

Katholische Stiftungshochschule München
Studiengang Suchthilfe (M. Sc.)

KiM

Kurzintervention zur Förderung von Veränderungsmotivation
für Klienten und Klientinnen mit richterlichen Auflagen zur
Beratung. Konzeptentwicklung und Durchführung in der
ambulanten Suchtberatung.

Vorlage als Masterthesis

Erstprüfer: Peter Niederhuber

Zweitprüfer: Prof. Dr. Heiner Gabriel

Vorgelegt von:

Lena Breitenfellner

Matrikelnummer: 516040

Inhaltsverzeichnis

Erklärung.....	4
Einleitung.....	5
Konzeptarbeit	8
<i>Wissenschaftliche Herangehensweise.....</i>	<i>8</i>
Phasen der Konzeptentwicklung	9
Aktuelle Versorgungslage.....	12
<i>Zuständigkeit.....</i>	<i>13</i>
<i>Vorhandene Konzepte</i>	<i>14</i>
Move.....	14
FreD – Frühintervention für erstaußällige Drogenkonsumenten.....	14
Realize It!	16
Candis	17
<i>Fazit.....</i>	<i>19</i>
Motivation	21
<i>Theoretische Grundlagen</i>	<i>21</i>
<i>Verhaltenstherapeutische Aspekte.....</i>	<i>22</i>
<i>Diagnostik.....</i>	<i>24</i>
<i>Bedeutung im therapeutischen Kontext.....</i>	<i>25</i>
Der unmotivierte Klient	27
Konzept „KIM“	30
<i>Erhebung der Ausgangslage.....</i>	<i>30</i>
Drogenkonsum	30
Delinquenz.....	32
Zwangskontext	33
<i>Zielgruppe.....</i>	<i>35</i>
Soziodemografische Daten	35
Konsumverhalten	35
Lebenswelt.....	35
Kontraindikationen	37
<i>Theoretischer Hintergrund</i>	<i>39</i>
Transtheoretisches Modell	39
Motivational Interviewing	41
Kognitive Ansätze	44
Rubikon-Modell	46
Gruppenintervention.....	49
<i>Zielsetzung.....</i>	<i>51</i>
Passgenaue Intervention	51
Problembewusstsein	51
Veränderungsmotivation.....	52
<i>Kursablauf</i>	<i>53</i>
Clearing.....	53
Erste Einheit.....	57
Zweite Einheit	61
Dritte Einheit	65

Vierte Einheit	70
Fünfte Einheit	73
Hürden und Hindernisse.....	77
Durchführbarkeitsanalyse	80
<i>Wissenschaftliche Herangehensweise</i>	80
<i>Ergebnisauswertung</i>	81
Zielgruppenbeschreibung.....	81
Evaluation des Konzeptes durch die Zielgruppe.....	82
Evaluation des Konzeptes durch die Kursleitung.....	82
Diskussion	86
Resümee & Ausblick.....	89
Literaturverzeichnis.....	91
Anhang.....	96
<i>Clearingbogen</i>	96
<i>Teilnehmerliste</i>	100
<i>Terminliste</i>	101
<i>Evaluationsbogen</i>	102
<i>Teilnahmebestätigung</i>	104
<i>Arbeitsblätter</i>	105

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst, noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Lena Breitenfellner

Wasserburg, September 2019

Einleitung

„Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird, wenn es anders wird; aber so viel kann ich sagen: es muss anders werden, wenn es gut werden soll.“

– Georg Christoph Lichtenberg

Das Wesen der therapeutischen Auseinandersetzung ist Veränderung. Veränderung der eigenen Wahrnehmung, der Kognitionen, des Verhaltens. Betroffene, die sich für Therapie entscheiden, hoffen auf Besserung der aktuellen Situation durch Veränderung. Berater und Therapeuten wünschen sich Klienten und Klientinnen, die die Notwendigkeit dieser Veränderungen als entscheidenden Schritt zur Besserung anerkennen und sich so auf die damit verbundenen Herausforderungen einlassen können und wollen. Und genau dies ist die große Hürde, wenn es darum geht etwas zu ändern. Wäre es so einfach die eigene Person mitsamt den ureigenen Gedanken, Gewohnheiten und Verhaltensweisen zu verändern, dann wäre dies nicht der wesentliche Inhalt einer therapeutischen Auseinandersetzung und der Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit. Veränderung bedeutet Arbeit und Anstrengung, bringt Unsicherheit und Abschied mit sich. Um sich dieser Anstrengung stellen zu können braucht es neben Hoffnung auf Verbesserung die dafür notwendige Motivation. Motivation sich dem Ungewohnten zu stellen, Altes hinter sich zu lassen und offen für Neues zu sein, sich dies selbst zuzutrauen. Häufig werden Menschen durch Ziele und Erwartungen motiviert. Vom aktuellen Verhalten abweichende Ziele, Werte- und Normvorstellungen können dazu führen, dass Menschen sich erheben und etwas verändern.

Eine zusätzliche Herausforderung entsteht dann, wenn Veränderung nicht aus eigenem Antrieb geschehen soll, sondern von außen verlangt wird. Wenn der Wunsch nach Veränderung nicht aus der eigenen Motivation entspringt und die Ziele dazu vorgegeben sind. Kombiniert man diese beiden Aspekte, so befindet man sich im Setting „Zwangskontext“, das in vielen sozialpädagogischen und therapeutischen Maßnahmen zum beruflichen Alltag gehört. Das System der Suchthilfe fordert ein hohes Maß an Veränderung von den Betroffenen die Unterstützung erhalten wollen, und dennoch befinden sich gerade in diesem System viele Menschen nicht aus eigenem Antrieb, sie sind „fremdmotiviert“.

Zur Klientel der ambulanten Suchtberatung gehören neben denjenigen, die aus eigenem Antrieb oder motiviert durch Angehörige, Unterstützung suchen auch solche, die durch justizielle Auflagen zur Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen aufgefordert sind. Die rechtliche Grundlage hierfür bilden die Paragraphen 29 des Betäubungsmittelgesetzes sowie 153 a der Strafprozessordnung, welche den Richtern und Richterinnen die Möglichkeit zur Erteilung von Auflagen und Weisungen an die Verurteilten geben. Ein Mitspracherecht haben die Betroffenen, im Vergleich zum Paragraph 35 des Betäubungsmittelgesetzes, nicht. Halten Sie sich nicht an die im Urteil festgeschriebenen Auflagen oder Weisungen, so wird diese Nichteinhaltung mit Konsequenzen sanktioniert. Diese Klienten und Klientinnen erscheinen also nicht nur nicht aus eigenem Antrieb in der Beratungsstelle, sondern sehen sich zudem noch mit Sanktionen bei Nichteinhaltung konfrontiert. Diese Diskrepanz stellt sowohl von Seiten der Betroffenen als auch von Seiten der Fachkräfte häufig eine Herausforderung dar und ist gleichzeitig aber die Grundlage der gemeinsamen Arbeit. Es wird Veränderung erwartet und gefordert, wo diese vielleicht nicht gewollt oder bisher aus eigenen Stücken nicht angestrebt wurde.

Genau aus dieser Diskrepanz entstand die Idee zur Entwicklung des Kursmanuals „Kurzintervention zur Förderung von Veränderungsmotivation“ (kurz: KiM). In der Beratungsstelle kehrte eine Frage immer wieder, wohin mit Klienten und Klientinnen, die zwar aus Sicht der Fachkräfte einen hohen Behandlungsbedarf haben, diesen aber selbst nicht sehen können oder wollen. Ein breites Angebot an Beratungsmöglichkeiten und Vermittlung in therapeutische Maßnahmen war da, jedoch erfüllte eine Klientengruppierung keine der Indikationen vollständig. Nämlich diejenigen, die aufgrund richterlicher Auflagen Kontakt zur Beratungsstelle aufnahmen, dabei aber keine eigenen Beratungsanliegen und damit verbunden keine Motivation zur Veränderung, kein Problembewusstsein mitbrachten. Um diese Klientel künftig eventuell geeignet anbinden zu können soll das Kurskonzept KiM entwickelt und in der Beratungsstelle neu etabliert werden.

Zuerst wird hierfür auf die theoretischen Grundlagen zur Konzeptentwicklung eingegangen. Orientierung zum Aufbau boten Fachliteratur, wissenschaftliche Standards sowie bereits vorhandene Konzepte. Mit Hilfe dieser Vorgaben wird der

Aufbau der Masterthesis sowie die des darin beschriebenen Konzeptes gegliedert. Anschließend folgt die Erhebung des Bedarfs, welcher eine Analyse der aktuellen Versorgungslage sowie der Zuständigkeiten und der vorhandenen Konzepte zur Intervention mit der Zielgruppe umfasst. Um die Basis für eine theoretische Fundierung des Konzeptes zu liefern folgt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Motivation“ und dessen Bedeutung in der therapeutischen Arbeit.

Die so gewonnenen Informationen bildeten die Grundlage für die Entwicklung des Kursmanuals zur Kurzintervention im Gruppensetting. Das Konzept definiert sich über die angesprochene Zielgruppe, seine inhaltlichen Ziele, der fachlichen Grundlage sowie der konkreten Umsetzung der geplanten Interventionen. Die Umsetzung der geplanten Interventionen wird in jeder Einheit erklärt, die wesentlichen Inhalte sowie die Rolle der Kursleitung sind beschrieben.

Den letzten Teil der Masterthesis bildet die Evaluation der Anwendung des Konzeptes in der Praxis. Dazu werden anhand ausgewählter Kriterien die Umsetzbarkeit sowie Ideen zur Optimierung der Maßnahme erfragt. Die Kursleitung beurteilt so abschließend den Transfer des Kurskonzeptes in die Praxis der ambulanten Suchtberatung. Aus dieser Evaluation stammen Änderungen im Kursablauf sowie die Kerninhalte des Kapitels „Hindernisse und Hürden“, das basierend auf der ersten Umsetzung des Konzeptes und den aufgetretenen Schwierigkeiten und Herausforderungen entstanden ist.

Konzeptarbeit

Wissenschaftliche Herangehensweise

Die Arbeit mit Klienten und Klientinnen soll stets konzeptionell festgehalten sein, um über eine entsprechende fachliche Grundlage zu verfügen und den Arbeitsauftrag klar zu definieren (Klug, 2003). Die Entwicklung eines Konzeptes orientiert sich an den wissenschaftlichen Standards zur Konzepterstellung. Diese fordern zuerst die Entwicklung einer Ausgangsfragestellung mit anschließender Problemanalyse. Im nächsten Schritt werden Lösungsideen erarbeitet, welche gegenübergestellt und diskutiert werden um abschließend die besten Lösungsideen auswählen zu können (Kettl-Römer & Natusch, 2015). Der Fokus der Masterthesis liegt auf der konkreten Entwicklung von Lösungsideen in einer Konzeptausarbeitung. Pedro Graf und Maria Spengler bieten in ihrem Buch „Leitbild- und Konzeptentwicklung“ (Graf & Spengler, 2013) eine Orientierung zur Entwicklung fachlicher Konzeptionen für pädagogische Einrichtungen und Maßnahmen. Dazu sollen zuerst die Rahmenbedingungen für die Entwicklung und Durchführung der geplanten fachlichen Konzeption betrachtet und festgehalten werden. Zu diesen zählen neben dem Auftrag und dem Zweck der Einrichtung auch die Vorgeschichte, sowie der Anlass für die Erstellung eines neuen Konzeptes. Auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die örtlichen Gegebenheiten und finanziellen Voraussetzungen müssen dazu überprüft werden.

In einem weiteren Schritt wird die Zielgruppe genau definiert, Kriterien hierfür sind soziodemografische und psychografische Kriterien sowie eine Beschreibung des Problemverhaltens und des Lebensumfeldes der Betroffenen. Außerdem sollte eine Erhebung der Ausgangslage erfolgen, welcher Lern- und Entwicklungsbedarf liegt vor, welche kollektiven und individuellen Bedürfnisse sollten eine Rolle spielen. Zudem werden Zugangs- und Ausschlusskriterien genau definiert. Des Weiteren folgt eine Erhebung des Bedarfs sowohl qualitativ als auch quantitativ. Einflussfaktoren wären Politik und Gesetzgebung, lokale und regionale Versorgungsstruktur und eine Belegung des Bedarfs durch aktuelle Erhebungen (z. B. Zielgruppenstatistik, Sozialberichterstattung o. ä.). Zudem benötigt jedes Konzept eine fundierte fachliche Grundlage, welche durch wissenschaftliche Erkenntnisse, modellhafte Praxisansätze sowie durch Orientierung an standardisierten Leitlinien gebildet wird. Das Kernstück einer jeden Konzeption bildet die Erarbeitung der Ziele und angestrebten Ergebnisse.

Beachtung finden sollen dabei Zielvorgaben seitens der durchführenden Träger oder der übergeordneten Sozialgesetzgebung. Basis für die Entwicklung von Zielen bildet die Erhebung des Ist-Standes und der darauf basierend angestrebten Veränderungen (Graf & Spengler, 2013).

Phasen der Konzeptentwicklung

Vorbereitungsphase

Ziel der Vorbereitungsphase ist die Erstellung der Projektplanung, um daraus eine ersten grobe Ablaufstruktur samt zeitlichem Rahmen abzuleiten. Dabei schlagen die Autoren eine Klärung der Ausgangslage gemessen an den Interessen und Erwartungen an das Konzept vor. Auch der Charakter desselben sollte durch Beschreibung der Art, der Funktion und das Ziel des Konzeptes gegeben sein. Im nächsten Schritt erfolgt dann die Beschaffung von notwendigen Informationen, beispielweise durch Analyse demographischer Daten, Zielgruppenanalysen oder Fachliteratur. Anschließend erfolgt die Aufbereitung der gewonnenen Informationen, um diese in Bezug zum Konzept setzen zu können. Auch der organisatorische Aspekt muss beachtet werden, so sollen sowohl Zeit als auch Budget geplant und die Arbeitsaufteilung koordiniert werden.

Die Idee zur Entwicklung dieser Konzeption entstand durch ein Problem in der Praxis der Suchtberatungsstelle neon – Prävention und Suchthilfe Rosenheim. Die Versorgung von Klienten und Klientinnen im Rahmen einer richterlichen Auflage, die einen pathologischen Suchtmittelkonsum aufwiesen, aber zugleich nicht ausreichend Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Maßnahmen, wie beispielsweise einer therapeutischen Auseinandersetzung, mitbrachten konnte nicht ausreichend gewährleistet werden. Diese Klientel wurde in verschiedenen Angeboten untergebracht, die Teilnahme konnte dabei nicht immer durch fachliche Indikationen gerechtfertigt werden. Auch im Austausch mit anderen Beratungsstellen zeigte sich dieses Problem. So entstand die Grundidee zur Entwicklung eines Manuals zur Förderung von Veränderungsmotivation für Klienten mit richterlichen Auflagen zur Beratung. Die im Kursmanual festgehaltenen Maßnahmen sollte durch ein fachlich fundiertes Konzept gestützt werden, welches durch Recherche der vorhandenen Materialien sowie der aktuellen Studienlage im Rahmen der Masterthesis erarbeitet werden soll. Die Recherche lief über Datenbanken wie pubmed und psychmed sowie

durch Auswertung von Fachliteratur rund um die Themen Zwangskontext, Motivation und pathologischer Suchtmittelgebrauch. Für die Entwicklung des Konzeptes wurden zehn Wochen Zeit für Recherche und Anfertigung einer Arbeitsversion zur ersten Umsetzung der Maßnahme in der Beratungsstelle anberaumt.

Erarbeitungsphase

In dieser Phase sollen, die zur Entwicklung und Umsetzung des Konzeptes notwendigen Inhalte fachlich erarbeitet und in eine entsprechende Form gebracht werden. Die Differenzierung der ausgewählten Ziele in untergeordnete Handlungsziele ermöglicht Transparenz und Klarheit für die Gestaltung des Konzeptes. Erarbeitet werden dabei Kriterien zur Erreichung der geplanten Zielgruppe. Zu klären ist zudem welcher Rahmen zur Umsetzung der geplanten Intervention aus fachlicher Sicht geeignet ist. Es werden geeignete Maßnahmen und Angebotsformen zur Erreichung der Ziele recherchiert und festgehalten. Auch die konkrete Struktur des neuen Angebotes wird anhand fachlicher Kriterien definiert, dazu zählen Gruppengröße sowie Anzahl und Dauer der Einheiten. Zudem muss überprüft werden, ob das Konzept in der Praxis der ambulanten Suchtberatung umsetzbar ist.

Durch die Analyse der gewonnenen Informationen konnten erste Indikationen und Interventionen abgeleitet und schriftlich fixiert werden. Die Auswahl der zu erreichenden Ziele erfolgte anhand der getroffenen Hypothesen zur aktuellen Versorgungslage und zum Bedarf der ausgewählten Zielgruppe. In Rücksprache mit der Einrichtungsleitung und anhand von fachlichen Standards wurden dann die Rahmenbedingungen zur Umsetzung des Kursmanuals erarbeitet.

Anwendungsphase

Ziel dieser Phase ist die Umsetzung der erarbeiteten Konzeption, Basis dafür ist die Bewilligung durch die Einrichtungsleitung oder die anderweitig zuständigen Entscheidungsträger. Die geplanten Interventionen sollen umgesetzt und anschließend hinsichtlich der Zielerreichung reflektiert werden. Graf und Spengler empfehlen hier eine zusätzliche Phase der Überprüfung einzuplanen, in der durch Rückmeldungen der Zielgruppe oder von Fachkräften Änderungen und weitere Entwicklungen des Konzeptes stattfinden kann. Hilfreich können dazu Instrumente der Selbstevaluation oder Praxisprotokolle sein (Graf & Spengler, 2013).

Nach Absprache mit der Einrichtungsleitung erfolgte die Klienten-Akquise indem durch die Vorgabe der Eingangsindikationen alle in Frage kommenden Klienten und Klientinnen zum Clearinggespräch eingeladen wurden. Die Terminierung der ersten Anwendung des Konzeptes in der Praxis erfolgte nachdem die Mindestanzahl an Teilnehmern angemeldet worden war. Um die Umsetzung der Interventionen zu evaluieren wurde vorab ein Fragebogen zur Auswertung nach jeder Kurseinheit entwickelt.

Aktuelle Versorgungslage

Ein Einblick in die aktuelle Versorgungslage liefert Erkenntnisse zu eventuell vorhandenen Bedarfen. Die DG-Sucht beispielsweise beklagt in ihren AWMF-Behandlungsleitlinien das fehlende Vorhandensein gut evaluierter Behandlungsprogramme für Cannabiskonsumanten und - Konsumentinnen. Man könne zwar in einigen Bereichen auf die gängigen Behandlungsleitlinien für Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen zurückgreifen, dennoch würden sich Cannabiskonsumanten und -Konsumentinnen in vielen Punkten von anderen Drogenkonsumenten und -Konsumentinnen unterscheiden. Es müssten „individuelle Behandlungsprogramme für diejenigen, meistens Jugendlichen und jungen Erwachsenen, gefordert werden, die früh mit dem Cannabiskonsum begonnen, eine häufiger auftretende psychiatrische Komorbidität, stärkere soziale Probleme und oft Behandlungsabbrüche haben“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2004). In den USA sowie in Australien gibt es Untersuchungen hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Programme, dabei hätten sich vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische sowie motivationsfördernde Gruppeninterventionen als wirksam erwiesen. Die Dauer der Intervention habe dabei keinen signifikanten Unterschied gemacht, Effekte zeigten sich nach zwei Sitzungen ähnlich wie nach 14 Sitzungen (Bonnet & Scherbaum, 2005). Walther et. al. untersuchten in einer selektiven Literaturrecherche die Evidenz von Behandlungsinterventionen und kamen dabei zum Schluss, dass die kognitive Verhaltenstherapie mittlere bis große Effekte nachweisen kann. Interventionen aus dem „Motivational Interviewing“ erwiesen sich auch bei Klienten und Klientinnen ohne Abstinenzwunsch als wirksam (Walther et. al., 2016). Die Leitlinien empfehlen aber vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine stationäre Behandlung der Cannabisabhängigkeit.

Ziel des Konzeptes ist deshalb die Förderung von Veränderungsmotivation und Behandlungsbereitschaft, um eine adäquate Versorgung möglich zu machen. Basierend auf den Interventionen des „Motivational Interviewing“ und der kognitiven Verhaltenstherapie werden dazu fünf Sitzungen veranschlagt.

Zuständigkeit

Die Arbeit der ambulanten Suchtberatung gründet auf Artikel 13 „Gesundheitliche Beratung und Aufklärung“ des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG) aus dem Jahr 2003. Aufgabe dieser Stellen sei es die Bevölkerung hinsichtlich Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung zu beraten.

Bartsch et. al. definieren in ihrem Bericht des nationalen REITOX-Kontenpunkts an die EMCDDA („European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addicition“) die Hauptaufgaben der Beratungsstellen als Förderung von Motivation zur Inanspruchnahme von weiteren Hilfsmaßnahmen sowie die Vermittlung in diese Angebote und das Erstellen von Hilfeplänen. Die DHS beschreibt in ihrem Konsenspapier „Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe“. Sie fordert dabei Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ebenso wie fachlich abgeleitete individuelle Lösungswege. Alle Maßnahmen sind auf den Einzelfall abzustimmen und sollen sich „an den vorhandenen Fähigkeiten, den Interessen und den Entwicklungschancen Hilfe suchender Menschen orientieren“ (DHS, 2005). Zudem müsse die Veränderungsbereitschaft der Klienten und Klientinnen stets Beachtung finden, indem sie fortlaufend überprüft und mit indizierten Maßnahmen gefördert und gefestigt wird.

Das Kurskonzept möchte genau hier ansetzen und eine möglichst passgenaue Intervention für Klienten und Klientinnen mit wenig bis keiner vorhandenen Veränderungsbereitschaft. Außerdem soll auch den Beratungsstellen so ein Werkzeug an die Hand gegeben werden, um dieser Klientel ein Angebot machen zu können.

Vorhandene Konzepte

Bevor das Kurskonzept zu KiM entsteht muss überprüft werden, ob nicht bereits ein geeignetes Manual zur Behandlung dieser Zielgruppe existiert. Dazu werden im Folgenden öffentlich zugängliche Manuale zur Behandlung von Cannabiskonsumenten erfasst, analysiert und mit Zielen, Zielgruppe und Inhalten von KiM verglichen. Das Ergebnis der Recherche waren die Konzepte zu „Move“, „FreD“, „Realize it“ und „Candis“.

Move

„Move“ steht für Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen und wurde seit 2003 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entwickelt, implementiert und evaluiert. Der Auftrag resultierte aus den bereits in den 1990er Jahren beanstandeten Versorgungslücken für riskant konsumierende Jugendliche in Deutschland. Ziel des Konzeptes ist es, „(riskant“) legale und illegale Drogen konsumierende Jugendliche möglichst früh und effektiv – sowie möglichst bereits vor polizeilicher Erstauffälligkeit – mit zielgerichteten Interventionen tatsächlich zu erreichen“ (BZgA, 2005). Erreicht werden sollen die Jugendlichen durch Kontaktpersonen aus dem Alltag, nicht aus dem professionellen Hilfesystem, die sich vorab in einer dreitägigen Schulung qualifiziert haben.

Auf der Ausbildung der Kontaktpersonen liegt auch das Hauptaugenmerk von „Move“. Inhaltlich wird der Schwerpunkt auf Theorie und praxisbezogene Übungen zur Motivierenden Gesprächsführung gelegt. Zudem werden relevante rechtliche Grundlagen vermittelt und das Konzept der Motivierenden Kurzintervention vorgestellt. Die zusammengefassten Inhalte erhalten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in einem vorgefertigten Reader. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen müssen dabei über keinerlei therapeutische Vorausbildung verfügen. In der Pilotphase nahmen hauptsächlich Menschen aus den Berufsgruppen „Außerschulische Jugendarbeit“, „Erziehungshilfe“ und „Schulsozialarbeit“ teil.

FreD – Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten

Die Idee zu „FreD“ entwickelte sich Ende der 1990er Jahre, als die Zahl der jugendlichen Drogenkonsumenten und -Konsumentinnen immer weiter stieg und der

Zugang zum Suchthilfesystem, insbesondere zu den Suchtberatungsstellen, weiter nicht gewährleistet war. Unter dem Motto „Hilfe vor Strafe“ wurde „FreD“ in Verbindung mit §31a Betäubungsmittelgesetz und §45 Jugendgerichtsgesetz Anfang der 2000er in einer Projektphase erfolgreich getestet. Inzwischen ist aus dem Bundesmodellprojekt ein „in vielen Städten und Regionen Deutschlands eingesetztes Interventionsmodell für eine evidenzbasierte Frühintervention“ (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2011) geworden.

Frühintervention versteht sich als proaktive Maßnahme die Jugendliche erreichen soll, die bisher keine Hilfen aufgesucht haben. Sie setzt bereits im Stadium der Absichtslosigkeit ein und soll zur Förderung von Motivation dienen. Durch die Steigerung von Risikowahrnehmung soll ein verantwortungsbewusster Umgang mit psychoaktiven Substanzen gefördert werden. Als eine weitere Aufgabe sieht „FreD“ die Vernetzung aller beteiligten Akteure (Justiz, Jugendhilfe, Suchthilfe) um die gemeinsamen Prozesse zielführender zu gestalten. Den theoretischen Hintergrund bilden das kognitiv-behavioral orientierte „Selbst-Kontroll-Konzept“ nach Hester und Miller sowie das „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnick.

Die Zielgruppe von „FreD“ sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen dem 14. und dem 21. Lebensjahr, in Ausnahmefällen auch 13-25-Jährige, die aufgrund ihres Substanzkonsums auffällig geworden sind. Die Auffälligkeit kann in verschiedenen Settings erfolgen, von einer Anzeige bis hin zu Schwierigkeiten in Schule und Ausbildungsstelle. Ausschlusskriterien sind Heroinkonsum sowie das Vorliegen einer manifesten Abhängigkeit. „FreD“ richtet sich an Experimentierkonsumenten und – Konsumentinnen sowie an riskant und gefährlich konsumierende Personen. Der Zugang zur Zielgruppe erfolgt über eine Vermittlung durch die kooperierenden Institutionen.

„FreD“ verfolgt als selektive und indizierte Präventionsmaßnahme folgende Ziele:

- Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes zwischen Hilfesystemen und Institutionen, die mit den betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kontakt kommen
- Frühzeitiges Erreichen von riskant konsumierenden jungen Menschen

- Angebot der Gruppenintervention zur Vorbeugung einer pathologischen Entwicklung des Konsums.

Die Kurzintervention beinhaltet ein „Intake“, also ein Einzelgespräch zur Aufnahme in das Angebot, sowie die achtstündige Gruppenintervention, aufgeteilt in zwei oder vier Einheiten. Ein Einzelnachgespräch könne obligatorisch erfolgen. Zu den Inhalten zählen Psychoedukation zu Substanzen und deren Wirkungen und Risiken sowie zu rechtlichen Fragen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen außerdem ihre eigenen Konsummuster und -Motive reflektieren und erhalten zugleich Tipps zur Konsumänderung. Außerdem wird über das regionale Hilfesystem informiert. Angeleitet wird das Angebot von ausgebildeten „FreD“-Trainern und Trainerinnen.

„FreD“ wurde in seiner Projektphase wissenschaftlich begleitet und hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüft. Dabei kam heraus, dass 75,5 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen das Projekt auch im Nachhinein als bedeutsam beurteilen. Eine Reduktion legaler Drogen habe in 44,3 Prozent stattgefunden, bei den illegalen Substanzen sogar bei 78,6 Prozent. In circa 10 Prozent der Fälle kam es zu einer anschließenden Weitervermittlung, überwiegend in Sucht- und Drogenberatungsstellen (69%). Dabei wurde festgestellt, dass zwischen den Angeboten der „Frühintervention und den (ambulanten) Rehabilitationsmaßnahmen bedarfsgerechte Angebote für junge Konsumenten (...) weitestgehend fehlen“ (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2011) würden.

Realize It!

Bei „Realize it!“ handelt es sich um Konzept zur Beratung von Cannabiskonsumenten und -Konsumentinnen, die an ihrem Konsumverhalten etwas verändern möchten. Getestet wurde es ab 2004 in einer dreijährigen Projektphase in mehreren deutschen und schweizerischen Suchtberatungsstellen. Aufgrund der positiven Ergebnisse wird es seit 2008 in über 150 Beratungsstellen angeboten.

Die Zielgruppe des Konzeptes sind Cannabiskonsumenten und – Konsumentinnen mit einer vorhandenen Motivation zur Konsumänderung. Es gibt keine Vorgaben zum Alter der beteiligten Personen, in der wissenschaftlichen Begleitung nahmen Personen

zwischen dem 15. und dem 51. Lebensjahr teil. Beim Konsummuster gibt es ebenfalls keine Einschränkung, das Programm richtet sich sowohl an riskant konsumierende als auch an abhängige Personen. Ziel des Programms ist das Erkennen von Risikosituationen, die Entwicklung von individuellen Kontrollstrategien, das Etablieren eines drogenfreien Umfeldes und alternativer Freizeitaktivitäten.

Inhaltlich orientiert sich das Programm an Theorien der Selbstregulation nach Kanfer sowie am „Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska und Di Clemente sowie den Ansätzen des „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnick. Umgesetzt werden die Inhalte in fünf Einzelberatungsgesprächen aufgeteilt auf 10 Wochen, obligatorisch begleitet von einer Gruppensitzung. Begleitet wird das Programm von einem eigens entwickelten „Booklet“, das als Kernelement beschrieben wird und zur Informationsvermittlung, sowie zur Selbstüberwachung und Dokumentation genutzt werden soll. Angeleitet wird die Intervention von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen, eine spezielle Ausbildung gibt es nicht.

Die wissenschaftliche Begleitung des Programms stellte eine Wirksamkeit der Intervention hinsichtlich Menge, Anzahl und Häufigkeit des Cannabiskonsums fest. Alle drei Variablen seien rückläufig gewesen, dadurch hätten auch die Abhängigkeit und die anderen negativen Konsequenzen des Konsums abgenommen (Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie, 2008).

Candis

„Candis“ ist ein modulares Therapiemanual zur Behandlung von Cannabisstörungen. Entwickelt für Personen, die freiwillig professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und „wenigstens ein Minimum an Veränderungsmotivation mitbringen“ (Hoch et. al., 2011). Angesprochen werden Konsumenten und Konsumentinnen mit einer primären Cannabisproblematik ab dem 16. Lebensjahr. Eine bereits vorhandene Abstinenz ermöglicht die Teilnahme ebenso wie der noch aktive Konsum. Die Personen sollten über eine durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit verfügen und sowohl sozial als auch beruflich ausreichend integriert sein. Das Manual ist für eine erfolgreiche Anwendung im ambulanten Setting geeignet, sobald die betroffenen Personen über ein stabiles und unterstützendes Umfeld verfügen. Gegen eine Teilnahme am Programm spricht das Vorliegen einer schweren Alkoholabhängigkeit oder die

Abhängigkeit von anderen illegalen Drogen. Auch eine gegenwärtige Medikation mit psychotropen Substanzen oder schwere Intoxikation durch Opiate und Stimulantien sowie schwere psychiatrische Erkrankungen, akute Suizidalität oder das Vorhandensein schwerer Lernstörungen oder neurologischer Defekte schließt Personen von der Teilnahme aus. Durchgeführt werden kann das Programm von Ärzten/Ärztinnen, Psychologen/Psychologinnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen mit spezifischer Qualifizierung im Bereich der Suchthilfe (Hoch et. al., 2011).

Das Therapiemanual besteht aus 10 Sitzungen zu á 90 Minuten im Einzelsetting. Inhaltlich ist „Candis“ in drei Module aufgeteilt, „Motivationstherapie“ bildet das erste Modul. Dabei werden Techniken des Motivational Interviewing von Miller und Rollnick eingesetzt. Ziel ist das Aufzeigen von Diskrepanzen, Stärkung von Veränderungsbereitschaft sowie die Förderung der Selbstwirksamkeit des Teilnehmers oder der Teilnehmerin. Im zweiten Modul „kognitiv-behaviorale Therapie“ steht die Psychoedukation und eine Funktionsanalyse des individuellen Cannabiskonsums im Mittelpunkt. Zudem enthält dieses Modul das Kernstück des Programms, nämlich das „Skillstraining“. Der Teilnehmer oder die Teilnehmerin soll Strategien zur Konsumreduktion, zum Umgang mit Craving, zur Stimuluskontrolle, zur Rückfallprophylaxe sowie zum Aufbau alternativer Verhaltensweisen kennenlernen und erproben. Das letzte Modul „psychosoziales Problemlösen“ basiert auf dem Konzept des Problemlösetrainings von D’Zurilla und Goldfried. Ziel ist die systematische Bearbeitung aktueller Probleme, die Förderung von Fähigkeiten zur eigenständigen Problemlösung und die Stärkung von Selbstbewusstsein und individuellen Kontrollüberzeugungen (Hoch et. al., 2011).

In einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie wurde „Candis“ drei Jahre lang vom Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden begleitet. Dabei wurden 122 Probanden und Probandinnen befragt. Circa 50 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen seien nach Beendigung des Programms abstinent gewesen, 30 Prozent hätten ihren Konsum reduziert. Auch nach drei und sechs Monate seien die Effekte noch stabil gewesen (Hoch et. al., 2011).

Fazit

Das Konzept hinter „Move“ möchte riskant konsumierende Jugendliche bereits vor der ersten polizeilichen Auffälligkeit erreichen und setzt dabei auf professionelle Kontaktpersonen der Konsumenten und Konsumentinnen. Diese finden sich in der Jugendhilfe sowie im Kontext Schule und Ausbildung. „Move“ ist somit auch nicht vergleichbar mit dem KiM-Konzept, da KiM sich direkt an die Zielgruppe wendet, welche bereits mehrfach polizeilich auffällig gewesen ist.

Das Konzept von „FreD“ richtet sich an 14 bis 21 Jahre alte erstauffällige, riskant Drogenkonsumierende und zielt auf Reflektion und Konsumveränderung. Außerdem möchte das Projekt auch Netzwerke schaffen, in denen ein Austausch innerhalb aller beteiligten Systeme wie z. B. Schule, Justiz, Suchtberatungsstellen und Jugendhilfe möglich gemacht wird. Die Hypothese ist, dass die Zielgruppe des KiM-Konzeptes häufig in diesem Setting bereits aufgetaucht ist, die Maßnahme aber nicht zur erwünschten Verhaltensänderung geführt hat. Im Unterschied zu FreD zielt KiM also auf mehrfachauffällige 18 bis 27 Jahre alte Konsumenten und Konsumentinnen, deren Konsummuster sich über das riskante hinaus entwickelt hat. KiM wäre also eine Weiterentwicklung für ein Klientel, das von den Maßnahmen aus „MOVE“ oder „FreD“ nicht in ausreichendem Maß profitiert hat.

As Konzept zu „Realize it“ hingegen richtet sich an dieselbe Konsumentengruppe wie KiM und setzt dabei auch keine Grenzen in Bezug auf das Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Ziel des Beratungskonzeptes ist die Konsumveränderung, die Aufnahme ins Programm setzt Motivation zur Veränderung als wesentlichen Bestandteil voraus. Dadurch fällt die KiM-Zielgruppe auch aus diesem Konzept.

„Candis“ richtet sich ebenfalls an eine sehr ähnliche Zielgruppe, nämlich Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr mit dem Vorliegen einer Problematik im Bereich des Cannabiskonsums. Ziel des Programms ist aber mindestens eine Konsumreduktion, eher sogar das Entwickeln einer stabilen Abstinenz. Das Konzept beinhaltet zehn Sitzungen, auch das unterscheidet die beiden Konzepte. „Candis“ fordert von seinen Teilnehmern aber den aktiven Wunsch zur Konsumveränderung, schließt daher also die KiM-Zielgruppe ebenfalls aus. Sowohl „Candis“ als auch „Realize it“ könnten daher

mögliche Folgeangebote für Teilnehmer und Teilnehmerinnen des KiM-Konzeptes seien, denn im besten Fall verfügen diese im Anschluss über die notwendige Motivation zur Veränderung des eigenen Konsums.

Motivation

Theoretische Grundlagen

Hinter dem Begriff Motivation steht die Frage „nach den „Beweggründen“ des Handelns: Was veranlasst eine Person dazu, etwas zu tun, Ziele zu verfolgen, Anstrengungen dafür aufzuwenden“ (Sachse et. al., 2012)? Dies ist auch deshalb schwer zu begreifen, da es sich bei Motivation nicht um etwas Greifbares oder Sichtbares handelt, vielmehr handelt es sich um ein „hypothetisches Konstrukt“ (Benecke & Brauner, 2017). Die Motivationspsychologie versucht „Richtung, Ausdauer und Intensität von Verhalten zu erklären“ und versteht Motivation als „die Ausrichtung des momentanen Lebensvollzugs auf einen positiv bewerteten Zustand“ (Rheinberg & Vollmeyer in Benecke & Brauner, 2017). Motivationsforschung sucht nach „generellen Prinzipien, die erklären sollen, warum Menschen und Tiere Handlungen in jeweils spezifischen Situationen wählen, beginnen und aufrechterhalten“ (Ludt & Szecsenyi, 2008). Hier kommen zwei theoretische Konstrukte ins Spiel, der subjektive Wert eines Ziels und die Überzeugungen (Erwartungen) das Ziel erreichen zu können. So lässt sich in der Motivationstheorie die Stärke einer Tendenz zur Handlung wie folgt berechnen (Sachse et. al., 2012):

$\text{Stärke der Handlungstendenz} = \text{Erwartung} \times \text{Wert}$
--

Das sogenannte „Erwartungs-Wert-Prinzip“ besagt, dass der Wert eines Ziels dann als handlungsleitend angesehen, wenn die Folgen des Ziels mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen übereinstimmen. Die Handlungstendenz ist also umso stärker, je ausgeprägter die Erwartung der Person ist, dass die gewünschten Ziele und Konsequenzen dadurch erreicht werden und je wichtiger diese für die Person sind (Petermann & Reinecker, 2005). Je schwieriger das zu erreichende Ziel eingeschätzt wird und je länger dessen Erreichung dauert, desto mehr Motivation ist erforderlich. Wendet man sich nun therapeutisch relevanten Zielen zu, so sind diese meistens mit Anstrengung und hohem Aufwand sowie einer langfristigen Umsetzung verbunden. Im Fall der Klienten und Klientinnen im Zwangskontext kommt erschwerend hinzu, dass der Wert des zu erreichenden Ziels für sie meist als nicht sehr hoch angesehen wird, beziehungsweise häufig auch die Erwartung an die Erreichbarkeit dieser Ziele eher

gering ist. Daraus leiten sich zwei Aufträge für die Arbeit mit Menschen im Zwangskontext ab. Um die Handlungstendenz zu erhöhen, müssen gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen Ziele gefunden werden, die einen individuell hohen Wert besitzen. Zum anderen ist es notwendig an der Erwartungshaltung der Klienten und Klientinnen zu arbeiten, also an den inneren Überzeugungen zur eigenen Handlungsfähigkeit aber auch an den situativen Bedingungen im Umfeld (beispielweise prekäre familiäre Verhältnisse, Arbeitslosigkeit).

Verhaltenstherapeutische Aspekte

Die Bewertung von Zielen und die daraus resultierende Entwicklung von Motivation steht in der Verhaltenstherapeutischen Sicht in engem Zusammenhang mit der Befriedigung eigener Bedürfnisse. Die Verhaltenstherapie orientiert sich bei der Theorie der Grundbedürfnisse an den Arbeiten von Epstein und Grawe, die im Wesentlichen vier menschliche Grundbedürfnisse benannt haben. Von der Befriedigung dieser hängt nicht nur unser Wohlbefinden, sondern auch unsere psychische Entwicklung ab. Sie bestimmen unser Verhalten und unser Denken und helfen uns dabei das Verhalten anderer Personen ein zu schätzen (Zarbock, 2011).

Bindung als überlebensnotwendiges Bedürfnis, das im Mangel zu erheblichen Entwicklungsstörungen führen kann. Auch die therapeutische Beziehung stellt eine Form der Bindung dar, in der es „Aufgabe des Therapeuten ist, auf die Bindungsbedürfnisse des Patienten mit Feinfühligkeit zu antworten“ (Zarbock, 2011). Der Aufbau von Bindung in der therapeutischen Beziehung bildet die Grundlage für weitere Interventionen. Zudem ist die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses Voraussetzung für ein weiteres, nämlich das Entstehen von Autonomie.

Autonomie bedeutet, sich selbst „als bewirkende Ursache und Quelle seiner Handlungen oder eines Geschehens erleben“ (Zarbock, 2011) zu können. Auch die Handhabbarkeit von Umwelteinflüssen ist damit gemeint. Das Gefühl, die Dinge kontrollieren zu können und selbstbestimmt zu handeln. Ziel einer therapeutischen Maßnahme sollte immer auch die Förderung von Autonomie sein. Klienten und Klientinnen im Zwangskontext sind in ihrer Autonomie eingeschränkt, sie erleben Begrenzungen, die sie scheinbar selbst nicht kontrollieren können.

Selbstwerterhöhung als Bedürfnis basiert auf dem menschlichen Selbstwertgefühl, das Ergebnis einer Bewertung und Einschätzung der eigenen Person. Grawe sieht die Erhöhung und den Schutz des Selbstwertgefühles als ein zentrales Merkmal psychischer Gesundheit (Grawe, 2004). Die Bewertung der eigenen Person führt automatisch zu korrelierenden positiven oder negativen Emotionen wie Freude und Stolz oder Trauer und Scham (Zarbock, 2011). Auch in ihrem Selbstwerterleben sind Klienten und Klientinnen möglicherweise spätestens durch den Rahmen des Zwangskontextes beschnitten.

Lustgewinn beziehungsweise Unlustvermeidung resultieren laut Grawe aus der Bewertung von Erfahrungen. Zentral sind dabei das Annäherungs- und Vermeidungssystem des Menschen, die unterbewusst aktiv sind und zu emotionalen Bewertung eines Reizes führen. Erscheint uns etwas als positiv, so nähern wir uns an, bei negativen Einschätzungen reagiert der Mensch mit Vermeidungsverhalten (Zarbock, 2011). So erscheint es plausibel, dass Forderungen, die im Rahmen des Zwangskontextes an Menschen gestellt werden, kurzfristig eher in das Schema der Unlust einzuordnen sind und dadurch eher vermieden werden.

Die Grundannahme ist, dass der Mensch seine psychischen Grundbedürfnisse ebenso erfüllen möchte wie seine physischen. Er strebt nach der Befriedigung seiner Bedürfnisse. Dieses Streben ist handlungsleitend und erfordert das Entwickeln eigener Strategien und Vorgehensweisen. Diese bezeichnet die Verhaltenstherapie als „Motivationale Schemata“, welche in Annäherungs- und Vermeidungsschemata differenziert werden, je nachdem welche Rückmeldung die gezeigte Reaktion liefert. Annäherungsschemata entstehen, wenn die Bedürfnisbefriedigung mit Hilfe des gezeigten Verhaltens gelingt, also nach einer positiven Lernerfahrung. Vermeidungsschemata hingegen entstehen, wenn das Streben nach Bedürfnisbefriedigung scheitert. Übergeordnet dazu beschreibt Grawe das Bedürfnis nach Kongruenz und Konsistenz. Kongruenz erleben wir dann, „wenn in der Interaktion mit der Umwelt mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die motivationalen Ziele erreicht werden“ (Klug & Zobrist, 2016). Ist dies nicht der Fall herrscht Inkongruenz. Konsistenz beschreibt ebenfalls das Gelingen von Bedürfnisbefriedigung, allerdings in Bezug auf die Vereinbarkeit dieser mit innerpsychischen Prozessen. Wenn mehrere

nicht vereinbare Bedürfnisse existieren entsteht Inkonsistenz bei deren Erreichung. Der Wunsch nach Konsistenz und Kongruenz, sowie das Streben nach Bedürfnisbefriedigung bildet in der Verhaltenstherapie die Grundlage zur Entstehung von Motivation.

Klienten und Klientinnen, die sich unfreiwillig im Beratungssetting befinden erleben demnach rein hypothetisch häufiger Inkonsistenz und Inkongruenz, indem ihre eigenen Interessen und Belange nicht mit den an sie gestellten Anforderungen und Erwartungen vereinbar sind. Auch intrapsychische Spannungen können dann aufgrund inkonsistenter Bedürfnisse entstehen. Im Zwangskontext kann dies beispielsweise das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung auf der einen Seite, sowie der Wunsch nach Lustgewinn beziehungsweise Unlustvermeidung auf der anderen Seite. Um wieder autonom handeln zu können müssten die Klienten und Klientinnen die an sie gerichteten Forderungen und Erwartungen erfüllen. Was aber zuerst eine Beschneidung der Autonomie und das Erleben von Unlust in Form von negativen Gefühlen bedeuten kann.

Diagnostik

Zur Bestimmung von Motivation, insbesondere von Veränderungsmotivation, können verschiedene Diagnosekriterien herangezogen werden. Eines davon ist das „Transtheoretische Modell der Veränderung“ von Prochaska und DiClemente, welches unter dem Punkt „Theoretische Grundlagen“ des Konzeptes ausführlicher beschrieben wird. Ausgehend davon, dass die Veränderung von Verhalten prozesshaften Charakter hat, kann Veränderungsmotivation in verschiedene Stadien eingeteilt werden. Aufgrund der Merkmale der definierten Zielgruppe des Konzeptes spielen vor allem die ersten beiden Phasen hinsichtlich der Diagnostik eine entscheidende Rolle.

Die Phase der „Absichtslosigkeit“ bildet die erste Stufe, Merkmale sind fehlendes Problembewusstsein, Festhalten an intrapsychischen Glaubenssätzen und negative Bewertung von Veränderung (Klug & Zobrist, 2016). Die zweite Phase wird als Stufe der „Absichtsbildung“ beschrieben. Sie ist geprägt von einer starken Ambivalenz hinsichtlich der Vor- und Nachteile einer Veränderung oder eines Verhaltens. Es findet eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten statt, welche sich aber

noch nicht in einer unmittelbaren Veränderung desselbigen zeigt. Die häufig gering ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung der Klienten und Klientinnen zeigt sich und hat hohen Einfluss auf das Verhalten und die Wahrnehmung.

Als Messinstrument kann die deutsche Kurzversion der „University of Rhode Island Change Assessment Scale“ herangezogen werden, bei der die Klienten und Klientinnen sich selbst hinsichtlich unterschiedlicher Items der Phasen des Transtheoretischen Modells einschätzen sollen. Zusätzlich kann eine Einschätzung des Therapeuten aufgrund derselben Items stattfinden. Beide Auswertungen dienen später der Entscheidungsfindung, ob die Teilnahme am Kurs für den jeweiligen Klienten geeignet ist (siehe Punkt „Clearing“).

Bedeutung im therapeutischen Kontext

Viele therapeutische Maßnahmen setzen Motivation seitens der Klienten und Klientinnen voraus. Diese sollen etwas ändern wollen, sollen zur Therapie kommen wollen und sich bereitwillig auf Interventionen einlassen wollen. Widerstand wird häufig als Gegenspieler gesehen, als Hindernis zur Teilnahme an Maßnahmen und als negative Prognose für den Verlauf einer solchen. Bei der Beantragung von Therapiemaßnahmen verlangen Kostenträger und Einrichtungen Motivationschreiben von den Betroffenen und die Einschätzung der vorhandenen Motivation von Fachkräften.

Doch ein Mensch, der motiviert ist, Therapie zu machen, ist nicht zwangsläufig motiviert etwas zu verändern. Zeigt ein Klient oder eine Klientin Widerstand in Bezug auf therapeutische Maßnahmen, muss der Grund nicht automatisch fehlende Motivation für Veränderung sein. Ein Betroffener, der auf Hilfsangebote mit Ablehnung reagiert, wird schnell als unmotiviert deklariert (Conen & Cecchin, 2011). Motivation im therapeutischen Kontext muss differenziert betrachtet werden. Berking und Kowalsky definieren Therapiemotivation „als Motivation, Therapeutische Maßnahmen zu beginnen und fortzuführen“, Änderungsmotivation wird verstanden als „die Motivation, das eigene Leiden zu überwinden und die dafür notwendigen Veränderungen vorzunehmen“ (Berking & Rief, 2012). Ergänzt werden können diese beiden Konzepte noch durch Beziehungs- und Methodenmotivation (Zarbock, 2011).

Widerstand wird häufig als Gegenspieler gesehen, betrachtet man dies aber im Hinblick auf motivationale Schemata, so ist Widerstand als Reaktion auf Veränderung mehr als nachvollziehbar. Schulte beschreibt Widerstand, orientiert an der Definition von Sigmund Freud, nicht ausschließlich als Teil der Klienten, sondern als „Eindruck des Therapeuten, dass der Patient die therapeutische Arbeit behindert“ (Schulte, 2015). So betrachtet ist Therapiemotivation nicht ausschließlich bei den Klienten zu suchen, sondern als therapeutische Aufgabe zu sehen. Diese macht es notwendig Ursachen von Widerstand zu identifizieren und ihnen im therapeutischen Prozess mit spezifischen Interventionen zu begegnen (Berking & Rief, 2012). Schulte und Eifert haben hierfür das „Duale Therapiemodell“ entwickelt, bestehend aus Methoden- und Motivationsstrang. Die methodische Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin ist es, ein Verständnis von aufrechterhaltenden Bedingungen des Problems zu entwickeln um diesen mit empirisch belegten, individuell angepassten Interventionen zu begegnen und diese fachgerecht umzusetzen. Der Motivationsstrang fordert die Fachkraft dazu auf, permanent Therapie- und Veränderungsmotivation auf Seiten der Klienten zu prüfen, um sich daraus ergebende motivationale Probleme frühzeitig erkennen und mit geeigneten Methoden darauf zu reagieren. Berking beanstandet, dass es auf der Seite der Methoden zahlreiche empirisch belegte Manuale gibt, wohingegen der Teil der Motivationsarbeit wenig konkrete und evaluierte Ansätze bereithält (Berking & Rief, 2012).

Die Wirksamkeit der Arbeit mit Klienten und Klientinnen im Zwangskontext wurde in diversen Untersuchungen wissenschaftlich belegt. Eine Studie von O´Hare, bei der freiwillig und unfreiwillig in Behandlung gegangene Alkoholabhängige begleitet wurden, zeigte, dass die Zahl der vorzeitigen Abbrüche und Entlassungen bei den freiwillig in Behandlung gegangenen deutlich höher war (54 und 30%) als bei denjenigen, die durch justizielle Auflagen vermittelt wurden (20 und 18%) (Conen & Ceccin, 2011). Goldsmith und Latessa untersuchten vier große Studien zur Wirksamkeit von Therapie bei Abhängigkeitserkrankten und stellten fest, dass von den insgesamt 70.000 Teilnehmern und Teilnehmerinnen zwischen 40 und 50 Prozent aufgrund einer richterlichen Auflage in Therapie waren. Es gab keine relevanten Unterschiede, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit richterlicher Auflage erzielten nahezu die gleichen Resultate („they did as well as the groups who had been treated voluntarily“), was die Autoren auf die längere Verweildauer und die Offenheit

gegenüber den Wirkungen der Therapie schoben (Goldsmith & Latessa, 2001). In einer Untersuchung von Drogenabhängigen, die sich gemäß §35 Betäubungsmittelgesetz in einer therapeutischen Maßnahme befanden zeigte Egg, dass diese die Therapie deutlich häufiger erfolgreich abschlossen als vergleichbare Klienten und Klientinnen die sich freiwillig in Therapie befanden. Unter der Voraussetzung, dass bei erfolgreicher Beendigung der Maßnahme die Reststrafe zur Bewährung ausgesetzt wurde.

Im Vergleich zur Studienlage bei freiwilliger Inanspruchnahme von therapeutischen Maßnahmen besteht aber durchaus weiterer Forschungsbedarf im Bereich der Therapien im Zwangskontext.

Der unmotivierte Klient

Young, attractive, verbal, intelligent, succesful kurz YAVIS. Oder auch MAVEZ, motiviert, aenderungsbereit, vertrauensvoll, engagiert und zuversichtlich. Die Beschreibung des idealen Kliententypus (Schulte, 2015) im therapeutischen Kontext, ein Wunschtraum der Therapeuten und Therapeutinnen, der mit der Realität meistens nicht übereinstimmt. Sicherlich ist diese Interpretation mit etwas Humor zu sehen, dennoch arbeiten viele Fachkräfte hauptsächlich mit motivierten Klienten und Klientinnen, die ein Mindestmaß an Engagement und Änderungsbereitschaft mitbringen. Nach Klug und Zobrist gibt es keine unmotivierten Menschen, jeder Mensch habe etwas das ihn antreibe. Das Problem bei der Zuschreibung von fehlender Motivation sei häufig eher, „dass sich die Motivationslage vielleicht nicht so darstellt, wie es die Beratungsfachkraft gerne hätte“ (Klug & Zobrist, 2016). Conen und Cecchin definieren unmotivierte Klienten und Klientinnen mit folgenden Merkmalen: sehen kein Problem, zeigen Unwillen, sind ohne Enthusiasmus, beteiligen sich nur mühsam am Gespräch, halten Termine nicht ein, halten Informationen zurück, fühlen sich ihres freien Willens durch andere beraubt, tragen das Gefühl vor sich her zu etwas gezwungen worden zu sein. Nicht selten wird das Fehlen von Motivation zur Charaktereigenschaft der betroffenen Person gemacht, als persönliches Defizit interpretiert (Conen & Cecchin, 2011). All diese Merkmale lassen sich in Zwangskontexten gut erklären, denn sie sind teilweise nichts anderes als Tatsachen.

Die Betroffenen entscheiden sich nicht freiwillig zur Behandlung oder Beratung, sehen selbst keinen Anlass zur Veränderung oder äußern diesen zumindest nicht, sind unter Umständen misstrauisch und halten deshalb Informationen zurück. Diese Verhaltensweisen machen im Rahmen eines Perspektivwechsels durchaus Sinn. Und dennoch ist der vorhandene Arbeitsauftrag Anlass genug, den Betroffenen den bestmöglichen Rahmen zu bieten, um aus der Zwangsaufgabe einen eigenen Auftrag zu entwickeln. Damit dies gelingen kann müssen die zugrunde liegenden Hürden für Veränderung erkannt und bearbeitet werden. Und dabei handelt es sich nicht zwangsläufig um mangelndes Problembewusstsein oder vorhandenen Widerstand.

Der Mangel an Änderungsmotivation wird häufig mit Widerstand gleichgesetzt. Winiarski beschreibt Widerstand aber sogar als „notwendige(n) Bestandteil von Veränderungsarbeit“ (Winiarski, 2012). Demnach handelt es sich dabei um ein zutiefst menschliches Schema, wenn wir an Gewohnheiten festhalten und Veränderungen gegenüber skeptisch sind. Diese können Instabilität, Unsicherheit und Verlust mit sich bringen. Widerstand kann also eine wichtige Funktion bekleiden, er schützt vor Überforderung durch Veränderung.

Fehlende Motivation zur Veränderung kann aber noch diverse andere Gründe haben. Beispielsweise motivinkompatible Ziele, also solche, die nicht zu den eigenen motivationalen Schemata passen. Zu klären ist daher, inwiefern die geplanten Ziele mit den eigenen Motiven vereinbar sind und ob diese auch die Befriedigung individueller Bedürfnisse nach sich ziehen. Die anderen beiden Ursachen für nicht ausreichend vorhandene Motivation lassen sich aus dem „Erwartungs-Wert-Prinzip“ ableiten. Zum einen sogenannte „Pseudo-Entscheidungen“, die der Klient oder die Klientin trifft, ohne eine wirkliche Handlungsabsicht entwickelt zu haben. Um diese zu erzeugen benötigt es eine wirkliche Entscheidung, das Ergebnis einer kognitiven Abwägung. Das getroffene Ziel sollte positiv bewertet werden und die notwendigen Kosten sind transparent und werden von den Betroffenen in Kauf genommen. Ein anderer Grund ist mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung, die trotz positiver Bewertung eines Zieles dazu führt, dass Klienten und Klientinnen nicht aktiv werden. Bandura definiert diese Erwartung als „Annahme einer Person, über die notwendigen Fähigkeiten und Ressourcen zu verfügen, um die Handlung ausführen zu können, die einen angestrebten Effekt erzielen“ (Sachse et. al., 2012). Hier ließe sich noch

differenzieren in eine allgemeine, generelle Selbstwirksamkeitserwartung und eine, die auf spezielle Ziele ausgerichtet ist.

Ideen zur Förderung von Veränderungsmotivation können an vielen Stellen ansetzen und müssen viele Ursachen in Betracht ziehen. Die Erarbeitung passender Zielvorgaben auf Grundlage der individuellen Motivstruktur, eine gemeinsame Kosten-Nutzen-Analyse, transparente Entscheidungsfindungsprozesse sowie die Steigerung der Selbstwirksamkeit als Teil der konzeptionellen Grundlage. Ziel des KiM-Konzeptes ist es, die Änderungsmotivation seitens der Klienten und Klientinnen hinsichtlich des gezeigten Problemverhaltens zu fördern. Folgende Kriterien implizieren nach Sachse das Vorhandensein echter Änderungsmotivation: die Kosten der Verhaltens werden erkannt, das Verhalten wird als widersprüchlich zu den eigenen Motiven und Zielen erlebt, Betroffene übernehmen Verantwortung für ihr Verhalten, das bewusste Entscheiden zur Veränderung (Sachse et. al., 2012). Leidensdruck allein sei dagegen kein explizites Merkmal von Veränderungsmotivation.

Konzept „KIM“

Im Folgenden werden nun die Inhalte und Interventionen des Kurskonzeptes zur Förderung von Veränderungsmotivation für Klienten und Klientinnen mit richterlichen Auflagen in der ambulanten Suchtberatung vorgestellt.

Erhebung der Ausgangslage

Drogenkonsum

Der Konsum von illegalen Substanzen nimmt in Deutschland seit mehreren Jahren zu. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht kam in ihrem Bericht aus dem Jahr 2018 zu dem Ergebnis, dass die höchste Konsumprävalenz im Bereich der illegalen Drogen bei den 18- bis 24-Jährigen läge. Rund 28,2 Prozent dieser Altersgruppe haben in ihrem Leben illegale Substanzen konsumiert. Signifikant ist auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern, die Jahresprävalenz war bei den Männern mit 8,4 Prozent deutlich höher als bei den Frauen (5,8%). Besonders hoch ist die Lebenszeitprävalenz bei Cannabis, dass nach wie vor die am häufigsten konsumierte illegale Substanz darstellt (Lebenszeitprävalenz: 27,2%). Interessant ist auch, dass 21,8 Prozent der Cannabiskonsumenten und -Konsumentinnen in den letzten 12 Monaten zu anderen illegalen Substanzen gegriffen haben, am häufigsten zu Amphetaminen (13%), gefolgt von Ecstasy (9,3%) und Kokain (8,5%).

Untersucht wurde auch der klinisch relevante Konsum, der bei Cannabiskonsumenten und -Konsumentinnen am höchsten war (1,4% der Männer, 1,0% der Frauen), gefolgt von problematischem Amphetaminkonsum (0,2% der Männer, 0,3% der Frauen). Bei der Jahresprävalenz des Konsums sind die Zahlen deutlich höher, so wiesen hier 7,6 Prozent der Konsumierenden einen problematischen Cannabisgebrauch auf. In den Leitlinien der DG-Sucht wird davon ausgegangen, dass rund 20 Prozent der Cannabiskonsumenten und -Konsumentinnen täglichen konsumieren. Die Capris-Studie kam zu dem Ergebnis, dass 9 Prozent der Cannabiskonsumierenden eine Abhängigkeit entwickeln würden, besonders hoch sei die Gefahr im Jugendalter (17%). Bei täglichem Konsum in der Adoleszenz würden zwischen 25 und 50 Prozent der betroffenen Personen eine Abhängigkeit entwickeln (Hoch & Schneider, 2018).

Relevant sind auch die Erhebungen aus dem Suchthilfesystem selbst, speziell aus dem ambulanten Bereich. Im Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik wurden im ambulanten Setting 342.009 Fälle erfasst (Thaller et. al., 2016). Als Hauptdiagnose wurde am häufigsten Alkohol (48,9%) gefolgt von Cannabis (17,8%) vergeben. Nach den Opioiden (13,7 %) folgen Stimulanzien mit 6,9 Prozentpunkten. Interessant ist dabei die Altersverteilung, das durchschnittliche Alter der Personen mit einer cannabisbezogenen Störung lag bei rund 25 Jahren, 74 Prozent der Betroffenen war unter 30 Jahre alt. Im Bereich der Stimulanzien lag das durchschnittliche Alter bei 29 Jahren, bei Alkohol waren die Personen im Schnitt 46 Jahre alt. Auflagen zur Behandlung in der ambulanten Suchthilfe erhielten vor allem Personen, die illegale Drogen konsumierte.

So war rund ein Drittel der Personen mit einer cannabisbezogenen Störung aufgrund einer richterlichen Auflage in ambulanter Behandlung. Bei Kokain waren es 24, bei Stimulantien 22 Prozent der Klienten und Klientinnen. Die meisten gerichtlichen Auflagen erfolgten im Rahmen des Betäubungsmittelgesetzes. Untersucht wurde auch der Behandlungserfolg, unter anderem gemessen an planmäßigen und unplanmäßigen Beendigungen. Bei 42 Prozent der Personen mit einem Problem im Bereich der Stimulanzien sowie bei 35 Prozent der cannabisbezogenen Störungen kam es zu einer unplanmäßigen Beendigung. Eine höhere Quote erreichten lediglich Klienten und Klientinnen mit Opiatkonsum.

Im „Drogen- und Suchtbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom Oktober 2018 wurden 1.500 ambulante Beratungsstellen mit insgesamt über 500.000 Klienten und Klientinnen in Deutschland erfasst. Die Hauptdiagnosen stellen dabei alkohol- und cannabisbezogene Störungen dar. Unplanmäßige Beendigungen würden demnach nur in 34 Prozent der Fälle ein positives Ergebnis erzielen, wohingegen planmäßige Beendigungen in 80 Prozent zu einem solchen führen würden.

Für die Zielgruppe des Kurskonzeptes KiM ergeben sich daraus zwei interessante Klientengruppen. Zum einen liegt das durchschnittliche Alter der Klienten und Klientinnen mit einer manifestierten Cannabisabhängigkeit bei 25 Jahren, aus präventiver Sicht spielt daher die Zielgruppe unter 25 Jahren eine entscheidende Rolle. Die erhärtet sich auch durch die Tatsache, dass gerade Jugendliche mit einem

regelmäßigen Cannabiskonsum ein deutlich erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Abhängigkeit haben. Außerdem relevant ist die Anzahl an Cannabiskonsumierenden, die aufgrund einer richterlichen Auflage in die Beratungsstelle kommen und von welchen wiederum circa ein Drittel die Behandlung dort unplanmäßig beendet. Diese Zahl sollte sich möglicherweise durch eine adäquate Versorgung, die an die Bedarfe und der Motivation der Klienten und Klientinnen angepasst ist, reduzieren. Gerade zumal eine unplanmäßige Beendigung deutlich seltener positive Behandlungsergebnisse erzielt.

Delinquenz

Rund ein Drittel der Cannabiskonsumierenden und -Konsumierenden erscheint aufgrund richterlicher Auflagen hervorgerufen durch Straftaten im Betäubungsmittelbereich in deutschen Suchtberatungsstellen. Da sich das Kurskonzept zu KiM gerade an einen Teil dieses Klientels wendet, spielt auch die zugrundeliegende Delinquenz eine entscheidende Rolle. Das Bundeslagebild Rauschgift bildet „die aktuellen polizeilichen Erkenntnisse zur Lage und Entwicklung der Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland“ ab (Bundeskriminalamt, 2018). Im Jahr 2017 wurden 330.580 Rauschgiftdelikte erfasst, im Vergleich zum Vorjahr sei die Zahl damit um fast 10 Prozent gestiegen. Den Großteil der Delikte stellen mit 255.344 Fällen die konsumnahen Fälle, dabei handelt es sich um allgemeine Verstöße gegen §29 des Betäubungsmittelgesetzes. Der unerlaubte Handel, Schmuggel sowie die Einfuhr werden gesondert gewertet. Cannabisbezogene Delikte stellen mit einem Anteil von 60 Prozent die größte Gruppe und Cannabis ist so mit Abstand das „meist gehandelte Betäubungsmittel in Deutschland“ (Bundeskriminalamt, 2018). Der Anteil von Kokaindelikten stieg im Vergleich zum Vorjahr von 6 auf 7 Prozent und bildet somit den dritten Platz. Amphetamindelikte bilden rund 10 Prozent der Rauschgiftdelikte. Die Zahl der „konsumnahen Delikte“ steigt im Vergleich zum Vorjahr um 10 Prozent. Auch hier stellt Cannabis mit 65 Prozent den größten Anteil, gefolgt von Amphetamin und Kokain. Die Autoren kamen zum Fazit, dass Cannabis „mit knapp zwei Dritteln aller Rauschgiftdelikte weiterhin die Drogenart mit der höchsten Fallzahl“ (Bundeskriminalamt, 2018) sei.

Bei 14 Prozent der Verurteilungen bei den 18- bis 21-Jährigen handelt es sich um Verstöße gegen das Betäubungsmittelrecht. Insgesamt würden Männer neunmal

häufiger wegen Betäubungsmittelverstößen verurteilt. Bei der „Hamburger Basisdokumentation im Suchtbereich (BADO)“ wurde erhoben, dass 27 Prozent der Cannabisklienten und -Klientinnen im Lauf ihres Lebens inhaftiert worden sei. Der Anteil an Haftstrafen bei den Arten der Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz liegt bei 27,6 Prozent. Den größten Anteil bilden Geldstrafen (72,4%), gefolgt von Freiheitsstrafen, die zur Bewährung ausgesetzt wurden (68,2% aller Freiheitsstrafen) (Schneider et. al., 2018).

Für die Zielgruppe des Konzeptes lässt sich daher feststellen, dass circa 60 Prozent der Auflagenklienten und -Klientinnen aufgrund von Cannabisbezogenen Delikten Auflagen zur Beratung erhalten. Relevant für das Konzept ist außerdem die Tatsache, dass rund ein Drittel dieser Klienten und Klientinnen im Verlauf inhaftiert wird.

Zwangskontext

Das Konzept richtet sich also an Drogenkonsumenten und - Konsumentinnen mit richterlichen Auflagen, die somit nicht ausschließlich Eigenmotiviert die Beratungsstelle aufsuchen. Sowohl in der sozialpädagogischen als auch in der therapeutischen Arbeit gibt es immer wieder Settings, in denen Klienten und Klientinnen nicht aus eigenem Antrieb Unterstützung aufsuchen. Klug geht sogar so weit zu sagen, dass in der Sozialen Arbeit die wenigsten Kontakte „selbst-initiiert“ sind (Klug & Zobrist, 2016). Häufig lägen der Kontaktaufnahme Drucksituationen zugrunde, ausgelöst durch drohende soziale oder rechtliche Konsequenzen. Der Zwangskontext, der im Fall der Konzeption vorliegen soll, ist nochmal spezifischer, den Betroffenen bieten sich wenig bis keine Alternativen. Sie sind von der Justiz dazu aufgefordert in Kontakt zu treten und Maßnahmen zu ergreifen. Dies geht von der Teilnahme an Beratungsgesprächen bis hin zur Abgabe von Drogenscreenings, die sie zur Abstinenz verpflichten. Eine Verweigerung führt unausweichlich zu weiteren rechtlichen Konsequenzen wie einem Arrest, einem Bewährungswiderruf oder der Inhaftierung. Die Klienten und Klientinnen erleben hier eine Beschneidung ihrer Autonomie, sie können im Gegensatz zu „freiwillig“ erscheinenden Personen die Angebote zur Unterstützung zwar ablehnen, jedoch bleibt dies aufgrund der Kontrollfunktion der Fachkräfte nicht ohne Konsequenzen. Der sozialpädagogischen und therapeutischen Arbeit wird hier im Sinne des sogenannten „Doppelmandates“ eine starke Kontrollfunktion zugewiesen, sie übernimmt eine „gesellschaftliche

Normierungsfunktion“ (Klug & Zobrist, 2016). Wahlster beschreibt diese Kontrollkontexte mit folgenden Merkmalen: „Kontrolle wurde von Klienten nicht angefragt, Klienten verstoßen gegen Regeln die sie kennen oder nicht kennen, die Berater und Therapeuten bewerten das Verhalten der Klienten als richtig oder falsch, die Grundlage bilden Gesetze oder Vorgaben der Einrichtung, die Berater und Therapeuten übernehmen Verantwortung in Bezug auf Ausübung der Kontrollmaßnahmen, es besteht die Möglichkeit Sanktionen zu verhängen und die Ziele werden von Seiten der Helfenden gesetzt“ (Wahlster, 2014).

Um in diesem Setting Veränderung zu ermöglichen muss ein geeigneter Raum geschaffen werden, in dem „Missverstehen anregt und nicht ängstigt, neugierig macht und nicht verbittert, und Interesse füreinander entstehen lässt anstelle Abwehr, Gehorsam oder Scham“ (Loth zit. In Wahlster, 2014). Denn das Dilemma bestünde in den Veränderungserwartungen der Fachkräfte an die Klienten und Klientinnen, deren nicht immer positive Reaktion auf diese Erwartungen dann als Widerstand gedeutet wird und so das Verhalten der Therapeuten und Therapeutinnen beeinflusst. Vielmehr sollten die Behandelnden die Klienten und Klientinnen dabei unterstützen ihre eigenen Perspektiven zu entwickeln, sich auszuprobieren und so eigene Handlungsoptionen zu erschließen (Wahlster, 2014).

Zielgruppe

Aus den vorangegangenen gewonnenen Informationen ergeben sich folgende Merkmale für die Zielgruppe des Kurskonzeptes.

Soziodemografische Daten

Die Entwicklung des Konzeptes sieht eine Teilnahme für Klienten und Klientinnen zwischen dem 16. und dem 27. Lebensjahr vor. Das Angebot richtet sich vorerst an Personen im Landkreis Rosenheim, die im Einzugsgebiet der Beratungsstelle neon gemeldet sind und bei denen eine Zuständigkeit des Amtsgerichtes Rosenheim und oder der Jugendgerichtshilfe von Stadt oder Landkreis Rosenheim vorliegt. Teilnehmen können Personen allen Geschlechtes, da das Konzept keine geschlechtsspezifischen Interventionen vorsieht. Auch hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses gibt es keine Vorgaben.

Konsumverhalten

Das Konsumverhalten der angesprochenen Zielgruppe bewegt sich im Bereich „Missbrauch“ oder „Abhängigkeit“. Die Betroffenen erfüllen also mindestens zwei der Kriterien der Abhängigkeit gemäß ICD-10 oder es liegt eine Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit vor. In jedem Fall haben die Personen negative Folgen aufgrund ihres Konsums, die bis dato nicht zu einer Verhaltensänderung geführt haben. Die Teilnahme Kurs ist grundsätzlich nicht an eine spezielle Substanz gebunden, da nicht der direkte Umgang mit den Substanzen Inhalt des Manuals ist. Indiziert ist die Teilnahme bei Klienten und Klientinnen mit problematischem Alkohol-, Cannabis- und Stimulanzien-Konsum. Nicht indiziert ist die Teilnahme bei Opiatkonsum, insbesondere bei intravenösem Konsum.

Lebenswelt

Einen Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe zu erhalten erweist sich als schwieriges Unterfangen. Die Daten- und Studienlage ist dürftig, offizielle Erhebungen kaum vorhanden. Schwer auch deswegen, weil sie an mehreren Schnittstellen auftauchen. Sie haben häufig Kontakt mit dem Jugendhilfesystem gehabt, tauchen in Beratungsstellen und bei der Agentur für Arbeit auf, fallen im Schulsystem auf, haben

Schwierigkeiten in der Ausbildung und meistens auch eine justizielle Vorgeschichte. Menschen, die in einen Zwangskontext geraten zeigen riskante Verhaltensweisen, das Gefährdungspotential für sich selbst und in Bezug auf andere ist stark erhöht. Laut dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung weisen Jugendliche und junge Erwachsene mit einem regelmäßigen Drogenkonsum eine höhere Anzahl an Schulabbrüchen sowie eine deutlich niedrigere Zugangsrate zu akademischen Abschlüssen vor (Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung, 2018). Die eigenen Vorstellungen unterscheiden sich von dem, was die Gesellschaft von ihnen fordert (Klug & Zobrist, 2016). Knorr, Vorsitzender des Evangelischen Erziehungsverbandes e. V., ordnet den „Schwierigsten“ eine Lebensgeschichte zu, die zu den aktuellen Schwierigkeiten geführt habe. Außerdem zeigen diese Jugendlichen ein Verhalten, das zu Etikettierung und Stigmatisierung führen kann. Sie lösen starke Gefühle bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und in der Öffentlichkeit aus und „entlarven schonungslos die Schwachstellen des gewachsenen Jugendhilfe- und Erziehungshilfesystems“ (Deutsches Institut für Urbanistik, 2014).

Das Projekt „NAIS“ („Niedrigschwellige Alternativen für sog. Systemsprenger“) beschäftigt sich seit Ende der 1990er Jahre mit einer sehr ähnlichen Zielgruppe (Schwabe et. al., 2013). Entwickelt wurde es von Jugendamtsmitarbeitern und -Mitarbeiterinnen in Kooperation mit einem freien Träger. Ziel war damals eine geeignete Wohnform für gefährdete Jugendliche zu entwickeln. Merkmale dieser Jugendlichen waren Entlassungen aus bisherigen Maßnahmen aufgrund von aggressivem Verhalten, Kriminalität und oder Drogenkonsum. Außerdem handelte es sich auch um Jugendliche, die gewöhnliche Betreuungsmaßnahmen von sich aus ablehnten und das Leben in einem prekären Umfeld bevorzugten. Die Projektleitung sehe das problematische Verhalten der Zielgruppe als Antwort auf subjektiv gefühlt freiheitseinschränkende Maßnahmen durch das Hilfesystem. Die Erfahrungen der Jugendlichen mit Behörden, Beratungsstellen und anderen Systemen habe ihnen gezeigt, dass Hilfe stets mit Einschränkung und Erwartungen verbunden ist. Daher ziehen sie sich ganz bewusst aus diesem System zurück und verweigern sich, um die eigene Freiheit zu wahren. Winnicott (1978) sieht dies als eine durchaus nachvollziehbare Reaktion im Rahmen der schwierigen Zeit des Erwachsen-Werdens. Entscheidend sei dabei aber zu unterscheiden, ob das problematische Verhalten Teil einer persönlichen Entwicklung sei oder ob dessen Ursprünge pathologisch sind. In

zweitem Fall bräuchten die Jugendlichen fachärztliche Unterstützung und einen entsprechend geschützten Rahmen.

Die Erwartungen aus dem Umfeld an die sogenannten „Systemsprenger“ seien häufig sehr hoch und den Jugendlichen selbst auch durchaus bewusst. Entscheidend sei es aber, die Jugendlichen dabei zu unterstützen herauszufinden was sie selbst möchten und sie auf diesem Weg zu fördern (Schwabe et. al., 2013). Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung kam das Projekt zu dem Ergebnis, dass Jugendliche dieser Zielgruppe Settings benötigen würden, in denen ihnen ein ausreichendes Maß an Autonomie zugestanden wird. Den Jugendlichen sollen Wahlmöglichkeiten aufgezeigt werden, die Entscheidung liegt aber letzten Endes immer bei ihnen selbst. Außerdem soll den Jugendlichen auch ein notwendiges Maß an Selbstverantwortung zugestanden werden, was häufig auch bedeuten würde destruktives Verhalten zu erdulden. Dennoch sollen Hilfskräfte ihre Sorgen und Anliegen gegenüber den Betroffenen deutlich formulieren.

Kontraindikationen

Ein Kriterium zum Ausschluss an der Teilnahme ist eine vom Klienten oder der Klientin und von der Fachkraft festgestellte vorhandene Behandlungsmotivation, sowie ein vom Klienten oder von der Klientin geäußertes Wille oder Wunsch zur Veränderung. Benennt eine Person konkrete Änderungsabsichten oder -Wünsche hinsichtlich seines Konsums oder seiner psychosozialen Situation so soll diese die notwendige Unterstützung zur Veränderung erhalten. Erkennt ein Klient oder eine Klientin beispielsweise den Krankheitswert des Konsums, so soll dieser hinsichtlich seiner Möglichkeiten im Suchthilfesystem beraten und gegebenenfalls unterstützt werden. Hat ein Betroffener oder eine Betroffene den Wunsch nach Veränderung, traut sich dies aber (noch) nicht zu, erfolgt ebenfalls die Vermittlung in ein anderes Angebot oder die Beratung im Einzel gemäß dem regulären Vorgehen der Beratungsstelle.

Eine weitere Kontraindikation bildet der intravenöse Opiatkonsum sowie das Vorliegen einer manifesten Opiat- und oder Alkoholabhängigkeit mit Entzugssyndrom. In diesem Fall sollten Betroffene aufgrund der erhöhten Gefährdung dahingehend beraten

werden ärztliche Betreuung sowie weitere Maßnahme zur Stabilisierung zu ergreifen. Dies empfehlen auch die Leitlinien zur Behandlung dieser beiden Erkrankungen.

Ausschlussgrund ist auch der Verdacht auf Suizidgefährdung oder Anzeichen einer psychotischen Episode. In diesen beiden Fällen ist ebenfalls von der Teilnahme am Kurs abzuraten. Zudem sollten die Betroffenen nach tiefergehender Klärung in entsprechende Angebote der Unterstützung und Behandlung weitervermittelt werden. Das Vorliegen einer möglichen Selbst- und oder Fremdgefährdung muss in diesem Fall ebenfalls überprüft werden, gegebenenfalls folgt daraus die Installation einer fachärztlichen oder notfallmäßigen Betreuung der Betroffenen.

Theoretischer Hintergrund

Transtheoretisches Modell

Ein Kernstück des Manuals bildet das Thema Veränderung. Die theoretische Grundlage hierfür orientiert sich am „Transtheoretischen Modell“ nach Prochaska und DiClemente. Die Idee dahinter ist die Verhaltensveränderung als mehrstufigen Prozess zu betrachten. Das Modell dient daher als Diagnostisches Instrument und bietet zudem zahlreiche Ansätze für praktische Interventionen. Entscheidend ist dabei Anpassung der Interventionen an das jeweilige Stadium der Veränderungsbereitschaft (Klug & Zobrist, 2016).

Prochaska und DiClemente unterscheiden dabei sechs Stadien der Veränderung („states of change“), wobei sich jedes Stadium durch den jeweiligen Motivationsgrad der Betroffenen genau erfassen lässt. Das Modell hat daher sowohl diagnostischen als auch therapeutischen Charakter und wurde speziell zur Motivationsdiagnostik und Motivationsförderung bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen entwickelt (Berking & Kowalsky, 2012). In der ersten Phase, der „Precontemplation“, wird das problematische Verhalten nicht als solches gesehen. Die Betroffenen erkennen für sich keine Zusammenhänge zwischen auftretenden Problemen und ihrem eigenen Verhalten, Ursachen werden im Außen gesucht. In dieser Phase besteht daher auch wenig bis keine Motivation zur Veränderung. Im Veränderungsstadium der „Contemplation“ entstehen gedanklich erste Ansätze zur Notwendigkeit einer Veränderung, man nennt diese Phase daher auch kritische Reflexionsphase. Es erfolgen noch keine handlungsleitenden Impulse, es entsteht aber die Absicht etwas verändern zu wollen. Die dritte Phase der „Preparation“ dient der Vorbereitung zur Veränderung, es werden erste konkrete Schritte in Richtung Verhaltensänderung festgelegt und deren Umsetzung geplant. Darauf folgt das Stadium der Handlung („Action“), in welchem die geplanten Schritte praktisch umgesetzt werden. Diese werden dann in der Phase der „Maintenance“ sinngemäß aufrechterhalten, das Problemverhalten taucht nahezu nicht mehr auf, es besteht aber die Gefahr eines Rückfalls. Den Abschluss dieser Phasen bilden zwei unterschiedliche Stadien. Zum einen die „Termination“, in dieser Phase zeigen die Betroffenen nach wie vor das erwünschte Verhalten und können dies auch ohne Probleme stabil aufrechterhalten. Kommt es dagegen zu einem Rückfall in das problematische Verhalten sprechen

Prochaska und DiClemente vom Stadium des „Relapse“. Betroffene resignieren dann häufig und zweifeln an ihrer Selbstwirksamkeit.

Im Rahmen des Konzepts soll das Transtheoretische Modell zur Motivationsdiagnostik vor und nach Durchführung der Interventionen eingesetzt werden und zudem Ausgangspunkt für die Planung der Interventionen bilden. Es ist davon auszugehen, dass sich aufgrund der definierten Zielgruppe, ein Großteil des angesprochenen Klientels in der Phase der „Precontemplation“ oder maximal noch in der Phase der „Contemplation“ befindet. Äußern die Betroffenen im Clearing-Gespräch konkrete Veränderungsabsichten sind sie dadurch vom Konzept ausgeschlossen und werden anderweitig so passgenau wie möglich versorgt.

Die ersten beiden Stadien sind gekennzeichnet von fehlendem Problembewusstsein und mangelnder Veränderungsbereitschaft, darauf sollen die therapeutischen Interventionen gezielt reagieren. In der Phase der „Absichtslosigkeit“ empfehlen Prochaska und DiClemente die Steigerung des Problembewusstseins durch die Betonung der Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und den eigenen Zielen, die Neubewertung von Selbstwirksamkeit und vorhandenen Ressourcen sowie die Steigerung des emotionalen Erlebens. Zusätzlich soll gezielt an Sorgen und Wahrnehmungen der Klienten und Klientinnen angesetzt werden, relevante Informationen vermittelt werden und Empathie im Umgang mit Widerstand gezeigt werden (Klug & Zobrist, 2016). In der Phase der „Absichtsbildung“ sollen Argumente, die für eine Veränderung sprechen gefördert und entsprechende Hemmnisse abgebaut werden. Klug und Zobrist empfehlen in diesem Stadium vor allem Techniken aus der Motivierenden Gesprächsführung (siehe unten).

KiM setzt daher durch Erarbeitung eigener Ziele und einer realistischen Betrachtung der aktuellen Situation auf die Entwicklung der von Prochaska und DiClemente geforderten Diskrepanz. Die Selbstwirksamkeit der Klienten und Klientinnen soll durch eine Erarbeitung der möglichen Veränderungen unter Einbezug des sozialen Netzes sowie des professionellen Hilfesystems gefördert und betont werden. Das Aufzeigen der Folgen des eigenen Verhaltens soll ebenfalls die Selbstwirksamkeit sowie die Übernahme von Eigenverantwortung fördern. An vorhandenen Ressourcen der Betroffenen wird angesetzt, indem diese anhand biographischer Erlebnisse erarbeitet

werden. Auch das emotionale Erleben soll im Kurskonzept immer wieder fokussiert werden, indem beispielweise die Ziele oder die Folgen des eigenen Handelns auf der Ebene der Emotionen thematisiert werden. Außerdem werden, orientiert an der Phase der „Absichtsbildung“, auch mögliche Hindernisse für Veränderung erarbeitet, welche durchaus auch intrapersonell vorhanden sein können. Daher werden auch Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie angewandt.

Motivational Interviewing

Wie von Prochaska und DiClemente gefordert bildet das „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnick, welches auch in Leitlinien zur Behandlung von Substanzstörungen empfohlen wird, ebenfalls einen Teil der theoretischen Basis des Konzeptes. Die Motivierende Gesprächsführung als Behandlungsmethode geht davon aus, dass jeder Mensch über die notwendigen Ressourcen und das Potential zur Veränderung verfügt. Die therapeutische Arbeit besteht darin, „die der Person eigene intrinsische Motivation und Ressourcen für eine Veränderung hervorzurufen“ (Miller & Rollnick, 2004). Sie schließt dabei nicht nur gezielte Interventionen, sondern eine zugrundeliegende therapeutische Haltung mit ein. Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin ist es zu versuchen, „eine positive zwischenmenschliche Atmosphäre zu schaffen, die Veränderung fördert, jedoch nicht erzwingt“ (Miller & Rollnick, 2004). Ziel ist es, intrinsische Motivation in den Klienten und Klientinnen zu erkennen und zu fördern damit Veränderung aufgrund eigener Wünsche und Ziele geschieht und nicht durch Vorgabe von außen. Miller und Rollnick betonen dabei die Autonomie als zentralen Wert, die Verantwortung für Verhalten sowie auch für Veränderung desselben liegt bei den betroffenen Personen selbst.

Die Motivierende Gesprächsführung orientiert sich an vier allgemeinen Prinzipien, die zugleich auch die Basis für therapeutisches und beraterisches Handeln in der Praxis bilden. Als Grundlage sehen Miller und Rollnick das Prinzip „Empathie ausdrücken“, durch aktives Zuhören soll es der Fachkraft gelingen die Lebenswelt der Klienten und Klientinnen zu verstehen, ohne diese zu bewerten. Dazu gehört auch Ambivalenz als normalen Anteil psychischer Prozesse zu verstehen. Diese Grundhaltung erleichtert den Beziehungsaufbau und stärkt dabei auch das Selbstwertgefühl der Betroffenen, die Basis, um Veränderung zu ermöglichen. Als zweites Prinzip beschreiben die Autoren das Entwickeln von Diskrepanzen mit dem Ziel Ambivalenzen aufzulösen, um

Veränderung zu fördern. Dazu gehört „die Erzeugung und Verstärkung einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Verhalten des Klienten und seinen grundsätzlichen Zielen und Werten“ (Miller & Rollnick, 2004). Klienten und Klientinnen sollen unterstützt werden herauszufinden, wo das aktuelle Verhalten in Konflikt mit den eigenen Zielen und Wünschen steht und dadurch selbst den Grund für Veränderung feststellen. Das dritte Prinzip spielt im Rahmen des Konzeptes eine wichtige Rolle, es geht dabei um „Widerstand umlenken“. Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin ist es, dem Widerstand nicht direkt gegenüber zu treten, sondern diesen umzulenken um ihn als Impuls für Veränderung nutzbar zu machen. Miller und Rollnick sehen Widerstand seitens der Klienten als Signal das therapeutische Vorgehen zu hinterfragen und neu auszurichten. Das letzte Prinzip ist Förderung von Selbstwirksamkeit, welche die Autoren als wesentlichen Bestandteil von Veränderungsbereitschaft sehen. Fachkräfte sollen Klienten und Klientinnen dabei begleiten sich zu verändern in dem sie das Selbstvertrauen dieser fördern und sie bei auftauchenden Schwierigkeiten und Herausforderungen unterstützen. Entscheidend sei dabei auch, ob der Therapeut oder die Therapeutin selbst an die Veränderungsfähigkeiten der Betroffenen glaubt.

Da im Rahmen des Konzeptes gerade der Umgang mit Widerstand eine zentrale Rolle spielt wird darauf nochmal im Besonderen eingegangen. Miller und Rollnick sehen Widerstand ebenfalls im zwischenmenschlichen Kontext, als das Ergebnis von Interaktion. Sie legen dabei zwei Pole im Gesprächsverlauf fest, nämlich die „Konsonanz“ und die „Dissonanz“. Dissonanz entsteht dann, wenn Gesprächspartner unterschiedliche Ziele haben, wenn therapeutische Interventionen sich nicht an Interesse und Bedarf der Klienten und Klientinnen orientieren, auch bereits vorhandene negative Emotionen können Dissonanz hervorrufen (Miller & Rollnick, 2004). Entscheidend ist die Wahrnehmung von Widerstand nicht als persönliche Zuschreibung, sondern als Schwierigkeit in der Klient-Therapeut-Interaktion. Folgende Verhaltensweisen von Klienten und Klientinnen können auf Dissonanz in der therapeutischen Beziehung hinweisen (Miller & Rollnick, 2004):

- Klienten/Klientinnen versuchen mit Argumenten den Therapeuten/die Therapeutin oder deren Vorgehensweise anzugreifen.

- Klienten/Klientinnen unterbrechen laufende Gespräche, in dem sie diese vorzeitig beenden oder dem Gegenüber ins Wort fallen.
- Klienten/Klientinnen reagieren mit Ablehnung oder Pessimismus, zeigen keine Anzeichen von Problembewusstsein oder Verantwortungsübernahme.
- Klienten/Klientinnen ignorieren Aussagen, lenken vom Thema ab und verweigern Antworten.

Die Motivierende Gesprächsführung reagiert darauf mit der Initiierung von „Change Talk“, das Ausdrücken von Veränderungsbereitschaft, als Gegenpart zur Entfernung von Veränderung in der Dissonanz. „Change Talk“ beinhaltet das Erkennen von Nachteilen der aktuellen Situation sowie von Vorteilen einer Veränderung. Außerdem die Idee sich verändern zu wollen, sowie eine positive Einschätzung der eigenen Fähigkeit zur Veränderung. Hilfreiche Methoden um „Change Talk“ hervorzurufen sind offene Fragen (z. B. „Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?“, „Was wären Vorteile einer Veränderung?“), sowie das Heranziehen der Vierfelder-Matrix als Entscheidungswaage. Außerdem sollen Gründe für Veränderung ausführlich exploriert werden, auch ein Rückblick auf die Zeit vor dem problematischen Verhalten kann zur Ressourcensuche und Förderung von Selbstwirksamkeit genutzt werden (Miller & Rollnick, 2004).

Die Wirksamkeit von Motivierender Gesprächsführung in der klinischen Praxis, vor allem auch im Bereich der Suchthilfe, wurde 1983 zum ersten Mal wissenschaftlich belegt und wird seither aufgrund des weiterhin steigenden Einsatzes stetig überprüft (Miller & Rollnick, 2004). Auch die Verwendung von Motivierender Gesprächsführung bei Jugendlichen mit spezieller Gefährdung wurde bereits wissenschaftlich erforscht und für sinnvoll bewertet (Naar-King & Suarez, 2012). Auf der Grundlage von Metaanalysen wird die Motivierende Gesprächsführung bei Abhängigkeitserkrankungen empfohlen, Effekte wurden zudem auch bei Minimalinterventionen gemessen (Linden & Hautzinger, 2011).

Relevant für das Konzept ist die therapeutische Grundhaltung die im „Motivational Interviewing“ eine entscheidende Rolle spielt. Der Glaube an die grundsätzliche Fähigkeit der Menschen zur Veränderung sowie die Orientierung an vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen, um die Selbstwirksamkeit der Klienten und Klientinnen

zu stärken sollen wesentliche Teile des Kursmanuals bilden. Diese Haltung wird auch geprägt von einem „nicht-bewerten“, was den Zugang zu den Betroffenen erleichtern soll. Neben jener therapeutischen Grundhaltung, an der sich die Kursleitung orientieren kann, werden auch Interventionen des „Motivational Interviewing“ im KiM-Konzept eingesetzt. Dazu zählt die Gegenüberstellung von eigenen Zielen und Werten sowie dem eigenen Verhalten. Auch die Ambivalenzwaage findet Anwendung in Bezug auf die Vor- und Nachteile von Veränderung und Nichtveränderung. Einzelne Methoden, die im Konzept auftauchen, werden dort nochmals ausführlich beschrieben.

Kognitive Ansätze

Einen weiteren Baustein im Konzept bilden Ansätze aus der Kognitiven Therapie nach Ellis, Beck und Meichenbaum. Ihren Ursprung haben diese in der sogenannten „Kognitiven Wende“ der Verhaltenstherapie und sind heute fester Bestandteil in der klinischen Arbeit (Schermer et. al., 2016). Grundlage der Kognitiven Verhaltenstherapie bilden die Annahmen, dass der Mensch „durch die Art und Weise, wie er Ereignisse und Situationen in seinem „kognitiv verarbeitet“, wie er sie interpretiert und bewertet, sei aktuelles Erleben und Verhalten selbst steuern“ (Wilken, 2015) kann. Die Reaktion auf einen Reiz oder Auslöser erfolgt in der Regel durch Bewertungen dieser auf der kognitiven Ebene. Je nach persönlichen Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen fällt diese Bewertung subjektiv unterschiedlich aus. Man geht davon aus, dass jeder Mensch in seinem Leben bestimmte sogenannte „funktionale und dysfunktionale Kognitionen“ entwickelt hat, welche das Leben beziehungsweise das direkte Verhalten beeinflussen. Unter dem Begriff der Kognitionen werden dabei zum Beispiel „Wahrnehmungen, Interpretationen und Bewertungen von Ereignissen, Annahmen und Hypothesen, Antizipationen und Erwartungen, Lebensregeln und Lebensphilosophien, Einstellungen, Überzeugungen, Grundhaltungen, inneres Sprechen, Selbstverbalisation, Bewältigungsansätze, Denkfehler“ (Wilken, 2015) verstanden. Die Kognitive Therapie geht außerdem davon aus, dass genau diese kognitiven Prozesse wahrgenommen und verändert werden können, was schließlich zur Veränderung des (problematischen) Verhaltensführt.

Die Zielgruppe des Konzeptes, so die Hypothese, verfügt über zahlreiche dysfunktionale Kognitionen, die aus Sicht der Kognitiven Therapie zur Entwicklung psychischer Störungen (z. B. der einer Substanzabhängigkeit) beitragen und diese

aufrechterhalten (Wilken, 2015). Die kognitive Verhaltensmodifikation setzt sich die Veränderung von Verhalten zum Ziel, welche durch Veränderung eben dieser dysfunktionalen Gedanken und Interpretationen ausgelöst werden soll (Schermer, et. al., 2016).

Die Grundlage für die methodische Herangehensweise im Konzept bildet dabei die „ABC-Theorie“ nach Ellis, die dabei helfen soll irrationale Überzeugungen sichtbar zu machen und den Einfluss der eigenen Wahrnehmung und den daraus resultierenden Verhaltensweisen zu erkennen. Dies geschieht durch eine „Entkopplung von der Situation, in der jemand gerade ist, und seiner subjektiven Reaktion darauf“ (Winiarski, 2012). Mit Hilfe von Ellis „ABC-Modell“ lassen sich im therapeutischen Kontext individuelle Emotionen und Reaktionen gemeinsam mit den Klienten bearbeiten. Das „A“ steht dabei für die Ausgangssituation, „C“ beschreibt die darauffolgenden körperlichen, emotionalen und behavioralen Konsequenzen. Entscheidende Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin ist dabei die Auflösung der Beziehung zwischen „A“ und „C“, in dem die zugrunde liegenden Bedeutungen und Bewertungen („B“) betrachtet werden. Den Klienten und Klientinnen soll so der Stellenwert der eigenen Kognitionen verdeutlicht werden. Durch therapeutische Techniken wie die Realitätstestung, die Reattribution oder das Entkatastrophisieren sollen dysfunktionale Kognitionen erkannt und in neuem Licht betrachtet werden (Linden & Hautzinger, 2011). In der Praxis kann sich dies an den vier Kriterien für rationales Denken nach Maultsby (1974, in Winiarski, 2012) orientieren:

- Beruht mein Denken auf Tatsachen oder Spekulationen?
- Führen mein Denken und Handeln zu vermeidbaren und nutzlosen Konflikten mit anderen oder mit selbst?
- Verhindere ich durch meine Sichtweisen eine pauschale Beurteilung oder Abwertung meiner Selbst sowie überzogenen negativen Emotionen?
- Dient mein Denken dem Erreichen meiner Ziele?

Das therapeutische Vorgehen in der kognitiven Verhaltensmodifikation beinhaltet die Vermittlung des ABC-Modells, das Erkennen dysfunktionaler Kognitionen sowie die Veränderung dieser. Im weiteren therapeutischen Prozess sollen dann funktionale Kognitionen gefunden und erprobt werden (Schermer et. al., 2016). Die Veränderung

dieser Wahrnehmungen und Einschätzungen, die die Klienten und Klientinnen teilweise viele Jahre begleitet haben, benötigt Zeit. Im KiM-Konzept ist davon aufgrund des kurzinterventiven Charakters zu wenig. Ziel ist es viel mehr, den Teilnehmern und Teilnehmerinnen den Einfluss ihrer teils dysfunktionalen Kognitionen auf ihr Leben zu zeigen und durch die Vorschau auf eine Veränderung dieser im therapeutischen Prozess die Motivation zur Veränderung zu steigern. Es soll eine Erklärung für die Entstehung dieser Kognitionen liefern und zugleich Auswege aufzeigen. Dazu wird im Konzept zusätzlich ein Modell zur Erklärung von Therapie herangezogen. Zudem kann das ABC-Modell im Verlauf des Kurses auch zur Bearbeitung von Widerstand verwendet werden, um den Klienten und Klientinnen die Funktion des Widerstandes aufzuzeigen (Winiarski, 2012).

Die Wirksamkeit von Kognitiven Therapien bei Abhängigkeitserkrankungen wurde in zahlreichen Untersuchungen belegt. Deren Ansätze werden daher in vielen Behandlungsprogrammen verwendet (Wilken, 2015; Linden & Hautzinger, 2011). Winiarski (2012) beschreibt Möglichkeiten der Verwendung von kognitiven Interventionen in der Beratung oder Kurztherapie, und sieht diese in abgewandelter Form auch hier für geeignet.

Rubikon-Modell

Das „Rubikon-Modell“ ist ein motivationstheoretisches Modell, das speziell dazu entwickelt wurde im therapeutischen und beraterischen Prozess auftauchende Motivationsprobleme zu erkennen und zu verstehen. Es dient dabei sowohl der Diagnose als auch der Handlungsimplication. Dabei wird genau wie beim Modell von Prochaska und DiClemente davon ausgegangen, dass sich Verhalten in Bezug auf die zugrunde liegende Motivation in verschiedene Phasen einteilen lässt. Das „Rubikon-Modell“ fokussiert sich dabei auf die Auswahl der Ziele und auf deren Verfolgung, Achtziger und Gollwitzer unterscheiden dabei vier Phasen der Zielverfolgung. Den Anfang bildet die „Prädezesionale Phase“, in welche Vor- und Nachteile „noch nicht realisierter Wünsche“ (Achtziger & Gollwitzer in Brandstätter, 2009) anhand deren Folgen und Erreichbarkeit diskutiert werden. In der „Postdezesionalen Phase“ wird die Umsetzung der festgelegten Ziele geplant, es werden Mittel der Umsetzung sowie ein zeitlicher Ablauf bestimmt. In der „Aktionalen Phase“ werden die geplanten Handlungen ausgerichtet auf die Erreichung der festgelegten Ziele. Den Abschluss

bildet die „Postaktionale Phase“, in welcher die durchgeführten Aktionen und deren Folgen hinsichtlich der Zielerreichung ausgewertet werden und eventuell noch fehlende Handlungen werden festgelegt. Jede dieser Phasen sei zudem gekennzeichnet durch verschiedene Bewusstseinslagen der Betroffenen. Im „Rubikon-Modell“ werden diese Bewusstseinslagen auch als „mind-sets“ definiert. Gemeint ist damit die implizite kognitive Orientierung, die mit der jeweiligen Handlungsphase einhergeht. In der „Prädezesionalen Phase“ würde durch das Gegenüberstellen von Konsequenzen eine „abwägende Bewusstseinslage“ eintreten, wohingegen in der „Präaktionalen Phase“ durch die konkrete Planung der Zielerreichung bereits eine „planende Bewusstseinslage“ (Achtziger & Gollwitzer in Brandstätter, 2009) auftreten würde. Diese beiden Bewusstseinslagen wurden bereits experimentellen Untersuchungen erforscht, dabei zeigten sich erwartungsgemäß unterschiedliche Konsequenzen. Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die durch das Experiment in die „abwägende Bewusstseinslage“ versetzt wurden, zeigten realistische Selbstbeurteilungen und Einschätzungen der eigenen Kontrollmöglichkeiten. Sie beurteilten zudem deutlich objektiver vorhandene und neue Informationen. Dieselben Kriterien wurden von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen in der „planenden Bewusstseinslage“ deutlich positiver und damit unrealistischer beurteilt, Informationen zur Erreichung von Zielen wurden deutlicher wahrgenommen, negative oder herausfordernde Aspekte hinsichtlich der Zielerreichung wurden weniger wahrgenommen und beachtet. Die „abwägende Bewusstseinslage“ würde somit „eine objektive Einschätzung positiver und negativer Konsequenzen der Realisierung eines Ziels und auch eine genaue Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, dieses Ziel tatsächlich zu erreichen“ (Achtziger & Gollwitzer in Brandstätter, 2009) unterstützen. Die „planende Bewusstseinslage“ würde dagegen das Erreichen von Zielen fördern, indem sie dabei helfen würden „Probleme der Realisierbarkeit von Zielen wie beispielsweise plötzliches Anzweifeln der Wünschbarkeit und Realisierbarkeit eines Ziels zu bewältigen“ (Achtziger & Gollwitzer in Brandstätter, 2009). Dadurch würden Optimismus und die positive Wahrnehmung der Ziele gefördert werden.

Rainer Sachse hat dieses Modell auf drei Phasen vereinfacht, um die Umsetzung in der Praxis zu erleichtern (Sachse et. al., 2012). Er unterscheidet zwischen der Motivationsphase, der Entscheidungsphase sowie der Umsetzungsphase und bietet

jeweils passende spezifische therapeutische Interventionen. In der Phase der Motivierung geht es darum mit den Klienten und Klientinnen gemeinsam zu erarbeiten, was sie möchten und was nicht. Dies geschieht auf unterschiedlichen Ebenen, zum einen auf der Makro-Ebene („Was ist mir wichtig, was wünsche ich mir?“), auf der Ebene der Gewinn-Motivation („Was kann und will ich durch Beratung/Therapie erreichen?“), die Ebene der Kosten-Reduktions-Motivation („Welche Kosten habe ich und was will ich daran verändern?“). Ergänzt wird dies durch die Mikro-Ebene, die sich auf das aktuelle Geschehen im therapeutischen Prozess bezieht („Wie komme ich weiter, wenn ich die Frage des Therapeuten bzw. Beraters nun beantworte?“). Sachse betont zwar, dass therapeutische Ziele gerade zu Beginn des Prozesses schwer zu definieren, bzw. für den Klienten oder die Klientin selbst nicht klar seien. Es sei aber unumgänglich diese so schnell wie möglich zu erarbeiten, da Motivation zur Veränderung nur dann entstehen könne, wenn die Ziele klar definiert sind (Sachse et. al., 2012). Dazu muss der Klient oder die Klientin vorhandene Probleme als solche verstehen und für sich wissen, was daran verändern werden soll.

Die Entscheidung für bestimmte Ziele wird von den Betroffenen in der Phase der Entscheidung gefällt. Sie entscheiden sich für einen Wunschzustand, der dadurch zum Ziel wird und so die Entschlossenheit zur Erreichung stärkt. Fachkräfte sollen Klienten und Klientinnen in dieser Phase unterstützen, indem sie sie gezielt dazu anhalten konkrete Annäherungs- oder Vermeidungsziele festzulegen und sich für deren Umsetzung explizit zu entschließen. Je stärker die Entschlossenheit zur Veränderung ist, desto höher ist die Motivation zur Veränderung (Sachse et. al., 2012). Der Transfer in die Praxis erfolgt dann in der sogenannten „Umsetzungsphase“, fokussiert werden dabei konkrete Strategien zur Umsetzung, Techniken zur Aufrechterhaltung der Entschlossenheit sowie der Umgang mit möglichen Frustrationen im Prozess.

Im Kurskonzept spielt vor allem die Phase der Motivierung eine Rolle. Gemeinsam wird mit den Klienten und Klientinnen bearbeitet, welche Akteure in die aktuelle Situation involviert sind (beispielweise das Gericht, die Angehörigen, der Arbeitgeber) und welche Erwartungen diese an die Betroffenen stellen. Diese Erwartungen werden dann den eigenen Wünschen und Erwartungen gegenübergestellt und in Bezug zueinander gesetzt. Außerdem setzt sich das Konzept auch mit den Kosten von

Nichtveränderung auseinander und möchte so die Eigenverantwortung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen betonen.

Das Konzept nimmt auch Bezug auf die, von Sachse, empfohlene zügige Erarbeitung der Ziele. Dies findet bereits in der zweiten Kurseinheit statt und kann so stets in folgenden Interventionen als Bezugspunkt verwendet werden. In der letzten Einheit wird die Entschlossenheit der Klienten und Klientinnen in den Mittelpunkt gestellt und soll so zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen oder Interventionen führen.

Gruppenintervention

KiM dient als Kurzintervention zur Förderung von Veränderungsmotivation in der Gruppe. Die Entscheidung zur Durchführung der Intervention im Gruppenkontext beruht neben ökonomischen Überlegungen vor allem auf wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Wirksamkeit von therapeutischen Prozessen in der Gruppe. Grawe beschreibt die Wirkfaktoren von gruppentherapeutischen Maßnahmen als „institutionelle Gruppenbedingen“, dazu gehören Supportivität, Selbstöffnung, interpersonelles Lernen sowie psychologische Arbeit (Strauß & Mattke, 2012). Zur Supportivität gehört das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe, das durch Gemeinschaftserleben und Hoffnung auf Veränderung gestärkt wird. Unter Selbstöffnung und Katharsis versteht Grawe, dass innere Prozesse in der Gruppe erlebt und besprochen werden und so emotionale Bindung entsteht. Zudem bieten Gruppensettings die Möglichkeit Lernerfahrungen zu sammeln und interpersonelles Verhalten erlebbar zu machen. Durch die Gruppenleitung werden zudem Erklärungs- und Lösungsansätze zur Verfügung gestellt, die gemeinsam erprobt werden können. Gruppentherapie ermöglicht intrapsychische Veränderungsprozesse, die durch „kognitive Umstrukturierung und Neubewertung aufgrund von Rückmeldungen und Erfahrungen in der Gruppe, aber auch das Erleben emotionaler Betroffenheit“ (Strauß & Mattke, 2012) ausgelöst werden. Die positiven Auswirkungen einer Emotionalisierung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen auf den Therapieverlauf wird auch bei Benecke und Brauner (2017) beschrieben. Außerdem bieten Gruppen die Möglichkeit zum Aufbau von Veränderungsmotivation durch gegenseitigen Zuspruch und das Lernen am Modell durch Gruppenmitglieder, die sich möglicherweise schon in einem fortgeschrittenen Änderungsstadium befinden.

Diese Wirkfaktoren beruhen auf spezifischen Interventionsprinzipien, die als Orientierung zur Entwicklung und Durchführung von Gruppenangeboten dienen. Dazu gehören unter anderem die Auswahl klarer Zielvorgaben, Transparenz hinsichtlich dieser Ziele und den Methoden des Konzeptes, Erarbeitung individueller Störungsmodelle und Berücksichtigung individueller Zielvorgaben, Raum für selbstständige Entwicklung von Bewältigungsmechanismen und Wissensvermittlung in Form von psychoedukativen Maßnahmen (Strauß & Mattke, 2012).

Zielsetzung

Das Konzept von KiM setzt sich zum Ziel eine passgenaue Intervention für die festgelegte Zielgruppe zu gestalten. Dies soll dann zur Förderung des Problembewusstseins sowie zur Steigerung von Veränderungsmotivation führen.

Passgenaue Intervention

Eine Hypothese, die dieser Arbeit zugrunde liegt, besagt, dass aktuell kein Behandlungsmanual gibt, welches zur Anwendung bei der besagten Zielgruppe zur Verfügung steht. Es fehlt an empirischen Untersuchungen, um belegen zu können, wie diese Zielgruppe bisher in den ambulanten Beratungsstellen der Suchthilfe versorgt wird. In der Beratungsstelle, die zur Durchführung des Konzeptes zur Verfügung steht, ergab sich genau dieses Problem in der Praxis. Das Klientel wurde in offenen Beratungsgruppen oder Kursen zur Frühintervention angebunden, stets mit dem Wissen, das diese Versorgung dem Bedarf der Klienten und Klientinnen zum einen nicht gerecht wird, zum anderen auch häufig dazu führt, dass es zu Störungen im Ablauf und in den Prozessen kommt. Ziel von KiM ist es, an den Bedarfen dieser Zielgruppe anzusetzen und genau deren Verweigerung zur Veränderung zum Thema zu machen. Die Themen sollen die Klienten und Klientinnen dort erreichen wo sie momentan stehen und nicht dort, wo sie laut Behandlungssystem stehen sollten. Es wird offen über das Thema Zwangskontext gesprochen und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen sich realistisch mit ihren Handlungsoptionen auseinandersetzen können, ohne sich dabei rechtfertigen zu müssen warum sie bestimmte (Behandlungs-)Optionen verweigern. Problematisch könnte dies besonders dann werden, wenn rechtliche Folgen als unvermeidbare Konsequenz zur Entscheidung in Kraft treten.

Problembewusstsein

Dennoch soll das Konzept dazu führen, dass die Betroffenen die Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und aktueller Lebenssituation erkennen. Verantwortung für das eigene Handeln und die eigenen Entscheidungen zu übernehmen und dabei zu erkennen, welche Herausforderungen selbst bewältigt werden können und wo eigene Grenzen auftauchen und Hilfe von außen notwendig sein kann. Die offene

Auseinandersetzung mit Kosten und Nutzen von (problematischem) Verhalten sowie den dadurch auftretenden Konsequenzen soll den Teilnehmern und Teilnehmerinnen deutlich machen, welche Bilanz unter das eigene Verhalten gezogen werden kann. Diese Veranschaulichung dient als Basis zur weiteren Entscheidungsfindung, in dem unter anderem auch eigene Ziele in Vergleich gesetzt werden.

Veränderungsmotivation

Ziel des Konzeptes ist es eine Steigerung der Veränderungsmotivation seitens der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu bewirken. Geschehen soll dies durch das Treffen einer eigenen Entscheidung mit möglichst wenig Vorgaben von außen. Dazu gehört es auch an möglichen Hindernissen von Veränderung zu arbeiten. Der mangelnde Glaube an die eigenen Fähigkeiten zur Umsetzung von Veränderung sowie der Einfluss von missbräuchlichem oder abhängigem Drogenkonsum auf die eigene Entscheidungsfähigkeit werden offen thematisiert. Indem eigene Ziele und Zukunftsvisionen erarbeitet werden entwickeln die Klienten und Klientinnen möglicherweise positive Anreize zur Veränderung des eigenen Verhaltens. Im Austausch werden Handlungsoptionen zur Umsetzung von Verhaltensänderungen aufgezeigt.

Kursablauf

Das Konzept ist auf fünf Gruppeneinheiten ausgelegt, vorab findet ein Clearingprozess statt um die Indikation zur Teilnahme zu überprüfen. Dieses Aufnahmegespräch wird mit á 50 Minuten veranschlagt. Wird im oder nach dem Clearinggespräch entschieden, dass Klienten oder Klientinnen für eine Teilnahme geeignet sind so werden sie in die Teilnehmerliste zum Kurs (s. Anhang) eingetragen. Sobald eine geeignete Anzahl an Teilnehmern und oder Teilnehmerinnen vorhanden ist, werden Termine festgelegt und Einladungen (s. Anhang) verschickt. Eine Kurseinheit wird mit 120 Minuten veranschlagt, Pausenzeiten sind obligatorisch.

Clearing

Das Clearinggespräch hat mehrere Funktionen. Zum ersten hat es für die Kursleitung diagnostischen Charakter und dient zur Einschätzung, ob eine Teilnahme am Kurs indiziert ist oder ob Kontraindikationen vorliegen. Zum anderen dient es auch informativen Zwecken, indem es Klienten und Klientinnen mit Informationen versorgt und über weitere Vorgänge und Abläufe aufklärt. Außerdem findet in diesem ersten Kontakt bereits Beziehungsaufbau statt und die Basis für die weitere Zusammenarbeit wird gelegt.

Um das Clearinggespräch strukturiert und einheitlich zu gestalten nutzen die Kursleiter und Kursleiterinnen den „KiM“-Clearingbogen (s. Anhang), dieser dient als Orientierung und beinhaltet zugleich wichtige anamnestische Fragestellungen sowie diagnostische Einschätzungen. Der Bogen beinhaltet sechs Abschnitte und ist wie folgt gegliedert:

1.) Soziodemografische Daten

Im ersten Abschnitt werden soziodemografische Daten der Teilnehmer oder Teilnehmerinnen erfasst. Dies dient als Ergänzung zum regulären Aufnahmebogen der Beratungsstelle, in welchem bereits Adressdaten erhoben, die Zustimmung zur Datenschutzverordnung und der Hinweis auf die Schweigepflicht abgehandelt werden. Die Erfragung der soziodemografischen Daten orientiert sich an den Demografischen Standards (2004) des Statistischen Bundesamtes. Um den Bogen zuordnen zu

können werden Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum des Klienten oder der Klientin zu Beginn nochmals vermerkt. Auch das jeweilige Aktenzeichen wird vermerkt. Anschließend werden Merkmale wie Familienstand, Wohnsituation sowie Art des Schulabschlusses oder Schulbesuchs sowie Ausbildungs- oder Berufstätigkeit, um einen ersten Einblick in die Lebenswelt der Klienten oder Klientinnen zu erhalten. Abgefragt werden auch eventuell vorhandene Schulden, da hier gegebenenfalls die Vermittlung in eine Schuldnerberatung indiziert sein könnte.

2.) Vorgeschichte

Der zweite Abschnitt beinhaltet eine knappe medizinische und juristische Anamnese. Abgefragt wird der Anlass zur Auflage, Klienten und Klientinnen sollen hier das zugrundeliegende Delikt in eigenen Worten schildern. Zudem wird nochmals das Urteil in Form von Strafmaß und sämtlichen Auflagen besprochen und festgehalten. Das Urteil liegt der Beratungsstelle in der Regel bereits vor, dieser Vorgang dient der Transparenz und soll alle Beteiligten auf den gleichen Informationsstand bringen. Es werden Vorstrafen abgefragt und in Kurzform festgehalten.

In diesem Abschnitt wird zudem der bisherige Kontakt zum Hilfesystem, beispielsweise dem Jugendamt, der Jugendgerichtshilfe, der Suchthilfe, anderen psychotherapeutischen Maßnahmen oder eine psychiatrische Anbindung abgefragt. Auch bereits vorhandene relevante medizinische Diagnosen in Form von Komorbiditäten werden erhoben. Aufgrund der definierten Kontraindikationen werden auch Suizidversuche und -Gedanken sowie Hinweise auf akute oder in der Vergangenheit aufgetretene psychotische Symptome erhoben.

3.) Konsum

Erfragt werden in diesem Abschnitt die aus Sicht der Klienten und Klientinnen hauptsächlich konsumierten Substanzen, sowie Alter und Ablauf beim Erstkonsum und grober Konsumverlauf bis hin zum aktuellen Konsum in den letzten dreißig Tagen hinsichtlich Art, Menge und Häufigkeit. Außerdem erfolgt eine diagnostische Einschätzung mit Hilfe des „CAGE“-Tests in abgewandelter Form. Der Test dient regulär als Instrument zur Einschätzung von problematischem Alkoholkonsum, im

Konzept wird er dahingehend abgewandelt, dass er sich auf Konsum allgemein bezieht. Der „CAGE“-Test beinhaltet fünf Fragen mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten und liefert am Ende eine grobe erste Einschätzung zum Vorliegen einer Abhängigkeit. Um diese erste Einschätzung zu verfestigen prüft die zuständige Fachkraft im Nachhinein das Vorliegen von Kriterien des ICD-11 zu Missbrauch und zur Abhängigkeit.

4.) Motivation

Erfragt wird hier der aktuelle Grad an Veränderungsbereitschaft und Problemeinsicht beim Klienten oder der Klientin. Eine ausführliche Motivationsdiagnostik wie sie beispielsweise der „URICA“-Fragebogen oder andere standardisierte Erhebungen liefern würden, sind aufgrund des Rahmens des Clearinggesprächs und der Kurzintervention nicht durchführbar. Diese könnte aber durchaus im Anschluss an den Kurs und vor dem Beginn weiterer Maßnahme zu einer tiefergehenden diagnostischen Einschätzung herangezogen werden. Für die Einschätzung der Motivation im Rahmen des KiM-Konzeptes orientieren wir uns am „Transtheoretischen Modell zur Veränderung“ von Prochaska und DiClemente. Durch Vorgaben aus den verschiedenen Stadien der Veränderung erhalten die Befragten die Möglichkeit sich selbst einer Phase zuzuordnen. Dies kann immer nur eine Momentaufnahme sein und dient lediglich als grobe Orientierung. Dies kann den Klienten und Klientinnen auch so mitgeteilt werden. Der Fokus liegt dabei nämlich nicht nur auf den Antworten der Klienten und Klientinnen, sondern vor allem auf der Einschätzung des Beraters oder der Beraterin. Diese fachliche Einschätzung soll letztendlich die Grundlage für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme am Kurs bilden.

5.) Einschätzung Kursleitung

Die Kursleitung beurteilt das Gespräch im Nachhinein anhand vorgegebener Kriterien. Zum einen soll festgehalten werden, inwiefern die Aussagen des Klienten oder der Klientin nach Einschätzung der Kursleitung wahrheitsgemäß waren und ob Klienten und Klientinnen in der Lage sind, sich selbst entsprechend wahrzunehmen und einzuschätzen. Dies dient vor als erste Einschätzung für das Verhalten der Betroffenen im Kurs. Zudem sollen eingeschätzt werden, ob das Gruppensetting für die betroffene

Person geeignet ist. Abschließend erfolgt eine kurze Stellungnahme der Fachkraft hinsichtlich der Eignung zum Kurs, orientiert an den Indikationen und Kontraindikationen. Fällt diese Einschätzung nicht klar aus, kann eine Rücksprache mit Kollegen oder eine Fallbesprechung wichtige Hinweise zum weiteren Vorgehen liefern, und die Kursleitung bei der Entscheidungsfindung unterstützen.

6.) Organisatorisches

Im letzten Abschnitt werden mögliche Ansprechpartner erfasst und das Vorhandensein von Schweigepflichtsentbindungen wird dokumentiert. Der Clearingbogen bietet zudem hier noch Platz für weitere organisatorische Anmerkungen der Kursleitung.

„Kennenlernen, Beziehungsaufbau und Momentaufnahme“

Ziel der ersten Einheit ist der Aufbau von Vertrauen, das Schaffen einer arbeitsfähigen Basis und eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen sich untereinander kennenlernen und nochmal mit dem Konzept sowie dessen Zielen und Inhalten vertraut gemacht werden. Außerdem wird bereits der Rahmen des Zwangskontextes thematisiert und mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen besprochen. Es findet eine Art Rollenklärung statt, bei der transparent die einzelnen Parteien mitsamt Motiven und Zielen veranschaulicht dargestellt werden. Hier geht der Kurs in die Metaebene und die Klienten und Klientinnen befassen sich hier bereits mit ihren eigenen Gefühlen und Gedanken. In einer Kleingruppenarbeit, welche auch dem weiteren Kennenlernen dient, werden mit Hilfe von zirkulären Fragen die externen Ursachen für Veränderung besprochen. Entscheidend ist dann der Bezug zum eigenen Standpunkt und der eigenen Veränderungsbereitschaft, in dem die Teilnehmer und Teilnehmerinnen bereits hier definieren was sie selbst möchten und wozu sie nicht bereit sind.

Zeit	Inhalte	Material
15 Minuten	<u>Begrüßung durch die Kursleitung:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vorstellen der eigenen Person - Klärung der Rahmenbedingungen - Inhalte & Ablauf vorstellen - Offene Fragen klären 	Raum, Stuhlkreis
20 Minuten	<u>„Partnerinterview“:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Name, Alter, Beruf ▪ „Warum bin ich heute hier?“ ▪ „Zu was kann ich mich immer motivieren/Was motiviert mich?“ ▪ „Welche Veränderungen habe ich bisher gemeistert?“ ▪ „Was erwarte ich mir von der Teilnahme am Kurs?“ 	Stifte, Papier, ggf. Flipchart

	→ Anschließend gegenseitiges Vorstellen im Plenum.	
30 Minuten	<p><u>„Auftrags- und Rollenklärung“:</u></p> <p>Einleitende Fragen (Klug & Zobrist, 2016):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Warum sitzen wir hier heute zusammen?“ ▪ „Wer hat welche Erwartungen an wen?“ ▪ „Wer hat welche Aufgaben?“ <p>→ Antworten werden vom Kursleiter/der Kursleiterin auf dem Flipchart festgehalten, ggf. Einsatz von Moderationskarten.</p> <p>Einstieg auf Metaebene zum Thema Zwangskontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie geht es Euch mit dem Gefühl hier sein zu müssen?“ ▪ Validierung dieser Gefühle, sammeln am Flipchart. ▪ „Was machen diese Gefühle mit Dir?“, „Welche Auswirkung haben sie auf dein Leben?“. 	Flipchart, Edding
45 Minuten	<p><u>„Veränderungsthema“ (angelehnt an Klug & Zobrist, 2016)</u></p> <p>Folgende Fragen werden zuerst individuell beantwortet und in das Arbeitsblatt eintragen. Dann werden die individuellen Ergebnisse in der Kleingruppe (3-4 Teilnehmer/Teilnehmerinnen) ausgetauscht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wo sehen andere (Richter, Familie, Arbeitgeber, Freunde, Behörden) Grund zur Veränderung? Was möchten sie, dass ich an mir verändere?“ ▪ „Was will ich? Und was davon will ich nicht?“ 	Arbeitsblatt, Stifte

	Im Anschluss erfolgt die Auswertung im Plenum, Gemeinsamkeiten werden erarbeitet.	
10 Minuten	<u>Abschlussrunde im Plenum:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Aus der heutigen Einheit nehme ich mit,“ 	

Rolle der Kursleitung

Zu Beginn gibt der Kursleiter oder die Kursleiterin klare Informationen zu Inhalten und Abläufen und sorgt so für Transparenz und Klarheit. Indem er sich als Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin markiert und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu Offenheit und Nachfragen anregt zeigt er oder sie erste Richtlinien zum Umgang innerhalb der Gruppe. Nach der Einführung der Vorstellungsmethode „Partnerinterview“ und nachdem alle Fragen geklärt sind versucht die Kursleitung durch aktives Nachfragen die Gruppe zur intensiveren Beantwortung der Fragen zu animieren. Wird festgestellt, dass Teilnehmer oder Teilnehmerinnen Schwierigkeiten mit den Fragestellungen haben, greift er unterstützend ein. In der Vorstellungsrunde im Plenum stellt die Kursleitung gegebenenfalls ergänzende Fragen, fordert auch die anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu Rückfragen auf oder erkundigt sich nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden.

Bei der „Auftrags- und Rollenklärung“ eröffnet die Kursleitung den thematischen Zugang und greift konkret den Zwangskontext als solchen auf. Hier sollen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu eigenen Aussagen angeregt werden, die Kursleitung moderiert die Diskussionen. Der Fokus soll dabei jeweils auf Aussagen der Betroffenen liegen, ergänzt wird nur wenn die Teilnehmer oder Teilnehmerinnen schwer Antworten finden. Sind alle Ergebnisse festgehalten erfolgt der Wechsel auf die Metaebene. Die Aufgabe der Kursleitung liegt hier in der Exploration und Benennung vorhandener Emotionen, ohne diese zu bewerten. Es geht darum, die Klienten und Klientinnen hier mit ihren Gefühlen in Kontakt zu bringen und die kursleitenden Themen „Zwang“ und „Veränderung“ besprechbar zu machen. Die Übung zum „Veränderungsthema“ wird von der Kursleitung durch das bisher besprochene abgeleitet und anhand der vorgegebenen Fragen eingeführt. Außerdem

unterstützt er oder sie auch hier wieder die Teilnehmer und Teilnehmerinnen bei der Beantwortung und moderiert den anschließenden Austausch.

Zweite Einheit

„Ambivalenzen und Ziele“

Die zweite Einheit orientiert sich an den Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und beginnt mit einer Skalierungsübung. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen Stellung zu ihrer momentanen Zufriedenheit in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche nehmen. Ziel ist es, sich selbst und seine momentane Situation zu reflektieren. In einem nächsten Schritt kommt die Entscheidungswaage aus der Motivierenden Gesprächsführung zum Einsatz. Aspekte werden im Plenum gesammelt und im Anschluss individuell kategorisiert. Der Fokus liegt dabei aber nicht ausschließlich auf konsumbezogenen Vor- und Nachteilen, sondern dreht sich vielmehr um das Thema „Veränderung“. Die Kursleitung bringt dann das Thema „Ziele“ auf, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erarbeiten ihre eigenen Vorstellungen und verschriftlichen diese. Im Anschluss wird mit einem freiwilligen Kursteilnehmer oder einer freiwilligen Kursteilnehmerin ein Stuhldialog durchgeführt. Der Fokus liegt dabei auf der emotionalen Wahrnehmung und dem Gespräch mit dem „Zukunfts-Ich“ der teilnehmenden Person. Nach Abschluss der Übung werden Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten sowie den Zielen und Wünschen erarbeitet. In einem letzten Schritt werden Autonomie und Selbstverantwortung sowie deren Grenzen besprochen.

Ablauf

Zeit	Inhalt	Material
10 Minuten	Begrüßung, Wiederholen der Inhalte der letzten Stunde. <ul style="list-style-type: none">▪ Hat die Teilnehmer/Teilnehmerinnen noch etwas beschäftigt?▪ Gibt es Fragen oder Rückmeldungen?▪ Vorstellen der Inhalte der heutigen Einheit.	
15 Minuten	<u>Skalierungsübung „Zufriedenheit“:</u> Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen stufen ihre eigene Situation zu jeder Frage auf der Skalierung von eins bis zehn ein, in dem sie sich zur jeweiligen Ziffer stellen.	Laminierte Ziffern (1-10)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie zufrieden bist Du damit heute hier zu sein?“ ▪ „Wie zufrieden bist Du mit deinem Konsum?“ ▪ „Wie zufrieden bist Du mit deinen letzten 12 Monaten?“ ▪ „Wie zufrieden bist Du momentan insgesamt?“ <p>→ Die Kursleitung fragt nach, fördert den Austausch untereinander und sucht neben den Problempunkten auch Ressourcen.</p>	
35 Minuten	<p><u>Entscheidungswaage (Miller & Rollnick, 2004) (Wilken, 2015):</u></p> <p>Gemeinsam werden im Plenum positive und negative Konsequenzen des aktuellen Verhaltens am Flipchart gesammelt (Bsp. Für Verhalten = Konsum, Nichteinhaltung von Auflagen, Vermeidung von Veränderung, kriminelles Verhalten) orientiert an den individuellen Erkenntnissen aus der ersten Stunde.</p> <p>Anschließend werden Vorteile einer möglichen Veränderung gesammelt.</p> <p>→ Bilanzierung (Klug & Zobrist, 2016):</p> <p>Als Abschluss sollen die Teilnehmer/Teilnehmerinnen die für sie wichtigsten Aspekte auf dem Arbeitsblatt eintragen.</p>	Flipchart, Edding, Arbeitsblatt
40 Minuten	<p><u>„Ziele“:</u></p> <p>Fragen an die Teilnehmer/Teilnehmerinnen (Naar-King & Suarez, 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wo willst Du in einem Jahr sein?“ ▪ „Welche Ziele sind Dir für deine Zukunft wichtig?“ ▪ „Was möchtest Du in deinem Leben erreichen?“ 	Arbeitsblatt, Stifte, zwei leere Stühle

	<p>Anschließend sollen die Ziele nach ihrer Wichtigkeit hin skaliert werden. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen halten diese auf dem Arbeitsblatt fest und stellen sie dann im Plenum vor.</p> <p><i>Optional:</i> Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin, der/die sich damit genauer beschäftigen möchte darf nun neben der Kursleitung Platz nehmen. Es werden zwei leere Stühle dazugestellt.</p> <p>Stuhldialog (Fiedler, 2005): Zwei Stühle/Leerer Stuhl Der Teilnehmer/die Teilnehmerin beschreibt nochmal seine/ihre Ziele und darf sich dann auf den „Zukunftsstuhl“ setzen. Dieser führt in zu dem Zeitpunkt, an dem er all dies erreicht hat.</p> <p>Emotionale Wahrnehmung dieser Ziele, fühlen sie sich gut an?</p> <p>Stuhlwechsel: „Alternative Zukunft“, Ziele nicht erreicht. Wie fühlt sich dies an?</p> <p>Diskrepanzen aufzeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie passt das momentanen Verhalten zu deinen Zielen und Wünschen?“ ▪ „Wo gibt es Verbindungen, wo widerspricht sich dies?“ 	
10 Minuten	<p><u>Autonomie und Selbstverantwortung (Conen & Cecchin, 2011):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie sieht Selbstverantwortung für Dich aus?“ ▪ „Wer entscheidet wie deine Zukunft aussieht?“ ▪ „Welche Einflussmöglichkeiten hast Du?“ 	Flipchart. Eddings

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Was kannst Du tun? Was brauchst Du um deine Ziele zu erreichen?“ 	
10 Minuten	<u>Abschlussrunde im Plenum:</u> „Aus der heutigen Einheit nehme ich mit ...“	

Rolle der Kursleitung

Nach der Begrüßung versucht die Kursleitung die Teilnehmer und Teilnehmerinnen gedanklich auf die Inhalte der letzten Einheit einzustimmen. Aktives Nachfragen soll zu einem ersten Austausch untereinander führen. Bei anschließenden Skalierungsübung animiert der Therapeut oder die Therapeutin die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sich zu positionieren und versucht durch auch kritisches Nachfragen deren Gedankengänge zu reflektieren. Entscheidend ist dabei, dass auch hier keine Bewertung erfolgt. Eine mögliche Korrektur bestimmter Aussagen oder Positionen sollte ausschließlich aus dem Teilnehmerkreis kommen. Wie bereits in der Übung selbst benannt hilft die Kursleitung auch Ressourcen und Positives zu benennen. Bei der Übung „Entscheidungswaage“ die aus der klassischen Motivierenden Gesprächsführung kommt werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ermutigt, eigene Aussagen zu finden. Diese werden am Flipchart gesammelt. Der Fokus liegt dabei auf den individuellen Verhaltensweisen, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen dazu angeregt werden, sich mit bisherigen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Bei der nächsten Übung zum Thema „Ziele“ unterstützt die Kursleitung bei der Zielfindung und Formulierung. Es soll darauf geachtet werden, dass jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin Ziele findet, gerne auch mit Unterstützung des Plenums. Optional ist die Durchführung der „Stühlemethode“ aus der Schematherapie, welche sich sehr gut zur Emotionalisierung der Teilnehmenden eignet. Die Kursleitung arbeitet hier sehr explorativ und lässt sich sowohl Ziele als auch damit verbundene Emotionen sehr genau beschreiben. Durch aktives Nachfragen wird versucht, den Teilnehmenden so gut wie möglich bei der Wahrnehmung zu unterstützen. Nachdem dies ausreichend geschehen ist, wird die Übung beendet. Die teilnehmende Person darf, nachdem deren Bereitschaft zur Auseinandersetzung entsprechend gewürdigt wurde, wieder an den gewohnten Platz zurückkehren. Im Plenum werden dann allgemein die Diskrepanzen zwischen den gewünschten Zielen und dem aktuellen Verhalten thematisiert.

Dritte Einheit

„Der Einfluss der Gedanken“

Die dritte Einheit befasst sich vor allem mit Theorien und Methoden aus der Kognitiven Umstrukturierung. Zum Einstieg wird das Thema „Veränderung“ eingebracht, der Bezug zu den bisherigen Übungen wird hergestellt und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen setzen sich mit ihren eigenen Fähigkeiten und ihrem bisherigen Umgang mit Veränderung auseinander. Dabei liegt der Fokus auf verwendeten Ressourcen und Fähigkeiten. Anschließend beginnt der Einstieg in die Theorie von funktionalen und dysfunktionalen Kognitionen gefolgt vom „ABC-Modell“ nach Ellis. Dies wird anhand von konkreten Beispielen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erarbeitet. Den Abschluss dieser Einheit bildet die Verknüpfung des bisher erarbeiteten zum Thema Chancen und Möglichkeiten durch Therapeutische Auseinandersetzung.

Zeit	Inhalt	Material
10 Minuten	Begrüßung, Wiederholen der Inhalte der letzten Stunde. <ul style="list-style-type: none">▪ Hat die Teilnehmer/Teilnehmerinnen noch etwas beschäftigt?▪ Gibt es Fragen oder Rückmeldungen?▪ Inhalte der heutigen Einheit vorstellen.	
30 Minuten	<u>Einstieg: „Veränderung“</u> Überleitung aus den Inhalten der letzten Stunde zum Thema Veränderung. Wenn Vorteile überwiegen, bzw. es gute Gründe gibt etwas an seinem Verhalten zu verändern, warum fällt es trotzdem schwer? Frage ans Plenum: „Welche Veränderungen habt ihr in eurem Leben bereits erlebt?“	Flipchart, Edding

	<p>Ergebnisse werden am Flipchart festgehalten. Gemeinsamkeiten, Merkmale, Herausforderungen und Hilfreiche Aspekte erarbeiten.</p> <p>„Welche Rolle spielen Veränderungen im Leben?“</p>	
50 Minuten	<p><u>Funktionale und Dysfunktionale Kognitionen (Wilkins, 2015):</u></p> <p>Einstieg mit dem Zitat am Flipchart:</p> <p>„Auf die Dauer der Zeit nimmt die Seele die Farbe der Gedanken an“ – Marcus Aurelius.</p> <p>1.) Vermittlung des „Kognitiven Modells“: ABC-Schema nach Ellis, Beck und Meichenbaum.</p> <p>2.) Erste Identifikation dysfunktionaler Kognitionen: Auslösende Situation(en) schildern lassen.</p> <p>Exploration der belastenden Gefühle und Verhaltensweisen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wie hast Du dich in der Situation gefühlt?“ ▪ „Wie hast Du dich verhalten?“ ▪ „War dein Verhalten / deine Gefühle angemessen?“ ▪ „Hat es Dir geholfen oder hat es Dich gehindert?“ ▪ „Was waren negative und oder positive Folgen deiner Reaktion?“ ▪ „Wohin kann dieses Verhalten in ähnlichen Situationen führen?“ <p>Erarbeiten der dysfunktionalen Kognitionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Welche Gedanken gingen Dir in diesem Moment durch den Kopf?“ 	<p>Flipchart, Edding, Vordruck „ABC- Schema“</p>

- „Was hast Du dir selbst in diesem Moment gesagt?“
- „Was hat Dich daran gehindert anders zu reagieren?“
- „Worüber hast Du dich in der Situation am meisten geärgert?“
- „Welche Befürchtungen/Vorstellungen hattest Du?“

→ Perspektivenwechsel: „Woran liegt es, dass jeder Mensch anders auf ähnliche Auslöser reagiert?“

Intervention: „Rollentausch“ (Winiarski, 2012)

Die Kursleitung begibt sich in die Rolle des Klienten/der Klientin und übernimmt dessen (dysfunktionale) Kognitionen. Der Klient/die Klientin versucht diesen mit verschiedenen Argumenten zu begegnen. Fällt dies noch schwer, können die anderen Teilnehmer/Teilnehmerinnen unterstützend in die Diskussion mit einsteigen. Im Nachgang wird das Gespräch gemeinsam auf sinnvolle Einwände und Gegenargumente sowie auf sich wiederholende Muster und Kognitionen hin untersucht.

In einem nächsten Schritt wird der Bezug zur eigenen Lebensgeschichte hergestellt:

- „Woran erinnert Dich dieses Verhalten oder dieses Denken?“
- „Woher stammen diese Annahmen, Erwartungen, Einschätzungen?“
- „Gab es möglicherweise biographische Erlebnisse, die diese Art zu Denken und zu Fühlen auslösten?“

20 Minuten	<p><u>„Therapeutische Aufarbeitung“:</u></p> <p>Die Kursleitung stellt den Bezug zur Bedeutung von Therapie her.</p> <p>Verwendet kann dazu beispielsweise das Modell zur Bedeutung von Therapie aus der Verhaltenstherapie. Dabei wird nochmals auf den Zusammenhang von Gedanken – Gefühle – Verhalten verwiesen und den jeweiligen Effekt von Therapie auf jede der drei Säulen.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>„Wenn ich mich in einer Situation X anders verhalte als gewohnt, führt dies zu anderen Konsequenzen und wirkt sich insgesamt auf mein Erleben aus. So werden meine Gedanken und Gefühle auch anders ausfallen als in Situation X mit dem gewohnten Verhalten.“</p> <p>Frage ans Plenum:</p> <p>„Macht es für Euch Sinn sich mit bestimmten Themen weiter auseinander zu setzen?“</p>	Ggf. Flipchart
10 Minuten	<p><u>Abschlussrunde im Plenum:</u></p> <p>„Aus der heutigen Einheit nehme ich mit ...“</p>	

Rolle der Kursleitung

Für die Kursleitung handelt es sich bei der dritten Einheit eventuell um eine der Anspruchsvolleren. Das zentrale Thema „Veränderung“ und Umgang mit dieser wird von der Kursleitung immer wieder durch persönliche Beispiele der Kursteilnehmer und -Teilnehmerinnen verstärkt. Sie als Kursleitung sollen einen Eindruck vom bisherigen Umgang mit Veränderungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten, um darauf die psychoedukative Intervention auszurichten. Ziel ist es, bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ein Verständnis für die Zusammenhänge beim Thema Veränderung in der eigenen Lebensgeschichte zu erkennen. Bei der Vermittlung des kognitiven

Modells ist es entscheidend, stets darauf zu achten, allen Teilnehmenden die zugrunde liegenden Gedanken und Annahmen zu vermitteln. Jeder soll verstehen, welchen Einfluss die eigenen Gedanken und Erfahrungen auf Entscheidungen und Verhalten haben. Hilfreich ist es auch hier, dies stets in Bezug zu subjektiven Schilderungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu tun. Animieren Sie alle, sich Auslöser und Situationen aus der eigenen Biografie zu suchen. Mit Unterstützung der Kursleitung und der anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen eigene Kognitionen erkannt und transparent gemacht werden. Dies kann durch das Geben von Beispielen oder das selektiv authentische Wiedergeben eigener Gedankengänge geschehen. Als Kursleitung sollte man stets darauf achten, die Subjektivität dieser Gedanken und Wahrnehmungen zu betonen und diese keinesfalls in Kategorien von „gut“ und „schlecht“ zu bewerten. Eine Bewertung erfolgt nach den Maßstäben „hilfreiche Kognitionen“ und „hinderliche Kognitionen“. Durch die Intervention des „Rollentausches“ können die Teilnehmenden beim Verstehen von Kognitionen und deren Auswirkungen unterstützt werden. Als Kursleitung nehmen Sie die Rolle eines Teilnehmenden ein. Selbstverständlich sollte dies nur unter dessen freiwilliger Teilnahme und Zustimmung erfolgen. Wählen Sie Teilnehmer oder Teilnehmerinnen, bei denen Sie das Gefühl haben, bereits Einblicke in Wahrnehmungen und Kognitionen erhalten zu haben und weisen Sie stets darauf hin, dass korrigierend eingegriffen werden darf. Verlegen Sie die Analyse und Auswertung der Übung wieder ins Plenum, alle Teilnehmer sollen nun eigene Beobachtungen und Wahrnehmungen aus dem Gespräch schildern. Holen Sie stets die Rückmeldung der teilnehmenden Person aus der Übung ein und lassen Sie so Hypothesen bestätigen oder verwerfen. Wenn die Exploration erschöpft ist, heben Sie das Gespräch wieder auf die Metaebene und helfen Sie den Teilnehmern und Teilnehmerinnen dabei Bezüge zu biographischen Ereignissen und Erfahrungen herzustellen. Betonen Sie, solange es sinnvoll erscheint, die Legitimation dieser Kognitionen, diese haben einen Ursprung und einen Grund.

Stellen Sie im Anschluss, anhand der gewonnenen Erkenntnisse, den Zusammenhang zur Funktion und Wirkung von Therapie her. Verwenden Sie auch hier Beispiele der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, um die Auswirkungen von Kognitionen auf Emotionen und Verhalten aufzuzeigen. Seien Sie klar in Ihrer Haltung und weisen Sie auf die Vorteile einer therapeutischen Auseinandersetzung hin.

„Biografie und Problembewusstsein“

In dieser Einheit werden Zusammenhänge zwischen der eigenen Biografie und der aktuellen Lebenssituation hergestellt. Durch die Analyse der eigenen Lebensgeschichte auf Herausforderungen und Problemlagen, aber auch auf erfolgte Veränderungen und umgesetzte Lösungsmöglichkeiten werden individuelle Ressourcen und Potentiale herausgearbeitet und betont. Außerdem werden mit Hilfe einer Netzwerkkarte potenzielle Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen herausgearbeitet. In einer persönlichen Bilanz sollen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ihren individuellen Unterstützungsbedarf einstufen.

Zeit	Inhalt	Material
10 Minuten	<p>Begrüßung, Wiederholen der Inhalte der letzten Stunde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hat die Teilnehmer/Teilnehmerinnen noch etwas beschäftigt? ▪ Gibt es Fragen oder Rückmeldungen? ▪ Inhalte der heutigen Einheit vorstellen. 	
20 Minuten	<p><u>Skalierungsfragen (0-10):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ich weiß, dass es gut wäre etwas zu verändern.“ ▪ „Wenn ich etwas ändern wollen würde, dann wüsste ich wie.“ ▪ „Ich habe keinen Einfluss auf meine Zukunft.“ ▪ „Meine aktuelle Situation hat etwas mit meinen bisherigen Erfahrungen zu tun.“ 	<p>Laminierte Ziffern (1-10), evtl. Fragen auf Flipchart</p>
45 Minuten	<p><u>„Biographie-Arbeit“:</u></p> <p>Angelehnt an die letzte Frage aus der vorherigen Skalierungsübung leitet die Kursleitung die Intervention zur Arbeit mit der eigenen Biografie ein. Durch einen Rückblick auf die eigene Vergangenheit werden Ressourcen und Erfahrungen erarbeitet. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen achten dabei auf</p>	<p>Stifte, leere Blätter</p>

	<p>Herausforderungen, Problemen, Veränderungen und Lösungen, die sie im Lauf ihrer Biografie bereits erlebt haben.</p> <p>Als Hilfestellung kann die Kursleitung einen möglichen Lebenslauf skizzieren und so beispielhaft darstellen.</p> <p>Auswertung im Plenum:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Was ist Euch bei der Ausarbeitung aufgefallen?“ ▪ „Gibt es Wiederholungen/Muster?“ ▪ „Welche Stärken könnt ihr darin erkennen?“ ▪ „Was war in der Vergangenheit hilfreich?“ 	
30 Minuten	<p><u>Ansprechpartner & Hilfsnetzwerk:</u></p> <p>Im Plenum werden mögliche Ansprechpartner und Unterstützer sowie professionelle Stellen gesammelt und auf einer Netzwerkkarte auf dem Flipchart eingetragen. Im Anschluss daran soll jeder Teilnehmer sein individuelles Netzwerk im Teilnehmerhandbuch festhalten.</p>	Arbeitsblatt
15 Minuten	<p><u>Abschluss:</u></p> <p>Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen ziehen ein persönliches Resümee:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Wann ist es sinnvoll und notwendig Unterstützung in Anspruch zu nehmen?“ ▪ „Zu wem gehe ich bei Problem X?“ ▪ „Wie schätze ich meinen persönlichen Unterstützungsbedarf ein?“ 	

	→ Bei Bedarf Rückmeldung durch die Kursleitung.	
--	---	--

Rolle der Kursleitung

Die erste Intervention in dieser Kurseinheit dient zur Einstimmung auf die Folgenden. Die Kursleitung achtet darauf alle Kursteilnehmer und -Teilnehmerinnen einzubinden und regt durch Nachfragen zur intensiveren Auseinandersetzung untereinander an. Der Fokus sollte hier auch den zustimmenden Aussagen der Teilnehmenden liegen und damit klar auf das Thema Veränderung gerichtet sein, andere Aussagen sollten angehört und gewürdigt werden. Insgesamt erfolgt hier keine Wertung durch die Kursleitung, sondern durch Rückmeldungen der anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Im Anschluss daran führt die Kursleitung die zweite Intervention dieser Einheit ein, indem auf die Zusammenhänge zwischen der eigenen Biografie und der momentanen Situation eingegangen wird. Hier können Beispiele aus der dritten Einheit zum Thema Kognitionen oder Aussagen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus der Skalierung zur selben Frage miteingebracht werden, um die Zusammenhänge herzustellen. Während der Arbeit werden die Teilnehmenden von der Kursleitung unterstützt, indem ein exemplarischer Lebenslauf dargestellt wird und mit Hilfe entscheidender Lebensereignisse Anregungen genannt werden. Während der Bearbeitung kann die Kursleitung einzelne Teilnehmer oder Teilnehmerinnen durch konkrete Rückfragen unterstützen. Sollten Einzelne Schwierigkeiten haben, kann die Bearbeitung auf einzelne Lebensabschnitte eingegrenzt werden. Im Anschluss werden die Ausarbeitungen hinsichtlich der Aspekte Herausforderungen, Veränderungen und Lösungen besprochen. Die Kursleitung hilft dabei den Fokus darauf zu legen und Gemeinsamkeiten, Muster und Zusammenhänge zu erkennen. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen nicht zu tief in biographische Ereignisse einsteigen, sondern den Blick auch auf das große Ganze und die Zukunft richten. Dies wird verstärkt durch die anschließende Übung zum sozialen Netz. Hier werden gemeinsam mögliche Bezugspersonen und Unterstützer und Unterstützerinnen, auch aus dem professionellen Hilfesystem, gesammelt und auf dem Flipchart festgehalten. Anschließend werden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen dazu motiviert sich ein individuelles Netz anzulegen. Den Abschluss dieser Einheit bildet ein persönliches Resümee der Teilnehmenden, in welchem der eigene Bedarf eingeschätzt wird und erste Schritte diskutiert werden. Als Kursleitung wird darauf geachtet, dass jeder an die Reihe kommt.

„Akzeptieren versus Verändern“

In der letzten Einheit werden nochmals alle bisher besprochenen Themen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse aufgegriffen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen für sich Bilanz ziehen und den Kurs Revue passieren lassen. Ausgehen von diesen Erkenntnissen wird dann das Thema der Stunde „Akzeptieren versus Verändern“ aufgegriffen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen setzen sich mit ihren Optionen und den eigenen Handlungsspielräumen mit Blick auf die Zukunft auseinander. Dabei soll die Übernahme von Verantwortung für den eigenen Weg veranschaulicht und die Teilnehmenden so zu einer Entscheidung animiert werden. Anschließend werden in einer offenen Feedback-Runde Rückmeldungen gesammelt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten die Möglichkeit sich gegenseitig Einschätzungen und Empfehlungen auszusprechen. Auch die Kursleitung gibt individuelle Rückmeldungen. In einem offenen Brief an sich selbst erhalten die Kursteilnehmer und die Kursteilnehmerinnen die Chance eigene Erwartungen und Wünsche zu formulieren.

Zeit	Inhalt	Material
10 Minuten	<p>Begrüßung, Wiederholen der Inhalte der letzten Stunden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hat die Teilnehmer/Teilnehmerinnen noch etwas beschäftigt? ▪ Gibt es Fragen oder Rückmeldungen? ▪ Inhalte der heutigen Einheit vorstellen. 	
30 Minuten	<p>„<u>Akzeptieren versus Verändern</u>“</p> <p>Leitende Frage: „Übernehme ich Verantwortung für mich und mein Handeln und meine Zukunft?“</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Begriffe „Akzeptieren“ und „Verändern“ werden auf je einem DinA4-Blatt an zwei Enden im Raum ausgelegt. 	DinA4-Blätter laminiert

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Kursteilnehmer/Kursteilnehmerinnen sollen sich nun im Rahmen ihrer eigenen Einschätzung positionieren: - „Ich akzeptiere die momentane Situation mitsamt ihren Folgen.“ - „Ich werde etwas an meiner momentanen Situation ändern.“ <p>→ Rückfragen durch die Kursleitung.</p>	
45 Minuten	<p><u>Offene Feedbackrunde:</u></p> <p>In Form eines „Reflecting Teams“ erhält jedes Kursmitglied individuelle Rückmeldung der anderen Teilnehmer/Teilnehmerinnen. Auf Nachfrage erfolgt auch eine Rückmeldung der Kursleitung.</p> <p>Die Rückmeldungen werden von der Kursleitung auf einem Blatt für jeden Teilnehmenden mitgeschrieben.</p>	Leere DinA4-Blätter
15 Minuten	<p><u>„Brief-an-die-Zukunft“:</u></p> <p>Jeder Teilnehmer/jede Teilnehmerin erhält einen Vordruck des Briefes und füllt diesen für sich persönlich aus. Der Inhalt wird nicht öffentlich gemacht, sondern dient lediglich dazu, die Teilnehmenden in einigen Wochen an ihren Gedanken und Vorhaben aus der momentanen Situation erinnern. Im Anschluss schreiben die Teilnehmer/Teilnehmerinnen ihre Adresse auf den Umschlag, die Kursleitung sammelt alle Briefe ein und verwahrt diese bis zur Rücksendung an die Teilnehmer/Teilnehmerinnen.</p>	Vordruck, Briefumschläge, Stifte
20 Minuten	<p><u>Verabschiedung:</u></p>	Evaluationsbögen, Teilnahme-

	<p>Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen erhalten den Evaluationsbogen und füllen diesen aus. Im Anschluss daran verteilt die Kursleitung die Teilnahmebestätigungen.</p> <p>Noch offene Fragen können geklärt werden. Die Kursleitung bietet die Möglichkeit zur Vereinbarung weiterer Termine.</p>	bestätigungen
--	---	---------------

Rolle der Kursleitung

Der Kursabschluss wird mit der Intervention zum Thema „Akzeptieren versus Verändern“ eingeleitet. Die Kursleitung wiederholt die Inhalte der letzten Einheiten und benennt die folgende Übung als Resümee eines jeden Teilnehmenden. Besonders die Inhalte aus der zweiten Einheit mit der Formulierung individueller Ziele durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen kann hier von der Kursleitung eingebracht werden. Die Teilnehmenden werde in dieser Übung dazu angeregt Stellung zu nehmen und sich klar zu positionieren. Aufgabe der Kursleitung ist es klarzustellen, dass beide Optionen wählbar sind. Haben alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine Entscheidung getroffen, exploriert die Kursleitung den Entscheidungsprozess und erfragt persönliche Motive sowie die Bedeutung dieser Entscheidung. Hier kann der Fokus auch auf zugrundeliegende Emotionen gelegt werden. Auch Konsequenzen dieser Entscheidung sollen benannt und gesammelt werden, hier kann die Kursleitung Rückmeldungen anderer Teilnehmer und Teilnehmerinnen einholen.

Im Anschluss erfolgt eine persönliche Rückmeldung für jeden Teilnehmenden durch die Methode des „Reflecting Teams“. Dies bedeutet, dass über die ausgewählte Person offen gesprochen und diskutiert wird, während diese selbst nicht aktiv werden soll. Die Kursleitung regt den Austausch durch offene Fragen an die anderen Teilnehmer und Teilnehmerinnen an („Was würdet ihre Person XY empfehlen?“, „Auf was sollte Person XY besonders achten?“, „Was braucht die Person XY um ihre Ziele zu erreichen?“). Die Kursleitung achtet darauf, dass die Rückmeldungen fair und auf Tatsachen basierend geschehen. Nach der Feedbackrunde ist die Kursleitung für den Abschluss des Kurses zuständig, indem der „Brief-an-die-Zukunft“ sowie der

Evaluationsbogen erklärt und den Teilnehmern und Teilnehmerinnen zur Beantwortung gegeben werden. Die Kursleitung steht hier noch für Fragen zur Verfügung und stellt klar, dass diese Rolle auch in Zukunft gelten wird. Teilnehmende, die sich bereits jetzt für einen weiteren Prozess in der Einrichtung entschieden haben, können direkt weitere Termine bei der Kursleitung vereinbaren.

Hürden und Hindernisse

Im Kursgeschehen könnten sich, aufgrund der teilweise herausfordernden Themen und auch durch die Klienten und Klientinnen selbst, verschiedene Herausforderungen für die Kursleitung ergeben. Im Folgenden sollen nicht alle Hürden aufgelistet und bearbeitet, sondern viel mehr die grundsätzlichen Herausforderungen und Handlungsempfehlungen für den Umgang mit diesen thematisiert werden.

Eine mögliche Herausforderung könnte das Thema „Zwangskontext“ werden. Wenn Teilnehmer und Teilnehmerinnen diesen nicht akzeptieren oder permanent in Frage stellen wollen, gerät die Fachkraft schnell in eine Gegenposition, aus der sie immer wieder mit den zugrundeliegenden Gesetzen und Vorgaben argumentieren muss. Hier tritt ein Prinzip des KiM-Konzeptes in Kraft, nämlich Förderung von Verantwortungsübernahme. Der Fokus sollte in dieser Diskussion nicht auf den rechtsstaatlichen Prinzipien und deren Umsetzung liegen, sondern viel mehr in den eigenen Anteilen an der stetigen Auseinandersetzung mit diesen. Was hat es mit der Lebensgeschichte und den eigenen Anteilen zu tun, dass die Teilnehmenden immer wieder in Situationen geraten, in denen sie die geltenden Gesetze und deren Umsetzung in Frage stellen müssen. Und welche Optionen zur aktiven Auseinandersetzung mit der Thematik haben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen?

Eine andere Hürde könnten gruppeninterne Konflikte sein. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen kommen teilweise aus prekären Alltagssituationen und haben zudem vielleicht auch nie gelernt Konflikte angemessen auszutragen. Der Kurs baut sehr viel auf Diskussionen und gegenseitiger Rückmeldung auf, dies beinhaltet unumgänglich ein gewisses Konfliktpotential. Verbale Diskussionen sollten von der Kursleitung auch zugelassen werden, solange sie inhaltlich stimmig und in angemessener Form stattfinden. Geschieht dies nicht oder lassen sich Diskussionen nicht zu Ende führen so kann als Handlungsleitfaden für den Kursleiter das „Hier-und-Jetzt“-Prinzip greifen. Indem genau das aktuelle Geschehen in Worte gefasst und als Rückmeldung an die Teilnehmenden zur Diskussion gegeben wird. Was kann aus den statt gefundenen Vorgängen gelernt werden, welche Rückschlüsse ergeben sich über Verhalten und Denkprozesse der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen?

Dieses Prinzip kann auch für eine andere Form des Widerstandes, nämlich eine Passivität seitens der Teilnehmenden verwendet werden. Die Kursleitung kann dies klar ansprechen und der Gruppe so als Thema zur Verfügung stellen. Ursachen und Folgen dieser Form des Vermeidens können als Hypothesen formuliert angesprochen und diskutiert werden. Die Herausforderung für die Kursleitung liegt auch im Aushalten von Stille, die nicht zwangsläufig direkt beendet werden muss.

Eine andere Herausforderung ist der Umgang mit Klienten und Klientinnen, die unter Substanzeinfluss zum Kurs erscheinen. Die Tatsache allein muss nicht zwingend zum Ausschluss aus der Einheit führen, entscheidend ist die Fähigkeit zur Teilnahme. Räumt ein Klient oder eine Klientin freiwillig einen vorab stattgefundenen Konsum ein, macht aber einen aufnahmefähigen Eindruck muss er nicht per se aus dem Kurs geschickt werden. Die Beurteilung ob eine Teilnahme an der Einheit möglich ist, wird dem Betroffenen selbst auch gestellt. Abschließend beurteilt aber die Kursleitung, ob eine Teilnahme aus fachlicher Sicht Sinn macht oder nicht. In jedem Fall sollte es aber als Thema angesprochen werden und hinsichtlich der Einschätzung des Umgangs mit Substanzen reflektiert werden. Welche Rückschlüsse lassen sich über den Konsum des Teilnehmers oder der Teilnehmerin ziehen? Wie beurteilen dies die anderen Kursteilnehmer und -Teilnehmerinnen? Gerade für die Teilnehmenden, die per Auflage zur Abstinenz verpflichtet sind, kann dies ein kritischer Punkt sein. Auch dies sollte thematisiert werden.

Was ebenfalls den Gruppenprozess und damit den Kursverlauf beeinflussen kann ist das Ausscheiden einzelner Teilnehmer oder Teilnehmerinnen, die sich dazu entscheiden haben, den Kurs nicht regulär zu beenden. Oder die unzuverlässige Kursteilnahme anderer Teilnehmenden. Diese Themen sollten offen in der Gruppe angesprochen werden und auf ihre Bedeutung für den weiteren Kursverlauf sowie die einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen hin angesprochen werden.

Da der Kurs auch eine teils minderjährige Zielgruppe anspricht, stellt sich die Frage, wie mit dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung oder einer sehr prekären familiären Situation umgegangen wird. Grundsätzlich kann eine eventuelle Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe nur unter der Zustimmung der Betroffenen und oder deren Erziehungsberechtigten stattfinden, da die Einhaltung der Schweigepflicht Fachkräfte

dazu verpflichtet. Doch diese stößt spätestens an ihre Grenzen, sobald der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung nach §8a SGB VIII im Raum steht. Aber auch bereits im Vorfeld könnten Teilnehmer oder Teilnehmerinnen Aussagen treffen, die eine Kontaktaufnahme zu den Erziehungsberechtigten notwendig erscheinen lässt. Hier sollten die jeweilige Kursleitung Rücksprache mit dem eigenen Team sowie den Beratungsstellenleitungen halten, um die Entscheidung für ein fachlich sinnvolles und rechtmäßiges Vorgehen treffen zu können.

Die durchaus persönlichen und intensiven Auseinandersetzungen in den verschiedenen Interventionen erfordern teilweise eine hohe emotionale Stabilität, die eventuell nicht bei allen Teilnehmenden vorhanden ist. Dies könnte zu verschiedenen Verhaltensweisen führen, unter anderem kann eine solche Intervention eine Krise auslösen. Die Kursleitung sollte dies in jedem Fall sehr ernst nehmen und entsprechend darauf reagieren. Äußert ein Teilnehmer oder eine Teilnehmerin beispielsweise suizidale Absichten oder Gedanken, wird in jedem Fall das reguläre Kurskonzept unterbrochen und mit dem Betroffenen im Einzel über das weitere Vorgehen entschieden. Eine Orientierung zur Einschätzung und zu weiteren Handlungsempfehlungen bietet das standardisierte Vorgehen im therapeutischen/beraterischen Setting bei Verdacht auf Suizidgefährdung. Reagiert ein Klient oder eine Klientin verbal oder körperlich aggressiv wird auch das nicht toleriert, sondern mit entsprechenden Konsequenzen sanktioniert. Schützen Sie sich und die anderen Kursteilnehmer und Kursteilnehmerinnen, indem Sie klare Ansagen machen und den Betroffenen gegebenenfalls aus den Räumen verweisen. Hält dieser sich nicht an ausgesprochenen Anweisungen oder reagiert mit Bedrohung oder Beleidigung sollte in jedem Fall die nächste Polizeidienststelle alarmiert werden.

Durchführbarkeitsanalyse

Wissenschaftliche Herangehensweise

Im Rahmen einer formativen Evaluation wird im nächsten Schritt die Implementierung des Konzeptes im Rahmen der ambulanten Suchtberatung bewertet. Überprüft werden soll, ob das Konzept umsetzbar ist und den Bedarf der ausgewählten Zielgruppe trifft. Die Frage nach der Umsetzbarkeit beinhaltet die Akzeptanz des Konzeptes durch die Zielgruppe und eine Bewertung der Durchführung von Seiten der Kursleitung. Erhoben wird dabei, inwiefern Aufbau, Form und Inhalt des Konzeptes den Bedarf der angesprochenen Zielgruppe treffen. Dies geschieht anhand einer Nachbefragung der Teilnehmer in Form eines Fragebogens (siehe Anhang). Dort werden folgende Items abgefragt:

- Wie zufrieden waren Sie mit den Kursinhalten?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Kursleitung?
- Waren Sie richtig in diesem Kurs?
- In der Gruppe habe ich mich wohlfühlt.
- Durch die Kursinhalte habe ich darüber nachgedacht etwas zu verändern.
- Lob und Kritik (offene Antwortmöglichkeit).
- Würden Sie den Kurs weiterempfehlen?

Auch eine Einschätzung zur Durchführbarkeit von Seiten der Kursleitung wird erhoben. Dazu wird nach jeder Moduleinheit ein Fragebogen ausgefüllt. Abgefragt werden dort folgende Items:

- Waren die ausgewählten Methoden in der vorgegebenen Zeit umzusetzen?
- Lassen sich die ausgewählten Methoden innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen umsetzen?
- Waren die ausgewählten Methoden für die Zielgruppe angemessen?
- Erreichen die ausgewählten Methoden die Zielgruppe? Wurden die Methoden von der Zielgruppe angenommen?
- Eigenen sich die Methoden, um die geplanten Ziele zu erreichen?
- Wo muss noch nachgebessert werden?
- Kann etwas weggelassen werden?

- Braucht es weitere Modifikationen des Gesamtkonzeptes?
- Wie würden Sie diese Einheit insgesamt bewerten?

Diese Form der Evaluation soll dabei helfen, das Kurskonzept praktikabel zu gestalten. Durch Änderungen im zeitlichen Ablauf oder an inhaltlichen Aspekten soll die Akzeptanz der Zielgruppe erhöht werden und eine reibungslosere Durchführung in der Praxis möglich gemacht werden.

Ergebnisauswertung

Zielgruppenbeschreibung

Durch eine Analyse der Teilnehmer der ersten Umsetzung in der Praxis soll klären, ob durch die im Clearingbogen vorgegebenen Aufnahmekriterien die potenzielle Zielgruppe erreicht wird.

Im ersten Durchgang wurden zehn Teilnehmer zum Kurs eingeladen, acht davon erschienen zum Kurs. Die Teilnehmer waren dabei alle männlich, das durchschnittliche Alter lag bei 19,25 Jahren (Breite: 16 bis 24 Jahre). Im Folgenden wird bei den Teilnehmern ausschließlich die männliche Sprachform verwendet, da ja alle Teilnehmer männlichen Geschlechts waren. Zwei der Teilnehmer befanden sich aktuell in einer Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt, vier in fester Anstellung und zwei waren arbeitssuchend gemeldet. Insgesamt waren sechs der Teilnehmer im Lauf ihres Lebens als arbeitssuchend gemeldet gewesen. Alle Teilnehmer hatten bisher Anzeigen aufgrund von Besitz und Handel mit Betäubungsmitteln, zwei davon zusätzlich Anzeigen aufgrund von Diebstahl und oder Körperverletzungen. Zwei der Teilnehmer hatten außerdem ihren Führerschein durch den Drogenkonsum verloren. Zwei der Teilnehmer erfüllten die Kriterien der Abhängigkeit, der Konsum der anderen sechs Teilnehmer lag im Bereich des missbräuchlichen Konsums.

Gemessen an den vorgegebenen Kriterien erfüllten alle Teilnehmer der ersten Durchführung die vorgegebenen Indikationen zur Teilnahme am KiM-Kurs. Demnach konnten durch die vorab stattgefundenen Clearinggespräch die geeigneten, den Eingangsindikationen entsprechenden, Teilnehmer herausgefiltert werden.

Evaluation des Konzeptes durch die Zielgruppe

Nach Abschluss des Kurses erfolgte die Evaluation anhand des entwickelten Fragebogens durch die Teilnehmer. Die Teilnahme an der Evaluation war freiwillig, es nahmen alle acht Teilnehmer an der Auswertung teil. Die Kursinhalte wurde dabei mit einem Durchschnittsnote lag bei 3,1 bei einer Gesamtverteilung von 1-6. Die Zufriedenheit mit dem Kursleiter wurde mit 2,1 bewertet, Verteilung ebenfalls von 1-6. Die Frage nach dem Gefühl des Verstanden werden im Kurs wurde mit 3,0 bewertet. Über eine Veränderung nachgedacht wurde mit 3,8 bewertet. Den Kursumfang mit fünf Einheiten wurde im Durchschnitt mit „genau richtig“ beurteilt. Lob gab es für die Stimmung und den respektvollen Umgang innerhalb der Gruppe und die Kursinhalte mitsamt dazugehörigen Erklärungen und Informationen. Kritik wurde geäußert hinsichtlich der Dauer der einzelnen Sitzungen, diese sollten lieber nur 90 Minuten sein und dafür mehr Kurseinheiten. Sieben der Teilnehmer würden den Kurs weiterempfehlen. Anzumerken ist, dass ein Teilnehmer ausschließlich die Note 6 vergab, was sich aufgrund der niedrigen Anzahl an Befragten nicht unerheblich auf das Ergebnis auswirkte.

Die Ergebnisse zeigen eine weniger deutliche Akzeptanz des Kurses mitsamt seinen Inhalten und den dadurch entstandenen Einfluss auf die Klienten als erwartet. Selbstverständlich ist die Anzahl der Befragten zu gering, um daraus weitere Schlüsse zu ziehen, sowie auch die Evaluation selbst nur sehr basale Dinge erfragt. Dennoch sollen die ersten Rückmeldungen Einfluss auf das Kurskonzept haben und Anlass zur Überprüfung der Interventionen sein.

Evaluation des Konzeptes durch die Kursleitung

Neben der Entwicklung des Konzeptes soll auch die Implementierung in der Praxis der ambulanten Suchtberatung betrachtet werden. Dazu erfolgt zusätzlich zur Evaluierung durch die Teilnehmenden eine Auswertung der einzelnen Kursabschnitte durch die durchführende Kursleitung. Mit Hilfe der vorgegeben Kriterien soll so die Praxistauglichkeit überprüft und verbessert werden.

- Waren die ausgewählten Methoden in der vorgegebenen Zeit umzusetzen?

Die zeitlichen Vorgaben waren in der ersten Durchführung des Konzeptes weitestgehend einzuhalten. An einigen Stellen gab es Überschreitungen der vorgegebenen Zeit, zum Beispiel bei der Einheit zu den „Dysfunktionalen Kognitionen“, dies nahm deutlich mehr Zeit in Anspruch als geplant. Grund dafür war zum einen der ausführlichere Erklärungsbedarf, zum anderen die Notwendigkeit der Unterstützung der Teilnehmer durch die Kursleitung bei der Suche nach eigenen Beispielen und der Anwendung des „ABC-Schemas“ auf das individuelle Verhalten. Auch die gegenseitige Rückmeldung im „Reflecting Team“ beanspruchte mehr Zeit als geplant, da die Teilnehmenden sich sehr ausführliche Rückmeldungen gaben.

Die Einhaltung der vorgegebenen Zeiten in einem verträglichen Maß kann und soll aber durchaus durch die Kursleitung beeinflusst werden. Es empfiehlt sich die Orientierung an den zeitlichen Vorgaben, um die Maßnahmen zu begrenzen, dadurch kann verhindert werden, dass einzelne Teilnehmer oder Teilnehmerinnen übermäßig viel Raum in Anspruch nehmen und andere sich komplett zurückziehen.

- Lassen sich die ausgewählten Methoden innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen umsetzen?

Die vorgegebenen Rahmenbedingungen in der Suchtberatungsstelle neon – Prävention und Suchthilfe Rosenheim ermöglichten die Umsetzung der ausgewählten Methoden. Entscheidend war dabei die Verfügbarkeit von adäquaten räumlichen Möglichkeiten, also mindestens einem großen Gruppenraum. Idealerweise noch ein zweiter freier Raum, um ein ungestörtes Arbeiten in Kleingruppen zu ermöglichen. Auch die Auswahl an Arbeitsmaterialien war gegeben, ein Flipchart sowie Moderationskarten und Stifte waren verfügbar. Aus meiner Einschätzung braucht es keine weiteren spezifischen räumlichen oder materialspezifischen Ausstattungen zur Umsetzung des Konzeptes.

- Waren die ausgewählten Methoden für die Zielgruppe angemessen?

Weitestgehend waren die ausgewählten Methoden der Leistungsfähigkeit der Zielgruppe angemessen. Weitere Überprüfung benötigen die Methoden „Stuhldialog“ (Einheit zwei), sowie die Erarbeitung der dysfunktionalen Kognitionen in Einheit drei.

Hier zeigte ein Teil der Teilnehmer Schwierigkeiten die Inhalte und Diskussionen zu verstehen und diese mit sich selbst in Bezug zu setzen. Eventuell bräuchte es hier vereinfachte Interventionsansätze. Hier könnte nach Methoden mit weniger Anforderung an die Teilnehmer gesucht werden, um zu vermeiden, dass ein Teil der Klienten bei diesen Übungen kognitiv „aussteigt“.

- Erreichen die ausgewählten Methoden die Zielgruppe? Wurden die Methoden von der Zielgruppe angenommen?

Die anwesenden Teilnehmer nahmen alle Methoden dahingehend an, als dass sie die Bereitschaft zur weiteren Auseinandersetzung mit den geforderten Themen zeigten.

- Eigenen sich die Methoden, um die geplanten Ziele zu erreichen?

Grundsätzlich führten die ausgewählten Methoden nach meiner Einschätzung und Beobachtung durchaus zu einer tiefergehenden Auseinandersetzung. Diese brachte dann auch das Eingestehen von Problembereichen sowie die Übernahme von Verantwortung für die aktuelle Situation mit. Die Teilnehmer konnten sich auch gut auf die Überlegungen zu Vor- und Nachteilen des Verhaltens, sowie den Vorteilen einer möglichen Veränderung einlassen und so eröffnete sich ein Raum, indem Veränderung thematisiert und konkrete Überlegungen zu weiteren Schritten möglich gemacht wurden. Auch die wiederholte Forderung von gegenseitigen Rückmeldungen führte aus meiner Sicht zu einer Atmosphäre des Austausches und der Offenheit, indem auch durchaus kritische Rückmeldung sowie Problemeinschätzung der anderen Teilnehmer gefragt und akzeptiert wurde.

- Wo muss noch nachgebessert werden?

Während des Kursverlaufes kam es immer wieder zur Konzentrationsschwierigkeiten einzelner Teilnehmer. Eine größere Methodenvielfalt oder der Einbezug von erlebnispädagogisch orientierten Interventionen im Rahmen der räumlichen Möglichkeiten könnten die Aufmerksamkeit der Teilnehmer erhöhen. Auch könnten kleine Interventionen für Zwischendurch als Auflockerung eingearbeitet werden, um zwischen den herausfordernden und schwierigen Themen für Ausgleich zu sorgen.

- Kann etwas weggelassen werden?

Bedarf zur Kürzung ist nach meiner Einschätzung nicht vorhanden, gegebenenfalls eher die Entzerrung der Inhalte durch Verkürzung der Dauer der Einheiten und Ausweitung der Gesamteinheiten von fünf auf beispielsweise sieben Sitzungen. So könnten die Teilnehmer noch mehr Raum und Zeit gewinnen. So wurde dies ja auch in der Evaluation von einigen Teilnehmern gefordert.

- Braucht es weitere Modifikationen des Gesamtkonzeptes?

Das Gesamtkonzept sollte in jedem Fall stetig modifiziert werden um die Wirksamkeit sowie die Akzeptanz durch die Zielgruppe zu erhöhen. Die folgenden Modifikationen sollten sich an den Auswertungen einer signifikanten Anzahl an Teilnehmerrückmeldung orientieren.

Diskussion

Das Kurskonzept beinhaltet einige durchaus kritisch zusehenden Aspekte. Zum Beispiel die grundlegende Annahme, dass sich die betroffenen Personen in einer Situation befinden, in der sie aktiv Entscheidungen treffen können, in dem sie Verantwortung für sich und ihr Handeln übernehmen. Auf dieser Annahme beruht der Grundgedanke des Konzeptes sowie die darin enthaltenen Interventionen. Diese Annahme kann aber durchaus kritisch gesehen werden, in dem eine Abhängigkeitserkrankung als Erkrankung der Steuerungs- und Kontrollfähigkeit gesehen wird. Diese Einschränkungen auf der Ebene von neurologischen Prozessen haben unter Umständen massive Auswirkungen auf das Verhalten und die Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen. Und dennoch wird in der Suchthilfe immer wieder auf die Übernahme von Eigenverantwortung der Betroffenen gesetzt. Daher muss dieser Aspekt eventuell aus ethischer Perspektive weiterverfolgt werden, ist aber in der gängigen Praxis der Suchthilfe permanent präsent.

Ein anderer Aspekt ist die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit des entwickelten Konzeptes. Um das Kurskonzept in die Praxis der Suchthilfe zu transferieren sind sowohl die wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit als auch eine Erhebung des Bedarfs im praktischen Feld notwendig. In wissenschaftlichen Untersuchungen könnten sowohl die Wirksamkeit der Interventionen an sich, sowie die Zielerreichung im Hinblick auf Konsumänderung und oder Inanspruchnahme weiterer Hilfsmaßnahmen sowie eine Analyse der Strukturqualität des Konzeptes erfolgen. Dies könnte anhand einer qualitativen oder einer quantitativen Befragung überprüft werden. Im Rahmen einer qualitativen Auswertung könnte das Konzept kritisch evaluiert werden und auf seine Auswirkung zur Erreichung der beanspruchten Ziele in individueller Einschätzung erfragt werden. Eine quantitative Befragung könnte sich mit den erfolgreichen Veränderungen in Form von Konsumreduktion oder -Einstellung und oder weiterer Anbindung beschäftigen. Die wissenschaftliche Auswertung des Konzeptes ist der zwangsläufig erforderliche nächste Schritt, um eine fachliche Basis und ethische Vertretbarkeit hinsichtlich der künftigen Anwendung des KiM-Konzeptes zu gewährleisten. Einen ersten Schritt stellt die Entwicklung eines Fragebogens zur Einschätzung der Wirksamkeit sein, welcher dann von künftigen Kursleitern und Kursleiterinnen im Rahmen der Durchführung an die Teilnehmer und

Teilnehmerinnen ausgehändigt und im Anschluss wieder an die untersuchende Einrichtung zurückgeführt wird. Zur Durchführung dieser zweiten Testphase müssten geeignete Einrichtungen, welche Zugang zum Klientel haben, gefunden und für die Durchführung gewonnen werden. Dies könnte beispielsweise über bereits vorhandene Netzwerke oder Kooperationsstellen erreicht werden.

Einen anderen kritischen Punkt für den Transfer in die Praxis stellen die Vorgaben über die Ausbildung der Kursleiter und Kursleiterinnen dar. Welche Grundqualifikation diese vorweisen sollten ist unklar. Die Durchführung des Kurses sollte in jedem Fall von Fachkräften aus dem Bereich der Suchtberatung geleistet werden. Dies setzt bereits eine gewisse theoretische Grundausbildung sowie die praktische Erfahrung in der Arbeit mit der angesprochenen Klientel voraus. Die Erfahrung in der Durchführung von Gruppenangeboten ist ebenfalls dringend zu empfehlen. Geklärt werden muss, ob eine pädagogische oder psychologische Grundausbildung ausreichend ist, oder ob die potenziellen Kursleiter über Weiterbildungen im therapeutischen Bereich verfügen sollten. Und wenn dies der Fall sein sollte, dann bliebe zu klären, ob diese Anforderungen von den Suchtberatungsstellen vor Ort umsetzbar sind.

Um das Kursangebot in der Praxis umsetzen zu können ist ein weiterer Punkt von wesentlicher Bedeutung, die Vernetzung aller beteiligten Akteure. Weitere Institutionen, die mit der Zielgruppe in Berührung kommen, zum Beispiel die Justiz und das Jugendamt, sollten über das Konzept und dessen Inhalt informiert und gegebenenfalls bei der Umsetzung in der Praxis miteinbezogen werden. Denn nur durch Kooperation und einen transparenten Austausch kann die Basis für eine gelingende Einführung des Konzeptes funktionieren.

Zu überlegen wäre auch die mögliche Anwendung des Kurskonzeptes im Einzelsetting. Durch die Adaption einiger Interventionen könnte das Konzept grundsätzlich in der Arbeit mit einzelnen Klienten und Klientinnen verwendet werden. Fraglich ist jedoch, inwiefern sich gruppenspezifische Prozesse positiv auf die zu verändernden Parameter auswirken. Das Konzept setzt ja in vielen Punkten auf gegenseitige Rückmeldung und auf die Wirkfaktoren der Gruppentherapie.

Ein anderer Aspekt, der noch differenzierte Betrachtung erfordert, ist die zeitliche Rahmenvorgabe. Auch wenn der Effekt von Kurzinterventionen in vielen Fällen wissenschaftlich belegt ist, ist dennoch zu überprüfen, ob die Entscheidung zur Veränderung innerhalb dieser fünf Sitzungen geschieht, oder ob eine längere Laufzeit möglicherweise höhere Effekte auf Problembewusstsein und Veränderungsmotivation erzielen würde. Auch dieser Aspekt verdeutlicht nochmals die Notwendigkeit zur weiteren wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem entwickelten Konzept.

Resümee & Ausblick

Durch die zur Entwicklung notwendigen Recherchen wurde deutlich, dass im Bereich des Zwangskontextes wie auch im Feld der Therapiemotivation noch weitreichender Forschungsbedarf besteht. Zwar besteht ein grundlegender Konsens hinsichtlich geeigneter fachlicher Ansätze, dennoch herrscht ein Mangel an konkreten Angeboten zur Umsetzung dieser. Große Defizite zeigten sich auch in den Erhebungen zur Zielgruppe. Dies bestätigte auch die Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage einiger Abgeordneter zur „Effektiven Behandlung von Minderjährigen und jungen Erwachsenen mit Cannabis-Süchterkrankung“ (Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode, Drucksache 19/10591). Die Bundesregierung verwies dabei auf Angebote wie „FreD“, „CAN Stop“ oder „Realize-it“, räumte aber gleichzeitig ein, dass derzeit Mittel der Bundesregierung für die Entwicklung und Implementierung neuer Programme zur Behandlung dieser Zielgruppe zur Verfügung gestellt würden. Zudem räumte die Bundesregierung in vielen Fragen, unter anderem zu wesentlichen Merkmalen der Zielgruppe sowie zu Behandlungsverläufen und Empfehlungen, fehlende Erkenntnisse ein. Auch hier wird der Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen und die Notwendigkeit zur weiteren Auseinandersetzung nochmals deutlich.

Die Entwicklung und Durchführung des KiM-Konzeptes zeigte zudem auf, welche Herausforderungen das Beratungssetting im Zwangskontext sowie das so entstehende „Doppelmandat“ aus Hilfe und Kontrolle beinhalten. Zusätzlich dazu bringt auch die Zielgruppe ganz eigene Herausforderungen und Ansprüche mit. Diese beiden Aspekte stellen große Anforderungen an die zuständige Fachkraft und auch an das entwickelte Konzept. In jedem Fall besteht noch Bedarf zur Optimierung der Inhalte, die sich neben den fachlichen Standards und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Zielgruppe und zum Setting auch den Bedarfen und der Akzeptanz der Teilnehmenden orientieren sollen. Eine dauerhafte Evaluation und daraus resultierenden Hinweise zur Anpassung/Änderung des Programms sind daher obligatorisch.

In einem nächsten Schritt soll die Auswertung des Konzeptes in Bezug auf dessen Umsetzbarkeit und Anwendung in der Praxis durch andere Kursleiter und Kursleiterinnen erfolgen. Dazu ist die Vorstellung des KiM-Kursmanuals im Netzwerk der Suchtberatung Jugendlicher in Bayern für Dezember 2019 geplant. Der Bedarf an Konzepten für diese Zielgruppe wurde bereits in vorherigen Treffen besprochen und interessierte Fachkräfte könnten das Konzept selbst direkt umsetzen. Langfristig soll eine Überprüfung der Wirksamkeit durch quantitative Erhebungen folgen.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: „Leitlinien der Dt. Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) – Cannabis-bezogene Störungen“, 2004.

Benecke, Cord; Brauner, Felix: „Motivation und Emotion – Psychologische und psychoanalytische Perspektiven“, Kohlhammer Verlag, 2017.

Berking, Matthias; Rief, Winfried (Hrsg.): „Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor – Band II: Therapieverfahren.“, Springer Verlag, 2012.

Bonnet, Udo; Scherbaum, Norbert: „Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 12, Dezember 2005.

Brandstätter, Veronika (Hrsg.): „Handbuch der Allgemeinen Psychologie: Motivation und Emotion“, Hogrefe Verlag, 2009.

Bundeskriminalamt: „Rauschgiftkriminalität – Bundeslagebilde 2017“, April 2018.

Bundesministerium für Gesundheit: „Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung“, 2018.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase“, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 28, 2005.

Conen, Marie-Luise; Cecchin, Gianfranco: „Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? – Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten“, Carl-Auer Verlag, 2011.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: „Konsenspapier – Ziele, Grundlagen und Prinzipien in der Sucht- und Drogenhilfe“, 2005.

Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): „Grenzgänger, Systemsprenger, Verweigerer – Wege, schwierig(st)e Kinder und Jugendliche ins Leben zu begleiten“, Dokumentation, 2014.

Egg, Rudolf: „Motivation zur Drogentherapie – Freiwilligkeit versus Zwang“ in De Boor, Wolfgang (Hrsgb.): „Entkriminalisierung im Drogenbereich?“, Schriftenreihe des Instituts für Konfliktforschung, Heft 13, 1991.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: „Deutschland – Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD (Datenjahr 2016/2017)“, Workbook Drugs, 2017.

Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie: „Realize it!-Ergebnisevaluation der Kurzintervention bei Cannabisabhängigkeit – Binationales Pilotprojekt (D-CH)“, Universität Freiburg, 2008.

Goldsmith, Jeffrey; Latessa, Edward: „Coerced Treatment of Addiction in the Criminal Justice System“, Psychiatric Annals, November 2001.

Graf, Pedro; Spengler, Maria: „Leitbild und Konzeptentwicklung“, Ziel Verlag, 2013.

Grawe, Klaus: „Neuropsychotherapie“, Hogrefe Verlag, 2004.

Hautzinger, Martin (Hrsg.): „Kognitive Verhaltenstherapie – Behandlung psychischer Störungen im Erwachsenenalter“, Beltz Verlag, 2011.

Hoch, Eva; Zimmermann, Petra; Henker, Jana; Rohrbacher, Heike; Noack René; Bühringer, Gerhard; Wittchen, Hans-Ulrich: „Modulare Therapie von Cannabisstörungen – Das CANDIS-Programm“, Hogrefe Verlag, 2011.

Hoch, Eva; Schneider, Miriam: „Ergebnisse der CaPRis-Studie – Cannabis: Potential und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse“, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2018.

Kettl-Römer, Barbara; Natusch, Cordula: „Überzeugende Konzepte – Strukturiert und effektiv von der Idee bis zur Präsentation“, Beck Verlag, 2015.

Klug, Wolfgang: „Mit Konzept planen – effektiv helfen: Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe“, Lambertus Verlag, 2003.

Klug, Wolfgang; Zobrist, Patrick: „Motivierte Klienten trotz Zwangskontext – Tools für die Soziale Arbeit“, Ernst Reinhardt Verlag, 2016.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): „Frühintervention FreD – Handbuch – Frühintervention in verschiedenen Settings“, Münster 2011.

Linden, Michael; Hautzinger, Martin (Hrsg.): „Verhaltenstherapiemanual“, Springer Verlag, 2011.

Ludt, Sabine; Szecsenyi, Joachim: „Motivation von Patienten zu Verhaltensänderungen.“ in „Deutscher Hausärzterverband e.V., AOK-Bundesverband, Hausarztthandbuch DMP in der Praxis – Das Handbuch zur Behandlung von chronisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis.“ 2008.

Miller, William R.; Rollnick, Stephen: „Motivierende Gesprächsführung“, Lambertus Verlag, 2004.

Naar-King, Sylvie; Suarez, Mariann (Hrsg.): „Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen“, Beltz Verlag, 2012.

Petermann, Franz; Reinecker, Hans: „Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie“, Hogrefe Verlag, 2005.

Sachse, Rainer; Langens, Thomas A.; Sachse, Meike: „Klienten motivieren – Therapeutische Strategien zur Stärkung der Änderungsbereitschaft“, Psychiatrie Verlag, 2012.

Schaub, Michael; Becker, Julia: „Behandlung bei schädlichem Cannabisgebrauch und Cannabisabhängigkeit – Hintergründe und Evidenz der Ansätze“, abhängigkeiten, Ausgabe 03/2011 und 01/2012.

Schermer, Franz J.; Weber, Angelika; Drinkmann, Arno; Jungnitsch, Georg: „Methoden der Verhaltensorientierten Sozialen Arbeit – Basisstrategien“, Alibri Verlag, 2016.

Schulte, Dietmar: „Therapiemotivation“, Hogrefe Verlag, 2015.

Schwabe, Matthias; Stallmann, Martina; Vust, David: „Freiraum mit Risiko – Niedrigschwellige Hilfen für sogenannte Systemsprenger/innen“, Klaus Münstermann Verlag, 2013.

Strauß, Bernhard; Mattke, Dankwart (Hrsg.): „Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis“, Springer Verlag, 2012).

Thaller, Rebecca; Specht, Sara; Künzel, Jutta; Braun, Barbara: „Suchthilfe in Deutschland 2016 – Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)“, IFT München, 2017.

Walther, Lisa; Gantner, Andreas; Heinz, Andreas; Majic, Tomislav: „Evidenzbasierte Behandlungsoptionen der Cannabisabhängigkeit“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 39, 2016.

Wahlster, Andreas: „Was tun, wenn sich nichts tut? Zum Umgang mit dem Phänomen Nichtveränderung“, Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, Jahrgang 32 (1), Januar 2014.

Wilken, Beate: „Methoden der Kognitiven Umstrukturierung – Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis“, Kohlhammer Verlag, 2015.

Winiarski, Rolf: „KVT in Beratung und Kurztherapie“, Beltz Verlag, 2012.

Zarbock, Gerhard: „Praxisbuch Verhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie“, Pabst Science Publishers, 2011.

Anhang

Clearingbogen

Clearingbogen „KiM“

Zuständiger Mitarbeiter/in:

Datum:

1.) Soziodemografische Daten (s. Demografische Standards, 2004)

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Wohnsituation:

Schulabschluss:

Berufliche Situation:

Schulden:

2.) Vorgeschichte

Anlass der Auflage:

Urteil und Auflagen:

Vorstrafen:

Bisheriger Kontakt zum Hilfesystem:

Relevante, bekannte psychiatrische Diagnosen:

Suizidgedanken, -Versuche (aktuell und in der Vergangenheit):

Psychotische Symptome (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, o. ä.), aktuell und in der Vergangenheit:

3.) Konsum

Hauptsubstanz:

Erstkonsum:

Verlauf:

Konsum in den letzten 30 Tagen:

„CAGE“-TEST

1. Hast Du jemals das Gefühl gehabt, dass dein Konsum außer Kontrolle geraten ist?
 - Nie/fast nie (0 Punkte)
 - Manchmal (1 Punkt)
 - Oft (2 Punkte)
 - Immer/fast immer (3 Punkte)

2. Ängstigt oder beunruhigt Dich der Gedanke eine Konsumeinheit auszulassen?
 - Nie/fast nie (0 Punkte)

- Machmal (1 Punkt)
- Oft (2 Punkte)
- Immer/fast immer (3 Punkte)

3. Machst Du dir Sorgen über deinen Drogenkonsum?

- Nie/fast nie (0 Punkte)
- Manchmal (1 Punkt)
- Oft (2 Punkte)
- Immer/fast immer (3 Punkte)

4. Würdest Du Dir wünschen einfach aufhören zu können?

- Nie/fast nie (0 Punkte)
- Manchmal (1 Punkt)
- Oft (2 Punkte)
- Immer/fast immer (3 Punkte)

5. Wie schwierig würdest Du es finden mit deinem Drogenkonsum aufzuhören oder ohne Drogen leben zu müssen?

- Nicht schwierig (0 Punkte)
- Etwas schwierig (1 Punkt)
- Sehr schwierig (2 Punkte)
- Unmöglich (3 Punkte)

→ Summe der Antworten: _____ (≤6 Punkte: Verdacht auf Abhängigkeit; ICD-11-Kriterien prüfen).

4.) Motivation

Welche der folgenden Aussagen treffen am ehesten auf Dich zu?

- Ich werde niemals etwas an meinem Konsum verändern.*
- Ich will nichts an meinem Konsum verändern.*
- Ich habe nicht vor, in den nächsten sechs Monaten meinen Konsum zu verändern.*
- Eines Tages werde ich etwas an meinem Konsum ändern.*
- In den nächsten sechs Monaten will ich etwas an meinem Konsum ändern.*
- Ich ändere bald etwas an meinem Konsum
- Ich ändere in den nächsten Wochen etwas an meinem Konsum.
- Ich will etwas an meinem Konsum ändern.
- Ich will sofort etwas an meinem Konsum ändern.

- Die kursiv gedruckten Antwortoptionen sprechen eher dafür, dass sich der Klient oder die Klientin in der Phase der Absichtslosigkeit oder der Absichtsbildung befindet. Er oder sie ist somit für die Teilnahme am Kurs geeignet. Die vier letzten Antwortoptionen sprechen eher dafür, dass sich Klienten und Klientinnen bereits in einer fortgeschrittenen Phase der Veränderungsmotivation befinden. Sie sollten daher in ein entsprechendes Angebot der Beratungsstelle vermittelt werden.

5.) Einschätzung Kursleitung

Fähigkeit zur realistischen Selbstwahrnehmung/Einschätzung:

- Vorhanden
- Nicht vorhanden

Gruppenfähigkeit:

- Vorhanden
- Nicht vorhanden

Geeignet zur Teilnahme am Kurs:

- Ja
- Nein, weil:

6.) Organisation:

Ansprechpartner/innen:

SPE:

Sonstiges:

Teilnehmerliste

Akten nicht in den Kursraum mitnehmen! Bezahlte Kursbeträge am jeweiligen Tag vermerken! Kursausschlüsse (z.B. unentschuldigter Teilnahme) sofort dem Gericht rückmelden!

Kurs: KIM Leitung:

Name, Vorname	1. Einheit		2. Einheit		3. Einheit		4. Einheit		5. Einheit		Kursegebühr €	Screening Ja: X Nein: - ↓	Aktenzeichen /sonstiges		
	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Wochentag, Datum Raum	Komplett bezahlt					

Anwesend	V
Entschuldigt	∅
Unentschuldigter Teilnahme	X
Nimmt nicht mehr teil	-

KiM - Kurstermine

- Erforderlich ist die pünktliche Teilnahme an allen Kursterminen.
- Kann jemand aus gesundheitlichen Gründen an einer Kurseinheit nicht teilnehmen, so muss dies bis spätestens 12 Uhr desselben Tages telefonisch mitgeteilt (Tel. XXXXXXXX) und in der nächsten Kurseinheit ein ärztliches Attest vorgelegt werden.
- Die fehlende Kurseinheit muss nachgeholt werden.

1. Kurseinheit

Wochentag, XX.XX.XX, XX:XX bis XX:XX Uhr
Beratungsstelle XY, ADRESSE

2. Kurseinheit

Wochentag, XX.XX.XX, XX:XX bis XX:XX Uhr
Beratungsstelle XY, ADRESSE

3. Kurseinheit

Wochentag, XX.XX.XX, XX:XX bis XX:XX Uhr
Beratungsstelle XY, ADRESSE

4. Kurseinheit

Wochentag, XX.XX.XX, XX:XX bis XX:XX Uhr
Beratungsstelle XY, ADRESSE

5. Kurseinheit

Wochentag, XX.XX.XX, XX:XX bis XX:XX Uhr
Beratungsstelle XY, ADRESSE

Sollten vorab noch Fragen auftauchen kannst Du dich gerne unter
Tel.: XXXXXX bei uns melden.

Evaluationsbogen

1.) Wie zufrieden waren Sie mit den Kursinhalten?

Sehr zufrieden sehr unzufrieden
1 2 3 4 5 6

2.) Wie zufrieden waren Sie mit dem Kursleiter?

Sehr zufrieden sehr unzufrieden
1 2 3 4 5 6

3.) Im Kurs habe ich mich verstanden gefühlt.

Trifft voll zu. Trifft überhaupt nicht zu.
1 2 3 4 5 6

4.) Durch den Kurs habe ich darüber nachgedacht, etwas zu verändern.

Trifft voll zu. Trifft überhaupt nicht zu.
1 2 3 4 5 6

5.) Der Kurs war für mich geeignet.

Trifft voll zu. Trifft überhaupt nicht zu.
1 2 3 4 5 6

6.) Die Anzahl von fünf Kursterminen war....

Viel zu wenig. Genau richtig. zu viel.
1 2 3 4 5 6

7.) Lob zu Kursinhalten, Ablauf, Kursleitung, Gruppe, sonstiges.

8.) Kritik zu Kursinhalten, Ablauf, Kursleitung, Gruppe, sonstiges.

9.) Ich würde den Kurs weiterempfehlen.

- Ja.
- Nein, weil:

Teilnahmebestätigung

Zur Vorlage bei XXXXX

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit bestätigen wir, dass o. g. Klient/Klient am KiM-Kurs teilgenommen hat.
Dieser Kurs umfasst fünf Einheiten á 120 Minuten und fand in der Beratungsstelle
XXXX im Zeitraum von XX.XX.XXXX bis XX.XX.XXXX statt.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name
Berufsbezeichnung

Arbeitsblätter

Arbeitsblatt „Veränderungsbedarf?“

Wer möchte, dass ich etwas verändere?

Welchen Veränderungsbedarf sehen andere bei mir?

Was möchte ich selbst verändern? Was möchte ich nicht verändern?

Arbeitsblatt – „Ziele & Zukunft“

Was ist Dir für deine Zukunft wichtig? Was möchtest Du erreichen?

Wo willst Du in einem Jahr sein?

Arbeitsblatt - „Vorteile versus Nachteile“

Was spricht dafür mich nicht zu verändern? Welche Vorteile ergeben sich daraus?



Was spricht gegen eine Veränderung? Welche Nachteile könnten sich ergeben?



Was spricht für eine Veränderung? Welche Vorteile könnten sich daraus ergeben?

Arbeitsblatt „Netzwerk“

Arbeit / Schule

Familie

Welche Personen
stehen Dir am
nächsten?

Freunde / Umfeld

Hilfesystem

KiM-Kurs „Brief-an-sich-selbst“

Liebe/Lieber

Das habe ich über mich und meinen Konsum im Kurs gelernt.....

Für meine Zukunft habe ich mich dazu entschieden, dass.....

Wenn ich etwas ändern möchte, dann hilft mir....

