eingereicht bei: Prof. Carlo Fabian

Januar 2021

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Abstract

Die vorliegende Thesis setzt sich mit folgender Fragestellung auseinander:

Inwiefern eignet sich das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigen?

Es wird aufgezeigt, dass das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung sich vor allem als Ergänzung, Kombination oder vorangestelltes Behandlungselement mit anderen in der Schweizer Suchthilfe erfolgreich angewendeten Methoden eignet – wie beispielsweise dem systemischen Beratungsansatz, dem Case Management und der Lösungsorientierten Beratung. Insgesamt zeigt sich die Motivierende Gesprächsführung als eine vielseitige Behandlung, die Verhaltensänderungen in einer Vielzahl von Formaten unterstützen kann.

Dabei wurden insbesondere auch internationale Studien berücksichtigt, deren Ergebnisse nach Auffassung der Verfasserin zum grossen Teil auch auf die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz anwendbar sind. Allerdings fehlen in der Schweiz weitgehend repräsentative Daten zur Behandlung von Alkoholabhängigen aus der Praxis, um eine solche These untermauern zu können. Diese müsste durch weitere empirische Forschung validiert werden, welche den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen würde.

Ausserdem wurden weitere Vorschläge erarbeitet, wo noch zukünftig im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung geforscht werden könnte.

Inhalt

1. Einleitung	6Á
1.1Á Ausgangslage und Motivation	6Á
1.2Á Erkenntnisinteresse und Fragestellungen	7Á
1.3Á Thematische Eingrenzung	8Á
1.4Á Methodisches Vorgehen	8Á
1.5Á Aufbau der Arbeit.....	9Á
2. Alkoholabhängigkeit	10Á
2.1 Gesellschaftlicher Stellenwert und Akzeptanz von Alkohol	10Á
2.2 Konsummuster.....	11Á
2.3 Ursachen und Entstehung einer Alkoholabhängigkeit	13Á
2.4 Bio-Psycho-Soziales Modell	15Á
2.5 Wirkung und Schädigung	16Á
2.6 Behandlungsformen und Therapieschritte bei Alkoholabhängigkeit	17Á
2.7 Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen.....	18Á
3. Soziale Arbeit und Schweizer Drogenpolitik	19Á
3.1 Relevanz der spezialisierte Suchthilfe in der Sozialen Arbeit.....	21Á
3.2 Relevante Methoden der spezialisierten Suchthilfe mit Alkoholabhängigen.....	22Á
3.2.1 Systemische Beratung	23Á
3.2.2 Case Management	24Á
3.2.3 Lösungsorientierte Beratung	24Á
3.3 Personenzentrierter Ansatz nach Carl Rogers	25Á
3.4 Veränderungsstadien im transtheoretischen Modell.....	26Á
4. Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung	30Á
4.1 Entstehungsgeschichte und theoretische Einbettung	30Á
4.2 Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung.....	32Á
4.3 Methoden der Motivierenden Gesprächsführung.....	33Á

4.4 Änderungsplan erarbeiten und vereinbaren	35
4.5 Kritische Würdigung der Motivierenden Gesprächsführung	37
4.6 Anwendung und Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung international. 38	
4.7 Bisherige Anwendung in der Praxis der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz.. 41	
5. Ergebnis- und Schlussteil.....	43
5.1 Zusammenfassen der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellungen	43
5.1.1 Welche Bedeutung hat die Motivierende Gesprächsführung Stand heute in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz?	43
5.1.2 Welche Optionen gibt es, um Motivierende Gesprächsführung noch öfters bei Alkoholabhängigkeit in der spezialisierten Suchthilfe einzusetzen?	45
5.1.3 Inwiefern könnte die Schweiz von den Erkenntnissen der internationalen Forschung profitieren?	45
5.1.4 Beantwortung der Hauptfragestellung	47
5.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit	48
5.3 Limitationen und Ausblick	50
6. Literaturverzeichnis.....	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: EKDF (2005). ««psychoaktiv.ch»: Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen». Bern: Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF).....	19
Abbildung 2: Eigene Darstellung, angelehnt an Prochaska und DiClemente, 1986 (2020) Phasen der Veränderung.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eigene Darstellung (2020). Ergebnisse aus den internationalen Studien und mögliche Übertragung auf die Schweiz.....	46
--	----

1. Einleitung

Im Jahr 2018 wurden in der Schweiz 41.5 Prozent der Eintritte in die spezialisierte Suchthilfe aufgrund des Hauptproblems Alkohol aufgenommen (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG 2020b: 18). Menschen mit Alkoholabhängigkeit leiden oft unter schweren psychischen Belastungen (vgl. Giersberg et al. 2015: 18). Suchtbegleitende psychosoziale Beeinträchtigungen beeinflussen die Behandlungsmotivation der Betroffenen. Übermässiger Alkoholkonsum gehört zu den Hauptursachen für Beeinträchtigungen der Gesundheit und frühzeitige Sterblichkeit. Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem chronisch riskanten Konsum von Alkohol.

Nach Giersberg et al. (2015) sind viele Alkoholabhängige zuerst uneinsichtig bezüglich ihrer Krankheit oder verleugnen sie. Die Behandlungsmotivation sollte deswegen verstärkt werden (vgl. ebd.). Motivierende Gesprächsführung ist nach Miller und Rollnick ein kooperativer Gesprächsstil, mit dem ein Mensch in seiner intrinsischen Motivation zu einer Veränderung gestärkt werden kann (vgl. Miller/Rollnick/Demmel 2015: 27). Die Methode wurde im Kontext der Suchtbehandlung entwickelt, für die Beratung mit «unmotivierten» Adressaten (vgl. Beushausen 2016: 295). Die Motivierende Gesprächsführung begünstigt nachweislich Veränderungen bei Menschen und kann in relativ kurzen Sitzungen praktiziert werden (vgl. Miller et al. 2015: 29f.).

Weil, wie oben aufgeführt, in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz viele Menschen aufgrund einer Alkoholabhängigkeit Unterstützung suchen, möchte diese Arbeit herausfinden, inwiefern sich die Motivierende Gesprächsführung dafür eignet. Der Titel der Bachelorarbeit lautet: Das Konzept und die Wirkung der Motivierenden Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigen.

1.1 Ausgangslage und Motivation

In der Schweiz sind rund 250'000 Personen alkoholabhängig oder zumindest stark alkoholgefährdet (vgl. Berg/Ridinger/Roger 2020: 1). Rund 41.5% der Behandlungseintritte in die spezialisierte Suchthilfe erfolgen aufgrund des Hauptproblems Alkohol (vgl. Maffli et al. 2020: 17).

Bisher gibt es in der Behandlung einige Ansätze und Methoden, die angewendet werden. In der Arbeit werden einige davon kurz beleuchtet: Der systemische Ansatz, der weit verbreitet ist, weil er die Wechselwirkungen von Elementen eines Systems im Gesamtzusammenhang

betrachtet (vgl. Wendt 2017: 186), das Case Management, welches häufig in der Praxis der Beratung und spezialisierten Suchthilfe Anwendung findet (vgl. Schmid/Schu/Vogt 2012: 12) und die lösungsorientierte Beratung. Die Methode der Motivierenden Gesprächsführung wurde zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt (vgl. Miller/Rollnick/Demmel 2015: 27). Dabei wird die Motivierende Gesprächsführung von Therapeuten, Psychologen, Medizinerinnen oder Sozialarbeitenden verwendet. Motivierende Gesprächsführung hat den Vorteil, dass die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufgebaut werden kann und dass die Klientel eine Exploration und Auflösung von Ambivalenzen erfahren (vgl. Miller et al. 2015: 29).

Deshalb möchte die Autorin herausfinden, inwiefern Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit von der Methode profitieren können. Die Autorin erlebt die Suchtproblematik der gesellschaftlich etablierten Droge Alkohol im beruflichen wie privaten Umfeld immer wieder und ist motiviert, ihre im Studium erworbenen Kenntnisse zu vertiefen. Die Autorin hat ein Praktikum in der Suchthilfe Region Basel absolviert und durfte unter anderem alkoholabhängige Klientel beraten. Die verschiedenen Methoden der Gesprächsführung wurden im Praktikumsort angewendet. Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung fand die Autorin besonders interessant und vielversprechend in der Suchtberatung. Aktuell arbeitet die Autorin im Bereich Sucht und ist dadurch fast täglich mit dem Thema konfrontiert.

1.2 Erkenntnisinteresse und Fragestellungen

Das Erkenntnisinteresse besteht darin, aufzuzeigen, inwiefern sich das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung in der schweizer Suchthilfe Anwendung gefunden hat und anhand von Argumenten und Gegenargumenten aufzuzeigen, inwiefern sich das Konzept im beschriebenen Umfeld eignet.

Es soll tiefer untersucht werden, welche Möglichkeiten die Motivierende Gesprächsführung hat und wie die Schweiz im internationalen Vergleich dasteht bezüglich der Anwendung, Verbreitung und Forschung. Die Erkenntnisse könnten von Relevanz sein für Professionelle der Sozialen Arbeit in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz. Aufgrund der Ausgangslage sowie der Motivation ergibt sich folgende Fragestellung:

Inwiefern eignet sich das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigen?

Um die Fragestellung vollumfänglich zu bearbeiten werden zusätzlich folgende Teilfragen aufgeworfen und bearbeitet:

- 1) Welche Bedeutung hat Motivierende Gesprächsführung stand heute in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz?
- 2) Welche Optionen gibt es, um Motivierende Gesprächsführung noch öfters für Alkoholabhängigkeit in der spezialisierten Suchthilfe einzusetzen?
- 3) Inwiefern könnte die Schweiz von den Erkenntnissen der internationalen Forschung profitieren?

1.3 Thematische Eingrenzung

Die Arbeit wird thematisch eingegrenzt, um den vorgegebenen Rahmen der Bachelorarbeit nicht zu sprengen. Bei der Eingrenzung wurde eine Methode ausgewählt: der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung. Auch bei der Substanz der Sucht wurde stark eingegrenzt, indem nur die Alkoholabhängigkeit beleuchtet wird. Des Weiteren wird die Arbeit thematisch auf die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz eingegrenzt. Da für die Schweiz als kleines Land nicht so viele aktuelle Forschungs- und Studienergebnisse zur Verfügung stehen, wird auch international geforscht und dann wieder auf die Schweiz fokussiert eingegrenzt. In Bezug zur Relevanz für die Soziale Arbeit konzentriert sich die Arbeit auf die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz.

1.4 Methodisches Vorgehen

Um die Fragestellungen zu erarbeiten und aktuelle Forschungsergebnisse präsentieren zu können, erfolgt eine Literaturrecherche in Datenbanken zu wissenschaftlichen Studien, Fachbüchern und Fachzeitschriften. Um wissenschaftliche Studien und Artikel zu finden, wird auf folgenden Datenbanken nach den Keywords der Arbeit gesucht: wiso-net, elektronische Zeitschriften Bibliothek, ProQuest, Google Scholar, PsycArticles, Oxford Bibliographies, NEBIS und PubPsych. Bei der Recherche wurden unter anderem die Keywords «Motivierende Gesprächsführung», «Alkoholabhängigkeit», «Suchtberatung», «Wirksamkeit», «Schweiz» und «soziale Arbeit» verwendet. Die beschriebene Suche in den Datenbanken erfolgte auf Deutsch und Englisch, um auch internationale Studien und Artikel in die Arbeit einzubeziehen und einen Vergleich herzustellen.

Im Hauptteil werden die verschiedenen Stufen von Alkoholkonsum dargestellt, sowie die Auswirkungen und Folgen von problematischem Alkoholkonsum. Zudem wird anhand von

Fachliteratur untersucht, mit welchen Ansätzen und Methoden die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz arbeitet. Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung wird für eine differenzierte Darlegung anhand von Wirksamkeitsstudien kritisch beleuchtet. Nach der gründlichen Literaturrecherche werden die gesammelten Daten ausgewertet und die Ergebnisse dargelegt und anschliessend diskutiert. Dabei wird anhand der Ergebnisse ein Bezug zur Fragestellung gemacht und die Arbeit wird mit einem Fazit abgerundet. Im Erkenntnisteil werden anhand der genannten internationalen Vergleiche Optionen für die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz aufgezeigt. Der Bezug zur Sozialen Arbeit wird ebenfalls durch Literaturrecherche durchgehend hergestellt.

1.5 Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel wird in die Thematik eingeführt sowie kurz auf den geschichtlichen und politischen Hintergrund der Alkoholabhängigkeit eingegangen. Es werden die verschiedenen Stufen von Alkoholkonsum dargestellt, wobei die Alkoholabhängigkeit nur eine Form des Konsums darstellt (vgl. Berg et al. 2020: 1). Des Weiteren werden bereits bestehende Angebote und Ansätze in der spezialisierten Suchthilfe erläutert und es wird aufgezeigt, wie es bezüglich des Alkoholkonsums zur akzeptierenden Haltung in unserer Gesellschaft und zur Viersäulen Drogenpolitik in der Schweiz gekommen ist. Diesbezüglich wird zunächst breiter diskutiert, und dann das Spezifische der Sozialen Arbeit dargelegt. Es werden die Risikofaktoren anhand des bio-psycho-sozialen Modells aus Sicht der Sozialen Arbeit erläutert, welche zu einer Alkoholabhängigkeit führen können. Der personenzentrierte Ansatz und das transtheoretische Modell werden als theoretische Bezüge für die Motivierende Gesprächsführung aufgeführt und beschrieben.

Die Motivierende Gesprächsführung wird ausführlich als Methode dargelegt und auf ihre Wirksamkeit sowie Grenzen überprüft. Die Ergebnisse der Literaturrecherche werden anhand einer Tabelle über die internationalen Ergebnisse sowie der Beantwortung der Teilfragen, dargestellt und in einem nächsten Schritt diskutiert sowie interpretiert. Zuletzt werden alle gewonnenen Erkenntnisse kritisch gewürdigt und hinzugezogen, um die Fragestellungen, inwiefern sich die Motivierende Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe mit Alkoholabhängigen eignet, zu beantworten. Des Weiteren wird versucht einen Bezug zur Sozialen Arbeit als Profession herzustellen.

2. Alkoholabhängigkeit

In diesem Kapitel wird der Stellenwert von Alkohol in der Gesellschaft erläutert und es werden die verschiedenen Stufen des Alkoholkonsums vorgestellt. Ausserdem werden die Ursachen, die Wirkungen und die Behandlungsformen, sowie deren Wirksamkeit beschrieben.

2.1 Gesellschaftlicher Stellenwert und Akzeptanz von Alkohol

Nach Sucht Schweiz (2008: 2-6) war Alkohol früher wie heute gleichzeitig Genuss-, Rausch- und Suchtmittel. Der Stellenwert von Alkohol in der Gesellschaft ist kulturell bedingt von Land zu Land unterschiedlich. Bereits vor mehreren tausend Jahren wurde beim Genuss von vergorenen Früchten Alkohol entdeckt und hergestellt. Früher wurde Alkohol von ärmeren Menschen als Nahrungsmittlersatz konsumiert, und war als reines Genussmittel hauptsächlich den Reichen vorbehalten. Gesundheitliche und soziale Bedenken kamen bereits bei den Ägyptern auf. Es wurde vor Trunkenheit im Alltag gewarnt und die Folgen des Alkoholkonsums wurden kritisiert.

Im Mittelalter galt Trunkenheit als heidnisches Laster und es wurde vom Adel und der Kirche appelliert, auf Trinkgelage zu verzichten und Alkohol in Massen zu trinken. Trotzdem nahm die Bedeutung von Alkohol als tägliches Getränk zu. Drei bis vier Liter Bier oder Wein am Tag galten nicht als übermässiger Konsum. Bei wohlhabenden Personen, welche es sich leisten konnten, nahm Alkohol einen festen Platz im Alltag ein und wurde als Getränk zur Stärkung angepriesen. Daraufhin wurde der Konsum vielerorts mittels Verbote eingeschränkt.

Nachdem zu Beginn des 19. Jahrhunderts die gesundheitlichen Aspekte des Alkoholkonsums mehr und mehr realisiert wurden, und der Begriff Alkoholismus als Krankheitsbild beschrieben wurde, bildeten sich Temperenz- und Abstinenzbewegungen. Während die Temperenzler sich für mässigen Alkoholkonsum einsetzten, machten sich Abstinenzler für einen totalen Verzicht stark. Beide Bewegungen übten grossen politischen Druck aus, und es wurden erste Alkoholgesetze eingeführt.

Der Umgang mit Alkohol in der Schweiz wird der Permissivkultur zugeordnet. Dabei gilt täglicher Alkoholkonsum zu den Mahlzeiten als normal, während Trunkenheit und Alkoholkonsum in unangebrachten Situationen als negativ bewertet werden. An grossen Feiern wie der Fasnacht beispielsweise wird Alkohol in grösseren Mengen toleriert (vgl. Sucht Schweiz

2008: 2–6). So kam es zur heutigen akzeptierenden Haltung gegenüber Alkohol in der Gesellschaft in der Schweiz.

2.2 Konsummuster

Risikoarmer Konsum wird nach Schumacher und Mathaler (2017: 15) anhand von vorgegebenen Richtlinien definiert. Wenn der Alkoholkonsum innerhalb dieser Richtlinien liegt, gilt er als risikoarm. Die Richtlinien bedeuten nach der Definition der eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKAL) für Männer bis maximal drei Standardgläser Alkohol pro Tag und für Frauen bis maximal zwei. Ein Standardglas Alkohol beinhaltet in der Schweiz zwischen 10 und 12 Gramm reinen Alkohol. Ausserdem müssen nach der Definition mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden. In anderen Ländern weichen diese Empfehlungen voneinander ab. Ein Grund dafür ist, dass auch andere Faktoren wie Alter, Geschlecht, Umfeld, Gesundheitszustand und die Situation, in der getrunken wird zu berücksichtigen sind. Von „risikoarm“ wird gesprochen, weil davon ausgegangen wird, dass es keinen risikolosen Alkoholkonsum gibt. So erhöhen auch schon kleine Mengen an Alkohol das relative Risiko, eine alkoholbedingte Krankheit zu entwickeln (vgl. Schumacher/Mathaler 2017: 15).

Risikoreicher Konsum ist nach Schumacher und Mathaler (2017: 15) für die Gesundheit in irgendeiner Form schädigend. Rauschtrinken gehört unter anderem zu diesem Konsummuster. Das Rauschtrinken wird in der Epidemiologie mit fünf oder mehr Standardgläsern Alkohol bei einer Trinkgelegenheit bei Männern, bzw. vier Standardgläsern bei Frauen definiert. Eine Trinkgelegenheit befindet sich innerhalb von zwei Stunden. Die Herleitung der Definition kommt davon, dass nach dieser Menge Alkohol innert zwei Stunden in der Regel ein Blutalkoholgehalt von 0.8 Promille oder mehr erreicht wird. Ab dieser Menge werden einige Fähigkeiten, wie zum Beispiel die Wahrnehmung, das Gleichgewicht und die Konzentration beeinträchtigt (vgl. ebd.).

Eine Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten erhöht die Gefahr von akuten Unfällen und langfristigen Folgen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch die Definition des Rauschtrinkens ist länderbedingt unterschiedlich (vgl. ebd.). Die Unterschiede kommen von verschiedenen Definitionen, wieviel Alkohol in einem Standardglas ist. Die Schweiz liegt nach Schumacher und Mathaler (2017: 15) mit ihrer Definition im europäischen Durchschnitt. Des Weiteren gilt der situationsunangepasste Konsum als eine weitere Kategorie des risikoreichen Alkoholkonsums. Als situationsunangepasster Konsum gilt beispielsweise der Konsum während

der Teilnahme am Strassenverkehr, während der Schwangerschaft oder Stillzeit, bei der Einnahme von Medikamenten, der Ausübung von Sport, bei der Arbeit oder bei Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration erfordern. Neben den zwei beschriebenen Kategorien des risikoreichen Konsums gibt es auch eine Reihe von Begriffen, welche zwischen dem risikoarmen und dem abhängigen Konsum eingeordnet werden (vgl. ebd.).

Abhängigkeit kann nach Lindenmeyer und Biedermann (2005: 70) nicht einfach von normalem Trinken unterschieden werden, sondern gliedert sich in viele individuell ausgeprägte Abhängigkeitsprobleme (vgl. Lindenmeyer/Biedermann 2005: 70). Diese werden folglich in vier Haupttypen unterteilt: Spiegeltrinken, Rauschtrinken, Konflikttrinken und periodisches Trinken. Die verschiedenen Abhängigkeitsformen verdeutlichen, dass die Bestimmung einer Abhängigkeit nur über ihre Folgen möglich ist. Weiter wird definiert, dass jeder, der den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder seelischer Art auftreten, sowie jeder der trotz Fremd- und Eigenschädigung weiter trinkt, abhängig ist. Es ist schwierig den Moment zu definieren, ab wann Jemand eine Abhängigkeit entwickelt hat, weil die Folgen nicht von einem Moment auf den anderen entstehen. (vgl. Lindenmeyer/Biedermann 2005: 74)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ein Klassifikationssystem eingeführt, welches verschiedene Ausprägungen definiert. Das ICD-10 und das DSM-IV sind internationale Klassifikationssysteme und bieten eine internationale Vergleichbarkeit der Häufigkeiten von Erkrankungen (vgl. Lesch/Walter/Wetschka 2009: 6). Das ICD-10 hat verschiedene Kategorien, wobei Sucherkrankungen in den Kategorien F10-F19 aufgelistet sind (vgl. Klein/Schmidt 2017: 14). Die zweite Ziffer steht für die Substanz und steht bei „0“ für Alkohol, also F10. Die dritte bis fünfte Ziffer definiert das klinische Erscheinungsbild. Das klinische Erscheinungsbild kann als akuter Rausch (F10.0), schädlicher Gebrauch (F10.1), Abhängigkeitssyndrom (F10.2), Entzugssyndrom (F10.3), Entzugssyndrom mit Delir (F10.4), psychotische Störung (F10.5), amnestisches Syndrom (F10.6), Restzustand und verzögert auftretende psychische Störung (F10.7) definiert werden (vgl. ebd.: 14 & 15). Die diagnostischen Leitlinien definieren eine Diagnose des Abhängigkeitssyndroms (F10.2) erst dann, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr von sechs Kriterien gleichzeitig erfüllt waren (vgl. Lesch et al. 2009: 44).

Diese sechs Kriterien werden folglich aufgelistet:

1. Der starke Wunsch oder Zwang die Substanz (Alkohol) zu konsumieren

2. Der Kontrollverlust darüber, wann der Konsum beginnt und aufhört, sowie über die Menge des Alkoholkonsums
3. Körperliche Entzugserscheinungen bei reduziertem oder gar keinem Konsum
4. Der Nachweis einer Toleranz, dadurch dass Betroffene eine immer höhere Dosis benötigen, um den gewünschten Effekt zu erzielen.
5. Aufgrund des Alkoholkonsums werden andere Vergnügen oder Interessen vernachlässigt
6. Der Alkoholkonsum bleibt konstant, trotz Bewusstsein für eindeutig schädliche Folgen (vgl. ebd.).

2.3 Ursachen und Entstehung einer Alkoholabhängigkeit

Die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit sind so individuell wie die Menschen in sich. Nach Lindenmeyer (2005: 76) können verschiedene Faktoren eine Abhängigkeit begünstigen. Oft entsteht eine Abhängigkeit aus einer schleichenden Entwicklung heraus. (vgl. Lindenmeyer/Biedermann 2005: 76)

Eine Abhängigkeit entsteht also schleichend und individuell. Oft führen Neugier und Nachahmung von Modellpersonen zu einem Erstkonsum. Dieser passiert nach Lindenmeyer und Biedermann (2005: 76f.) oft im Jugendalter. Jugendliche sind biologisch betrachtet besonders empfänglich für die angenehme Wirkung von Alkohol. Aufgrund erheblicher neuronaler Umbau- und Wachstumsprozesse im Gehirn erfahren Jugendliche weniger Befriedigung und suchen deshalb nach neuen Umweltreizen sowie neuen stimulierenden Erfahrungen. Beim Erstkonsum wird als Effekt eine Erleichterung und Entspannung erhofft. Meist verläuft der Erstkonsum positiv und der Alkohol dämpft Aufregung, lässt die Person sich unbeschwert und ausgelassen fühlen. Nach einem positiven ersten Eindruck hat das Gehirn gelernt: «mit ein bisschen Alkohol fühlt man sich besser.» Die Wahrscheinlichkeit, erneut zu trinken, ist somit ein wenig gestiegen (vgl. ebd.: 76f.).

Wenn aufgrund der positiven ersten Erfahrung erneut konsumiert wird, beginnt der Mensch sich in bestimmten Situationen an das Alkoholtrinken in ähnlichen Situationen zu gewöhnen. Lindenmeyer und Biedermann (2005: 78f.) beschreiben weiter, wie durch den Gewöhnungseffekt immer grössere Mengen an Alkohol vertragen werden. Eine Gewöhnung führt auch dazu, dass es in bestimmten Situationen normal ist zu trinken. Folglich fühlt sich die Person ohne Alkohol zunehmend unsicher. Wenn in den genannten Situationen auf Alkohol verzichtet werden würde, würde sich das plötzlich ungewohnt und unbequem anfühlen. Die

Bildung jeder Gewohnheit führt dazu, dass alternative Verhaltensweisen seltener und damit ungewohnter und unangenehmer werden (vgl. ebd.: 78f.). Wenn immer häufiger konsumiert wird, bestehen mit der Zeit immer weniger bis keine Alternativen mehr zur Verfügung. Es wird automatisch getrunken und aufkommende Schuldgefühle werden durch erneutes Trinken zurückgedrängt. So entsteht schleichend eine Abhängigkeit (vgl. ebd.: 80). Im Prinzip kann jeder Mensch durch den häufigen Konsum von Alkohol abhängig werden, indem die Gewöhnung auslöst, dass Alternativen zum Konsum immer weniger sichtbar werden. Wie schnell dieser Prozess abläuft, hängt jedoch stark von der Person selbst und ihrer persönlichen Umgebung ab. Folgende Bedingungen können die Entstehung einer Abhängigkeit beschleunigen:

Geringe Frustrationstoleranz: Dies bedeutet bei den Betroffenen, dass sie unangenehme Zustände nur schlecht ertragen können und Belohnungen nicht lange aufschieben. Bei wem immer alles reibungslos klappen muss und Störungen schnell zu Ungeduld, Nervosität oder Aggressivität führen, steigt das Risiko, Alternativen zu übersehen und somit schneller in eine Abhängigkeit zu kommen (vgl. ebd.: 81).

Das soziale Umfeld kann die Entstehung einer Abhängigkeit ebenfalls beschleunigen. Wenn im Freundeskreis eine bestimmte Trinkkultur herrscht, wirkt sich das ähnlich aus, wie wenn die Eltern einen problematischen Umgang mit Alkohol als schlechtes Vorbild vorleben. Ein Verharmlosen, Decken oder Nichtwahrhabenwollen des Alkoholkonsums von Bekannten oder Verwandten kann bei Betroffenen die eigene Situation trüben und dadurch ebenfalls eine Abhängigkeit begünstigen (vgl. ebd.).

Konfliktlösestrategien sind wichtig, um mit bestimmten Situationen, in denen ein unsicheres oder hilfloses Gefühl aufkommt, handeln zu können. Wenn nicht ausreichende Bewältigungs- oder Konfliktlösestrategien vorhanden sind, können Menschen besonders schnell in eine Abhängigkeit geraten. Wenn beispielsweise Jugendliche über ein sehr passives oder wenig abwechslungsreiches Freizeitverhalten verfügen, kann Alkoholkonsum schnell zu einer Hauptbeschäftigung werden (vgl. ebd.: 82).

Die oben genannten Punkte sind Bedingungen, welche die Entstehung einer Abhängigkeit beschleunigen, nicht jedoch als ihre Gründe angesehen werden können. Für eine Abhängigkeitsbehandlung ist es von zentraler Bedeutung, diese Rahmenbedingungen nach Bedarf zu verändern.

2.4 Bio-Psycho-Soziales Modell

Psychische Erkrankungen werden laut Pauls (2013: 16) nach dem Bio-psycho-sozialen Modell als Beeinträchtigung der Körper-Seele-Einheit verstanden. Dies wirkt sich auf den ganzen Lebenskontext eines betroffenen Menschen aus. Das Modell umfasst neben der körperlichen (biologischen) Dimension die seelische Dimension (psychische und geistige/spirituelle) sowie das Zusammenleben und Arbeiten (soziale) (vgl. Pauls 2013: 16). Krankheit und Gesundheit beruhen auch nach Rummel und Gassmann (2020: 14) auf der systemhaften Wechselwirkung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (vgl. Rummel/Gassmann 2020: 14).

Der bio-psycho-soziale Erklärungsansatz ist ein mehrdimensionaler Ansatz, welcher bei einer Analyse der Suchtentstehung biologische, psychologische und soziale Entstehungsbedingungen heranzieht. Nach dem Modell lassen sich gesundheitliche Problematiken den biologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen. Die verschiedenen Systemebenen interagieren miteinander und hängen eng zusammen (vgl. Sucht Schweiz 2013: 3). Da Sucht nach Güdel (2013: 37) als komplexes bio-psycho-soziales Phänomen betrachtet werden muss, ist eine kooperative interinstitutionelle und interprofessionelle Bearbeitung des Problems mit den Klientel essentiell für das komplexe Suchtverständnis (vgl. Güdel 2013: 37).

In der Suchthilfe dominiert laut Sommerfeld (2016: 29) oftmals eine medizinisch-(psycho-)therapeutische Leitorientierung, wobei es Sucht auch als ein soziales Problem zu behandeln und verstehen gilt. Im bio-psycho-sozialen Modell der WHO geht die Soziale Arbeit mit der sozialen Dimension einher, während sich die medizinisch-therapeutische Perspektive auf die Erkrankung Sucht konzentriert. Wenn Sucht auch als soziales Problem verstanden wird, kann beispielsweise der Bedarf für Angehörigenarbeit abgedeckt werden. Angehörigenarbeit hat sich als eine unmittelbare Folge des sozialen Problems Sucht herausgestellt (vgl. Sommerfeld 2016: 29). Um hohe Folgekosten von Suchterkrankungen zu reduzieren, müssen die Menschen gesundheitlich rehabilitiert und sozial wieder eingegliedert werden. Es sollte eine Vernetzung zwischen medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringern und jenen aus dem sozial-medizinisch und psychosozialen Bereich in der Suchthilfe stattfinden. Denn durch eine effizientere Kooperation könnte die Qualität und Wirksamkeit des Suchthilfesystems trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen sichergestellt werden (vgl. ebd.: 30).

Die drei Ebenen im bio-psycho-sozialen Modell werden nach Pauls (2013: 19) wie folgt beschrieben:

- 1) Die biologische Ebene beinhaltet körperliche Ursachen, Risikofaktoren und organ-medizinische Aspekte. Für diese Ebene ist die Profession der Medizin hauptsächlich zuständig.
- 2) Die psychologische Ebene umschreibt die Eigenheiten des Erlebens und Verhaltens und der individuelle Lebens- und Bewältigungsstil. Die Psychologie als Profession ist hier meist zuständig.
- 3) Die soziale Ebene umfasst die familiären, beruflichen, gesellschaftlichen und umweltbezogenen Lebensbedingungen. Die Profession der Sozialen Arbeit ist für diese Gebiete spezialisiert (vgl. Pauls 2013: 19).

Für eine erfolgreiche Behandlung sollte nach Pauls (2013: 19) eine funktionierende und integrierte Gesamtkonzeption aus bio-psycho-sozialen Dimensionen bestehen. In dieser Gesamtkonzeption sollen die professionellen Erfahrungen der Fachkräfte aus den erwähnten Disziplinen organisiert werden. Das bio-psycho-soziale Modell sagt aus, dass auch die beste medizinische Behandlung abhängig von den sozial-emotionalen Ressourcen und Coping Fähigkeiten der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes ist (vgl. ebd.).

2.5 Wirkung und Schädigung

Die Aufnahme von Alkohol im Körper erfolgt nach Lindenmeyer und Biedermann (2005: 40) zuerst über die Speiseröhre in den Magen. Im Unterschied zu anderen Suchtmitteln wird Alkohol bereits zu 20 Prozent von der Magenschleimhaut aufgenommen und direkt in den Blutkreislauf übermittelt. Die weiteren 80 Prozent des Alkohols gelangen über den Dünndarm und von dort über die Darmschleimhaut in den Blutkreislauf. Alkohol entfaltet seine Wirkung nach Lindenmeyer im Gehirn. Die aus fettartigen Stoffen konstruierte Blut-Hirnschranke, welche das Gehirn vor dem Eindringen von Giftstoffen schützt, wird von Alkohol überwunden, da dieser fettlöslich ist. Aus diesem Grund und auch, weil Alkohol wegen seiner hohen Wasserlöslichkeit sehr schnell vom Magen in den Blutkreislauf gelangt, gehört Alkohol zu den besonders gefährlichen Suchtmitteln (vgl. Lindenmeyer/Biedermann 2005: 40). So kann bereits ein Wasserglas voll mit «Schnaps» eine tödliche Wirkung auf Menschen haben, wenn dieses auf einmal schnell getrunken wird. Der Blutalkoholspiegel steigt bereits ungefähr fünf Minuten nach dem getrunken wurde an und erreicht nach 30-60 Minuten seinen Höhepunkt. Es gibt verschiedene Faktoren, welche die Aufnahme von Alkohol in den

Blutkreislauf beschleunigen. Dazu gehören Kohlensäure und hochprozentige Alkoholika sowie Magenoperationen. Die Aufnahmegeschwindigkeit kann auch verlangsamt werden, zum Beispiel durch einen vollen Magen. Insbesondere nach einer fettreichen oder eiweisshaltigen Mahlzeit ist die Aufnahme vom Alkohol im Körper verlangsamt (vgl. ebd.: 41).

Der Abbau von Alkohol im Körper läuft wesentlich langsamer ab wie die Aufnahme. Nach Sucht Schweiz (2011: 3) wird Alkohol in der Leber in zwei Phasen mit Hilfe von Enzymen abgebaut. In der ersten Phase wird Alkohol durch das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) in Azetaldehyd abgebaut. Das Azetaldehyd schädigt den Körper bei Alkoholmissbrauch, da es sehr giftig ist. Es verursacht indirekte Schäden, da es die Enzymsysteme im Körper hemmt und die Zellmembranen angreift. In der zweiten Phase des Abbaus von Alkohol wird Azetaldehyd mit Hilfe des Enzyms Aldehyddehydrogenase (ALDH) in Azetat (Essigsäure) verstoffwechselt.

Bei einem übermässigen Alkoholkonsum wird noch ein weiteres Enzym aktiviert, welches den Alkohol abbaut. Dieses Enzym heisst Mischfunktionelle Oxidase (MEOS) und kann bis zu einem Viertel des Alkohols abbauen. Sucht Schweiz (2011: 3) nimmt an, dass die MEOS für die Gewöhnung an Alkohol verantwortlich ist. Wenn eine Person regelmässig grosse Mengen Alkohol trinkt, steht mehr von dem Enzym zur Verfügung. Dies bedeutet, dass Alkohol schneller in Azetaldehyd abgebaut wird, jedoch ist der gesundheitliche Schaden nicht geringer. MEOS versucht die berauschende Wirkung vom Alkohol zu verringern, das giftige Azetaldehyd wird aber nicht schneller abgebaut (vgl. Sucht Schweiz 2011: 3).

2.6 Behandlungsformen und Therapieschritte bei Alkoholabhängigkeit

Klein und Schmidt (2017: 198) stellen verschiedene Behandlungsmethoden bei Alkoholabhängigkeit vor. Dabei wird zwischen ambulantem und stationärem Setting unterschieden. Es gibt auch methodische Vorgehensweisen, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting angewendet werden können (vgl. Klein/Schmidt 2017: 198).

Nach Lindenmeyer und Biedermann (2005: 99) sind die Behandlungsformen für Alkoholabhängigkeit sehr vielfältig. Therapien unterschieden sich in ihrer Dauer (Kurzzeit- oder Langzeittherapie), sowie dem Ort (stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung). Unabhängig von der Behandlungsart, gilt jedoch als erster Therapieschritt ein Stopp des Alkoholkonsums. Alle anderen Änderungsversuche haben sich als wirkungslos erwiesen (vgl. Lindenmeyer/Biedermann 2005: 99). In einer Suchtbehandlung stellen der Entzug und die

Entwöhnung zwei Komponenten dar. Wenn ein Alkoholentzug körperliche Entzugserscheinungen auslöst, sollte er unbedingt unter Aufsicht eines Arztes oder einer Ärztin stattfinden. Entzugserscheinungen können zu Krampfanfällen oder einem Delirium auswachsen und die Gesundheit gefährden. Der Arzt oder die Ärztin beurteilt anhand der individuellen Vorgeschichte und des aktuellen Gesundheitszustands, welche Form der Entzugsbehandlung erforderlich ist. Nach einem Entzug sollte eine Entwöhnungsbehandlung erfolgen, da die Chancen, abstinent zu bleiben, erfahrungsgemäss mit der Zeit steigen (vgl. ebd.: 103).

Entwöhnungsbehandlungen können nach Lindenmeyer und Biedermann (2005: 103) stationär, teilstationär oder ambulant wahrgenommen werden. Die Stabilität des jeweiligen Umfelds ist entscheidend bei der Wahl der passenden Behandlungsform. Ambulante Behandlungen eignen sich, wenn es sich um die erstmalige Behandlung handelt, noch ein intaktes soziales Umfeld besteht, noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist und über eine hohe Abstinenzmotivation verfügt wird. Bei langjähriger Dauer der Abhängigkeit, schweren körperlichen oder psychischen Problemen, schweren sozialen Folgeschäden, Mehrfachabhängigkeit und Suizidversuchen wird eine stationäre Behandlung empfohlen (vgl. ebd.). Es gibt zudem Einzel- und Gruppentherapie, wobei es auf die individuelle Persönlichkeit ankommt, von welcher Form mehr profitiert wird (vgl. ebd.: 104).

2.7 Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen

Haug hat in einer Studie im Jahr 2015 die Wirksamkeit von ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen in der Schweiz untersucht. Die Ergebnisse der Studie sprechen für die mittel- und längerfristige Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung zur Förderung eines nicht-problematischen Alkoholkonsums sowie zur Verbesserung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit (vgl. Haug 2015: 4). In der Studie lag die Anzahl der Beratungssitzungen bei ungefähr zehn Einzelsitzungen. Es wurden 858 Klientel befragt. Sechs und zwölf Monate nach Austritt aus der ambulanten Behandlung zeigte sich bei den Personen mit initial problematischem Alkoholkonsum eine Remission von 40% (vgl. ebd.: 29).

Bei Klientel, welche sich in einer Nachsorgebehandlung befanden, da sie zuvor beispielsweise einen stationären Entzug absolviert haben, wiesen 80% diesen Status nach sechs und zwölf Monaten auf. Bei 64% der Klientel konnte beim Austritt eine Reduktion des Alkoholkonsums erzielt werden. Sechs und zwölf Monate später waren dies noch 59% respektive 62% (vgl. ebd.). Nach den Ergebnissen der genannten Studie konnte die ambulante Alkoholberatung auch mittel- und längerfristig einen positiven Effekt erzielen. Die Ergebnisse

zur differenziellen Wirksamkeit stimmen weitestgehend mit anderen Studien zu den kurz- und mittelfristigen Erfolgsraten ambulanter Alkoholbehandlung überein (vgl. Mundle et al. 2001: 374).

3. Soziale Arbeit und Schweizer Drogenpolitik

Das bio-psycho-soziale Modell konnte zuvor aufzeigen, dass die Einflussfaktoren sowie die Folgen von Suchtkrankheiten multikausaler Natur sind. Die Soziale Arbeit ist bei der Psyche und im sozialen Bereich zuständig und nimmt in der Suchthilfe eine entscheidende Rolle ein. Schmid und Müller (2008: 60) beschreiben, dass 1991 in der Schweizer Drogenpolitik das Vier-Säulen Modell eingeführt wurde. Entstanden ist diese Politik grösstenteils wegen des unhaltbaren Zürcher Drogenelends in den 1980er- und 1990-er Jahren (vgl. Schmid/Müller 2008: 60). Begonnen hat es Mitte der 1970er Jahren, als sich der Konsum illegaler Drogen in den öffentlichen Raum verschob, wodurch sich der politische Handlungsdruck zuspitzte. Die offenen Drogenszenen in der Schweiz stellten aufgrund der illegalen Drogen ein juristisches Problem dar. Vorerst reagierte die Politik mit Verboten, Repression und Strafverfolgung. Nachdem die Vertreibungstaktik der Polizei scheiterte, setzen sich die Süchtigen 1986 auf dem Platzspitz in Zürich fest. Dort wurden sie geduldet. Die Zahl der Drogentoten stieg zu dieser Zeit auf 400 Personen pro Jahr an (vgl. Menzi 2012: 27).

Ein Ergebnis dieser Entwicklung war die Abkehr von der Repression hin zu einer Politik, die niederschwellige Massnahmen wie Spritzenabgabe und Konsumräume vorsah und somit akzeptierende Ansätze verfolgte (vgl. Simmel 2008: 35). Die Gesellschaft reagierte nach Jann (2017: 12) aufgeschreckt und verlangte ihre öffentliche Sicherheit zurück (vgl. Jann 2017: 12). Die Massnahmen der bis dahin bestehenden Säulen Prävention, Behandlung und Repression griffen nicht mehr ausreichend. Die schweizerische Drogenpolitik reagierte mit einem Ausbau der Schadensminderung als vierter Säule. Dabei wurde das Ziel verfolgt, die Risiken bei suchtmittelabhängigen Menschen zu verkleinern. Es sollen auch Abhängige erreicht werden, die nicht fähig sind oder und nicht die Absicht haben, sich therapeutisch helfen zu lassen. Die Viersäulenpolitik zeigte Wirkung und wurde 2008 im Gesetz verankert (vgl. Rüegg/Steber Bächli 2016: 4).

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) differenzierte und erweiterte 2005 im Rahmen ihrer suchtpolitischen Empfehlungen das Modell der vier Säulen (vgl. Abbildung 1). Um die Suchtpolitik in der Schweiz gesetzeskonform zu machen, schaffte die EKDF dreidimensionales Modell. Das Würfelmodell wird als Ausbau der Viersäulenpolitik

verstanden. Das Modell wurde um psychotrope und psychoaktive Substanzen ausgedehnt, unabhängig von ihrer Legalität. Ausserdem wurde die Dimension der Konsummuster (risikoreicher-, problematischer Konsum und Abhängigkeit) erweitert. Die Säulen wurden nach Substanzen unterteilt. Die Vielschichtigkeit der substanzbezogenen Handlungsstrategien wurde somit verdeutlicht, und die drei unterschiedlichen Dimensionen der Suchtpolitik wurden miteinander verbunden. Durch die beschriebenen Änderungen wurde das Modell zu einem Würfel, womit es der Substanz und dem individuellen Konsumverhalten gerecht wird. Es dient nun als Denkmodell zur Umsetzung der Vier-Säulen-Strategie (vgl. Schmid/Müller 2008: 61).

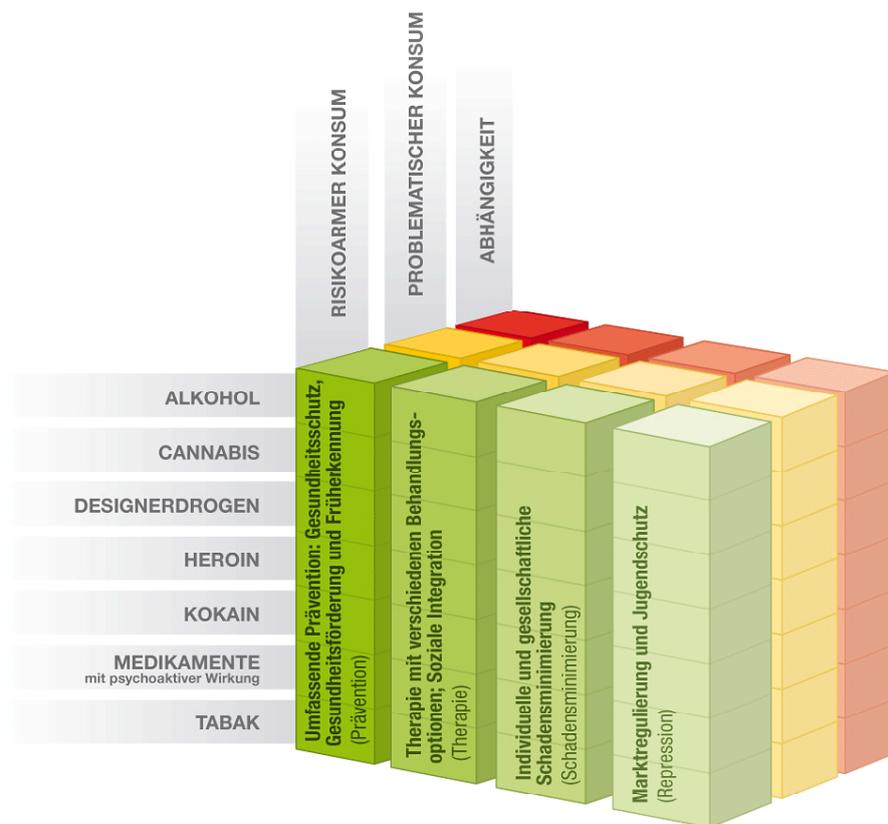


Abbildung 1: Dreidimensionales Modell für eine Suchtpolitik (Quelle: EKDF 2005)

Mit dem neuen Rekurs galt es nach Schmid und Müller (2008: 61), die Anzahl neuer Drogenkonsumentinnen und -Konsumenten und -Abhängigen zu senken, sowie die Anzahl abstinenzreichender Personen zu steigern. Des Weiteren sollten gesundheitliche Schäden und soziale Ausgrenzung von drogenabhängigen Personen vermindert werden. Es sollte auch die Gesellschaft vor den Auswirkungen des Drogenproblems geschützt werden und die Kriminalität bekämpft werden. Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression sind die vier Bestandteile der gesamtschweizerischen Drogenpolitik (vgl. ebd.: 60).

In der Prävention soll nach Schaub (2013: 37) zum einen vorbeugend vorgegangen werden, um zu verhindern, dass Jugendliche beginnen Drogen zu konsumieren. Zum anderen sollen dank der Prävention soziale und gesundheitliche Probleme verhindert werden, welche sich oftmals aus einem Substanzkonsum heraus ergeben (vgl. Schaub 2013: 37).

Als Bestandteil der Therapie soll in der Drogenpolitik der Weg zur Abstinenz erreicht werden. Dabei wird die körperliche und geistige Gesundheit gefördert und Drogenabhängige, sowie -Konsumentinnen und -Konsumenten sozial (re-)integriert. Es gibt stationäre und ambulante Therapieangebote. Nach Baumberger und Knocks (2017: 25) sollen suchtbetroffene Menschen ambulante Angebote immer häufiger den stationären Therapien vorziehen, da sie kostengünstiger sind und die betroffenen Menschen weiterhin ihrem Erwerbs- und Alltagsleben nachgehen können (vgl. Baumberger/Knocks 2017: 25).

Die Schadensminderung soll jene Konsumentinnen und Konsumenten ansprechen, welche mit abstinenzorientierten Angeboten nur schwer zu erreichen sind. Psychische, soziale und körperliche Schäden beim Drogenkonsum sollen möglichst geringgehalten und minimiert werden. Im vierten Bestandteil der Repression bestehen die Ziele hauptsächlich aus Angebotsverknappung, der Bekämpfung des Drogenhandels sowie dem Kampf gegen das organisierte Verbrechen (vgl. Schmid/Müller 2008: 61).

3.1 Relevanz der spezialisierte Suchthilfe in der Sozialen Arbeit

Suchtprobleme sind sozial- und gesundheitspolitisch eine grosse Herausforderung: Die geschätzten alkoholbedingten sozialen Kosten in der Schweiz belaufen sich jährlich auf 4.2 Milliarden Franken. Alkoholkonsum ist nach Tabakkonsum und Bluthochdruck der drittgrösste Risikofaktor für Gesundheitslasten in der Schweiz (vgl. Balthasar et al. 2011: 2). Die Auswirkungen von Sucht strahlen sich auf verschiedene Bereiche aus und stellen eine Herausforderung für ein professions- und leistungsbereichsübergreifendes Schnittstellenmanagement dar. Die Arbeit in einer Suchtberatungsstelle bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Medizin, Psychotherapie und Sozialarbeit (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 8).

Ein unangemessener Substanzgebrauch wirkt sich nach Gastinger und Abstein (2012: 7) nachweislich auf den zwischenmenschlichen Bereich und das Gemeinwesen aus. Es können Zusammenhänge in folgenden Bereichen festgestellt werden: Der Belastung von familiären Beziehungen, Problemen am Arbeitsplatz, Gefährdung der Sicherheit im Strassenverkehr,

Sachbeschädigung und Körperverletzung unter Alkoholeinfluss, Kriminalität und Kriminalitätsfolgekosten durch illegale Drogen und Belastungen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssicherungssysteme durch substanzkonsumbedingte Folgeschäden (vgl. ebd.: 7).

Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit sind im stationären Bereich in Therapieeinrichtungen und im ambulanten Bereich in Beratungs- und Behandlungsstellen als Sozialerbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen tätig. Die Zahl der Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe nimmt zu (vgl. Gross 2016: 138). Im Bereich der Hilfe für Suchtkranke und Suchtgefährdete ist die Soziale Arbeit die dominierende Berufsgruppe (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 8). Der Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit in den bestehenden Angeboten für suchtbetroffene Personen umfasst u.a. die Bereiche Prävention, Therapievermittlung, aufsuchende Drogenhilfe und Psychosoziale Betreuung. Die Tätigkeiten der Professionellen der Sozialen Arbeit in den genannten Settings umfassen die Definition der Ziele, sowie die Betreuung und Unterstützung von Prozessen (vgl. Jungblut 2004: 300). Die Beratungstätigkeit gilt als elementares Setting der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. In der Suchtberatung werden vielfältige Methoden der Sozialen Arbeit eingesetzt (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 53).

3.2 Relevante Methoden der spezialisierten Suchthilfe mit Alkoholabhängigen

In der Suchtberatung werden verschiedene Methoden der Sozialen Arbeit sowie der Psychotherapie angewandt. Nach Gastinger und Abstein (2012: 60) sind wichtige Prinzipien der Sozialen Arbeit, welche dem systemischen Ansatz entsprechen, Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment. Die Ressourcenorientierung hat ihren Fokus auf den Stärken der Klientel und nicht auf den Defiziten. Mögliche Störungen werden als Lösungsversuche in einem bestimmten Kontext verstanden. Die Partizipation ermöglicht der Klientel eine Teilhabe an den gesellschaftlichen Ressourcen, Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen und Kompetenzen, im Unterstützungssystem sowie in der konkreten Begegnungssituation mit den Professionellen. Das Prinzip des Empowerments sieht die Klientel als Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben und ermöglicht ihnen eine eigenverantwortliche Gestaltung. Sie sollen nach dem Prinzip des Empowerments selbst entscheiden dürfen, wann sie Hilfe benötigen, welche Art von Hilfe nützlich ist und wann sie nicht mehr benötigt wird (vgl. ebd.: 60–67).

Für die Beratung in der Sozialen Arbeit sind nach Wagner und Küchler (2008:2f.) unabhängig von der Invention die beraterischen Grundhaltungen wesentlich. Dazu gehört zum einen,

dass sich die beratende Person neutral hinsichtlich des Ziels, Systems und der Veränderung verhält. Weitere Grundhaltungen sind, dass die Klientel uneingeschränkt als Experte für ihr Leben gelten und alle Ressourcen, die sie zur Lösung benötigen, in sich tragen. Als beraterische Grundhaltung gilt auch, dass die Klientel die Ziele, Methoden, das Tempo und die Dauer der Intervention selbst bestimmen dürfen. Es ist wichtig, dass die Entscheidung für eine Veränderung oder auch für eine Nicht-Veränderung von der Klientel selbst getroffen wird (vgl. Wagner/Küchler 2008: 2f.).

In der Suchtberatung gibt es eine grosse Methodenvielfalt, welche die beraterischen Grundhaltungen integrieren und Anwendung finden. Folglich werden drei davon kurz erläutert, welche von der Autorin für die Arbeit als relevant gesehen werden und sich gut mit dem Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung vereinbaren lassen.

3.2.1 Systemische Beratung

Der systemische Beratungsansatz nimmt nach Gastiger und Abstein (2012: 61-67) die sozialen Kontexte der Klientel in den Blick. Das soziale System, in dem ein Individuum lebt, ist für die Suchtberatung relevant. In der systemischen Beratung ist die konstruktivistische Perspektive eine wichtige Leitidee. Im radikalen Konstruktivismus wird davon ausgegangen, dass wir nie die absolute Wahrheit erfassen können. Nach dieser Leitidee sind beispielsweise Diagnosen keine Wirklichkeit, sondern Wirklichkeitskonstruktionen und vorläufige Hypothesen (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 61f.).

In der systemischen Beratung wird über die Wirklichkeitskonstruktionen gesprochen und allenfalls nach besseren gesucht, um mehr Handlungsoptionen zu eröffnen. Des Weiteren wird in der systemischen Beratung auf das Prinzip der Zirkularität zurückgegriffen. Es wird in der systemischen Theorie davon ausgegangen, dass man es in sozialen Systemen mit vielfachen wechselseitigen Rückkoppelungen, sogenannten zirkulären Prozessen, zu tun hat. Zirkuläre Prozesse sollen in der systemischen Beratung unterbrochen werden. Es werden immer die Kontexte, die Lebenswelt und der Sozialraum berücksichtigt. Süchtiges Verhalten wird nicht als Krankheit betrachtet, sondern als in einem bestimmten Kontext sinnvolles Verhalten. Ressourcen werden durch Unterstellung wahrgenommen und entwickelt (vgl. ebd.: 62f.).

3.2.2 Case Management

Casemanagement wird in der spezialisierten Suchthilfe nach Gastiger und Abstein (2012: 62f.) für komplexe Problemlagen und längere Hilfeprozesse mit mehreren beteiligten Diensten angewendet. Diese Methode eignet sich also nicht für kurze Beratungsprozesse. Die Funktion des Case Managements ist es, einzelne Hilfen und Behandlungen zusammenzuführen und zu koordinieren. Eine Case Managerin oder Case Manager tut dies in enger Abstimmung mit der Klientel. Es wird also anwaltschaftlich gehandelt, mit dem Ziel, dass wichtige und relevante Informationen für eine Entscheidung vorhanden sind. In der Suchtberatung ist Case Management mittlerweile etabliert und beinhaltet in seinem Verfahren mehrere Schritte (vgl. ebd.: 65f.). Das Konzept Case Management berücksichtigt öko-soziale und strukturelle Gesichtspunkte und zeichnet sich durch folgende Punkte aus; Die Notwendigkeit von Beziehungsarbeit, große Sensibilität hinsichtlich psychischer Bedürfnisse und Prozesse, die Begleitung von sozialen und gesundheitlichen Problemen, ein dynamisches Verständnis von den Systemen, in denen sich die Betroffenen und die Case Managerinnen und Case Manager begegnen und sich auseinandersetzen, das Nutzbarmachen von persönlichen Ressourcen, Flexibilität und Eigenverantwortung bei Klientel und bei dem sie umgebenden Ressourcensystem und durch Nachhaltigkeit und Wirksamkeit in der Fallarbeit (vgl. Neuffer 2013: 21).

3.2.3 Lösungsorientierte Beratung

Die lösungsorientierte Beratung in der spezialisierten Suchthilfe ermöglicht es nach Bamberger (2010: 41) den Beratenden zusammen mit der Klientel individuelle Wege des Suchtausstieges oder zur Verbesserung der Lebenssituation zu finden und sie darin wirkungsvoll zu unterstützen (vgl. Bamberger 2010: 41f.). Die Grundannahme der lösungsorientierten Beratung ist nach Wendt (2017: 188), dass Menschen sich oft selbst im Weg stehen, wenn sie Schwierigkeiten lösen müssen. Steve de Shazer (Einer der Begründer des Verfahrens) drückt aus, dass die Menschen «im Innersten» glauben, dass es immer eine Erklärung benötigt, um ein Problem wirklich zu lösen. In der lösungsorientierten Beratung wird angenommen, dass jeder Mensch bereits über die nötigen Ressourcen verfügt, um ein Problem zu lösen, sie jedoch nicht nutzt (vgl. Wendt 2017: 188). Die lösungsorientierte Beratung hat nach Wagner und Küchler (2008: 1f.) einige Gemeinsamkeiten mit der Motivierenden Gesprächsführung, besonders in der beraterischen Grundhaltung. Diese Grundhaltung ist wesentlich wichtiger als die Interventionen selbst. Die Lösungsorientierte Beratung hat sich in der Praxis neben

anderen Therapie- und Beratungsformen als erfolgreiche Methode bewiesen. Sie arbeitet ganzheitlich, systemisch, biografieorientiert, sowie ziel- und lösungsorientiert (vgl. Wagner/Küchler 2008: 1f.).

3.3 Personenzentrierter Ansatz nach Carl Rogers

Der personenzentrierte Ansatz war Mitte 20. Jahrhundert neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie eine der drei verbreitetsten Therapieformen (vgl. Boeger 2009: 66). Carl Rogers gilt als Begründer des personenzentrierten Ansatzes, wobei nach Rogers jeder Mensch in der Lage ist, sich selbst zu helfen und diesen Impuls durch Unterstützung von aussen zu aktivieren. Bei dem Ansatz bilden nach McLeod (2014: 129f.) die Klientel den Mittelpunkt. Echtheit (Kongruenz), bedingungslose Wertschätzung und ein einführendes Verständnis in den zwischenmenschlichen Beziehungen machen die Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes aus. Die Beziehung zwischen der beratenden Person und der Klientel bietet die Grundlage für die Freisetzung des Wachstumspotentials, welches nach Rogers in jedem Menschen steckt (vgl. McLeod 2014: 129f.). Der Fokus liegt nach Boeger (2009) nicht auf dem Problem oder den Symptomen, sondern hauptsächlich auf der Beziehungsebene. Dies soll der Klientel ermöglichen, Eigeninitiative zu ergreifen, ohne dass die beratende Person durch Ratschläge und Interpretation interveniert. Der personenzentrierte Ansatz ist ein wandelnder Prozess, welcher ständig von den professionellen Praktizierenden überprüft und umgesetzt wird (vgl. Boeger 2009: 67).

Der personenzentrierte Ansatz wird nach Rechten (2004: 39-55) durch das humanistische Menschenbild geprägt. Die humanistische Psychologie geht von der Selbststeuerung der Menschen aus. Sie sieht den Menschen als ganzheitliches Wesen an, dessen Ziel die Selbstverwirklichung ist. Carl Rogers ist ein Vertreter der humanistischen Psychologie und hat zu deren Entwicklung beigetragen. Er geht davon aus, dass der Mensch in seinem tiefsten Inneren gut ist. Er vertraut in die eigenen Kräfte des Menschen, welche zum Erfolg führen würden. Der Mensch wird grundsätzlich als positiv und konstruktiv angesehen und soll mit zunehmender Reife und Selbstverwirklichung seine Persönlichkeit entwickeln. So soll jeder Mensch dazu fähig sein, all seine Bedürfnisse zu befriedigen.

Maslow entwickelte das Modell der menschlichen Bedürfnisse. Er spricht von physiologischen Bedürfnissen wie Hunger, Durst und Wohlbefinden. Weiter zählt er das Bedürfnis nach Sicherheit, Zugehörigkeit, Wertschätzung und Selbstverwirklichung auf. Das Menschenbild der Humanisten geht davon aus, dass jedes Verhalten sinn- und zielorientiert ist.

Destruktives Verhalten soll entstehen, wenn die Selbstverwirklichungstendenz durch äussere Einwirkungen gestört wird (vgl. Rechten 2004: 39–55).

Sander (2007: 334f.) beschreibt, dass ein Veränderungsanliegen in der personenzentrierten Beratung darin liegt, die Klientel in ihrer Inkongruenz erfahren zu lassen. Eine Person ist dann kongruent, wenn ihr aktuelles Verhalten und Erleben mit dem bestehenden Selbstkonzept weitgehend übereinstimmen. Ist dies nicht der Fall, so spricht man von Inkongruenz. Es ist deshalb wichtig in einer Beratung der Klientel das Inkongruenzerleben auszulösen, um am Problem arbeiten zu können. Menschen müssen selbst verstehen können, wie sie sich ihrem Idealbild nähern können, oder was es dazu braucht. Die Änderungen des Verhaltens stellen sich von selbst ein, wenn die Klientel gelernt haben die Inkongruenz in ihrem Selbst zu überwinden. Essenziell für den Therapeuten ist, mit der Klientel individuell nach Lösungen zu suchen und keine Musterlösungen vorzuschlagen. Sander schreibt, dass das Inkongruenzerleben der wichtigste Motor für eine Veränderung ist. (vgl. Sander 2007: 334f.)

Das Ziel bei der Personenzentrierten Beratung ist nach Schubert et al. (2019: 86f.) die Beeinflussung der Selbst- und Fremdexploration. Dies bedeutet, dass die Beratung gezielt auf der Förderung der inneren Erkundung der Person (Gefühlen, Wahrnehmungen, Affekten und Motiven) liegt, dabei ist die gegenwärtige Situation entscheidend. Nicht weniger wichtig ist die Erkundung der äusseren Problemaspekte (die Förderung realistischer Sichtweisen des Klientel, sowie die Vermittlung wirksamerer Handlungs- und Bewältigungskompetenzen) (vgl. Schubert/Rohr/Zwicker-Pelzer 2019: 86f.) .

Schlussendlich soll die Beratung nach Schubert (2019: 82-85) einen Prozess bei der Klientel auslösen, in welchem die beratene Person Verständnis für eigene Schwierigkeiten, Selbstverantwortung, persönlichen Problembewältigungswege, Lern- und Lebensfreude und den Abbau seelischer Wachstumsblockierungen erwirbt und erlernt. Die Aufgabe der Beraterin ist mit Empathie, Wertschätzung und Aufrichtigkeit dem Gegenüber zuzuhören und nicht zu urteilen. Das Beratungsgespräch soll offen gestaltet sein, sodass es sensibel für unterschiedliche Sichtweisen, Lösungswege und Handlungsformen ist. Der Fokus ist jedoch immerzu das Erleben der Klientel und das Vorgehen ist stets personenzentriert (vgl. ebd.: 82–85).

3.4 Veränderungsstadien im transtheoretischen Modell

Die Bereitschaft einer Person, sich zu verändern, kann nach dem Modell der Phasen der Veränderungsbereitschaft nach Prochaska und DiClemente klassifiziert werden (vgl. Kre-

mer/Schulz 2012: 33). Dieses Modell ist hilfreich, um das Stadium der Veränderungsbereitschaft bei einer Person zu ermitteln und um gezielte Gesprächsstrategien der Motivierenden Gesprächsführung anzuwenden (vgl. ebd.: 34). Das transtheoretische Modell ist das erste dynamische Gesundheitsmodell und wurde ursprünglich im Kontext der Nikotinabhängigkeit entwickelt. Das Modell hat den Anspruch, wirksame Komponenten und Prinzipien diverser Behandlungsansätze zu integrieren (vgl. Prochaska/DiClemente 1986: 4).

Nach Haynes und Sackett (1976: 124f.) stellen verschiedene Konzepte den bestehenden Willen zur Mitarbeit als unabdingbare Voraussetzung für die Behandlung der Klientel dar. Häufig findet sich in diesem Zusammenhang der Begriff der Compliance. Compliance bedeutet, dass Klientel bereit sind, sich aktiv an therapeutischen Maßnahmen zu beteiligen (vgl. Haynes/Sackett 1976: 124f.). Zu kritisieren ist nach Weigl und Mikutta (2019: 5) die Annahme, Klientel könnten relativ einfach die ihnen vorgegebenen Verhaltensweisen umsetzen. Bei Nichtbefolgen werden die Klientel nicht selten mit dem Begriff der mangelnden Compliance belegt. Dies kann zu einer Stigmatisierung der Klientel führen.

Dem zufolge konnte sich in einem weiterentwickelten Konzept der Begriff Adhärenz durchsetzen. Dabei ist von Bedeutung, ob die Klientel bereit sind ein im Rahmen der Behandlung zielführendes Verhalten auszuführen (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 5). Dieses Verhalten wird beispielsweise als Behandlungsplan zwischen Klientel und behandelnder Person gemeinsam festgelegt. So sollen Selbstbestimmung und Autonomie der Klientel hervorgehoben und dadurch die aktive Beteiligung gefördert werden (vgl. Sabaté 2003: 223). Es bleibt allerdings noch unklar, wie bei Menschen Verhaltensänderungen hervorgerufen werden können (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 5). Es gibt verschiedene Annahmen zu dieser Thematik. In gewissen Theorien wurde erforscht, dass die Entstehung von Motivation zur Verhaltensänderung u. a. auf das Empfinden von Furcht zurückzuführen ist, sogenannte Furchtappelltheorien (vgl. Carpenter 2010: 661–669).

In dieser Annahme wird davon ausgegangen, dass Menschen durch Abschreckung mit den negativen Folgen beispielsweise vom Konsum von Alkohol Abstand nehmen. Nach Miller und Rollnick scheint die Anwendung von Furchtappellen nur bedingt zu Verhaltensänderungen zu führen und insbesondere in Gesprächen zwischen Klientel und beratender Person das intendierte Ziel zu verfehlen (vgl. Miller et al. 2015b). Bei den Furchtappelltheorien wird der Verlauf in Phasen hin zu einer Verhaltensänderung nicht berücksichtigt (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 5).

Nach Prochaska und DiClemente (1982: 276) stehen dem Modelle gegenüber wie das transtheoretische Modell bei welchem die Entwicklung von Motivation bis hin zu einer dauerhaften Verhaltensänderung als Prozess über mehrere Stadien beschrieben wird (vgl. Prochaska/DiClemente 1982: 276). Anhand des Transtheoretischen Modells soll eine Darstellung erfolgen, bei welcher eine Verhaltensänderung verschiedene Stufen durchläuft, von der Absichtslosigkeit bis zum Abschlussstadium, in dem neues Verhalten zur Gewohnheit geworden ist. Das Transtheoretische Modell ist ein Stufenmodell, welches als fortlaufender Prozess zu verstehen ist und über eine Sequenz von qualitativ definierten Stadien verläuft (vgl. ebd.: 278).

Nach Weigl und Mikutta (2019: 6) wird im Transtheoretischen Modell angenommen, dass sich jede Änderung in einer Abfolge von folgenden 5–7 Schritten vollzieht:

Aufrechterhaltung (Maintenance)

Die Person führt das von ihr gewünschte Verhalten seit längerer Zeit mit dem Ziel der Stabilisierung der vorgenommenen Verhaltensänderung aus.

Handlung (Action)

Die Person führt das geplante Verhalten aus.

Vorbereitung (Preparation)

Eine Person hat schon eine Intention gebildet ihr Verhalten zu ändern und führt erste Vorbereitungen durch.

Absichtsbildung (Contemplation)

Es wird über eine Verhaltensänderung nachgedacht und sich aktiv mit den negativen Konsequenzen des Problemverhaltens auseinandergesetzt.

Absichtslosigkeit (Precontemplation)

Eine Person in dieser Phase denkt nicht über Verhaltensänderung nach. Das Vermeidungsverhalten wird bagatellisiert und die eingeschränkte Mobilität und die Abhängigkeit der Umwelt wird akzeptiert.

Abbildung 2: Phasen der Veränderung (Eigene Darstellung, angelehnt an Prochaska und DiClemente, 1986).

Die in der Darstellung aufgezeigten fünf Schritte werden Stufenmässig durchlaufen. Wobei ein sechster und siebter Schritt nicht ausgeschlossen ist: Es ist mit möglichen Rückfällen (Relapse) zu rechnen, welche die Person, wenn sie in der Phase der Aufrechterhaltung angelangt ist, wieder zurück in die Phase der Handlung oder Absichtsbildung «werfen» kann. Weiter gibt es die Phase des dauerhaften Ausstiegs / der dauerhaften Beibehaltung. In dieser Phase gibt es keinerlei Versuchung, in das alte Risikoverhalten zurückzufallen; Die Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens erfordert keinerlei selbstregulative Anstrengungen mehr, sondern ist automatisiert und zur Gewohnheit geworden (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 6)

Es ist nach Körkel und Veltrup (2003: 115-124) nun wichtig zu erkennen, in welchem Stadium des Veränderungsprozesses die Klientel sind. Je nach Stadium schlagen sie verschiedene Strategien der beratenden Person vor. Widerstand entsteht für Miller und Rollnick vor allem dann, wenn die Strategie der beratenden Person nicht mit dem Veränderungsstadium der Klientel übereinstimmt (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 115–124). Anhand des Modells lässt sich bereits die große Bedeutung einer auf das jeweilige Stadium angepassten bzw. „maßgeschneiderten“ Intervention ableiten. Wenn dem Klientel ein Wechsel in die nächste Stufe ermöglicht werden kann, ist die Massnahme gelungen (vgl. DiClemente et al. 1991: 295).

Die Annahme einer aufsteigenden Entwicklung über die Zeit hinweg scheint für Verhaltensänderungen nach Rosengren (2015: 20) nicht zwingend zutreffend zu sein. Mitunter verfallen Menschen trotz anderer Absichten in gewohnte, nachteilige Muster zurück und streben dann erneut die Umsetzung einer Verhaltensänderung an (vgl. Rosengren 2015: 20). Entsprechend müssen diese Personen wieder niedrigeren Stufen zugeordnet werden (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 7). Bei der Klientel zeigen sich in jedem Stadium typische Gedanken und Empfindungen. Die Entscheidung für eine Handlung verläuft nach DiClemente et al. tendenziell eher zirkulär als linear (vgl. DiClemente et al. 1991). Das transtheoretische Modell stellt eine wesentliche Grundlage für das Verständnis der Motivierenden Gesprächsführung dar (vgl. Miller et al. 2015a). Nach Heather et al. können insbesondere die Phasen der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung als Ansatzpunkte für die Motivierende Gesprächsführung angesehen werden (vgl. Heather et al. 1996: 1056–1066). Motivation kann nicht mit einem Schalter ein- oder ausgeschaltet werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass hin zu einer Verhaltensänderung eine Entwicklung stattfindet. Dabei können Ambivalenzen auch dann bestehen bleiben, wenn das Zielverhalten schon gezeigt wird (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 8).

4. Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung ist nach Miller und Rollnick ein direktives und personenzentriertes Beratungskonzept, bei dem durch Eigenmotivation ein problematisches Verhalten geändert werden kann (vgl. Miller/Rollnick 2004: 2). Dem Ansatz liegt nach Körkel und Veltrup (2003: 115) die Annahme zugrunde, dass Menschen im Allgemeinen nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Somit widmet sich die Motivationsarbeit den Ambivalenzen und möchte diese untersuchen und reduzieren (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 115). Motivierende Gesprächsführung kann als Vorbereitung auf eine Behandlung oder Beratung, als freistehende kurze Intervention, als dauerhafter klinischer Stil oder als Fallback-Ansatz angewendet werden (vgl. Miller/Rollnick 2004: 2). Im folgenden Kapitel werden die Entstehung und Begründung des Ansatzes erläutert.

4.1 Entstehungsgeschichte und theoretische Einbettung

Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung wurde von William R. Miller und Steven Rollnick zu Beginn der 1980er entwickelt, basierend auf dem Veränderungsmodell (Prochaska/DiClemente 1982). Der Ansatz ist nach Weigl und Mikutta (2019: 2) aufgrund unbefriedigender Erfahrungen in der Arbeit mit Suchterkrankten entwickelt worden. Die Begründer des Ansatzes stellten hauptsächlich das bis zu diesem Zeitpunkt stark konfrontative und autoritär geprägte therapeutische Vorgehen in Frage (vgl. Weigl/Mikutta 2019: 2).

Heather und Stockwell (2004: 106) halten zu der Entstehung von Motivierender Gesprächsführung fest, dass sie durch Beobachtung und Spezifizierung der Wirkfaktoren intuitiver klinischer Praxis entstanden ist. In Seminaren mit William R. Miller in Norwegen stellten sich eine Gruppe von klinischem Personal folgende Fragen. Wenn das Klientel gesagt hat «... Sie scheinen mein Problem nicht zu verstehen. Es ist nicht nur der Alkohol, sondern auch meine Ehe...», wie sollte dann die beratende Person antworten?

Es stellte sich auch die Frage, wie die beratende Person das Gespräch in eine befriedigende Richtung für beide Parteien leiten könnte. Miller, als ein personenzentrierter Psychotherapeut vermutete, dass konfrontative Gesprächsführung Probleme verstärken würde. Demnach könnte die beratende Person empathisches Zuhören verwenden, um den Widerstand zu minimieren und die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen. Was dabei herauskam, war ein Überblick über Motivierende Gesprächsführung. Zwischen zehn und 15 Jahre später wurde Mo-

tivierende Gesprächsführung eine von den bekanntesten Behandlungsmethoden für Alkoholprobleme. Die Methode wurde dann überarbeitet und erweitert, ein Forschungsort entstand und es wurde versucht, die Methode an andere Gruppen von Klientel und Rahmenbedingungen anzupassen (vgl. Heather/Stockwell 2004: 106).

Gespräche über Veränderung sind nach Miller und Rollnick (2015: 17f.) etwas Alltägliches. Wenn die Gespräche im Kontext der Beratung stattfinden, möchte eine entsprechend ausgebildete Person einer anderen helfen, sich zu verändern. Die Motivierende Gesprächsführung wurde konzipiert, um im Kontext von Beratung und Therapie effizientere Gespräche bezüglich einer Veränderung zu führen. Motivierende Gesprächsführung soll den Beraterinnen und Beratern einen konstruktiven Umgang mit Schwierigkeiten, welche sich in Gesprächen ergeben, ermöglichen. Schwierigkeiten ergeben sich, wenn jemand bei einer anderen Person die Motivation zur Veränderung stärken oder aktivieren möchte. Die Methode geht davon aus, dass die inneren Einstellungen von der Sprache widerspiegelt und aktiv geformt werden. Ziel ist es dabei, die Menschen selbst auf das Thema Veränderung zu bringen, auf der Grundlage ihrer eigenen Wertvorstellungen und Interessen (vgl. Miller et al. 2015: 17f.).

Motivierende Gesprächsführung wurde ursprünglich nicht theoretisch abgeleitet, sondern nachträglich in einen theoretischen Kontext eingebettet (vgl. Malik 2015: 459). Sie basiert demnach auf den Ansatz der non-direktiven, klientenzentrierten Gesprächsführung von Carl Rogers (vgl. Rogers 1946: 415). Wie im Kapitel 3.3 genauer erläutert wurde, strebt demnach ein Individuum nach Eigenverantwortung und Entfaltung. Die Prinzipien, um einen Klienten darin zu unterstützen sind laut Rogers Echtheit (Kongruenz), Empathie und Akzeptanz. Die Motivierende Gesprächsführung nutzt darüber hinaus auch aktivere, kognitiv-behaviorale Strategien, die direktiv auf ein Zielverhalten ausgerichtet sind (vgl. Malik 2015: 459–460).

Des Weiteren wurde die Motivierende Gesprächsführung basierend auf dem Veränderungsmodell entwickelt (vgl. Prochaska/DiClemente 1982: 276f.). Dieses wurde als Grundlagentheorie im Kapitel 3.4 genauer erläutert. Das Veränderungsmodell ist hilfreich, um das Stadium der Veränderungsbereitschaft bei einer Person zu ermitteln und um gezielte Gesprächsstrategien der Motivierenden Gesprächsführung anzuwenden (vgl. Kremer/Schulz 2012: 33).

Des Weiteren baut die Motivierende Gesprächsführung auf der Theorie der Selbstwahrnehmung von Daryl J. Bem (1972) auf (vgl. Malik 2015: 460). In der Theorie wird angenommen, dass Menschen ihre Identität, Einstellungen, Gefühle und andere interne Vorgänge

durch die Beobachtung und Schlussfolgerung ihres eigenen Verhaltens unter bestimmten Umständen erkennen (vgl. Bem 1972: 2). Darüber hinaus steht die Motivierende Gesprächsführung der Theorie der kognitiven Dissonanz von Leon Festinger (1957) konzeptuell nahe (vgl. Malik 2015: 460).

4.2 Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

Der Motivierenden Gesprächsführung unterliegen verschiedene Grundannahmen bzw. folgende vier Prinzipien: Empathie, Entwicklung von Diskrepanzen, geschmeidiger Umgang mit Widerstand und Förderung von Veränderungszuversicht. Die genannten vier Prinzipien sind eine Art Vermittlungsstück für den Geist und die zum Einsatz kommenden Methoden der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 118).

1) Empathie ausdrücken

Unter Empathie wird nach Körpel und Veltrup (2003: 118) verstanden, dass dem Klienten respektvoll zugehört wird und versucht wird, sein Verhalten aus dessen Perspektive zu verstehen. Des Weiteren wird unter dem Prinzip der Empathie verstanden, dass Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und den persönlichen Werten bzw. Zielen der Klientel entwickelt werden sollten. All jenes, was beim Klientel Widerstand auslösen könnte, sollte von der beratenden Person vermieden werden.

Sollte doch Widerstand aufkommen, gilt es diesen abzubauen und die Zuversicht der Klientel darin zu bestärken, dass sie ihr Verhalten ändern können. Nach der Theorie der paradoxen Veränderung gehen Menschen das Risiko der Veränderung leichter ein, wenn sie so angenommen werden, wie sie sind. Diese Erfahrung macht sich Motivierende Gesprächsführung mit der Grundhaltung der Empathie zunutze (vgl. ebd.).

2) Diskrepanzen entwickeln

In der Motivierenden Gesprächsführung ist es laut Körpel und Veltrup (2003: 118) wichtig, dass die eigene Zwiespältigkeit dem Suchtmittelgebrauch gegenüber (Diskrepanzen) der Klientel erlebbar gemacht wird. Somit kann die Wichtigkeit einer Veränderung an innerer Kraft gewinnen. Bei dem Entwickeln von Diskrepanzen geht es darum aufzuzeigen, inwiefern die Sucht mit wichtigen persönlichen Zielen und Werten in Konflikt steht. Wenn das Klientel die Gründe aufzeigt, welche für eine Veränderung sprechen, nennt sich dies «Change Talk». Der Change Talk kann in verschiedenen Varianten auftreten, worauf die Arbeit später näher eingehen wird (vgl. ebd.).

3) Geschmeidiger Umgang mit Widerstand

In der Motivierenden Gesprächsführung werden vier Kategorien des Widerstands der Klientel unterschieden. In der ersten Kategorie wird die Kompetenz der beratenden Person in Abrede gestellt, sogenanntes «Argumentieren». In der zweiten wird der beratenden Person das Wort abgeschnitten, sogenanntes «Unterbrechen». In der dritten Kategorie werden eigene Probleme geleugnet oder bagatellisiert und Vorschläge werden destruktiv abgelehnt, das sogenannten «Leugnen». In der letzten Kategorie wird nach dem «Ignorieren» das Gespräch in eine neue Richtung geleitet und die Klientel klinkt sich aus dem Dialog aus durch Unaufmerksamkeit. Aus der Sicht der Motivierenden Gesprächsführung gehört der Widerstand dazu und gilt nicht als Problem der Klientel, sondern als Fähigkeitsproblem der beratenden Person. Diese sollte den Widerstand als Anlass nehmen, das eigene Vorgehen zu überdenken und das Gesprächsverhalten zu ändern (vgl. ebd.: 119).

4) Veränderungszuversicht stärken

Die Veränderungszuversicht ist dafür verantwortlich, ob ein Verhalten tatsächlich geändert wird. Deshalb ist Motivierende Gesprächsführung darauf ausgelegt, die Zuversicht, den Optimismus und den Glauben eines Menschen, das jeweilige (Sucht-)Verhalten ändern zu können, zu nähren. Dies gelingt der beratenden Person durch die Bezugnahme auf frühere erfolgreiche Verhaltensänderungen der Klientel, oder durch Erfolge von Anderen. Wenn von der Klientel selbst Gedanken oder Bemerkungen über die Veränderungszuversicht geäußert werden, wird in der Motivierenden Gesprächsführung von «Confidence talk» gesprochen, einer Variante von «change talk» (vgl. ebd.).

4.3 Methoden der Motivierenden Gesprächsführung

Es gibt nach Miller und Rollnick (2015: 51) sieben Methoden, welche den Ansatz des Modells der Motivierenden Gesprächsführung charakterisieren und auf den vier Prinzipien der Intervention beruhen. Körkel und Veltrup (2003: 119) beschreiben, dass die Anwendung der Methoden veränderungsmotivierte Aussagen der Klientel fördern soll und den Widerstand schwächen. Des Weiteren haben die Methoden zum Ziel, die Änderungszuversicht zu stärken, sowie zentrale Ausführungen der Klientel zusammenzufassen. Auf diese Methoden wird im Folgenden eingegangen (vgl. ebd.).

1) Offene Fragen

Nach Miller und Rollnick (2015: 86) sind offene Fragen nicht durch «ja» und «nein» oder wenige Worte zu beantworten. Offene Fragen laden zu einer ausführlicheren Darlegung der

persönlichen Sichtweise ein. Somit wird in der Motivierenden Gesprächsführung durch offene Fragen ein Thema eröffnet und dann vertieft durch weitere Methoden wie beispielsweise aktives Zuhören. Mit Hilfe der offenen Fragen setzen sich die Klientel mit ihrer eigenen Sichtweise auseinander und können ihre eigenen Ambivalenzen erkunden (vgl. Miller et al. 2015: 86).

2) Aktives Zuhören

Das aktive Zuhören entspricht nach Körkel und Veltrup (2003: 119) einer empathischen und klientenzentrierten Grundhaltung und somit dem ersten Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung. Dabei wird das Verstandene möglichst tiefgründig und mit emotionalen Zwischentönen impliziert zurückgemeldet. Die Beratungsperson folgt den Gedanken und der Erlebniswelt der Klientel, ohne dabei Bewertungen, Meinungen, eigene Fragen, Themen, Ratschläge hinzuzufügen. Auf Wunsch und Zustimmung der Klientel kann eine eigene Anregung in konstruktiver Form in den Dialog miteinfließen (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 119).

3) Würdigung

Mit der Würdigung und Wertschätzung von Verhaltensweisen wird das Klientel ermutigt, das Risiko einer Änderung einzugehen. Dabei wird das therapeutische Bündnis gestärkt und die positive Grundhaltung zum Ausdruck gebracht. Dabei sollen auch fragwürdig erscheinende Lösungsideen akzeptiert werden und auf ihre Nützlichkeit und Zielfähigkeit hin mittels Fragetechniken reflektiert werden (vgl. ebd.).

4) Förderung von «change talk»

Durch den «change talk» werden nach Körkel und Veltrup (2003: 120) die änderungsbezogenen Äusserungen der Klientel gefördert und Diskrepanzen, entsprechend dem zweiten Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung, aufgezeigt. Miller und Rollnick betrachten die Fertigkeit, änderungsbezogene Äusserungen beim Klientel hervorzurufen, als «one of the key motivational interviewing skills» (vgl. ebd.: 120). Es gibt acht Methoden zur Förderung von «change talk». Diese stellen unterschiedliche Varianten offener Fragen dar und lauten wie folgt.

- Offene Fragen
- Wichtigkeitsrating
- 4-Felder-Entscheidungsmatrix
- Veränderungsmotive genau erkunden
- Extrementwicklungen erfragen

- Rückschau halten
- Zukunft nach Konsumreduktion imaginieren
- Lebensziele explorieren und Dissonanzen zum Suchtmittelkonsum eruieren

5) Umgang mit Widerstand

Im dritten Prinzip geht es nach Körkel und Veltrup (2003: 120) darum mit Widerstand umzugehen. Diese Methode stellt die Umsetzung davon dar. Dabei wirken folgende acht Methoden unterstützend. Einfaches Widerspiegeln, überzogenes Widerspiegeln, Widerspiegeln der Ambivalenz, Verschiebung des Fokus, Umdeuten, Zustimmung mit einer Wendung, Herausstellen der persönlichen Wahlfreiheit und mit der Position der Klientel konform gehen. Die ersten drei Methoden sind einfach umsetzbar und stellen Varianten des aktiven Zuhörens dar. Die letzten fünf Methoden sind anspruchsvoller in der Umsetzung und benötigen Erfahrung der Beratungsperson.

6) Förderung von «confidence talk»

Miller und Rollnick unterscheiden nach Körkel und Veltrup (2003: 121) auch bei der Methode zur Förderung der Änderungszuversicht acht Methoden. Mit der Umsetzung dieser Methoden wird das vierte Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung («Stärke die Änderungszuversicht des Klienten») umgesetzt. Die Methoden bestehen aus evokativen Fragen, Zuversichtsrating, Rückblick auf vergangene Erfolge, Ansprechen persönlicher Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten, Brainstorming, Weitergabe von Informationen und Empfehlungen, Umdeuten und Thematisieren hypothetischer Änderungen.

Mit diesen Methoden kann beispielweise in der Phantasie ausgemalt werden, welche Kompetenzen für eine Verhaltensänderung genutzt werden könnten (vgl. ebd.: 121).

7) Zusammenfassungen

Durch periodisches Zusammenfassen wird die innere Auseinandersetzung mit der eigenen Ambivalenz aufrechterhalten. Dies geschieht, weil bei diesen Zusammenfassungen die Klientel Argumente für und gegen die Veränderung hören. Des Weiteren kann mit dieser Methode der rote Faden wieder aufgenommen werden, wenn am Ende oder zu Beginn einer neuen Sitzung die Argumente zusammengefasst werden (vgl. ebd.).

4.4 Änderungsplan erarbeiten und vereinbaren

Nachdem die Motivation für eine Veränderung des Suchtverhaltens aufgebaut und gestärkt wurde, werden wie Körkel und Veltrup (2003: 121) beschreibt, in einer zweiten Phase der

Motivierenden Gesprächsführung konkrete Ziele und Wege zur Zielerreichung herausgearbeitet. Wo oben erläutert wird der Klientel eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus Phase eins gegeben. Dabei kommen zentrale Überlegungen zum Vorschein. Nachdem sich die beratende Person rückversichert hat, dass alles richtig verstanden worden ist, folgt eine Schlüsselfrage. Dabei wird erfragt, wie es weitergehen soll. Im Anschluss an die Schlüsselfrage kommt es zu einer Zielvereinbarung (vgl. ebd.).

Bei der Zielvereinbarung ist darauf zu achten, dass sie in einem gleichberechtigten Dialog entsteht und nicht vorgesetzt wird. Dies nach dem Prinzip, dass nicht einer anderen Person das eigene Ziel verhängt werden kann. Es kann ein guter Rat gegeben werden, jedoch ist es dann in der Hand der Klientel, diesen anzunehmen oder nicht. Als Hilfestellung zur Zielvereinbarung bietet es sich bei der Motivierenden Gesprächsführung an, den Blick auf mögliche Schwierigkeiten bei der Zielerreichung zu lenken. Dazu soll die Zuversicht, das Ziel zu erreichen, eingeschätzt werden.

Nachdem ein Ziel vereinbart wurde, werden in einem nächsten Schritt verschiedene Wege der Zielerreichung in Betracht gezogen. Hierbei soll von der Klientel eingeschätzt werden, inwiefern sie von wem Unterstützung möchten, um das Ziel zu erreichen. So stellt sich zum Beispiel die Frage, ob eine stationäre Therapie oder eine ambulante Beratung in Frage kommt. Bei solchen Fragestellungen gilt bei der Motivierenden Gesprächsführung, dass die beratende Person nicht den vermeintlich richtigen Weg vorgibt, sondern die Vorstellungen der Klientel über den ihnen angemessen erscheinenden Weg erfragt und mithilft, diesen Weg zu präzisieren. Weiter kann die beratende Person Sachinformationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen sowie allfällige Vor- und Nachteile vermitteln, um den Entscheidungsprozess zu unterstützen (vgl. ebd.: 121f.).

In der Phase 2c der Motivierenden Gesprächsführung wird das genaue Vorgehen für den Änderungsplan festgelegt. Dabei stellen sich Fragen wie zum Beispiel, wann und wie oft Beratungsgespräche stattfinden sollen. Wenn alle Eckdaten konkretisiert worden sind, kann die beratende Person die Ergebnisse zusammenfassen. Es bietet sich auch an, einen derartigen Plan zu verschriftlichen (vgl. ebd.: 122).

Miller und Rollnick empfehlen den beratenden Personen, sich die Zustimmung der Klientel zu dem Erarbeiteten einzuholen. Es ist wichtig, dass kein Druck entsteht und sich das Klientel zu keinem Zeitpunkt zu etwas gedrängt fühlt. Dabei helfen kann, wenn nochmals Zeit dafür eingeräumt wird, um über das Vorgehen nachzudenken und darüber zu sprechen. Die

innere Zustimmung der Klientel kann durch das Gespräch darüber gestärkt werden (vgl. ebd.).

4.5 Kritische Würdigung der Motivierenden Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung kann und soll nach Miller, Rollnick und Brueck (2009: 223) nicht immer angewendet werden. So wird wie Motivierende Gesprächsführung nicht empfohlen, wenn die Intentionen eines Menschen mit der Haltung des Therapeuten im Widerspruch stehen, wenn der Therapeut einen Vorteil für sich sieht, je nachdem welche Wahl die Person trifft und wenn die therapeutische Begegnung im Zwangskontext geschieht und die Macht des Therapeuten, die Klientel zur Veränderung zu bewegen, missbraucht werden könnte. In diesen drei Gegebenheiten bezeichnen Miller und Rollnick die Anwendung Motivierender Gesprächsführung als unethisch und unangemessen (vgl. Miller/Rollnick/Brueck 2009: 223). Ebenso entstehen ethische Bedenken, wenn Therapeuten oder Institutionen Zielvorstellungen hinsichtlich einer Verhaltensänderung haben, welche die Klientel nicht teilen (vgl. Miller et al. 2015a: 147–158).

Vogt, Schmid und Schu (2003: 136) sehen insbesondere in einer Chronifizierung, welche aus mehrjährigen Abhängigkeitsverläufen resultiert und mit starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen und komplexen Problemlagen einhergeht, deutliche Grenzen der Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung. In diesen Fällen kann die Motivierende Gesprächsführung als Gesprächsführungstechnik hilfreich sein. Zusätzlich dazu sollte ein strukturiertes und kontrolliertes sozialarbeiterisches Vorgehen mit Hilfeplanung, Hilfeerschließung und Hilfeleistung zur Unterstützung angeboten werden (vgl. Vogt/Schmid/Schu 2003: 136).

Arkowitz et al. (2010: 4) machen in ihrem Überblick über die Forschung zu den Ergebnissen der Motivierenden Gesprächsführung die überraschende Beobachtung, dass zu der Zeit bei keiner Studie in der Literatur ein »reiner« Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung verfolgt wurde (vgl. Arkowitz et al. 2010: 4). So wurde bei praktisch allen veröffentlichten Studien der grundlegende Ansatz verändert oder kombiniert mit anderen Behandlungsformen. Beispielsweise wurde dem Klientel (welche ein Alkohol- oder Drogenproblem hatten) eine Rückmeldung gegeben, welche auf den Resultaten der Erhebungsinstrumente beruhte (vgl. Miller/Sovereign/Krege 1988: 251). Diese bestand aus einer Kombination, die man heute als Motivationsverbesserungstherapie bezeichnet (vgl. Arkowitz et al. 2010: 4). Bei dieser Rückmeldung wurde der Klientel im Stil einer Motivierenden Gesprächsführung mitgeteilt, wie schwer ihre Symptome seien, wenn man sie mit der Norm vergleicht. Eine solche

Rückmeldung ist kein integraler Bestandteil - man weiß daher noch weniger über die Wirkungen der Motivierenden Gesprächsführung für sich allein gesehen, wenn keine Rückmeldung erfolgt (vgl. ebd.: 5). Gleichzeitig ist klar, dass die Motivierende Gesprächsführung nicht immer wirksam ist. Ihre Wirksamkeit fiel je nach Studie, Ort, Berater und Klienten unterschiedlich aus. So gibt es auch verschiedene Studien, welche keine aussagekräftigen Effekte bei der Anwendung von Motivierender Gesprächsführung ergaben (vgl. Carroll et al. 2006: 3001–3012).

Nach Körkel (2008: 181-184) wird die Zieloffenheit der Motivierenden Gesprächsführung kritisiert. Körkel beschreibt, dass es in neueren Publikationen der Begründer Miller und Rollnick sowie in Ausbildungsunterlagen für angehende Trainerinnen und Trainer methodische Anweisungen fehlen. Bei der Behandlung von Personen mit Alkoholabhängigkeit findet sich nach Körkel (2008: 181-184) in nahezu allen Studien, in denen die Motivierende Gesprächsführung als Interventionsmethode vorkommt, das gesetzte, aber nicht mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmte Ziel der Abstinenz. Die Entwicklung der Konzeption einer zieloffenen Motivierenden Gesprächsführung steht noch aus.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die sehr dünne Forschungslage im Bereich der Schulungen (vgl. Körkel 2008: 181–184). Miller und Rollnick (2009: 256f.) erwähnen zusätzlich, dass dem Lehrprozess der zukünftig Anwendenden viel zu wenig Aufmerksamkeit gewährt wird. Im klinischen Kontext herrscht Usanz, das Modell in einem eintägigen Workshop zu erlernen (vgl. Miller et al. 2009: 256–257).

4.6 Anwendung und Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung international

Bereits 1999 untersuchten Handmaker, Miller und Manicke in einer Pilotstudie die Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung in der Beratung von schwangeren Frauen mit problematischem Alkoholkonsum. Nach zwei Monaten zeigten 81% der Frauen einen deutlich geringeren Alkoholkonsum. In der Pilotstudie kam heraus, dass Motivierende Gesprächsführung eine vielversprechende, spezifische Massnahme ist zur Einleitung einer Reduzierung des risikoreichen Alkoholkonsums bei schwangeren Frauen (vgl. Handmaker/Miller/Manicke 1999: 285–287).

Wenn Motivierende Gesprächsführung in einem suchtherapeutischen Alltag angewendet wird, kann dies nach Burke, Arkowitz und Dunn (2002: 215) in vier Varianten erfolgen:

- 1) Motivierende Gesprächsführung als ausschliessliche Behandlung: Motivierende Gesprächsführung wird in verschiedenen Formaten verwendet, am häufigsten als Vorbehandlung, aber auch als eigenständige Behandlung. Eine Metaanalyse von Lundahl et al. (2009: 1240) kam zu dem Schluss, dass Motivierende Gesprächsführung am besten als Vorbehandlung geeignet ist, während Motivierende Gesprächsführung mit Problemfeedback auch als eigenständige Intervention in Frage kommt. Insgesamt scheint Motivierende Gesprächsführung eine vielseitige Behandlung zu sein, die Verhaltensänderungen in einer Vielzahl von Formaten unterstützen kann (vgl. Lundahl/Burke 2009: 1240).
- 2) Als übergeordneter Behandlungsstil, kombiniert mit anderen Behandlungselementen wurde das Modell der Motivierenden Gesprächsführung auf seine Wirksamkeit in vielfältigen Untersuchungen geprüft. So konnte anhand diverser Untersuchungen vor allem zur Problematik des übermässigen Alkoholkonsums festgestellt werden, dass Behandlungsabbrüchen vorgebeugt werden kann durch eine kombinierte Behandlung mit Motivierender Gesprächsführung. Dies nennt sich «adapted motivational Interviewing». Eine Kombination aus Diagnostik, Feedback und Motivierender Gesprächsführung liegt bei der Intervention des «Drinker's Check-up» vor (vgl. Miller et al. 1988: 252). Dabei wurden auf breiter Basis diagnostische Daten erhoben und den Teilnehmenden nach dem Prinzip der Motivierenden Gesprächsführung rückgemeldet und mit ihnen besprochen. In den Studien bleibt jedoch unklar, welches in Abgrenzung zu den anderen Behandlungselementen der «reine» Effekt der Motivierenden Gesprächsführung ist (vgl. Burke/Arkowitz/Dunn 2002: 217f.). In einer weiteren Studie von Riper et al. (2014: 404) wurde die Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung in Kombination der kognitiv – behavioralen Therapie CBT für Alkoholabhängigkeit geprüft. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Motivierende Gesprächsführung mit CBT einen kleinen, aber klinisch signifikanten Effekt auf die Behandlungsergebnisse im Vergleich zur üblichen Behandlung hat (vgl. Riper et al. 2014: 404).
- 3) Nach Körkel und Veltrup (2003: 122f.) wird als vorangestelltes Behandlungselement Motivierende Gesprächsführung zu Beginn beim ersten Kontakt mit der betreffenden Person angewendet. Im Anschluss folgt eine Behandlung ohne Motivierende Gesprächsführung. Die Wirksamkeit dieser Variante besteht darin, dass die anschließende Abbruchquote während der Behandlung ohne vorangestellte Motivierende

Gesprächsführung verringert ist. Durch die vorangestellte Einheit von Motivierender Gesprächsführung wird die Mitwirkungsintensität erhöht (vgl. Körkel/Veltrup 2003: 122ff.). Zwei der Metaanalysen ergaben, dass die Verwendung von Motivierender Gesprächsführung als Vorbehandlung die besten Ergebnisse erbrachte (Burke et al., 2003; Hetteema et al., 2005).

- 4) Als vierte und letzte Variante gilt die Motivierende Gesprächsführung als Rückgriffsmethode. Bei dieser Variante wird auf Motivierende Gesprächsführung zurückgegriffen, wenn während einer Behandlung motivationale Probleme bei Klientel sichtbar werden (vgl. Burke et al. 2002: 217 ff.).

Die Metaanalyse von 30 randomisiert-kontrollierten Studien zur Motivierenden Gesprächsführung von Burke u. a. (2003: 843 – 861) zeigte, dass Motivierende Gesprächsführung bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit, sowie beim Einhalten von Diäten und der Steigerung der körperlichen Aktivität effektiv ist.

Motivierende Gesprächsführung ist nach einer meta-analytischen Überprüfung von Vasilaki/Hosier/Cox (2006: 328- 335) wirksam als Kurzintervention bei der Behandlung von Personen mit problematischem Alkoholkonsum. Sie empfehlen, dass zukünftige Studien sich auf mögliche Prädiktoren für die Wirksamkeit konzentrieren sollten, wie Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Familienstand, psychische Gesundheit, anfängliche Erwartungen und Bereitschaft zur Veränderung. Außerdem sollten die Komponenten der Motivierenden Gesprächsführung verglichen werden, um festzustellen, welche am meisten für die Aufrechterhaltung langfristiger Änderungen verantwortlich sind (vgl. Vasilaki/Hosier/Cox 2006: 328–335).

Lundahl und Birke (2009: 1235-1237) stellen in ihrer Auswertung von vier Metaanalysen fest, dass Motivierende Gesprächsführung signifikant (10-20%) wirksamer ist als keine Behandlung. Sie entspricht im Allgemeinen anderen praktikablen Behandlungen und ist für eine Vielzahl von Problemen, die vom Substanzkonsum (Alkohol, Marihuana, Tabak und andere Drogen) bis zur Reduzierung von Risikoverhalten reichen eine erfolgreiche Behandlung (vgl. Lundahl/Burke 2009: 1235–1237).

Satre et al. führten 2016 eine randomisierte klinische Studie zu Motivierender Gesprächsführung zur Reduzierung des Alkohol- und Drogenkonsums bei Patienten mit Depressionen durch. Das Ergebnis der Studie war, dass Motivierende Gesprächsführung eine wirksame

Intervention bei Cannabiskonsum und gefährlichem Trinken bei Patienten mit Depressionen sein kann (vgl. Satre et al. 2016: 579).

Eine systematische Überprüfung mehrerer Studien untersuchte die Evidenz zur Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung in anderen Modi als der persönlichen Beratung zur Prävention und Behandlung von Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch (vgl. Jiang/Wu/Gao 2017: 216). Internetbasierte und SMS-basierte Motivierende Gesprächsführung schien wirksam bei der Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Insgesamt zeigen die überprüften Studien, dass Motivierende Gesprächsführung übers Telefon eine vielversprechende Art der Intervention bei der Behandlung und Prävention von Drogenmissbrauch ist (vgl. ebd.: 233f.). Auch in einer Studie von Kahler et al. wurde die Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung zur Reduzierung von starkem Alkoholkonsum untersucht. Dies bei Männern, welche mit Männern Sex haben (MSM) und die in der HIV-Versorgung sind, aber derzeit keine Suchtbehandlung erhalten. Das Ergebnis der Studie war, dass für MSM, die mit HIV leben, Motivierende Gesprächsführung vielversprechend ist für die Reduzierung von starkem Alkoholkonsum (vgl. Kahler et al. 2018: 656)

Die WHO hat im Jahr 2017 ein Trainingsmanual für Kurzinterventionen bei Alkoholabhängigkeit herausgegeben. Im genannten Manual werden nach Dr. Fitzgerald (2017: 4f.) Kurzintervention und Motivierende Gesprächsführung nicht als austauschbare Begriffe betrachtet. Es wird jedoch empfohlen, die Kurzinterventionen basierend auf der Motivierenden Gesprächsführung durchzuführen. Es wird beschrieben, dass einige kurze Interventionen die Verwendung von Motivationsinterviews, die von voll ausgebildeten Beratern durchgeführt werden, beinhalten. Einige stützen sich stark auf den Motivationsinterviewstil und andere sind nur teilweise beeinflusst von einigen Konzepten und Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Dr. Fitzgerald 2017: 4f.).

4.7 Bisherige Anwendung in der Praxis der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz

In der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz werden nach Gastiger und Abstein (2012: 53) verschiedene Konzepte und Methoden der Gesprächsführung angewendet, um Menschen mit einer Suchterkrankung zu ihrem Ziel zu verhelfen. Es gibt einige internationale Studien zur Anwendung von Motivierender Gesprächsführung als Kurzintervention (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 53). Nach Schmid u.a. (2012: 11f.) findet Motivierende Gesprächs-

führung als Methode und Beratungsansatz in der Suchthilfe in Kombination mit Case Management zunehmend mehr Beachtung und wird eingesetzt, um die Motivation zur Veränderung des Verhaltens in komplexen Fällen aufzubauen (vgl. Schmid et al. 2012: 11f.). Sucht Schweiz hat einen Leitfaden für Ärzte und Fachleute veröffentlicht, in welchem eine Kurzintervention bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum vorgestellt wird. Die Kurzintervention ist vom Konzept der Motivierenden Gesprächsführung abgeleitet (vgl. Loeb/Stoll/Weil 2014: 29). Suchthilfeorganisationen in der Schweiz arbeiten mehrheitlich nach einem akzeptierenden Ziel- und ressourcenorientierten Ansatz. Nach Gastiger und Abstein (2012: 74) soll die Motivierende Gesprächsführung in der stationären Suchttherapie bei Alkoholabhängigkeit wirksam Anwendung gefunden haben (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 74).

Suchtmonitoring Schweiz hält auf ihrer Website fest, dass die Behandlung alkoholbezogener Probleme auf zwei Wegen erfolgt. Mithilfe einer stationären Behandlung in einer der circa 20 spezialisierten Einrichtungen der Schweiz oder im Rahmen einer ambulanten Behandlung in einer der 223 Beratungsstellen der Schweiz. Während eine stationäre Behandlung eine zumeist stark strukturierte und zeitintensive Therapie beinhaltet, bietet die ambulante Betreuung hingegen eine Begleitung im Alltag, wobei die Personen in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben. Die Intervention ist aufgrund des Verbleibens im Alltag zeitlich weniger intensiv und umfasst ein breiteres Spektrum an Interventionsmöglichkeiten, wie Beratung, Therapie, Erarbeitung von Kontrollmassnahmen und Gesprächen. In der ambulanten Beratung wird nach verschiedenen Methoden gearbeitet (vgl. Labhart/Maffli/Stucki o. J.: 1).

Die Motivierende Gesprächsführung kann in der Schweiz in Kursen in verhältnismässig kurzer Zeit gelernt werden. An der Universität Basel beispielsweise kann der "Certificate of Advanced Studies" (CAS) in Motivierender Gesprächsführung absolviert werden. Grund- und Aufbaukurse finden laut Peltenburg-Brechneff an verschiedensten Institutionen statt und dauern lediglich ein bis drei Tage (vgl. Peltenburg-Brechneff 2016: 1).

Die verschiedenen Tätigkeitsfelder der Suchthilfe in der Schweiz werden durch ein Referenzsystem namens «QuaTheDa» überprüft und reguliert. Dort wurde festgelegt, dass die Beratungs-, Begleitungs- oder Therapieplanung mit der Klientel transparent und nachvollziehbar vereinbart werden soll und ziel- und ressourcenorientiert sein soll. Ausserdem soll eine regelmässige Überprüfung mit der Klientel stattfinden und die Behandlung der individuellen Situation angepasst werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit/Infodrog 2020: 37).

In den Beratungskonzepten des «QuaTheDa» von Suchtberatungsstellen in der Schweiz ist festgelegt, welche Methodiken unter anderem genutzt werden. Darunter befindet sich auch die Motivierende Gesprächsführung (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG 2020: 3). Zusätzlich basiert das ambulante Angebot auf diesen Haltungen: Zuversicht schaffen, dass Veränderung möglich ist sowie die Motivation der Klientel für die Umsetzung von Veränderung zu fördern (vgl. ebd.). Diese Haltungen stimmen mit der Methodik der Motivierenden Gesprächsführung überein.

5. Ergebnis- und Schlussteil

In diesem Kapitel werden wesentliche Erkenntnisse auf den Punkt gebracht. Es werden aus den Erkenntnissen Schlussfolgerungen und Hypothesen abgeleitet. Ausserdem wird ein Fazit gezogen, Konsequenzen aufgezeigt und/oder konkrete Handlungsoptionen für Theorie und/oder Praxis gegeben. Zuerst werden die Erkenntnisse anhand der Teilfragen zusammengefasst, um dann die Hauptfragestellung zu beantworten.

5.1 Zusammenfassen der Erkenntnisse und Beantwortung der Fragestellungen

Anfänglich wurden Teilfragen aufgeworfen, welche nun bearbeitet werden und die Erkenntnisse der Arbeit darstellen. Anhand der Teilfragen wird versucht, die Hauptfragestellung zu beantworten.

5.1.1 Welche Bedeutung hat die Motivierende Gesprächsführung Stand heute in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz?

Wie in der vorliegenden Arbeit erläutert wurde kann ambulante Beratung bei Alkoholproblemen mittel- und längerfristig wirksam sein. Das zeigt sich nach Haug (2015: 4) auch für die Schweiz. In der spezialisierten Suchthilfe werden verschiedene Methoden, Ansätze und Techniken angewendet (vgl. Haug 2015: 4). Auch Berg et al. (2020: 1) beschreibt, dass Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in der Schweiz einen Entzug oder eine Entwöhnung mit Langzeittherapie machen können (vgl. Berg et al. 2020: 1). Verschiedene Studien über Motivierende Gesprächsführung (Burke et al. 2002, Lundahl/Burke 2009, Miller et al. 1988, Vasilaki et al. 2006, Haug 2015, Handmaker et al. 1999, Heather et al. 1996, Morgenstern et al. 2017) deuten darauf hin, dass ihre Anwendung in der Suchtberatung eine positive Wirkung hat. Ihre Anwendung in der Beratung soll eine deutliche Kompetenzsteigerung bei Ratsuchenden im Umgang mit Sucht- und anderen Problemen versprechen. Auch spezifisch

bei der Reduzierung von Alkoholkonsum wird die Motivierende Gesprächsführung als wirksamer und weit verbreiteter Ansatz eingestuft.

Das Referenzsystem für Qualität, Therapie, Drogen und Alkohol (Qualitätsnorm des Bundesamtes für Gesundheit für die Suchthilfe) hält in seinen Beratungskonzepten fest, dass die Motivierende Gesprächsführung als Methodik in der Suchtberatung genutzt wird (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG 2020: 37–39). Suchthilfeorganisationen in der Schweiz arbeiten mit einer akzeptierenden Haltung, sowie ziel- und ressourcenorientiert. In der spezialisierten Suchthilfe werden neben der Motivierenden Gesprächsführung auch andere, weit verbreitete Ansätze verwendet.

Wie Gastiger und Abstein (2012: 53) beschreiben, werden in der Suchtberatung verschiedene Methoden der Sozialen Arbeit eingesetzt, denn die unterschiedlichen Problem- und Lebenslagen der Klientel erfordern den Einsatz einer Vielzahl an Methoden und Techniken in Bezug auf Gesprächsführung (vgl. Gastiger/Abstein 2012: 53). Eine der Methoden, welche die Beraterinnen und Berater verwenden ist die der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Labhart et al. o. J.: 1). Zu den anderen Methoden zählen unter anderen die lösungsorientierte Beratung, das Case Management oder die systemische Beratung. Diese drei erwähnten Konzepte geniessen in der Beratung in der Suchthilfe eine hohe Relevanz und verbreitete Anwendung. Deshalb wurden sie in der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

Der klientenzentrierte Ansatz nach Carl Rogers wurde näher erläutert, da er oftmals eine wichtige Grundlage für Beratungssettings darstellt. Auch in der Haltung der Motivierenden Gesprächsführung fliessen teilweise personenzentrierte Haltungen mit ein. Die Motivierende Gesprächsführung ist für Fachpersonen der Sozialen Arbeit ein mögliches und sinnvolles Instrument. Für diese Arbeit wurde der Fokus auf die Motivierende Gesprächsführung gesetzt, weil gerade in der Arbeit mit Suchtproblematik die Motivation eine zentrale Rolle spielt. Sie ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Ausserdem eignet sich die Motivierende Gesprächsführung im Gegensatz zum Casemanagement, welches für komplexe Problemlagen und längere Hilfeprozesse mit mehreren beteiligten Diensten angewendet wird, auch für kurze Beratungsprozesse.

Im Zusammenhang der Unterstützung von Veränderungsprozessen bei alkoholabhängigen Menschen, kann die Motivierende Gesprächsführung ein geeignetes Konzept darstellen. In verschiedenen Studien wurde untersucht, wie Motivierende Gesprächsführung in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit die Menschen ermutigt, die Behandlung zu beginnen

und bis zum regulären Ende hin durchzuhalten. Die Ergebnisse deuteten jeweils auf eine positive Wirkung (vgl. John et al. 1996, John/Veltrup/Driessen 2000, Pittrich/Rometsch/Sarrazin 2000, Miller et al. 1995, Noonan/Moyers 1997). Anhand der gewonnenen Erkenntnisse lässt sich annehmen, dass die Atmosphäre in der Suchtarbeit angenehmer und konstruktiver sein kann und eine Senkung der Abbruchquoten sowie eine Reduktion des Suchmittelkonsums erreicht werden kann.

5.1.2 Welche Optionen gibt es, um Motivierende Gesprächsführung noch öfters bei Alkoholabhängigkeit in der spezialisierten Suchthilfe einzusetzen?

Folglich soll präsentiert werden, welche Optionen es geben könnte, um die Motivierende Gesprächsführung noch öfters bei Alkoholabhängigkeit einzusetzen. Die Frage wurde zu Beginn der vorliegenden Arbeit aufgeworfen und soll aufzeigen, wo es Potenzial geben könnte, den Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung noch öfters einzusetzen. Um dies herauszufinden, wurde versucht zu evaluieren, inwiefern in den Organisationen der spezialisierten Suchthilfe der Ansatz Anwendung findet. Hierbei wurde versucht, auf Beratungskonzepte zurückzugreifen oder auf Statistiken und Leitlinien.

Es konnte aufgrund fehlender solcher Dokumente nicht aufgezeigt werden, wie oft die Motivierende Gesprächsführung in den Organisationen eingesetzt wird. Statistiken von den Suchthilfeorganisationen, wie oft Motivierende Gesprächsführung angewendet wird, wurden für diese Arbeit nicht gefunden. Es wurde zudem auch Literaturrecherche auf Datenbanken und Websites von Suchtberatungsstellen betrieben. Aufgrund fehlender Verfügbarkeit von Konzepten, kann diese Frage nicht beantwortet werden.

5.1.3 Inwiefern könnte die Schweiz von den Erkenntnissen der internationalen Forschung profitieren?

In der Schweiz beginnen jährlich ungefähr 8'500 Personen aufgrund eines Alkoholproblems eine ambulante Behandlung. Es gibt bislang jedoch nur wenig Studien über die Wirksamkeit solcher Behandlungen (vgl. Haug/Schaub 2018: 46). In der vorliegenden Arbeit wurde die Anwendung und Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung auch international beleuchtet. Bei der internationalen Literaturrecherche wurde auf den Datenbanken einige Wirksamkeitsstudien gefunden.

Von der internationalen Forschung könnte die Schweiz profitieren, wenn davon ausgegangen wird, dass gewisse Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus Studien auch auf die Schweiz

übertragbar sind. Wie man die Erkenntnisse aus den internationalen Studien auf die Systeme in der Schweiz übernehmen könnte soll folglich in einer Tabelle veranschaulicht werden. Es handelt sich um eine Auswahl von internationalen Studien, welche die Autorin als relevant empfindet. In der folgenden Tabelle wird angenommen, dass die in der Schweiz beschriebene Situation im Ausland ähnlich gelagert ist und somit von der internationalen Forschung Schlüsse auf die Schweiz gezogen werden können.

Erkenntnisse aus internationalen Studien	Mögliche Übertragung auf die Schweiz
Die Verwendung von Motivierender Gesprächsführung als Vorbehandlung erbrachte die besten Ergebnisse (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005). Durch die vorgestellte Einheit von Motivierender Gesprächsführung kann die Mitwirkungsintensität erhöht und die anschliessende Abbruchquote während der Behandlung ohne Motivierende Gesprächsführung verringert werden.	Motivierende Gesprächsführung vor einer Behandlung anzuwenden, könnte auch in der Schweiz gut umsetzbar sein. Es ist davon auszugehen, dass die Motivation und Mitwirkungsintensität gleichermassen erhöht werden kann, wie dies international in der Studie der Fall war. Es gilt die jeweilige Institution zu berücksichtigen, ob das Setting eine Vorbehandlung zulässt.
Motivierende Gesprächsführung mit Problemfeedback soll als eigenständige Intervention optimal sein. Insgesamt wird die Motivierende Gesprächsführung als eine vielseitige Behandlung eingeschätzt, die Verhaltensänderungen in einer Vielzahl von Formaten unterstützen kann (vgl. Lundahl/Burke 2009: 1240).	Ob sich die Motivierende Gesprächsführung mit Problemfeedback auch für die Schweiz optimal eignet, wurde noch nicht empirisch untersucht. Jedoch kann vermutet werden, dass ihre Vielseitigkeit auch für die Schweiz geltend ist und sie Verhaltensänderungen auch in der Schweiz unterstützen kann.
Motivierende Gesprächsführung wird zusammen mit der Methode des Case Management angewendet (Schmid et al. 2012).	Es könnte für die Schweiz interessant sein, die Anwendbarkeit dieser Kombination auch zu überprüfen.
Motivierende Gesprächsführung kann in Kombination mit CBT einen kleinen, aber klinisch signifikanten Effekt auf die Behandlungsergebnisse im Vergleich zur üblichen Behandlung haben (vgl. Riper et al. 2014: 404).	Wenn die Schweiz noch keine Kombination von Motivierender Gesprächsführung mit CBT anwendet könnte sie von dieser Studie profitieren und Handlungsschlüsse für die Praxis ziehen.

Nach Satre et al. 2016 soll Motivierende Gesprächsführung bei der Reduzierung des Alkohol- und Drogenkonsums bei Patienten mit Depressionen eine wirksame Intervention sein (vgl. Satre et al. 2016: 579).	Auch die Schweiz behandelt Patienten mit Depressionen sowie einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit und könnte aufgrund der internationalen Resultate Handlungsschlüsse ziehen.
Motivierende Gesprächsführung in anderen Modi als in der «face-to-face» Beratung schien eine vielversprechende Art der Intervention bei der Behandlung und Prävention von Alkoholabhängigkeit zu sein (vgl. Jiang et al. 2017: 216–234).	Diese Studien könnten für die Schweiz interessant sein, da es gerade in Zeiten der Digitalisierung von Vorteil sein kann, auf alternative Beratungssettings zurückgreifen zu können.
Auch in einer Studie von Kahler et al. (2018) wurde aufgezeigt, dass für MSM, die mit HIV leben, Motivierende Gesprächsführung vielversprechend ist für die Reduzierung von starkem Alkoholkonsum (vgl. Kahler et al. 2018: 656)	Diese Studie hat ebenfalls spannende Verbindungen überprüft, in diesem Fall homosexuelle Männer, welche mit HIV leben und ihren starken Alkoholkonsum reduzieren möchten. Es kann vermutet werden, dass diese Ergebnisse auf die Schweiz übertragbar sind.

Table 1: Ergebnisse aus den internationalen Studien und mögliche Übertragung auf die Schweiz (Quelle: eigene Darstellung 2020).

Es müsste geprüft werden, ob und wie genau die folgenden Punkte für die Schweiz adaptiert werden könnten. Weil in der Schweiz repräsentative Daten zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit aus der Praxis weitgehend fehlen, können nur zu einzelnen Punkten beschränkte Aussagen gemacht werden. Viel umfangreichere Forschungsergebnisse und Erfahrungen bietet die internationale Literatur, beispielsweise aus dem amerikanischen Raum, wo der Ansatz in verschiedenen Formen angewendet und geprüft wird. Forschungsbedarf wird darin gesehen, die spezifischen Wirkungen zu eruieren sowie ebensolche Angebote in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz zu erarbeiten.

5.1.4 Beantwortung der Hauptfragestellung

Inwiefern eignet sich das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigen? Diese Frage wurde zu Beginn der vorliegenden Arbeit aufgeworfen und stellt die Hauptfragestellung der Arbeit dar. Nun wird

versucht, anhand der Teilfragen und den darin zusammengetragenen Erkenntnissen diese Fragestellung zu beantworten: Es scheinen viele Argumente dafür zu sprechen, dass sich die Motivierende Gesprächsführung in der spezialisierten Suchthilfe in der Schweiz bei Alkoholabhängigen eignet. Und dies vor allem als Ergänzung, Kombination oder vorangestelltes Behandlungselement mit anderen in der Schweizer Suchthilfe erfolgreich angewendeten Methoden (vgl. Miller/Rollnick 2004: 2). Die Motivierende Gesprächsführung eignet sich beispielsweise in Kombination mit dem systemischen Beratungsansatz, dem Case Management und der Lösungsorientierten Beratung. Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung zeigt sich in der vorliegenden Arbeit als eine vielseitige Behandlung, die Verhaltensänderungen in einer Vielzahl von Formaten unterstützen kann.

Für die Beantwortung der Fragestellung wurden in der Literaturrecherche insbesondere auch internationale Studien berücksichtigt, deren Ergebnisse nach Auffassung der Verfasserin zum grossen Teil auch auf die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz anwendbar sind. Dies müsste jedoch überprüft werden, ob dem auch so ist. Denn es fehlen in der Schweiz weitgehend repräsentative Daten zur Behandlung von Alkoholabhängigen aus der Praxis, um eine solche These untermauern zu können. Diese könnte durch empirische Forschung validiert werden, doch das würde den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen.

5.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit

Aus einer professionstheoretischen Perspektive lässt sich die Soziale Arbeit, wie auch andere Professionen, aufteilen in die beiden Bereiche der Disziplin und der Profession (vgl. Merten 2000: 64). Die Soziale Arbeit hat als Disziplin die Aufgabe, wissenschaftliches Wissen zu generieren und Theorie zu bilden. Die Disziplin ist das Handlungsfeld, wo sich Forschungs- und Theoriebildungsprozesse realisieren. Die Disziplin misst sich an der Richtigkeit und Widerspruchsfreiheit ihrer Erkenntnisse und zielt auf Wahrheit und Richtigkeit. Die Profession zielt auf Wirksamkeit und beschreibt ein gesamtes fachlich ausbuchstabiertes Handlungssystem, sowie die berufliche Wirklichkeit eines Faches und misst die Wirksamkeit und Angemessenheit ihrer praktischen Handlungsvollzüge (vgl. Becker-Lenz/Müller 2009: 195).

Güdel (2013) beschreibt, dass der Ausgangspunkt einer suchtspezifischen Expertise der Sozialen Arbeit ein sozialwissenschaftlich begründetes Suchtverständnis ist. Die Soziale Arbeit bearbeitet und beleuchtet hauptsächlich die sozialen Aspekte der Sucht und trägt somit zur Bearbeitung der Problematik mit ihrer eigenen Sichtweise bei. Es werden kontinuierlich kooperative Prozesse und Übergänge gestaltet. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollten

ihre Expertise kennen und ihre Leistungen prägnant benennen können. Ausserdem sollten sie ihre Wirkungen empirisch nachweisen können. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit von Disziplin und Profession erforderlich (vgl. Güdel 2013: 41).

In der vorliegenden Arbeit ist deutlich geworden, dass die Soziale Arbeit eine massgebliche Kraft in der Suchthilfe ist, weil Sucht in ihren Folgen und in ihrer Verursachung eine soziale Problematik darstellt. Anhand des bio-psycho-sozialen Modells konnte eine eigene Zuständigkeit der Sozialen Arbeit begründet werden. Die Arbeit in Suchtberatungsstellen bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Medizin, Psychotherapie und Sozialarbeit (vgl. Gattiger/Abstein 2012: 53). Dies bedeutet für die Soziale Arbeit, dass es wichtig ist zu erkennen, wo welche Profession zuständig ist. Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung fällt sowohl in die Zuständigkeit der Medizin als auch in die Soziale Arbeit und Psychotherapie.

Die Soziale Arbeit ist in der Suchthilfe auf zwei Interaktionsebenen wirksam. Zum ersten auf der Ebene der Klientel und zum zweiten auf der Fachebene. Die Arbeitsbeziehung auf der Interaktionsebene in Beratungen ist wichtig, deshalb ist ein passender Ansatz, wie die Motivierende Gesprächsführung es darstellen kann, notwendig. Auf der Fachebene ist die Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten bedeutend. Nach Güdel (2013: 38f.) ist multiperspektivische Kooperation ein wirkungsvolles und notwendiges Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. Es braucht eine aktive Ausgestaltung nach fachlichen (handlungstheoretischen und ethischen) Standards der Sozialen Arbeit (vgl. Güdel 2013: 38f.). Sensibilisierung der Grundsätze für die inner- und interprofessionelle Kooperation scheint sinnvoll, denn psychosoziale Beratung, sowie Case Management und Netzwerkarbeit gelten als basale Kernkompetenzen der Profession Soziale Arbeit (vgl. Sommerfeld et al. 2016: 86f.).

Für Professionelle der Sozialen Arbeit, die in der Beratung der spezialisierten Suchthilfe tätig sind, könnte es bedeutsam sein, die Motivierende Gesprächsführung in der Ausbildung der Sozialen Arbeit zu erlernen. Denn die Fähigkeiten der beratenden Person sind entscheidend für die (erfolgreiche) Umsetzung des Ansatzes der Motivierenden Gesprächsführung. Von den Fähigkeiten der beratenden Personen hängt es ab, ob die Veränderungsmotivation der Klientel positiv beeinflusst werden kann. Bei Alkoholabhängigkeit spielt die Veränderungsmotivation, wie auch bei anderen Suchthemen, eine bedeutende Rolle (vgl. Vogt et al. 2003: 137).

Angebote, um die Technik der Motivierenden Gesprächsführung zu lernen, gibt es an diversen Hochschulen und Universitäten in der Schweiz. Zum Beispiel werden im Bachelorstudium der Sozialen Arbeit an der FHNW im Wahlpflichtmodul BA241 «Sucht und Soziale Arbeit» unter anderem Informationen über die Motivierende Gesprächsführung vermittelt und geübt (vgl. FHNW 2020: 103). Es gibt in der Schweiz verschiedene «Certificate of Advanced Studies» (CAS), welche den Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung vermitteln. So beispielsweise die Fakultät für Psychologie an der Universität Basel mit dem einjährigen Weiterbildungsstudiengang für Motivierende Gesprächsführung (vgl. Fakultät für Psychologie 2020: 1). Es gibt auch Weiterbildungsangebote, welche nur wenige Tage dauern.

5.3 Limitationen und Ausblick

Die Arbeit hat sich dem Thema Motivierende Gesprächsführung bei Alkoholabhängigkeit gewidmet und dabei versucht, durch Literaturrecherche die aufgeworfenen Fragestellungen zu beantworten. Das Thema Motivierende Gesprächsführung bei Alkoholabhängigkeit ist für die Praxis und Theorie der Sozialen Arbeit in der spezialisierten Suchthilfe von grosser Relevanz. Die Arbeit versucht aufzuzeigen, wie wirksam der Ansatz im erwähnten Umfeld sein kann. Dies wurde mit empirischen Studien unterlegt. Auch zukünftig kann davon ausgegangen werden, dass die Praxis der spezialisierten Suchthilfe mit diesem Ansatz arbeiten wird. Eine erweiterte Forschung in der Schweiz über die Motivierende Gesprächsführung kann zusätzliche Daten liefern zur möglichen Verhaltensänderung und damit wichtige Erkenntnisse für die spezialisierte Suchthilfe in der Schweiz. Die Theorie könnte die Anwendung der Motivierenden Gesprächsführung sicherlich noch in weiteren Kombinationen untersuchen. Insbesondere, wie sich der Ansatz in reiner Form genau auswirkt. Solche empirischen Forschungen könnten vermutlich weiter ausgebaut werden, um zu evidenzbasierten Strategien zu gelangen.

Anfänglich wurde unter anderen die Frage aufgeworfen, welche Optionen es gibt, um Motivierende Gesprächsführung noch öfters für Alkoholabhängigkeit in der spezialisierten Suchthilfe einzusetzen. Diese Frage konnte leider nicht beantwortet werden, da von der Autorin keine Studien gefunden wurden, welche sich spezifisch dieser Frage widmen. Deshalb kann der Schluss gezogen werden, dass es sinnvoll sein könnte, zu erforschen, wie oft die Motivierende Gesprächsführung wo genau angewendet wird. Daraus könnte ein konkreter Bezug zum Handlungsfeld hergestellt werden und es könnte überlegt werden, wo andockt

werden kann und die Methode der Motivierenden Gesprächsführung eingebracht werden kann.

Es wurden einige internationale Erkenntnisse aus Studien aufgeführt und versucht, eine mögliche Übertragung in die Schweiz aufzuzeigen. Dabei zeigte sich die Schwierigkeit, dass nicht bekannt ist, wie diese Erkenntnisse auf die Systeme in der Schweiz übertragen werden können. In der oben aufgeführten Tabelle konnten somit nur Vermutungen der Autorin festgehalten werden.

Zukünftige Studien könnten sich auf mögliche Prädiktoren für die Wirksamkeit konzentrieren, wie Geschlecht, Alter, Beschäftigungsstatus, Familienstand, psychische Gesundheit, anfängliche Erwartungen und Bereitschaft zur Veränderung. Die Komponenten der Motivierenden Gesprächsführung könnten miteinander verglichen werden. Dabei könnte der Fokus darauf liegen, festzustellen, welche Komponenten am meisten für die Aufrechterhaltung langfristiger Änderungen verantwortlich sind (vgl. Vasilaki et al. 2006: 328–335).

Es gilt zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ausschliesslich anhand einer literaturbasierten Untersuchung erhoben wurden. Eine Empfehlung für weiterführende Untersuchungen ist daher, die Resultate durch empirische Forschungen zu validieren. Ausserdem gilt es, eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu vermeiden, da jede Institution aufgrund ihrer Strukturen und Strategien unterschiedlich auf Ansätze, wie jener der Motivierenden Gesprächsführung, reagiert (vgl. Al-Haddad/Kotnour 2015: 254).

Zu erhellen bleibt auch die Frage, welche einzelnen Elemente die Wirksamkeit der Motivierenden Gesprächsführung ausmachen. Des Weiteren weisen die Erläuterungen der Arbeit darauf hin, dass in der heutigen Zeit verschiedene Beratungsstile betrachtet werden müssen, damit beratende Personen in der Suchthilfe optimal agieren können. Daraus ergibt sich Forschungsbedarf in Hinblick auf die Untersuchung von weiteren Ansätzen und Methoden, welche Alkoholabhängige in den verschiedenen Phasen der Suchtbehandlung positiv beeinflussen können. Die Bedürfnisse, welche in den einzelnen Phasen der Sucht entstehen, wurden bislang kaum erforscht. Um diesen Zusammenhang zu durchleuchten, wurde deshalb in dieser Arbeit auf Studien aus dem Bereich der Psychologie zurückgegriffen. Um die Anwendbarkeit auf den Bereich der spezialisierten Suchthilfe zu überprüfen, sollten sich zukünftig auch empirische Untersuchungen im Bereich der spezialisierten Suchthilfe dieser Thematik widmen.

Für die zukünftige Weiterentwicklung der Motivierenden Gesprächsführung könnte in weiteren Fragestellungen untersucht werden, wie der «Geist» und die ethischen Maximen des Ansatzes in eine schlüssige, theoretisch begründete Systematik gebracht werden könnten. Ausserdem könnte der Nutzen von Motivierender Gesprächsführung für weitere klinische Anwendungsfelder ausgelotet werden. Des Weiteren könnten sich Fragestellungen dem Thema widmen, wie sich der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung in reiner Form genau auswirkt im Gegensatz zur Anwendung in Kombination mit anderen.

6. Literaturverzeichnis

- Al-Haddad, Serina/Kotnour, Timothy (2015). Integrating the organizational change literature: a model for successful change. In: *Journal of Organizational Change Management*. 28. Jg. (2). S. 234–262. DOI: 10.1108/JOCM-11-2013-0215.
- Arkowitz, Hal/Westra, Henny A./Miller, William R./Rollnick, Stephen (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. 1. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Balthasar, Andreas/Furrer, Cornelia/Bürgi, Mirjam/Wight, Nora/Laubernau, Birgit/Horber-Papazian, Katia/Ehrler, Jan (2011). *Evaluation der Nationalen Programme Alkohol und Tabak 2008–2012 sowie des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme 2006–2011*. Luzern: Interface.
- Bamberger, Günter G. (2010). *Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch; [Online-Materialien]*. 4., vollst. überarb. Aufl. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Baumberger, Petra/Knocks, Stefanie (2017). *Suchthilfe in der Schweiz: gestern, heute und morgen*. DOI: 10.5169/SEALS-800149.
- Becker-Lenz, Roland/Müller, Silke (2009). *Der professionelle Habitus in der sozialen Arbeit: Grundlagen eines Professionsideals*. Bern; New York: P. Lang.
- Bem, Daryl J. (1972). Self-Perception Theory. *Advances in Experimental Social Psychology*. Elsevier. 6. Jg. S. 1–62.
- Berg, Anke/Ridinger, Monika/Roger, Mäder (2020). Alkohol. URL: <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol> [Zugriffsdatum: 19. September 2020].
- Beushausen, Jürgen (2016). *Beratung lernen: Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis*. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Boeger, Annette (2009). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte: Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (2020). *Referenzsystem QuaTheDA*. 4. Aufl. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (2020b). *Act-info Jahresbericht 2018*.
- Burke, BL./Arkowitz, H./Dunn, C. (2002). The efficacy of Motivational Interviewing and its adaptations: What we know so far. In: Miller WR, Rollnick S (Hrsg). *Motivational Interviewing*. Second edition. New York, NY: Guilford.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. 25. Jg. (8). S. 661–669.

- Carroll, Kathleen M./Ball, Samuel A./Nich, Charla/Martino, Steve/Frankforter, Tami L./Far entinos, Christiane/Kunkel, Lynn E./Mikulich-Gilbertson, Susan K./Morgenstern, Jon/Obert, Jeanne L./Polcin, Doug/Snead, Ned/Woody, George E. (2006). Motiva tional interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 81. Jg. (3). S. 301–312. DOI: 10.1016/j.drugaldep.2005.08.002.
- DiClemente, C. C./Prochaska, J. O./Fairhurst, S. K./Velicer, W. F./Velasquez, M. M./Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. In: *Journal of consulting and clinical psychology*. 59. Jg. (2). S. 295–304.
- Dr. Fitzgerald, Niamh (2017). WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf?ua=1 [Zugriffsdatum: 11. Oktober 2020].
- Fakultät für Psychologie (2020). CAS in Motivational Interviewing | Fakultät für Psychologie. URL: <https://psychologie.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-in-motivational-interviewing/> [Zugriffsdatum: 05. November 2020].
- FHNW (2020). Modulverzeichnis 2020/2021 Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit.
- Gastiger, Sigmund/Abstein, Hans Joachim (Hg.) (2012). *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Giersberg, Steffi/Touil, Elina/Kästner, Denise/Büchtmann, Dorothea/Moock, Jörn/Kawohl, Wolfram/Rössler, Wulf/Giersberg, Steffi (2015). *Alkoholabhängigkeit*. 1. Auflage. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Gross, Werner (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Berlin: Springer.
- Güdel, Heike (2013). Suchtarbeit auf dem Sozialdienst. In: *Suchtmagazin*. 39. Jg. (5). S. 37–41. DOI: 10.5169/SEALS-800064.
- Handmaker, N S/Miller, W R/Manicke, M (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. In: *Journal of Studies on Alcohol*. 60. Jg. (2). S. 285–287. DOI: 10.15288/jsa.1999.60.285.
- Haug, Severin (2015). *Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen*.
- Haug, Severin/Schaub, Michael (2018). Ambulante Alkoholbehandlung wirkt. In: *Suchtmagazin*. (1). S. 46–48.
- Haynes, R. B./Sackett, D. L. (1976). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Heather, Nick/Rollnick, Stephen/Bell, Alison/Richmond, Robyn (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards*. In: *Drug and Alcohol Review*. 15. Jg. (1). S. 29–38. DOI: 10.1080/09595239600185641.

- Heather, Nick/Stockwell, Tim (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. John Wiley & Sons.
- Jann, Markus (2017). «Die Schweizer Drogenpolitik – ein Pioniermodell». URL: <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/news/Die-Schweizer-Drogenpolitik-%E2%80%93-ein-Pioniermodell-589-10.html> [Zugriffsdatum: 29. September 2020].
- Jiang, Shan/Wu, Lingli/Gao, Xiaoli (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. In: *Addictive Behaviors*. 73. Jg. S. 216–235. DOI: 10.1016/j.addbeh.2017.05.023.
- John, Ulrich/Hapke, U./Rumpf, HJ/et al. (Hg.) (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- John, Ulrich/Veltrup, C./Driessen, M. (Hg.) (2000). *Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Jungblut, Hans-Joachim (2004). *Drogenhilfe: eine Einführung*. Weinheim München: Juventa Verlag.
- Kahler, Christopher W./Pantalone, David W./Mastroleo, Nadine R./Liu, Tao/Bove, Gerald/Ramratnam, Bharat/Monti, Peter M./Mayer, Kenneth H. (2018). Motivational interviewing with personalized feedback to reduce alcohol use in HIV-infected men who have sex with men: A randomized controlled trial. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 86. Jg. (8). S. 645–656. DOI: 10.1037/ccp0000322.
- Klein, Rudolf/Schmidt, Gunther (2017). *Alkoholabhängigkeit*. Erste Auflage. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Körkel, J./Veltrup, C. (2003). *Suchttherapie* (3). DOI: 10.1055/s-00000115
- Körkel, Joachim (2008). Motivational Interviewing: Ethische Betrachtungen. 9. Jg. (4). S. 181–184.
- Kremer, G./Schulz, M. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Labhart, Florian/Maffli, Etienne/Stucki, Stephanie (o. J.). *Suchtmonitoring Schweiz » Alkohol » Behandlungs- oder Betreuungsnachfrage*. URL: <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/5-2.html> [Zugriffsdatum: 30. Oktober 2020].
- Lesch, Otto-Michael/Walter, Henriette/Wetschka, Christian (2009). *Alkohol und Tabak: medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer.
- Lindenmeyer, Johannes/Biedermann, Hans (2005). *Lieber schlau als blau: Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. 7., überarb. u. erw. Aufl. Aufl. Weinheim: Beltz, PVU.

- Loeb, Pierre/Stoll, Beat/Weil, Barbara (2014). Kurzinterventionen bei Patienten mit risiko reichem Alkoholkonsum ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung.
- Lundahl, B./Burke, B. L. (2009). The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practise-Friendly Review of Four Meta-Analyses. In: *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 65 (11). S. 1232–1245.
- Maffli, E./Eichenberger, Y./Delgrade Jordan, M./Labhart, F./Gmel, G./Kretschmann, A. (2020). act-info Jahresbericht 2018: Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz: Ergebnisse des Monitoringsystems.
- Malik, Thomas (2015). Motivierende Gesprächsführung in der Patientenberatung. In: *Quintessenz*. 66. Jg. (4). S. 459–466.
- McLeod, John (2014). *Counselling - eine Einführung in Beratung*. 2. Auflage. Aufl. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Menzi, Peter (2012). Schadensminderung - unverzichtbarer Teil einer kohärenten Suchtpolitik. In: *SuchtMagazin*. 38. Jg. (2). S. 27–33.
- Merten, Roland (Hg.) (2000). *Systemtheorie sozialer Arbeit: neue Ansätze und veränderte Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich.
- Miller, William R./Brown, Janice M./Simpson, Tracy L./Handmaker, Nancy S./Bien, Thomas H./Luckie, Lorenzo F./Montgomery, Henry A./Hester, Reid K./Tonigan, J. Scott (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 2nd ed. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon. S. 12–44.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen (2004). Talking Oneself Into Change: Motivational Interviewing, Stages of Change, and Therapeutic Process. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 18. Jg. (4). S. 299–308. DOI: 10.1891/jcop.18.4.299.64003.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen/Brucek, Rigo (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. 3., unveränd. Aufl. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, William R./Rollnick, Stephen/Demmel, Ralf (2015). *Motivational interviewing*. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Miller, William R./Sovereign, R. Gayle/Krege, Barbara (1988). Motivational Interviewing with Problem Drinkers: II. The Drinker's Check-up as a Preventive Intervention. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 16. Jg. (4). S. 251–268. DOI: 10.1017/S0141347300014129.
- Morgenstern, Jon/Kuerbis, Alexis/Houser, Jessica/Levak, Svetlana/Amrhein, Paul/Shao, Si jing/McKay, James R. (2017). Dismantling motivational interviewing: Effects on initiation of behavior change among problem drinkers seeking treatment. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. 31. Jg. (7). S. 751–762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000317>.

- Mundle, G./Brugel, R./Urbaniak, H./Langle, G./Buchkremer, G./Mann, K. (2001). Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6-, 18- and 36-month follow-up. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*.
- Neuffer, Manfred (2013). *Case Management: soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. 5., überarbeitete Auflage. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Noonan, W. C./Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. In: *Journal of Substance Misuse*. 2. Jg. (1). S. 8–16. DOI: 10.3109/14659899709084610.
- Pauls, Helmut (2013). Das biopsychosoziale Modell- Herkunft und Aktualität Resonanzen. In: *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*. 1. Jg. (1). S. 15–31.
- Peltenburg-Brechneff, Michael (2016). Motivational Interviewing. URL: <http://www.motivationalinterviewing.ch/referenzen.htm> [Zugriffsdatum: 08. November 2020].
- Pittrich, W./Rometsch, W./Sarrazin, D. (Hrsg) (2000). *Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung*.
- Prochaska, J. O./DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 19. Jg. (3). S. 276–288.
- Prochaska, J. O./DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (eds.), *Treating Addictive Disorders: Processes of Change*. New York, NY: Plenum Press.
- Rechtien, Wolfgang (2004). *Beratung: Theorien, Modelle, Methoden*. 2., überarb. und erg. Aufl. Aufl. München: Profil-Verl.
- Riper, Heleen/Andersson, Gerhard/Hunter, Sarah B./Wit, Jessica/Berking, Matthias/Cuijpers, Pim (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. In: *Addiction*. 109. Jg. (3). S. 394–406. DOI: 10.1111/add.12441.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. In: *American Psychologist*. 1. Jg. (10). S. 415–422. DOI: 10.1037/h0060866.
- Rosengren, David B. (2015). *Arbeitsbuch motivierende Gesprächsführung: Trainingsmanual*. 2. Auflage. Aufl. Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Rüegg, Monika/Steber Bächli, Diane (2016). *Internationale Rahmenbedingungen der Schweizer Suchtpolitik*. DOI: 10.5169/SEALS-800357.
- Rummel, Christina/Gassmann, Raphael (2020). *Sucht: bio-psycho-sozial: die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen-Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. 1. Auflage. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.

- Sander, Klaus (2007). Personenzentrierte Beratung, in: Nestmann et al. (2007). Das Handbuch der Beratung. Tübingen: DGVT-Verlag. 1. Jg. S. 331–344.
- Satre, Derek D./Leibowitz, Amy/Sterling, Stacy A./Lu, Yun/Travis, Adam/Weisner, Constance (2016). A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 84. Jg. (7). S. 571–579. DOI: 10.1037/ccp0000096.
- Schaub, Michael (2013). Auswirkungen der Schweizer Drogenpolitik aus Sicht der Suchtforschung. DOI: 10.5169/SEALS-800076.
- Schmid, Martin/Schu, Martina/Vogt, Irmgard (2012). Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Schmid, Otto (o.J.). Suchtcoach Otto Schmid - Hintergrund. URL: <https://www.suchtcoach.ch/> [Zugriffsdatum: 05. Oktober 2020].
- Schmid, Otto/Müller, Thomas (2008). Heroin – von der Droge zum Medikament. Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994-2008. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schubert, Franz-Christian/Rohr, Dirk/Zwicker-Pelzer, Renate (2019). Beratung: Grundlagen - Konzepte - Anwendungsfelder. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schumacher, Jann/Mathaler, Marc (2017). Alkoholkonsum: Begriffe, Definitionen, Richtlinien und Empfehlungen. In: Suchtmagazin. S. 14–17.
- Simmel, Ueli (2008). Elchtest für die schweizerische Drogenpolitik. In: Suchtmagazin. 5. Jg. S. 35–40.
- Sommerfeld, Peter (2016). Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? In: Suchtmagazin. 6. Jg. S. 27–31.
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.
- Sucht Schweiz (2008). Alkohol in unserer Gesellschaft - früher und heute. URL: https://perspektive-tg.ch/wp-content/uploads/publikationen/informationstexte/eltern_erziehung/alkohol_gesellschaft.pdf [Zugriffsdatum: 06. Dezember 2020].
- Sucht Schweiz (2011). Alkohol im Körper - Wirkung und Abbau. (2011). S. 12.
- Sucht Schweiz (2013). Theoretische Grundlagen der Suchtprävention. URL: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf [Zugriffsdatum: 07. November 2020].
- Vasilaki, Eirini I./Hosier, Steven G./Cox, W. Miles (2006). The Efficacy of motivational Interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic Review. In: Alcohol and Alcoholism. 41. Jg. (3). S. 328–335. DOI: 10.1093/alcalc/agl016.

- Vogt, Irmgard/Schmid, Martin/Schu, Martina (2003). Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen: Erfahrungen mit Motivational Interviewing und Case Management. In: Suchttherapie 2003; 4. Stuttgart u. New York: Georg Thieme Verlag.
- Wagner, Hartmut/Küchler, Tom (2008). Motivierende Gesprächsführung. Bei Ausgrenzung Streetwork. Handlungsmöglichkeiten und Wirkungen.
- Weigl, Tobias/Mikutta, Johannes (2019). Motivierende Gesprächsführung: Eine Einführung.
- Wendt, Peter-Ulrich (2017). Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.