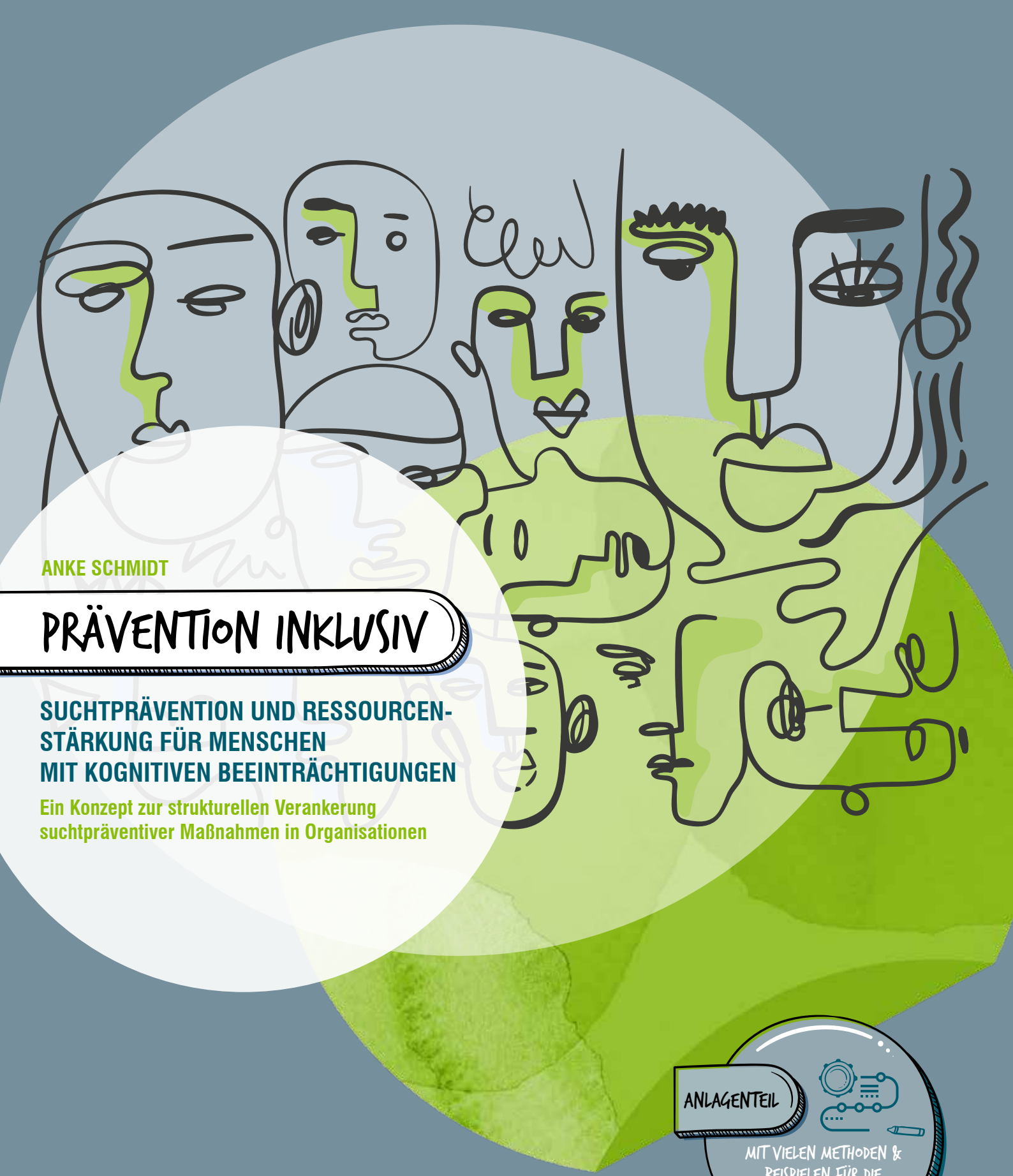


ANKE SCHMIDT

PRÄVENTION INKLUSIV

SUCHTPRÄVENTION UND RESSOURCEN-STÄRKUNG FÜR MENSCHEN MIT KOGNITIVEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Ein Konzept zur strukturellen Verankerung suchtpräventiver Maßnahmen in Organisationen

ANLAGENTEIL

MIT VIELEN METHODEN & BEISPIELEN FÜR DIE PRAKTISCHE UMSETZUNG

kompetent gesund.de
FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION

samowar
Suchtprävention
Bezirk Meilen

Mit freundlicher Unterstützung:
INSTITUT FÜR Gesundheit & Kommunikation

BKK-VBU

PRÄVENTION INKLUSIV

SUCHTPRÄVENTION UND RESSOURCEN-STÄRKUNG FÜR MENSCHEN MIT KOGNITIVEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Ein Konzept zur strukturellen Verankerung suchtpräventiver Maßnahmen in Organisationen

Impressum

1. Auflage | Dezember 2020

Herausgeber
Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH
Chausseestraße 128/129 | 10115 Berlin
Telefon: 030 - 29 35 26 15 | Fax: 030 - 29 35 26 16
E-Mail: info@berlin-suchtpraevention.de
www.kompetent-gesund.de | www.berlin-suchtpraevention.de

In Kooperation mit Samowar Suchtprävention Bezirk Meilen
und mit freundlicher Unterstützung des Instituts für Gesundheit und
Kommunikation e.V. sowie der BKK VBU.

Redaktion
V. i. S. d. P. Kerstin Jüngling

Autorin
Anke Schmidt

Gestaltung
Martina Jacob

Titelbild
Rawpixel, Collage Martina Jacob

Bilder / Illustrationen Innenseiten
Rawpixel, nounproject, freepik

ISBN 978-3-98224-060-2

INHALT

1. **Die Ausgangslage** 5

2. **Die Zielgruppen** 7

3. **Die Ziele** 9

4. **Grundlagen & Standards suchtpräventiver Arbeit** 11

   4.1.Ressourcenorientierung 12

   4.2. Die Haltung macht's 13

5. **Definition problematischen Konsumverhaltens** 17

6. **Mögliche Konsummotive** 21

7. **Früherkennung und Frühintervention** 23

   7.1. Definition von Handlungszielen 23

   7.2. Planung und Umsetzung von Maßnahmen 24

   7.3. Interventionsschema 25

   7.4. Für Veränderung motivieren 26

8. **Strukturelle Rahmenbedingungen** 31

9. **Kooperation und Hilfeangebote** 35

10. **Literaturverzeichnis** 36

ANLAGEN

ANLAGE 1: Interaktive Methoden 38

ANLAGE 2: Beispiele Resilienzförderung 47

ANLAGE 3: Checkliste Konsum 51

ANLAGE 4: Orientierungshilfe Passgenauigkeit von Interventionen 52

ANLAGE 5: Leitfaden Zieleplanung 54

ANLAGE 6: Leitfaden Maßnahmenplanung 55

ANLAGE 7: Checkliste Implementierung 57

1. Die Ausgangslage

Am 30. März 2007 unterzeichnete Deutschland als einer der ersten Staaten die UN-Behindertenrechtskonvention und hat sich damit verpflichtet, Hindernisse zu beheben, mit denen Menschen mit Behinderungen konfrontiert sind, sie gegen Diskriminierungen zu schützen und ihre Inklusion und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern.

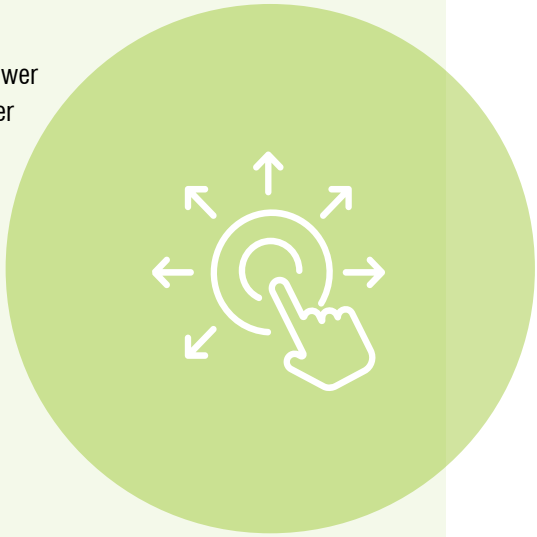
Dem zugrunde liegt der Gedanke der wertfreien Anerkennung von Diversität „es ist normal, verschieden zu sein". Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Veränderung bestehender Strukturen. Hierzu zählt z.B. die Neugestaltung des Bildungssystems, um eine gemeinsame Förderung nach individuellen Bedürfnissen zu realisieren anstatt zu separieren.

Zu den Zielen von Inklusion gehört auch das Gewähren von größtmöglicher Unabhängigkeit und Teilhabe an allen Aspekten des Lebens, was letztlich mit einer „Normalisierung" der Lebenswelt von Menschen mit Beeinträchtigungen einhergeht. Zu den Chancen, die daraus erwachsen, gehört z.B. ein größeres Maß an Selbständigkeit und Freizügigkeit in der Lebensgestaltung, was u.a. durch das Angebot vielfältiger neue Wohnformen ermöglicht wird.

Werden von Mitarbeitenden in betreuenden Einrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen i.d.R. zu viel Fernsehen, problematisches Ernährungsverhalten und ein hoher Koffeinkonsum als häufigste Problemfelder benannt, gleichen sich bei Menschen mit leichteren kognitiven Beeinträchtigungen die Prävalenzen beim Konsum von Alkohol, Nikotin, Cannabis und Glücksspiel an die der Durchschnittsbevölkerung an (KRETSCHMANN-WEELINK 2013).

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit leichter Intelligenzminderung, sogar eine besondere Vulnerabilität aufweisen, da zahlreiche Faktoren, z.B. Einschränkungen in Abstraktions-, Reflexions-, Abgrenzungs- und Impulskontrollfähigkeit, ein Mangel an Coping-Strategien als auch das Bedürfnis nach Zugehörigkeit auch angesichts von Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen ein Nachahmen auch von problematischem Konsumverhalten begünstigen (LWL 2012).

Gleichzeitig treffen auf sie fast alle Faktoren zu, die sogenannte „schwer erreichbare Zielgruppen" definieren. Dazu zählen niedriger ökonomischer Status, bildungsferne, soziale und räumliche Isolation, eingeschränkte Mobilität, strukturelle Barrieren sowie gesellschaftliche Marginalisierung (RIMANN 2014, ALTGELD 2018).



Beim Faktor Barrierefreiheit zeigen sich seit mehreren Jahren Bestrebungen, Einrichtungen zumindest rollstuhlgerecht zu gestalten. An spezifischen Präventions- und Behandlungsangeboten insbesondere für Menschen mit kognitiven Einschränkungen fehlt es allerdings nach wie vor.

» DIE ACHTUNG DER DEM MENSCHEN INNEWOHNENDEN WÜRDE, SEINER INDIVIDUELLEN AUTONOMIE, EINSCHLIESSLICH DER FREIHEIT, EIGENE ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN, SOWIE SEINER UNABHÄNGIGKEIT.«

GRUNDSATZ AUS DEM INTERNATIONALEN ÜBEREINKOMMEN ÜBER DIE RECHTE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

KAPITEL 02

2. Die Zielgruppen

Das vorliegende Konzept zur Suchtprävention für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fokussiert im Schwerpunkt die besonders vulnerable Gruppe der Menschen mit einer sogenannten Lernbehinderung bzw. mit einer leichten geistigen Behinderung. Als besonders gefährdet sind die 13- bis 18-jährigen Jugendlichen in verschiedenen Wohnformen sowie Erwachsene im ambulant betreuten Wohnen oder im Familiensystem anzusehen. Zusätzliche Störungsbilder wie z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) können weitere Risikofaktoren darstellen.

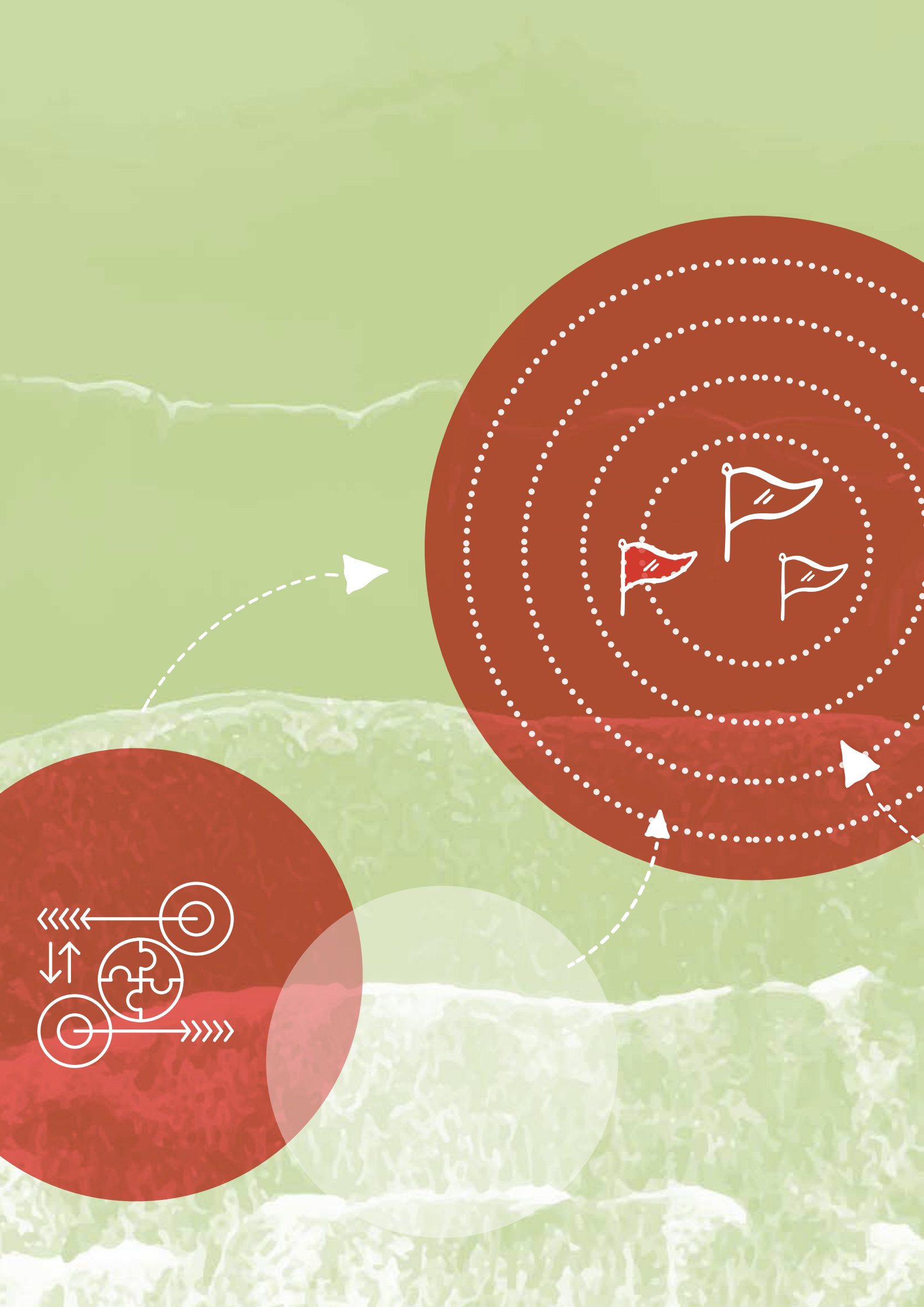
Auch Fetale Alkoholspektrumstörungen („Fetal Alcohol Spectrum Disorder" – FASD) stellen einen besonderen Risikofaktor dar. Hierbei handelt es sich um Menschen, die aufgrund einer fetalen Alkoholexposition Entwicklungsstörungen davongetragen haben, bis hin zum Vollbild des Fetales Alkoholsyndroms (FAS), einer komplexen Behinderung.

Charakteristische körperliche Anzeichen von FAS sind ein kleiner Kopfumfang (Microcephalus), Wachstumsverzögerungen und Auffälligkeiten bei den Gesichtsmerkmalen (Kraniofaziale Dysmorphien), z.B. kurze, flache Nase, breiter Augenabstand, schmale Oberlippe, schwach modelliertes Philtrum („Rotzrinne"), Unterentwicklung des Unterkiefers etc. Daneben sind die Leistungen in Intelligenztests und beim sprachlichen Ausdrucksvermögen bei diesen Kindern herabgesetzt. Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite sowie Störungen des Sozialverhaltens (z.B. ständig im Mittelpunkt stehen wollen, Distanzlosigkeit, Mangel an sozialem „Feingefühl", Ungehemmtheit und Impulsivität sowie eine unangemessene Vertrauensseligkeit) sind weitere typische Merkmale dieser Behinderung, welche letztlich auch einen problematischen Substanzkonsum begünstigen.

Hinzu kommen u.U. ein wenig förderliches Erziehungsverhalten der von Sucht belasteten Eltern, gekennzeichnet u.a. von Unberechenbarkeit, Mangel an Fürsorge und Interesse sowie einem Fehlen von positiver familiärer Vorbildfunktion. Letztlich sind bei Erwachsenen mit FASD komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Impulskontrollstörungen sowie ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen, Auffälligkeiten im Sexualverhalten und dissoziale Entwicklungen zu beobachten (BECKER 2013).

Schätzungen zufolge kommen in Deutschland jährlich etwa 10.000 Babys mit alkoholbedingten Schädigungen auf die Welt, davon mehr als 2.000 Kinder mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms. Dieses zählt damit zu den häufigsten, bereits bei der Geburt vorliegenden, Behinderungen in Deutschland (DROGENBEAUFTRAGE DER BUNDESREGIERUNG 2019)

Um nachhaltig Wirksamkeit zu erzielen, richtet dieses Konzept sein Augenmerk nicht nur auf die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen selbst, sondern betrachtet Pädagog*innen, die mit diesen Anspruchsgruppen arbeiten, ebenfalls als Zielgruppe.



KAPITEL 03

3. Die Ziele

Hauptziel ist es, kognitiv beeinträchtigte Menschen darin zu unterstützen, Herausforderungen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen bzw. in Bezug auf verhaltensbezogene Süchte möglichst selbstbestimmt zu meistern sowie ihnen ausreichend Risikokompetenz zu vermitteln und Coping-Strategien zu fördern (Empowerment).

Um dies zu erreichen muss Suchtprävention strukturell in den Organisationen verankert, Standards entwickelt sowie Betreuer*innen für die Problematik sensibilisiert und diese befähigt bzw. unterstützt werden, geeignete Maßnahmen umzusetzen.

Das Konzept bietet hierfür fachliche Grundlagen, welche von den jeweiligen Organisationen adaptiert und hinsichtlich der spezifischen Rahmenbedingungen, Prozessgestaltungen, Ziele und Maßnahmen konkretisiert bzw. für die Praxis ausgearbeitet werden sollten. Auch eine Integration von Teilaspekten in bereits bestehende pädagogische (Präventions-)Konzepte ist denkbar.

Insgesamt stärkt *Prävention inklusiv* settingorientiert Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen.

» MODERNE SUCHTPRÄVENTION ERREICHT ZIELGRUPPEN SYSTEMATISCH IN IHREN LEBENSWELTEN UND IST BESTREBT, EINE GESUNDHEITSFÖRDERLICHE VERÄNDERUNG VON WISSEN, EINSTELLUNGEN UND VERHALTENSWEISEN ZU BEWIRKEN. DABEI WIRD VORRANGIG EIN SALUTOGENETISCHER ANSATZ IM SINNE EINER RESSOURCENSTÄRKUNG, ALSO LEBENSKOMPETENZ- UND RISIKOKOMPETENZSTÄRKUNG, VERFOLGT.«

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG, 2020

» GESUNDHEITSFÖRDERUNG UNTERSTÜTZT DIE ENTWICKLUNG VON PERSÖNLICHKEIT UND SOZIALEN FÄHIGKEITEN DURCH INFORMATION, GESUNDHEITS-BEZOGENE BILDUNG SOWIE DIE VERBESSERUNG SOZIALER KOMPETENZEN UND LEBENSPRAKTISCHER FERTIGKEITEN.«

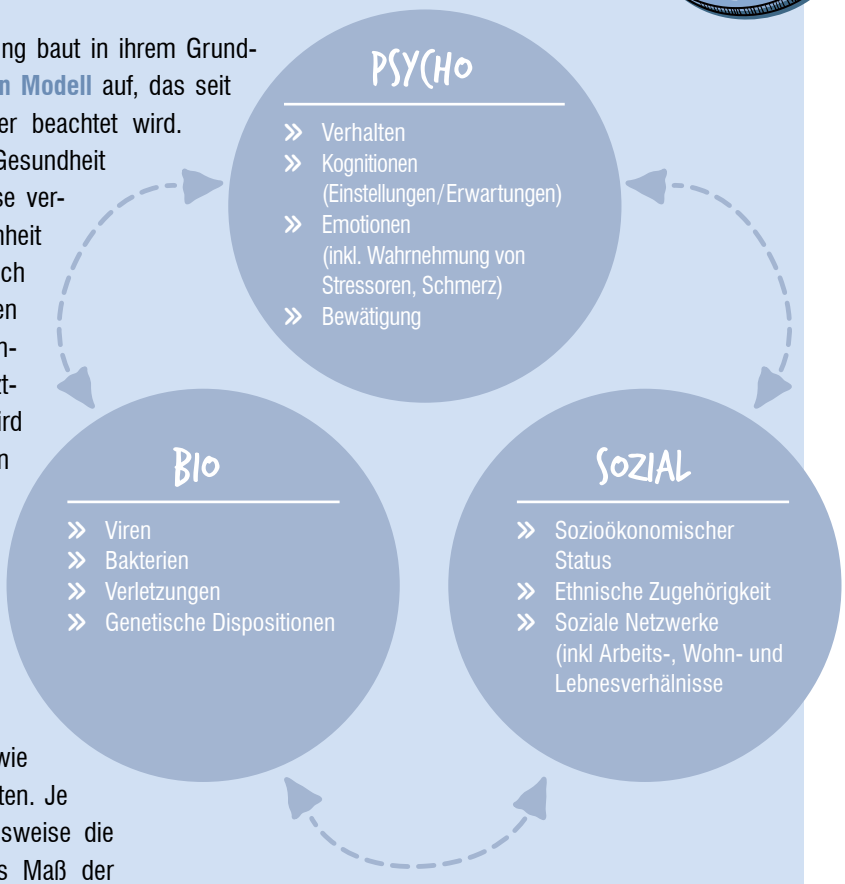
OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 1986

» RISIKOFAKTOREN VERRINGERN.«

KAPITEL 04

4. Grundlagen & Standards suchtpräventiver Arbeit

Die Prävention und Gesundheitsförderung baut in ihrem Grundverständnis auf dem **Biopsychosozialen Modell** auf, das seit den 1970er Jahren zunehmend stärker beachtet wird. Es wird davon ausgegangen, dass Gesundheit durch Erlebens- und Verhaltensprozesse vermittelt wird und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen ist. Demnach können Menschen eine Krankheit haben (also objektiv krank sein), sich aber dennoch gesund fühlen. Gesundheit ist letztlich kein absoluter Zustand, sondern wird als dynamischer Prozess zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit verstanden. Ob und inwiefern ein körperliches, psychisches oder geistiges Merkmal z.B. als Behinderung angesehen bzw. empfunden wird, hängt ebenfalls nicht linear von der Ausprägung des Merkmals ab, sondern auch von der persönlichen Einschätzung sowie von den gesellschaftlichen Gegebenheiten. Je nachdem, wie rollstuhlgerecht beispielsweise die Umgebung ist, unterscheidet sich das Maß der erlebten Einschränkung bzw. wahrgenommenen „Behinderung“.



DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL

ABBILDUNG: NACH RENNEBERG, B., HAMMELSTEIN, P.

Wo zwischen den Polen (das Empfinden von) Gesundheit angesiedelt ist, hängt von zahlreichen inneren und äußeren Einflüssen ab, die Gesundheit und Wohlbefinden befördern (Schutzfaktoren) oder entgegenwirken (Risikofaktoren). Dies gilt auch für die Entstehung von Sucht. Faktoren wie z.B. ein ausgeprägtes Selbstvertrauen, ein aktives und flexibles Bewältigungsverhalten, die Fähigkeit, sich Unterstützung zu holen sowie ein liebevolles, unterstützendes Elternhaus wirken einer Suchtentstehung entgegen, wohingegen beispielsweise psychische Erkrankungen wie Depressionen, Gewalterfahrungen oder auch eine Suchterkrankung der Eltern die Entwicklung von Sucht begünstigen.

» SCHUTZFAKTOREN STÄRKEN. «

Aufgabe der Prävention ist es, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu verringern und dies möglichst auf allen Ebenen, d.h. nicht nur bezogen auf das Individuum und sein Verhalten selbst, sondern auch auf die Verhältnisse, in denen wir leben.

Das Menschenbild, das moderner Prävention zugrunde liegt, ist emanzipatorisch ausgerichtet und will Menschen befähigen, Konsequenzen abzuwägen und möglichst selbstbestimmt risikobewusste und -kompetente Entscheidungen für sich zu treffen.

Um dies zu erreichen und eine bestmögliche Wirksamkeit zu erzielen, sind folgende Standards bzw. Grundlagen suchtpräventiver Arbeit zu beachten.

- Suchtpräventive Maßnahmen erfolgen möglichst unter Einbeziehung des gesamten Systems. (BÜHLER & THRUL 2020)
  Relevante Bezugspersonen neben den pädagogischen Fachkräften wie
  - Angehörige zu denen ein (enger) Kontakt besteht bzw. die regelmäßig besuchen oder besucht werden
  - die gesetzliche Betreuung der Klient*innen
  - beteiligte Ärzte, Therapeuten o.ä.

  sollten über Maßnahmen informiert sein und diese mit ihrem eigenen Verhalten unterstützen (kein Geld „zustecken", keine unbegrenzte Konsumerlaubnis, wenn dieser begrenzt werden soll etc.).
  Prävention entfaltet eine höhere Wirksamkeit, wenn personenzentrierte, verhaltenspräventive Maßnahmen, die z.B. durch Aufklärung auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens abzielen, mit strukturorientierten, verhältnispräventiven Ansätzen (z.B. Zugangsbeschränkungen) kombiniert werden. (BÜHLER & THRUL 2020)
- Darüber hinaus ist Suchtprävention dann wirksam, wenn sie mehr ist als reine Informationsvermittlung. Wissen um mögliche negative Konsequenzen allein reicht i.d.R. nicht aus, um Verhaltensänderungen zu erzielen. Es braucht auch eine Reflexion des eigenen Verhaltens (Was ist mein Bedürfnis, meine Motivation? etc.), die Auseinandersetzung mit den eigenen Anschauungen und ausreichende (Lebens-) Kompetenzen, um unter Druck oder in Krisensituationen Verhaltensalternativen zu haben. Um dies zu erreichen, fördert Suchtprävention Kompetenzen, nutzt interaktive Methoden und Programme und ist idealerweise eingebettet in ein Gesamtkonzept, das das gesamte System im Blick hat.

In **ANLAGE 1: Interaktive Methoden** sind suchtpräventive Gruppenmethoden aufgeführt, mit denen es gelingt, spielerisch über Suchtmittel, Konsummotive und -risiken ins Gespräch zu kommen.

Die Methoden sind als Anregung zu verstehen und sollten den jeweiligen Zielgruppen und deren Grad kognitiver Beeinträchtigung angepasst werden, beispielsweise dadurch, dass

- Symbole / Piktogramme zur Visualisierung genutzt werden
  (z.B. „Daumen hoch" für Zustimmung, „Daumen runter" für Ablehnung beim Thesenspiel),
- Aufgaben in einfacher Sprache erklärt werden,
- Schriftliches vorgelesen wird,
- Aufgaben ggf. vereinfacht werden, z.B. keine Eingruppierung von Süchten nach substanzgebunden und verhaltensbezogen beim „Suchtsack"

4.1. Ressourcenorientierung

Jugendliche, besonders auch die mit problematischem Verhalten, brauchen Beziehung und Orientierung. Stabile, wertschätzende Beziehungen sind Basis für Complience und positive Veränderungen. Dies gilt auch für Erwachsene.

Darüber hinaus belegt die Resilienzforschung, dass neben den Eltern auch Bezugspersonen, wie beispielsweise pädagogische Fachpersonen, durch verlässliche Präsenz Sicherheit vermitteln und Defizite ausgleichen können. Hierfür braucht es neben einer zugewandten und fördernden Beziehung eine klare Haltung und klar formulierte Anforderungen (FRÖHLICH-GILDHOFF & RÖNNAU-BÖSE, 2015).

Ein auf Ressourcenförderung ausgerichteter Arbeitsansatz stärkt die Lebenskompetenz und Resilienz, z.B. durch

- Bieten von Möglichkeiten, Selbstwirksamkeit zu erfahren (z.B. Partizipation bei Entscheidungen, Übertragen von Aufgaben und Verantwortungsbereichen, Förderung von sportlichen oder kreativen Aktivitäten)
- Trainieren von Sozialverhalten (Skilltraining, Begleiten konstruktiver Konfliktlösung etc.)
- Reflektion von Gefühlen (Gesprächsrunden, Übungen zur Empathie – Einfühlen in Situationen …)
- Stärkung von Selbstwertgefühl, z.B. dadurch, dass Wertschätzung bewusst eingesetzt wird und nicht nur Ergebnisse Anerkennung finden, sondern auch Bemühungen.

Dabei ist der Einfluss von Maßnahmen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit als eine zentrale Ressource für Gesundheit umso größer, je direkter das Erleben ist. Den wichtigsten Einfluss auf die Entwicklung unserer Selbstwirksamkeit hat die persönliche Erfahrung, eine Herausforderung durch eigene Anstrengung bewältigt zu haben (ABDERHALDEN, JÜNGLING ET AL 2019).

Als nächstes folgt die Beobachtung: Zu sehen, wie andere in vergleichbaren Situationen Herausforderungen meistern, steigert das Zutrauen, dies selbst auch schaffen zu können – noch vor Ermutigungen wie z.B. „Du schaffst das!“

Ein weiterer ressourcenorientierter Ansatz, der nachgewiesener Maßen zum Wohlbefinden von Menschen beiträgt und die psychische Gesundheit positiv beeinflussen kann, ist das „10-Schritte-Modell“ (GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ 2017).

Diese Tipps lassen sich leicht im pädagogischen Alltag anwenden und ermöglichen positive Erfahrungen und fördern persönliche Entwicklung.

Weitere Anregungen zur Förderung von Resilienz sind in **ANLAGE 2: Beispiele Resilienzförderung** aufgeführt.

1. **BLEIB AKTIV** – bleibe körperlich aktiv, bewege Dich regelmäßig
2. **HALTE KONTAKT** – pflege soziale Beziehungen, triff Dich mit Freundinnen und Freunden
3. **ENTSPANN DICH BEWUSST** – baue dir Phasen der Ruhe und Erholung ein, um Kraft zu schöpfen
4. **BETEILIGE DICH** – sei Teil einer Gemeinschaft und bring Dich ein
5. **SEI KREATIV** – sei schöpferisch tätig
6. **ENTDECKE NEUES** – pflege Neugier, wage und entdecke Neues
7. **SPRICH DARÜBER** – teile Sorgen und Freuden mit Vertrauenspersonen
8. **HOL DIR HILFE** – hol bei Problemen Hilfe und nimm sie an
9. **GLAUB AN DICH** – meistere Krisen und überwinde Schwierigkeiten
10. **STEH ZU DIR** – akzeptiere Dich selbst und trage Sorge zu Dir

DAS 10-SCHRITTE-MODELL

ABBILDUNG: GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ 2017

4.2. Die Haltung macht’s

In der Arbeit mit Menschen spielt die Haltung jedes/r einzelnen Mitarbeitenden eine besondere Rolle. Es ist nicht allein das Wissen um Risiken oder das methodische Handwerkszeug, das in der Arbeit handlungsleitend ist, sondern eben auch die jeweilige Haltung. Umso wichtiger ist es, diese zu reflektieren, sich im Team abzustimmen und z.B. auch Regeln gemeinsam festzulegen und systematisch zu kommunizieren. So erfolgt pädagogisches Handeln transparent und abgestimmt.

Daneben motiviert eine lösungsorientierte Grundhaltung für Veränderung und vermeidet unnötige Kränkungen. Es werden dabei Erwartungen an einen Zielzustand benannt, anstatt zu betonen, was nicht funktioniert hat, nicht gut war.

Beispiel: „Bitte achte beim nächsten Mal, wenn Du Alkohol trinkst, darauf, dass es nicht zu viel wird. Hast Du eine Idee, was Dir dabei helfen könnte, rechtzeitig aufzuhören?“ anstatt „Beim letzten Mal als Du Alkohol getrunken hast, warst Du am Ende betrunken, obwohl es anders abgesprochen war. Wie kommt das, dass Du Dich nie an die Abmachungen hältst?“

Auch wenn es um das Setzen von Grenzen geht, ist es wichtig, die Selbstverantwortung zu betonen. Pädagog*innen legen Regeln fest, optimalerweise unter Einbezug der Jugendlichen/Anspruchsgruppen. Die möglicherweise entwicklungstypische Entscheidung, eine Regel zu übertreten und damit Konsequenzen zu erfahren, treffen die jeweiligen Menschen selbst.

Im pädagogischen Alltag kann es demgegenüber schnell mal passieren, dass sich die betreuten Menschen nicht in der Verantwortung sehen. Äußerungen wie z.B. „Wenn Du nochmal hier im Heim Cannabis rauchst, darfst Du nicht mehr ohne Begleitung rausgehen.“ bestärken sie u.U. in der Annahme, dass die Verantwortung für Konsequenzen einzig von den Betreuer*innen getragen wird. Würde der gleiche Sachverhalt anders ausgedrückt, entstünde ein anderes Bild: „Du weißt, dass Cannabis verboten ist. Das heißt, wenn Du hier kiffst, zwingst Du uns, etwas dagegen zu unternehmen, wenn wir uns nicht auch strafbar machen wollen.“

Daneben ist die Bereitschaft, Verantwortung für das Verhalten anderer zu übernehmen, deren Verhalten steuern zu wollen, umso größer, je weniger wir den anderen zutrauen, selbst die Konsequenzen ihres Handelns abzusehen. Gerade in der Arbeit mit Jugendlichen im Allgemeinen, aber auch mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Besonderen, ist es deshalb eine Herausforderung, die Balance zwischen pädagogischer Einflussnahme auf der einen sowie der Gewährung von Selbstverantwortung auf der anderen Seite auszutarieren.

Pädagogisches Handeln bewegt sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen dem Fürsorge- und dem Autonomie-Prinzip. Auf der einen Seite gehört es zum Auftrag von Institutionen, Sorge für das Wohlergehen und die Gesundheit ihrer Klient*innen (Bewohner*innen etc.) zu tragen.

Auf der anderen Seite gehört es zur Würde des Menschen, selbst über sein eigenes Leben bestimmen zu können. Dazu gehört auch das Recht auf risikoreiches oder sogar selbstschädigendes Verhalten. So fällt das Gesundheitsverhalten und damit auch der Konsum von Suchtmitteln grundsätzlich in den Bereich persönlicher Selbstbestimmung, vorausgesetzt Menschen sind volljährig und urteilsfähig. Ansonsten sollte bei ernsthafter Selbstgefährdung das Jugendamt bzw. der Sozialpsychiatrische Dienst einbezogen werden.

Die Beurteilung, wann eine ernsthafte Gefährdung für sich oder andere vorliegt oder ob ein Mensch urteilsfähig ist, d.h. die Konsequenzen seines Handelns absehen kann, ist im pädagogischen Alltag jedoch nicht leicht. Die Sensibilisierung der Mitarbeitenden durch Reflexion dieser Fragestellungen im Team sowie die genaue Betrachtung des Einzelfalls möglichst in kollegialer Beratung sind hierfür wichtige Voraussetzungen.

In jedem Fall ergibt sich aus der Fürsorgeverpflichtung die Notwendigkeit, aufmerksam für Gefährdungen bzw. problematisches (Konsum-)Verhalten zu sein und diese anzusprechen, um für Risiken zu sensibilisieren und Änderungsmotivation zu fördern.

» ... DASS ALLE MENSCHENRECHTE UND GRUNDFREIHEITEN ALLGEMEIN GÜLTIG UND UNTEILBAR SIND, EINANDER BEDINGEN UND MIT EINANDER VERKNÜPFT SIND UND DASS MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN DER VOLLE GENUSS DIESER RECHTE UND FREIHEITEN OHNE DISKRIMINIERUNG GARANTIERT WERDEN MUSS. «

UNO, 2008

» NEBEN DER VERMEIDUNG BZW. HINAUSZÖGERUNG DES EINSTIEGS IN DEN KONSUM LEGALER UND ILLEGALER DROGEN SIND DIE FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION BEI RISKANTEM KONSUMVERHALTEN UND DIE REDUZIERUNG VON SUCHTMITTELMISSBRAUCH UND -ABHÄNGIGKEIT WICHTIGE ZIELE DER SUCHTPRÄVENTION. «

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG, 2020

5. Definition problematischen Konsumverhaltens

KAPITEL 05

Wie Essen, Kaffee trinken oder Fernsehen ist auch der Konsum von Alkohol, Nikotin oder Drogen mit angenehmen Wirkungserwartungen verbunden. Gleichzeitig können verschiedene Faktoren wie z.B. spezifische Wirkungsweisen, Dosis oder Begleitumstände des Konsums auch negative Folgen haben. Essen beispielsweise ist sogar lebensnotwendig und erzeugt darüber hinaus ein befriedigendes Gefühl. Zu viel Essen kann aber auch zu sozialen, psychischen oder gesundheitlichen Problemen führen.

Die Mehrheit der Menschen hat bereits Alkohol getrunken und vielleicht genossen, ohne dadurch schwerwiegende negative Folgen erlitten zu haben. Besonders im jugendlichen bzw. jungen Erwachsenenalter werden auch andere Drogen, allen voran Cannabis, ausprobiert. Häufig lässt der Konsum nach einiger Zeit wieder nach oder wird eingestellt.

Bei einem kleineren Teil entwickeln sich jedoch Probleme[1], z.B.

- die konsumierten Mengen steigern sich und die Kontrolle über den Substanzgebrauch ist zumindest eingeschränkt (Verzicht scheint nicht möglich oder Konsum eskaliert regelmäßig)
- der Konsum wirkt sich negativ auf die Lebensqualität (z.B. psychische Probleme, körperliche Erkrankungen, soziale Ausgrenzung, Verschuldung) oder auf die Lebensperspektive (drohender Verlust des Ausbildungs-/Arbeitsplatzes, Straffälligkeit, Infektionsgefahren etc.) aus
- der Konsum wirkt sich negativ auf das Umfeld aus (z.B. durch störendes, unzuverlässiges, unberechenbares, aggressives oder grenzüberschreitendes Verhalten)
- Konsumpausen führen zu körperlichem oder psychischem Unwohlsein bzw. zu Unausgeglichenheit/schlechter Stimmung
- andere Interessensbereiche, Pflichten oder soziale Kontakte werden vernachlässigt

Neben diesen personenbezogenen Folgen kann Substanzkonsum auch gegen bestehende Regelungen (z.B. Hausordnung), oder auch gegen geltendes Recht (insbesondere Jugendschutzbestimmungen, Betäubungsmittelgesetz, Arbeitsschutzgesetz, Straßenverkehrsgesetz) verstoßen, so dass zwangsläufig Handlungsbedarf besteht.

Handlungsbedarf wäre darüber hinaus gegeben, wenn Substanzkonsum

- während der Schwangerschaft die Gesundheit des werdenden Lebens gefährden würde
- bei gleichzeitiger Medikamenteneinnahme gesundheitliche Schäden Folge sein könnten

Faktoren, die möglicherweise bereits frühzeitig auf einen problematischen Konsum hinweisen können, sind beispielsweise

- ein früher Einstieg in den Konsum
- hohe Konsumfrequenz und -menge
- problematische Konsumgelegenheiten (z.B. vor oder während der Schule)
- exzessive bzw. gefährliche Konsumformen

Die Kriterien, an denen sich problematisches Verhalten bzw. Verhaltenssüchte festmachen lassen, ähneln denen des problematischen Substanzkonsums. Dargestellt werden sie im Folgenden am Beispiel der problematischen Online-Nutzung. So weisen

- eine sich steigernde, übermäßige Beschäftigung mit Online-Spielen oder sozialen Netzwerken
- die Online-Nutzung um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen bzw. diese abzuschwächen

1 Kriterien orientieren sich am DSM V

- der Interessenverlust an früheren Hobbies und Freizeitbeschäftigungen
- ein sozialer Rückzug sowie
- die Inkaufnahme von negativen Konsequenzen

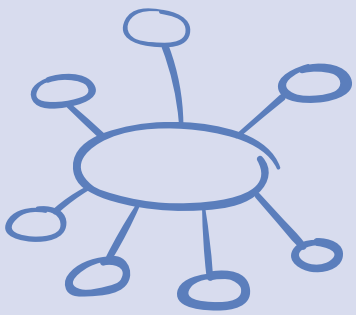
auf ein problematisches Nutzungsverhalten hin.

Wenn es um die Nutzung digitaler Medien geht, ist die Suchtgefahr jedoch nur ein Aspekt. Risiken bestehen darüber hinaus z.B. hinsichtlich

- der Verletzung von Privatsphären (Hochladen von Fotos ohne Berechtigung etc.)
- Cyber-Mobbing (Verleumdung, Belästigung, Bedrängung und Nötigung)
- Cyber-Grooming (gezieltes Ansprechen von Personen im Internet mit dem Ziel der Anbahnung sexueller Kontakte)

Die Vermittlung von Medienkompetenz ist deshalb ein weiterer wichtiger Inhalt pädagogischer Arbeit.

Um die Beurteilung individuellen Konsumverhaltens hinsichtlich bestehender Problematiken zu erleichtern findet sich **ANLAGE 3: Checkliste Konsum**.



» DER ENTSTEHUNG VON SUCHT LIEGT MEIST EIN KOMPLEXES GEFLECHT AUS INDIVIDUELLEN VORBELASTUNGEN, BESTIMMTEN LEBENSUMSTÄNDEN, ERFAHRUNGEN IM UMGANG MIT ANDEREN MENSCHEN, STÖRUNGEN IM EMOTIONALEN GLEICHGEWICHT, DEM EINFLUSS WICHTIGER BEZUGSPERSONEN UND DER VERFÜGBARKEIT VON SUCHTSTOFFEN ZUGRUNDE. «

NATIONALE STRATEGIE ZUR DROGEN- UND SUCHTPOLITIK 2012

6. Mögliche Konsummotive

Die Motive für den Konsum psychoaktiver Substanzen sind vielfältig. Insbesondere bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen ist er häufig darin begründet, dazugehören zu wollen, Grenzen zu überschreiten oder neue Erfahrungen zu sammeln. Konsum kann aber auch Mittel sein, Glücksgefühle zu haben, Spannungen abzubauen, Langeweile zu entfliehen oder auch psychische Entlastung zu erfahren.

Eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende „Faustregel“ besagt, dass der Konsum psychoaktiv wirkender Substanzen weniger problematisch ist, wenn es darum geht, Schönes noch schöner zu machen im Gegensatz zum Konsummotiv, Unangenehmes bzw. Belastendes erträglich werden zu lassen bzw. zu verdrängen. Bei der Beurteilung der Problematik spielen also die Konsummotive eine Rolle, aber auch das jeweilige Schädigungspotenzial der Substanzen sowie situativer Zusammenhang, Häufigkeit und Intensität des Konsums. Dies lässt sich auch auf Verhaltenssüchte übertragen.

Im Folgenden werden einige Faktoren aufgeführt, die bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen problematischen Konsum bzw. problematisches Verhalten möglicherweise zusätzlich begünstigen:

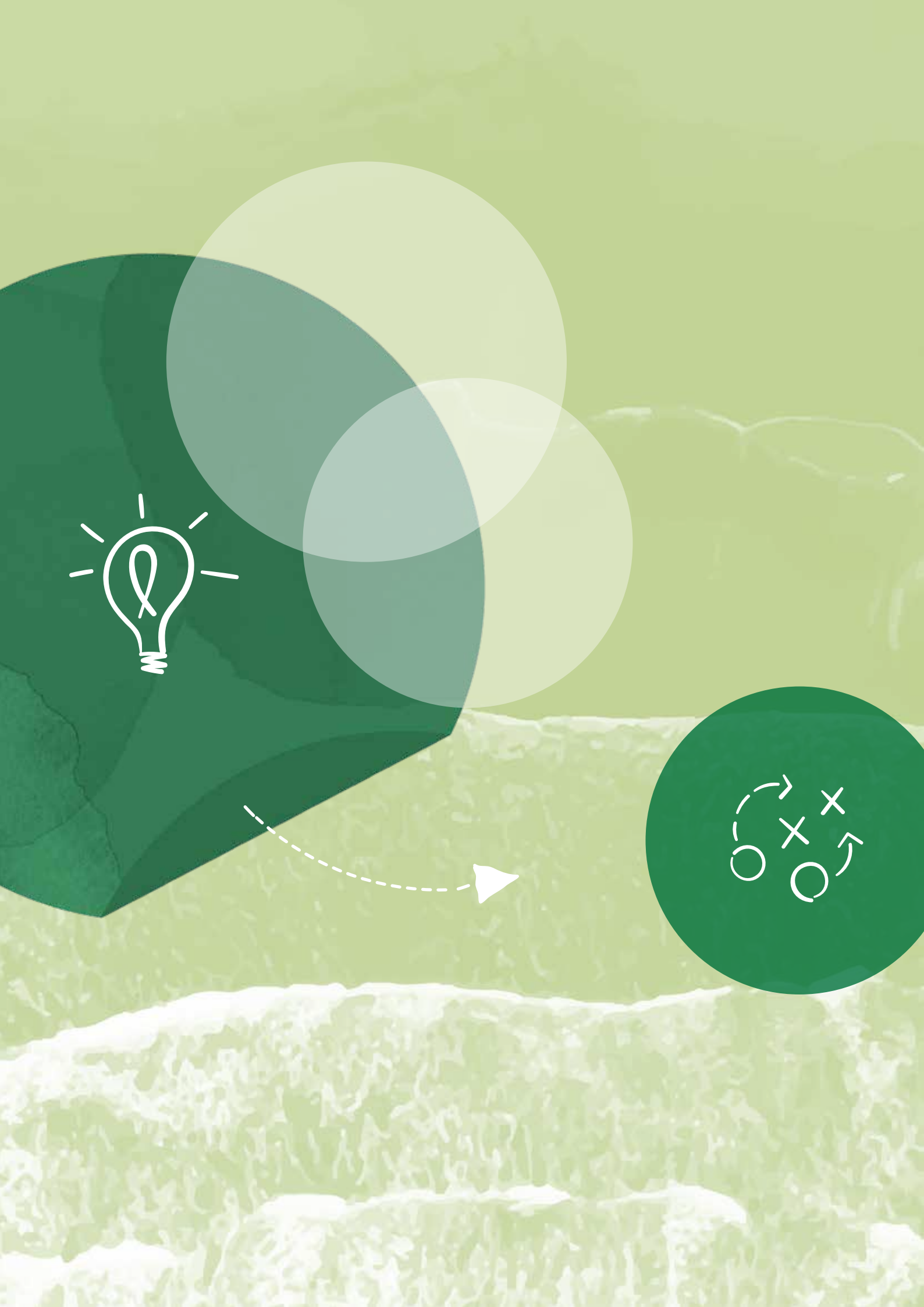
Soziale Faktoren

- Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen schwächen Selbstwertgefühl und erhöhen Beeinflussbarkeit: Konsum, um Anerkennung zu bekommen, endlich auch dazu zu gehören
- Eingeschränkte soziale Teilhabe begünstigt Langeweile als ein mögliches Konsummotiv
- Fehlende soziale Anerkennung (als „vollwertige“ Erwachsene): Konsum als Versuch, Erwachsensein und Unabhängigkeit zu demonstrieren bzw. Teilzuhaben am „normalen“ Leben
- gelernte Anpassung schränkt Verweigerungsfähigkeit ein
- schlechtere Berufschancen begünstigen Perspektivlosigkeit
- Mangel an spezifischen Präventionskonzepten bzw. -angeboten: fehlendes Wissen zu Konsumrisiken

Individuelle Faktoren

- Kognitive Defizite erschweren es, Folgen vorauszusehen und Risiken einzuschätzen
- Mangel an Copingstrategien (Konsum zur Bewältigung von Langeweile, Einsamkeit, Konflikten, Selbstwertdefiziten etc.)
- Spannungszustände (z.B. bei ADHS) begünstigen Konsum oder auch exzessive Online-Nutzung als Selbstmedikation
- Mangelnde Impulskontrolle führt zu Einschränkungen der Konsumkontrolle
- Defizite in kommunikativen und sozialen Kompetenzen bedingen Schwierigkeiten, sich abzugrenzen
- Fehlende soziale Netze und Mangel an stützenden Beziehungen begünstigen die Orientierung an „falschen“ Vorbildern

Um bei problematischem Konsumverhalten erfolgversprechend intervenieren zu können, ist es hilfreich, sich mit Konsummotiven bzw. Konsumursachen zu beschäftigen. Die **ANLAGE 4: Orientierungshilfe zur Passgenauigkeit von Interventionen** hilft darüber hinaus, einzugrenzen, worin ein Problem begründet ist und auf welcher Ebene Veränderung ansetzen kann.



7. Früherkennung und Frühintervention

KAPITEL 07

Zeigt sich problematisches Konsumverhalten, empfiehlt sich eine möglichst frühzeitige Intervention, um

- Orientierung zu geben, auch anderen Schüler*innen, Bewohner*innen, Klient*innen
- Probleme nicht erst eskalieren zu lassen
- Folgeschäden möglichst abzuwenden bzw. zu minimieren

Im Zusammenhang mit problematischem Konsum bzw. Verhalten besteht immer die Gefahr, aus unterschiedlichen Gründen zu spät zu reagieren.

Gründe hierfür könnten z.B. folgende Bedenken sein:

- „vielleicht irre ich mich ja und sehe Probleme, wo gar keine sind“
- „am Ende mache ich mich unbeliebt oder halse mir Arbeit auf und andere gucken einfach darüber hinweg“
- „letztlich können wir sowieso nichts machen, denn es gibt doch gar keine Konsequenzen“
- „wenn ich das jetzt thematisiere, bekommt der/die Jugendliche womöglich zusätzliche Schwierigkeiten und die Situation verschlimmert sich noch“
- …

Erfahrungsgemäß wirkt sich Abwarten in aller Regel negativ aus. Zum einen verschwindet das Problemverhalten meist nicht von selbst und zum anderen erschweren wachsender Ärger und Enttäuschung im Umfeld eine Rückkehr zu einem guten Miteinander. Auch kann die Verschlechterung der Situation zusätzliches Hindernis werden (z.B. Schulabbruch).

7.1. Definition von Handlungszielen

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Handlungsbedarf besteht, wenn (jeweils wiederholt und in erheblicher Weise)

- Konsum fremd- und/oder stark selbstgefährdendes Verhalten nach sich zieht
- sich verbunden mit dem Konsum delinquentes Verhalten zeigt
- Dritte geschädigt werden, z.B. durch aggressives, beleidigendes, bedrohendes Verhalten oder als Opfer z.B. von Diebstählen, Körperverletzungen, sexuellen Übergriffen etc.
- Betreuungsleistung behindert wird (z.B. notwendige Einzel- und Gruppengespräche nicht wahrgenommen werden)

Darüber hinaus geht es in der Suchtprävention darum, verantwortungsvollen Konsum zu befördern und Konsumrisiken zu minimieren. Demzufolge geht es nicht zwingend um Abstinenz, sondern eher darum, Schäden für den Einzelnen möglichst abzuwenden und Konsum darüber hinaus sozialverträglich zu gestalten.

Bei der Zielbestimmung muss demzufolge erstmal grundsätzlich entschieden werden, woraus sich der Handlungsbedarf ergibt. Geht es um den Schutz der Konsument*innen oder des Umfeldes? Auch ist zu berücksichtigen, wie dringlich der Handlungsbedarf ist, zumal betreuende Personen sich in einem zumindest ethischen, womöglich aber auch rechtlichen Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung befinden. Liegt beispielsweise ein starker Alkoholkonsum bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten (z.B. gegen Epilepsie) vor, mit denen es zu Wechselwirkungen kommen kann, ist es eine Pflicht, auf Gefahren hinzuweisen und diese mög-

lichst abzuwenden. Gelingt dies nicht, sollten die Bemühungen schon zur eigenen Absicherung gut dokumentiert und auch der/die behandelnde Ärzt*in einbezogen sein.

Neben Erwartungen von Anspruchsgruppen (z.B. Finanzgebern, Eltern von Betreuten etc.) und gesetzlichen Anforderungen (z.B. Betäubungsmittelgesetzgebung) spielt auch die eigene Haltung eine nicht zu unterschätzende Rolle, denn sie fließt unwillkürlich in unsere Entscheidungen ein. Wie man selbst zu Substanzkonsum steht und welche Erfahrungen man bislang gemacht hat, beeinflussen, wie wir Konsum bewerten, ob er uns z.B. besorgt oder nicht.

Zur Professionalität gehört es, dem Auftrag zu folgen, alle relevanten Aspekte einzubeziehen, zwischen unterschiedlichen Interessen abzuwägen und unsere „privaten" Einstellungen eher zurückzustellen. Deshalb bedarf es bei der Definition von Zielen eines ausreichenden Maßes an Reflexion und Pragmatismus, wenngleich es an Empathie für das Gegenüber und seine Bedürfnisse selbstverständlich ebenfalls nicht fehlen darf.

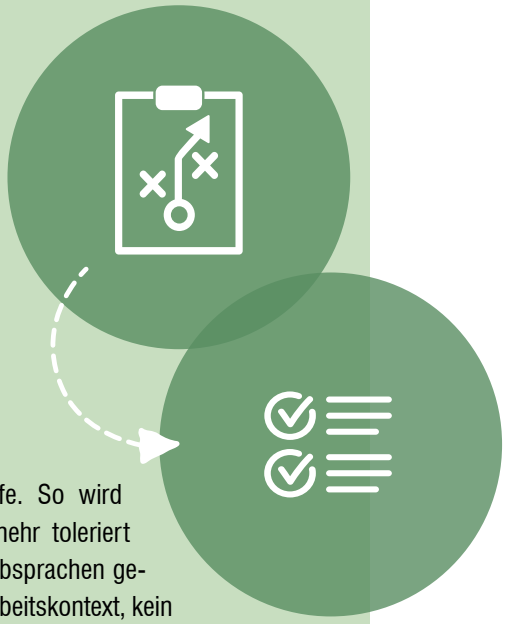
Je nachdem, welche Ziele angestrebt werden, sollten konkrete Kriterien definiert werden, an denen der Erfolg von Maßnahmen gemessen werden kann. Zur Operationalisierung der Ziele dient die **ANLAGE 5: Leitfaden Zieleplanung**.

7.2. Planung und Umsetzung von Maßnahmen

Sind konsum- bzw. verhaltensbezogene Ziele definiert, braucht es geeignete Maßnahmen, um diese zu erreichen. Bevor konkrete Maßnahmen geplant und umgesetzt werden, sollte eine Situationsanalyse stattfinden.

Insbesondere bei substanzbezogenen Störungen kann das Spektrum der mit dem Konsum zusammenhängenden Fragen sehr breit sein, z.B.

- Was wird konsumiert?
- Wer ist am Konsum beteiligt?
- Wo, wie und wann wird die Substanz besorgt?
- Wer besorgt Substanzen, lädt ggf. ein?
- Was sind die üblichen Konsumgelegenheiten?
- Wo wird Vorrat gelagert?
- Welche (Geld-)Mittel werden zur Finanzierung eingesetzt?
- Wie ist das Verhalten nach dem Konsum? Wer ist hiervon betroffen?
- Passen die bekannten (Geld-)Mittel mit Konsummenge/-muster und Gesamtausgaben (Substanz, ggf. Zigaretten, Freizeitausgaben, Anschaffungen etc.) überein?
- …



Aus der Beantwortung dieser Fragen ergeben sich vielfältige Handlungsbedarfe. So wird beispielsweise festgelegt, welcher Konsum bzw. welche Konsumfolgen nicht mehr toleriert werden können bzw. einzugrenzen sind. Hierzu sollten Eckpunkte festgelegt und Absprachen getroffen werden (z.B. Vermeiden von exzessivem Konsum, kein Alkoholkonsum im Arbeitskontext, kein Konsum illegaler Substanzen, kein Handel mit Suchtmitteln bzw. keine Abgabe an Dritte).

Auch sollte festgelegt werden, unter welchen Bedingungen (in wessen Anwesenheit, in welchen Räumen etc.) Konsum nicht gestattet ist (z.B. kein Tabakkonsum in Gemeinschaftsräumen).

Vereinbart werden sollten auch Konsequenzen bei Regelverstößen, z.B. die Verpflichtung Leistungen für die Gemeinschaft zu erbringen, der Verzicht auf Vergünstigungen oder die Einschränkung von bestimmten Kontakten.

Damit die Vereinbarungen auch umgesetzt werden, braucht es begleitende pädagogische Maßnahmen, wie z.B. Gespräche zu Konsumursachen und die Förderung von Verhaltensalternativen bzw. Bewältigungsstrategien. Auch können besondere Betreuungsleistungen, wie z.B. die Verwaltung des Geldes, die Begleitung bei Einkäufen oder die Auflage abendlicher Anwesenheit vonnöten sein. Darüber hinaus helfen Kontrollen, die Einhaltung der Betreuungsabsprachen zu überprüfen bzw. diese möglichst zu sichern.

Zur Festlegung von konkreten Maßnahmen dient **ANLAGE 6: Leitfaden Maßnahmenplanung**.

7.3. Interventionsschema

Interventionen sollten einer abgestimmten Systematik folgen, um Mitarbeitenden Orientierung zu geben und ein einheitliches Vorgehen im Team zu befördern. Empfehlenswert ist es, Maßnahmen in einem Stufensystem aufzubauen.

Folgender Ablauf ist beispielhaft und sollte an das jeweilige Setting angepasst werden:

BEOBACHTUNG:
- Wahrnehmen von Auffälligkeiten im Konsumverhalten
- Situationseinschätzung: problematisch oder nicht?

1

ABSTIMMUNG:
- Wie nehmen Kolleg*innen die Situation wahr?
- Liegen Regelverletzungen oder Schädigung anderer vor?

2

MASSNAHMENPLANUNG:
- Wer führt Gespräch mit welchen Zielen?
- Sind weitere Konsequenzen zu ziehen? Wenn ja, welche?

3

UMSETZUNG:
- Rückmeldung der Beobachtungen bzw. des Problemverhaltens
- Sorge ausdrücken, Einschätzung erfragen, Motive erkunden
- Grenzen und Konsequenzen aufzeigen sowie Vereinbarungen treffen

4

REFLEKTION:
- Ist eine Verhaltensänderung eingetreten?
- Besteht weiterer Handlungsbedarf?

5

ABBILDUNG: EIGENE DARSTELLUNG, ICONS NOUN PROJECT

Ändert sich problematisches Verhalten trotz erster Intervention bzw. getroffener Vereinbarungen nicht, folgen aufbauende Schritte. Dazu kann beispielsweise gehören, dass

- in Folge-Gesprächen weitere Personen einbezogen werden (z.B. Vertreter*innen einer höheren Hierarchieebene, Eltern bzw. gesetzliche Betreuer*innen, Ärzt*innen, Jugendamt)
- die Verbindlichkeit von Absprachen, z.B. durch deren Verschriftlichung, erhöht wird
- angeordnete Maßnahmen bzw. in Aussicht gestellte Konsequenzen verschärft werden (z.B. Verlegung in andere Wohnform)

7.4. Für Veränderung motivieren

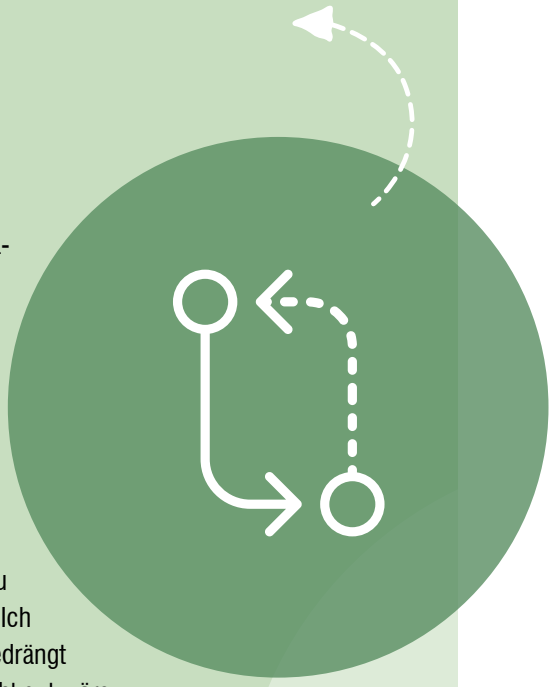
Für ein erfolgreiches Voranbringen eines Veränderungsprozesses ist es wichtig zu berücksichtigen, in welcher Phase der Veränderung sich das Gegenüber befindet, denn es macht einen großen Unterschied, ob Problemeinsicht und Veränderungswille bereits bestehen oder nicht. Die folgenden Ausführungen orientieren sich am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick.

Kein Problembewusstsein – Passende Interventionen:

- Informieren, z.B. dass Cannabisbesitz strafbar ist
- Aufklären hinsichtlich Konsumrisiken
- Konsummotive erkunden und Selbstreflexion anregen, z.B. „Erzähl doch mal, wie ein typischer Tag bei Dir aussieht.“, „Was gefällt Dir am Konsum?“, „In welchen Situationen trinkst Du besonders viel?“
- Rückmeldungen geben, z.B. zu Verhaltensänderungen, z.B. „Seit Du einen Großteil des Tages unten am Kiosk verbringst, hast Du kaum noch Kontakt zu den anderen in Deiner Gruppe.“
- Grenzen setzen, z.B. kein Alkoholkonsum in Gemeinschaftsräumen
- Konsequenzen und Chancen aufzeigen, z.B. Nichtrauchen spart viel Geld, das zur Erfüllung von Wünschen eingesetzt werden kann.
- Selbstmotivierende Aussagen aufgreifen und fördern, z.B. „Ich will niemandem wehtun“ – „Was könntest Du tun, worauf müsstest Du achten, dass Dir das das nächste Mal nicht passiert?“
- Anreize schaffen, z.B. Belohnungen
- Bei Regelübertritten Konsequenzen verhängen, z.B. Verzicht auf Vergünstigungen
- Alternative Sichtweisen fördern, z.B. selbst Vorbild für anderes Verhalten sein; verdeutlichen, dass Mitbewohner*innen den Tabakgeruch eher abstoßend finden.
- Nach emotionalen Bezügen suchen, z.B., dass Mitbewohner*innen Angst vor dem aggressiven Verhalten haben.
- Perspektivwechsel, u.a. durch systemische Fragen, ermöglichen, z.B. „Wie glaubst Du, denkt Deine Freundin darüber?“, „Was würdest Du jetzt machen, wenn Du an meiner Stelle wärst?“, „Was würdest Du einem Freund raten, der gerade damit anfängt Drogen zu nehmen?“
- Wünsche für Zukunft erfragen und Widersprüche zum derzeitigen Verhalten aufzeigen, z.B. „Du trinkst Dir Mut an, weil Du eine Frau ansprechen möchtest, gleichzeitig schreckst Du sie mit der Betrunkenheit ab. Wie passt das zusammen?“
- Verhaltensalternativen fördern, neue Sichtweisen ermöglichen, z.B. attraktive alkoholfreie Anlässe schaffen; Möglichkeiten fördern, Anerkennung zu bekommen und soziale Kontakte aufzunehmen.

Veränderungswunsch vorhanden – Passende Interventionen

- Konkrete Unterstützung anbieten
- Vereinbarung von realistischen Zielen und möglichen Veränderungsschritten, z.B. Welche Situationen müssen vielleicht vorerst gemieden werden?
- Einüben alternativer Verhaltensstrategien
- Aufgaben geben, die Reflexion anregen (z.B. Konsumtagebuch führen)
- Umfeld und mögliche Unterstützer*innen einbeziehen
- Stärkung von Selbstvertrauen
- Erfolge anerkennen und bei Schwierigkeiten zur Seite stehen



Was tun, wenn Veränderungsmotivation nicht eindeutig erkennbar ist

In Veränderungsprozessen gibt es häufig eine längere Phase der Ambivalenz. Auf der einen Seite besteht durchaus Bewusstsein über bestehende Nachteile des eigenen (Konsum-)Verhaltens, anderseits fällt es schwer, dieses zu ändern, z.B. aufgrund von Befürchtungen, ohne den Konsum nicht zurecht zu kommen oder die angenehmen Wirkungen nicht missen zu wollen.

Wenn das Verhalten keine Regeln verletzt und andere nicht schädigt und somit nicht zwingend unterbunden werden muss, sollte eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten angeregt werden, ohne zu stark auf Veränderung zu drängen, da dies u.U. gegenteiligen Effekt hätte („Ich lass mir doch nicht vorschreiben, wieviel Alkohol ich trinke“). Wer sich gedrängt fühlt, neigt dazu, gar nicht mehr darüber nachzudenken, ob es nicht vielleicht gut wäre, dem Rat zu folgen, sondern geht in Widerstand, weil er/sie sich bevormundet fühlt. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Konsumverhalten vielleicht für Unabhängigkeit und Erwachsensein steht.

Auch gute Argumente, warum es doch besser wäre, z.B. mit dem Rauchen aufzuhören, verfehlen bei Menschen, die selbst ambivalent sind, ihr Ziel. Man kennt es von sich selbst: Kann man sich zwischen zwei Dingen nicht entscheiden (z.B. mit dem Fahrrad oder dem Auto zur Arbeit zu fahren) und jemand rät einem von beiden zu („mit dem Fahrrad zu fahren ist doch viel gesünder“), fällt einem sofort ein Gegenargument ein („aber mit dem Auto geht es schneller“). Dieser Reflex hilft, sich vorerst nicht entscheiden zu müssen, denn innerlich ist man ja noch nicht so weit.

Es geht in dieser Phase also eher darum

- Verständnis für die Ambivalenz zu zeigen und Gefühlen Raum zu geben und damit zur Selbstklärung beizutragen („Ich kann mir vorstellen, dass es schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören – in welchen Situationen würde es Dir denn besonders schwerfallen, darauf zu verzichten?“)
- Vor- und Nachteile des Konsums zu erkunden („Was gefällt Dir am Kiffen?“, „Was findest Du daran nicht so gut?“)
- Befürchtungen zu erfragen („Was wäre, wenn die Anderen Alkohol trinken und Du machst nicht mit?“)
- Selbstverantwortung zu stärken („Du weißt am besten, was Dir guttut und was nicht – und Du entscheidest auch, ob Du anderen zuliebe Dein Verhalten ändern willst“).

Dennoch kann es herausfordernd sein, in der Phase von Ambivalenz nicht zu sehr in eine Richtung zu argumentieren, insbesondere, wenn negative Konsequenzen drohen.

Häufig passiert es auch, dass die Veränderungsmotivation falsch eingeschätzt wird. Äußerungen wie z.B. „Ich würde ja auch gerne aufhören“ werden als eindeutige Änderungsabsicht interpretiert, obwohl im Hintergrund noch ein „aber“ mitschwingt. In gutem Glauben, dass Unterstützung den Prozess nun beschleunigt, werden nächste Schritte geplant und konkrete Termine etc. vereinbart. Ergebnis ist dann häufig, dass die Vereinbarungen letztlich nicht eingehalten werden. Möglicherweise bekommt man auch zur Antwort: „Das war ja sowieso Deine Idee, ich wollte das ja überhaupt nicht.“

Umso wichtiger ist es in der pädagogischen Arbeit, klar in seiner Rolle zu sein, denn häufig mischen sich Beratungs- und Kontrollfunktionen. Diese sollten jedoch so gut wie möglich voneinander getrennt werden. Dies lässt sich z.B. umsetzen, indem unterschiedliche Rollen von unterschiedlichen Personen ausgeübt werden. Kann dies in Organisationen so nicht realisiert werden, da die Beschäftigten sowohl für die Einhaltung von Regeln als auch für die Beratung der Menschen (Klient*innen, Schüler*innen, Bewohner*innen etc.) zuständig sind, sind diese Aufträge möglichst voneinander zu trennen. Wird beispielsweise der/die Bewohner*in einer Einrichtung vom Betreuenden bei einem Regelverstoß (z.B. Rauchen auf dem Zimmer) „erwischt“, muss hierauf mit der dafür vorgesehenen Konsequenz reagiert werden. Für ein Gespräch über Konsummotive etc. sollte ein anderer Rahmen bzw. ein anderes Setting genutzt werden.

» IST NOCH KEINE EIGENE (INTRINSISCHE) VERÄNDERUNGSBEREITSCHAFT VORHANDEN, MUSS DIESE ERST AUFGEBAUT WERDEN. «

WILLIAM R. MILLER/STEPHEN ROLLNICK

8. Strukturelle Rahmenbedingungen

Eindeutige, von allen Mitarbeitenden getragene und gut kommunizierte Regelwerke auf Basis der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (Jugendschutz, Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit, Betäubungsmittelgesetz etc.) geben Klient*innen und Mitarbeitenden gleichermaßen Orientierung. Klarheit und Transparenz, auch bei den Maßnahmen, mit denen auf Regelverstöße reagiert wird, sind ebenfalls wichtig, auch im Sinne des Grundsatzes der Gleichbehandlung.

Frühe Intervention wird darüber hinaus dadurch erleichtert, dass Zuständigkeiten geregelt und festgelegt sind. Auch hilft die Verständigung im Team zu Fragen der Haltung, eine gemeinsame Zielrichtung und einzuhaltende Standards festzulegen und Stolpersteine wie z.B.:

- mangelnde Verantwortungsübernahme (was ich nicht sehe, muss ich auch nicht ansprechen)
- Spaltungsversuche („Mit Dir kann ich super reden und ich habe den Eindruck, dass Du mich wirklich verstehst, aber xy kann mich einfach nicht leiden – da kann ich machen, was ich will.")

zu besprechen bzw. hierzu zu sensibilisieren.

Eine offene, lösungsorientierte Kommunikation im Team, auch über Fehler und Schwächen, hilft darüber hinaus, nicht nur Prozesse zu optimieren, sondern auch, sich als Mitarbeiter*in weiterzuentwickeln. Ein Beispiel: Manchen Menschen fällt es schwer, Grenzen zu setzen, da sie fürchten, sich damit unbeliebt zu machen und dies nicht gut aushalten können. Dass dies so ist, hängt zu einem großen Teil mit ihren Grundmotiven als Persönlichkeit zusammen und ist nur bedingt veränderbar. Diesen Menschen vorzuwerfen, dass sie Grenzen nicht oder nur unzureichend gesetzt haben oder sich allzu schnell von Ausreden haben beschwichtigen lassen, hat Kränkungspotenzial und bringt die Zusammenarbeit nicht unbedingt weiter. Hier gilt es, nach Wegen zu suchen, die die Grenzsetzung erleichtern. Dazu zählen z.B. die oben bereits erwähnten Regelwerke, an denen sich alle orientieren müssen und damit verbunden die Gewissheit, dass andere Kolleg*innen gleich verfahren. Im Fokus steht also: „Was brauchst Du, damit es Dir beim nächsten Mal besser gelingt?" und nicht so sehr „Warum hast Du Dich so verhalten?".

Organisationen, die sich den Themen Prävention und Frühintervention bei problematischem Konsum bzw. Verhalten widmen möchten, tun sicher gut daran, ihre Mitarbeitenden zu dieser Thematik zu sensibilisieren und ggf. auch fortzubilden. Auch braucht es für den Prozess der Entwicklung einer gemeinsamen Haltung sowie passender Strukturen und Regelwerke, Ressourcen. Diese müssen zur Verfügung gestellt werden. Andererseits können durch einen geregelten und professionellen Umgang mit dieser Thematik ständige Auseinandersetzungen minimiert und damit wiederum Ressourcen eingespart werden.

Das Thema Substanzkonsum sollte in Organisationen selbstverständlich auch für Mitarbeitende geregelt sein. Betriebliche Vereinbarungen können hier als Leitplanken dienen. Emotional fordernde Tätigkeiten in helfenden Berufen, Schichtdienst u.v.m. sind Risikofaktoren, die problematischen Substanzkonsum begünstigen können. So werden Alkohol, Zigaretten, Medikamente oder Drogen womöglich als kurzfristige „Entspannungshelfer" und „Problemlöser" eingesetzt oder dienen der Regelung des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Hier sind Führungskräfte gefragt, zum einen, wenn es um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen geht, zum anderen hinsichtlich der frühzeitigen Ansprache betroffener Mitarbeiter*innen.

Hilfreiche Maßnahmen im Rahmen einer umfassenden betrieblichen Suchtprävention sind z.B.:

- **DIE GESTALTUNG EINES KLIMAS, IN DEM OFFEN ÜBER BELASTUNGEN GESPROCHEN WERDEN KANN.** Die Kommunikation auch über Schwierigkeiten ermöglicht eine lösungsorientierte Herangehensweise und fördert Veränderung. Genauso wichtig ist es, die Leistungen und das Engagement der Mitarbeiter*innen wertzuschätzen.
- **DIE QUALIFIZIERUNG VON PERSONALVERANTWORTLICHEN** zum Umgang mit Mitarbeitenden mit Sucht- oder auch psychischen Erkrankungen sowie die Entwicklung und Implementierung von Handlungsleitfäden und/oder Betriebsvereinbarungen. Geklärte Zuständigkeiten und Handlungskompetenz erleichtern frühe und konstruktive Intervention.
- **DIE SENSIBILISIERUNG DER MITARBEITENDEN GEGENÜBER CO-ABHÄNGIGEM VERHALTEN.** Häufig werden betroffene Mitarbeiter*innen von den Kolleg*innen gedeckt, Auffälligkeiten werden heruntergespielt oder es wird „hinter dem Rücken“ über die Person gesprochen anstatt mit ihr. Gründe hierfür sind z.B. sich über seinen Verdacht nicht sicher zu sein, sich nicht unbeliebt machen zu wollen, die Situation für den anderen nicht zu verschlimmern. Damit ist den Betroffenen eindeutig nicht geholfen, da die Situation sich langfristig i.d.R. zuspitzt und möglicherweise eskaliert. Mitarbeiter*innen mit problematischem Substanzkonsum werden demgegenüber durch frühzeitige Rückmeldung zu ihrem Verhalten motiviert, ihren Konsum zu hinterfragen.

Ausführliche Informationen zur betrieblichen Suchtprävention, zur Gesprächsführung und zur Gestaltung von Dienstvereinbarungen finden Sie auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen *www.sucht-am-arbeitsplatz.de*.

Die Arbeit mit Menschen bringt viele Herausforderungen mit sich. Sie ist häufig mit Auseinandersetzungen und manches Mal auch mit Enttäuschungen verbunden.

Um eine positive, förderliche Einstellung, Engagement und Freude an der Arbeit zu bewahren, ist es wichtig,

- auch für sich selbst gut zu sorgen
- sich auf positives zu konzentrieren und Erfolge zu sehen und zu würdigen
- Widerstand nicht persönlich zu nehmen
- Herausforderndes Verhalten als Chance zu lernen wahrzunehmen
- Fehler als Hinweise für Weiterentwicklung zu betrachten
- …

Es lohnt sich, eine Teamkultur zu etablieren, die von (gegenseitiger) Wertschätzung und einer Haltung des „Look and Learn“ geprägt ist. Kleine Rituale (z.B. Klopfen auf den Tisch) zum „Feiern“ von Erfolgen helfen, positive Energie freizusetzen.

Als Unterstützung zur Implementierung von Suchtprävention in Organisationen findet sich im Anhang die **ANLAGE 7: Checkliste Implementierung**.

» JEDES UNTERNEHMEN HAT EINE SOZIALE VERANTWORTUNG GEGENÜBER SEINEN MITARBEITENDEN. HIER GEHT ES UM FÜRSORGE UND UNTERSTÜTZUNG. FRÜHZEITIGES ANSPRECHEN HILFT, SUCHTBEZOGENE PROBLEME AM ARBEITSPLATZ IN DEN GRIFF ZU BEKOMMEN UND RISIKEN ZU VERMEIDEN. VOR ALLEM ABER ERSPART ES DER BETROFFENEN PERSON EVENTUELL DIE CHRONIFIZIERUNG IHRES PROBLEMATISCHEN KONSUMS. «

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN 2020

» WIR UNTERSTÜTZEN
SIE GERNE. «
FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION BERLIN

KAPITEL 09

9. Kooperation und Hilfeangebote

Die **Fachstellen für Suchtprävention** begleiten Organisationen bei der **Entwicklung von suchtpräventiven Handlungskonzepten** und unterstützen auch, wenn es darum geht, passende Arbeitsmaterialien (z.B. Checklisten) zu entwickeln. Auch bieten sie **Fortbildungen** an, z.B. zur konstruktiven Ansprache problematischen Konsumverhaltens oder zur Anwendung interaktiver suchtpräventiver Methoden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass sie **suchtpräventive Workshops** direkt mit Jugendlichen durchführen, um über Risiken aufzuklären bzw. zum Nachdenken über Risikoverhalten anzuregen.

Die Suchtberatungsstellen sind Ansprechpartner, wenn es um die Beratung von Betroffenen und deren Bezugspersonen geht.

Es ist in jedem Fall anzuraten, mit den für die Region zuständigen Fachstellen ins Gespräch zu kommen, um Bedarfe und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu erörtern. Vielleicht können diese spezifische Angebote machen (z.B. Beratung in einfacher Sprache) oder Teams durch Beratung und Coachings unterstützen.

HILFREICHE LINKS

Berliner Suchtberatungsstellen und weitere Hilfeangebote:
» *www.berlin-suchtpraevention.de/informationen/unterstuetzung-und-hilfe*

Suchtberatungsstellen und Fachstellen für Suchtprävention bundesweit:
» *www.bzga.de/service/beratungsstellen/suchtprobleme I www.dhs.de I www.dhs.de/landesstellen*

Informationen rund um Substanzkonsum und Sucht:
» *www.dhs.de I www.drugcom.de I www.berlin-suchtpraevention.de*

Bundesweite Informationen rund um das Thema „Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum“:
» *www.aktionberatung.de*

KAPITEL 10

10. Literaturverzeichnis

ABDERHALDEN, I., JÜNGLING, K. et al. (2019). Selbstwirksamkeit – Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.)

ALTGELD, T. (2018). Schwer erreichbar oder schwer erreichbar gemacht? Artikel erschienen in 99 Impulse für Gesundheitsförderung. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover.

BECKER, G./HANTELMANN, D. (2013). Fetales Alkoholsyndrom: Oft fehldiagnostiziert und falsch betreut in Deutsches Ärzteblatt 42

BÜHLER, A. & THRUL, J. (2020). Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 46; Köln: BZgA (Hrsg.)

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (2020). Suchtprobleme am Arbeitsplatz frühzeitig ansprechen. https://www.dhs.de/lebenswelten/sucht-am-arbeitsplatz (abgerufen: 01.11.2020)

DIE DROGENBEAUFTRASGTE DER BUNDESREGIERUNG (2012). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2020). Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD). https://tinyurl.com/y6oydkmz (abgerufen: 01.11.2020)

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2020). Nationale Strategie Suchtprävention. https://tinyurl.com/y3uctglp (abgerufen: 01.11.2020)

FRÖHLICH-GILDHOFF, K. & RÖNNAU-BÖSE, M. (2015). Resilienz. München: Reinhardt/UTB

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ. (2017). 10 Schritte für die psychische Gesundheit.

KRETSCHMANN-WEELINK, M. (2013). Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen. AWO

LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (2012). Normal berauscht? Geistige Behinderung und Sucht/Substanzmissbrauch. Forum Sucht, Band 44, ISSN 0942-2382.

MILLER, WILLIAM R., ROLLNICK, STEPHEN (2015). Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch, Lambertus-Verlag

RENNEBERG, B., HAMMELSTEIN, P., & RENNEBERG-HAMMELSTEIN (Eds.) (2006). Springer-Lehrbuch Bachelor/Master. Gesundheitspsychologie: Mit 21 Tabellen. Heidelberg: Springer.

RIMANN, N. (2014). Expertise zum Thema „Schwer erreichbare Zielgruppen“ Zuhanden der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM). Lausanne: SuchtSchweiz

UNO (2008). Behindertenrechtskonvention/Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. https://tinyurl.com/y6t9rsac (abgerufen: 01.11.2020)

WEBER, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. Bern: GFCH, BAG, GDK

WHO (1994). „Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools“. http://apps.who.int/iris/handle/10665/63552 (abgerufen: 20.11.2020)

WHO (1984). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. https://tinyurl.com/y2cjtpzv (abgerufen: 28.10.2020)

ANLAGEN

ANLAGE 1: Interaktive Methoden > KAPITEL 4 > SEITE 11 ..... **38**

1.1. Methode „Suchtsack“ 38

1.2. Methode „Thesenspiel“ 40

1.3. Methode „Cool ist nicht unbeding cool“ 41

1.4. Rollenspiel „Willst Du mal probieren?“ 42

1.5. Methode „Nein sagen lernen“ 43

1.6. Methode „Was wäre wenn?“ 44

1.7. Methode „Blütenpracht“ 45

1.8. Methode „Konsummotive“ 46

ANLAGE 2: Beispiele Resilienzförderung > KAPITEL 4.1 > SEITE 12 ..... **47**

2.1. Selbstwirksamkeit 47

2.2. Gute (Selbst-)Wahrnehmung 48

2.3. Soziale Kompetenz und Beziehungsfähigkeit 48

2.4. Selbstregulation und Selbstfürsorge 49

2.5. Lösungs-/Zielorientierung 50

ANLAGE 3: Checkliste Konsum > KAPITEL 5 > SEITE 17 ..... **51**

ANLAGE 4: Orientierungshilfe Passgenauigkeit von Interventionen > KAPITEL 6 > SEITE 21 ..... **52**

ANLAGE 5: Leitfaden Zieleplanung > KAPITEL 7.1 > SEITE 23 ..... **54**

ANLAGE 6: Leitfaden Maßnahmenplanung > KAPITEL 7.2 > SEITE 24 ..... **55**

ANLAGE 7: Checkliste Implementierung > KAPITEL 8 > SEITE 31 ..... **57**

ANLAGE 01

1. Interaktive Methoden

1.1. Methode „Suchtsack“

ZIELE DER METHODE

Es wird die Vielfalt der Suchtstoffe und der süchtigen Verhaltensweisen verdeutlicht und dadurch der Blick geweitet – auch auf legale Verhaltensweisen. Die Methode führt spielerisch an das Thema heran und lockert die Atmosphäre auf.

VORBEREITUNG

Die Anzahl und Art der Gegenstände, die im Suchtsack enthalten und gezogen werden können, sollten auf die Gruppe und deren Größe zugeschnitten sein.

In einem Sack/Beutel werden Gegenstände, die symbolisch für verschiedene stoffliche und nicht stoffliche Süchte stehen, gefüllt.

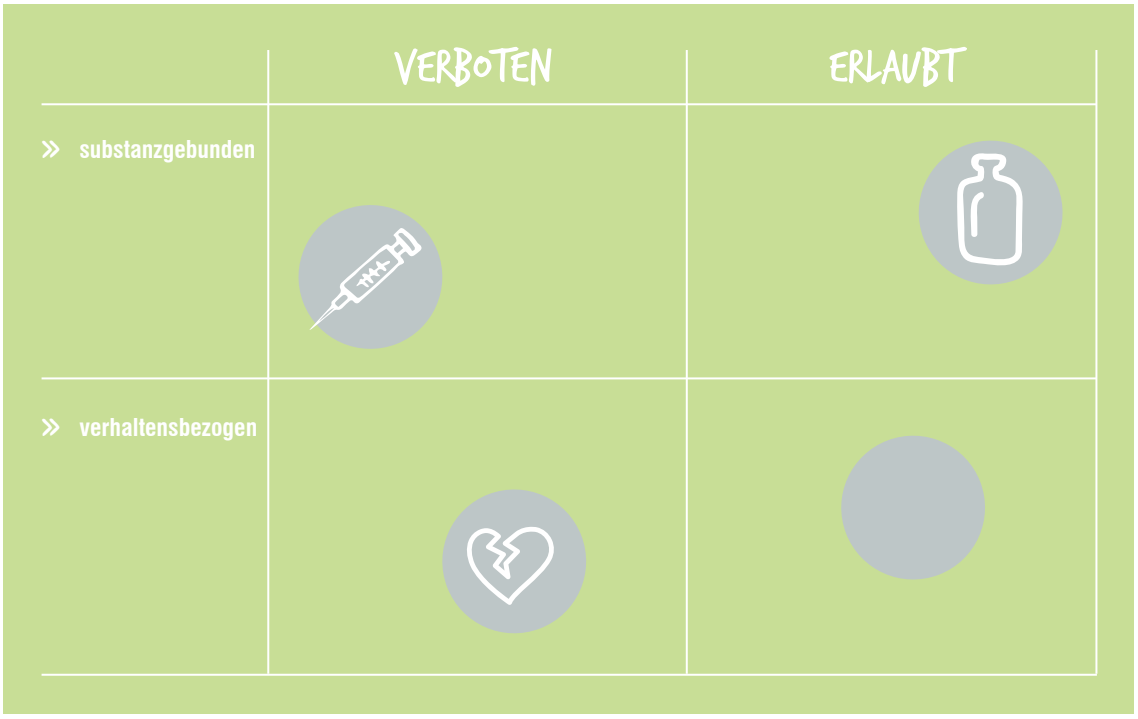
Im Folgenden einige Beispiele möglicher Gegenstände sowie Anregungen zur Diskussion:

- **Spielzeug-Hamburger o.ä.:** Essstörungen, Esssucht, Übergewicht
- **Fernbedienung:** Fernsehen, Langeweile, Erleben ohne Aktivität
- **Zigarettenschachtel:** Wirkung der 1. Zigarette (Übelkeit), cool sein, Erwachsen sein, Selbstbewusstsein
- **„Flachmann“:** Alkohol, Genussmittel oder Alltagsdroge, Aggressivität, Hemmungen verlieren
- **Joint/Tüte mit Gras:** Cannabisabhängigkeit, Reiz des Verbotenen, Gruppenerfahrung, Verbreitung trotz Illegalität
- **Telefon/Handy:** „Telefonitis“, Verschuldung, online sein, soziale Medien, Online-Spiele
- **Aspirin/Koffeintabletten:** Medikamentenabhängigkeit, „weibliche“ Drogen, unauffällig, gesellschaftlich akzeptiert, verordnet
- **Schokolade/Bonbon:** Zuckersucht, Stressabbau, Frustabbau, Genuss
- **Kondome:** Sex(-sucht), Mann sein, mitreden können, Unsicherheit, Lust
- **Spielkarten:** Spielsucht, Existenz bedrohend, aber auch Freizeit und Familie
- **Klebstoff/Deo:** Schnüffeln, billig, extrem gefährlich, irreparable Schäden
- **Turnschuh/Bild von Body Builder:** Extremsport, Doping, Anabolika, Rauscherlebnisse durch körpereigene Stoffe
- **Schwamm:** „Putzsucht“, Frust- und Spannungsabbau, etwas schaffen, Ablenkung
- **Kalender/Planer:** Workaholic, fremdbestimmt, Anerkennung bekommen
- **Münzen/Einkaufsquittung:** Kaufsucht, sich verschulden, sich etwas gönnen
- **CD-Rohling:** Computerspiele (auch Online), Abtauchen in eine andere Welt, Erfolgserlebnisse, Gewaltverherrlichung
- **Spritze/Pulver in Tüte:** Heroin oder Kokainabhängigkeit
- **Streichhölzer:** Pyromanie, Zwang, Feuer zu legen
- **Barbie-Puppe:** Essstörungen, Schönheitsideal
- **Kalorientabelle:** Essstörungen, Kontrolle, Genuss, Diäten, Appetitzügler
- **(zerbrochenes) Herz:** Liebe und Eifersucht

METHODISCHES VORGEHEN

Ein/e Teilnehmer*in nimmt sich, ohne hinzuschauen, einen Gegenstand heraus und erzählt, welche Sucht mit diesem Gegenstand zusammenhängen könnte; was für eine Rolle die Substanz/das Verhalten für sie/ihn spielt; welche Erfahrungen ggf. damit gemacht worden sind, wie verbreitet diese Sucht ihrer/seiner Einschätzung nach ist etc.

Bevor der Sack in der Runde weitergegeben wird, soll der Gegenstand in einer auf dem Boden markierten Kreuztabelle (z.B. auf einem Flipchart-Papier aufgezeichnet) in das passende Feld abgelegt werden, z. B. „Flachmann“: Alkoholabhängigkeit/erlaubt/substanzgebunden.



Je nach Zielgruppe kann die Aufgabe jedoch auch erleichtert werden, z. B. in dem nur zwischen erlaubt und verboten unterschieden wird oder andere Kategorien entwickelt werden (z. B. „Ich kenne jemanden, der das nimmt bzw. macht“ oder „habe ich schon mal ausprobiert“).

Aufgabe des/der Moderator*in ist es, mit Hilfe von Fragen Reflexionsanstöße zu geben und Austausch zu befördern. Darüber hinaus können Sachinformationen zu den Süchten (Zahlen, Wirkungsweisen, Besonderheiten, Risiken) vermittelt werden.

1.2. Methode „Thesenspiel“

ZIELE DER METHODE

Anhand der interaktiven Methode „Thesenspiel“ wird die Auseinandersetzung der Teilnehmer*innen mit den Themen Suchtmittelkonsum und süchtige Verhaltensweisen gefördert. Sie reflektieren ihre eigene Haltung und setzen sich mit den Standpunkten der anderen Teilnehmenden auseinander.

VORBEREITUNG

Man wählt zur Zielgruppe passende Thesen aus bzw. denkt sie sich aus und verschriftlich diese am besten auch noch auf grossen Karten.

Es werden 2 Schilder „Ich stimme zu“ und „Ich stimme nicht zu“ erstellt.

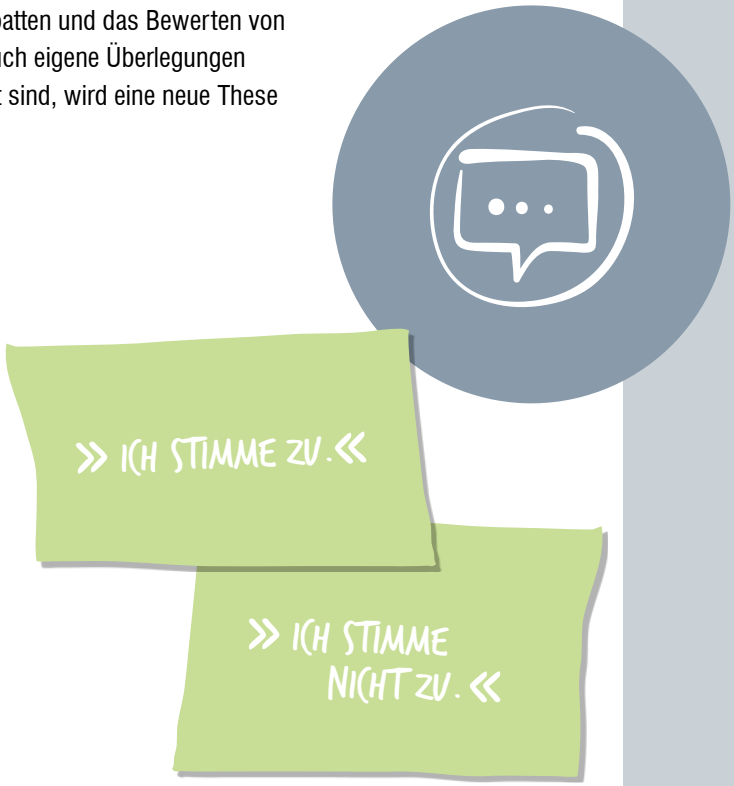
METHODISCHES VORGEHEN

Es wird ausreichend freier Platz im Raum benötigt, damit die Teilnehmer*innen sich im Raum bewegen können. Auf einer Seite des Raumes wird das Schild **„Ich stimme zu“** und auf die gegenüberliegende Seite das Schild **„Ich stimme nicht zu“** gelegt.

Nun liest der/die Moderator*in eine These vor und bittet die Anwesenden, sich entsprechend ihrer Meinung zu positionieren. Erfahrungsgemäß ordnet sich ein Teil direkt den zustimmenden oder den ablehnenden Polen zu, andere nehmen eher eine Position dazwischen ein.

Der/die Moderator*in fragt je nach Gruppengröße und zur Verfügung stehender Zeit einige der Teilnehmer*innen nach den Gründen ihrer Positionierung. Es empfiehlt sich mit denen, die sich eindeutig den Polen zugeordnet haben, zu beginnen, da die grundsätzlichen Positionen in der Regel mehr zur Diskussion anregen.

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass moralische Debatten und das Bewerten von Standpunkten unterbleiben. Der/die Moderator*in kann auch eigene Überlegungen einbringen. Wenn die wichtigsten Positionen ausgetauscht sind, wird eine neue These vorgelesen.



Beispiele für Thesen

- Alkohol macht aggressiv
- Betrunkene Mädchen sind leichter „rumzukriegen“
- Jungen, die zu viel Alkohol trinken, kommen bei Mädchen nicht gut an
- Wer raucht wirkt irgendwie erwachsener
- Wenn man zu einer Gruppe dazugehören will, muss man auch alles mitmachen
- Wer richtig cool ist, traut sich „nein“ zu sagen
- Gegen Langeweile hilft Fernsehen oder Computer spielen am besten
- Wer viel Sport treibt sieht besser aus
- Wenn es einem nicht gut geht, hilft es mit anderen über seine Probleme zu sprechen
- Gefühle zeigen ist nur was für Mädchen/Frauen
- Wer regelmäßig Cannabis raucht – wird faul

1.3. Methode „Cool ist nicht unbedingt cool“

ZIELE DER METHODE

Sie soll den Jugendlichen verdeutlichen, dass zu viel Alkohol trinken in aller Regel von anderen nicht mehr gut gefunden/als unangenehm erlebt wird.

VORBEREITUNG

Für jede Gruppe wir ein Kartensatz mit allen unten aufgeführten Adjektiven erstellt, aus denen sie dann Begriffe auswählen können.

METHODISCHES VORGEHEN

In möglichst geschlechtergetrennten Gruppen sollen aus jeweils 20 Eigenschaften die 4 bestimmt und zugeordnet werden, die am besten auf betrunkene Jungen bzw. auf betrunkene Mädchen passen.

20 EIGENSCHAFTEN

- lustig
- interessant
- cool
- schlau
- mutig
- erwachsen
- locker
- unkompliziert
- beliebt
- sexy
- aufdringlich
- feige
- langweilig
- weinerlich
- aggressiv
- ungeschickt
- leicht „rumzukriegen“
- peinlich
- dumm
- eklig

Wenn die (Klein-)gruppen sich über ihre Auswahl verständigt haben, werden die Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Selbst wenn die Gruppen negative Konsumfolgen nicht ausgewählt haben, können diese besprochen werden, indem der/die Moderator*in z.B. fragt: „Wann würdet Ihr betrunken sein abstoßend/eklig finden, was müsste da passieren?“ oder „Habt Ihr schon einmal erlebt, dass jemand, die oder der betrunken war, sich peinlich benommen hat?“ oder „Was wäre Euch peinlich?“

1.4. Rollenspiel „Willst Du mal probieren?“

ZIELE DER METHODE

Es wird spielerisch gelernt, Konsumangebote abzulehnen und Motive derer, die einem Suchtmittel anbieten, kennenzulernen.

VORBEREITUNG

Für das Rollenspiel braucht es einen Joint. Er könnte aus Pappe gebastelt werden, sollte aber nicht zu realistisch aussehen, sondern etwas abstrahiert, z.B. viel zu groß.

METHODISCHES VORGEHEN

Es werden drei Freiwillige gesucht, die eine Szene vorspielen wollen.
Diese werden nun einzeln und gesondert vom Rest der Gruppe in ihre Rollen eingeführt.

ROLLE 1:

Du spielst jemanden, der anderen Drogen verkaufen möchte. Dafür suchst Du im Park nach möglichen Kunden. Um sie neugierig zu machen, bietest Du ihnen an, von Deinem Joint zu probieren. Wenn sie nicht gleich einwilligen, versuchst Du sie zu überreden.

ROLLE 2:

Du gehst mit einem/r Freund*in (Rolle 3) im Park spazieren. Da kommt jemand auf Euch zu und bietet Euch an, an seinem Joint zu ziehen.
Du hast vorher noch nie gekifft und bist neugierig, weißt aber nicht, ob das nicht doch riskant ist.

Deshalb sagst Du nicht gleich ja, sondern fragst nach:

- Was das ist?
- Woher es kommt?
- Wie gefährlich es ist?
- Wie es wirkt?
- …

ROLLE 3:

Du gehst zusammen mit einem/r Freund*in im Park spazieren. Es kommt jemand auf Euch zu, der Euch anbietet, an seinem Joint zu ziehen. Du willst das auf keinen Fall und auch nicht, dass Dein*e Freund*in davon probiert, denn Du hast Angst, dass sie/er sonst schlechte Erfahrungen macht. Deshalb versuchst Du ihn/sie unbedingt davon abzuhalten.

Nun sollen die drei den anderen die beschriebene Situation vorspielen. Wenn die Teilnehmenden Schwierigkeiten haben, ins Spiel zu kommen, könnte es hilfreich sein, der/die Morderator*in spielt ein wenig mit (als weitere*r Spaziergänger*in), zeigt sich z. B. interessiert am Joint.

Dieses Rollenspiel sollte einige Minuten dauern. Nachdem der/die Moderator*in das Spiel beendet hat, fragt er/sie zuerst die Schauspielenden, wie es ihnen in den Rollen gegangen ist. Was genau erfragt wird, sollte sich an der Spielsituation orientieren.

Im Anschluss werden auch die Zuschauenden gefragt, was sie über die Situation denken, z.B.

- „Was könnte der Grund sein, warum der Joint angeboten wurde?“
- „Denkt Ihr, dass der Verkäufer ehrlich war?“
- „Wie fühlt sich wohl ein*e Freund*in, wenn sie/er es nicht schafft, jemanden vom Konsum abzuhalten?“
- „Was würdet Ihr machen, wenn Euer Freund/Eure Freundin anfangen würde, Drogen zu kaufen?“

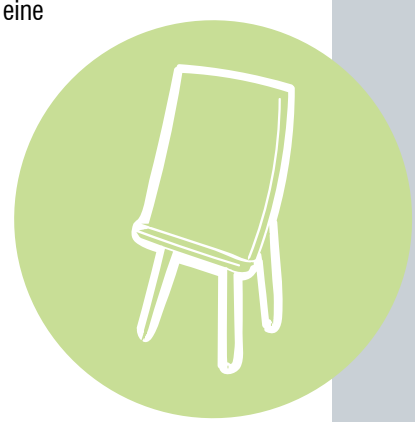
1.5. Methode „Nein sagen lernen“

ZIELE DER METHODE

Durch das Einüben von Abgrenzungsstrategien fällt es in der realen Situation leichter, Aufforderungen zum Konsum von Suchtmitteln nicht nachzukommen.

VORBEREITUNG

Keine; zur Dokumentation der genannten Argumente wird lediglich ein Flipchart oder eine Tafel benötigt.



METHODISCHES VORGEHEN

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen einer Gruppendiskussion.

Zu Beginn wird folgende Situation geschildert:

Stellt Euch vor, Ihr lernt jemanden kennen, der/die nett ist und mit dem/der Ihr Euch gut unterhalten könnt. Bei der zweiten Verabredung holt er/sie eine Tüte mit weißen Pulver aus der Tasche und fragt, ob Ihr nicht auch mal Speed probieren wollt.
Was könntet Ihr sagen, welche Argumente fallen Euch ein, das Angebot abzulehnen?

Hier einige Beispiele für mögliche Antworten, die auch (falls sie nicht benannt werden) vom Diskussionsleitenden vorgeschlagen werden können:

- ich vertrage das nicht – da wird mir schlecht
- danke, aber gut drauf bin ich sowieso
- das geht nicht zusammen mit den Medikamenten, die ich nehmen muss
- ein Freund von mir hat richtig Probleme deshalb bekommen – darauf hab’ ich keinen Bock
- ich habe meinem/r Freund*in versprochen, keine Drogen zu nehmen und Versprechen halte ich

Wenn möglichst viele Sätze (Argumente, Ausreden) gesammelt worden sind, sollen in Paaren oder in Kleingruppen verschiedene Varianten ausprobiert werden. Schön wäre es, wenn ergänzend einige der Teilnehmenden bereit wären, die Szene, wie eingangs beschrieben, im Plenum vorzuspielen.

Zum Ende empfiehlt es sich, noch eine gemeinsame Auswertung zu machen:

- Welche Argumente fandet Ihr besonders gut?
- Was würde Euch helfen, wenn Ihr in solch eine Situation kämt?
- Habt Ihr noch Fragen?

1.6. Methode „Was wäre wenn?“

ZIELE DER METHODE

Durch die Reflexion eigener Gefühle, Einstellungen und Motive wird das Bewusstsein sowohl für hilfreiche aber auch für möglicherweise riskante Verhaltensweisen erhöht. Im angeleiteten Austausch können darüber hinaus Verhaltensänderungen angeregt werden.

VORBEREITUNG

Es werden Karten mit Satzanfängen (siehe Beispiele unten) erstellt.

METHODISCHES VORGEHEN

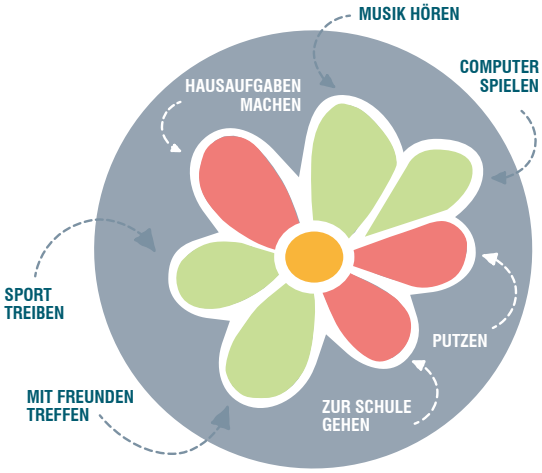
Die Teilnehmenden ziehen der Reihe nach Kärtchen mit Satzteilen, die sie vorlesen und mit persönlichen Aussagen vervollständigen sollen. Bei begrenzter (Vor-)Lesefähigkeit können die Satzbeginne auch von dem/der Moderator*in vorgelesen werden, welche die Teilnehmenden direkt auffordert, die Sätze zu vervollständigen.

Der/die Moderator*in moderiert darüber hinaus einen Austausch hierzu, indem er/sie weitere Vorschläge für Satzergänzungen einholt oder gezielt nachfragt, z.B. „Was ist der Grund, dass Du Dich so verhältst und nicht anders?“; „Was wäre, wenn …?“; „Wie denkt Ihr darüber?“ etc.

Hier einige beispielhafte Satzbeginne, die selbstverständlich noch erweitert und an die konkrete Zielgruppe angepasst werden können bzw. sollten:

- Wenn ich traurig bin …
- Wenn meine Freundin Drogen nehmen würde, würde ich …
- Wenn Andere sich betrinken …
- Immer wenn ich Alkohol trinke, …
- Zigarette rauchen …
- Wenn ich Probleme habe, hilft mir …
- Viele Stunden Fernsehen …
- Computerspiele …
- Sport treiben …
- Freundschaft bedeutet …
- Süßigkeiten essen …
- Um mich zu entspannen …
- An mir selbst gefällt mir besonders gut …
- Wenn ich Hilfe brauche …
- Mir ist wichtig …
- …

1.7. Methode „Blütenpracht“

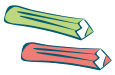


ZIELE DER METHODE

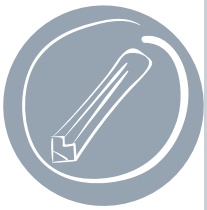
Das Bewusstsein darüber, wieviel Zeit mit welchen Tätigkeiten verbracht wird, wird erhöht. Es wird angeregt, Freizeit aktiv zu gestalten. Herausforderungen werden reflektiert und es wird zur Problemlösung angeregt.

VORBEREITUNG

Es werden für alle Teilnehmenden Zeichenpapier und bunte Stifte (rot und grün) benötigt.



METHODISCHES VORGEHEN



Die Teilnehmenden erhalten den Auftrag zu überlegen, womit sie normalerweise Zeit verbringen. Zur Verdeutlichung, worum es geht, können Beispiele benannt werden (zur Schule oder arbeiten gehen, sich mit Freunden treffen, Spazieren gehen, Sport treiben, Fernsehen, Essen, Musik hören, Aufräumen, Computerspielen, einkaufen gehen etc.). Ob als Zeitraum z.B. der letzte Tag oder die letzte Woche ausgewählt wird, hängt von der Unterschiedlichkeit der Aktivitäten und Tagesabläufe ab und sollte je nach Gruppe festgelegt werden.

Dann sollen die Teilnehmer*innen eine Blüte malen, deren Blätter aus ihren üblichen Aktivitäten bestehen, wobei die Blätter umso größer sein sollen, je mehr Zeit damit verbracht wird. Die Blätter sollten darüber hinaus gekennzeichnet werden. Im nächsten Schritt sollen sie das, was ihnen Spaß macht, grün ausmalen und dass, was sie nicht mögen, rot.

Im Anschluss werden die Blüten einander vorgestellt. Der/die Moderator*in und bedankt sich wertschätzend für die Darstellungen bzw. die Erläuterungen, stellt ggf. Nachfragen und moderiert einen Austausch über die Ergebnisse.

Hier einige Anregungen dazu:

- Sind die gleichen Dinge beliebt bzw. unbeliebt oder gibt es Unterschiede?
- Wie ist das Verhältnis zwischen beliebten und unbeliebten Aktivitäten?
- Womit würden die Einzelnen gerne mehr Zeit verbringen und wie könnten sie das realisieren? Was müssten/könnten sie ggf. dafür weglassen?
- Woran liegt es, dass manches nicht beliebt ist? Ist es die Aktivität an sich oder sind es bestimmte Umstände, die vielleicht geändert werden könnten? Z.B. nicht gerne zur Schule gehen, weil es Ärger mit einem Mitschüler gibt, der vielleicht geklärt werden könnte.
- Was kann man tun, um Dinge, die nicht so beliebt sind, angenehmer zu machen? Z.B. beim Putzen Musik hören.
- Wie kommt es, dass bestimmte Dinge großen Raum einnehmen? Ist das so geplant oder ergibt es sich manchmal vielleicht ungewollt (z.B. Computerspielen oder Fernsehen als Zeitfresser)?

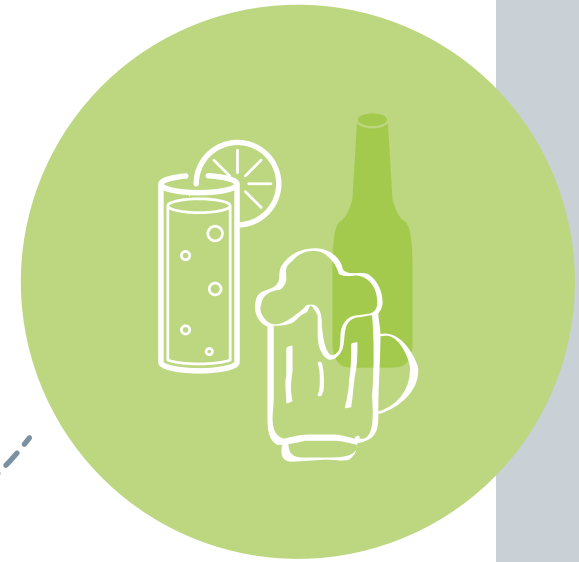
Der/die Moderator*in kann darüber hinaus zu Aktivitäten anregen, die vielleicht nicht benannt wurden und fragen, warum dies der Fall ist. Z.B. besteht kein Interesse oder gibt es bislang die Möglichkeit nicht.

1.8. Methode „Konsummotive“

ZIELE DER METHODE
Reflexion von Konsummotiven und Sensibilisierung für problematischen Alkoholkonsum.

VORBEREITUNG
Benötigt werden Moderationskarten.

METHODISCHES VORGEHEN
In der Gruppe wird gefragt, warum Menschen Alkohol trinken.
Das, was genannt wird, schreibt der/die Moderator*in auf Karten und legt diese auf dem Boden aus oder pinnt sie an eine Tafel.



Bei Alkohol könnte das z.B. sein, weil

- es schmeckt
- es dazu gehört
- sie Geburtstag haben
- es alle anderen machen
- man Probleme verdrängen will
- man traurig ist
- es lustig ist
- man sich dann mehr traut
- Silvester ist
- …

Im nächsten Schritt wird die Frage gestellt, ob darunter Gründe sind, die gefährlicher sind als andere, die eher dazu führen, dass man süchtig wird oder andere Probleme bekommt.

- Es ist beispielsweise riskanter, Alkohol zu trinken, wenn man damit Probleme verdrängen will, weil man sie so nicht löst und die Situation dadurch möglicherweise schwerer wird.
- Vielleicht wird auch gesagt, dass es besonders riskant ist, wenn es einem schmeckt oder weil es alle anderen machen, weil man es dann vielleicht besonders oft macht.

Letztlich ist es nicht das Ziel, ganz bestimmte Faktoren herauszuarbeiten, sondern eher dafür zu sensibilisieren, dass es nicht gut ist,

- zu oft zu konsumieren
- zu viel zu konsumieren
- zum falschen Zweck zu konsumieren (Kompensation: Unangenehmes erträglich machen)

Letzte Aufgabe könnte sein, zu überlegen, wie diese Risiken vermieden werden könnten bzw. was man statt Alkohol trinken machen könnte, wenn es einem nicht gut geht, man Probleme hat.

ANLAGE 02

2. Beispiele zur Förderung von Resilienz und psychischer Gesundheit bei kognitiver oder verhaltensbezogener Beeinträchtigung

Sowohl hinsichtlich der Ergebnisse aus der Resilienzforschung als auch bezüglich der vielfältigen Ansätze zur Förderung von Resilienz werden zum Teil unterschiedliche Faktoren als schützend für das Individuum benannt. In der Regel handelt es sich um ähnliche Merkmale, die mit wechselnden Begrifflichkeiten unterlegt sind.

Ein weiterer Ansatz in der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung benennt Lebenskompetenzen (englisch: life skills), die gefördert werden können und sollen, um Menschen zu befähigen, Herausforderungen und Belastungen des alltäglichen Lebens erfolgreich zu bewältigen. Die Weltgesundheitsorganisation hat folgende zehn zentralen Lebenskompetenzen definiert: Selbstwahrnehmung, Empathie, Kreatives Denken, Kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefertigkeit, Effektive Kommunikationsfertigkeit, Interpersonale Beziehungsfertigkeiten, Gefühlsbewältigung Stressbewältigung (WHO 1994). In den Begrifflichkeiten findet sich eine enge Verwandtschaft mit den Resilienzfaktoren.

Im Folgenden werden die Faktoren aufgeführt, die im Rahmen der Suchtprävention für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. lern- und verhaltensauffälligen Menschen besonders relevant erscheinen.

2.1. Selbstwirksamkeit

Die Überzeugung, Anforderungen bewältigen und die eigene Situation beeinflussen zu können wird durch positive Erfahrungen genährt. Realistische Ziele zu verfolgen bzw. gesetzt zu bekommen, in Entscheidungsprozesse (Festlegen von Gruppenregeln, Freizeitgestaltung etc.) einbezogen zu werden oder und in Abläufe/Tätigkeiten (z.B. Essen kochen) eingebunden zu sein, lässt Jugendliche Selbstwirksamkeit erfahren.

Darüber hinaus erfahren Menschen Selbstwirksamkeit, wenn sie kreativ sein, Musik machen, Sport treiben, tanzen, Schauspielern oder anderen Hobbies nachgehen können. Die Förderung von **Eigenaktivität** ist demzufolge ein wichtiger Baustein pädagogischer Arbeit. Aber auch die Möglichkeit zur **Übernahme von Verantwortung** für Aufgaben oder Projekte (z.B. Garten bewirtschaften, Haustiere versorgen) fördert die Selbstwirksamkeit.

Zur Entwicklung von Zuversicht, Herausforderungen meistern zu können, trägt neben Erfolgserlebnissen, die das **Selbstvertrauen** stärken auch ein positives **Selbstwertgefühl** bei.

Die Grundüberzeugung, an und für sich „in Ordnung“ zu sein und von anderen akzeptiert oder sogar gemocht zu werden, bestärkt Menschen in ihrem Glauben, dass es sich lohnt, sich für sich und seine Interessen einzusetzen. Ein wertschätzendes Erziehungsklima, in dem vor allem die Bemühungen und nicht nur die Ergebnisse anerkannt werden, stärkt das Selbstwertgefühl jedes Einzelnen.

Übungen aus der positiven Psychologie können zusätzlich helfen, achtsamer für die eigene Selbstwirksamkeit zu werden und die Lebenszufriedenheit zu steigern. Hier zwei Übungsbeispiele:

» **AM ENDE DES TAGES ZURÜCKBLICKEN:** „Was war heute positiv?“, „Wie habe ich dazu beigetragen?“ Bewusst den Fokus weg von Problemen hin zu Positivem lenken fördert zudem eine **optimistische Grundhaltung**, mit der Herausforderungen leichter begegnet werden kann.

» **SICH SELBST WERTSCHÄTZEN:** Jede/r soll für sich beantworten und ggf. aufschreiben: „Was finde ich gut an mir?“, „Was kann ich gut?“, „Was macht mir Spaß?“ Im Anschluss bekommt jede/r den Auftrag, zu überlegen, welche Verhaltensweisen sie/er bei anderen am meisten schätzt und das wichtigste auf eine Karte schreiben. Diese Karten werden gesammelt und angepinnt.

2.2. Gute (Selbst-)Wahrnehmung

Sich selbst und die Situationen, in denen wir uns befinden, **realistisch einschätzen** zu können sowie Zusammenhänge zwischen dem eigenen Verhalten und dem anderer zu erkennen, sind wichtige Voraussetzungen, um soziale Interaktion positiv zu gestalten und sich selbst als (mit-)gestaltend wahrzunehmen.

Das Anregen von Selbstreflektion („Wie hast Du Dich in der Situation verhalten?“, „Was denkst Du, wie Dein Gegenüber Dich erlebt hat?“ etc.) und eine aktive Rückmelde-Kultur helfen, die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens, die Wirkung auf Andere zu schulen und „blinde Flecken“ zu minimieren. Rollenspiele helfen, die Sichtweise Anderer nachvollziehen zu können (z.B. Rollentausch Erzieher*in/Bewohner*in)

Um Wahrnehmung zu trainieren, sollte auch Konzentration und Aufmerksamkeit gestärkt werden (z.B. im Dialog auf Blickkontakt bestehen, Kommunikation nebenher in Eile vermeiden, Reizüberflutung möglichst unterbinden). Aufmerksamkeit/Achtsamkeit für Andere kann auch spielerisch gefördert werden.

Hier ein Beispiel: Alle bewegen sich frei im Raum. Auf Kommando der Spielleiter*in bleiben alle stehen und schliessen die Augen. Nun nennt die Spielleiter*in einen Namen der Beteiligten, woraufhin alle weiterhin mit geschlossenen Augen in die Richtung zeigen sollen, wo sie die betreffende Person vermuten. Im Anschluss dürfen alle die Augen öffnen und überprüfen, ob sie richtig gelegen haben.

2.3. Soziale Kompetenz und Beziehungsfähigkeit

Unter sozialer Kompetenz wird ein Bündel an Fähigkeiten (soft skills) verstanden, die soziale Interaktion gelingen lässt und positive Beziehungsgestaltung ermöglicht. Dazu zählen beispielsweise Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen (Empathie), aber auch die Fähigkeit, sich an gesellschaftlichen Normen zu orientieren und Vereinbarungen einzuhalten. Soziale Kompetenzen können durch Übung erworben oder verbessert werden.

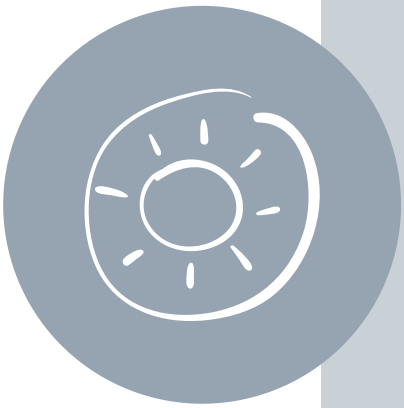
Das Sprichwort „Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus“ lehrt uns, freundlich zu sein, wenn uns freundlich begegnet werden soll. In der täglichen pädagogischen Arbeit sollte **Freundlichkeit** demzufolge bewusst gefördert werden. **Übungsbeispiel:** Es wird die Woche/der Monat der Freundlichkeit ausgerufen. Jede/r ist aufgefordert neue (und gerne auch ungewöhnliche) Wege zu finden, wie man nett zu anderen sein oder anderen helfen kann. Alle sollen darauf achten, wie sich Ihre Stimmung und die aller anderen dadurch ändert.

Andererseits bewegt man sich im Gruppenzusammenhang auch immer in einem Spannungsfeld, bei dem sowohl **Anpassungs- als auch Durchsetzungsfähigkeit** notwendig sind, um dazugehören zu können, ohne seine eigenen Interessen und Bedürfnisse zu verraten. Auch diese Fertigkeiten sollten trainiert werden, denn gerade mit Blick auf Substanzkonsum, der bei jüngeren Menschen häufig aufgrund von Gruppendruck zustande kommt, braucht es die Fähigkeit, sich abgrenzen und „nein“ sagen zu können. **ÜBUNGEN HIERZU FINDEN SICH IN DER ANLAGE 1**.

Eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen stärkt auch die Fähigkeit, Freundschaften und verlässliche Beziehungen zu führen sowie Unterstützung von anderen annehmen und einfordern bzw. darum bitten zu können. So fördern o.g. Übungen auch die soziale Perspektivübernahme und **Empathie**.

Auch Morgenrunden (mit welcher Stimmung bin ich heute hier, was wünsche ich mir von den anderen…) und andere Gesprächsgruppen helfen, sich in andere einzufühlen, was wiederum die Kontakt- und **Beziehungsfähigkeit** stärkt. Diese ist ein wesentlicher Schutzfaktor, denn wer Unterstützung durch Andere erfährt und emotionalen Rückhalt bei Freunden findet, hat wesentlich bessere Voraussetzungen, Krisen zu meistern. Nicht zuletzt aus diesem Grund sollte auch die Kooperationsbereitschaft z.B. durch Gruppenarbeit trainiert werden. Denn **Freundschaften** und soziales Eingebunden sein schaffen Entlastung bei Herausforderungen.

2.4. Selbstregulation und Selbstfürsorge



Aufgrund der in der Jugendphase noch nicht abgeschlossenen Hirnentwicklung ist bei Jugendlichen die Impulskontrolle herabgesetzt und Risikobereitschaft und Emotionalität sind erhöht. Hinzu kommen Schwierigkeiten bei Planung und Abschätzung von Konsequenzen. Gleiches kann verstärkt auf bestimmte Behinderungsformen zutreffen (z.B. FAS).

Gerade in Situation, in denen ein gewisser Gruppendruck herrscht, ist ein reflektiertes Verhalten oft schwer umzusetzen, da nicht genügend Zeit ist, kritisch nachzudenken. Diese wird jedoch benötigt, wenn der Frontalkortex und damit die Vernunft aktiv werden soll. Wenn Jugendliche sich in dieser Phase nicht einfach von anderen mitreißen lassen sollen, benötigen sie Vorbereitung. Eine klare Haltung gegenüber Drogenkonsum oder Tabakrauchen hilft, sich auch in Drucksituationen abzugrenzen.

Daneben können Impulskontrolle, Frustrationstoleranz und Bedürfnisaufschub geübt werden

- Impulsen wie z.B. aufkommender Wut durch bewusst einzusetzende Auszeiten nicht nachgeben oder diesen mit gegensteuerndem Verhalten („runteratmen“ etc.) begegnen.
- Bedürfnisse nicht sofort befriedigen (Wartezeiten, Rituale etc.)
- Aufgaben nicht abbrechen lassen, sondern ein Weitermachen trotz Hindernissen unterstützen und belohnen.

Die Regulation von Gefühlen steht in engem Zusammenhang mit der eben benannten Impulskontrolle. Zu lernen, Gefühle zu regulieren, sich z.B. durch Entspannungsübungen aktiv zu beruhigen oder Ausgleich in Stresssituationen beispielsweise durch sportliche Aktivität zu finden, hilft, Einfluss auf die eigenen Gefühle zu nehmen.

Auseinandersetzung mit den und sprechen über die eigenen **Gefühle** fördert Bewusstheit über die eigene Gefühlswelt und hilft, diese zu **steuern**.

Der Einsatz interaktiver Methoden hilft, über Gefühle ins Gespräch zu kommen, z.B.

- Bilder mit Gesichtsausdrücken ausbreiten und erfragen, welches Gefühl ausgedrückt wird oder was die Person erlebt haben könnte, was dieses Gefühl verursacht haben könnte.
- Situationsbeschreibungen formulieren (z.B. „der Freund kommt zwei Stunden später als verabredet“) und fragen, welches Gefühl dadurch beim anderen vermutlich hervorgerufen wird.

2.5. Lösungs-/Zielorientierung

Geht es um die Bewältigung von Konflikten bzw. Problemsituationen sind grundsätzlich problemlösungsorientierte Bewältigungsstrategien (konkrete Veränderungen der Umwelt, des eigenen Verhaltens) von emotionsregulierenden **Bewältigungsstrategien** (Regulierung der somatischen und emotionalen Reaktionen) zu unterscheiden. In kontrollierbaren Situationen sind problemlösungsorientierte Strategien effektiver und nachhaltiger und in weniger kontrollierbaren Situationen emotionsregulierende Strategien entlastend und hilfreich, um zumindest erstmal das subjektive Befinden zu verbessern.

Neben einem flexiblen Bewältigungsverhalten trägt auch die Übernahme von Verantwortung sowie Eigenaktivität zur Lösung von Problemen und Konflikten bei. All dies wird befördert, indem eine Kultur der Auseinandersetzung gefördert und Konflikte offen besprochen und geklärt werden.

Als Leitlinien einer solchen Kultur könnten dienen

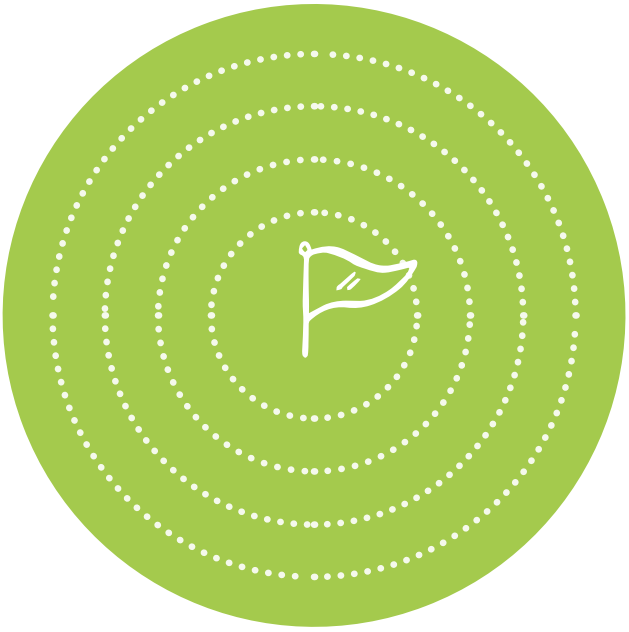
- Fehler und Streits sind Gelegenheiten zu lernen.
  Wie es dazu gekommen ist, spielt lediglich im Zusammenhang mit der Frage eine Rolle, wie sie zukünftig zu vermeiden sind.
- Es wird nicht über Schuld gesprochen und auch nicht darüber, wer angefangen hat, sondern über Bedürfnisse, Wünsche und Ziele.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine lösungsorientierte Grundhaltung ist die Akzeptanz der Situation:

„Es ist, wie es ist“. Hadern, beklagen, dass die Situation so gekommen ist, wie sie gekommen ist, bringt Menschen einer Lösung nicht näher, sondern potenziert negative Energie. Gefördert werden sollte demgegenüber die Haltung, „dass es so gekommen ist, können wir nicht mehr ändern – was können wir tun, damit sich die Situation bessert, das Problem gelöst wird?“

» SUCHE NICHT NACH FEHLERN, SUCHE NACH LÖSUNGEN. «

HENRY FORD



ANLAGE 03

3. Checkliste Konsumverhalten – Problembeschreibung

KONSUMVERHALTEN	ESSEN	KAFFEE	FERNSEHEN	ONLINE/ GLÜCKSSPIEL	TABAK	ALKOHOL	CANNABIS	SONSTIGES
» Überdurchschnittlich häufig/viel								
» Problematische Konsummotivation								
» Problematische Konsumgelegenheiten								
» Konsumbedingtes Problemverhalten								
» Beeinträchtigung Dritter								
» Gesundheitliche Probleme								
» Soziale Probleme								
» Juristische Probleme								
» Sonstiges								

ANLAGE 04

4. Orientierungshilfe Passgenauigkeit von Interventionen

Im Zuge des Festlegens von Maßnahmen empfiehlt es sich, zu berücksichtigen, auf welcher Ebene das Verhalten verankert ist. Je nachdem, wo Störungen vorliegen, sind Maßnahmen unterschiedlich wirkungsvoll.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit orientieren sich die folgenden Ausführungen am Modell der logischen Ebenen nach Robert Dilts: Bei den logischen Ebenen handelt es sich um ein hierarchisches Modell, bei dem die höheren Ebenen strukturgebend für die darunter liegenden sind. So können beispielsweise Routinen nicht geändert werden, wenn es an Fähigkeiten fehlt, Situationen anders zu gestalten und die Bereitschaft, diese Fähigkeiten zu erlernen steht in Abhängigkeit zu den eigenen Werten, der Identität und den höheren Zielen.

DAS MODELL DER LOGISCHEN EBENEN NACH ROBERT DILTS

EBENE: WAHRNEHMUNG VON UMWELT UND KONTEXT

Situation:

Der Konsum ist selbstverständlicher Bestandteil der Umgebung und Risiken sind weder bewusst noch bekannt.

Mögliche Interventionen:

- Aufklärung über Konsumrisiken
- Treffen von Vereinbarungen/Regelungen sowie abgestimmtes Vorgehen
- Fördern eines positiven Images z.B. von Rauchfreiheit
- Vorbildverhalten von Pädagog*innen sowie Vermittlung einer klaren Haltung

EBENE: VERHALTEN/GEWOHNHEITEN

Situation:

Risiken sind bekannt, der Konsum basiert auf Gewohnheiten.

Mögliche Interventionen:

- Verhaltenstrainings, z.B. durch Belohnung neuer Verhaltensmuster
- Ändern von Routinen, z.B. hinsichtlich Mediennutzung
- Strukturelle Unterstützung verantwortungsvollen Konsums, z.B. festgelegte medienfreie Zeiten
- Förderung einer aktiven Freizeitgestaltung

EBENE: FÄHIGKEITEN

Situation:

Schwierigkeiten bei der Konsumkontrolle oder sich gegenüber Erwartungen aus dem Umfeld abzugrenzen (eingeschränkte Impulskontrolle, begrenzte kommunikative Fähigkeiten, Mangel an Coping-Strategien etc.)

Mögliche Interventionen:

- Abklärung möglicher Störungen, z.B. ADHS, FAS: Zusammenhänge zwischen Störung und Konsumverhalten? Medikation (contra-)indiziert?
- Einüben von Abgrenzungsstrategien
- Förderung von Selbstkontrollstrategien, Entspannungstechniken, Gefühlswahrnehmung …

EBENE: WERTE UND GLAUBENSSÄTZE

Situation:

Man wirft kein Essen weg, wer raucht ist erwachsen, ein richtiger Mann trinkt Bier …

Mögliche Interventionen:

- Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung anregen
- Alternative Sichtweisen anbieten, Glaubensätze hinterfragen
- Andere Werte vermitteln

EBENE: IDENTITÄT/SELBSTBILD

Situation:

Konsumieren, um dazu zu gehören, Anerkennung zu finden, sich gut oder auch selbstbewusst zu fühlen

Mögliche Interventionen:

- Soziale Teilhabe/Beziehungen und Zugehörigkeit zu anderen Gruppen fördern
- Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein stärken

EBENE: SINN

Situation:

Der Konsum dient einem höheren Ziel, z.B. In der Bar Alkohol trinken, um eine/n Partner*in kennenzulernen und eine eigene Familie gründen zu können

Mögliche Intervention:

- Verdeutlichen, inwieweit das Verhalten womöglich der Zielerreichung entgegensteht, denn betrunken sein wird i.d.R. nicht mehr als attraktiv bewertet
- Alternative Strategien entwickeln, um das Ziel zu erreichen

Wie eingangs bereits kurz erwähnt, haben die höheren Ebenen großen Einfluss auf die darunter liegenden, so dass, um eine Verhaltensänderung zu erzielen, der Veränderungsprozess möglicherweise auf einer hierarchisch höher liegenden Ebene angestoßen werden muss.

Beispiele: Gewohntes Fernsehen wird möglicherweise erst dann eingeschränkt, wenn Fähigkeiten, sich aktiv zu beschäftigen, ausgebaut werden konnten. Die Bereitschaft, Abgrenzungsstrategien zu üben und anzuwenden, ist beeinflusst von der Haltung (Werte, Glaubenssätze) gegenüber dem Konsum.

ANLAGE 05

5. Leitfaden Zieleplanung

ZIELE	ERFOLGSKRITERIEN
Beispiel: Der Alkoholkonsum bewegt sich im risikoarmen Bereich	» Die pro Tag konsumierte Menge liegt innerhalb anerkannter Grenzen: o Männer max. 2 Standardgläser, o Frauen max. 1 Glas » mind. 2 Tage/Woche sind alkoholfrei » Kein Konsum vor oder während der Schule/Arbeit » …
Beispiel: Der Konsum ist sozial verträglich	» Kein Konsum innerhalb der Einrichtung » Mitbewohner*innen werden nicht belästigt (kein aggressives oder grenzüberschreitendes Verhalten …)
Beispiel:	»
Beispiel:	»

ANLAGE 06

6. Leitfaden Maßnahmenplanung

MASSNAHMEN (BEISPIELE)	KONKRETISIERUNGEN (BEISPIELE)
Definition von Grenzen tolerierbaren Verhaltens	» Offensichtliches betrunken sein » (verbale) Gewalt » sexuelle Belästigung
Festlegen von Eckpunkten/Regelungen	» was darf in welcher Menge konsumiert werden und was nicht » wann, wo, unter welchen Bedingungen ist Konsum gestattet ist (wer muss ggf. dabei sein, in wessen Anwesenheit darf kein Konsum stattfinden etc.)
Vereinbarung von Konsequenzen bei Regelverstößen	» Führen von Reflexionsgesprächen » Übernahme von Dienstleistungen für die Gemeinschaft » Auflage, externe Beratung in Anspruch zu nehmen » Einschränkung von Vergünstigungen » Einschränkung von Freiheitsspielräumen » Ausschluss von gemeinsamen Aktivitäten
...	»

»

MASSNAHMEN (BEISPIELE)	KONKRETISIERUNGEN (BEISPIELE)
Suche nach Konsumursachen und Förderung von Verhaltensalternativen bzw. Bewältigungsstrategien	» Mangelndes Problembewusstsein: über Risiken informieren » Langeweile: Aktivitäten fördern » Einsamkeit, dazu gehören wollen: Anschluss an Gruppen (Sportgruppen) befördern » Spannungszustände: Entspannungs-/ Entlastungsstrategien erproben » Fehlende Abgrenzungsfähigkeit: mögliche Ausreden überlegen lassen, im Alltagskontext üben lassen „nein“ zu sagen, wenn man etwas nicht mag, Selbstbewusstsein stärken » eingeschränkte Impulskontrolle: Kontrollstrategien einüben (Regeln definieren und Anreize für Umsetzung schaffen) » Störungen der psychischen Befindlichkeit: über Gefühle sprechen, Möglichkeiten erkunden, sich Gutes zu tun
Installation begleitender pädagogischer Maßnahmen	» Kontrollen » Verwaltung des Geldes » Begleitung bei Einkäufen » Auflage abendlicher Anwesenheit » Führen regelmäßiger Einzelgespräche
...	»

ANLAGE 07

7. Checkliste zur strukturellen Implementierung von Suchtprävention in Institutionen

Orientiert am PDCA-Zyklus von William Deming, der auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Rahmen der Qualitätsentwicklung von Projekten und Arbeitsabläufen abzielt, dient die im Folgenden zusammengestellte Strukturierungshilfe dazu, wesentliche Fragen zu klären und Umsetzungsschritte zu planen.

PLAN ERHEBEN DES IST-ZUSTANDES UND DEFINITION VON ZIELEN	NOTIZEN
» In welchen Bereichen (z.B. Einzel- oder Gruppenwohnen) und bezüglich welcher Thematiken (Brandgefahr durch Rauchen in den Zimmern, Aggressives Verhalten unter Alkoholeinfluss, Gewährleistung gesetzlicher Vorgaben etc.) besteht Handlungsbedarf?	
» Wurden zu erreichende Ziele abgestimmt und festgelegt?	
» Verfügt die Institution über notwendige Rahmenbedingungen? o Verbindliche und ausreichend kommunizierte Hausordnung o Geregelte Zuständigkeiten (z.B. wer ist bei Regelverstößen einzubeziehen, wer führt Gespräche?) o Ausreichende Sensibilisierung der Mitarbeitenden zum Umgang mit Substanzkonsum bzw. süchtige Verhaltensweisen o gemeinsame Teamhaltung hinsichtlich einzuhaltender Standards o Abgestimmte, von allen getragene und transparent kommunizierte Maßnahmen bei Regelverstößen	
» Werden Eltern sowie weitere Bezugspersonen ausreichend einbezogen?	
» Besteht Bedarf an Unterstützung/Begleitung/Kooperation mit Fachstellen Sucht bzw. Suchtprävention oder weiteren Organisationen?	

DO AUFBAU VON STRUKTUREN UND UMSETZUNG VON PROJEKTEN	NOTIZEN
» Definition von Verantwortlichkeiten und Festlegen von Räumen/Zeiten, in denen regelhaft Austausch über suchtpräventive Fragestellungen stattfindet	
» Ggf. Inanspruchnahme von Weiterbildungen (z.B. Grundlagen Suchtprävention, Risiken von Substanz- und Medienkonsum, Motivierende Kurzintervention) oder externer Prozessbegleitung (z.B. zur Entwicklung eines institutionsspezifischen Konzeptes oder zur Moderation eines Team-Haltungs-Entwicklungs-Prozesses)	

»

» Abstimmung des Maßnahmeplanes mit den Mitarbeitenden (was soll entwickelt/umgesetzt werden?)	
» Kommunikation der Ziele mit Bewohner*innen, Bezugspersonen, Kooperationspartnern	
» Umsetzung suchtpräventiver Aktivitäten gemäss den Standards evidenzbasierter Suchtprävention (Einbezug des gesamten Systems, keine Einmalveranstaltungen, Kopplung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, Anregen von Selbstreflexion statt ausschließlich Informationsvermittlung etc.)	

CHECK AUSWERTUNG DER GEMACHTEN ERFAHRUNGEN	NOTIZEN
» Was hat gut funktioniert? Was nicht?	
» Gibt es gegenüber der Ausgangssituation Veränderungen? Welche?	
» Wurden die avisierten Ziele erreicht?	
» Wie beurteilen die Mitarbeitenden die Entwicklungen?	
» Wie ist die Akzeptanz bei den Klient*innen/Bewohner*innen/Schüler*innen? Wie gelingt deren Partizipation? Welche Resonanz gibt es von der Hauptzielgruppe auf die Maßnahmen bzw. die Präventionsaktivitäten?	
» Sind die Maßnahmen in ein Gesamtkonzept eingebunden?	

ACT STRUKTURELL VERANKERTE FORTFÜHRUNG DER MASSNAHMEN	NOTIZEN
» Gab es Hindernisse, Herausforderungen, mit denen zukünftig anders umgegangen werden sollte und wenn ja wie?	
» Müssen Regelwerke, Methoden etc. überarbeitet bzw. aktualisiert werden? Wer kümmert sich darum?	
» Welche Maßnahmen braucht es für eine regelhafte Fortführung des Prozesses in der Institution? Z.B. o Fortbildung neuer Mitarbeitenden o Auffrischung des Konzeptwissens durch wiederkehrende Projekttage	
» Können oder sollten weitere Kooperationspartner gewonnen werden? Wenn ja, mit welchem Ziel?	

PRÄVENTION INKLUSIV

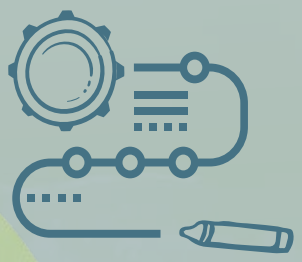
Suchtprävention und Ressourcenstärkung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Dieses Konzept vermittelt umfangreiches Wissen, regt zur Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung an, gibt Orientierung und stellt praktische Tools für den pädagogischen Alltag zur Verfügung.

Problematischer Substanzkonsum ist eine Thematik, die in den letzten Jahren auch in Organisationen, die mit kognitiv beeinträchtigten Menschen arbeiten, zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Mit der „Normalisierung“ der Lebenswelten sind auch die Schwellen, Alkohol und andere Suchtmittel zu konsumieren, gesunken. Eine Spezialisierung der Angebote der Suchtprävention und -hilfe lässt demgegenüber noch auf sich warten.

Prävention inklusiv setzt bei den Organisationen selbst an und unterstützt diese, mit problematischem Konsum bzw. Verhalten konstruktiv umzugehen, indem sie ihre Rahmenbedingungen überprüfen, Mitarbeitende sensibilisieren und präventive Maßnahmen installieren. So kann riskantem Konsum vorgebeugt und bei problematischem Verhalten frühzeitig und angemessen interveniert werden.

Damit dies gelingt, ist das Konzept praxisorientiert aufgebaut und beinhaltet neben konkreten Tipps auch hilfreiche Checklisten, leicht anwendbare Methoden, Orientierungshilfen und Leitfäden.



ISBN 978-3-98224-060-2

ISBN 978-3-9822406-0-2
9 783982 240602