



## **DAS HELPS TOOLKIT**

**EIN INSTRUMENT ZUR FÖRDERUNG  
DER KÖRPERLICHEN GESUNDHEIT  
VON BEWOHNERN PSYCHIATRISCHER  
BEHANDLUNGS- UND PFLEGEEINRICHTUNGEN**

# **DAS HELPS TOOLKIT – EIN INSTRUMENT ZUR FÖRDERUNG DER KÖRPERLICHEN GESUNDHEIT VON BEWOHNERN PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNGS- UND PFLEGEEINRICHTUNGEN**

Das HELPS Toolkit wurde im Rahmen des Forschungsprojektes HELPS entwickelt.

Die **Projektkoordination** haben Prof. Dr. Thomas Becker und PD Dr. Reinhold Kilian, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Deutschland.

Die **Projektleitung** hat Dr. Prisca Weiser, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm, Deutschland.

## **Kontakt:**

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
BKH Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Strasse 2  
89312 Günzburg  
Deutschland

Tel: 49 (0)8221/962862

Fax: 49 (0)8221/96160

Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Informationen über das HELPS Projekt und das HELPS Toolkit erhalten Sie auch über die **Internetseite** [www.helps-net.eu](http://www.helps-net.eu)

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>01</b>
1.1 Das HELPS Projekt.....	02
1.2 Intentionen und Ziele.....	03
<b>2. Das HELPS Toolkit.....</b>	<b>05</b>
2.1 Überblick über das HELPS Toolkit.....	06
2.2 Was bietet das HELPS Toolkit an?.....	06
2.3 Format des HELPS Toolkit.....	08
2.4 Evaluierung des HELPS Toolkit.....	08
<b>3. Fragebögen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes.....</b>	<b>09</b>
3.1 Fragebogen Ernährung.....	10
3.2 Fragebogen Körperliche Aktivität.....	11
3.3 Fragebogen Rauchen.....	12
3.4 Fragebogen Zahngesundheit und Mundhygiene.....	13
3.5 Fragebogen Alkoholkonsum.....	14
<b>4. Screening- und Monitoringblatt.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Intervention Motivierende Gesprächsführung (MG).....</b>	<b>18</b>
5.1 MG Ernährung.....	19
Handbuch.....	21
Arbeitsblätter.....	60
5.2 MG Körperliche Aktivität.....	72
Handbuch.....	74
Arbeitsblätter.....	110
5.3 MG Rauchen.....	121
Handbuch.....	123
Arbeitsblätter.....	163
5.4 MG Zahngesundheit und Mundhygiene.....	174
Handbuch.....	176
Arbeitsblätter.....	214
5.5 MG Alkoholkonsum.....	225
Handbuch.....	227
Arbeitsblätter.....	265

---

<b>6. Motivierende Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen .....</b>	<b>276</b>
<b>7. HELPS Toolkit Feedback Fragebogen .....</b>	<b>282</b>



## **EINLEITUNG**

## 1. Einleitung

### 1.1 Das HELPS Projekt

HELPS ist ein multidisziplinäres europäisches Netzwerk mit dem Ziel, die Kenntnisse über die Verbreitung und Ursachen körperlicher Erkrankungen bei Bewohnern von Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, sowie effiziente Möglichkeiten zur Prävention somatischer Erkrankungen in Europa bereitzustellen.

#### **Warum ist die Förderung der Gesundheit von Bewohnern psychiatrischer und sozialer Wohn- und Behandlungseinrichtungen wichtig?**

Studien aus verschiedenen Ländern zeigen, dass Bewohner mit psychischen Problemen in sozialen Wohn- und Behandlungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine höhere Prävalenz von Übergewicht, Bluthochdruck, kardiovaskulären Erkrankungen, Zahnproblemen, Erkrankungen der Atemwege, Diabetes mellitus, anderen Stoffwechselstörungen sowie Krebs aufweisen. Ihr Risiko vorzeitig durch eine somatische Krankheit zu sterben ist daher ebenfalls größer. Diese erhöhten Krankheits- und Sterberisiken sind unvereinbar mit dem Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde der Betroffenen. Gegenwärtig gibt es keine umfassenden Aktivitäten zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit von Bewohnern solcher Einrichtungen. Ungesunde Lebensgewohnheiten, Nebenwirkungen von Medikamenten, ungünstige Lebensbedingungen und die Vernachlässigung der körperlichen Gesundheit werden als zentrale Ursachen für die schlechte körperliche Gesundheit der Betroffenen angesehen. Studien zeigen aber auch, dass die somatische Diagnostik im Rahmen der psychiatrischen Therapie häufig Mängel aufweist. Zudem gibt es nur wenige Initiativen zur Prävention körperlicher Erkrankungen bei psychisch kranken Menschen. Das Wissen über Ursachen des erhöhten körperlichen Krankheitsrisikos ist lückenhaft, epidemiologische Daten über die Verbreitung in Europa fehlen. Spezifische standardisierte Screening-Verfahren für die betroffene Zielgruppe sind oft

nicht verfügbar oder werden kaum beachtet. Auch fehlen Informationen zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von zielgruppenspezifischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

## **1.2 Intentionen und Ziele**

In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Stakeholdern, Gesundheitsexperten und Betroffenen ist ein Ziel von HELPS ein Toolkit zur Förderung der körperlichen Gesundheit zu entwickeln, das in den unterschiedlichsten psychiatrischen Einrichtungen in Europa angewandt werden kann. Das HELPS Toolkit soll es Bewohnern und den Mitarbeitern dieser Einrichtungen ermöglichen, die wichtigsten Gesundheitsrisiken in der jeweiligen Einrichtung zu identifizieren und die im spezifischen Setting am besten geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auszuwählen. Die Initiatoren von HELPS erwarten, dass eine intensive und weit verbreitete Nutzung des Toolkits zu einer signifikanten Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen kann. Die Verbreitung des Toolkits soll Grundlage einer europäischen Datenbasis zu den Lebensbedingungen von Bewohnern psychiatrischer Einrichtungen werden. Insgesamt sollen die Ergebnisse des Projektes einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Erhaltung der Menschenrechte, der Würde und des Gesundheitszustandes der betroffenen Menschen leisten.

HELPS setzt sich zum Ziel, den Experten bei der Entwicklung von Programmen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu helfen. Solche Strukturen sollen die Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Änderung ihres ungesunden Verhaltens motivieren, um durch den gesunden Lebensstil körperliche Krankheiten und Beschwerden vorzubeugen und sie zu verringern. Außerdem, sollen die Patienten darin bestärkt werden, eine gesunde alltägliche Lebensführung zu gestalten.

Die Prävention und die Behandlung körperlicher Erkrankungen als Folge eines ungesunden Lebensstils stellt ein komplexes Problemfeld dar, für das es keine einfachen Lösungen gibt. Das HELPS-Toolkit bietet Interventionen und

praktische Empfehlungen, basierend auf der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen muss aber bewusst sein, dass eine Vielzahl an Faktoren das Erreichen und das längerfristige Erhalten eines gesunden Lebensstils behindern können. Derartige störende Faktoren sollten umfassend erhoben werden. Solche behindernde Faktoren können unter anderem sein:

- Ungenügender Wissensstand; zum Beispiel: über Auswirkungen eines ungesunden Lebensstil auf die körperliche Gesundheit (schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, schlechte Zahnhygiene, exzessives Rauchen sowie Alkoholkonsum)
- Umgebungsfaktoren, zum Beispiel keine Möglichkeit für körperliche Aktivität in der näheren Umgebung
- Soziales Umfeld, zum Beispiel, Ansichten der Familie, Freunde, Mitbewohnern und Nachbarschaft
- Die finanzielle Situation der Betroffenen
- Fehlende Fertigkeiten und/oder vermindertes Selbstbewusstsein



## **DAS HELPS TOOLKIT**

**EIN INSTRUMENT ZUR FÖRDERUNG  
DER KÖRPERLICHEN GESUNDHEIT VON BEWOHNERN  
PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNGS- UND  
PFLEGEEINRICHTUNGEN**

---

## **2. Das HELPS Toolkit**

### **2.1 Überblick über das HELPS Toolkit**

Das HELPS– Toolkit besteht aus einer Reihe von Interventionen, bei denen Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen oder sozialen Einrichtungen leben, helfen, individuelle Strategien zu einem gesunden Lebensstil zu entwickeln. Weiters beinhaltet das Toolkit Screeningvorschläge zu Erfassung des körperlichen Zustands der Betroffenen, sowie Fragebögen um ungesunde Verhaltensmuster im Bereich Ernährung, körperlichen Aktivitäten, Rauchen, Alkoholkonsum und Mundhygiene zu erfassen. Das HELPS Toolkit kann in Einzel- und auch in einem Gruppensetting angewendet werden. In den einzelnen Einheiten arbeiten die professionellen Mitarbeiter gemeinsam mit den Betroffenen und bieten Informationen und Vorschläge, die die Betroffenen für ihre körperliche Gesundheit und ihren individuellen Lebensstil verwenden können. Dabei sollen die Betroffenen selbst persönliche Ziele entwickeln und festlegen, aber auch Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Strategien im Alltag erfahren (Prinzip des „Empowerment“).

### **2.2 Was bietet das HELPS Toolkit an?**

Das HELPS-Toolkit beinhaltet Interventionsmaßnahmen (Handbücher und Arbeitsblätter), ein Screening-und-Monitoring-Blatt, Fragebögen zur Erfassung des aktuellen Gesundheitszustandes als auch Verhaltensweisen der Patienten zu folgenden Bereichen: „Ernährung“, „körperliche Aktivität“, „Rauchen“, „Alkoholkonsum“ sowie „Zahngesundheit und Mundhygiene“.

---

Im Detail:

- **Fragebögen zur Einschätzung der aktuellen Situation**

Kurzer Fragebogen, um die aktuelle Situation, Verhalten und Gewohnheiten von Patienten in den folgenden Bereichen zu eruieren:

- Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Zahngesundheit und Mundhygiene

Diese Beurteilungsinstrumente sollen helfen, den Bedarf an Intervention in den genannten Bereichen zu entdecken.

- **Screening und Monitoringblatt**

Das Screening- und Monitoringblatt soll Mitarbeitern helfen, den körperlichen Gesundheitszustand der Betroffenen zu überprüfen und zu überwachen.

- **Intervention Motivierende Gesprächsführung**

Handbücher und Arbeitsblätter adaptiert auf die Bereiche:

- Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Rauchen
- Alkoholkonsum
- Zahngesundheit und Mundhygiene

- **HELPS Toolkit Feedback Fragebogen**

Ein Fragebogen um zu erfassen, ob das HELPS- Toolkit implementiert und angewandt wurde. Dieser Feedbackbogen enthält Fragen zu Akzeptanz, Anwendbarkeit, Inhalt, Praktikabilität und Effektivität.

---

### **2.3 Format des HELPS Toolkit**

Die HELPS Interventionsmaßnahmen können sowohl in Einzel- als auch im Gruppensetting verwendet werden. Die primären Vorteile des individuellen Formates liegen darin, dass die Intervention genauer auf den Bedarf des Einzelnen ausgerichtet werden kann, dass mehr Zeit für individuellen Anliegen des Patienten zur Verfügung steht und mehr Zeit auf individuelle Sorgen und Fragen des Patienten verwendet werden kann. Der Hauptvorteil des Gruppenformates liegt darin, dass der Betroffene vermehrt Feedback, soziale Unterstützung, Ideen und Vorschläge von den anderen Teilnehmern erhalten kann. Gruppenformate können auch ökonomischer sein. Aber es bleibt auch die Möglichkeit Gruppen- und Einzelsitzungen flexibel zu kombinieren.

### **2.4 Evaluierung des HELPS Toolkit**

Evaluierungen und Prozessmaßnahmen geben Ihnen die Möglichkeit in einer subjektiven und strukturierten Art und Weise festzustellen, ob die von Ihnen angebotenen Leistungen / Methoden zu den angesetzten Zielen führen. Aus diesem Grund und als Teil unseres Engagements zur Verbesserung des HELPS-Toolkits und der angebotenen Leistungen, geben wir den Nutzern des HELPS-Toolkits einen Fragebogen, den "HELPS- Toolkit Feedback-Fragebogen". Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns durch Ausfüllen dieses Formulars und die Rückgabe an Ihr örtliches HELPS- Zentrum helfen. Wir versichern Ihnen, dass ihre Bewertung anonym gehalten wird, außer sie entscheiden sich für die Angabe Ihrer persönlichen Daten am Ende des Formulars.



## **FRAGEBÖGEN ZUR EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITSVERHALTENS**

- **ERNÄHRUNG**
- **KÖRPERLICHE AKTIVITÄT**
- **RAUCHEN**
- **ALKOHOLKONSUM**
- **ZAHNGESUNDHEIT UND MUNDHYGIENE**

Lieber Teilnehmer / Liebe Teilnehmerin,

nachfolgend finden Sie einige Fragen und Aussagen über Essgewohnheiten und Ernährungsverhalten. Bitte geben Sie uns an, inwieweit diese Fragen und Aussagen auf Sie zutreffen, in dem Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“ ankreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie jene Antwort markieren, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.

1. Haben Sie sich schon mal schlecht oder schuldig wegen Ihrer Essgewohnheiten oder der ungesunden Ernährung gefühlt?	Ja	Nein
2. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihre Ernährung umstellen sollten?	Ja	Nein
3. Ich genieße es zu essen, aber manchmal esse ich zuviel.	Ja	Nein
4. Mein Essverhalten oder meine ungesunde Ernährung sind manchmal ein Problem für mich.	Ja	Nein
5. Ich bin an einem Punkt angelangt an dem ich darüber nachdenken sollte, mich bewusster und gesünder zu ernähren.	Ja	Nein
6. Ich habe körperliche Beschwerden aufgrund meines Essverhaltens und der ungesunden Ernährung.	Ja	Nein
7. Wenn ich weniger ungesunde Nahrungsmittel (wie z.B. Süßigkeiten und Salzgebäck) essen würde, dann könnte ich mein körperliches Wohlbefinden verbessern.	Ja	Nein
8. Meine ungesunde Ernährung und meine Essgewohnheiten schaden meinem Körper.	Ja	Nein
9. Haben Sie sich schon mal darüber geärgert, dass andere Ihr Essverhalten oder Ihr ungesundes Ernährungsverhalten kritisiert haben?	Ja	Nein
10. Es täte meinem Körper gut, wenn ich mich gesünder ernähren würde.	Ja	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lieber Teilnehmer / Liebe Teilnehmerin,

nachfolgend finden Sie einige Fragen und Aussagen über körperliche Aktivitäten und Bewegung. Bitte geben Sie uns an, inwieweit diese Fragen und Aussagen auf Sie zutreffen, in dem Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“ ankreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie jene Antwort markieren, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.

---

1. Haben Sie sich schon mal schlecht oder schuldig gefühlt, weil Sie sich zu wenig bewegen oder weil Sie körperlich untätig sind?	Ja	Nein
2. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie körperlich aktiver werden und sich mehr bewegen sollten?	Ja	Nein
3. Ich mag körperliche Anstrengung nicht, aber manchmal bewege ich mich wirklich zu wenig.	Ja	Nein
4. Mein Bewegungsmangel ist manchmal ein Problem für mich.	Ja	Nein
5. Ich bin an einem Punkt angelangt an dem ich darüber nachdenken sollte, mich mehr zu bewegen oder körperlich aktiver zu werden.	Ja	Nein
6. Ich habe körperliche Probleme, weil ich mich so wenig bewege.	Ja	Nein
7. Wenn ich mich mehr bewegen würde, könnte ich mein körperliches Wohlbefinden steigern.	Ja	Nein
8. Mein Bewegungsmangel und die körperliche Untätigkeit schaden meinem Körper.	Ja	Nein
9. Haben andere Menschen Sie schon mal dadurch verärgert, weil sie Ihren Mangel an körperlicher Bewegung kritisiert haben?	Ja	Nein
10. Es täte meinem Körper gut, wenn ich mich mehr bewegen würde.	Ja	Nein

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lieber Teilnehmer / Liebe Teilnehmerin,

nachfolgend finden Sie einige Fragen und Aussagen über das Rauchen und den Konsum von Zigaretten. Bitte geben Sie uns an, inwieweit diese Fragen und Aussagen auf Sie zutreffen, in dem Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“ ankreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie jene Antwort markieren, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.

1. Haben Sie sich schon mal schlecht oder schuldig wegen Ihres Zigarettenkonsums oder des Rauchens gefühlt?	Ja	Nein
2. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie weniger rauchen sollten?	Ja	Nein
3. Ich genieße es zu rauchen, aber manchmal rauche ich zuviel.	Ja	Nein
4. Das viele Rauchen ist manchmal ein Problem für mich.	Ja	Nein
5. Ich bin an einem Punkt angelangt an dem ich darüber nachdenken sollte, weniger zu rauchen.	Ja	Nein
6. Ich habe körperliche Beschwerden und Probleme durch das Rauchen.	Ja	Nein
7. Wenn ich weniger Rauchen würde, könnte ich mein körperliches Wohlbefinden verbessern.	Ja	Nein
8. Das Nikotin und das Rauchen schaden meinem Körper.	Ja	Nein
9. Haben andere Menschen Sie schon mal dadurch verärgert, weil sie Ihren Nikotinkonsum oder das Rauchen kritisiert haben?	Ja	Nein
10. Es täte meinem Körper gut, wenn ich weniger rauchen würde.	Ja	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lieber Teilnehmer / Liebe Teilnehmerin,

Nachfolgend finden Sie einige Fragen und Aussagen über Mundpflege und den Zustand ihrer Zähne. Bitte geben Sie uns an, inwieweit diese Fragen und Aussagen auf Sie zutreffen, in dem Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“ ankreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie jene Antwort markieren, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.

1. Haben Sie sich schon einmal schlecht oder unwohl aufgrund des Zustands Ihrer Zähne oder der Mundhöhle gefühlt?	Ja	Nein
2. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie mehr für Ihre Zahngesundheit tun oder die Mundhygiene verbessern sollten (z.B. durch Zähneputzen)?	Ja	Nein
3. Ich pflege meine Zähne und mache Mundhygiene, aber manchmal vernachlässige ich das schon mehrere Tage oder auch Wochen lang.	Ja	Nein
4. Meine Zahngesundheit und Mundpflege ist manchmal ein Problem für mich (z.B. Zähne putzen ist manchmal ein Problem für mich).	Ja	Nein
5. Ich bin an einem Punkt angelangt an dem ich über meine Zahngesundheit und Mundhygiene nachdenken sollte.	Ja	Nein
6. Ich habe (körperliche) Probleme aufgrund meiner schlechten Zähne oder meiner schlechten Mundpflege.	Ja	Nein
7. Wenn ich meine Mundpflege verbessern würde, dann könnte ich mein körperliches Wohlbefinden verbessern.	Ja	Nein
8. Meine schlechte Mundpflege schadet meinem Körper (z.B. den Zähne).	Ja	Nein
9. Haben andere Menschen Sie schon mal dadurch verärgert, dass sie Ihren Zustand der Zähne oder ihre Mundpflege kritisiert haben?	Ja	Nein
10. Es täte meinem Körper gut, wenn ich meine Mundhygiene verbessern würde (z.B. indem ich öfter meine Zähne putzen würde).	Ja	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lieber Teilnehmer / Liebe Teilnehmerin,

nachfolgend finden Sie einige Fragen und Aussagen über Alkoholkonsum und Trinkverhalten. Bitte geben Sie uns an, inwieweit diese Fragen und Aussagen auf Sie zutreffen, in dem Sie entweder das „Ja“ oder das „Nein“ ankreuzen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist, dass Sie jene Antwort markieren, die am besten auf Sie persönlich zutrifft.

1. Haben Sie sich schon mal schlecht oder schuldig wegen Ihres Alkoholkonsums gefühlt?	Ja	Nein
2. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?	Ja	Nein
3. Ich genieße es zu trinken, aber manchmal trinke ich zuviel.	Ja	Nein
4. Mein Alkoholkonsum ist manchmal ein Problem für mich.	Ja	Nein
5. Ich bin an einem Punkt angelangt an dem ich darüber nachdenken sollte, weniger Alkohol zu trinken.	Ja	Nein
6. Ich habe körperliche Probleme aufgrund meines Alkoholkonsums.	Ja	Nein
7. Wenn ich weniger Alkohol trinken würde, könnte ich mein körperliches Wohlbefinden verbessern.	Ja	Nein
8. Mein Alkoholkonsum schadet meinem Körper.	Ja	Nein
9. Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass andere Ihr Alkoholkonsum oder Trinkverhalten kritisiert haben?	Ja	Nein
10. Es täte meinem Körper gut, wenn ich weniger Alkohol trinken würde.	Ja	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



**SCREENING- UND  
MONITORINGBLATT**



## Empfehlungen für Beobachtung der Patienten

	Baseline = 1. Monat	2. Monat	3. Monat	4. Monat	5. Monat	6. Monat	7. Monat	8. Monat	9. Monat	10. Monat	11. Monat	12. Monat
Persönliche/ Fam. Geschichte	X											
<b>Gewichtszunahme</b>												
Gewicht / BMI	X	X	X	X	X	X			X			X
Taillenumfang	X	X	X	X	X	X			X			X
<b>Diabetis</b>												
Diät Plasma Glucose	X		X			X						X
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankung</b>												
Blutdruck	X											
EKG	X											
QT-Zeit	X											
<b>Hyperlipidämie</b>												
Diät Lipid Profil	X					X						X
Cholesterol	X		X			X						X
HDL	X		X			X						X
LDL	X		X			X						X
Triglyerid	X		X			X						X
<b>Hyperprolaktinämie</b>												
Prolaktin Serum	X											
<b>Hepatitis</b>												
Leber Funktion	X											
<b>Rauchen</b>												
Klinisches Interview	X											
Lungen Röntgen	X											
<b>Sexuale Aktivität</b>												
Klinisches Interview	X	X	X	X	X	X			X			X
<b>Zahnstatus</b>												
Untersuchung beim Zahnarzt	X					X						X
<b>Hauterkrankung</b>												
Untersuchung beim Zahnarzt	X											X
<b>Nebenwirkungen von Medikamenten</b> (extrapyramidale Nebenwirkungen und tardive Dyskinesie)												
Neurolog. Untersuchung für EPS	X											X



## **INTERVENTION MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG**

- **ERNÄHRUNG**
- **KÖRPERLICHE AKTIVITÄT**
- **RAUCHEN**
- **ALKOHOLKONSUM**
- **ZAHNGESUNDHEIT UND MUNDHYGIENE**

---

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Ernährung**

---



**- Forschungsmanual -**

**Entwickelt im Rahmen des Forschungsprojekts HELPS**

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Ernährung**

**Dieses Manual basiert auf „Motivational Enhancemet Therapy Manual“ (1995) von William Miller, Allen Zweben, Carlo DiClemente und Roberto Rychtarik. NIH Publikation Nr. 943723**

## **Kontakt:**

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D - 89312 Günzburg

Tel.: 08221 / 962862  
Fax : 08221 / 9628160  
Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Weiterführende Informationen: <http://www.helps-net.eu/index.htm>

---

## **MG - Ernährung**

---



## **HANDBUCH**

## Vorwort

Motivierende Gesprächsführung (MG; engl. Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 1991) Ernährung bedient sich eines systematischen Interventionszuganges, um Veränderungsprozesse herbeizuführen. Es basiert auf den Prinzipien der Motivationspsychologie und ist so konzipiert, dass im Bereich gesunde Ernährung schnelle und verinnerlichte motivationale Veränderungen hervorgerufen werden. Diese Form der Behandlung zielt auf Motivationsstrategien ab, die die individuellen Ressourcen für Veränderungsprozesse bei den Betroffenen aktivieren. Diese Therapie kann als eigenständige Intervention bzw. als vorgelagerte Behandlung oder auch als zusätzliche Option bei bereits laufenden Therapien angewendet werden.

Das Manual „MG-Ernährung“ wird mit der Idee veröffentlicht, Behandlungsabläufe und –zugänge, die im Rahmen des HELPS-Projektes entwickelt wurden, einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Forschungshandbuch ist für professionelle klinische Mitarbeiter zusammengefasst und wurde, basierend auf der Gesprächstechnik „Motivational Interviewing“, für Menschen mit Problemen im Bereich Ernährung konzipiert. Dieses Manual wurde im Rahmen des HELPS-Projektes ausgearbeitet, das Projekt finanziert sich durch Mittel der Europäischen Kommission (DG Sanco - Contract No 2006224).

Das vorliegende Dokument ist eine Adaption und Erweiterung des Manuals „MATCH - Motivational Enhancement Therapy“. Weite Teile des Textes wurden übersetzt bzw. auf den Bereich „Ernährung“ adaptiert. Beispiele werden zur Veranschaulichung und für die einfachere Umsetzung in die Praxis angeführt, um die theoretische Basis zu verdeutlichen.

Das vorliegende Manual „MG-Ernährung“ wurde für die Durchführung von motivierender Gesprächsführung im stationären und ambulanten Bereich konzipiert und lässt sich gut in die Regelversorgung von psychiatrischen Heimen und Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen integrieren.

Bezüglich der Effektivität dieser Behandlungsmethode wird in dem vorliegenden Manual nicht Bezug genommen. Es wird jedoch festgehalten, dass die Prinzipien von MG im klinischen sowie auch im experimentellen Forschungsbereich gut belegt sind, die spezifische Effektivität und Validität des MG-Ernährung, wie in diesem Manual beschrieben, bleibt noch offen.

Im Folgenden werden zunächst die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung erläutert. Anschließend werden die einzelnen Schritte der MG-Technik beschrieben und Beispiele genannt, die aus dem Anwendungsbereich „Ernährung“ entstammen, um eine Übertragung in den praktischen Alltag zu erleichtern. Abschließend werden Empfehlungen gegeben, wie mit spezifischen Problemstellungen, welche während der Anwendung der Gesprächsführung auftreten können, umgegangen werden kann.

## Einleitung

### **Motivierende Gesprächsführung – adaptiert auf den Bereich „Ernährung“**

Bei der motivierenden Gesprächsführung für den Bereich „Verhaltensänderung der Ernährungsgewohnheiten“ ist zu berücksichtigen, dass sich die Verhaltensänderungen mehr auf Modifikation und Neugestaltung als auf Abstinenz beruhen. Auch bleibt festzuhalten, dass es grundsätzlich keine zeitlichen Vorgaben oder Fristen gibt. Es sollen vielmehr klar definierte und konkrete Ziele bezüglich einer bestimmten Verhaltensänderung herausgearbeitet und verstärkt werden.

Veränderungen im Bereich Ernährung müssen unter einer langfristigen, wenn nicht sogar unter lebenslanger Perspektive gesehen werden, wenn diese auch effektiv Einfluss auf den Gesundheitszustand der Betroffenen haben sollen. Folgerichtig kann die Ambivalenz der Betroffenen die zentrale Hürde für solche langfristigen Veränderungen darstellen.

Die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung soll dazu führen, dass die Klienten lernen Wege zu finden, mit denen subjektiv unüberwindbar erscheinende Hürden auch genommen werden können. Weiter bleibt anzumerken, dass die Reduktion von gewohnten Geschmacksrichtungen (z. B. salzige Mahlzeiten) bzw. der vollständige Verzicht auf persönlich bevorzugte Speisen (Fast Food, Süßigkeiten, Kuchen u. a.) oft mit Unlust- bzw. Verlustgefühlen einhergeht, sich negativ auf die Befindlichkeit und Stimmung auswirkt und dies schließlich zu einem Abbruch der Therapie führen kann. Folglich sollte eines der wichtigsten Ziele bei der Verwendung der Motivierenden Gesprächsführung die Unterstützung der positiven Aspekte eines Veränderungsprozesses sein (z. B. was wird gewonnen, was verloren).

### **Ziele der Motivierenden Gesprächsführung**

Die motivierende Gesprächsführung hat vor allem zwei Ziele:

1. Ziel: Förderung der Änderungsbereitschaft  
→ wenn Patienten wenig Änderungsbereitschaft signalisieren, steht die Förderung der intrinsischen (= inneren) Motivation am Anfang
2. Ziel: Förderung der Änderungskompetenz  
→ bei bestehender Änderungsbereitschaft steht die Klärung der Frage „Wie kann ich die Veränderung erreichen?“ im Vordergrund. In dieser Phase ist die Förderung der Änderungskompetenz Ziel der Intervention.

Um diese Ziele erreichen zu können bietet die Motivierende Gesprächsführung verschiedene Interventionstechniken an, auf die weiter unten eingegangen wird (→ Grundlegende Prinzipien der MG, S. 9)

## Das Phasenmodell des Veränderungsprozesses

Prochaska & DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986) haben ein transtheoretisches Modell beschrieben, wie Menschen ihr Verhalten, sowohl im Rahmen einer formellen Behandlung als auch ohne eine solche, ändern können. In dieser transtheoretischen Perspektive bewegen sich Individuen im Rahmen eines Veränderungsprozesses durch verschiedene Phasen hindurch, in denen problematische Verhaltensweisen modifiziert werden. Dieses Konzept der unterschiedlichen Phasen ist wichtig, um Veränderungsprozesse überhaupt zu verstehen. Jede dieser Phasen stellt bestimmte Anforderungen und verlangt gewisse Fertigkeiten, um eine Veränderung auch wirklich zu erreichen. Sechs voneinander abgrenzbare Phasen wurden im Rahmen dieses Modells identifiziert (Prochaska & Di Clemente, 1984, 1986).

Menschen, die keine Absichten zur Veränderung von problematischen Verhaltensweisen erkennen lassen, befinden sich laut Definition in einer **Absichtslosigkeitsphase** (engl. „Precontemplation“). Die nächste Stufe, genannt **Vorbereitungsphase** (engl. „Contemplation“), beschreibt einen Zeitraum, in dem eine Person sowohl die Existenz eines Problems zu erkennen beginnt, als auch die Machbarkeit bzw. den Aufwand einer Veränderung ihres Verhaltens in Erwägung zieht. Im Rahmen des weiteren Veränderungsprozesses, gelangt der Betroffene in die **Entscheidungsphase** (engl. „Determination“), in der Beschlüsse zu Aktivität und Veränderung gefasst werden. Ab dem Zeitpunkt, zu dem die Person mit der Änderung ihres problematischen Verhaltens beginnt, befindet sie sich in der **Handlungsphase** (engl. „Action“), die normalerweise etwa 3-6 Monate anhält. Als nächstes erreicht der Betroffene die **Aufrechterhaltungsphase** (engl. „Maintenance“). Falls der Veränderungsprozess misslingt, spricht man von einer **Rückfallsphase** (engl. „Relapse“) und die Person kann den Zyklus erneut beginnen.

Der ideale Weg ist also eine progressive direkte Veränderung von einer Phase in die nächste, bis zum Erreichen der *Aufrechterhaltungsphase*. Der Mehrzahl der Betroffenen mit spezifischen ungesunden Ernährungsgewohnheiten werden im Rahmen des Veränderungsprozesses immer wieder Rückfälle bzw. Fehler unterlaufen, was ein Erreichen der *Handlungs-* bzw. *Aufrechterhaltungsphase* unmöglich macht. Die gute Nachricht ist jedoch, dass die meisten Rückfälle erneut mit einem Beginn des Zyklus einhergehen und die Personen wieder in die *Vorbereitungsphase* eintreten und einen erneuten Veränderungsprozess beginnen. Ein mehrfaches „Durchwandern“ dieses Zyklus ist häufig zu beobachten, bevor Patienten eine Veränderung auch erfolgreich durchhalten können.

Aus der Perspektive der verschiedenen Phasen bei Veränderungsprozessen, bezieht sich der Zugang der motivierenden Gesprächsführung vor allem auf die derzeitige Position im Rahmen der Veränderung und unterstützt den Patienten erfolgreich und nachhaltig durch die verschiedensten Phasen des Veränderungsprozesses hindurch. Für den MG-Therapeuten ist die *Vorbereitungs-* und *Entscheidungsphase* am

kritischsten. Das Ziel sollte sein, den Patienten bei grundlegenden Überlegungen in zwei Bereichen zu unterstützen:

1. Sowohl die Erkenntnis, vor welchem Ernährungsproblem der Betroffene steht und in welcher Weise es ihn affiziert (positiv oder negativ), als auch die Abwägung von Pro und Contra einer ungesunden Ernährungsweise sind essentiell, um von der *Vorbereitungs-* in die *Entscheidungsphase* überzugehen.
2. In der *Vorbereitungsphase* wägt der Patient sowohl die prinzipielle Möglichkeit als auch die Vor- bzw. Nachteile einer Veränderung seines ungesunden Ernährungsstils ab. Der Betroffene überlegt, ob er selbst zu einer Veränderung fähig ist und in welcher Form solche Veränderungen sein Leben beeinflussen werden.

In der *Entscheidungsphase* entwickeln die Patienten eine starke Grundhaltung, um Aktivität entwickeln zu können. Diese Haltung wird auch durch Erfahrungen aus der Vergangenheit bei verschiedenen Veränderungsversuchen beeinflusst. Personen, denen schon früher in mehreren Versuchen nicht gelang, ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern, benötigen verstärkte Unterstützung, um erneut einen Beschluss zu fassen, und einen neuen Veränderungszyklus beginnen zu können.

Das Verstehen eines Veränderungsprozesses kann dem MG-Therapeuten helfen Empathie für den Patienten aufzubauen und gilt auch als richtungweisend für das adäquate Vorbereiten von Interventionsstrategien. Es bleibt festzuhalten, dass Patienten zwar immer ihren eigenen individuell ausgeprägten Zyklus von Veränderung durchschreiten, jedoch ist das Prinzip des Zyklus an sich bei allen gleich. Die Geschwindigkeit und die Effizienz, mit der ein solcher Zyklus durchschritten wird, variiert von Person zu Person. Das Ziel ist es, den Betroffenen im Bewältigen der verschiedenen Phasen zu unterstützen und dies so effektiv und schnell wie möglich zu gestalten.

Die Technik von MG ist in den Theorien und der Forschung über motivationale Veränderungsprozesse gut eingebettet. Die Technik berücksichtigt ein breites Verständnis der verschiedenen Phasen und Prozesse bei Veränderungen ungesunder Ernährungsweisen. MG basiert auf motivationalen Prinzipien, die sowohl aus experimentellen als auch aus klinischen Forschungsbereichen abgeleitet wurden. Der motivationale Zugang ist durch klinische Studien gut untermauert: die Effektivität ist mit Ergebnissen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vergleichbar und in Anbetracht der Kosteneffektivität schneidet der Behandlungszugang von MG im Vergleich zu anderen nicht schlechter ab (Holder et al., 1991).

## **Grundlegende Prinzipien**

Der Zugang von MG beginnt mit der Überlegung, dass die Verantwortung und die Möglichkeiten für eine Veränderung beim Patienten selbst liegen. Das Ziel des Therapeuten ist es ein Setting zu gestalten, welches den Patienten darin unterstützt, seine eigenen Motivationen und Veränderungsmöglichkeiten herauszufinden. Anstatt die Therapiesitzung selbst als primären Ort für Veränderung anzusehen, versucht der Behandelnde die inneren Ressourcen des Patienten zu mobilisieren. MG zielt darauf ab, die intrinsische Motivation zur Veränderung zu aktivieren, was dazu führen soll, dass der Patient Veränderungen initiiert, diese aufrechterhält und infolge dessen weitere Anstrengungen unternimmt, sein Verhalten zu verändern. Miller & Rollnick (1991) haben fünf grundlegende motivationale Prinzipien für einen solchen Zugang beschrieben:

- Empathischer Beratungsstil
- Entwicklung von Diskrepanzen
- Vermeidung von Beweisführungen
- Widerstand aufnehmen und umlenken
- Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern

### **Empathischer Beratungsstil**

Der MG-Therapeut versucht in der Kommunikation großen Respekt gegenüber dem Patienten zu vermitteln. Kommunikationsstile, die eine Über- bzw. Unterlegenheit in der Beziehung darstellen, sollten vermieden werden. Die Rolle des Therapeuten ist eine Mischung aus unterstützendem Begleiter und wissendem Berater. Die Freiheit des Patienten bei der Wahl und Richtung eines Prozesses wird respektiert. Es bleibt festzuhalten, dass unter diesem Aspekt nur der Patient entscheiden kann, welche Veränderungen in der Folge durchgeführt werden. Der Therapeut versucht vielmehr zusätzliche Wege aufzuzeigen als Wege abzuwerten, und Neues aufzubauen als Altes niederzureißen. Bei der Arbeit mit MG ist das Zuhören bei weitem wichtiger als das Belehren. Die Überzeugungsarbeit ist behutsam, subtil und immer in dem Wissen, dass Veränderungsprozesse alleine vom Patienten ausgehen können, zu leisten. Die Kraft dieser behutsamen, nicht aggressiven Überzeugungsarbeit ist in vielen klinischen Arbeiten anerkannt worden. Das aktive Zuhören, Reflektieren und Spiegeln von Inhalten ist eine Schlüsselfähigkeit im Rahmen von MG. Es vermittelt eine grundlegende Akzeptanz des Patienten und betont auch die Unterstützung im Veränderungsprozess.

### **Entwicklung von Diskrepanzen**

Motivation zur Veränderung entsteht, wenn Personen sich des Gegensatzes zwischen der Situation, in der sie sich befinden und dem Zustand, in dem sie eigentlich gerne sein wollen, bewusst werden. Der MG-Zugang fokussiert auf das Wahrnehmen von solchen Gegensätzen, in diesem Fall auf ungesunde

Ernährungsgewohnheiten. In manchen Fällen (z. B. bei Personen in der *Absichtslosigkeitsphase* im Prochaska & DiClementes-Modell) scheint es notwendig, ein Bewusstsein für solche Gegensätze überhaupt erst einmal zu entwickeln, indem man die Aufmerksamkeit des Patienten auf verschiedene persönliche Folgeerscheinungen seiner schlechten Ernährungsgewohnheiten lenkt.

Solche sorgfältig aufgearbeiteten Informationen können eine Krise im Rahmen des Motivationsveränderungsprozesses hervorrufen. Daraus entwickelt sich manchmal bei dem Betroffenen eine verstärkte Auseinandersetzung über verschiedenste Veränderungsmöglichkeiten, mit dem Hintergedanken, die plötzlich realisierten Diskrepanzen zu reduzieren und so bald wieder zu einem emotionalen Gleichgewicht finden zu können. In anderen Fällen betritt der Patient das Behandlungsprozedere in einer späteren Phase (z.B. *Vorbereitungsphase*) und es werden weniger Zeit und Erfordernisse nötig sein, um zu dem Punkt zu gelangen, an dem der Patient sich für Veränderungen entscheidet.

### **Vermeidung von Beweisführungen**

Falls schlecht angewendet, kann die Ambivalenz und das Bewusstwerden von Gegensätzen in einer defensiven Copingstrategie enden und auf diesem Weg das Unbehagen des Patienten reduzieren, wobei jedoch keine Veränderung der ungesunden Ernährungsgewohnheiten und der daraus resultierenden Risiken einhergeht. Ein unrealistischer „Angriff“ (aus der Perspektive des Patienten) auf die ungesunden Ernährungsgewohnheiten führt zumeist zu einer defensiven Haltung und zu Widerstand und impliziert subjektiv auch, dass der Therapeut die Situation nicht richtig versteht.

Der MG-Stil vermeidet explizit Argumentationen und Schlussfolgerungen, die zum Auftreten von Widerstand führen könnten. Der Therapeut versucht nicht mit der Kraft von Argumenten zu beweisen oder zu überzeugen. Stattdessen verwendet der Behandelnde andere Strategien, die den Patienten darin unterstützen, über die Folgen seines ungesunden Lebensstils gründlich nachzudenken und beginnt die subjektiv positiven Aspekte der ungesunden Ernährung mit dem Patienten abzubauen. Wenn MG sorgfältig durchgeführt wird, ist es der Patient und nicht der Therapeut, welcher Argumente für Veränderungen hervorzubringen beginnt (Miller & Rollnick, 1991).

### **Widerstand aufnehmen und umlenken**

Der Umgang des Therapeuten mit dem Widerstand des Patienten ist ein essentieller und definierender Aspekt im Rahmen von MG. Die Strategie von MG ist nicht dem Widerstand frontal zu begegnen, sondern diesen mit dem Ziel zu verwenden, die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Veränderungsprozess zu lenken. Dem Betroffenen werden neue Möglichkeiten präsentiert, über Probleme nachzudenken, jedoch nicht von ihm gefordert. Ambivalenz wird als normal und nicht als pathologisch angesehen und weitsichtig exploriert. Die Lösungen werden

normalerweise vom Patienten selbst erarbeitet und nicht vom Therapeuten vorgegeben. Dieser Umgang mit dem Widerstand des Patienten wird im Folgenden noch detaillierter beschrieben.

### **Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern**

Eine Person, die davon überzeugt ist, dass sie ein grundlegendes Problem hat, wird nicht beginnen, sich zu verändern, bis zu dem Zeitpunkt, ab dem auch Aussicht auf Erfolg zu bestehen scheint. Pandura (1982) hat diese Selbstwirksamkeit als kritischen Faktor in der Veränderung von Verhaltensweisen beschrieben. Selbstwirksamkeit ist, im Wesentlichen, der Glaube, dass man selbst ein bestimmtes Verhaltensmuster bzw. bestimmte Fertigkeiten erlernen kann. In diesem Fall muss der Patient davon überzeugt sein, dass es für ihn möglich ist, sein ungesundes Ernährungsverhalten zu verändern und somit auch resultierende Probleme zu vermindern. Im Alltag könnte man dies Hoffnung oder Optimismus nennen, wobei hier nicht die optimistische Zugangsweise der essentielle Punkt ist. Vielmehr ist es der spezifische Glaube des Patienten, dass er selbst dieses Ernährungsproblem lösen kann. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem dieses Element nicht vorhanden ist, kann das Wahrnehmen eines Gegensatzes in einer defensiven Copingstrategie (z. B. Rationalisierung, Verneinung) münden und so zur Reduktion des subjektiven Unbehagens führen ohne jedoch, in einer Veränderung des Verhaltens zu resultieren. Dies ist ein natürlicher, verständlicher und selbstschützender Prozess. Wenn der Betroffene kaum Hoffnung hat, bestehende Probleme verändern zu können, dann gibt es auch wenige Gründe sich diesem Problem wirklich zu stellen.

MG betont die Wahlmöglichkeit des Patienten bei zukünftigen Essens- und Ernährungsgewohnheiten. Der Zugang von MG sieht die Ambivalenz als normale Phase im Rahmen einer Veränderung, daraus resultierend begegnet der MG-Therapeut dem Widerstand vielmehr mit Reflexion und Spiegelung als mit Argumentation und unterstützt das Potential des Patienten für Veränderung (Selbstwirksamkeit). Der MG-Therapeut erzeugt Motivation und löst beim Patienten Ideen aus, wie Veränderungen aussehen könnten.

Während Fertigkeitstrainings eine Bereitschaft zur Veränderung zum Teil bereits voraussetzen, fokussiert MG explizit auf die Motivation selbst als Schlüsselfaktor beim Triggern von anhaltender Veränderung (Miller & Rollnick, 1991). Fehlen Motivation und Einsatz, scheint ein Fertigkeitstraining verfrüht. Sobald es zu einer Veränderung der Motivationslage kommt, werden die Ressourcen des Patienten diesbezüglich genügen. Für einige Betroffene scheint der Zugang im Rahmen des Fertigkeitstrainings wenig effizient, weil er den Fokus vom Schlüsselement der Veränderung verschiebt: einem klaren und beständigen Entschluss für Veränderung (Miller & Brown, 1991). Wie auch immer, ist MG prinzipiell nicht inkompatibel mit Fertigkeitstrainingsprogrammen.

## Strategien in der Praxis

### Phase I – Aufbau von Motivation zur Veränderung

In Phase I fokussiert sich MG auf die Entwicklung der Patientenmotivation, um eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten hervorzurufen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft zu solch einer Veränderung. Manche werden mit einem bereits fest gefassten Entschluss zur Veränderung in die Behandlung kommen, wobei auch hier zuerst die Ernsthaftigkeit dieser Überzeugung exploriert werden sollte. Dieser Entschluss sollte im Rahmen der Therapie gefestigt werden. Andere Patienten wiederum, werden zu Beginn der Therapie eher abgeneigt oder sogar feindlich erscheinen. Im Extremfall müssen Personen, die sich in der *Absichtslosigkeitsphase* befinden, von Familienangehörigen oder rechtlichen Vertretern in die Behandlung gezwungen werden. Der Erfahrung nach werden die meisten Betroffenen jedoch in der *Vorbereitungsphase* in den Behandlungsprozess einsteigen. Sie werden meistens bereits mit Veränderungsprozessen begonnen haben, aber noch weitere Bestärkung im Bereich der Veränderungsmotivation benötigen.

Diesen Prozess kann man als ein „Anstoßen der Entscheidungsbalance“ ansehen (Janis & Mann, 1977; Miller, 1989). Bei diesem Prozess wird auf der einen Seite der Status Quo (Fortführen der schlechten Ernährungsgewohnheiten wie zuvor), auf der anderen eine Veränderung derselben bevorzugt. Der erste Aspekt im Entscheidungsprozess wird durch augenscheinlich Positives der ungesunden Ernährungsgewohnheiten und Ängste bezüglich der Folgen einer Veränderung beeinflusst. Andererseits gibt es auch positive Aspekte bei Veränderung der Ernährungsgewohnheiten und Ängste vor Konsequenzen, falls keine Veränderung gelingt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dieses „Gleichgewicht“ in Richtung einer Veränderung zu bewegen. Acht dafür anwendbare Strategien werden nun im Detail besprochen (Miller & Rollnick, 1991).

#### Strategie 1: Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation

Der MG-Therapeut versucht, gewisse Formen von Aussagen beim Patienten hervorzurufen, die im Rahmen des hier präsentierten Konzeptes als Aussagen zur Eigenmotivation betrachtet werden können. Diese Aussagen beinhalten:

- Empfänglichkeit für Informationen über schlechte Ernährungsgewohnheiten und deren Folgen
- Bestätigen von realen bzw. potentiellen Problemen, die mit ungesunder Ernährung in Beziehung stehen
- Ausdruck eines Wunsches, der Notwendigkeit oder Bereitschaft zur Veränderung
- Ausdruck von Optimismus über die Möglichkeit einer Veränderung

Es gibt mehrere Wege, solche Aussagen bei dem Patienten auszulösen. Die eine Möglichkeit wäre es, den Betroffenen direkt mit einer offen gestellten Frage darauf anzusprechen. Anbei einige Beispiele:

*Ich gehe davon aus, dass Sie nun hier sind, da Sie einige Bedenken bzw. Schwierigkeiten in Bezug auf Ihre Ernährungsgewohnheiten haben. Erzählen Sie mir über diese. Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihre Nahrungsaufnahme bzw. Ihre Ernährungsgewohnheiten. Was mögen Sie am meisten an den Sachen, die Sie essen? Was ist das Positive bei diesen Nahrungsmitteln für Sie? Was ist die negative Seite? Was sind Ihre Befürchtungen, wenn Sie solche Lebensmittel essen bzw. Befürchtungen bei Ihren derzeitigen Ernährungsgewohnheiten? Sagen Sie mir, was Ihnen bei Ihren Ernährungsgewohnheiten aufgefallen ist, wie haben sich diese im Laufe der Zeit verändert? Was sind die Aspekte, über die Sie sich den Kopf zerbrechen, was glauben Sie können Ihre Probleme sein, oder was könnte zu einem Problem führen? Was haben Ihnen andere Leute über Ihre Ernährung und Ernährungsgewohnheiten gesagt? Worüber sind andere Menschen diesbezüglich beunruhigt? Was veranlasst Sie zu glauben, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten ändern sollten?*

Sobald der Veränderungsprozess sich zu entwickeln beginnt, sollte darauf geachtet werden, den Prozess laufen zu lassen, vor allem mittels aktivem Zuhören bzw. Spiegeln der Inhalte (siehe unten), in dem man sich nach Beispielen erkundigt oder fragt: „Was gibt es noch?“. Falls es jedoch zum Stocken des Prozesses kommt, kann man auf generelle Bereiche zurückgreifen, die im Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Ernährungsstil?“ beschrieben sind. Dieses Arbeitsblatt kann für eine strukturierte Exploration verwendet werden. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Menge und Toleranz – ist die Gesamtmenge an Nahrung, die der Patient zu sich nimmt, steigend? Scheint es, dass der Patient größere Portionen benötigt, um ähnliche Effekte wie zuvor erzielen zu können (Verminderung von emotionalem Distress) oder größere Portionen verträgt ohne wirklich einen Effekt zu spüren?
- Verhalten – hat die ungesunde Ernährung in irgendeiner Form Schwierigkeiten im sozialen Umfeld des Betroffenen geschaffen (z. B. durch Stehlen von Nahrungsmitteln aus dem Kühlschrank anderer Bewohner; Probleme mit Freunden bzw. Familienmitgliedern aufgrund der Gewichtszunahme)? Hat sie zur Verantwortlichkeitslosigkeit geführt? Unannehmlichkeiten bei Bewegung, finanziellen Problemen, bzw. befremdendes Verhalten (wie z. B. extrem schnelles Essen) verursacht?
- Coping – benutzt der Patient Nahrungsmittel, um mit Problemen bzw. Alltagsschwierigkeiten umzugehen? Wie gut funktioniert dies, um Probleme zu reduzieren?

- Abhängigkeit – wie abhängig ist der Patient von Nahrungsmitteln und dem Essen? Ist eine Art von Druck vorhanden, z. B. jeden Tag Süßigkeiten zu sich zu nehmen?
- Emotionale Gesundheit – wie beeinflusst die Nahrung die Emotionen des Patienten? Schämt sich die Person diesbezüglich, gibt es Schuldgefühle oder Kontrollverlust aufgrund der Ernährungsgewohnheiten?
- Familie – welche Auswirkungen haben die schlechten Ernährungsgewohnheiten auf das Familiensystem?
- Gutes Selbstwertgefühl – in welcher Form beeinflusst der ungesunde Ernährungsstil und dessen Konsequenzen das Selbstkonzept des Betroffenen?
- Physische Gesundheit – haben die schlechten Ernährungsgewohnheiten irgendwelche körperlichen Konsequenzen bzw. Erkrankungen hervorgerufen (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Schmerzen im Bereich der Knie)?
- Wichtige Beziehungen – welchen Einfluss haben die schlechten Ernährungsgewohnheiten auf die Beziehung mit dem Partner bzw. den engen Freunden?
- Arbeitsplatz – in welcher Form haben die ungesunden Ernährungsgewohnheiten und deren Folgen Einfluss auf das Arbeitsverhältnis des Betroffenen?
- Schlüsselpersonen – was denken Schlüsselpersonen des Patienten über seine schlechten Ernährungsgewohnheiten?
- Beziehungen und Sexualität – in welcher Form haben die schlechten Ernährungsgewohnheiten Einfluss auf die physische Attraktivität, Sexualität, Libido und sexuellen Beziehungen?
- Psychische Fähigkeiten – haben die Ernährungsgewohnheiten Einfluss auf die kognitiven Funktionen des Patienten?

### **Strategie 2: Zuhören mit Empathie**

Die gerade dargestellten Strategien können initial Aussagen hervorrufen, es ist jedoch auch entscheidend, wie der Therapeut auf diese Aussagen des Patienten reagiert. Die Fähigkeit des Therapeuten für sorgsame Empathie (aktives Zuhören, Reflektieren, Verstehen) ist die optimale Reaktion im Rahmen des MG-Strategiekonzeptes.

Im Allgemeinverständnis ist Empathie definiert als „fühlen mit“ einer Person oder eine Form von sofortigem Verständnis für das Gegenüber, aufgrund einer ähnlichen Erfahrung. Carl Rogers führte einen neuen technischen Begriff für Empathie ein, in dem er damit eine besondere Fähigkeit und Art des „aktiven Zuhörens“ beschrieb (Rogers, 1957, 1959). In diesem Sinne hört der Therapeut dem Patienten sorgfältig zu und reflektiert/spiegelt es dem Patienten oft in einer leicht modifizierten Art und Weise wieder. Die Bestätigung von Gefühlen, die seitens des Patienten ausgedrückt

oder impliziert werden, kann ebenfalls in das Gespräch aufgenommen werden. Diese Art zu antworten birgt einige Vorteile:

- Es ist relativ unwahrscheinlich beim Patienten Widerstand hervorzurufen
- Es unterstützt den Patienten darin, weiterhin über das jeweilige Thema zu sprechen bzw. es weiterhin zu bearbeiten
- Es vermittelt Respekt und Fürsorglichkeit und stärkt ein therapeutisches Arbeitsverhältnis
- Es verdeutlicht dem Therapeuten noch einmal exakt das, was der Patient genau gemeint hat
- Es kann auch zur Bestärkung von hervorgebrachten Ideen des Patienten verwendet werden

Der letzte Punkt scheint von besonderer Bedeutung zu sein. Man kann selektiv gewisse Teile der Aussage des Patienten verstärken, andere wiederum können übergangen werden. In diesem Sinne empfangen Patienten Aussagen nicht nur im Rahmen einer selbst getätigten Äußerung zur Eigenmotivation, sondern hören auch von ihrem Therapeuten, dass sie dies gesagt haben. Weiterhin bringt dieser Antwortstil mit sich, dass der Patient über die gemachten Aussagen zu reflektieren beginnt.

Optimales aktives Zuhören verzichtet auf Ratschläge, Abmachungen, Meinungsverschiedenheiten, Suggestionen, Belehrungen, Warnungen und Fragestellungen zugunsten einer Fortführung der Exploration im Sinne des Patienten. Es mag vorteilhaft sein, diese reflektive Zugangsweise anderen therapeutischen Antwortmöglichkeiten gegenüberzustellen:

*Patient: Ich glaube, ich esse manchmal zu viel, aber ich glaube nicht, dass ich ein Problem mit der Ernährung bzw. mit meinem Körpergewicht habe, ich fühle mich nicht dick.*

**Konfrontation:** *Oh ja, Sie sind es! Wie können Sie da sitzen und mir sagen, dass Sie kein Problem haben, wenn...?*

**Frage:** *Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?*

**Reflexion:** *Auf der einen Seite sehen Sie manche Gründe für Bedenken und andererseits möchten Sie auf keinen Fall als jemand genannt werden, der „Probleme hat“.*

*Patient: Meine Freundin sagt mir immer, dass ich zu viel und die falschen Sachen esse.*

**Werten:** *Was ist falsch an dieser Aussage? Sie hat höchstwahrscheinlich gute Gründe so zu denken.*

**Frage:** *Warum glaubt Sie das?*

**Reflexion:** *Und das ärgert Sie wirklich.*

*Patient: Wenn ich aufhöre Süßigkeiten und Kuchen zu essen, was unternehme ich dann mit Freunden?*

**Ratschlag:** *Ich glaube, Sie werden neue Freunde brauchen.*

**Suggestion:** *Gut, Sie könnten Ihren Freunden sagen, dass Sie keine Süßigkeiten und Kuchen mehr mit Ihnen essen, aber Sie werden sie weiterhin treffen.*

**Reflexion:** *Es ist hart für Sie sich vorzustellen, ohne Süßigkeiten, Kuchen und Torten leben zu müssen.*

Diese Art von aktivem Zuhören wird im Rahmen der MG angewendet. Andere Techniken müssen nicht ausgeschlossen werden, aber empathisches Zuhören sollte den vorwiegenden Stil im Rahmen einer Antwort auf Aussagen des Patienten darstellen. Wie in den folgenden Absätzen beschrieben, verwendet der MG-Therapeut auch eine Vielzahl von anderen Strategien.

Schließlich sollte an dieser Stelle angemerkt werden, dass selektive Reflexion fehlschlagen kann. Für einen Patienten, der ambivalent zu sein scheint, kann Reflexion über Schwierigkeiten auch gegenteilige Aspekte in den Vordergrund bringen:

**Therapeut:** *Sie sehen, dass Ihre ungesunden Ernährungsgewohnheiten auch körperliche Probleme hervorrufen können*

**Patient:** *Gut, ich glaube, ich habe kein wirkliches Problem*

Wenn dies passiert, sollte der Therapeut versuchen, die Ambivalenz zu reflektieren bzw. zu spiegeln. Dies wird am besten mit zweiseitiger Spiegelung erreicht, welche die vorhandenen Gegensätze des Patienten beinhaltet. Die beiden gegenseitigen Pole dieser Diskrepanz können am besten mit Worten wie „aber“ oder „und“, verbunden werden, wobei wir Letzteres bevorzugen, um Ambivalenz gut darzustellen:

Zweiseitige Spiegelung:

*Sie glauben nicht, dass Ihr derzeitiger Ernährungsstil im Moment ihre Gesundheit wirklich gefährdet (wie zu viel Zucker, Salz, zu viel Fettaufnahme, Herunterschlingen von Nahrung) und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt, dass diese Gewohnheiten Ihre körperliche Gesundheit angreifen können. Sie genießen es wirklich, Süßigkeiten bzw. salzige Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen und Sie würden es hassen, dies aufgeben zu müssen und Sie sehen auch auf der anderen Seite, dass dies gravierende Probleme im Bereich Ihrer körperlichen Gesundheit hervorruft, z. B. erhöhten Blutdruck.*

### **Strategie 3: Fragen**

Der MG-Stil beinhaltet auch gezielte Fragestellungen als eine wichtige Reaktionsmöglichkeit des Therapeuten. Man diktiert dem Patienten nicht, wie er sich fühlen oder was er tun sollte, vielmehr befragt der Therapeut den Patienten über seine eigenen Gefühle, Ideen, Befürchtungen und Pläne. Aussagen der Betroffenen werden mit empathischer Reflektion, Bestätigung und Neuausrichtung beantwortet.

### **Strategie 4: Das Präsentieren von persönlichem Feedback**

Die erste Einheit im Rahmen der MG-Therapie sollte auch ein Feedback für den Patienten beinhalten, welches Bezug auf die diagnostische Abklärung vor der Behandlung nimmt. Dies sollte in einer strukturierten Art und Weise durchgeführt werden, in dem man den Patienten auch schriftliche Unterlagen mit Ergebnissen mitgibt (Arbeitsblatt – „Wie ist Ihr Ernährungsstil?“), und diese mit Referenzdaten verglichen werden. Um diese Phase zu beginnen, sollte dem Patienten das Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Ernährungsstil?“ übergeben werden, eine Kopie sollte als Referenz in den eigenen Unterlagen verbleiben und eine weitere in die Krankenakte abgelegt werden. Das Arbeitsblatt sollte Schritt für Schritt durchgearbeitet werden, wobei jeder Unterpunkt erklärt werden sollte, vor allem im Bezug auf die Bewertung des Patienten, die mit den vorhandenen Referenzwerten verglichen werden sollte. Ein sehr wichtiger Teil im Rahmen dieses Prozesses ist die Beobachtung des Betroffenen sowie die Art und Weise der Beantwortung im Rahmen des Feedbacks. Beobachten Sie den Patienten während Sie persönliche Rückmeldungen geben. Lassen Sie dem Patienten auch genügend Zeit, um antworten zu können. Verwenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens, um eventuelle Aussagen zur Eigenmotivation, die im Rahmen dieser Einheit auftreten, verstärken zu können. Antworten Sie auch reflektiert auf Aussagen, die mit Widerstand in Bezug gesetzt werden können, vielleicht mit dem Hintergrund, diese in eine zweiseitige Spiegelung einbetten zu können.

### **Strategie 5: Bestärken des Patienten**

Sie sollten auch nach Möglichkeiten suchen den Patienten bestätigen, loben und aufrichtig bestärken zu können. Solche Bestätigungen können sich auf verschiedene Art und Weise positiv auswirken, z. B.:

- Verstärkung der Arbeitsbeziehung
- Aufwertung von Selbstverantwortlichkeit und Empowerment
- Verstärkung von Aussagen in Bezug auf Bemühung und Selbstmotivation
- Stützen des Selbstvertrauens

Beispiele:

*Ich schätze es sehr, dass Sie an dieser Feedbackrunde teilnehmen, das muss sehr hart für Sie sein*

- *Ich glaube, es ist toll, dass Sie erkennen, dass es hier Risiken gibt und, dass Sie etwas unternehmen wollen bevor es noch ernster wird*
- *Sie haben wirklich ein paar sehr gute Ideen, wie eine Veränderung vollzogen werden könnte*
- *Sie haben heute einen bedeutenden Schritt getan und ich respektiere Sie ehrlich dafür*

### **Strategie 6: Umgang mit Widerstand**

Das Thema „Widerstand bei Patienten“ ist ein legitimes Anliegen. Unfähigkeit zur Umsetzung von Instruktionen des Therapeuten und das Auftreten von Widerstand bei Behandlungseinheiten (z. B. argumentieren, unterbrechen, verdrängen eines Problems) sind Aspekte, die eine schlechte Prognose für den Behandlungserfolg darstellen.

Was ist unter Widerstand zu verstehen? Hier werden Verhaltensweisen des Patienten aufgelistet, die mit einem schlechten Behandlungserfolg korrelieren könnten:

- **Unterbrechen:** Das Unterbrechen bzw. das gleichzeitige Reden mit dem Therapeuten
- **Argumentieren:** Den Therapeuten herausfordern; widersprechen; die Sichtweise des Therapeuten abwerten; Feindseligkeit
- **Ablenkung:** Das Wechseln des Themas; fehlende Aufmerksamkeit; nicht antworten
- **Defensivität:** Das Herunterspielen bzw. die Verdrängung eines Problems; das Entschuldigen bezüglich der eigenen Verhaltensweise; Schuldzuweisungen; Ablehnung der Meinung des Therapeuten; keine Bereitschaft zur Veränderung; angebliches Fehlen von negativen Konsequenzen; Pessimismus

Ein wichtiges Ziel im Rahmen des MG-Zuganges ist ein Auftreten von Widerstand beim Patienten zu vermeiden (antimotivationale Aussagen). Wie der Behandelnde auf Verhaltensweisen reagiert, die auf Widerstand hinweisen, ist eines der Schlüsselemente im Rahmen einer MG-Therapie. Die erste Regel ist dem Widerstand niemals frontal zu begegnen. Manche Reaktionen bzw. Antworten des Therapeuten ziehen unweigerlich nach sich, dass es zu einer Verstärkung des Widerstandes kommt, und führt dazu, dass der Patient sich eingeengt fühlt und eventuell zu weiteren antimotivationalen Aussagen.

Beispiele für solche Antworten von Therapeuten sind:

- argumentieren, widersprechen, herausfordern
- werten, kritisieren, Schuld zuweisen
- vor negativen Konsequenzen warnen
- versuchen mit Logik bzw. Evidenz zu überzeugen
- interpretieren oder analysieren von Gründen für den Widerstand
- Konfrontation mittels Autorität
- Sarkasmus oder Ungläubigkeit

Sogar das direkte Fragen nach Gründen, warum der Patient sich in den Widerstand begeben (z. B. „*Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?*“) löst bei dem Betroffenen weitere defensive und motivationshemmende Positionen aus, und bringt den Therapeuten selbst in eine ungünstige Position der Gegenargumentation. Wenn man als Therapeut in eine Position gerät, in der man mit dem Patienten über ein Problem und die Notwendigkeit einer Veränderung diskutiert, ist es Zeit für einen Strategiewechsel.

Es sollte stets berücksichtigt werden, dass der Fokus darauf gelegt werden muss, den Patienten zu motivationsfördernden Aussagen zu bewegen (z. B. „*Ich habe ein Problem*“, „*Ich muss etwas dagegen tun*“). Wenn man selbst beginnt diese Positionen zu verteidigen, kann sich genau das Gegenteil beim Patienten einstellen. Hier einige Beispiele für etwaige Strategiemöglichkeiten, um Widerstand zu verlagern:

- *Einfache Spiegelung*: eine Strategie ist es, einfach das zu spiegeln, was der Patient sagt. Dies hat manchmal den Effekt, dass genau das Gegenteil hervorgerufen wird und es zu einem Gleichgewicht des Zustandsbildes kommt.
- *Spiegelung mit Amplifikation*: eine Steigerungsstufe ist es, zu spiegeln, aber die Aussagen des Patienten zu amplifizieren bzw. zu überhöhen, bis zu dem Moment, wo der Patient sie abstreitet. Dies ist jedoch eine Gratwanderung, weil eine Übertreibung auch Feindseligkeit hervorrufen kann.
- *Die zweiseitige Spiegelung*: eine andere Möglichkeit für den Umgang mit Widerstand stellt die zweiseitige Spiegelung dar. Der Therapeut reagiert auf die Äußerungen des Patienten mit Gegenargumenten, die auf Patientenaussagen aus vorhergehenden Therapieeinheiten beruhen:

*Patient: Aber ich kann einfach nicht aufhören, Kuchen und Süßigkeiten zu essen, ich meine, alle meine Freunde essen süße Sachen während unserer Jausen!*

*Therapeut: Sie können es sich nicht vorstellen, keine ungesunden Nahrungsmittel wie Kuchen und Süßigkeiten zu essen, während es Ihre Freunde tun und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt wegen der Auswirkungen auf Ihre körperliche Gesundheit.*

- *Das Verrücken des Fokus:* Eine weitere Strategie den Widerstand abzubauen ist die Aufmerksamkeit von problematischem Themenfeld abzulenken:

*Patient: Aber ich kann einfach nicht aufhören, Kuchen und Süßigkeiten zu essen, ich meine, alle meine Freunde essen süße Sachen wenn wir uns nachmittags treffen!*

Therapeut: Sie sind voreilig. Ich spreche hier nicht darüber, dass Sie damit aufhören sollen. Versteifen Sie sich nicht auf diesen Punkt. Bleiben wir doch einfach bei den Sachen, die wir hier gerade tun – wir erarbeiten Ihr Feedback – und später können wir über verschiedene Möglichkeiten sprechen, was Sie nun mit den Informationen machen wollen.

- *Umlenken von Widerstand (Widerstand annehmen):* Widerstand kann auch insofern begegnet werden, indem man versucht diesen umzulenken (anzunehmen) anstatt ihm entgegen zu treten. Dies beinhaltet ein paradoxes Element, welches den Patienten oft wieder in eine balancierte bzw. auch entgegengesetzte Perspektive bringt. Diese Strategie kann besonders bei Patienten hilfreich sein, die ein stark opportunistisches Auftreten aufweisen und die jegliche Idee oder Suggestion verwerfen:

*Patient: Aber ich kann einfach nicht aufhören, Kuchen und Süßigkeiten zu essen, ich meine, alle meine Freunde essen süße Sachen während unserer Jausen!*

Therapeut: Und es kann sehr gut sein, dass Sie am Ende unserer Einheiten beschließen werden, weiterhin Kuchen und Süßigkeiten zu essen, genauso wie Sie es auch früher während der Jausen getan haben. Etwas zu ändern, ist schwierig. Das liegt ganz bei Ihnen.

### **Strategie 7: Perspektivenwechsel / Neuausrichtung**

Perspektivenwechsel/Neuausrichtung (*engl.* „Reframing“) ist eine Strategie, bei der der Therapeut den Patienten einlädt, seine Überzeugungen in einem „neuen Licht“ oder in reorganisierter Form zu sehen. Was bisher gesagt wurde, erhält nunmehr eine neue Bedeutung. Wenn zum Beispiel ein Patient ein Feedback erhält, das seine Probleme bestätigt, kann dies bedeuten: „*Ich weiß es besser als du*“ und in der Therapie neu bewertet werden: „*Ich Sorge mich um dich, du bist mir wichtig*“.

Ein Perspektivenwechsel kann dem Patienten helfen, sich zu motivieren und so mit den ungesunden Ernährungsgewohnheiten umzugehen. Indem man bestehende Probleme in einen eher positiven oder optimistischen Rahmen setzt, legt der MG-Therapeut dar, dass dieses Problem lösbar und veränderbar ist. Beim Entwickeln von

Perspektiven ist es wichtig, die Sichtweise, Wörter und Überzeugungen des Patienten zu verwenden.

Anbei einige Beispiele des interpretativen Perspektivenwechsels mit dem Patienten:

- **Nahrung als Belohnung:** *„Sie haben möglicherweise das Bedürfnis, sich an Abenden oder Wochenenden dafür zu belohnen, dass Sie während des Tages oder der Woche stressige bzw. schwierige Aufgaben erfolgreich bewältigt haben“*

→ Die Implikation ist hier, dass es andere Wege gibt, sich zu belohnen, ohne auf ungesunde Nahrungsmittel zurückgreifen zu müssen.

- **Nahrung als Schutzfunktion:** *„Es scheint so, dass Sie keine zusätzlichen Stressfaktoren in Ihrer Familie bzw. mit Ihren Freunden riskieren wollen, indem Sie offen Bedenken bzw. Schwierigkeiten in Ihrem Leben thematisieren (geben Sie Beispiele an). Als Ergebnis scheint es so zu sein, dass Sie alles für sich selbst behalten und Spannungen bzw. Stress abbauen, indem Sie zu viel und ungesund essen, um Ihrer Familie nicht zur Last zu fallen“.*

→ Die Implikation ist hier, dass der Betroffene die innere Stärke bzw. Reserven besitzt, um seine Familie besorgt ist, und Wege finden könnte mit diesem Themenfeld anders umzugehen als durch Vermeidungsverhalten oder ungesunde Ernährungsgewohnheiten.

- **Nahrung als adaptive Funktion:** *„Ihre Ernährungsgewohnheiten könnte man auch unter dem Aspekt sehen, dass sie dazu dienen, Konflikte und Spannungen in Ihren Beziehungen zu vermeiden. Ihre Ernährungsgewohnheiten zielen darauf ab, den Status quo zu halten und den Zustand so zu belassen wie er ist. Es scheint mir als ob Sie die Nahrung dafür verwenden, Ihre Beziehungen intakt zu halten. Und nun befürchten Sie Unannehmlichkeiten wegen dieser Kompromisslösung“.*

→ Die Implikation ist hier, dass der Patient sich über seine Beziehungen sorgt und sich bemüht, diese aufrecht zu erhalten, aber auch, dass er in Zukunft effektivere Wege finden muss, um dies zu erreichen.

Die prinzipielle Idee beim Perspektivenwechsel/Neuausrichtung ist, die problematische Verhaltensweise in ein positives Licht zu stellen, was einen paradoxen Effekt nach sich ziehen kann (Verfestigung des Symptoms), aber dies sollte in einer Art und Weise durchgeführt werden, dass der Patient in der Folge aktiv wird und das Problem zu verändern beginnt.

### **Strategie 8: Zusammenfassung**

Es ist sehr hilfreich, während einer Sitzung immer wieder Erarbeitetes zusammenzufassen, vor allem gegen Ende einer Einheit. Dies bringt mit sich, dass es in einem größeren Umfang zu Reflexionen über Aussagen des Patienten kommt. Es ist besonders hilfreich, in erster Linie motivationsfördernde Äußerungen des Patienten zu wiederholen und zusammenzufassen. Elemente, die auf Abneigung bzw. Widerstand hinweisen, können im Rahmen der Zusammenfassung im Sinne einer Prävention von ablehnenden Reaktionen seitens der Betroffenen inkludiert werden. So ein Rückblick dient dazu, dass es dem Patienten möglich wird, seine eigenen motivationsfördernden Aussagen ein drittes Mal zu hören, nach den anfänglichen Aussagen, und der darauf durchgeführten Spiegelung. Während einer gesamten Einheit können kurze Zusammenfassungen über „Fortschritte“ gegeben werden. Hier ein Beispiel, wie dem Patienten am Ende einer ersten Einheit ein solcher Rückblick ermöglicht werden könnte:

*Lassen Sie mich versuchen, all das, was wir heute besprochen haben, zusammenzufassen und sagen Sie mir, ob ich irgendetwas Wichtiges vergessen habe. Ich habe damit begonnen, Sie über Ihre ungesunden Ernährungsgewohnheiten zu befragen und Sie haben mir Einiges erzählt. Sie haben mir gesagt, dass der Konsum von Süßigkeiten schnell angestiegen ist und Sie haben diesbezüglich eine hohe Toleranz erfahren. Sie haben sehr viel Geld für Süßigkeiten, Fast Food und salzige Knabberspeisen ausgegeben und sind auch besorgt, dass sich körperliche Probleme entwickeln könnten, wie z. B. Diabetes, hoher Blutdruck sowie weitere Komplikationen wie kardiovaskuläre Probleme. Sie haben somatische Symptome beschrieben und sind besorgt, wie dies alles Ihren Körper und Ihre körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Im Rahmen des Feedbacks waren Sie erstaunt zu hören, dass der Konsum von Süßigkeiten und salzigem Knabbergebäck im Vergleich zu anderen Patienten in dieser Einrichtung relativ hoch ist. Sie haben bereits Zeichen entdeckt, dass die schlechte Ernährung auch körperliche Schäden anzurichten beginnt. Ich schätze Ihre Offenheit diesbezüglich und sehe, welche realen Bedenken Sie wegen ihrer Ernährungsgewohnheiten haben. Ist das eine gute Zusammenfassung? Habe ich etwas vergessen?*

## Phase II – Das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung

### Das Erkennen der Bereitschaft zur Veränderung

Die oben angeführten Strategien sind darauf ausgerichtet, Motivation aufzubauen und den Entscheidungsprozess des Patienten in Richtung einer Veränderung anzustoßen. Der zweite große Prozess im Rahmen von MG ist, die Überzeugung zur Veränderung beim Patienten zu festigen, sobald genügend Motivation vorhanden ist (Miller & Rollnick, 1991).

Der richtige Zeitpunkt ist ein Schlüsselaspekt – das Wissen, ab wann man sich für eine Verbindlichkeitserklärung entscheiden sollte. Hier gibt es eine hilfreiche Analogie zu Verkaufsstrategien – die Erkenntnis, ab wann der Kunde überzeugt worden ist und der Verkäufer sich mit ihm über einen Verkaufsabschluss unterhalten kann. Im Rahmen des Prochaska / DiClemente - Modells nennt man diesen Abschnitt *Entscheidungsphase*, und zwar ist dies der Zeitpunkt, ab dem das Gleichgewicht von der *Vorbereitungsphase* in Richtung Veränderung angestoßen wird und der Patient bereit für die Aufnahme von Aktivität zu sein scheint (aber nicht unbedingt auch für deren Aufrechterhaltung). So ein Prozess ist nicht irreversibel. Wenn der Übergang in die Aktivitätsphase zu lange verzögert wird, können die Überzeugung oder Bestimmtheit auch verloren gehen. Ist das Gleichgewicht einmal erreicht, dann ist es an der Zeit den Beschluss des Patienten zu festigen.

Es gibt keine allgemein gültigen Anzeichen, die den Übergang zur *Entscheidungsphase* kennzeichnen. In der Folge treten jedoch im Benehmen des Patienten manche Veränderungen auf, die Sie womöglich beobachten können (Miller & Rollnick, 1991):

- der Patient hört auf, Bedenken zu äußern bzw. Widerstand zu zeigen
- der Patient stellt weniger Fragen
- der Patient scheint gefasster, entschlossener, ungezwungener und friedfertiger zu sein
- der Patient macht Aussagen, die auf einen Entschluss (oder Offenheit) zur Veränderung hinweisen könnten („*Ich glaube, ich muss etwas tun, was meine Ernährung betrifft; Was kann ich tun, um meine Ernährung zu verbessern?*“)
- der Patient beginnt sich vorzustellen, wie sein Leben nach einer solchen Veränderung aussehen könnte

Nun wird eine Checkliste mit Themenbereichen angeführt, die helfen soll, die Bereitschaft eines Patienten für die Akzeptanz, das Verbleiben oder sogar das Vollenden eines Veränderungsprogrammes zu evaluieren. Diese Fragen können auch hilfreich sein, um festzustellen, ob ein Risiko besteht, dass der Betroffene die Therapie vorzeitig abbricht:

- Hat der Patient vorhergehende Vereinbarungen / frühere Termine versäumt oder Sitzungen nicht wahrgenommen ohne sie vorher erneut zu planen?
- Wenn der Patient zur Behandlung gezwungen wurde, hat er mit Ihnen seine Reaktionen bezüglich dieses Zwanges besprochen – Wut, Konfusion, Erleichterung, etc.?
- Zeigt der Patient eine gewisse Art von Unentschlossenheit bzw. Unschlüssigkeit, wenn es um die Festsetzung zukünftiger Therapieeinheiten geht?
- Verläuft die angebotene Behandlung anders als der Patienten sie sich vorstellte und erwartete? Wenn das der Fall ist, wurde die Reaktion des Patienten bezüglich dieser unterschiedlichen Auffassungen besprochen?
- Scheint der Patient während der Therapieeinheiten besonders aufmerksam zu sein oder ist er eher unschlüssig bzw. ablehnend gegenüber den dargebotenen Suggestionen?
- Empfindet der Patient die Teilnahme am Therapieprogramm als erniedrigend oder als „neue Chance im Leben“?

Wenn die Antworten auf diese Fragen einen Mangel an Änderungsbereitschaft erkennen lassen, ist es sinnvoll, weitere Bereiche bezüglich Ambivalenz und Unsicherheiten zum Thema Ernährungsgewohnheiten und Veränderungen zu explorieren. Dem Therapeuten wird es in solch einer Situation geraten, zu versuchen, Beschlüsse bzw. eine fixe Zusage zum geplanten weiteren Vorgehen zu verschieben.

Bei vielen Patienten scheint es so zu sein, dass es für sie keinen definitiven oder klaren Zeitpunkt einer Entscheidungsfindung gibt. Oft ist es so, dass die Betroffenen über Veränderungsstrategien nachzudenken beginnen, während sie sich bereits in einer fortgeschrittenen *Vorbereitungsphase* befinden. Für manche besteht die Bereitschaft für den Entschluss zu einer Veränderung darin, dass sie verschiedene Strategien ausprobieren, bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine finden, die für sie effektiv und befriedigend ist. Erst dann fangen sie mit der Veränderung an. Der Prozess von der Erwägung zur Aktivität kann graduell von statten gehen, eher im Sinne einer probeweisen Überleitung als in Form einer eigenständigen Entscheidung.

Es ist wichtig nicht zu vergessen, dass auch bei Patienten, die einen Entschluss zur Veränderung gefasst und erste Schritte in diese Richtung gemacht haben, immer noch ein gewisses Maß an Ambivalenz präsent sein kann. Die Annahme, dass sobald der Patient sich zur Veränderung entschlossen hat, die Anwendung der Strategien aus der Phase I nicht mehr notwendig sind, ist daher nicht richtig. Sobald der Patient eine Bereitschaft zu Veränderung erkennen lässt, ist es sinnvoll, langsam und nicht zu schnell oder zu empathisch voranzugehen. Auch wenn eine Person bei Behandlungsbeginn zu einer Veränderung bereit zu sein scheint, ist es wichtig, bevor

die Festigung des Beschlusses eingeleitet wird, eine der zuvor beschriebenen Strategien für Motivationsaufbau und Feedback anzuwenden.

Auf jeden Fall, gelangt man zu dem Punkt, an dem man Strategien verwenden sollte, die für Festigung des Entschlusses konzipiert sind.

Im Weiteren werden Strategien dargestellt, die hilfreich sind, wenn die Anfangsphase beendet ist und der Patient sich in Richtung Veränderung bewegt.

### **Schlüsselfragen**

Eine hilfreiche Strategie beim Übergang von Phase I zu Phase II ist es, dem Patienten eine Art Zusammenfassung der zuvor gemachten Aussagen anzubieten. Das sollte eine Zusammenstellung aller von dem Patienten zuvor genannten Gründe für eine Veränderung sein. Die verbleibenden Aspekte von Ambivalenz sollten dabei berücksichtigt werden. Am Ende der Zusammenfassung könnten folgende Schlüsselfragen gestellt werden:

- Was machen Sie mit all dem?
- Wo befinden Sie sich nun in Bezug auf Ihre Ernährungsgewohnheiten?
- Was ist Ihr Plan?
- Was glauben Sie, was Sie tun werden?
- Ich frage mich, was Sie sich über Ihre Ernährungsgewohnheiten in diesem Augenblick denken?
- Jetzt, wo Sie schon so weit sind, frage ich mich, wie Sie mit all diesen Befürchtungen umgehen werden?

### **Besprechen eines Planes**

Ein Schlüsselement für den Therapeuten ist es, den Fokus von Gründen zur Veränderung (Phase I – Aufbau von Motivation) auf die Verstärkung eines Entschlusses bzw. das Ausarbeiten eines Planes zur Veränderung (Phase II) zu verschieben. Die Patienten initiieren einen solchen Übergang, indem sie manchmal das Bedürfnis oder den Wunsch nach Veränderung äußern, oder indem sie fragen, was sie dafür tun könnten. Alternativ kann eine solche Überleitung auch mit Schlüsselfragen ausgelöst werden.

Das Ziel während der Phase II ist es, herauszufinden, welche Ideen der Patient bezüglich der Veränderung seiner Ernährungsgewohnheiten hat und in der Folge einen Plan zu entwickeln, wie der Betroffene mit seinem ungesunden Ernährungsstil umzugehen denkt. In dieser Phase ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten, Vorschläge für einen Veränderungsplan zu präsentieren oder spezifische Fähigkeiten zu trainieren, die diese Veränderungen möglich machen. Die generelle Aussage ist:

*Nur Sie können Ihre schlechten Ernährungsgewohnheiten verändern. Es liegt nur bei Ihnen.*

Auch folgende Fragen können nützlich sein:

*Wie glauben Sie, dass Sie das realisieren können? Was könnte Ihnen dabei helfen?*

### **Besprechen der freien Wahlmöglichkeiten**

Eine wichtige und beständige Botschaft im Rahmen von MG ist, die Verantwortung des Patienten und die freie Wahl in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte während des Verstärkungsprozesses einer Beschlussfindung immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

Beispiele:

- *Es liegt bei Ihnen, was Sie damit machen wollen*
- *Niemand kann das für Sie entscheiden*
- *Niemand kann für Sie Ihre schlechten Ernährungsgewohnheiten ändern, nur Sie können das tun*
- *Nur Sie können entscheiden, ob Sie Ihr ungesundes Ernährungsverhalten beibehalten oder ändern wollen*

### **Konsequenzen von Aktivität und Inaktivität**

Eine hilfreiche Strategie kann auch sein, den Patienten zu fragen, was passieren würde, wenn er sein Verhalten nicht ändert. Wie würden die Konsequenzen aussehen? Manchmal scheint es auch sinnvoll zu sein, eine schriftliche Liste mit negativen Folgen bei fehlender Veränderung zusammenzustellen. Auf diese Weise können auch positive Aspekte einer Veränderung gesammelt werden.

Um ein vollständigeres Bild zu erlangen, kann der Therapeut mit dem Patienten auch über die Ängste sprechen, die im Rahmen eines solchen Veränderungsprozesses zu erwarten sind. Was könnten die negativen Konsequenzen sein, wenn man alte Verhaltensmuster aufgibt? Welche Vorteile gibt es, wenn der Patient seine Angewohnheiten im Bereich der Ernährung beibehält? Spiegeln, Zusammenfassen und Perspektivenwechsel sind die adäquaten Antworten des Therapeuten. Eine Möglichkeit ist hier eine formale Kosten-Nutzen Tabelle zu erstellen, in der man den Patienten aufschreiben lässt, welche positiven und negativen Aspekte eine Veränderungsoption mit sich bringt. Was sind die positiven und negativen Faktoren beim Beibehalten der derzeitigen Ernährungsgewohnheiten? Was ist der mögliche Nutzen bzw. Schaden beim Durchführen einer Veränderung?

## Information und Beratung

Oft benötigen Patienten grundlegende Informationen als wichtigen Beitrag für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Generell sollte der Therapeut sich frei fühlen, adäquate und spezifische Informationen, welche vom Patienten verlangt werden, auch zur Verfügung zu stellen. Es scheint auch nach Bereitstellung der Information hilfreich zu sein, beim Patienten nachzufragen: „*Macht das Sinn für Sie? Überrascht Sie das? Was denken Sie darüber?*“.

Manchmal fragen Patienten auch nach einem Rat: „*Was glauben Sie, was ich machen sollte?*“. Es ist durchaus angemessen, die eigene Sichtweise unter diesen Umständen darzulegen, jedoch mit einigen Vorbehalten.

Der Patient sollte für den Umgang mit der persönlichen Meinung des Therapeuten sensibilisiert werden und daraufhin nochmals nach seiner ausdrücklichen Zustimmung gefragt werden:

*Wenn Sie meine Meinung hören wollen, die ich Ihnen natürlich schildern kann, müssen Sie über das Gesagte auch ernsthaft nachdenken. Ich kann Ihnen sagen, was ich denke bzw. was ich in Ihrer Situation machen würde und ich freue mich, dies tun zu können, aber vergessen Sie nicht, dass dies Ihre Entscheidung ist. Wollen Sie meine Meinung hören?*

In dieser Situation kann es jedoch manchmal hilfreich sein, ein wenig verschlossen oder „schwer zugänglich“ zu bleiben:

- *Ich bin mir nicht sicher, ob ich es Ihnen sagen soll. Natürlich habe ich eine Meinung dazu, aber Sie müssen ja für sich selbst entscheiden, wie Sie in Zukunft mit Ihrem Leben umgehen wollen*
- *Ich habe ein wenig Bedenken, Ihnen einen Ratschlag zu geben. Es sieht dann nämlich aus, als ob ich die Entscheidung für Sie getroffen hätte. Sind Sie sicher, dass Sie meine Meinung hören wollen?*

Wenn es schließlich zu der Frage nach der Realisierbarkeit kommt, ist es oft am besten, dem Patienten keine besonderen Strategien vorzuschreiben oder zu versuchen, ihm spezifische Fertigkeiten probeweise anzutrainieren. Im Gegenteil sollte der Therapeut diese Aufgabe dem Patienten übertragen:

- *Was glauben Sie, wie Sie das machen könnten?*
- *Was könnte Ihnen im Weg stehen?*
- *Sie werden ziemlich kreativ (stark, klug, einfallsreich) sein müssen, um dafür einen Weg zu finden. Ich frage mich, wie Sie das machen könnten?*

In diesem Prozess kann der Patient den Therapeuten wieder um spezielle Information bitten (z. B. „*Ich habe von einer Pille gehört, die man einmal am Tag*

*nehmen kann und die einen vor Essattacken schützt. Wie funktioniert diese Pille?“). In solchen Fällen können genaue und konkrete Informationen geäußert werden.*

Der Patient kann auch nach Information fragen, die Sie im Moment nicht haben. Man sollte sich nicht verpflichtet fühlen, alles zu wissen. Es ist auch vollkommen in Ordnung zu sagen, dass man gewisse Sachen nicht weiß, dass man sie aber herausfinden möchte. Sie können anbieten, über die bestimmte Fragestellung zu recherchieren und im Rahmen der nächsten Therapieeinheit diese Information dem Patienten zu Verfügung zu stellen.

### **Das Ziel der Verhaltensänderung**

Das eigentliche Ziel im Rahmen des Veränderungsprozesses ist, dass der Patient zu einer freien Entscheidung finden sollte. Im Rahmen des MG-Stils ist es nicht Aufgabe des Therapeuten eine solche Wahl „zu erlauben“, „zu ermöglichen“ oder „zu billigen“. Die Entscheidung muss der Patient treffen, sie darf nicht vom Therapeuten übernommen werden.

Gleichzeitig kommt es vielen Patienten zumindest am Anfang vor, dass ein bestimmtes Ziel inakzeptabel oder unerreichbar ist. Das Insistieren des Therapeuten bei solchen Patienten kann möglicherweise zu einem stärker werdenden Widerstand führen und das Risiko für einen Therapieabbruch kann sich dabei erhöhen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, das Konzept der „Schadensreduktion“ zu beachten: d. h., dass jeder Schritt in die richtige Richtung sehr wohl auch ein Schritt in die richtige Richtung ist. Welche Ziele können also in der Folge zur Schadensbegrenzung angeführt werden? Die spezifische Frage in dieser Situation ist: Welche Veränderungen ist der Patient überhaupt bereit durchzuführen?

An dieser Stelle ist auch anzumerken, dass die ungesunden Ernährungsgewohnheiten durch den Therapeuten nicht verteidigt werden sollten. Das Ziel des Behandelnden ist es, den Patienten bei der Änderung der schlechten Ernährungsgewohnheiten zu unterstützen. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass der Therapeut sich verantwortlich fühlt, dem Betroffenen bei der Erhaltung spezifischer Ernährungsgewohnheiten zu helfen, vor allem, wenn es ihm scheint, als ob der Patient eine andere Richtung einschlägt. Dies wiederum muss in einer Art und Weise geschehen, die nicht zwingend, sondern im Einklang mit dem Stil von MG funktioniert:

*Es ist natürlich Ihre Wahl. Ich sage Ihnen nur, dass ich Bedenken über Ihre Auswahl habe. Ich bin bereit Ihnen zuzuhören, aber ich wollte Ihnen sagen, dass ich diesbezüglich Bedenken habe.*

## **Umgang mit Widerstand**

Ähnliche Prinzipien, wie bereits in Phase I der MG-Therapie beschrieben wurden, können angewendet werden, um Widerstand abzubauen. Ambivalenz und Abneigung werden nicht direkt bearbeitet, sondern mit Spiegelung und Perspektivenwechsel begegnet. Gezielte paradoxe Anmerkungen können in dieser Phase hilfreich sein. Eine Möglichkeit ist es, eine Art von Erlaubnis für ein Ausbleiben von Veränderung zu erteilen:

*Vielleicht kommen Sie zu dem Entschluss, dass es besser für Sie ist, die gleichen Ernährungsgewohnheiten beizubehalten, auch wenn dies negative Folgen für Sie hat.*

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich durch das Hervorrufen einer Art von Krise für die Person durch eine Juxtaposition von zwei wichtigen und inkonsistenten Wertigkeiten:

*Ich frage mich, ob es wirklich möglich ist, dass Sie Ihre schlechten Ernährungsgewohnheiten bewahren und weiterhin körperlich attraktiv bleiben können.*

## **Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“**

Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollte während der Phase II verwendet werden, um den Aktivitätsplan des Patienten zu spezifizieren. Man kann das Blatt auch nutzen, um dort Notizen zu machen, während der Patient in seinen Plänen voranschreitet. Beginnen Sie die Phase II nicht, indem Sie das Arbeitsblatt ausfüllen, sondern schreiben Sie die Informationen während eines motivationalen Dialoges auf. Diese Informationen können im weiteren Behandlungsverlauf die Basis für eine Rekapitulation darstellen (siehe unten). Verwenden Sie das Arbeitsblatt, um sicher zu stellen, dass Sie folgende Aspekte des Planes abgedeckt haben:

### ***Veränderungen, die ich erreichen möchte.....***

Auf welche Art und Weise bzw. in welchen Bereichen möchte der Patient Änderungen durchführen? Seien Sie konkret. Es ist auch ratsam, Ziele aufzuschreiben, die positiv gefärbt und erreichbar sind, im Gegensatz zu negativen Zielen (keine „schlechten“ Verhaltensweisen), die auch durch eine Narkose erreicht werden können (beenden, vermeiden, Reduktion von Verhaltensmustern).

### ***Die wichtigsten Gründe, warum ich diese Veränderungen durchführen möchte, sind.....***

Was sind die wahrscheinlichen Konsequenzen von Aktivität bzw. Inaktivität? Welche Motivationen scheinen die wichtigsten für den Patienten zu sein?

### ***Schritte, die ich für einen Veränderungsprozess plane, sind.....***

Wie denkt der Patient, seine Ziele zu erreichen? Wie könnte die gewünschte Veränderung durchgeführt werden? Im Rahmen des allgemeinen Planes und der beschriebenen Strategien, was sind spezifische und konkrete erste Schritte, die der Patient machen kann? Wann, wo und wie werden diese Schritte in der Tat umgesetzt?

***Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn.....***

Was wünscht sich der Patient als Resultat des Veränderungsplanes? Was sind die Vorteile, die sich der Patient durch diese Veränderung erhofft?

***Einige Punkte, die meine Pläne durchkreuzen könnten, sind.....***

Es ist wichtig dem Patienten zu helfen, Situationen zu bedenken, die an den geplanten Veränderungen hindern könnten. Was kann schief gehen? Was könnte helfen, bei dem Plan zu bleiben, obwohl diese Probleme auftauchen?

**Rekapitulieren**

Am Ende des Festlegungsprozesses, wenn man spürt, dass der Patient sich in Richtung einer Entscheidung zur Veränderung bewegt, ist es hilfreich, ihm eine ausführliche Zusammenfassung der bisherigen Entwicklungen zur Verfügung zu stellen. Dies kann eine Wiederholung der Ursachen für sein Bedenken beinhalten, die in der Phase I nicht thematisiert werden konnten (siehe „Zusammenfassung“). Genauso kann man dem Betroffenen die im Rahmen der Phase II entwickelten Informationen zur Verfügung zu stellen. Nachdruck sollte vor allem bei Aussagen zur Selbstmotivation gesetzt werden, beim Plan des Patienten zur Veränderung und der festgehaltenen Konsequenzen einer erfolgten oder fehlenden Veränderung. Die Anmerkungen des Arbeitsblattes „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollten dabei als Stütze verwendet werden.

Hier ist ein Beispiel, wie eine solche Rekapitulation durchgeführt werden könnte:

*Ich versuche nun zu sehen, ob ich verstehe, wo Sie sich gerade befinden. Letztes Mal haben wir nochmal die Gründe beleuchtet, warum Sie Bedenken bezüglich Ihrer schlechten Ernährungsgewohnheiten haben. Sie haben eine Vielzahl von solchen Überlegungen genannt. Sie äußerten Bedenken, weil die ungesunden Ernährungsgewohnheiten sowohl zu somatischen Problemen als auch zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld geführt haben. Sie waren auch über die Summen an Geld besorgt, die Sie für den Einkauf von Nahrungsmitteln ausgeben und dem Faktum, dass Ihre Nahrungsaufnahme, „das über das Maß essen“, Ihrer Kontrolle mehr und mehr entgleitet. Der Unfall, den Sie hatten, hat Ihnen geholfen zu realisieren, dass es nun an der Zeit ist, etwas bezüglich Ihrer Ernährungsgewohnheiten zu unternehmen. Aber es scheint mir, dass Sie immer noch überrascht waren, als ich Ihnen die*

*Rückmeldung gab, in welcher gefährlicher Situation Sie sich bezüglich Ihrer körperlichen Gesundheit befinden.*

*Im weiteren Verlauf haben wir auch besprochen, was Sie in dieser Situation tun könnten und Sie hatten zu Beginn auch unterschiedliche Ideen. Sie haben gedacht, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten einfach verändern können. Wir haben darüber gesprochen, welche Folgen verschiedene Zugangsweisen haben könnten, die Sie versuchen würden. Sie waren besorgt, wenn Sie nicht ein abruptes Ende bzw. eine abrupte Veränderung Ihrer Ernährungsgewohnheiten herbeiführen, dass Sie womöglich wieder in Ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen und vergessen würden, was hier besprochen wurde. Sie haben dies auch als Risikofaktor bestätigt. Die Idee, einen Kochkurs für Personen mit Gewichtsproblemen zu besuchen, hat Ihnen nicht gefallen, da Sie Bedenken hatten, andere Menschen würden sehen, dass Sie Probleme mit Ihrem Übergewicht haben. Obwohl in solchen Gruppen das Prinzip der Anonymität vorhanden ist und viele von den Teilnehmern sich in einer ähnlichen Situation wie Sie befinden, äußerten Sie sich dem Beitreten eines solchen Kurses abneigend gegenüber.*

*Die Richtung, in die Sie sich bewegen, zumindest in den letzten 4 Wochen, scheint eine Periode von gesundem Ernährungsstil zu sein, und Sie können sehen, wie es Ihnen damit geht und wie Sie sich dabei fühlen. Sie können der Idee, mehr Zeit mit anderen Bewohnern zu verbringen, die ähnliche Ernährungsprobleme wie Sie haben, etwas abgewinnen. Sie können mit ihnen zusammenkommen und über Erfahrungen bezüglich Ihres veränderten Verhaltensmusters sprechen. Außerdem können Sie gemeinsam am Abend oder am Wochenende etwas unternehmen und so nicht alleine bleiben, um nicht einem erhöhten Risiko für emotional herbeigeführtes Überessen ausgesetzt zu werden. Sie haben auch daran gedacht, wieder an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen, die Sie auch früher ausgeübt haben. Sie haben auch in Erwägung gezogen, verantwortungsvolle Herausforderungen anzunehmen bzw. eine Arbeit, die Sie beschäftigt. Sehe ich das richtig? Habe ich etwas vergessen?*

Wenn der Patient noch zusätzliche Informationen oder Veränderungen anführt, sollten diese reflektiert und in die Rekapitulation integriert werden. Dies sollte auch am Arbeitsblatt notiert werden.

### **Fragen nach Verbindlichkeit**

Nachdem die aktuelle Situation des Patienten, wie oben beschrieben, rekapituliert und die zusätzlichen Anmerkungen und Bedenken des Patienten thematisiert wurden, sollte das nächste Ziel angestrebt werden, nämlich eine formelle Verpflichtung zur Veränderung. Im Wesentlichen verfolgt diese Vereinbarung den Zweck, dass der Patient sich verbal dazu verpflichtet, konkret geplante Schritte auch

durchzuführen, um die benötigte Veränderung zu bewirken. Die abschließende Fragestellung (nicht unbedingt im exakten Wortlaut) ist:

*Sind Sie nun bereit, sich für die Durchführung dieses Schrittes zu verpflichten?*

Wenn die Verpflichtung besprochen wird, ist es ratsam, auch folgende Aspekte zu thematisieren:

- Stellen Sie exakt klar, was der Patient zu tun plant. Geben Sie dem Patienten das fertige Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten - kleiner Handlungsplan“ und besprechen Sie dieses mit ihm.
- Bestärken Sie den Patienten bei den möglichen Vorteilen und Konsequenzen einer Veränderung bzw. auch den Konsequenzen der Inaktivität.
- Fragen Sie nach Bedenken, Ängsten und Zweifeln, die der Patient hat. Welchen Einfluss können diese auf die Durchführung des Planes haben?
- Fragen Sie den Patienten, welche anderen Schwierigkeiten in Frage kommen, die ihn an der Durchführung des Planes hindern könnten. Welche Möglichkeiten gäbe es, um mit solchen Hindernissen umzugehen?
- Stellen Sie klar, welche Rolle das soziale Umfeld in der geplanten Änderung haben und in wieweit es dem Betroffenen auch helfen könnte.
- Definieren Sie zusätzliche Möglichkeiten für Hilfe, die der Patient vom Therapeuten bzw. von anderen therapeutischen Einrichtungen haben könnte. Wenn Sie die Behandlung beenden, erinnern Sie den Patienten daran, dass es ein Folgeinterview geben wird, um zu erfahren, wie es dem Patienten geht.

Wenn der Patient bereit ist, eine Verpflichtungserklärung zu unterschreiben, dann sollte er gebeten werden das Arbeitsblatt „Wie verändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ zu unterzeichnen. Der Patient sollte das signierte Original erhalten, eine Kopie sollte in die Krankengeschichte abgelegt werden.

Manche Patienten sind nicht bereit, sich zu einem Veränderungsziel bzw. einem Programm zu verpflichten. In Fällen, in denen der Betroffene sich ambivalent oder zögerlich bezüglich einer schriftlichen oder verbalen Verpflichtungserklärung zeigt, kann der Person angeboten werden, diesen Entschluss zu einem späteren Zeitpunkt zu fassen. Ein genauer Zeitpunkt sollte mit dem Patienten vereinbart werden, um eine Reevaluation und eine erneute Entscheidungsfindung durchführen zu können. Der Hintergedanke ist dabei, dass durch das Hinauszögern der Entscheidungsfindung im motivationalen Prozess eine positive Entwicklung initiiert werden kann. Eine solche Flexibilität ermöglicht es dem Patienten, die verschiedenen potentiellen Folgen einer Veränderung nochmal zu überdenken und hilft dem Betroffenen, sich selbst ausreichend mit möglichen Konsequenzen auseinanderzusetzen. Ansonsten könnte der Patient sich gezwungen fühlen, eine Verpflichtungserklärung abzugeben, bevor er überhaupt dazu bereit ist. In diesem Fall würde ein Patient eventuell die Therapie vorzeitig abbrechen, um einen

Gesichtsverlust beim Verfehlen des Zieles zu vermeiden. Es ist dann womöglich besser, z. B. folgende Aussage zu machen:

*Es scheint, dass Sie noch nicht wirklich bereit sind eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt zu treffen. Das ist nachvollziehbar. Das ist ein wichtiger Schritt für Sie. Es ist vielleicht besser, diese Dinge nicht zu überstürzen, und jetzt keine Entscheidung zu treffen. Warum denken Sie nicht erst mal darüber nach, und in unserer nächsten Einheit werden wir nochmal die Vorteile einer Veränderung und das Positive an der Beibehaltung ihres Verhaltens besprechen. Ich bin mir sicher, dass es früher oder später für Sie klar sein wird, was Sie wollen. Ist das in Ordnung?*

Es kann hilfreich sein, auf diese Art und Weise explizit sowohl Verständnis für und die Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten zu zeigen, als auch Vertrauen in seine Fähigkeiten, dieses Problem zu lösen, auszusprechen.

## **Phase III – Strategien zur Umsetzung**

Wenn eine solide motivationale Basis für eine Veränderung (Phase I) aufgebaut worden ist und der Patient auch eine Absichtserklärung abgegeben hat (Phase II), fokussiert sich MG auf die Umsetzung des vereinbarten Planes. Damit kann man schon im Rahmen der zweiten Therapieeinheit beginnen, abhängig vom Tempo des Veränderungsprozesses. Folgende drei Aspekte sind dafür relevant:

- Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes
- Erneuerung der Motivation
- Erneuerung der Absichtserklärung

In Phase III ist es ebenfalls notwendig, den Bedarf weiterer Therapien oder Zuweisungen in andere Institutionen einzuschätzen bzw. zu beurteilen.

### **Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes**

Phase III sollte mit einem Rückblick auf alles, was seit der letzten Sitzung geschehen ist, begonnen werden. Mit dem Patienten sollte darüber diskutiert werden, welche Absichten geäußert und Pläne gemacht wurden, und erkundet, welche Fortschritte der Patient diesbezüglich erzielt hat. Der Therapeut sollte mit Reflexion, Spiegelung, Fragen, Bestärkung und Perspektivenwechsel (wie zuvor beschrieben) antworten. Es sollte außerdem besprochen werden, bis zu welchem Punkt die zuvor festgelegten Ziele und Pläne auch schon umgesetzt werden konnten.

### **Erneuerung der Motivation**

Der Phase I–Prozess („Aufbau von Motivation zur Veränderung“) kann hier nochmals angewendet werden, um die Motivation zur Veränderung zu erneuern. Die Dringlichkeit der Wiederholung hängt von der Einschätzung des Therapeuten und der derzeitigen Entschlusskraft des Patienten zur Veränderung, ab. Dies kann festgestellt werden, indem man den Patienten fragt, was er selbst für die wichtigsten Gründe zur Verhaltensänderung im Bereich Ernährung hält.

### **Erneuerung der Absichtserklärung**

Der Phase II–Prozess („Das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung“) kann ebenfalls in dieser Phase weitergeführt werden. Dies kann durch eine einfache erneute Verstärkung des Entschlusses, der bereits zuvor gefasst wurde, geschehen. Wenn der Patient signifikante Probleme oder Zweifel bezüglich der erarbeiteten Pläne äußert, ist es sinnvoll, eine Reevaluation durchzuführen und einen neuen Plan mit neuen Absichten zu entwickeln. Der Therapeut sollte dabei versuchen, das Gefühl des Patienten von Autonomie und Selbstwirksamkeit zu bestärken und die Fähigkeit, selbstständig Ziele erreichen und selbstständige Pläne durchführen zu können, betonen.

### **Weitere Behandlung**

Das beschriebene Verstärken der Motivation kann zum Beschluss des Patienten führen, zusätzliche spezifische Behandlungen zum Erreichen der Ziele in Anspruch zu nehmen. Die Aufgabe des Therapeuten in der Phase III ist es herauszufinden, welche Ziele sich mit solchen zusätzlichen Behandlungsangeboten erreichen lassen. Der Therapeut sollte dem Patienten aufzeigen, welche spezifischen Betreuungseinrichtungen oder Therapiemöglichkeiten für die effektive Verwirklichung der angestrebten Pläne herangezogen werden können.

## **Die Struktur einer MG-Sitzung**

In den vorangegangenen Abschnitten wurde der grundsätzliche Ablauf einer MG-Sitzung von Phase I bis zur Phase III beschrieben. In diesem Teil werden Aspekte thematisiert, die im Bereich Planung und Durchführung einer MG-Einheit zu erwarten sind.

## **Die erste Einheit**

### **Vorbereiten der ersten Einheit**

Der grundlegende Gedanke ist es, dem Patienten ein objektives Feedback bezüglich seiner schlechten Ernährungsgewohnheiten und der daraus resultierenden Probleme zu geben.

### **Darstellung des Grundkonzeptes und Grenzen der Behandlung**

Es sollte damit begonnen werden, die Grundlagen des therapeutischen Zuganges zu erläutern. Ein Beispiel für so eine Erklärung ist:

*Bevor wir anfangen, lassen Sie mich ein wenig erklären, wie wir gemeinsam arbeiten werden. Sie haben jetzt schon einige Zeit damit verbracht, Fragebögen auszufüllen, die wir benötigen und wir bedanken uns vielmals, dass Sie die Zeit dafür genommen haben. Diese Informationen sind sehr hilfreich für uns. Ich muss Ihnen auch gleich am Anfang sagen, dass ich Sie nicht verändern kann. Ich hoffe jedoch, Sie dazu ermutigen zu können, über Ihre derzeitige Situation nachzudenken und eventuell zu überlegen, wie Sie mit dieser umgehen wollen. Wenn es nämlich in Bezug auf Ihr Ernährungsverhalten irgendetwas zu verändern gäbe, werden Sie selbst diese Veränderung durchführen müssen. Niemand kann Ihnen sagen, was Sie zu tun haben, niemand wird diese Veränderung für Sie übernehmen. Ich werde Ihnen eine Menge an Information über sich selbst zur Verfügung stellen und manchmal vielleicht beratend zur Seite stehen, aber die Durchführung der Veränderung liegt nur bei Ihnen. Ich könnte Sie gar nicht verändern, auch wenn ich es wollte. Die einzige Person die beschließen kann, ob sie eine Veränderung durchführen will oder nicht, sind Sie selbst. Wie klingt das für Sie?*

*Nachdem wir einige Einheiten gemeinsam durchgearbeitet haben, werden Sie ein besseres Gefühl dafür bekommen, was Sie eigentlich tun wollen. Wenn Sie dann beschließen, dass Sie einige Veränderungen vornehmen und beratende Gespräche mit mir führen wollen, wäre es möglich, dass ich Ihnen helfen kann. In diesem Fall können wir gemeinsam daran arbeiten. Wenn Sie andere Arten von Unterstützung oder Hilfe brauchen, kann ich Sie auch diesbezüglich beraten. Haben Sie irgendwelche Fragen über unsere zukünftige Arbeitsweise?*

Beginnen Sie nach dieser Einleitung mit der ersten Einheit, und zwar in Form einer kurzen Strukturierung der ersten Sitzung. Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass er vor Behandlungsbeginn ein Feedback über die ausgefüllten Fragebögen und Interviews erhalten wird. Zuerst wollen Sie verstehen, wie der Patient seine Situation genau bewertet. Dann sollte mit der Strategie "Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation" weiter gearbeitet werden. Als erste Antwortreaktion während dieser frühen Phase sollte die Spiegelung („Zuhören mit Empathie“) verwendet werden. Andere Strategien, „Bestärken des Patienten“, „Umgang mit Widerstand“ und „Perspektivenwechsel“ sind hier ebenso im Bedarfsfall anzuwenden.

Wenn der Therapeut der Meinung ist, dass die wichtigen Themen des Patienten bezüglich seiner Problemsituation besprochen wurden, sollte eine Zusammenfassung der Aussagen (siehe „Zusammenfassung“) erfolgen. Wenn es für den Patienten passend erscheint, könnte der Behandelnde anmerken, dass der nächste Schritt ein Feedback über die Eingangsdiagnostik sein wird. Wieder sollten Spiegelung, Bestärkung, Perspektivenwechsel und Umgang mit Widerstand, wie vorher beschrieben, angewendet werden. Ein vollständiges Feedback kann wahrscheinlich im Rahmen der ersten Einheit nicht gegeben werden. In diesem Fall sollte der Therapeut dem Patienten erklären, dass der Feedbackprozess in der nächsten Therapiesitzung fortgesetzt werden wird.

Wann auch immer der Feedbackprozess abgeschlossen ist, sollte der Patient anschließend nach einer zusammenfassenden Antwort gefragt werden. Eine Möglichkeit wäre:

*Ich habe Ihnen nun ziemlich viel Information zur Verfügung gestellt und jetzt frage ich mich, was Sie mit all dieser Information machen wollen bzw. was Sie darüber denken.*

Sowohl das Feedback als auch die offenen Fragen werden öfters Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten hervorrufen, die wieder gespiegelt, reflektiert und als Brücke in die nächste Phase im Rahmen von MG verwendet werden können.

Nachdem der Patient die Fragen aus der Feedbackrunde beantwortet hat, sollte der Therapeut ihm nochmals eine Zusammenfassung bieten (siehe „Zusammenfassung“), in der sowohl die Bedenken aus dem ersten Prozess als auch die Informationen der Feedbackrunde berücksichtigt werden. Dies ist der Zeitpunkt, an dem man in die zweite Phase von MG übergehen sollte: das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung (wieder sei darauf hingewiesen, dass der Therapeut im Rahmen dieser ersten Einheit nicht so weit kommen wird, sondern dieser Prozess in den darauf folgenden Einheiten fortgesetzt werden sollte).

Hinweise des Patienten sollten aufgegriffen (siehe „Erkennen von Bereitschaft zur Veränderung“), Gedanken, Ideen und eventuelle Pläne zum Umgang mit dem vorhandenen Problem angeregt werden (siehe „Diskutieren eines Planes“). Während dieser Phase sollten auch Strategien angewendet werden, die unter „das Kommunizieren der freien Wahl“ und „Information und Beratung“ angeführt sind. Vor allem sollte versucht werden, beim Patienten Gedanken hervorzurufen, die die Vorteile einer Aktivität betonen und voraussichtliche negative Konsequenzen einer Inaktivität aufzeigen (siehe auch „Konsequenz von Aktivität“). Das kann in Form einer Kosten/Nutzen-Aufstellung erfolgen (Gründe für Beibehaltung der Essgewohnheiten versus Gründe für eine Veränderung) und dem Patienten ausgehändigt werden. Die grundlegende patientenzentrierte Zugangsweise mit Reflexion und Spiegelung, Fragen, Bestärken, Perspektivenwechsel und indirektem Umgang mit Widerstand sollte während des gesamten Prozesses und aller MG-Therapieeinheiten angewendet werden.

Diese Phase führt also nach und nach zur Bestätigung eines Veränderungsplanes. Dabei sollte der Therapeut darauf achten, eine Verpflichtung vom Patienten in jeglicher Form zu erhalten (siehe auch „Fragen nach Verbindlichkeit“). Es kann hilfreich sein, die Ziele des Patienten schriftlich festzuhalten und die geplanten Schritte zur Veränderung am Arbeitsblatt „Veränderungsplan“ aufzuschreiben. Wenn es angemessen erscheint, kann der Patient dieses Arbeitsblatt auch unterschreiben. Es sollte darauf geachtet werden, den Patienten nicht frühzeitig zu einer Erklärung zu drängen. Wenn ein solcher Plan unterzeichnet wird, bevor die Überzeugung auch wirklich gefestigt ist, könnte es sein, dass der Patient eher die Behandlung abbricht als zu dem Zeitpunkt zurückzukehren, an dem Abmachungen noch besprochen werden können.

### **Das Beenden der (ersten) Einheit**

Die (erste) Einheit sollte immer in einer Form beendet werden, in der zusammengefasst wird, was zuvor erarbeitet worden ist. Der Inhalt dieser Zusammenfassung wird davon abhängen, wie fortgeschritten der Prozess ist. In manchen Fällen wird die Entwicklung langsam sein und die meiste Zeit der Einheit wird damit verbracht, Feedback zu geben bzw. mit Bedenken und Widerstand des Patienten zu arbeiten. In anderen Fällen wird der Patient recht schnell in Richtung Entscheidung voranschreiten und am Ende der Einheit sogar in Phase II (das Bestärken von Einverständnis) ankommen. Das Tempo, mit dem im Prozess vorangeschritten werden kann, hängt von der derzeitigen Verfassung des Patienten ab. Wann es auch immer möglich ist, sollten beim Patienten im Rahmen der ersten Einheit Aussagen zur Eigenmotivation bezüglich Veränderung angeregt und Schritte unternommen werden, um einen Veränderungsplan zu thematisieren, sogar wenn dies nur versuchsweise und unvollständig gelingt. Es sollte auch diskutiert werden, was der Patient tun wird und welche Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Therapieeinheit bestehen. Es sollte nicht gezögert werden, die Absichtserklärung zur Veränderung bereits in der ersten Einheit zu thematisieren, falls dies sinnvoll

erscheint. Andererseits sollte kein Druck entstehen, dies um jeden Preis zu erreichen. Vorzeitige Einwilligungserklärungen sind kurzlebig, und das Zwingen des Patienten zu einer Veränderung, bevor er dazu bereit ist, wird einen Widerstand hervorrufen und so den MG-Prozess unterminieren.

### **Nichteinhaltung von Vereinbarungen**

Wenn der Patient eine Vereinbarung nicht einhält (dazu zählt z. B., dass der Betroffene die im Vorfeld fixierten Termine nicht wahrnimmt), muss darauf sofort reagiert werden. Folgende Aspekte sollten dabei berücksichtigt werden:

- klären Sie die Gründe für die Nichteinhaltung
- bekräftigen Sie den Patienten – bestärken Sie ihn, indem Sie ihn loben, dass er überhaupt gekommen ist
- sagen Sie, dass Sie den Patienten gerne wiedersehen möchten und unterstützen Sie ihn dabei, mit der Einheit fortzufahren
- führen Sie kurz an, welche schwerwiegenden Bedenken aufgekommen sind und zeigen Sie Ihre Anerkennung (wenn angebracht), falls der Patient dies auch noch weiter thematisieren möchte
- drücken sie Ihre Zuversicht im Hinblick auf die Aussichten zur Veränderung und der Vorteile für den Patienten aus
- erkundigen sie sich beim Patienten auch, ob es irgendwelche Fragen gibt, die Sie ihm beantworten können
- treffen Sie eine neue Vereinbarung

Wenn keine plausiblen Begründungen (z. B. Krankheit) für das Nichteinhalten der Vereinbarung genannt werden, sollte gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden, ob einer der folgenden Aspekte damit in Zusammenhang stehen könnte:

- Ungewissheit bezüglich Notwendigkeit einer Behandlung (wie „*Ich habe keine wirklich großen Probleme*“)
- Ambivalenz bezüglich einer Veränderung
- Frustration oder Ärger, am Therapieprogramm teilnehmen zu müssen (vor allem bei Patienten, die in die Therapie gezwungen wurden)

Auf diese Bedenken sollte eine auf dem MG-Stil basierende Reaktion folgen (aktives Zuhören, Perspektivenwechsel und ähnliche).

Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass es am Beginn der Beratungsphase für eine Person nicht überraschend ist, den Widerwillen (Frustration, Ärger etc.) durch die Nichteinhaltung von Vereinbarungen, Verspätungen oder ähnliches auszudrücken. Den Patienten zu unterstützen, diese Bedenken auch direkt zu äußern, kann zu einer Besserung dieser Problem führen. Phase-I-Strategien sollten beim Auftreten von Widerstand verwendet werden. Der Patient sollte darin bestärkt werden, über seine Bedenken zu diskutieren. Danach sollten Diskussionspunkte

zusammengefasst, Optimismus über die Aussicht auf Veränderung eingebracht und eine erneute Einwilligung für die Behandlung erhalten werden. Es kann vorteilhaft sein, einige Aussagen zur Eigenmotivation vom Patienten zu erhalten. Auch sollten Vereinbarungen erneuert werden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine kurze Nachricht oder ein Telefonanruf die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient wiederkommt, signifikant erhöhen.

### **Umsetzungsstrategien im Rahmen der MG-Therapien**

Die zweite Therapieeinheit sollte nicht länger als eine Woche nach der ersten stattfinden. Sie sollte mit einer kurzen Zusammenfassung über die Ereignisse der ersten Einheit beginnen, dann kann der MG-Prozess an der Stelle weitergeführt werden, an der die letzte Sitzung endete. Der Punkt sollte aufgegriffen werden, an dem der Patient sein persönliches Feedback bezüglich der Diagnostik gegeben hatte, wenn dies nicht vollständig während der ersten Einheit absolviert werden konnte. Dann sollte der Prozess in Richtung Phase II – Strategien und dem Beschluss zur Veränderung weiterschreiten, wenn dies nicht während der ersten Einheit erreicht werden konnte. Wenn der Patient die Einwilligung zur Veränderung im Rahmen der ersten Einheit gegeben hat, dann sollte mit Umsetzungsstrategien begonnen werden.

Jede Sitzung sollte mit einer Diskussion über Ereignisse anfangen, die seit der letzten Einheit stattfanden. Danach sollte eine Zusammenfassung der erreichten Fortschritte folgen. Besonders hilfreich scheinen dabei die Umsetzungsstrategien zu sein, die zuvor beschrieben worden sind:

- I. Analysieren des Fortschrittes
- II. Erneuern der Motivation
- III. Erneuerung der Verpflichtungserklärung

Jede Einheit sollte mit einer Zusammenfassung beendet werden, in der beschrieben wird, an welcher Stelle im Prozess der Patient sich momentan befindet (z. B. Gründe für Bedenken seitens des Patienten; die Hauptthemen im Rahmen des Feedbacks; der Plan, der vereinbart wurde – siehe „Rekapitulation“). Auch sollten die Erkenntnisse oder die nächsten geplanten Schritte thematisiert werden. Der Veränderungsplan (wenn zuvor verhandelt) kann nochmals analysiert bzw. übernommen werden und, falls bereits zuvor niedergeschrieben, auch nochmals überarbeitet werden. Während der Phase der Umsetzung ist Vorsicht geboten, vor allem im Hinblick auf Ambivalenz. Der Therapeut sollte darauf achten, ob der Betroffene tatsächlich zur Festigung der Absichtserklärung bereit ist. Es ist besser festzustellen, dass sich der Patient noch immer in einer ambivalenten Phase befindet und weiterhin die motivationsstärkenden aufbauenden Strategien der Phase I benötigt, als vorschnell bereits die in Phase II beschriebenen Strategien zur Stärkung der Verpflichtungserklärung anzuwenden.

Es sollte ein klarer Sinn für Kontinuität im Rahmen der Betreuung bestehen. MG-Sitzungen sollten als progressive Beratungseinheiten und als kontinuierliche Behandlung mit regelmäßiger Therapie und Folge-Einheiten präsentiert werden. Die ersten Einheiten fokussieren auf den Aufbau von Motivation und das Verstärken des Willens zur Veränderung, die darauf folgenden (auch im Rahmen der Evaluation) dienen als periodische Überprüfungen bezüglich des Fortschrittes im Veränderungsprozess. Es kann hilfreich sein, im Rahmen der weiteren Sitzungen, spezifische Situationen, die seit der letzten Einheit aufgetreten sind, zu diskutieren und zu thematisieren.

Die Einheiten III und IV sind für die dritte und vierte Woche anberaumt. Weitere Sitzungen können als „Booster“-Einheiten eingeschoben werden, um den motivationalen Prozess zu bestärken.

Falls es zu einem Ausfall der Sitzungen von mehreren Wochen kommt, können kurze fünfminütige Gespräche als Auffrischungseinheiten angewendet werden und der Therapeut könnte mit dem Patienten ein paar Tage vor dem vereinbarten Termin telefonieren. Dies dient als Demonstration von aktivem Interesse am Patienten und als Erinnerungsstütze. Jede Einheit beginnt mit einer Diskussion über Ereignisse, die seit der letzten Sitzung stattfanden und es sollte auch zusammengefasst werden, was seit den letzten Einheiten erreicht werden konnte. Beenden Sie jede Einheit mit einem Überblick über die derzeitige Lage des Patienten. Welche Ansichten hat der Betroffene zu seinen nächsten möglichen Schritten?

Während dieser Einheiten ist auch darauf zu achten, ob die Ambivalenz noch immer vorhanden ist und ob die Absichtserklärung weiterhin gefestigt zu sein scheint. Es ist sicherer davon auszugehen, dass der Patient sich weiterhin in einem ambivalenten Zustandsbild befindet und auch weiterhin motivationsaufbauende Strategien benötigt.

### **Begleitung und weitere Schritte**

Wenn es zu einer eindeutigen Entwicklung eines Veränderungsplanes kommt, besteht der nächste Schritt darin, herauszufinden, welche (wenn überhaupt notwendig) zusätzlichen Behandlungsangebote oder Beratungsgespräche dem Patienten zur Unterstützung und zum Erreichen des Zieles zur Verfügung gestellt werden sollten (z. B. Fertigkeitstraining). Wenn der Therapeut selbst einige oder alle benötigten Behandlungen anbieten kann, sollte fortgefahren werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten die spezifischen Behandlungsmöglichkeiten thematisiert und identifiziert werden, und gegebenenfalls eine Überweisung organisiert werden (wenn auch immer möglich, sollte die Überweisung auch persönlich von der Arbeitsstätte in Anwesenheit des Patienten erfolgen, es sollte auch eine genaue Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden).

## **Der Abschluss**

Der formelle Abschluss der MG-Phase beinhaltet eine finale Rekapitulation über die Situation und Fortschritte des Patienten während der MG-Einheiten. Die abschließende Zusammenfassung sollte folgende Elemente einbeziehen:

- Erneute Begutachtung der wichtigsten Faktoren in Bezug auf Motivation des Patienten zur Veränderung und Wiederbestärkung der Themen zur Eigenmotivation
- Zusammenfassung der Aussagen zur Absichtserklärung und Veränderungen, die bis zu diesem Zeitpunkt erreicht wurden
- Bestärken und erneute Bestätigung der Aussagen des Patienten bezüglich der bereits durchgeführten Veränderungen
- Explorieren von zusätzlichen Bereichen zur Veränderung, die der Patient in Zukunft noch vollziehen möchte
- Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation für das Beibehalten des Veränderungsprozesses und für zukünftige Veränderungen
- Unterstützung des Patienten bei Selbstwirksamkeit und Thematisieren der eigenen Fähigkeiten des Patienten zur Veränderung
- Umgang mit etwaigen spezifischen Problemen, die evident sind
- Erinnern des Patienten an den nächsten Termin und Bemerkungen, dass dies auch ein wichtiger Punkt im Gesamtprogramm ist und hilfreich bei der Beibehaltung des Veränderungsprozesses sein kann

Um die Motivation zu konsolidieren kann es sinnvoll sein, den Patienten zu fragen, was die schlechtesten Szenarien wären, wenn der Betroffene wieder seine alten Ernährungsgewohnheiten aufnehmen würde. Helfen Sie dem Patienten in die Zukunft zu blicken, weitere Schritte zu antizipieren oder potentielle Hindernisse, die auftreten können, zu thematisieren, um so einem Rückfall entgegen zu wirken.

---

## **MG - Ernährung**

---



## **ARBEITSBLÄTTER**

## Was ist Ihr Ernährungsstil?

### Wie oft...

(nie, gelegentlich, häufig)

- reden Sie mit Ihrem Arzt über Ihren Ernährungsplan?
- backen, grillen, erhitzen, sieden oder dünsten Sie Lebensmittel anstatt diese zu braten/frittieren?
- wählen Sie fettfreie, 1% oder Magermilch-Molkereiprodukte?
- lesen Sie Etiketten/Beschriftungen um fett- und kalorienarme Lebensmittel auszuwählen?
- warten Sie mit dem Essen bis Sie hungrig sind?
- hören Sie mit dem Essen auf, sobald Sie gesättigt sind?
- heben Sie einen Teil der Restaurantmahlzeit für später auf?
- fügen sie Ihrer Ernährung eine neue Frucht- oder Gemüseart hinzu?

Wenn die meisten Ihrer Häkchen/Markierungen in der "Häufig"- Spalte sind –  
*Großartig!*

Wenn die meisten Ihrer Häkchen/Markierungen in der "Nie" – oder "Manchmal"-  
Spalte sind, könnten/dürften Sie durch Veränderung Ihrer Ernährungsgewohnheiten  
eine Verbesserung in diesem Bereich erzielen.

### Wo(mit) würden Sie beginnen?

**Was ich verändern möchte:**

The form consists of a central area with 10 empty rounded rectangular boxes for notes, and a vertical column on the right with 7 empty rounded rectangular boxes for a list or summary.

## Wichtigkeitsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie wichtig ist für Sie (die Durchführung) diese(r)  
Veränderung?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht wichtig

Extrem wichtig

## Zuversichtsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Änderung umsetzen können?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht zuversichtlich

Extrem zuversichtlich

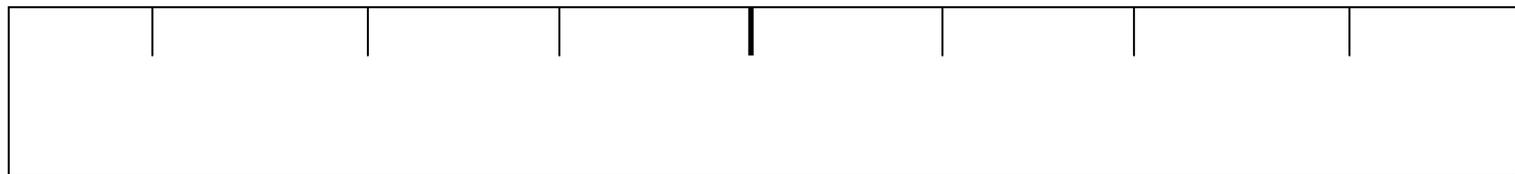
## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern:

**Gesunde Nahrung**



Ich bin nicht bereit

Ich bin unsicher

Ich bin bereit

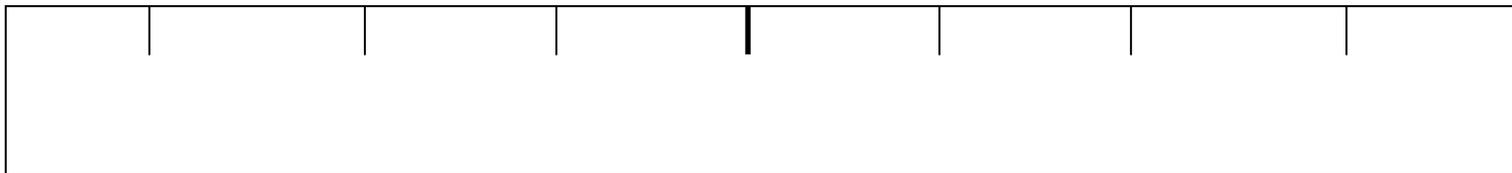
## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern:

**Gewichtsreduktion**



**Ich bin nicht bereit**

**Ich bin unsicher**

**Ich bin bereit**

## Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Ich möchte folgendes Verhalten ändern:

---

---

Der wichtigste Grund, warum ich diese Änderung machen möchte, ist:

Weitere Gründe für die Durchführung der Änderung sind:

Das Hauptziel bei der Umsetzung der Änderung ist für mich:

Um mein Ziel zu erreichen, werde ich folgende Dinge tun:

Die ersten 3 Schritte/Maßnahmen zur Umsetzung der Änderung sind:

Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn:

## **ENTSCHLÜSSE ABWÄGEN**

Wenn Sie Entschlüsse abwägen, ziehen Sie Kosten und Nutzen von dem, was immer Sie gerade auch tun, in Betracht.

Sie haben bisher ungesunde Nahrung zu sich genommen, weil Sie glauben, dass die Vorteile „köstlicher Mahlzeiten“ die Nachteile/Kosten, diese nicht mehr zu essen, überwiegen.

Das Abwägen von Entschlüssen beinhaltet persönliche Entscheidungen, Ihre Entscheidungen.

## **KONSEQUENZEN**

Konsequenzen sind Resultate von Änderungen Ihres Ernährungsverhaltens. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Zum Beispiel können Ihnen Süßigkeiten kurzfristig dabei helfen, sich in Problemsituationen ruhiger zu fühlen, aber langfristig kann dies Ihre Gesundheit negativ beeinflussen.

Manche Menschen sind in der Lage, Ihr Ernährungsverhalten von selbst zu ändern. Fragt man solche Menschen, was sie zur Änderung veranlasste, sagen sie oft, dass sie nur „darüber nachgedacht haben“. Menschen machen oft Dinge als Resultat der Entschlüsse, die sie fassen. Sie evaluieren die Konsequenzen Ihrer Verhaltensveränderung (Abwägung von Pro/Contra) bevor Sie den entgeltigen Entschluss zur Änderung fassen.

**Das ist exakt, was Sie tun können!**

Denken Sie an eine Gewichtungsskala, mit den Nachteilen auf der einen Seite und den Vorteilen auf der anderen Seite. Wenn Vor- und Nachteile ziemlich ausgeglichen sind, gibt es nichts, was Sie zu einer Änderung veranlasst. Wenn Sie Gewichte zu einer Seite der Skala hinzufügen, wird ein Ungleichgewicht entstehen. Um etwas zu ändern, müssen Sie die Waage kippen. Sie müssen Ihre Ernährungsverhaltensmuster persönlich so bewerten, dass die negativen Essgewohnheiten die positiven überwiegen.

Dieser Prozeß wird Entscheidungsfindung genannt.

Wir machen es die ganze Zeit: das Abwägen der Pros und Kontras einer Veränderung. Zum Beispiel wägen Menschen die Pros und Kontras bei der Durchführung einer Veränderung in ihrem Job und ihren Beziehungen ab. Entscheidungen darüber, ob man ungesunde Speisen/Nahrung zu sich zu nehmen aufhört, sind genauso zu treffen, wie Entscheidungen in anderen Lebensbereichen.

### **NACHDENKEN ÜBER IHRE ERNÄHRUNG**

Fragen Sie sich beim Nachdenken über Ihre Essgewohnheiten:

Was könnte ich verlieren oder gewinnen, wenn ich weiter ungesunde Speisen/Nahrung esse? Welche Rolle spielt Ernährung in meinem Leben?

Irgendwann haben Sie tatsächlich Vorteile aus Ihrem Ernährungsverhalten gezogen – die Einsicht, dass Sie zu Freunden passen, die Fast Food als Stressabbau und Entspannung mögen. – Wie auch immer, nachdem Sie das hier nun lesen, überdenken Sie gerade diese Vorteile und legen Ihr Hauptaugenmerk auf die Nachteile Ihres Verhaltens.

## ENTSCHEIDUNG ZUR VERÄNDERUNG

Eine Methode, die Ihnen helfen kann, Ihre Gedanken hinsichtlich Ernährung zu ordnen, ist die Auflistung aller Vor- und Nachteile ungesunden Essens. Diese Übung soll Ihnen dabei helfen, darüber nachzudenken, welche Faktoren bei Ihrer Entscheidung zu einer Veränderung mitspielen. Vergessen Sie nicht, dass es sich um **Ihre Entscheidung** zur Veränderung handelt! Sie sind derjenige, der entscheiden muss, was es Ihnen bringt, die Waage zugunsten einer Veränderung zu kippen.

**Das Positive an Ihrem  
aktuellen  
Ernährungsverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Das Negative an Ihrem  
aktuellen  
Ernährungsverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Mein Plan: Änderung des Verhaltens**  
**- Schwierigkeiten und Hindernisse**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Ich will das folgende Verhalten ändern:**

---

---

Das sind mögliche Haken & Hindernisse, die meine Veränderung behindern könnten:

Wie kann ich mit diesen Haken und Hindernissen umgehen?

---

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Körperliche Aktivität**

---



**- Forschungsmanual -**

**Entwickelt im Rahmen des Forschungsprojekts HELPS**

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Körperliche Aktivität**

**Dieses Manual basiert auf „Motivational Enhancement Therapy Manual“ (1995) von William Miller, Allen Zweigen, Carlo DiClemente und Roberto Rychtarik. NIH Publikation Nr. 943723**

## **Kontakt:**

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D - 89312 Günzburg

Tel.: 08221 / 962862  
Fax: 08221 / 9628160  
Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Weiterführende Informationen: <http://www.helps-net.eu/index.htm>

---

## **MG – Körperliche Aktivität**

---



## **HANDBUCH**

## Vorwort

Motivierende Gesprächsführung (= MG) „Körperliche Aktivität“ bedient sich eines systematischen Interventionszuganges, um Veränderungsprozesse herbeizuführen. Es basiert auf den Prinzipien der Motivationspsychologie und ist so konzipiert, dass im Bereich körperliche Aktivität schnelle und verinnerlichte motivationale Veränderungen hervorgerufen werden. Diese Form der Behandlung zielt auf Motivationsstrategien ab, die die individuellen Ressourcen für Veränderungsprozesse bei den Betroffenen aktivieren. Diese Therapie kann als eigenständige Intervention bzw. als vorgelagerte Behandlung bzw. aber auch als zusätzliche Option bei bereits laufenden Therapien angewendet werden.

Das Manual MG- „Körperliche Aktivität“ wird mit der Idee veröffentlicht, Behandlungsabläufe und –zugänge, die im Rahmen des HELPS-Projektes entwickelt wurden, einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Forschungshandbuch ist für professionelle klinische Mitarbeiter zusammengefasst und wurde, basierend auf dem „Motivational Interviewing Style (MIS)“, für Menschen mit Problemen im Bereich mangelnde Bewegung und körperliche Aktivität konzipiert. Dieses Manual wurde im Rahmen des HELPS-Projektes aufgearbeitet, das Projekt finanziert sich durch Mittel der Europäischen Kommission (DG Sanco - Contract No 2006224).

MG- „Körperliche Aktivität“ basiert auf einem klinischen Zugang, der besser unter dem Begriff „Motivierende Gesprächsführung“ (= *engl* „Motivational Interviewing“) bekannt ist (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991). Das vorliegende Dokument ist eine Adaptierung und Erweiterung des Projektes „MATCH MET Therapist Manual“. Weite Teile des Textes wurden adaptiert bzw. direkt vom ursprünglichen Manual übernommen. Neue illustrative Beispiele wurden angeführt, um die Interventionen im Bereich mangelnder Bewegung und körperliche Aktivität besser veranschaulichen zu können.

Das vorliegende Manual MG-„Körperliche Aktivität“ wurde für die Durchführung von motivierender Gesprächsführung im stationären und ambulanten Bereich konzipiert, wobei dies aber auch in ambulanten Wohnbetreuungseinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet werden kann. Bezüglich der Effektivität dieser Behandlungsmethode wird in dem vorliegenden Manual nicht Bezug genommen. Es wird jedoch festgehalten, dass die Prinzipien von MG im klinischen sowie auch im experimentellen Forschungsbereich gut belegt sind, die spezifische Effektivität und Validität des MG-„Körperliche Aktivität“, wie in diesem Manual beschrieben, bleibt noch offen.

Das Handbuch MG-„Körperliche Aktivität“ beginnt mit einem Überblick über die Technik von Motivierender Gesprächsführung und mit einer Beschreibung der prinzipiellen Anforderungen bei der Anwendung dieser Methode. Danach werden

spezifische Richtlinien zur Durchführung der verschiedenen MG-Einheiten beschrieben. Schließlich werden am Ende des Handbuches Empfehlungen gegeben, wie mit speziellen Problemstellungen, die während der Durchführung der Gesprächsführung auftreten können, umgegangen werden kann.

## **Einleitung**

### **Motivierende Gesprächsführung – adaptiert auf den Bereich „körperliche Aktivität“**

Bei der motivierenden Gesprächsführung für den Bereich Veränderung der körperlichen Aktivitätsmuster ist zu berücksichtigen, dass Verhaltensänderungen prinzipiell eher auf Modifizierungen als auf Beseitigung und mehr auf Neugestaltung als auf Enthaltung beruhen. Auch bleibt festzuhalten, dass es prinzipiell keine Fristen zu berücksichtigen gibt, sondern vielmehr konkrete Ziele bezüglich Verhaltensänderungen, wie z. B. Bewegung an einer bestimmten Anzahl von Tagen pro Woche oder Minuten pro Tag, in den Vordergrund rücken.

Veränderungen im Bereich körperlicher Aktivität müssen unter einer langfristigen, wenn nicht sogar lebenslangen Perspektiven gesehen werden, wenn diese effektiv Einfluss auf den Gesundheitszustand der Betroffenen (z. B. normalisierter Blutdruck oder adäquates Funktionsniveau des kardiovaskulären Systems) nehmen sollen. Folgerichtig kann die Ambivalenz der Betroffenen die zentrale Hürde für diese langfristigen Veränderungen darstellen.

Die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung soll dazu führen, dass die Klienten lernen Wege zu finden, mit denen subjektiv unüberwindbar erscheinende Hürden auch genommen werden können. Weiter bleibt anzumerken, dass die Reduktion bzw. sogar das gänzliche Weglassen von angeeignetem tragem Verhalten oft mit Unlust- bzw. Verlustgefühlen einhergeht und somit auch mit ein Grund für den Abbruch einer Therapie sein kann. Folglich sollte eines der wichtigsten Ziele bei der Durchführung von motivierender Gesprächsführung ein Unterstützen in den positiven Aspekten eines Veränderungsprozesses sein (z. B. was wird gewonnen, was verloren).

### **Ziele der Motivierenden Gesprächsführung**

Die motivierende Gesprächsführung hat vor allem zwei Ziele:

1. Ziel: Förderung der Änderungsbereitschaft  
→ wenn Patienten wenig Änderungsbereitschaft signalisieren, steht die Förderung der intrinsischen (= inneren) Motivation am Anfang
2. Ziel: Förderung der Änderungskompetenz  
→ bei bestehender Änderungsbereitschaft steht die Klärung der Frage „Wie kann ich die Veränderung erreichen?“ im Vordergrund. In dieser Phase ist die Förderung der Änderungskompetenz Ziel der Intervention.

Um diese Ziele erreichen zu können bietet die Motivierende Gesprächsführung verschiedene Interventionstechniken an, auf die weiter unten eingegangen wird (→ Grundlegende Prinzipien der MG, s.u.)

## Das Phasenmodell des Veränderungsprozesses

Prochaska & DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986) haben ein transtheoretisches Modell beschrieben, wie Menschen ihr Verhalten, sowohl im Rahmen einer formellen Behandlung als auch ohne eine solche, ändern. In dieser transtheoretischen Perspektive bewegen sich Individuen im Rahmen eines Veränderungsprozesses durch verschiedene Phasen hindurch, in denen problematische Verhaltensweisen modifiziert werden. Dieses Konzept der unterschiedlichen Phasen ist wichtig um Veränderungsprozesse überhaupt zu verstehen. Jede dieser Phasen verlangt bestimmte Anforderungen und gewisse Fertigkeiten, um eine Veränderung auch wirklich zu erreichen. Sechs von einander abgrenzbare Phasen wurden im Rahmen dieses Modells identifiziert (Prochaska & Di Clemente, 1984, 1986).

Personen, die keine Absicht für Änderungen in problematischen Verhaltensweisen erkennen lassen, befinden sich laut Definition in einer **Absichtslosigkeitsphase** (*engl* „Precontemplation“). Die nächste Stufe, genannt **Vorbereitungsphase** (*engl* „Contemplation“), beschreibt einen Zeitraum, in dem die Personen sowohl die Existenz eines Problems zu erkennen beginnen als auch die Machbarkeit bzw. den Aufwand einer Veränderung in ihrem Verhalten in Erwägung ziehen. Im Rahmen des weiteren Veränderungsprozesses kommt die Person in die **Entscheidungsphase** (*engl* „Determination“), in der Beschlüsse für Aktivität und Veränderung gefasst werden. Ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Person beginnt ihr problematisches Verhalten zu modifizieren, befindet sich der Betroffene in der **Handlungsphase** (*engl* „Action“), die normalerweise etwa für 3-6 Monate anhält. In der Folge erreicht die Person die **Aufrechterhaltungsphase** (*engl* „Maintenance“). Falls der Veränderungsprozess misslingt, spricht man von einer **Rückfallsphase** (*engl* „Relapse“) und die Person kann mit einem neuen Zyklus beginnen.

Der ideale Weg ist also eine progressive direkte Veränderung von einer Phase in die nächste, bis zum Erreichen der *Aufrechterhaltungsphase*. Der Mehrzahl der Betroffenen mit spezifischen körperlichen Inaktivitätsmustern werden im Rahmen des Veränderungsprozesses immer wieder Rückfälle bzw. Fehler unterlaufen, was auch mit einem nicht Erreichen der *Handlungs-* bzw. *Aufrechterhaltungsphase* einhergeht. Die gute Nachricht ist jedoch, dass die meisten Rückfälle erneut mit einem Beginn eines Zyklus einhergehen und die Personen erneut in die *Vorbereitungsphase* eintreten und einen erneuten Veränderungsprozess beginnen. Ein mehrfaches „durchwandern“ dieses Zyklus ist häufig zu beobachten, bevor Personen auch erfolgreich eine Veränderung durchhalten können.

Aus der Perspektive der verschiedenen Phasen bei Veränderungsprozessen heraus, bezieht sich der Zugang der Motivierenden Gesprächsführung vor allem auf die derzeitige Position im Rahmen der Veränderung und unterstützt die Person erfolgreich und nachhaltig durch die verschiedensten Phasen des Veränderungsprozesses hindurch. Für den MG-Therapeuten ist die *Vorbereitungs-*

und *Entscheidungsphase* am kritischsten. Das Ziel sollte sein, den Patienten bei grundlegenden Überlegungen in zwei Bereichen zu unterstützen:

1. Vor welchem "Problem mangelnder Bewegung" stehen die Betroffenen und in welcher Weise affiziert es sie (sowohl positiv als auch negativ), die Abwägung von Pro und Contra mangelnder Bewegung ist essentiell, um von der *Vorbereitungs-* in die *Entscheidungsphase* überzugehen.
2. Der Patient in der *Vorbereitungsphase* wägt sowohl die prinzipielle Möglichkeit als auch die Vor- bzw. Nachteile einer Veränderung seines bevorzugten trüger Verhaltens ab. Die Patienten überlegen, ob sie selbst für eine Veränderung fähig sind und in welcher Form solche Veränderungen ihr Leben beeinflussen werden.

In der *Entscheidungsphase* entwickeln die Patienten eine starke Grundhaltung, um in eine Aktivität übergehen zu können. Diese Haltung wird auch durch Erfahrungen aus der Vergangenheit bei verschiedenen Veränderungsversuchen beeinflusst. Personen, die es in der Vergangenheit in mehreren Versuchen nicht geschafft haben das körperliche Aktivitätsverhalten zu verändern, benötigen vermehrte Unterstützung, um erneut einen Beschluss zu fassen, um so einen neuen Veränderungszyklus beginnen zu können.

Das Verstehen eines Veränderungszyklusses kann dem MG-Therapeuten helfen Empathie zum Patienten aufzubauen und gilt auch als richtungsweisend für das adäquate Vorbereiten von Interventionsstrategien. Es bleibt festzuhalten, dass Personen zwar immer ihren eigenen individuellen ausgeprägten Zyklus von Veränderung durchschreiten, jedoch das Prinzip des Zyklus an sich ist bei allen dennoch gleich. Die Geschwindigkeit und die Effizienz mit der ein solcher Zyklus durchschritten wird variiert von Person zu Person. Das Ziel ist es, den Betroffenen im Durchschreiten der verschiedenen Phasen zu unterstützen und dies so effektiv und schnell wie möglich zu gestalten.

Die Technik von MG ist in den Theorien und der Forschung über motivationale Veränderungsprozesse gut eingebettet. Die Technik berücksichtigt ein breites Verständnis über die verschiedenen Phasen und Prozesse bei Veränderungen von trüger und von mangelnder Bewegung geprägten Verhaltensweisen. MG basiert auf motivationalen Prinzipien, die sowohl aus experimentellen als auch aus klinischen Forschungsbereichen abgeleitet wurden. Der motivationale Zugang ist durch klinische Studien gut untermauert: die Effektivität ist mit Ergebnissen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vergleichbar und in Anbetracht der Kosteneffektivität schneidet der Behandlungszugang von MG im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten nicht schlechter ab (Holder et al., 1991).

## **Grundlegende Prinzipien**

Der Zugang von MG beginnt mit der Überlegung, dass die Verantwortung und die Möglichkeiten für eine Veränderung beim Patienten selbst liegen. Das Ziel des Therapeuten ist es ein Setting zu gestalten, welches den Patienten unterstützt, seine eigene Motivation und seine eigenen Veränderungsmöglichkeiten herauszufinden. Anstatt die Therapiesitzung selbst als primären Ort für Veränderung anzusehen, versucht der Therapeut die inneren Ressourcen des Patienten zu mobilisieren. MG zielt darauf ab, die intrinsische Motivation für Veränderungen zu aktivieren, was dazu führen soll, dass der Patient Veränderung initiiert, in diesen verbleibt und daraus resultierend vermehrt Anstrengungen unternimmt, das Verhalten zu verändern. Miller & Rollnick (1991) haben fünf grundlegende motivationale Prinzipien für einen solchen Zugang beschrieben:

- Empathischer Beratungsstil
- Entwicklung von Diskrepanzen
- Vermeidung von Beweisführungen
- Widerstand aufnehmen und umlenken
- Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern

### **Empathischer Beratungsstil**

Der MG-Therapeut versucht in der Kommunikation großen Respekt gegenüber dem Patienten zu vermitteln. Kommunikationsstile die eine Über- bzw. Unterlegenheit in der Beziehung darstellen, sollten vermieden werden. Die Rolle des Therapeuten ist eine Mischung aus unterstützendem Begleiter und wissendem Berater. Die Freiheit des Patienten bei der Wahl und Richtung eines Prozesses wird respektiert. Es bleibt festzuhalten, dass unter diesem Aspekt nur der Patient entscheiden kann, welche Veränderungen in der Folge durchgeführt werden können. Der Therapeut versucht vielmehr zusätzliche Wege aufzuzeigen als Wege abzuwerten und versucht Neues aufzubauen als Altes nieder zu reißen. In der Arbeit mit MG ist das Zuhören bei weitem wichtiger als das Belehren. Die Überzeugungsarbeit ist behutsam, subtil und immer mit dem Wissen, dass Veränderungsprozesse alleine vom Patienten ausgehen können. Die Kraft dieser behutsamen, nicht aggressiven Überzeugungsarbeit ist in vielen klinischen Arbeiten anerkannt worden. Das aktive Zuhören, Reflektieren und Spiegeln von Inhalten ist eine Schlüsselfähigkeit im Rahmen von MG. Es kommuniziert eine grundlegende Akzeptanz des Patienten und betont auch die Unterstützung im Veränderungsprozess.

### **Entwicklung von Diskrepanzen**

Motivation für Veränderung entsteht, wenn Personen sich des Gegensatzes zwischen der Situation, in der sie sich befinden und dem Zustand, in dem sie eigentlich gerne sein wollen, bewusst werden. Der MG-Zugang fokussiert auf das Wahrnehmen von solchen Gegensätzen, in diesem Fall mit dem Fokus auf

körperliches Aktivitätsverhalten. In manchen Fällen (z.B. bei Personen in der *Absichtslosigkeitsphase* im Prochaska & DiClementes Modell) scheint es notwendig solche Gegensätze überhaupt erst einmal zu entwickeln, in dem man die Aufmerksamkeit des Patienten auf verschiedene persönliche Folgeerscheinungen seines bevorzugt trägen Verhaltens richtet. Solche sorgfältig aufgearbeiteten Informationen können eine Krise im Rahmen des Motivationsveränderungsprozesses hervorrufen. Daraus entwickelt sich manchmal eine verstärkte Diskussion bei den Betroffenen über verschiedenste Veränderungsmöglichkeiten, mit dem Hintergedanken, die plötzlich realisierten Diskrepanzen zu reduzieren und so bald wieder in ein emotionales Gleichgewicht kommen zu können. In anderen Fällen betritt der Patient das Behandlungsprocedere in einer späteren Phase (z.B. *Vorbereitungsphase*) und es werden weniger Zeit und Erfordernisse nötig sein, um zu dem Punkt zu gelangen, an dem der Patient sich für Veränderungen entschließt.

### **Vermeidung von Beweisführungen**

Falls schlecht angewendet, kann die Ambivalenz und das Bewusstwerden von Gegensätzen in einer defensiven Copingstrategie enden und auf diesem Weg das Unbehagen des Patienten reduzieren, wobei jedoch keine Veränderung des trägen Verhaltens und der daraus resultierenden Risiken einhergeht. Ein unrealistischer „Angriff“ (aus der Perspektive des Patienten) auf die Muster eines Bewegungsmangels führt zumeist zu einer defensiven Haltung und zu Widerstand und impliziert subjektiv auch, dass der Therapeut die Situation nicht richtig versteht. Der MG-Stil vermeidet explizit Argumentationen und Schlussfolgerungen, die zum Auftreten von Widerstand führen könnten. Der Therapeut versucht nicht mit der Kraft von Argumenten zu beweisen oder zu überzeugen. Stattdessen verwendet der Therapeut andere Strategien, die den Patienten unterstützen, die Folgen seines ungesunden Lebensstils adäquat zu beobachten und beginnt die subjektiv positiven Aspekte des bevorzugt trägen Verhaltens mit dem Patienten abzubauen. Wenn MG sorgfältig durchgeführt wird, ist es der Patient und nicht der Therapeut, der beginnt Argumente für Veränderung hervorzubringen (Miller & Rollnick, 1991).

### **Widerstand aufnehmen und umlenken**

Der Umgang des Therapeuten mit dem Widerstand des Patienten ist ein essentieller und definierender Aspekt im Rahmen von MG. Die Strategie im Rahmen von MG ist nicht dem Widerstand frontal zu begegnen, sondern den Widerstand mit dem Ziel zu verwenden, dass die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Veränderungsprozess gelegt wird. Es werden dem Patienten neue Möglichkeiten präsentiert über Probleme nachzudenken, jedoch nicht verlangt. Ambivalenz wird als normal und nicht als pathologisch angesehen und weitsichtig exploriert. Die Lösungen werden normalerweise vom Patienten erarbeitet und nicht vom Therapeuten vorgegeben. Dieser Umgang mit dem Widerstand des Patienten wird in der Folge noch detaillierter beschrieben werden.

### **Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern**

Eine Person, die davon überzeugt ist, dass sie ein grundlegendes Problem hat, wird nicht beginnen sich zu verändern bis zu dem Zeitpunkt, wo auch Hoffnung für Erfolg zu bestehen scheint. Pandura (1982) hat diese Selbstwirksamkeit als kritischen Faktor in der Veränderung von Verhalten beschrieben. Selbstwirksamkeit ist, im Wesentlichen, der Glaube, dass jemand ein bestimmtes Verhaltensmuster bzw. bestimmte Fertigkeiten erlernen kann. In diesem Fall muss der Patient davon überzeugt sein, dass es für ihn möglich ist, ungesunden Bewegungsmangel zu verändern und somit auch resultierende Probleme vermindert werden. Im Alltag könnte man dies Hoffnung oder Optimismus nennen, wobei hier nicht die optimistische Zugangsweise der essentielle Punkt ist. Vielmehr ist es der spezifische Glauben des Patienten, dass er selbst das körperliche Aktivitätsverhalten ändern kann. Bis zu dem Punkt, an dem dieses Element nicht vorhanden ist, kann das Wahrnehmen eines Gegensatzes in einer defensiven Copingstrategie (z. B. Rationalisierung, Verneinung) münden und so zur Reduktion des subjektiven Unbehagens führen ohne jedoch, dass daraus jegliche Veränderung des Verhaltens resultiert. Dies ist ein natürlicher und verständlicher selbstschützender Prozess. Wenn jemand überhaupt wenig Hoffnung hat bestehende Probleme verändern zu können, gibt es auch wenige Gründe sich diesem Problem wirklich zu stellen.

MG betont die Wahlmöglichkeit des Patienten hinsichtlich zukünftiger körperlicher Aktivitätsmuster. Der Zugang von MG sieht die Ambivalenz als normale Phase im Rahmen einer Veränderung, daraus resultierend entgegnet der MG-Therapeut dem Widerstand vielmehr mit Reflexion und Spiegelung als mit Argumentation und unterstützt das Potential des Patienten für Veränderung (Selbstwirksamkeit). Der MG-Therapeut erzeugt Motivation und löst beim Patienten Ideen aus, wie Veränderungen ausschauen könnten.

Während Fertigkeitstrainings eine Bereitschaft für Veränderung zum Teil bereits voraussetzen, fokussiert MG explizit auf die Motivation selbst als Schlüsselfaktor beim Triggern von anhaltender Veränderung (Miller & Rollnick, 1991). Fehlen Motivation und Einsatz, scheint ein Fertigkeitstraining verfrüht. Sobald es zu einer Veränderung der Motivationslage kommt, werden die Ressourcen des Betroffenen diesbezüglich genügen. Für einige Betroffene scheint der Zugang im Rahmen des Fertigkeitstrainings wenig effizient, weil es den Fokus vom Schlüsselement der Veränderung verschiebt: einem klaren und beständigen Entschluss für Veränderung (Miller & Brown, 1991). Wie auch immer, MG ist prinzipiell nicht inkompatibel mit Fertigkeitstrainingsprogrammen.

## Strategien in der Praxis

### Phase I – Aufbau von Motivation für Veränderung

In Phase I fokussiert MG auf die Entwicklung der Patientenmotivation, um eine Veränderung des bevorzugt trägen Verhaltens hervorzurufen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft für solch eine Veränderung. Manche werden mit einem bereits fest gefassten Entschluss für Veränderung zur Behandlung kommen, wobei auch hier in der Folge die Ernsthaftigkeit dieser Überzeugung exploriert werden sollte, und auch begonnen werden sollte, diesen Entschluss im Rahmen der Therapie zu konsolidieren. Andere wiederum werden eher abgeneigt bis feindlich am Beginn der Therapie erscheinen. Im Extremfall müssen Personen, die sich in der *Absichtslosigkeitsphase* befinden, von Familienangehörigen oder rechtlichen Vertretern in die Behandlung gezwungen werden. Nichts desto trotz werden die meisten Patienten der Erfahrung nach in der *Vorbereitungsphase* in den Behandlungsprozess einsteigen. Sie werden meistens bereits mit Veränderungsprozessen begonnen haben, werden aber noch eine weitere Bestärkung im Bereich der Veränderungsmotivation benötigen.

Dieser Prozess kann als ein „Anstoßen der Entscheidungsbalance“ angesehen werden (Janis & Mann, 1977; Miller, 1989). Die eine Seite bevorzugt den Status Quo (z.B. fortgesetztes des trägen Verhalten und ein wie zuvor gelebter Lebensstil mit mangelnder Bewegung), wohingegen die andere Veränderung bevorzugt. Der erstere Aspekt im Entscheidungsprozess wird durch augenscheinlich positive Seiten des trägen Verhaltens und von Ängsten bezüglich der Folgen einer Veränderung beeinflusst. Andererseits gibt es auch positive Aspekte bei Veränderung der Bewegungsgewohnheiten und Ängste vor Konsequenzen, falls keine Veränderung gelingt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dieses „Gleichgewicht“ in Richtung einer Veränderung zu bewegen. Acht dafür mögliche anwendbare Strategien werden nun im Detail besprochen (Miller & Rollnick, 1991):

#### Strategie 1: Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation

Die positive Seite hier ist, dass der MG-Therapeut versucht, gewisse Formen von Aussagen beim Patienten hervorzurufen, die im Rahmen des hier präsentierten Konzeptes als Aussagen zur Eigenmotivation betrachtet werden können. Diese Aussagen beinhalten:

- Das Offensein für Informationen über “träges Verhalten” und “mangelnde Bewegung” und deren Effekte.
- Bestätigen von reellen bzw. potentiellen Problemen, die mit mangelnder Bewegung in Beziehung stehen.
- Der Ausdruck eines Wunsches, der Notwendigkeit oder der Bereitschaft für Veränderung.

- Ausdruck von Optimismus über die Möglichkeit einer Veränderung.

Es gibt mehrere Wege, solche Aussagen bei Patienten auszulösen. Die eine Möglichkeit wäre es, den Patienten direkt mit einer offen gestellten Frage darauf anzusprechen. Anbei einige Beispiele:

*Ich gehe davon aus, dass Sie nun hier sind, da Sie einige Bedenken bzw. Schwierigkeiten im Bezug auf Ihre körperliche Inaktivität haben. Erzählen Sie mir über diese. Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihre körperliche Fitness und Ihren Mangel an Bewegung. Was mögen Sie am meisten an der körperlichen Inaktivität? Was ist das Positive an diesem Lebensstil ohne körperliche Aktivität für Sie? Was ist die negative Seite? Was sind Ihre Befürchtungen, wenn Sie keine Bewegung machen und hinsichtlich Ihrer körperlichen Inaktivität? Sagen Sie mir, was Ihnen bei Ihrem körperlichen Aktivitätsverhalten aufgefallen ist, wie hat sich dieses im Laufe der Zeit verändert? Was sind die Punkte, über die Sie sich den Kopf zerbrechen, was glauben Sie könnten Ihre Probleme sein, oder was könnte zu einem Problem werden? Was haben Ihnen andere Leute über Ihren Lebensstil mangelnder Bewegung gesagt? Worüber sind andere Menschen diesbezüglich beunruhigt? Was veranlasst Sie zu glauben, dass Sie Ihr körperliches Aktivitätsverhalten ändern sollten?*

Sobald der Veränderungsprozess sich zu entwickeln beginnt, sollte darauf fokussiert werden, den Prozess laufen zu lassen, vor allem mittels aktivem Zuhören bzw. Spiegeln der Inhalte (siehe unten), in dem man nach Beispielen fragt oder zum Beispiel fragt: „Was gibt es noch?“. Falls es jedoch zum Stocken des Prozesses kommt, kann man auf generelle Bereiche zurückgreifen, wie sie im Arbeitsblatt „Wie sieht Ihre körperliche Aktivität aus?“ beschrieben sind.

## **Strategie 2: Zuhören mit Empathie**

Die hier gerade dargestellten Strategien können initial Aussagen hervorrufen, es ist jedoch auch entscheidend, wie der Therapeut auf diese Aussagen des Patienten reagiert. Die Fähigkeit des Therapeuten für sorgsame Empathie (aktives Zuhören, reflektieren, verstehen) ist die optimale Antwort im Rahmen des MG-Strategiekonzeptes.

Im Allgemeinverständnis ist Empathie definiert als ein „fühlen mit“ einer Person oder eine Form von sofortigem Verständnis für das Gegenüber, aufgrund einer ähnlichen Erfahrung. Carl Rogers führte einen neuen technischen Begriff für den Begriff Empathie ein, in dem er damit eine besondere Fähigkeit und Art des „aktiven Zuhörens“ beschrieb (Rogers, 1957, 1959). In diesem Sinne hört der Therapeut dem Patienten sorgfältig zu und reflektiert/spiegelt es dem Patienten oft in einer leicht modifizierten Art und Weise. Die Bestätigung von Gefühlen, die seitens des Patienten

ausgedrückt oder impliziert werden, kann ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Art zu antworten birgt einige Vorteile:

- Es ist relativ unwahrscheinlich beim Patienten einen Widerstand hervorzurufen
- Es unterstützt den Patienten weiterhin über dieses Thema zu sprechen bzw. es auch weiterhin zu bearbeiten
- Es kommuniziert Respekt und Fürsorglichkeit und stärkt ein therapeutisches Arbeitsverhältnis
- Es verdeutlicht für den Therapeuten noch einmal exakt das, was der Patient genau gemeint hat
- Es kann auch zur Bestärkung von hervorgebrachten Ideen des Patienten verwendet werden

Der letzte Punkt scheint besonders wichtig. Man kann selektiv gewisse Teile der Aussage des Patienten verstärken, andere wiederum können übergangen werden. In diesem Sinne hören dann Patienten Aussagen nicht nur im Rahmen einer selbst getätigten Aussage zur Eigenmotivation, sondern hören auch von dem Therapeuten, dass sie dies gesagt haben. Weiters bringt dieser Antwortstil mit sich, dass der Patient über getätigte Aussagen zu reflektieren beginnt.

Optimales aktives Zuhören verzichtet auf Ratschläge, Abmachungen, Meinungsverschiedenheiten, Suggestionen, Belehrungen, Warnungen und Fragestellungen, zu Gunsten einer Fortführung der Exploration im Sinne des Patienten. Es mag vorteilhaft sein, diese reflektive Zugangsweise anderen therapeutischen Antwortmöglichkeiten entgegenzustellen:

- **Patient:** Ich glaube, ich bin zu faul und mache zu wenig Bewegung, aber ich glaube nicht, dass ich ein Problem mit meinem Körper und meiner körperlichen Gesundheit habe, und ich fühle mich nicht ungesund.
- **Konfrontation:** Oh ja, Sie sind es! Wie können Sie da sitzen und mir sagen, dass Sie kein Problem haben, wenn.....?
- **Frage:** Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?
- **Reflexion:** Auf der einen Seite sehen Sie manche Gründe für Bedenken und andererseits möchten Sie auf keinen Fall als jemand genannt werden, „der Probleme hat“.
- **Patient:** Mein/e Freund/in sagt mir immer, dass ich zu träge bin und dass mein Bewegungsmangel und bequemer Lebensstil mir eines Tages gesundheitlich schadet.
- **Werten:** Was ist falsch an dieser Aussage? Sie hat höchstwahrscheinlich gute Gründe so zu denken.
- **Frage:** Warum glaubt Sie dies?
- **Reflexion:** Und das ärgert Sie wirklich.

Diese Art von aktivem Zuhören sollte im Rahmen von MG angewendet werden. Es sollte nicht angewendet werden, um andere Antworten auszuschließen, aber es sollte der vorwiegende Stil im Rahmen einer Antwort auf Aussagen des Patienten darstellen. Wie in den folgenden Absätzen beschrieben, verwendet der MG-Therapeut auch eine Vielzahl von anderen Strategien.

Schließlich sollte auch an dieser Stelle angemerkt werden, dass selektive Reflexion fehlschlagen kann. Für einen Patienten der ambivalent zu sein scheint, kann einerseits Reflexion über Schwierigkeiten („Sie sehen, dass Ihr Bewegungsmangel und Lebensstil mit wenig körperlicher Aktivität auch körperliche Probleme hervorrufen können“) auch gegenteilige Aspekte in den Vordergrund bringen („Gut, ich glaube ich habe kein wirkliches Problem“). Wenn dies passiert, sollte der Therapeut versuchen, die Ambivalenz zu reflektieren bzw. zu spiegeln. Dies wird am besten mit zweiseitiger Spiegelung durchgeführt, welche die vorhandenen Gegensätze des Patienten beinhaltet. Die beiden gegenseitigen Pole dieser Diskrepanz können am besten mit Worten wie „aber“ oder „und“, verbunden werden, wobei wir Letzteres bevorzugen um Ambivalenz gut darzustellen:

#### *Beispiel für Zweiseitige Spiegelung*

Sie glauben nicht, dass Ihr mangelndes Bewegungsverhalten Ihre Gesundheit im Moment wirklich gefährdet und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt, dass Ihr Bewegungsmangel und Ihre körperliche Inaktivität Ihre körperliche Gesundheit angreifen könnten.

### **Strategie 3: Fragen**

Der MG-Stil beinhaltet auch gezielte Fragestellungen als eine wichtige Antwortmöglichkeit des Therapeuten. Man sagt dem Patienten nicht, wie er sich fühlen sollte oder was er tun sollte, vielmehr fragt der Therapeut den Patienten über seine eigenen Gefühle, Ideen, Befürchtungen und Pläne. Antworten der Betroffenen werden mit empathischer Reflektion, Bestätigung und Neuausrichtung beantwortet.

### **Strategie 4: Das Präsentieren von persönlichem Feedback**

Die erste Einheit im Rahmen der MG Therapie sollte auch ein Feedback für den Patienten beinhalten, welches Bezug auf die diagnostische Abklärung vor der Behandlung nimmt. Dies sollte in einer strukturierten Art und Weise durchgeführt werden, in dem man den Patienten auch schriftliche Unterlagen mit Ergebnissen mitgibt (Arbeitsblatt – Wie sieht Ihre körperliche Aktivität aus), und diese mit Referenzdaten verglichen werden. Um diese Phase zu beginnen, sollte dem Patienten das Arbeitsblatt „Wie sieht Ihre körperliche Aktivität aus“ übergeben werden, eine Kopie sollte als Referenz in den eigenen Unterlagen verbleiben und eine in die Krankenakte abgelegt werden. Das Arbeitsblatt sollte Schritt für Schritt durchgearbeitet werden, wobei jeder Unterpunkt erklärt werden sollte, vor allem im

Bezug auf die Bewertung des Patienten, die mit den vorhandenen Referenzwerten verglichen werden sollten. Ein sehr wichtiger Teil im Rahmen dieses Prozesses ist die Beobachtung des Betroffenen sowie die Art und Weise der Beantwortung im Rahmen des Feedbacks. Beobachten Sie den Patienten während Sie persönliches Rückmeldungen geben. Lassen Sie dem Patienten auch genügend Zeit verbal antworten zu können. Verwenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens, um eventuelle Aussagen zur Eigenmotivation, die im Rahmen dieser Einheit auftreten, verstärken zu können. Antworten sie auch reflektiert bei Aussagen, die mit Widerstand in Bezug gesetzt werden können, vielleicht mit dem Hintergrund, diese in eine zweiseitige Spiegelung einbetten zu können.

### **Strategie 5: Bestärken des Patienten**

Sie sollten auch nach Möglichkeiten suchen den Patienten zu bestätigen, zu loben und aufrichtig bestärken zu können. Solche Bestätigungen können sich in verschiedenen Arten und Weisen positiv auswirken, z. B.:

- Verstärkung der Arbeitsbeziehung
- Aufwertung von Selbstverantwortlichkeit und Empowerment
- Verstärkung von Aussagen im Bezug auf Bemühung und Selbstmotivation
- Stützen des Selbstvertrauens

Beispiele:

- Ich schätze es sehr, dass Sie an dieser Feedbackrunde teilnehmen, das muss sehr hart sein für Sie.
- Ich glaube es ist toll, dass Sie erkennen, dass es hier Risiken gibt und dass Sie etwas unternehmen wollen bevor es noch ernster wird.
- Sie haben wirklich ein paar sehr gute Ideen, wie eine Veränderung vollzogen werden könnte.
- Sie haben heute wirklich einen sehr großen Schritt getan und ich respektiere Sie wirklich dafür.

### **Strategie 6: Umgang mit Widerstand**

Das Thema „Widerstand bei Patienten“ ist ein legitimes Anliegen. Ein nicht umsetzen können von Instruktionen des Therapeuten und das Auftreten von Widerstand bei Behandlungseinheiten (z. B. argumentieren, unterbrechen, nicht wahrhaben wollen eines Problems) sind Aspekte, die eine schlechte Prognose für den Behandlungsausgang darstellen.

Was ist Widerstand? Hier werden in der Folge Verhaltensweisen des Patienten aufgelistet, die mit einem schlechten Behandlungsausgang korrelieren könnten:

**Unterbrechen:** Das Unterbrechen bzw. das gleichzeitig Reden/ ins Wort fallen mit/über den Therapeuten.

**Argumentieren:** Den Therapeuten herausfordern, das Abwerten der Sichtweise des Therapeuten, widersprechen, Feindseligkeit.

**Ablenkung:** Das Wechseln des Themas, nicht antworten, fehlende Aufmerksamkeit.

**Defensivität:** Das Herunterspielen bzw. nicht wahr haben wollen eines Problems, das Entschuldigen bezüglich der eigenen Verhaltensweise, Schuldzuweisungen, Ablehnung der Meinung des Therapeuten, keine Bereitschaft für Veränderung, angebliches Fehlen von negativen Konsequenzen, Pessimismus.

Ein wichtiges Ziel im Rahmen des MG-Zuganges ist ein Auftreten von Widerstand beim Patienten zu vermeiden (antimotivationale Aussagen). Wie man selbst auf Verhaltensweisen reagiert, die auf Widerstand hinweisen, ist eines der Schlüsselemente im Rahmen einer MG-Therapie.

Die erste Regel ist dem Widerstand niemals frontal zu begegnen. Manche Reaktionen bzw. Antworten des Therapeuten ziehen unweigerlich mit sich, dass es zu einer Verstärkung des Widerstandes kommt, und führt dazu, dass der Patient sich eingeengt fühlt und führt eventuell zu weiteren antimotivationalen Aussagen.

Anbei Beispiele für solche Antworten von Therapeuten:

- argumentieren, widersprechen, herausfordern
- werten, kritisieren, Schuldzuweisungen
- warnen vor negativen Konsequenzen
- Versuch mit Logik bzw. Evidenz zu überzeugen
- interpretieren oder analysieren von Gründen für den Widerstand
- Konfrontation mittels Autorität
- Sarkasmus oder Ungläubigkeit

Sogar das direkte Fragen nach Gründen, warum der Patient sich in den Widerstand begeben (z. B. warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?) führt bei dem Patienten zu weiteren defensiven und antimotivationalen Positionen und führt den Therapeuten selbst auch in eine logische Position der Gegenargumentation. Wenn man sich selbst in der Position befindet, dass man beginnt, mit dem Patienten über ein Problem und die Notwendigkeit einer Veränderung zu diskutieren, dann ist es Zeit für einen Strategiewechsel.

Es sollte immer wieder berücksichtigt werden, dass der Fokus darauf liegt, dass der Patient selbst motivationsfördernde Aussagen tätigt (z. B. „ich habe ein Problem“, „ich muss etwas dagegen tun“) und wenn man selbst beginnt diese Positionen zu verteidigen, sich genau das Gegenteil beim Patienten einstellen kann. Hier Beispiele für etwaige Strategiemöglichkeiten um Widerstand zu verlagern:

- *Einfache Spiegelung*: eine Strategie ist es einfach das zu spiegeln, was der Patient sagt. Dies hat manchmal den Effekt, dass genau das Gegenteil hervorgerufen wird und es zu einem Gleichgewicht des Zustandsbildes kommt.
- *Spiegelung mit Amplifikation*: eine Steigerungsstufe ist es zu spiegeln, aber die Aussagen des Patienten zu amplifizieren bzw. zu überhöhen, bis zu dem Punkt, wo der Patient sie abstreitet. Dies ist jedoch eine Gradwanderung, weil eine Übertreibung auch Feindseligkeit hervorrufen kann.
- *Die zweiseitige Spiegelung*: Das letzte Beispiel für Aussagen des Therapeuten ist die zweiseitige Spiegelung, welche eine andere Möglichkeit darstellt mit Widerstand umzugehen, wenn der Patient eine Aussage tätigt, die mit Widerstand in Zusammenhang steht. Man spiegelt diese mit Gegenargumenten, die auf Patientenaussagen aus vorhergehenden Therapieeinheiten beruhen.

*Patient*: Aber ich kann nicht mit körperlicher Aktivität beginnen. Ich habe einfach keine Zeit, mitten am Tag im Park joggen oder spazieren zu gehen.

*Therapeut*: Sie können es sich nicht vorstellen, körperlich aktiv zu werden, weil Sie während des Tages viel Arbeit oder viele Aufgaben und daher keine Zeit haben und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt über die Folgen auf Ihre körperliche Gesundheit.

- *Das Verrücken des Fokus*: Eine andere Strategie den Widerstand abzubauen ist die Aufmerksamkeit vom problematischen Themenfeld wegzulenken.

*Patient*: Aber ich kann nicht mit körperlicher Aktivität beginnen. Ich habe einfach keine Zeit, mitten am Tag im Park joggen oder spazieren zu gehen.

*Therapeut*: Sie preschen vor. Ich spreche hier nicht darüber sich zu ändern, und ich glaube nicht, dass Sie sich auf diesen Punkt versteifen sollten. Bleiben wir doch einfach bei den Sachen, die wir hier gerade tun – wir erarbeiten Ihr Feedback – und später können wir über etwaige Möglichkeiten, was Sie nun mit den Informationen machen wollen, sprechen.

- *Umlenken von Widerstand (Widerstand annehmen)*: Widerstand kann auch insofern begegnet werden, indem man versucht diesen umzulenken (anzunehmen) anstatt entgegen zu treten. Dies beinhaltet ein paradoxes Element, welches dem Patienten oft wieder in eine balancierte bzw. auch entgegengesetzte Perspektive bringt. Diese Strategie kann besonders bei Patienten hilfreich sein, die ein hohes opportunistisches Auftreten haben und die jegliche Idee oder Suggestion verwerfen.

*Patient*: Aber ich kann nicht mit körperlicher Aktivität beginnen. Ich habe einfach keine Zeit, mitten am Tag im Park joggen oder spazieren zu gehen.

*Therapeut:* Und es kann sehr gut sein, wenn wir am Ende unserer Einheiten angelangt sind, dass Sie beschließen werden, Ihr inaktives Verhalten beizubehalten. Es mag zu schwierig erscheinen, etwas zu ändern. Das liegt ganz an Ihnen.

### **Strategie 7: Perspektivenwechsel / Neuausrichtung**

Perspektivenwechsel/Neuausrichtung (*engl* „Reframing“) ist eine Strategie, bei der der Therapeut den Patienten einlädt, seine Überzeugungen in einem „neuen Licht“ oder in reorganisierter Form zu sehen. Was bisher gesagt wurde, erhält nunmehr eine neue Bedeutung.

Wenn zum Beispiel ein Patient ein Feedback erhält, das seine Probleme bestätigt, kann dies bedeuten: „Ich weiß es besser als du“ und in der Therapie neu bewertet werden: „Ich Sorge mich um dich, du bist mir wichtig“.

Ein Perspektivenwechsel kann dem Patienten helfen, sich zu motivieren und so und mit körperlichen Bewegungsgewohnheiten umzugehen. Indem man bestehende Probleme in einen eher positiveren oder optimistischeren Rahmen setzt, kommuniziert der MG Therapeut, dass dieses Problem lösbar und veränderbar ist. Beim Entwickeln von Perspektiven ist es wichtig die Sichtweise, die Wörter und Überzeugungen des Patienten zu verwenden.

Anbei einige Beispiele eines interpretativen Perspektivenwechsels mit dem Patienten:

- **Körperliche Inaktivität als Belohnung.** „Sie haben möglicherweise das Bedürfnis, sich an Abenden oder Wochenenden dafür zu belohnen, dass Sie während des Tages oder der Woche stressige bzw. schwierige Aufgaben erfolgreich bewältigt haben“
  - ▶ Die Implikation hier ist, dass es andere Wege gibt, sich zu belohnen (nicht nur indem man vor dem Fernseher / TV-Gerät sitzt)
  
- **Körperliche Inaktivität als adaptive Funktion:** „Ihre körperliche Inaktivität könnte man auch unter dem Aspekt sehen, dass darauf abgezielt wird, Konflikte oder Spannungen in Ihren Beziehungen zu vermeiden. Ihre körperliche Inaktivität zielt darauf ab, den Status quo zu halten und Sachen so zu belassen wie sie sind. Es scheint mir so zu sein, dass Sie die Inaktivität dafür verwendet haben, um Ihre Beziehungen intakt zu lassen. Und nun scheint es so zu sein, dass es unangenehm wird mit dieser Kompromisslösung.“
  - ▶ Die Implikation hier ist, dass der Patient sich über Beziehungen sorgt und sich bemüht hat diese aufrecht zu lassen, aber auch, dass er effektivere Wege in Zukunft finden muss, um dies tun zu können.

Die prinzipielle Idee beim Perspektivenwechsel/Neuausrichtung ist, die problematische Verhaltensweise in ein positiveres Licht zu stellen, was an sich selbst wieder einen paradoxen Effekt mit sich ziehen kann (Verfestigung des Symptoms), aber dies sollte in einer Art und Weise durchgeführt werden, dass die Person in der Folge aktiv wird und das Problem zu verändern beginnt.

### **Strategie 8: Zusammenfassung**

Es ist sehr hilfreich, während einer Sitzung immer wieder zusammenzufassen, vor allem auch, wenn es gegen Ende einer Einheit zugeht. Dies führt mit sich, dass es zu einem größeren Umfang zu Reflexionen über Aussagen des Patienten kommt. Es ist besonders hilfreich vor allem motivationsfördernde Aussagen des Patienten zu wiederholen und zusammenzufassen. Elemente, die auf Abneigung bzw. Widerstand hinweisen, können im Rahmen der Zusammenfassung im Sinne einer Prävention von ablehnenden Reaktionen seitens der Betroffenen inkludiert werden. So eine Zusammenfassung dient dazu, dass es dem Patienten möglich ist, seine eigenen motivationsfördernden Aussagen ein drittes Mal zu hören, nach den anfänglichen Aussagen, und der darauf durchgeführten Spiegelung. Während einer gesamten Einheit können kurze Zusammenfassungen über „Fortschritte“ gegeben werden. Hier in der Folge ein Beispiel, wie dem Patienten am Ende einer ersten Einheit eine solche Zusammenfassung offeriert werden könnte:

*„Lassen Sie mich versuchen, all das was wir heute gesagt haben zusammenzufassen und sagen Sie mir, ob ich irgendetwas Wichtiges vergessen habe. Ich habe damit begonnen, Sie über Ihr körperliches Aktivitätsverhalten und Ihren Mangel an Bewegung zu befragen und Sie haben mir einige Sachen erzählt. Sie haben mir gesagt, dass sich Ihre körperliche Inaktivität schnell gesteigert hat und Sie es genießen, nichts zu tun. Sie haben viel Geld für Computerspiele und Busfahrkarten ausgegeben und sind auch besorgt, dass sich körperliche Probleme entwickeln könnten, wie z. B. Kurzatmigkeit, Diabetes, hoher Blutdruck sowie weitere Komplikationen wie z. B. kardiovaskuläre Probleme. Sie haben somatische Symptome beschrieben und sind besorgt, wie dies alles Ihren Körper und Ihre körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Im Rahmen des Feedbacks waren Sie erstaunt zu hören, dass Ihre körperliche Inaktivität im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung sehr ausgeprägt ist. Sie haben bereits Zeichen entdeckt, dass Ihr Mangel an Bewegung auch beginnt körperliche Schäden mit sich zu ziehen. Ich schätze Ihre Offenheit diesbezüglich im Rahmen des Feedbacks und ich sehe welche reelle Bedenken Sie bezüglich ihrer mangelnden Aktivitätsgewohnheiten haben. Ist das eine gute Zusammenfassung? Habe ich etwas vergessen?“*

## Phase II – Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung

### Das Erkennen der Bereitschaft für Veränderung

Die oben angeführten Strategien sind darauf ausgerichtet, Motivation aufzubauen und den Entscheidungsprozess des Patienten in Richtung einer Veränderung anzustoßen. Ein zweiter großer Prozess im Rahmen von MG ist die Überzeugung für Veränderung beim Patienten zu festigen, ab jenem Zeitpunkt ab dem genügend Motivation vorhanden ist (Miller & Rollnick, 1991).

Der richtige Zeitpunkt ist ein Schlüsselaspekt – das Wissen, ab wann man beginnt, sich zu einer Verbindlichkeitserklärung hinzubewegen. Hier gibt es eine hilfreiche Analogie zu Verkaufsstrategien – wissen, wann der Kunde überzeugt worden ist und man sich in Richtung Verkaufsabschluss bewegen sollte. Im Rahmen des Prochaska / DiClemente Modells nennt man diese Phase *Entscheidungsphase*, und zwar ist dies der Zeitpunkt, ab dem das Gleichgewicht von der *Vorbereitungsphase* in Richtung Veränderung angestoßen wurde und der Patient nun bereit für Aktivität zu sein scheint (aber nicht unbedingt auch für deren Aufrechterhaltung). So ein Prozess ist nicht irreversibel. Wenn der Übergang in die Aktivität zu lange verzögert wird, kann die Überzeugung oder Bestimmtheit auch verloren gehen. Ist das Gleichgewicht einmal angestoßen, dann ist es Zeit den Beschluss des Patienten zu festigen.

Es gibt keine allgemein gültigen Anzeichen die den Übergang zur *Entscheidungsphase* anzeigen, hier werden aber in der Folge Veränderungen angeführt, die Sie womöglich beobachten können (Miller & Rollnick, 1991):

- der Patient hört auf Bedenken zu äußern bzw. Widerstand zu zeigen.
- der Patient stellt weniger Fragen.
- der Patient scheint mehr gefasst, entschlossen, ungezwungen und friedfertig zu sein.
- der Patient tätigt motivationsfördernde Aussagen, die auf einen Entschluss (oder Offenheit) für Veränderung hinweisen könnten (“Ich glaube, ich muss bezüglich meines Bewegungsmangels etwas tun.” „Wenn ich meine körperliche Aktivität verbessern möchte, was kann ich tun?“)
- der Patient beginnt sich vorzustellen, wie sein Leben nach einer solchen Veränderung aussehen könnte.

In der Folge wird eine Checkliste mit Themenbereichen angeführt, die helfen soll, die Bereitschaft eines Patienten für die Akzeptanz, das Verbleiben oder sogar das Vollenden eines Veränderungsprogrammes zu evaluieren. Diese Fragen können auch hilfreich sein, um herauszufinden, ob ein Betroffener sich gerade in einem Risikobereich befindet, die Therapie vorzeitig abzubrechen:

- Hat der Patient vorhergehende Vereinbarungen / frühere Termine versäumt oder Einheiten nicht wahrgenommen ohne sie vorher erneut zu planen?
- Wenn der Patient zur Behandlung gezwungen wurde, hat der Patient mit Ihnen die eigenen Reaktionen bezüglich dieses Zwanges besprochen – Wut, Konfusion, Erleichterung, etc.?
- Zeigt der Patient eine gewisse Art von Unentschlossenheit bzw. Unschlüssigkeit, hinsichtlich der Festsetzung zukünftiger Therapieeinheiten?
- Ist die angebotene Behandlung anders als vom Patienten angedacht oder erwartet; und wenn dies so ist, sind die Reaktionen des Patienten bezüglich dieser unterschiedlichen Auffassungen diskutiert worden?
- Scheint der Patient während der Therapieeinheiten besonders wachsam zu sein oder andererseits eher unschlüssig bzw. im Widerstand bezüglich dargebotener Suggestionen?
- Nimmt der Patient die Teilnahme am Therapieprogramm als erniedrigende Erfahrung wahr oder mehr als „neue Chance im Leben“?

Wenn die Antworten auf diese Fragen einen Mangel an Änderungsbereitschaft erkennen lassen, scheint es sinnvoll, weitere Bereiche bezüglich Ambivalenz und Unsicherheiten zum Thema körperliche Aktivität, Bewegungsmangel und Veränderungen zu explorieren. Es scheint auch in solch einer Situation ratsam, Beschlüsse bzw. Versuche, eine fixe Zusage zum geplanten weiteren Vorgehen zu erhalten, zu verschieben.

Für viele Patienten scheint es so zu sein, dass es keinen definitiven oder klaren Punkt einer Entscheidungsfindung gibt. Oft ist es so, dass Personen über Veränderungsstrategien nachzudenken beginnen, während sie sich bereits in einer fortgeschrittenen *Vorbereitungsphase* befinden. Für manche besteht die Bereitschaft für den Entschluss einer Veränderung darin, dass sie verschiedene Strategien ausprobieren, bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine finden die subjektiv effektiv und befriedigend ist. Dann erst beginnen sie die Veränderung. Der Prozess von der Erwägung zur Aktivität kann graduell von statten gehen, eher im Sinne einer probeweisen Überleitung als in Form einer eigenständigen Entscheidung.

Es ist auch wichtig, sich immer wieder zu erinnern, dass, wenn ein Patient einen Entschluss gefasst zu haben scheint und erste Schritte in Richtung Veränderung setzt, ein gewisses Maß an Ambivalenz noch immer präsent sein kann. Es sollte vermieden werden anzunehmen, dass, sobald der Patient sich entschlossen hat eine Veränderung durchzuführen, es nicht mehr notwendig ist, Strategien aus der Phase I anzuwenden. Vielmehr scheint es sinnvoller langsam voran zu schreiten, sobald der Patient eine Bereitschaft zu Veränderung erkennen lässt, anstatt dies zu schnell oder zu empathisch durchzuführen. Auch wenn eine Person bei Behandlungsbeginn bereit für eine Veränderung zu sein scheint, ist es sinnvoll, eine der zuvor beschriebenen Strategien zum Motivationsaufbau und Feedback anzuwenden, bevor eine Festigung des Beschlusses beginnt.

Auf jeden Fall kommt man zu dem Punkt, an dem man Strategien heranziehen sollte sollte, die für eine Festigung eines Entschlusses konzipiert sind.

Die in der Folge dargestellten Strategien sind hilfreich, sobald die Anfangsphase beendet wurde und der Patient sich in Richtung Veränderung bewegt.

### **Schlüsselfragen**

Eine hilfreiche Strategie beim Übergang von Phase I zu Phase II ist, eine Art Zusammenfassung der zuvor getätigten Aussagen zur Verfügung zu stellen, in dem man alle Gründe für eine Veränderung, die eine Person angegeben hat, zusammenfasst, ohne aber auch noch die verbleibenden Aspekte von Ambivalenz zu vergessen. Am Ende dieser Zusammenfassung könnten folgende Schlüsselfragen gestellt werden:

- Was machen Sie mit all dem?
- Wo befinden Sie sich nun im Bezug auf Ihre körperliche Aktivität?
- Was ist Ihr Plan?
- Was glauben Sie werden Sie tun?
- Ich frage mich, was Sie sich über Ihre körperliche Inaktivität in diesem Augenblick denken?
- Jetzt, wo Sie schon so weit sind, frage ich mich, was Sie mit all diesen Befürchtungen anstellen?

### **Besprechen eines Planes**

Ein Schlüsselement für den Therapeuten ist den Fokus von Gründen für Veränderung (Phase I – Aufbau von Motivation) auf die Verstärkung eines Entschlusses bzw. dem Ausarbeiten eines Planes für eine Veränderung (Phase II) zu verschieben. Die Patienten initiieren einen solchen Übergang, indem sie manchmal das Bedürfnis oder den Wunsch nach Veränderung äußern, oder indem sie fragen, was sie tun könnten. Alternativ kann eine solche Überleitung auch mit Schlüsselfragen getriggert werden.

Das Ziel während der Phase II ist es, beim Patienten einige Ideen heraus zu locken bzw. in der Folge einen Plan zu entwickeln, wie der Patient mit den Bewegungsgewohnheiten umgehen möchte. Es ist nicht die Aufgabe des Therapeuten zu diesem Zeitpunkt einen Vorschlag für einen Veränderungsplan zu präsentieren, oder spezifische Fähigkeiten zu trainieren, um diese Veränderungen auch schaffen zu können. Die generelle Aussage ist: „Nur Sie können Ihr mangelndes Aktivitätsverhalten verändern und es liegt nur bei Ihnen.“ Weitere Fragen können helfen: „Wie glauben Sie, dass Sie dies machen können? Was glauben Sie könnte Ihnen helfen?“

## **Kommunizieren der freien Wahlmöglichkeiten**

Eine wichtige und beständige Botschaft im Rahmen von MG ist, die Verantwortung des Patienten und die freie Wahl in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte während des Verstärkungsprozesses einer Beschlussfindung immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

Beispiele:

- Es liegt bei Ihnen, was Sie damit machen wollen.
- Niemand kann das für Sie entscheiden.
- Niemand kann für Sie Ihre mangelnden Bewegungsgewohnheiten verändern, nur Sie können dies tun.
- Sie können entscheiden, ob Sie Ihr körperliche Inaktivität wie bisher fortsetzen oder ändern möchten.

## **Konsequenzen von Aktivität und Inaktivität**

Eine hilfreiche Strategie kann auch sein, den Patienten zu fragen, was passieren würde, wenn er so weiter machen würde wie bisher. Wie würden die Konsequenzen ausschauen? Es scheint manchmal auch sinnvoll zu sein, eine schriftliche Liste über negative Folgen bei fehlender Veränderung anzulegen. Ähnlich können auch vorausschauend positive Aspekte einer Veränderung auf diese Weise gesammelt werden.

Um ein vollständigeres Bild zu erlangen, können auch die Ängste mit dem Patienten diskutiert werden, die im Rahmen eines solchen Veränderungsprozesses erwartet werden. Was könnten die negativen Konsequenzen sein, wenn man alte Verhaltensmuster aufgibt? Was sind die Vorteile, körperlich inaktiv zu sein wie bisher? Spiegeln, zusammenfassen und Perspektivenwechsel sind die adäquaten Antworten des Therapeuten. Eine Möglichkeit ist hier eine formale Kosten-Nutzen Tabelle zu kreieren, in dem man den Patienten die positiven und negativen Aspekte einer Veränderungsoption aufschreiben lässt. Was sind die positiven und negativen Bereiche beim Beibehalten der derzeitigen Gewohnheiten? Was ist der mögliche Nutzen bzw. Schaden beim Durchführen einer Veränderung?

## **Information und Beratung**

Oft benötigen Patienten grundlegende Informationen als wichtigen Beitrag für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Generell sollte man sich frei fühlen, adäquate und spezifische Information, die vom Patienten verlangt wird, auch bereit zu stellen. Es scheint auch nach Bereitstellung der Information hilfreich zu sein, beim Patienten nachzufragen: „Macht dies Sinn für Sie? Überrascht Sie das? Was denken Sie darüber?“

Manchmal fragen Patienten auch nach Rat. „Was glauben Sie was ich machen sollte?“ Es ist durchaus adäquat, die eigene Sichtweise unter diesen Umständen darzulegen, jedoch mit einigen Vorbehalten. Es ist sinnvoll diesbezüglich Vermerke und Erlaubnisse für andere Meinungen einzuführen. Z. B.: Wenn Sie meine Meinung hören wollen, die ich Ihnen sicherlich geben kann, müssen Sie jedoch dies für sich bis zum Ende auch durchdenken. Ich kann Ihnen sagen, was ich denke bzw. was ich in Ihrer Situation machen würde und ich freue mich, dies tun zu können, aber vergessen Sie nicht, dass dies Ihre Entscheidung ist. Wollen Sie meine Meinung hören?

In dieser Situation kann es jedoch hilfreich sein, ein wenig verschlossen oder „schwer zugänglich“ zu bleiben.

- Ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihnen das sagen soll, sicherlich habe ich eine Meinung, aber Sie müssen dies ja für sich selbst entscheiden, wie Sie in Zukunft mit Ihrem Leben umgehen wollen.
- Ich habe ein wenig Bedenken, wenn ich Ihnen einen Ratschlag gebe, denn dann schaut es aus, als ob ich für Sie die Entscheidung getroffen hätte. Sind Sie sicher, dass Sie meine Meinung hören wollen?

Wenn es schließlich zu dem Punkt „wie soll man es tun“ kommt, ist es oft am Besten keine spezifische Strategien vorzuschreiben oder zu versuchen, gewisse spezifische Fertigkeiten versuchsweise anzutrainieren. Im Gegenteil, man versucht diese Aufgaben dem Patienten zurückzugeben:

- Wie glauben Sie, dass Sie dies tun könnten?
- Was könnte Ihnen im Weg stehen?
- Sie werden ziemlich kreativ (stark, klug, einfallsreich) sein müssen, um dafür einen Weg zu finden. Ich frage mich, wie Sie das machen könnten?

Wieder könnten Sie um spezielle Information als Teil dieses Prozesses gefragt werden (z. B. „Ich habe über eine Pille gehört, die man einmal am Tag nehmen kann und die einen körperlich fit hält. Wie funktioniert diese Pille?“). In solchen Fällen können genaue und konkrete Informationen geäußert werden.

Ein Patient kann auch nach Information fragen, die Sie im Moment nicht haben. Man sollte sich nicht verpflichtet fühlen, alles zu wissen. Es ist auch vollkommen in Ordnung zu sagen, dass man Sachen nicht weiß und dass man sie in der Folge herausfinden möchte. Man kann anbieten, eine gewisse Fragestellung zu recherchieren und im Rahmen der nächsten Therapieeinheit diese Information dem Patienten zu Verfügung zu stellen.

## **Das Ziel der Verhaltensänderung**

Das Ziel im Rahmen eines Veränderungsprozesses ist im Endeffekt die freie Entscheidung jedes einzelnen Patienten, die er für sich selbst auch treffen muss. Im Rahmen des MG-Stils ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten eine solche Wahl „zu erlauben“ oder „zu ermöglichen“ oder „zu billigen“, diese Wahl müssen die Patienten treffen und kann nicht vom Therapeuten übernommen werden.

Gleichzeitig sehen viele Patienten zumindest am Anfang, dass ein angepeiltes Ziel inakzeptabel ist oder aus ihrer Sicht unerreichbar scheint. Das Insistieren des Therapeuten in solchen Fällen kann möglicherweise nur zu einem stärker werden des Widerstandes und mit einem erhöhten Risiko für einen Therapieabbruch einhergehen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, sich das Konzept der „Schadensreduktion“ im Sinne zu behalten: d. h. dass jeglicher Schritt in die richtige Richtung sehr wohl auch ein Schritt in die richtige Richtung ist. Welche Ziele können also in der Folge zur Schadensbegrenzung angeführt werden? Die spezifischere Frage in dieser Situation ist, „welche Veränderungen ist der Patient überhaupt gewillt durchzuführen?“

An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass Bewegungsmangel und träges Verhalten durch den Therapeuten nicht verteidigt werden sollen. Das Ziel des Therapeuten ist dem Betroffenen bei der Veränderung des gesundheitsschädlichen trägen Verhaltens und Bewegungsmangels zu unterstützen. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass der Therapeut sich verantwortlich fühlt, den Betroffenen bei spezifischen körperlichen Bewegungsgewohnheiten zu unterstützen, vor allem wenn es scheint, dass der Patient eine andere Richtung einschlägt. Wiederum muss dies in einer Art und Weise geschehen, die nicht zwingend sondern im Einklang mit dem Stil von MG ist („Es ist natürlich Ihre Wahl. Ich sage Ihnen nur, dass ich Bedenken habe, über die Auswahl die Sie getroffen haben und ich bin bereit Ihnen zuzuhören, aber ich wollte Ihnen nur sagen, dass ich diesbezüglich Bedenken habe.....“).

## **Umgang mit Widerstand**

Ähnliche Prinzipien, wie bereits in Phase I der MG-Therapie beschrieben, können angewendet werden, um Widerstand abzubauen. Ambivalenz und Abneigung werden nicht direkt bearbeitet, sondern werden mit Spiegelung und Perspektivenwechsel begegnet. Gezielte paradoxe Anmerkungen können in dieser Phase hilfreich sein. Eine Möglichkeit ist eine Art von Erlaubnis für ein Ausbleiben von Veränderung zu erteilen:

- Vielleicht kommen Sie zu dem Entschluss, dass es besser für Sie ist, dieselben Gewohnheiten beizubehalten, auch wenn dies negative Folgen für Sie hat.

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich durch das Hervorrufen einer Art von Krise für die Person durch eine Juxtaposition von zwei wichtigen und inkonsistenten Wertigkeiten:

- Ich frage mich, ob es wirklich möglich ist, Ihre körperliche Inaktivität beizubehalten und weiterhin Ihre körperliche Attraktivität aufrecht zu erhalten.

### **Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten- kleiner Handlungsplan“**

Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollte während der Phase II verwendet werden, um den Aktivitätsplan des Patienten zu spezifizieren. Man kann es auch verwenden um Notizen niederzuschreiben, während der Patient in seinen Plänen voranschreitet. Beginnen Sie die Phase II nicht, indem Sie das Arbeitsblatt ausfüllen. Die Informationen für das Arbeitsblatt sollten während eines motivationalen Dialoges aufgeschrieben werden. Diese Informationen können in der Folge die Basis für eine Rekapitulation darstellen (siehe unten). Verwenden Sie das Arbeitsblatt, um sicher zu stellen, dass Sie folgende Aspekte des Planes abgedeckt haben:

#### ***Die Veränderungen, die ich machen möchte.....***

Auf welche Art und Weise bzw. in welchen Bereichen möchte der Patient Änderungen durchführen? Seien Sie konkret. Es ist auch ratsam Ziele zu inkludieren, die positiv gefärbt und erreichbar sind im Gegensatz zu negativen Zielen (keine „schlechten“ Verhaltensweisen), die auch durch eine Narkose erreicht werden können (beenden, vermeiden, Reduktion von Verhaltensmustern).

#### ***Die wichtigsten Gründe, warum ich diese Veränderungen durchführen möchte, sind.....***

Was sind die wahrscheinlichen Konsequenzen von Aktivität bzw. Inaktivität? Welche Motivationen scheinen die wichtigsten für den Patienten zu sein?

#### ***Die Schritte, die ich für einen Veränderungsprozess plane, sind.....***

Wie gedenkt der Patient seine Ziele zu erreichen? Wie könnte die gewünschte Veränderung durchgeführt werden? Im Rahmen des allgemeinen Planes und der beschriebenen Strategien, was sind spezifische und konkrete erste Schritte, die der Patient setzen kann? Wann, wo und wie werden diese Schritte in Angriff genommen?

#### ***Ich werde wissen, dass mein Plan funktioniert, wenn.....***

Was erhofft sich der Patient als Resultat seines Veränderungsplanes? Was sind die Vorteile, die sich der Patient durch diese Veränderung erhofft?

#### ***Einige Punkte, die meine Pläne durchkreuzen könnten, sind.....***

Es ist hilfreich dem Patienten zu helfen, Situationen zu antizipieren, die geplante Veränderungen unterlaufen könnten. Was könnte schief gehen? Was könnte helfen, dass der Patient bei seinem Plan bleibt, obwohl diese Probleme auftauchen?

## **Rekapitulieren**

Gegen Ende dieses Festlegungsprozesses, wenn man spürt, dass sich der Patient zu einer Entscheidung für Veränderung hinbewegt, erscheint es hilfreich, diesem eine ausführliche Zusammenfassung der bisherigen Entwicklungen zu Verfügung zu stellen. Dies kann eine Wiederholung der Ursachen für Bedenken beinhalten, die in der Phase I nicht thematisiert werden konnten (siehe „Zusammenfassung“), genauso wie ein zur Verfügung stellen von neu entwickelten Informationen im Rahmen der Phase II. Nachdruck sollte vor allem bei Aussagen zur Selbstmotivation gesetzt werden, beim Plan des Patienten für Veränderung und der festgehaltenen Konsequenzen bei Veränderung bzw. bei fehlender Veränderung. Es sollten die Anmerkungen vom Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten“ als Stütze verwendet werden.

Hier in der Folge ein Beispiel, wie eine solche Rekapitulation durchgeführt werden könnte:

„Ich versuche nun zu schauen, ob ich verstehe, wo Sie sich gerade befinden. Letztes Mal haben wir nochmals die Gründe beleuchtet, warum Sie Bedenken bezüglich Ihrer körperlichen Inaktivität und Ihres Bewegungsmangels haben. Hier haben Sie eine Vielzahl angeführt. Sie äußerten Bedenken, wohin Ihr träger Lebensstil geführt hat. Sie waren auch über die Summen an Geld besorgt, die Sie für Computerspiele und Busfahrkarten ausgeben haben, und darüber, dass Sie sich in Bezug auf Ihren Körper generell schlecht fühlen. Dies hat Ihnen geholfen zu realisieren, dass es nun an der Zeit ist, etwas für Ihre körperliche Fitness zu unternehmen, aber mir scheint, dass Sie immer noch überrascht waren, als ich Ihnen die Rückmeldung gegeben habe, in welcher gefährlicher Situation Sie sich bezüglich Ihrer körperlichen Gesundheit befunden haben.

Wir haben in der Folge auch besprochen, was Sie in dieser Situation tun könnten und Sie hatten zu Beginn auch verschiedene Ideen. Sie haben gedacht, dass Sie Ihren Bewegungsmangel einfach verändern können. Wir haben darüber gesprochen, was die Folgen sein würden, wenn Sie verschiedene Zugangsweisen versuchen würden. Sie waren besorgt, wenn Sie nicht ein abruptes Ende bzw. eine abrupte Veränderung Ihrer Gewohnheiten herbeiführen, dass Sie womöglich wieder in Ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen und vergessen würden, was hier besprochen wurde. Sie haben dies auch als Risikofaktor bestätigt. Sie haben die Idee nicht gemocht, an einer Bewegungsgruppe (außerhalb Ihrer Wohnanlage) teilzunehmen, da Sie Bedenken gehabt haben, dass Sie nicht über ausreichend kommunikative und soziale Fertigkeiten verfügen, obwohl, wie besprochen, die Möglichkeit besteht, diese Fertigkeiten zu erlernen.

Die Richtung in die Sie sich bewegen, zumindest in den letzten 4 Wochen, scheint eine Periode von körperlicher Aktivität zu sein, und Sie schauen wie es Ihnen damit geht und wie Sie sich fühlen. Sie können der Idee, mehr Zeit mit anderen Bewohnern zu verbringen, die ähnliche Probleme mit Bewegungsmangel haben wie Sie, etwas

abgewinnen, sodass Sie mit diesen zusammenkommen können und über Erfahrungen im Rahmen Ihres veränderten Verhaltensmusters auch sprechen können und auch gemeinsam Abend- oder Wochenendaktivitäten tätigen können und so nicht alleine sind, um so auch nicht einem erhöhten Risiko für körperlicher Inaktivität ausgesetzt zu sein. Sie haben auch wieder daran gedacht an Aktivitäten in der Gemeinschaft teilzunehmen, die Sie früher während des Nachmittags absolviert haben. Sehe ich dies richtig? Habe ich etwas vergessen?“

Wenn der Patient noch zusätzliche Informationen oder Veränderungen anführt, sollten diese reflektiert und in die Rekapitulation integriert werden. Dies sollte auch am Arbeitsblatt notiert werden.

### **Fragen nach Verbindlichkeit**

Nachdem die aktuelle Situation des Patienten, wie oben beschrieben, rekapituliert und die zusätzlichen Anmerkungen und Bedenken des Patienten thematisiert wurden, sollte das nächste Ziel angepeilt werden, nämlich eine formelle Verpflichtung zu Veränderung. Im Wesentlichen zielt diese Vereinbarung darauf ab, dass der Patient sich verbal dazu verpflichtet konkret geplante Schritte auch durchzuführen, um die benötigte Veränderung zu bewirken. Die abschließende Fragestellung (nicht unbedingt im exakten Wortlaut) lautet:

- Sind Sie nun bereit, sich für die Durchführung dieses Schrittes zu verpflichten?

Wenn diese Verpflichtung besprochen wird, ist es ratsam, auch folgende Punkte zu thematisieren:

- Stellen Sie exakt klar, was der Patient zu tun plant. Geben Sie dem Patienten das fertige Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten - ein kleiner Handlungsplan“ und besprechen Sie dieses mit ihm.
- Bestärken Sie den Patienten bei den möglichen Vorteilen einer Veränderung, bzw. auch die Konsequenzen bei Inaktivität bzw. einer Veränderung.
- Fragen Sie nach Bedenken, Ängsten oder Zweifeln, die der Patient haben mag und welchen Einfluss diese auf die Durchführung des Planes haben könnten.
- Fragen Sie auch, welche anderen Hindernisse in Betracht kommen würden, die den Plan des Patienten durchkreuzen könnten. Fragen Sie den Patienten, wie er mit solchen Hindernissen umgehen könnte.
- Stellen Sie auch klar, welche Rolle das soziale Umfeld in der geplanten Änderung haben könnte und wie dieses Umfeld dem Betroffenen auch helfen könnte.
- Definieren Sie auch zusätzliche Möglichkeiten für Hilfe, die der Patient vom Therapeuten bzw. von anderen therapeutischen Einrichtungen haben könnte.

Wenn Sie die Behandlung beenden, erinnern Sie den Patienten, dass es ein Folgeinterview geben wird, um herauszufinden, wie es dem Patienten geht.

Wenn der Patient bereit ist eine Verpflichtungserklärung zu unterzeichnen, dann sollte er gebeten werden das Arbeitsblatt „Wie verändere ich mein Verhalten – ein kleine Handlungsplan“ zu unterzeichnen und der Patient sollte das signierte Original erhalten, eine Kopie sollte in der Krankengeschichte abgelegt werden.

Manche Patienten sind nicht bereit, ein Veränderungsziel bzw. sich zu einem Ziel bzw. einem Programm zu verpflichten. In Fällen, in denen die Person sich ambivalent oder zögerlich bezüglich einer schriftlichen oder verbalen Verpflichtungserklärung zeigt, kann der Person angeboten werden, dass dieser Entschluss zu einem späteren Zeitpunkt gefasst werden kann. Ein genauer Zeitpunkt sollte mit dem Patienten vereinbart werden, um eine Reevaluation und eine erneute Entscheidungsfindung durchführen zu können. Der Hintergedanke hier ist, dass durch das Hinauszögern der Entscheidungsfindung im motivationalen Prozess eine positive Entwicklung initiiert werden kann. Eine solche Flexibilität ermöglicht es dem Patienten, die verschiedenen potentiellen Konsequenzen einer Veränderung nochmals für sich zu thematisieren und hilft dem Patienten auch sich selbst noch vermehrt mit möglichen Konsequenzen auseinander zu setzen. Ansonsten würde der Patient sich gezwungen fühlen eine Verpflichtungserklärung abzugeben, bevor er oder sie überhaupt dazu bereit wäre. In diesem Fall würde ein Patient eventuell die Therapie vorzeitig abbrechen, anstatt einen Gesichtsverlust beim Verfehlen des Zieles zu erleiden. Es ist dann womöglich besser eine der folgenden Aussagen zu tätigen:

- Es scheint, dass Sie noch nicht wirklich bereit sind eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt zu treffen. Das ist nachvollziehbar. Das ist eine große Entscheidung für Sie. Es scheint besser zu sein, die Sachen nicht zu überstürzen, und jetzt keine Entscheidung zu treffen. Warum denken Sie nicht zwischenzeitlich darüber nach und zu unserer nächsten Einheit werden wir nochmals die Vorteile einer Veränderung und die Vorteile ohne Veränderung des Verhaltens thematisieren. Wir können dies das nächste Mal noch fortführen und ich bin mir sicher, dass es früher oder später für Sie klar sein wird, was Sie wollen. Ist das in Ordnung?

Es kann hilfreich sein auf diese Art und Weise explizit das Verständnis für und die Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten auszudrücken, als auch Vertrauen in seine Fähigkeiten, dieses Problem zu lösen, auszusprechen.

## **Phase III – Strategien zur Umsetzung**

Wenn eine solide Basis in Bezug auf eine Veränderungsmotivation (Phase I) aufgebaut worden ist und der Patient auch eine Absichtserklärung abgegeben hat (Phase II), fokussiert MG auf die Umsetzung. Dies kann z. B. im Rahmen der zweiten Therapieeinheit beginnen, abhängig von der Geschwindigkeit des Veränderungsprozesses. Folgende drei Prozesse sind relevant:

- Rückblick auf den Fortschritt des Prozesses
- Erneuerung der Motivation
- Erneuerung der Absichtserklärung

In Phase III ist es ebenfalls notwendig den Bedarf weiterer Therapien oder Zuweisungen zu anderen Institutionen einzuschätzen/zu beurteilen.

### **Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes**

Begonnen werden sollte mit einem Rückblick auf alles was seit der letzten Sitzung geschehen ist. Mit dem Patienten sollte diskutiert werden, welche Absichten geäußert und Pläne gemacht wurden, und exploriert werden, welche Fortschritte der Patient diesbezüglich gemacht hat. Geantwortet werden sollte mit Reflexion und Spiegelung, Fragen, Bestärkung, Perspektivenwechsel (wie zuvor beschrieben). Auch sollte besprochen werden, bis zu welchem Punkt die zuvor festgelegten Ziele und Pläne auch schon umgesetzt werden konnten.

### **Erneuerung der Motivation**

Der Phase I – Prozess („Aufbau von Motivation für Veränderung“) kann hier nochmals verwendet werden, um die Motivation für Veränderung zu erneuern. Das Ausmaß in dem dies durchgeführt werden sollte, hängt von der Einschätzung des Therapeuten ab bzw. auch von der derzeitigen Entschlusskraft des Patienten bezüglich seiner Veränderung. Das kann festgestellt werden, indem man den Patienten fragt, was er selbst als die wichtigste Begründung für eine Veränderung im Bereich Bewegungsmangel ansieht.

### **Erneuerung der Absichtserklärung**

Der Phase II – Prozess („Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung“) kann ebenfalls in dieser Phase weitergeführt werden. Dies kann durch eine einfache erneute Verstärkung des Entschlusses, der bereits zuvor gefasst wurde, geschehen. Wenn der Patient signifikante Probleme oder Zweifel bezüglich der initialen Pläne äußert, könnte es Zeit für Reevaluation sein und Zeit dafür, einen neuen Plan mit neuen Absichten zu entwickeln. Es sollte versucht werden das Gefühl des Patienten von Autonomie und Selbstwirksamkeit zu bestärken und die Fähigkeit unterstrichen werden, selbstständig auch Ziele erreichen zu können und selbstständige Pläne durchzuführen.

## **Weitere Behandlung**

Durch das wie oben beschriebene Verstärken der Motivation kann es dazu kommen, dass der Patient beschließt, zusätzliche spezifische Behandlungen zur Erreichung der Ziele in Anspruch zu nehmen. Die Herausforderung in der Phase III ist es herauszufinden, welche Ziele mit solchen zusätzlichen Behandlungsangeboten erreicht werden können und in der Folge aufzuzeigen, welche spezifischen Betreuungseinrichtungen oder Therapiemöglichkeiten heran gezogen werden können, um die getroffenen Ziele auch effektiv erreichen zu können.

## **Die Struktur einer MG-Sitzung**

Die vorangegangenen Abschnitte beschrieben den grundsätzlichen Ablauf einer MG-Sitzung von Phase I bis hin zur Phase III. Dieser Teil wird Aspekte thematisieren, die im Bereich Planung und Durchführung einer MG-Einheit zu erwarten sind.

### **Die erste Einheit**

#### **Vorbereiten der ersten Einheit**

Der grundlegende Hintergedanke ist es dem Patienten ein objektives Feedback bezüglich seiner körperlichen Inaktivität und seines Bewegungsmangels und der daraus resultierenden Probleme zu geben.

#### **Darstellung des Grundkonzeptes und Grenzen der Behandlung**

Es sollte damit begonnen werden, die Grundlagen des therapeutischen Zuganges zu erklären. Hier sein in der Folge ein Beispiel angeführt, wie dies durchgeführt werden könnte:

*Bevor wir beginnen, lassen Sie mich ein wenig erklären, wie wir gemeinsam arbeiten werden. Sie haben jetzt schon einige Zeit damit verbracht, Fragebögen auszufüllen, die wir benötigen und wir bedanken uns vielmals, dass Sie die Zeit auch für diese Tätigkeiten zur Verfügung gestellt haben. Diese Informationen sind sehr hilfreich für uns heute. Ich muss Ihnen auch gleich vorab sagen, dass ich Sie nicht verändern werde. Ich hoffe, ich kann Ihnen helfen, dass Sie über Ihre derzeitige Situation nachdenken und eventuell überlegen können, wenn überhaupt, was Sie machen wollen, aber wenn es diesbezüglich irgendwas zu verändern gäbe, werden Sie diese Veränderung durchführen müssen. Niemand kann Ihnen sagen, was Sie zu tun haben, niemand wird diese Veränderung für Sie tun. Ich werde Ihnen eine Menge an Information über sich selbst zur Verfügung stellen und manchmal vielleicht beratend zur Seite stehen, aber die Durchführung wird zur Gänze bei Ihnen liegen. Ich könnte Sie gar nicht verändern, auch wenn ich es wollte. Die einzige Person die beschließen*

*kann, ob sie eine Veränderung durchführen will oder nicht, sind Sie selbst. Wie klingt das für Sie?*

Nachdem wir einige Einheiten gemeinsam durchgearbeitet haben, werden Sie ein besseres Gefühl dafür kriegen, was Sie eigentlich tun wollen. Wenn Sie dann beschließen, dass Sie einige Veränderungen durchführen und von mir auch einige beratende Gespräche diesbezüglich haben wollen, könnte es sein, dass ich Ihnen helfen kann und wir gemeinsam daran arbeiten können. Wenn Sie andere Arten von Unterstützung oder Hilfe brauchen, kann ich Sie auch diesbezüglich zuweisen. Haben Sie irgendwelche Fragen über unsere zukünftige Arbeitsweise? Beginnen Sie nach dieser Einleitung mit der ersten Einheit, und zwar in Form einer kurzen Strukturierung dieser ersten Einheit.

Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass ihm Feedback über die Fragebögen und Interviews vor Behandlungsbeginn gegeben werden wird, aber dass Sie zuerst verstehen wollen, wie der Patient seine Situation genau bewertet. Dann sollte mit den Strategien "Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation" fortgefahren werden. Als erste Antwortstrategie während dieser frühen Phase sollte die Spiegelung („Zuhören mit Empathie“) verwendet werden. Andere Strategien sind unter „Bestärken des Patienten“, „Umgang mit Widerstand“, „Perspektivenwechsel“ beschrieben und sind hier entsprechend anzuwenden. Wenn man das Gefühl hat, dass die großen Themen des Patienten bezüglich seiner Problemsituation thematisiert wurden, sollte eine Zusammenfassung der Aussagen (siehe „Zusammenfassung“) gegeben werden. Wenn es für den Patienten passend erscheint, könnte man anmerken, dass der nächste Schritt ein Feedback über die Eingangsdiagnostik sein wird. Wieder sollten Spiegelung, Bestärkung, Perspektivenwechsel, Umgang mit Widerstand wie vorher beschrieben, angewendet werden. Diese Feedbackmöglichkeit wird sich höchstwahrscheinlich nicht im Rahmen der ersten Einheit vollständig durchführen lassen. Falls sich dies nicht ausgeht, sollte dem Patienten erklärt werden, dass das Feedback in der nächsten Therapieeinheit weitergeführt werden wird.

Wann auch immer der Feedbackprozess abgeschlossen ist, sollte der Patient nach einer zusammenfassenden Antwort gefragt werden. Eine Möglichkeit wäre:

- Ich habe Ihnen ziemlich viel Information an dieser Stelle zur Verfügung gestellt und an diesem Punkt frage ich mich, was Sie mit all dieser Information tun bzw. was Sie darüber denken.

Sowohl das Feedback als auch die offene Frage wird öfters Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten hervorrufen, die wieder gespiegelt und reflektiert werden können und als Brücke für die nächste Phase im Rahmen von MG verwendet werden können.

Nachdem die Antwort aus der Feedbackrunde vom Patienten abgeschlossen ist, sollte nochmals eine Zusammenfassung gegeben werden, indem einerseits die Bedenken aus dem ersten Prozess berücksichtigt als auch die Information der Feedbackrunde (siehe „Zusammenfassung“) eingebaut werden sollte. Dies ist der Punkt, an dem man in die zweite Phase von MG übergehen sollte: das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung (wieder sei darauf hingewiesen, dass Sie im Rahmen dieser ersten Einheit nicht so weit kommen werden, sondern dieser Prozess in den darauf folgenden Einheiten fortgesetzt werden sollte).

Hinweise des Patienten sollten aufgegriffen werden (siehe „Erkennen von Bereitschaft für Veränderung“), Gedanken, Ideen und eventuell Pläne zum Umgang mit dem vorhandenen Problem sollten angeregt werden (siehe „Diskutieren eines Planes“). Während dieser Phase sollten auch Strategien angewendet werden, die unter „das Kommunizieren der freien Wahl“ und „Information und Beratung“ angeführt sind. Vor allem sollte versucht werden beim Patienten Gedanken hervorzurufen, die die Vorteile einer Aktivität unterstreichen und voraussichtliche negative Konsequenzen einer Inaktivität aufzeigen könnten (siehe auch „Konsequenz von Aktivität“). Dies kann in Form einer Kosten/Nutzen-Aufstellung passieren (Gründe so weiter zu machen wie bisher versus Gründe für eine Veränderung) und kann dem Patienten ausgehändigt werden. Die grundlegende Patienten-zentrierte Zugangsweise mit Reflexion und Spiegelung, des Fragens, des Bestärkens, des Perspektivenwechsels und dem indirekten Umgang mit Widerstand sollte während des gesamten Prozesses als auch durch alle MG-Therapieeinheiten hindurch angewendet werden. Diese Phase führt in der Folge zur Bestätigung eines Veränderungsplanes und es sollte darauf geachtet werden, eine diesbezügliche Verpflichtung vom Patienten in jeglicher Form zu erhalten (siehe auch „Fragen nach Verbindlichkeit“). Es kann hilfreich sein, die Ziele des Patienten schriftlich festzuhalten und die geplanten Schritte zur Veränderung am Arbeitsblatt „Veränderungsplan“ festzuschreiben. Wenn es adäquat erscheint, kann der Patient dieses Arbeitsblatt auch unterschreiben. Es sollte darauf geachtet werden, den Patienten nicht frühzeitig zu einer Erklärung zu bewegen. Wenn ein solcher Plan unterschrieben wird, bevor die Überzeugung auch wirklich gefestigt ist, könnte es sein, dass der Patient eher die Behandlung abbricht als zu dem Punkt zurückzukehren, wo Abmachungen noch besprochen werden können.

### **Das Beenden der (ersten) Einheit**

Die (erste) Einheit sollte immer in einer Form beendet werden, indem das zusammengefasst wird, was zuvor durchgearbeitet worden ist. Der Inhalt dieser Zusammenfassung wird davon abhängen, wie fortgeschritten der Prozess ist. In manchen Fällen wird die Entwicklung langsam sein und die meiste Zeit der Einheit wird damit verbracht werden, Feedback zu geben bzw. mit Bedenken und Widerstand des Patienten umzugehen. In anderen Fällen wird der Patient recht rasch in Richtung Entscheidung voranschreiten und man wird am Ende dieser Einheit sogar in Phase II (das Bestärken von Einverständnis) angelangt sein. Die

Geschwindigkeit, mit der im Prozess vorangeschritten werden kann, hängt von der derzeitigen Verfassung des Patienten ab. Wann auch immer möglich sollten Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten bezüglich Veränderung im Rahmen der ersten Einheit angeregt und Schritte unternommen werden, um einen Veränderungsplan zu thematisieren, sogar wenn dies nur versuchsweise und inkomplett gelingt. Es sollte auch diskutiert werden, was der Patient tun wird und welche Veränderungen zwischen der ersten und der zweiten Therapieeinheit gemacht werden. Es sollte nicht gezögert werden, die Absichtserklärung für Veränderung bereits in der ersten Einheit zu thematisieren, wenn dies adäquat erscheint. Andererseits sollte kein Druck entstehen, dies um jeden Preis zu erreichen. Vorzeitige Einwilligungserklärungen sind kurzlebig, und den Patienten zu einer Veränderung zu zwingen, bevor er oder sie diesbezüglich auch bereit ist, wird einen Widerstand hervorrufen und so den MG-Prozess unterminieren.

### **Nichteinhaltung von Vereinbarungen**

Wenn der Patient eine Vereinbarung (darunter fallen auch das nicht wahrnehmen von im Vorfeld fixierten Terminen) nicht einhält, sollte sofort reagiert werden und folgende Punkte exploriert werden:

- Klären Sie die Gründe für die Nichteinhaltung.
- Bekräftigen des Patienten – Bestärken, dass er überhaupt gekommen ist.
- Sprechen Sie aus, dass Sie den Patienten gerne wieder sehen möchten und unterstützen Sie ihn fortzufahren.
- Führen Sie kurz an welche schwerwiegenden Bedenken aufgekommen sind und Ihre Anerkennung (wenn adäquat), dass der Patient dies auch noch weiter thematisieren möchte.
- Drücken sie Ihre Zuversicht hinsichtlich der Aussichten einer Veränderung und des Vorteils für den Patienten aus.
- Fragen Sie auch, ob es irgendwelche Fragen gibt, die Sie dem Patienten beantworten können.
- Treffen einer neuen Vereinbarung.

Wenn keine vernünftigen Begründungen für das Nichteinhalten der Vereinbarung (wie z. B. Krankheit) präsentiert werden, sollte gemeinsam mit dem Patienten thematisiert werden, ob einer der folgenden Punkte womöglich mit der Nichteinhaltung der Vereinbarung in Zusammenhang stehen könnte:

- Ungewissheit bezüglich Notwendigkeit einer Behandlung (wie z. B. „Ich habe nicht wirklich große Probleme“)
- Ambivalenz bezüglich einer Veränderung
- Frustration oder Ärger am Therapieprogramm teilnehmen zu müssen (vor allem bei Patienten, die in das Programm gezwungen wurden)

Mit diesen Bedenken sollte auf eine auf dem MG-Stil basierenden Art und Weise umgegangen werden (z. B. mit aktives Zuhören, Perspektivenwechsel,...).

Weisen Sie darauf hin, dass es am Beginn der Beratungsphase für eine Person nicht überraschend ist, den Widerwillen (Frustration, Ärger etc.) durch die Nichteinhaltung von Vereinbarungen, Verspätungen oder ähnliches auszudrücken. Den Patienten zu unterstützen, diese Bedenken auch verbal direkt zu äußern, kann diesbezüglich zu einer Besserung führen. Phase-I-Strategien sollten bei Auftreten von Widerstand verwendet werden. Der Patient sollte bestärkt werden die Bedenken zu diskutieren. Dann sollten Diskussionspunkte zusammengefasst, Optimismus über die Aussicht auf Veränderung eingebracht und eine erneute Einwilligung für die Behandlung erhalten werden. Es kann vorteilhaft sein, einige Aussagen zur Eigenmotivation vom Patienten diesbezüglich zu erhalten. Auch sollten Vereinbarungen erneuert werden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine kurze Nachricht oder ein Telefonanruf die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöhen, dass der Patient wiederkommt.

### **Umsetzungsstrategien im Rahmen der MG-Therapien**

Die zweite Therapieeinheit sollte nicht länger als eine Woche danach stattfinden. Es sollte mit einer kurzen Zusammenfassung über die Ereignisse der ersten Einheit angefangen werden, dann kann der MG-Prozess an der Stelle weitergeführt werden, an der die letzte Einheit endete. Der Punkt sollte aufgegriffen werden, an dem der Patient sein persönliches Feedback bezüglich der Diagnostik gegeben hatte, wenn dies nicht vollständig während der ersten absolviert werden konnte. Dann sollte der Prozess in Richtung Phase II – Strategien und dem Beschluss für Veränderung weiterschreiten, wenn dies nicht während der ersten Einheit erreicht werden konnte. Wenn eine grundlegende Einwilligung bezüglich Veränderung vom Patienten im Rahmen der ersten Einheit bekommen werden konnte, dann sollte in der Folge mit Umsetzungsstrategien begonnen werden.

Jede Sitzung sollte mit einer Diskussion über Ereignisse seit der letzten Stunde begonnen werden, danach folgt eine Zusammenfassung über die Fortschritte der letzten Einheiten. Besonders hilfreich scheinen die Umsetzungsstrategien, die zuvor besprochen worden sind:

- I. Analysieren des Fortschrittes
- II. Erneuern der Motivation
- III. Erneuerung der Verpflichtungserklärung

Jede Einheit sollte mit einer Zusammenfassung beendet werden, in der beschrieben wird, an welcher Stelle im Prozess der Patient sich momentan befindet (z.B. die Gründe für Bedenken seitens des Patienten, die Hauptthemen im Rahmen des Feedbacks, der Plan der verhandelt worden ist – siehe „Rekapitulation“). Auch sollten die Erkenntnisse oder nächsten geplanten Schritte thematisiert werden. Der

Veränderungsplan (wenn zuvor verhandelt) kann nochmals analysiert bzw. adaptiert werden und falls bereits zuvor niedergeschrieben auch nochmals überarbeitet werden. Während der Phase der Umsetzung ist Vorsicht geboten, vor allem im Hinblick auf Ambivalenz und es sollte geschaut werden, ob die Absichtserklärung auch weiterhin gefestigt ist. Es ist besser festzustellen, dass sich der Patient noch immer in einer ambivalenten Phase befindet und weiterhin die motivationsstärkenden aufbauenden Strategien der Phase I benötigt, als vorschnell bereits die in Phase II beschriebenen Strategien zur Stärkung der Verpflichtungserklärung anzuwenden.

Es sollte ein klarer Sinn für Kontinuität im Rahmen der Betreuung bestehen. MG-Einheiten sollten als progressive Beratungseinheiten präsentiert werden, und als kontinuierliche Behandlung mit regelmäßiger Therapie und Folge-Einheiten. Die ersten Einheiten fokussieren auf den Aufbau von Motivation und das Verstärken des Willens für Veränderung, die darauf folgenden Einheiten (auch im Rahmen der Evaluation) dienen als periodische Überprüfungen bezüglich des Fortschrittes im Veränderungsprozess. Es kann hilfreich sein, im Rahmen der darauffolgenden Einheiten, spezifische Situationen, die seit der letzten Einheit aufgetreten sind, zu diskutieren und zu thematisieren.

Die Einheiten III und IV sind für die Wochen 3 und 4 anberaumt. Weitere Einheiten können als „Booster“-Einheiten eingeschoben werden, um den motivationalen Prozess zu bestärken.

Falls es zu einem Ausfall der Einheiten von mehreren Wochen kommt, können kurze 5 Minuten-Gespräche als Auffrischungseinheiten angewendet werden und man könnte mit dem Patienten ein paar Tage vor dem vereinbarten Termin telefonieren. Dies dient auch der Kommunikation von aktivem Interesse am Patienten und auch als Erinnerungsstütze. Jede Einheit beginnt mit einer Diskussion über Ereignisse seit der letzten Einheit und es sollte auch zusammengefasst werden, was in den letzten Einheiten erreicht werden konnte. Beenden Sie jede Einheit mit einer Zusammenfassung über die derzeitige Lage des Patienten und den Ansichten des Patienten über mögliche nächste Schritte.

Während dieser Einheiten ist auch darauf zu fokussieren, ob die Ambivalenz noch immer vorhanden ist und ob die Absichtserklärung weiterhin gefestigt scheint. Es ist sicherer davon auszugehen, dass der Patient sich weiterhin in einem ambivalenten Zustandsbild befindet und diesbezüglich auch weiterhin motivationsaufbauende Strategien benötigt.

### **Begleitung und weitere Schritte**

Wenn es zu einer eindeutigen Entwicklung eines Veränderungsplanes kommt, ist der nächste Schritt herauszufinden, welche, wenn überhaupt notwendig, zusätzliche Behandlungsangebote oder Beratungsgespräche dem Patienten zur Unterstützung und zum Erreichen des Zieles zur Verfügung gestellt werden sollen (z. B.

Fertigkeitstraining). Wenn man selbst einige oder alle benötigten Behandlungen zur Verfügung stellen kann, sollte fortgefahren werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten die spezifischen Behandlungsmöglichkeiten thematisiert und identifiziert werden, und gegebenenfalls eine Überweisung organisiert werden (wenn auch immer möglich, sollte die Überweisung auch persönlich von der Arbeitsstätte in Anwesenheit des Patienten erfolgen, es sollte auch eine genaue Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden).

### **Der Abschluss**

Der formelle Abschluss der MG-Phase beinhaltet eine finale Rekapitulation über die Situation des Patienten und Fortschritte während der MG-Einheiten. Die abschließende Zusammenfassung sollte folgende Elemente beinhalten:

- Erneute Begutachtung der wichtigsten Faktoren in Bezug auf Motivation des Patienten für Veränderung und Wiederbestärkung der Themen zur Eigenmotivation.
- Zusammenfassung der Aussagen zur Absichtserklärung und Veränderungen, die bis dato erreicht wurden.
- Bestärken und erneute Bestätigung der Aussagen des Patienten bezüglich Veränderungen, die bereits durchgeführt wurden.
- Das Explorieren von zusätzlichen Bereichen für Veränderung, die der Patient in Zukunft noch vollziehen möchte.
- Das Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation für das Beibehalten des Veränderungsprozesses und für zukünftige Veränderungen.
- Unterstützung des Patienten bei Selbstwirksamkeit und thematisieren der eigenen Fähigkeiten des Patienten für Veränderung.
- Umgang mit etwaigen spezifischen Problemen, die evident sind.
- Den Patienten an den nächsten Termin erinnern und anmerken, dass dies auch ein wichtiger Punkt im Gesamtprogramm ist und auch hilfreich bei der Beibehaltung des Veränderungsprozesses sein kann.

Um die Motivation zu konsolidieren kann es sinnvoll sein, den Patienten zu fragen, was die schlechtesten Szenarien wären, wenn der Betroffene wieder zu seiner alten Verhaltensweise und mangelnden körperlichen Aktivität zurückkehren würde. Helfen Sie dem Patienten in die direkte Zukunft zu blicken, zukünftige Schritte zu antizipieren oder potentielle Hindernisse, die auftreten können, zu thematisieren, um so einem Rückfall entgegen zu wirken.

---

## **MG – Körperliche Aktivität**

---



### **ARBEITSBLÄTTER**

## Wie gestaltet sich im Allgemeinen Ihre körperliche Aktivität?

### Wie oft...

(nie, gelegentlich, häufig)

- reden Sie mit Ihrem Arzt über Ihren körperlichen Bewegungsplan?
- finden Sie Wege, um mehr Bewegung und körperliche Aktivität in Ihr Alltagsleben zu bringen: benutzen Sie Treppen, parken Sie weiter entfernt von Gebäuden?
- betreiben Sie Aktivitäten, die Ihre großen Muskelgruppen beanspruchen und einer gleichmäßigen Atmung bedürfen für insgesamt 20 Minuten, 3 Mal pro Woche?
- ziehen Sie einen neuen Grund in Erwägung, um körperlich aktiv zu sein: sich mit anderen in Verbindung zu setzen, inspiriert zu werden, etwas Schönes zu sehen?
- probieren Sie eine neue körperliche Aktivität aus: Spaziergehen, Treppen steigen, Gymnastik, Schwimmen, Tanzen, Yoga, Gartenarbeit, Inline-Skaten?
- wählen Sie Aktivitäten, die die Belastbarkeit und Limits Ihres Körpers berücksichtigen?
- geben Sie auf Ihren Körper Acht und beenden die Übungen sobald Sie sich schwach fühlen, Ihnen übel wird oder Sie Atemnot bekommen?

Wenn Sie die meisten Fragen mit "häufig" beantwortet haben – *Großartig!*

Wenn Sie die meisten Fragen mit "nie" – oder "manchmal" beantwortet haben, könnten/dürften Sie durch Veränderung Ihres Aktivitätsverhaltens eine Verbesserung in diesem Bereich erzielen.

### Wo(mit) würden Sie beginnen?

**Was ich verändern möchte:**

The form consists of two main sections. The first section is a central area containing 10 empty rounded rectangular boxes arranged in a loose, non-linear pattern. The second section is a vertical column on the right side of the page, containing 6 empty rounded rectangular boxes stacked on top of each other. All boxes are white with a thin black border.

## Wichtigkeitsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie wichtig ist für Sie (die Durchführung) diese(r) Veränderung?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Überhaupt nicht wichtig

Extrem wichtig

## Zuversichtsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Änderung umsetzen können?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht zuversichtlich

Extrem zuversichtlich

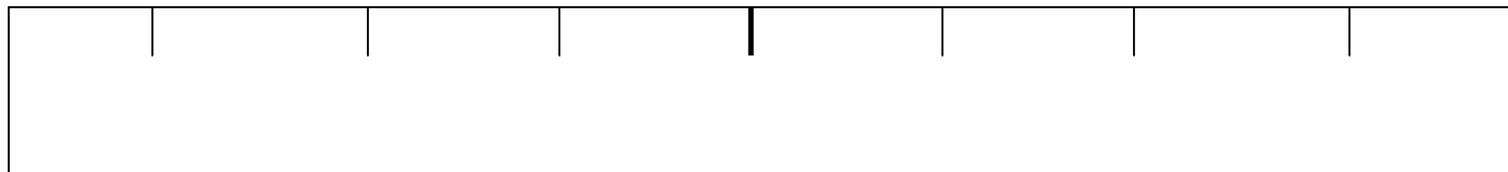
## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern:

**Körperliche Aktivität**



Ich bin nicht bereit

Ich bin unsicher

Ich bin bereit

## Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Ich möchte folgendes Verhalten ändern:

---

---

Der wichtigste Grund, warum ich diese Änderung machen möchte, ist:

Weitere Gründe für die Durchführung der Änderung sind:

Das Hauptziel bei der Umsetzung der Änderung ist für mich:

Um mein Ziel zu erreichen, werde ich folgende Dinge tun:

Die ersten 3 Schritte/Maßnahmen zur Umsetzung der Änderung sind:

Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn:

## **ENTSCHLÜSSE ABWÄGEN**

Wenn Sie Entschlüsse abwägen, ziehen Sie Kosten und Nutzen von dem, was immer Sie gerade auch tun, in Betracht.

Sie waren bisher körperlich inaktiv, weil Sie glauben, dass die Vorteile eines inaktiven, bequemen Lebensstils die Nachteile/Kosten körperlicher Anstrengung durch Sport überwiegen.

Das Abwägen von Entschlüssen beinhaltet persönliche Entscheidungen, Ihre Entscheidungen.

## **KONSEQUENZEN**

Konsequenzen sind Resultate von Änderungen Ihres inaktiven Verhaltens. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Zum Beispiel kann ein bequemer Lebensstil ohne Bewegung Ihnen kurzfristig dabei helfen, sich emotional unbelastet zu fühlen, aber langfristig kann dies Ihre Gesundheit negativ beeinflussen.

Manche Menschen sind in der Lage, Ihre körperliche Inaktivität von selbst zu ändern. Fragt man solche Menschen, was sie zur Änderung veranlasste, sagen sie oft, dass sie nur "darüber nachgedacht haben". Menschen machen oft Dinge als Resultat der Entschlüsse, die sie fassen. Sie evaluieren die Konsequenzen Ihrer Verhaltensveränderung (Abwägung von Pro/Contra) bevor Sie den entgeltigen Entschluss zur Änderung fassen.

**Das ist exakt, was Sie tun können!**

Denken Sie an eine Gewichtungsskala, mit den Nachteilen auf der einen Seite und den Vorteilen auf der anderen Seite. Wenn Vor- und Nachteile ziemlich ausgeglichen sind, gibt es nichts, was Sie zu einer Änderung veranlasst. Wenn Sie Gewichte zu einer Seite der Skala hinzufügen, wird ein Ungleichgewicht entstehen. Um etwas zu ändern, müssen Sie die Waage kippen. Sie müssen Ihren bequemen Lebensstil persönlich so bewerten, dass die negativen Effekte körperlicher Aktivität die positiven überwiegen.

Dieser Prozeß wird Entscheidungsfindung genannt.

Wir machen es die ganze Zeit: das Abwägen der Pros und Kontras einer Veränderung. Zum Beispiel wägen Menschen die Pros und Kontras bei der Durchführung einer Veränderung in ihrem Job und ihren Beziehungen ab. Entscheidungen darüber, ob man die körperliche Aktivität steigert, sind genauso zu treffen, wie Entscheidungen in anderen Lebensbereichen.

### **NACHDENKEN ÜBER IHREN INAKTIVEN LEBENSSTIL**

Fragen Sie sich beim Nachdenken über Ihren Bewegungsmangel:

Was könnte ich verlieren oder gewinnen, wenn ich meinen inaktiven Lebensstil fortsetze? Welche Rolle spielt Bewegung in meinem Leben?

Irgendwann haben Sie tatsächlich Vorteile aus Ihrem bequemen Lebensstil gezogen – die Einsicht, dass Sie zu Freunden passen, die körperliche Aktivität und Sport ablehnen und Entspannung bevorzugen. – Wie auch immer, nachdem Sie das hier nun lesen, überdenken Sie gerade diese Vorteile und legen Ihr Hauptaugenmerk auf die Nachteile Ihres Verhaltens.

## ENTSCHEIDUNG ZUR VERÄNDERUNG

Eine Methode, die Ihnen helfen kann, Ihre Gedanken hinsichtlich Mangel an Bewegung zu ordnen, ist die Auflistung aller Vor- und Nachteile ihres bequemen Lebensstils. Diese Übung soll Ihnen dabei helfen, darüber nachzudenken, welche Faktoren bei Ihrer Entscheidung zu einer Veränderung mitspielen. Vergessen Sie nicht, dass es sich um **Ihre Entscheidung** zur Veränderung handelt! Sie sind derjenige, der entscheiden muss, was es Ihnen bringt, die Waage zugunsten einer Veränderung zu kippen.

**Das Positive an Ihrem  
inaktiven Lebensstil und  
Bewegungsmangel**

---

---

---

---

---

---

**Das Negative an Ihrem  
inaktiven Lebensstil und  
Bewegungsmangel**

---

---

---

---

---

---

**Mein Plan: Änderung des Verhaltens**  
**- Schwierigkeiten und Hindernisse**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Ich will das folgende Verhalten ändern:**

---

---

Das sind mögliche Haken & Hindernisse, die meine Veränderung behindern könnten:

Wie kann ich mit diesen Haken und Hindernissen umgehen?



---

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Rauchen**

---

**- Forschungsmanual -**

**Entwickelt im Rahmen des Forschungsprojekts HELPS**

# Motivierende Gesprächsführung

adaptiert auf den Bereich Rauchen

Dieses Manual basiert auf „Motivational Enhancement Therapy Manual“ (1995) von William Miller, Allen Zweben, Carlo DiClemente und Roberto Rychtarik. NIH Publikation Nr. 943723

## Kontakt:

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D - 89312 Günzburg

Tel.: 08221 / 962862  
Fax: 08221 / 9628160  
Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Weiterführende Informationen: <http://www.helps-net.eu/index.htm>

---

## MG – Rauchen

---



## HANDBUCH

## Vorwort

Motivierende Gesprächsführung (=MG) Rauchentwöhnung bedient sich eines systematischen Interventionszuganges, um Veränderungsprozesse herbeizuführen. Es basiert auf den Prinzipien der Motivationspsychologie und ist so konzipiert, dass im Bereich Nikotinkonsum und Nikotinabhängigkeit schnelle und verinnerlichte motivationale Veränderungen hervorgerufen werden. Diese Form der Behandlung zielt auf Motivationsstrategien ab, die die individuellen Ressourcen für Veränderungsprozesse bei den Betroffenen aktivieren. Diese Therapie kann als eigenständige Intervention bzw. als vorgelagerte Behandlung bzw. aber auch als zusätzliche Option bei bereits laufenden Therapien angewendet werden.

Das Manual MG-Rauchentwöhnung wird mit der Idee veröffentlicht, Behandlungsabläufe und -zugänge, die im Rahmen des HELPS-Projektes entwickelt wurden, einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Forschungshandbuch ist für professionelle klinische Mitarbeiter zusammengefasst und wurde, basierend auf dem „Motivational Interviewing Style (MIS)“, für Menschen mit Problemen betreffend Nikotinabhängigkeit, Nikotinkonsum und Rauchgewohnheiten konzipiert. Dieses Manual wurde im Rahmen des HELPS-Projektes aufgearbeitet, das Projekt finanziert sich durch Mittel der Europäischen Kommission (DG Sanco - Contract No 2006224).

MG-Rauchentwöhnung basiert auf einem klinischen Zugang, der besser unter dem Begriff „Motivierende Gesprächsführung“ (= *engl* „Motivational Interviewing“) bekannt ist (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991). Das vorliegende Dokument ist eine Adaptierung und Erweiterung des Projektes „MATCH MET Therapist Manual“. Weite Teile des Textes wurden adaptiert bzw. direkt vom ursprünglichen Manual übernommen. Neue illustrative Beispiele wurden angeführt, um die Interventionen im Bereich Nikotinabhängigkeit und Rauchen besser veranschaulichen zu können.

Das vorliegende Manual MG-Rauchentwöhnung wurde für Personen mit einer ICD-10 / DSM-IV Diagnose im stationären und ambulanten Bereich konzipiert, wobei dies aber auch in ambulanten Wohnbetreuungseinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet werden kann. Bezüglich der Effektivität dieser Behandlungsmethode wird in dem vorliegenden Manual nicht Bezug genommen. Es wird jedoch festgehalten, dass die Prinzipien von MG im klinischen sowie auch im experimentellen Forschungsbereich gut belegt sind, die spezifische Effektivität und Validität des MG- Rauchentwöhnung, wie in diesem Manual beschrieben, bleibt noch offen.

Das Handbuch MG-Rauchentwöhnung beginnt mit einem Überblick über die Technik von Motivierender Gesprächsführung und mit einer Beschreibung der prinzipiellen Anforderungen bei der Anwendung dieser Methode. Danach werden spezifische Richtlinien zur Durchführung der verschiedenen MG-Einheiten beschrieben. Schließlich werden am Ende des Handbuches Empfehlungen gegeben, wie mit speziellen Problemstellungen, die während der Durchführung der Gesprächsführung auftreten können, umgegangen werden kann.

## Einleitung

### **Motivierende Gesprächsführung – Adaptierung für den Bereich Rauchen**

Obwohl pharmakologische Behandlungen und Beratungsleitlinien sich als effektiv erwiesen haben, motivierten Rauchern beim Aufhören zu helfen, sind diese Verfahren allerdings weniger hilfreich bei Rauchern, die weniger motiviert sind aufzuhören. In psychiatrischen und Sozialfürsorgeeinrichtungen ist es für professionelle Mitarbeiter des Bereichs psychische Gesundheit wahrscheinlicher auf Raucher zu treffen, die nicht motiviert sind aufzuhören. Daher sind Strategien notwendig, die dem Personal helfen, mit nicht motivierten und ambivalenten Rauchern zu arbeiten.

Ziedonis und Williams (2003) haben die zahlreichen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammengefasst, die das Risiko einer Nikotinabhängigkeit unter Personen mit einer psychischen Erkrankung erhöhen können:

- Biologische Faktoren beinhalten: Steigerung der Dopamin-Transmission mit möglicher Reduktion negativer Symptome; möglicherweise einen Einfluss auf Stress, Angst und Depression; und genetische Einflüsse auf Beginn und Aufrechterhaltung des Rauchens.
- Soziale Faktoren, die das Risiko zu rauchen erhöhen: beschränktes Bildungsniveau; Armut; Arbeitslosigkeit; Gruppendruck/Gruppenzwang; und das Behandlungssystem. Das heißt, dass manche Patienten nach dem Beginn einer Schizophrenie mit einem täglichen Nikotinskonsum beginnen, und so scheint es. Dass es Einflüsse der Patienten und der Behandlungsumgebung („rauchende Psychiater“) auf das Rauchverhalten geben kann.

Trotz der hohen Prävalenz der Nikotinabhängigkeit bei Personen mit psychiatrischen Erkrankungen waren Raucherentwöhnungsprogramme nicht Teil der routinemäßigen Behandlungsrichtlinien. Dies ist möglicherweise auf den Irrglauben zurückzuführen, dass die kognitiven, sozialen und affektiven Defizite inklusive der unmotivierten Einstellung, die oft bei Patienten mit der Diagnose Depression oder Schizophrenie vorzufinden ist, eine unüberwindliche Veränderungsbarriere in dieser Patientengruppe darstellen.

Motivierende Gesprächsführung bei Personen mit dauerhafter und schwerer psychischer Erkrankung sollte darauf abzielen, dass die Betroffenen lernen mit ihren chronisch angeborenen Veranlagungen umzugehen bzw. auch Wege finden, mit denen diese subjektiv unüberwindbar scheinenden Hürden auch genommen werden können. Weiters bleibt zu berücksichtigen, dass die das Aufgeben von Rauchgewohnheiten oder Reduktion des Nikotinkonsums oft mit Unlust- bzw.

Verlustgefühlen einhergeht und somit auch mit ein Grund für den Abbruch einer Therapie sein kann. Folglich sollte eines der wichtigsten Ziele bei der Durchführung von motivierender Gesprächsführung ein Unterstützen in den positiven Aspekten eines Veränderungsprozesses sein (z. B. was wird gewonnen, was verloren). Auch sollte eine Konzeptionalisierung ausserhalb des hedonistischen Ansatzes berücksichtigt werden: z. B. die Folgen bzw. aber auch die reduzierte Angst bezüglich der Gesundheitsrisiken versus dem Fokussieren auf die Probleme/Schwierigkeiten beim Atmen aufgrund von Bronchialasthma ausgelöst durch Rauchen.

### **Motivation für Veränderung**

Die Behandlung übernimmt die Annahme des "Motivational Enhancement Therapy"-Ansatzes dass die Verantwortung für Veränderung beim Patienten liegt (Miller et al 1995). Es werden nun in der Folge sechs Kernelemente beschrieben, die als aktiver Bestandteil dieses relativ kurzen Interventionsprogrammes zu betrachten sind, wobei auch im Rahmen von Untersuchungen diese Elemente als Marker für Veränderung bestätigt wurden:

- **Rücksprache** über individuelle Risiken bzw. Beeinträchtigungen
- Betonung der persönlichen **Verantwortung** für Veränderungen
- Eindeutige **Ratschläge** bezüglich Veränderung
- Eine **Übersicht** über alternative Veränderungsmöglichkeiten
- **Empathie** des Therapeuten
- Förderung von **Selbstwirksamkeit** bzw. Optimismus der PatientInnen

Diese therapeutischen Elemente sind auch in Übereinstimmung mit Ergebnissen eines breit angelegten Reviews über Veränderungsprozesse im Motivationsbereich (Miller, 1985; Miller & Rollnick, 1991).

### **Phasenmodell des Veränderungsprozesses**

Prochaska & DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986) haben ein transtheoretisches Modell beschrieben, wie Menschen ihr Verhalten, sowohl im Rahmen einer formellen Behandlung als auch ohne eine solche, ändern. In dieser transtheoretischen Perspektive bewegen sich Individuen im Rahmen eines Veränderungsprozesses durch verschiedene Phasen hindurch, in denen problematische Verhaltensweisen modifiziert werden. Dieses Konzept der unterschiedlichen Phasen ist wichtig um Veränderungsprozesse überhaupt zu verstehen. Jede dieser Phasen verlangt bestimmte Anforderungen und gewisse Fertigkeiten, um eine Veränderung auch wirklich zu erreichen. Sechs von einander

abgrenzbare Phasen wurden im Rahmen dieses Modells identifiziert (Prochaska & Di Clemente, 1984, 1986).

Personen, die keine Absicht für Änderungen in problematischen Verhaltensweisen erkennen lassen, befinden sich laut Definition in einer **Absichtslosigkeitsphase** (engl. „Precontemplation“). Die nächste Stufe, genannt **Vorbereitungsphase** (engl. „Contemplation“), beschreibt einen Zeitraum, in dem die Personen sowohl die Existenz eines Problems zu erkennen beginnen als auch die Machbarkeit bzw. den Aufwand einer Veränderung in ihrem Verhalten in Erwägung ziehen. Im Rahmen des weiteren Veränderungsprozesses kommt die Person in die **Entscheidungsphase** (engl. „Determination“), in der Beschlüsse für Aktivität und Veränderung gefasst werden. Ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Person beginnt ihr problematisches Verhalten zu modifizieren, befindet sich der Betroffene in der **Handlungsphase** (engl. „Action“), die normalerweise etwa für 3-6 Monate anhält. In der Folge erreicht die Person die **Aufrechterhaltungsphase** (engl. „Maintenance“). Falls der Veränderungsprozess misslingt, spricht man von einer **Rückfallsphase** (engl. „Relapse“) und die Person kann mit einem neuen Zyklus beginnen.

Der ideale Weg ist also eine progressive direkte Veränderung von einer Phase in die nächste, bis zum Erreichen der *Aufrechterhaltungsphase*. Der Mehrzahl der Betroffenen mit exzessivem Nikotinkonsum und exzessiven Rauchgewohnheiten werden im Rahmen des Veränderungsprozesses immer wieder Rückfälle bzw. Fehler unterlaufen, was auch mit einem nicht Erreichen der *Handlungs-* bzw. *Aufrechterhaltungsphase* einhergeht. Die gute Nachricht ist jedoch, dass die meisten Rückfälle erneut mit einem Beginn eines Zyklus einhergehen und die Personen erneut in die *Vorbereitungsphase* eintreten und einen erneuten Veränderungsprozess beginnen. Ein mehrfaches „durchwandern“ dieses Zyklus ist häufig zu beobachten, bevor Personen auch erfolgreich eine Veränderung durchhalten können.

Aus der Perspektive der verschiedenen Phasen bei Veränderungsprozessen heraus, bezieht sich der Zugang der Motivierenden Gesprächsführung vor allem auf die derzeitige Position im Rahmen der Veränderung und unterstützt die Person erfolgreich und nachhaltig durch die verschiedensten Phasen des Veränderungsprozesses hindurch. Für den MG-Therapeuten ist die *Vorbereitungs-* und *Entscheidungsphase* am kritischsten. Das Ziel sollte sein, den Patienten bei grundlegenden Überlegungen in zwei Bereichen zu unterstützen:

1. Vor welchem „Nikotinkonsum- und Rauchproblem“ stehen die Betroffenen und in welcher Weise affiziert es sie (sowohl positiv als auch negativ), die Abwägung von Pro und Contra der Abhängigkeit von Nikotin oder des

Rauchverhaltens ist essentiell, um von der *Vorbereitungs-* in die *Entscheidungsphase* überzugehen.

2. Der Patient in der *Vorbereitungsphase* wägt sowohl die prinzipielle Möglichkeit als auch Vor- bzw. Nachteile einer Veränderung seiner Rauchgewohnheiten, die Vor- bzw. Nachteile, mit dem Rauchen aufzuhören, ab. Die Patienten überlegen, ob sie selbst für eine Veränderung fähig sind und in welcher Form solche Veränderungen ihr Leben beeinflussen werden.

In der *Entscheidungsphase* entwickeln die Patienten eine starke Grundhaltung, um in eine Aktivität übergehen zu können. Diese Haltung wird auch durch Erfahrungen aus der Vergangenheit bei verschiedenen Veränderungsversuchen beeinflusst. Personen, die es in der Vergangenheit in mehreren Versuchen nicht geschafft haben ihre Rauchgewohnheiten zu verändern, benötigen vermehrte Unterstützung, um erneut einen Beschluss zu fassen, um so einen neuen Veränderungszyklus beginnen zu können.

Das Verstehen eines Veränderungszyklusses kann dem MG-Therapeuten helfen Empathie zum Patienten aufzubauen und gilt auch als richtungsweisend für das adäquate Vorbereiten von Interventionsstrategien. Es bleibt festzuhalten, dass Personen zwar immer ihren eigenen individuellen ausgeprägten Zyklus von Veränderung durchschreiten, jedoch das Prinzip des Zyklus an sich ist bei allen dennoch gleich. Die Geschwindigkeit und die Effizienz mit der ein solcher Zyklus durchschritten wird variiert von Person zu Person. Das Ziel ist es, den Betroffenen im Durchschreiten der verschiedenen Phasen zu unterstützen und dies so effektiv und schnell wie möglich zu gestalten.

Die Technik von MG ist in den Theorien und der Forschung über motivationale Veränderungsprozesse gut eingebettet. Die Technik berücksichtigt ein breites Verständnis über die verschiedenen Phasen und Prozesse bei Veränderungen von Verhaltensweisen, die mit Rauchen verbunden sind. MG basiert auf motivationalen Prinzipien, die sowohl aus experimentellen als auch aus klinischen Forschungsbereichen abgeleitet wurden. Der motivationale Zugang ist durch klinische Studien gut untermauert: die Effektivität ist mit Ergebnissen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vergleichbar und in Anbetracht der Kosteneffektivität schneidet der Behandlungszugang von MG im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten nicht schlechter ab (Holder et al., 1991).

## **Klinische Überlegungen**

### **Rationale und grundlegende Prinzipien**

Der Zugang von MG beginnt mit der Überlegung, dass die Verantwortung und die Möglichkeiten für eine Veränderung beim Patienten selbst liegen. Das Ziel des Therapeuten ist es ein Setting zu gestalten, welches den Patienten unterstützt, seine eigene Motivation und seine eigenen Veränderungsmöglichkeiten herauszufinden. Anstatt die Therapiesitzung selbst als primären Ort für Veränderung anzusehen, versucht der Therapeut die inneren Ressourcen des Patienten zu mobilisieren. MG zielt darauf ab, die intrinsische Motivation für Veränderungen zu aktivieren, was dazu führen soll, dass der Patient Veränderung initiiert, in diesen verbleibt und daraus resultierend vermehrt Anstrengungen unternimmt, das Verhalten zu verändern. Miller & Rollnick (1991) haben fünf grundlegende motivationale Prinzipien für einen solchen Zugang beschrieben:

- Empathischer Beratungsstil
- Entwicklung von Gegensätzen
- Vermeidung von Beweisführungen
- Umgang mit Widerstand
- Unterstützung der Selbstwirksamkeit

### **Empathischer Beratungsstil**

Der MG-Therapeut versucht in der Kommunikation großen Respekt gegenüber dem Patienten zu vermitteln. Kommunikationsstile die eine Über- bzw. Unterlegenheit in der Beziehung darstellen, sollten vermieden werden. Die Rolle des Therapeuten ist eine Mischung aus unterstützendem Begleiter und wissendem Berater. Die Freiheit des Patienten bei der Wahl und Richtung eines Prozesses wird respektiert. Es bleibt festzuhalten, dass unter diesem Aspekt nur der Patient entscheiden kann, welche Veränderungen in der Folge durchgeführt werden können. Der Therapeut versucht vielmehr zusätzliche Wege aufzuzeigen als Wege abzuwerten und versucht Neues aufzubauen als Altes nieder zu reißen. In der Arbeit mit MG ist das Zuhören bei weitem wichtiger als das Belehren. Die Überzeugungsarbeit ist behutsam, subtil und immer mit dem Wissen, dass Veränderungsprozesse alleine vom Patienten ausgehen können. Die Kraft dieser behutsamen, nicht aggressiven Überzeugungsarbeit ist in vielen klinischen Arbeiten anerkannt worden. Das aktive Zuhören, Reflektieren und Spiegeln von Inhalten ist eine Schlüsselfähigkeit im Rahmen von MG. Es kommuniziert eine grundlegende Akzeptanz des Patienten und betont auch die Unterstützung im Veränderungsprozess.

### **Entwicklung von Gegensätzen**

Motivation für Veränderung entsteht, wenn Personen sich des Gegensatzes zwischen der Situation, in der sie sich befinden und dem Zustand, in dem sie eigentlich gerne sein wollen, bewusst werden. Der MG-Zugang fokussiert auf das Wahrnehmen von solchen Gegensätzen, in diesem Fall mit dem Fokus auf Nikotinkonsum und Rauchverhalten. In manchen Fällen (z.B. bei Personen in der *Absichtslosigkeitsphase* im Prochaska & DiClementes Modell) scheint es notwendig solche Gegensätze überhaupt erst einmal zu entwickeln, in dem man die Aufmerksamkeit des Patienten auf verschiedene persönliche Folgeerscheinungen ihrer Nikotinabhängigkeit oder Rauchgewohnheiten richtet. Solche sorgfältig aufgearbeiteten Informationen können eine Krise im Rahmen des Motivationsveränderungsprozesses hervorrufen. Daraus entwickelt sich manchmal eine verstärkte Diskussion bei den Betroffenen über verschiedenste Veränderungsmöglichkeiten, mit dem Hintergedanken, die plötzlich realisierten Diskrepanzen zu reduzieren und so bald wieder in ein emotionales Gleichgewicht kommen zu können. In anderen Fällen betritt der Patient das Behandlungsprocedere in einer späteren Phase (z.B. *Vorbereitungsphase*) und es werden weniger Zeit und Erfordernisse nötig sein, um zu dem Punkt zu gelangen, an dem der Patient sich für Veränderungen entschließt.

### **Vermeidung von Beweisführungen**

Falls schlecht angewendet, kann die Ambivalenz und das Bewusstwerden von Gegensätzen in einer defensiven Copingstrategie enden und auf diesem Weg das Unbehagen des Patienten reduzieren, wobei jedoch keine Veränderung des Nikotinkonsums und Rauchverhaltens und der daraus resultierenden Risiken einhergeht. Ein unrealistischer „Angriff“ (aus der Perspektive des Patienten) auf den Nikotinkonsum und die Verhaltensweisen, die mit Rauchen verbunden sind führt zumeist zu einer defensiven Haltung und zu Widerstand und impliziert subjektiv auch, dass der Therapeut die Situation nicht richtig versteht. Der MG-Stil vermeidet explizit Argumentationen und Schlussfolgerungen, die zum Auftreten von Widerstand führen könnten. Der Therapeut versucht nicht mit der Kraft von Argumenten zu beweisen oder zu überzeugen. Stattdessen verwendet der Therapeut andere Strategien, die den Patienten unterstützen, die Folgen seines ungesunden Lebensstils seiner Rauchabhängigkeit und seines Nikotinkonsums adäquat zu beobachten und beginnt die subjektiv positiven Aspekte des Rauchverhaltens mit dem Patienten abzubauen. Wenn MG sorgfältig durchgeführt wird, ist es der Patient und nicht der Therapeut, der beginnt Argumente für Veränderung hervorzubringen (Miller & Rollnick, 1991).

### **Umgang mit Widerstand**

Der Umgang des Therapeuten mit dem Widerstand des Patienten ist ein essentieller und definierender Aspekt im Rahmen von MG. Die Strategie im Rahmen von MG ist nicht dem Widerstand frontal zu begegnen, sondern den

Widerstand mit dem Ziel zu verwenden, dass die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Veränderungsprozess gelegt wird. Es werden dem Patienten neue Möglichkeiten präsentiert über Probleme nachzudenken, jedoch nicht verlangt. Ambivalenz wird als normal und nicht als pathologisch angesehen und weitsichtig exploriert. Die Lösungen werden normalerweise vom Patienten erarbeitet und nicht vom Therapeuten vorgegeben. Dieser Umgang mit dem Widerstand des Patienten wird in der Folge noch detaillierter beschrieben werden.

### **Unterstützung der Selbstwirksamkeit**

Eine Person, die davon überzeugt ist, dass sie ein grundlegendes Problem hat, wird nicht beginnen sich zu verändern bis zu dem Zeitpunkt, wo auch Hoffnung für Erfolg zu bestehen scheint. Pandura (1982) hat diese Selbstwirksamkeit als kritischen Faktor in der Veränderung von Verhalten beschrieben. Selbstwirksamkeit ist, im Wesentlichen, der Glaube, dass jemand ein bestimmtes Verhaltensmuster bzw. bestimmte Fertigkeiten erlernen kann. In diesem Fall muss der Patient davon überzeugt sein, dass es für ihn möglich ist, das Rauchverhalten zu verändern und somit auch resultierende Probleme vermindert werden. Im Alltag könnte man dies Hoffnung oder Optimismus nennen, wobei hier nicht die optimistische Zugangsweise der essentielle Punkt ist. Vielmehr ist es der spezifische Glaube des Patienten, dass er selbst den Nikotinkonsum verändern und zu rauchen aufhören kann. Bis zu dem Punkt, an dem dieses Element nicht vorhanden ist, kann das Wahrnehmen eines Gegensatzes in einer defensiven Copingstrategie (z. B. Rationalisierung, Verneinung) münden und so zur Reduktion des subjektiven Unbehagens führen ohne jedoch, dass daraus jegliche Veränderung des Verhaltens resultiert. Dies ist ein natürlicher und verständlicher selbstschützender Prozess. Wenn jemand überhaupt wenig Hoffnung hat bestehende Probleme verändern zu können, gibt es auch wenige Gründe sich diesem Problem wirklich zu stellen.

MG betont die Wahlmöglichkeit des Patienten hinsichtlich seines zukünftigen (Nicht-)Raucherverhaltens. Der Zugang von MG sieht die Ambivalenz als normale Phase im Rahmen einer Veränderung, daraus resultierend entgegnet der MG-Therapeut dem Widerstand vielmehr mit Reflexion und Spiegelung als mit Argumentation und unterstützt das Potential des Patienten für Veränderung (Selbstwirksamkeit). Der MG-Therapeut erzeugt Motivation und löst beim Patienten Ideen aus, wie Veränderungen ausschauen könnten.

Während Fertigkeitstrainings eine Bereitschaft für Veränderung zum Teil bereits voraussetzen, fokussiert MG explizit auf die Motivation selbst als Schlüsselfaktor beim Triggern von anhaltender Veränderung (Miller & Rollnick, 1991). Fehlen Motivation und Einsatz, scheint ein Fertigkeitstraining verfrüht. Sobald es zu einer

Veränderung der Motivationslage kommt, werden die Ressourcen des Betroffenen diesbezüglich genügen. Für einige Betroffene scheint der Zugang im Rahmen des Fertigkeitstrainings wenig effizient, weil es den Fokus vom Schlüsselement der Veränderung verschiebt: einem klaren und beständigen Entschluss für Veränderung (Miller & Brown, 1991). Wie auch immer, MG ist prinzipiell nicht inkompatibel mit Fertigkeitstrainingsprogrammen und im Falle psychisch Kranker oft hilfreich oder sogar notwendig.

## **Strategien in der Praxis**

### **Phase I – Aufbau von Motivation für Veränderung**

Beratungen für den Bereich Motivation können in zwei grundlegende Phasen unterteilt werden:

1. Aufbau von Motivation für Veränderung
2. Bestärkung im Entschluss für Veränderung (Miller & Rollnick, 1991)

In der frühen Phase fokussiert MG auf die Entwicklung der Patientenmotivation, um eine Veränderung des Nikotinkonsums und der Verhaltensweisen, die mit Rauchen verbunden sind, hervorzurufen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft für solch eine Veränderung. Manche werden mit einem bereits fest gefassten Entschluss für Veränderung zur Behandlung kommen, wobei auch hier in der Folge die Ernsthaftigkeit dieser Überzeugung exploriert werden sollte, und auch begonnen werden sollte, diesen Entschluss im Rahmen der Therapie zu konsolidieren. Andere wiederum werden eher abgeneigt bis feindlich am Beginn der Therapie erscheinen. Im Extremfall müssen Personen, die sich in der *Absichtslosigkeitsphase* befinden, von Familienangehörigen oder anderen in die Behandlung gezwungen werden. Nichts desto trotz werden die meisten Patienten der Erfahrung nach in der *Vorbereitungsphase* in den Behandlungsprozess einsteigen. Sie werden meistens bereits mit Veränderungsprozessen begonnen haben, werden aber noch eine weitere Bestärkung im Bereich der Veränderungsmotivation benötigen.

Dieser Prozess kann als ein „Anstoßen der Entscheidungsbalance“ angesehen werden (Janis & Mann, 1977; Miller, 1989). Die eine Seite bevorzugt den Status Quo (z.B. fortführen des Rauchens wie zuvor), wohingegen die andere Veränderung bevorzugt. Der erstere Aspekt im Entscheidungsprozess wird durch augenscheinlich positive Seiten der Rauchgewohnheiten und von Ängsten bezüglich der Folgen einer Veränderung beeinflusst. Andererseits gibt es auch positive Aspekte bei Veränderung des Rauchverhaltens und Ängste vor

Konsequenzen, falls keine Veränderung gelingt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dieses „Gleichgewicht“ in Richtung einer Veränderung zu bewegen. Acht dafür mögliche anwendbare Strategien werden nun im Detail besprochen (Miller & Rollnick, 1991):

### **Strategie 1: Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation**

Die positive Seite hier ist, dass der MG-Therapeut versucht, gewisse Formen von Aussagen beim Patienten hervorzurufen, die im Rahmen des hier präsentierten Konzeptes als Aussagen zur Eigenmotivation betrachtet werden können. Diese Aussagen beinhalten:

- Das Offensein für Informationen über “Nikotinkonsum und Verhaltensweisen, die mit Rauchen verbunden sind” und deren Effekte.
- Bestätigen von realen bzw. potentiellen Problemen, die mit dem Rauchen in Beziehung stehen.
- Der Ausdruck eines Wunsches, der Notwendigkeit oder der Bereitschaft für Veränderung.
- Ausdruck von Optimismus über die Möglichkeit einer Veränderung.

Es gibt mehrere Wege, solche Aussagen bei Patienten auszulösen. Die eine Möglichkeit wäre es, den Patienten direkt mit einer offen gestellten Frage darauf anzusprechen. Anbei einige Beispiele:

*Ich gehe davon aus, dass Sie nun hier sind, da Sie einige Bedenken bzw. Schwierigkeiten im Bezug auf Ihren Nikotinkonsum und Ihr Rauchverhalten haben. Erzählen Sie mir über diese. Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihre Rauchgewohnheiten und Ihr Verhalten im Zusammenhang mit dem Rauchen. Was mögen Sie am meisten am Rauchverhalten? Was ist das Positive am Nikotinkonsum für Sie? Was ist die negative Seite? Was sind Ihre Befürchtungen betreffend Ihre Rauchgewohnheiten? Sagen Sie mir, was Ihnen bei Ihrem Nikotinkonsum und Ihren Verhaltensweisen, die mit dem Rauchen verbunden sind, aufgefallen ist, wie haben sich diese im Laufe der Zeit verändert? Was sind die Punkte, über die Sie sich den Kopf zerbrechen, was glauben Sie könnten Ihre Probleme sein, oder was könnte zu einem Problem werden? Was haben Ihnen andere Leute über Ihren Nikotinkonsum gesagt? Worüber sind andere Menschen diesbezüglich beunruhigt? Was veranlasst Sie zu glauben, dass Sie Ihr Rauchverhalten ändern sollten?*

Sobald der Veränderungsprozess sich zu entwickeln beginnt, sollte darauf fokussiert werden, den Prozess laufen zu lassen, vor allem mittels aktivem Zuhören bzw. Spiegeln der Inhalte (siehe unten), in dem man nach Beispielen fragt oder zum Beispiel fragt: „Was gibt es noch?“.

## **Strategie 2: Zuhören mit Empathie**

Die hier gerade dargestellten Strategien können initial Aussagen hervorrufen, es ist jedoch auch entscheidend, wie der Therapeut auf diese Aussagen des Patienten reagiert. Die Fähigkeit des Therapeuten für sorgsame Empathie (aktives Zuhören, reflektieren, verstehen) ist die optimale Antwort im Rahmen des MG-Strategiekonzeptes.

Im Allgemeinverständnis ist Empathie definiert als ein „fühlen mit“ einer Person oder eine Form von sofortigem Verständnis für das Gegenüber, aufgrund einer ähnlichen Erfahrung. Carl Rogers führte einen neuen technischen Begriff für den Begriff Empathie ein, in dem er damit eine besondere Fähigkeit und Art des „aktiven Zuhörens“ beschrieb (Rogers, 1957, 1959). In diesem Sinne hört der Therapeut dem Patienten sorgfältig zu und reflektiert/spiegelt es dem Patienten oft in einer leicht modifizierten Art und Weise. Die Bestätigung von Gefühlen, die seitens des Patienten ausgedrückt oder impliziert werden, kann ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Art zu antworten birgt einige Vorteile:

- Es ist relativ unwahrscheinlich beim Patienten einen Widerstand hervorzurufen;
- Es unterstützt den Patienten weiterhin über dieses Thema zu sprechen bzw. es auch weiterhin zu bearbeiten;
- Es kommuniziert Respekt und Fürsorglichkeit und stärkt ein therapeutisches Arbeitsverhältnis;
- Es verdeutlicht für den Therapeuten noch einmal exakt das, was der Patient genau gemeint hat;
- Es kann auch zur Bestärkung von hervorgebrachten Ideen des Patienten verwendet werden.

Der letzte Punkt scheint besonders wichtig. Man kann selektiv gewisse Teile der Aussage des Patienten verstärken, andere wiederum können übergangen werden. In diesem Sinne hören dann Patienten Aussagen nicht nur im Rahmen einer selbst getätigten Aussage zur Eigenmotivation, sondern hören auch von dem Therapeuten, dass sie dies gesagt haben. Weiters bringt dieser Antwortstil mit sich, dass der Patient über getätigte Aussagen zu reflektieren beginnt.

Optimales aktives Zuhören verzichtet auf Ratschläge, Abmachungen, Meinungsverschiedenheiten, Suggestionen, Belehrungen, Warnungen und Fragestellungen, zu Gunsten einer Fortführung der Exploration im Sinne des Patienten. Es mag vorteilhaft sein, diese reflektive Zugangsweise anderen therapeutischen Antwortmöglichkeiten entgegenzustellen:

- **Patient:** Ich glaube, ich rauche zu viel, aber ich glaube nicht, dass ich ein Problem mit meinem Nikotinkonsum habe. Manchmal muss ich husten und

habe Schwierigkeiten mit dem Atmen, aber ich fühle mich nicht krank. Und ich bin mir sicher, nicht abhängig zu sein.

- **Konfrontation:** Das ist jedenfalls Unsinn! Wie können Sie da sitzen und mir sagen, dass Sie kein Problem haben, wenn.....?
- **Frage:** Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?
- **Reflexion:** Auf der einen Seite sehen Sie manche Gründe für Bedenken und andererseits möchten Sie auf keinen Fall als abhängig abgestempelt werden.
- **Patient:** Meine Freundin sagt mir immer, dass ich zu viel rauche und mich mein Nikotinkonsum eines Tages schädigen wird.
- **Werten:** Was ist falsch an dieser Aussage? Sie hat höchstwahrscheinlich gute Gründe so zu denken.
- **Frage:** Warum glaubt Sie dies?
- **Reflexion:** Es scheint, als ob Sie dies wirklich ärgert.

Diese Art von aktivem Zuhören sollte im Rahmen von MG angewendet werden. Es sollte nicht angewendet werden, um andere Antworten auszuschließen, aber es sollte der vorwiegende Stil im Rahmen einer Antwort auf Aussagen des Patienten darstellen. Wie in den folgenden Absätzen beschrieben, verwendet der MG-Therapeut auch eine Vielzahl von anderen Strategien.

Schließlich sollte auch an dieser Stelle angemerkt werden, dass selektive Reflexion fehlschlagen kann. Für einen Patienten der ambivalent zu sein scheint, kann einerseits Reflexion über Schwierigkeiten („Sie sehen, dass Ihr Rauchverhalten und Nikotinkonsum auch körperliche Probleme hervorrufen können“) auch gegenteilige Aspekte in den Vordergrund bringen („Gut, ich glaube ich habe kein wirkliches Problem“). Wenn dies passiert, sollte der Therapeut versuchen, die Ambivalenz zu reflektieren bzw. zu spiegeln. Dies wird am besten mit zweiseitiger Spiegelung durchgeführt, welche die vorhandenen Gegensätze des Patienten beinhaltet. Die beiden gegenseitigen Pole dieser Diskrepanz können am besten mit Worten wie „aber“ oder „und“, verbunden werden, wobei wir Letzteres bevorzugen um Ambivalenz gut darzustellen:

#### *Zweiseitige Spiegelung*

Sie glauben nicht, dass Ihr Rauchverhalten Ihre Gesundheit im Moment wirklich gefährdet und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt, dass Ihr Nikotinkonsum Ihre körperliche Gesundheit angreifen könnte.

#### **Strategie 3: Fragen**

Der MG-Stil beinhaltet auch gezielte Fragestellungen als eine wichtige Antwortmöglichkeit des Therapeuten. Man sagt dem Patienten nicht, wie er sich fühlen sollte oder was er tun sollte, vielmehr fragt der Therapeut den Patienten

über seine eigenen Gefühle, Ideen, Befürchtungen und Pläne. Antworten der Betroffenen werden mit empathischer Reflektion, Bestätigung und Neuausrichtung beantwortet.

#### **Strategie 4: Das Präsentieren von persönlichem Feedback**

Die erste Einheit im Rahmen der MG Therapie sollte auch ein Feedback für den Patienten beinhalten, welches Bezug auf die diagnostische Abklärung vor der Behandlung nimmt. Dies sollte in einer strukturierten Art und Weise durchgeführt werden, in dem man den Patienten auch schriftliche Unterlagen mit Ergebnissen mitgibt (Arbeitsblatt – „Wie ist Ihr Rauchverhalten“ und diese mit Referenzdaten verglichen werden. Um diese Phase zu beginnen, sollte dem Patienten das Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Rauchverhalten“ übergeben werden, eine Kopie sollte als Referenz in den eigenen Unterlagen verbleiben und eine in die Krankenakte abgelegt werden. Das Arbeitsblatt sollte Schritt für Schritt durchgearbeitet werden. Ein sehr wichtiger Teil im Rahmen dieses Prozesses ist die Beobachtung des Betroffenen sowie die Art und Weise der Beantwortung im Rahmen des Feedbacks. Beobachten Sie den Patienten während Sie persönliches Rückmeldungen geben. Lassen Sie dem Patienten auch genügend Zeit verbal antworten zu können. Verwenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens, um eventuelle Aussagen zur Eigenmotivation, die im Rahmen dieser Einheit auftreten, verstärken zu können. Antworten sie auch reflektiert bei Aussagen, die mit Widerstand in Bezug gesetzt werden können, vielleicht mit dem Hintergrund, diese in eine zweiseitige Spiegelung einbetten zu können.

#### **Strategie 5: Bestärken des Patienten**

Sie sollten auch nach Möglichkeiten suchen den Patienten zu bestätigen, zu loben und aufrichtig bestärken zu können. Solche Bestätigungen können sich in verschiedenen Arten und Weisen positiv auswirken, z. B.:

- Verstärkung der Arbeitsbeziehung
- Aufwertung von Selbstverantwortlichkeit und Empowerment
- Verstärkung von Aussagen im Bezug auf Bemühung und Selbstmotivation
- Stützen des Selbstvertrauens

Beispiele:

- Ich schätze es sehr, dass Sie an dieser Feedbackrunde teilnehmen, das muss sehr hart sein für Sie.
- Ich glaube es ist toll, dass Sie erkennen, dass es hier Risiken gibt und dass Sie etwas unternehmen wollen bevor es noch ernster wird.
- Sie haben wirklich ein paar sehr gute Ideen, wie eine Veränderung vollzogen werden könnte.

- Sie haben heute wirklich einen sehr großen Schritt getan und ich respektiere Sie wirklich dafür.

### **Strategie 6: Umgang mit Widerstand**

Das Thema „Widerstand bei Patienten“ ist ein legitimes Anliegen. Ein nicht umsetzen können von Instruktionen des Therapeuten und das Auftreten von Widerstand bei Behandlungseinheiten (z. B. argumentieren, unterbrechen, nicht wahrhaben wollen eines Problems) sind Aspekte, die eine schlechte Prognose für den Behandlungsausgang darstellen.

Was ist Widerstand? Hier werden in der Folge Verhaltensweisen des Patienten aufgelistet, die mit einem schlechten Behandlungsausgang korrelieren könnten:

**Unterbrechen:** Das Unterbrechen bzw. das gleichzeitig Reden/ ins Wort fallen mit/über den Therapeuten.

**Argumentieren:** Den Therapeuten herausfordern, das Abwerten der Sichtweise des Therapeuten, widersprechen, Feindseligkeit.

**Ablenkung:** Das Wechseln des Themas, nicht antworten, fehlende Aufmerksamkeit.

**Defensivität:** Das Herunterspielen bzw. nicht wahr haben wollen eines Problems, das Entschuldigen bezüglich der eigenen Verhaltensweise, Schuldzuweisungen, Ablehnung der Meinung des Therapeuten, keine Bereitschaft für Veränderung, angebliches Fehlen von negativen Konsequenzen, Pessimismus.

Ein wichtiges Ziel im Rahmen des MG-Zuganges ist ein Auftreten von Widerstand beim Patienten zu vermeiden (antimotivationale Aussagen). Wie man selbst auf Verhaltensweisen reagiert, die auf Widerstand hinweisen, ist eines der Schlüsselemente im Rahmen einer MG-Therapie.

Die erste Regel ist dem Widerstand niemals frontal zu begegnen. Manche Reaktionen bzw. Antworten des Therapeuten ziehen unweigerlich mit sich, dass es zu einer Verstärkung des Widerstandes kommt, und führt dazu, dass der Patient sich eingeeengt fühlt und führt eventuell zu weiteren antimotivationalen Aussagen.

Anbei Beispiele für solche Antworten von Therapeuten:

- argumentieren, widersprechen, herausfordern
- werten, kritisieren, Schuldzuweisungen
- warnen vor negativen Konsequenzen
- Versuch mit Logik bzw. Evidenz zu überzeugen
- interpretieren oder analysieren von Gründen für den Widerstand

- Konfrontation mittels Autorität
- Sarkasmus oder Ungläubigkeit

Sogar das direkte Fragen nach Gründen, warum der Patient sich in den Widerstand gebe (z. B. warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?) führt bei dem Patienten zu weiteren defensiven und antimotivationalen Positionen und führt den Therapeuten selbst auch in eine logische Position der Gegenargumentation. Wenn man sich selbst in der Position befindet, dass man beginnt, mit dem Patienten über ein Problem und die Notwendigkeit einer Veränderung zu diskutieren, dann ist es Zeit für einen Strategiewechsel.

Es sollte immer wieder berücksichtigt werden, dass der Fokus darauf liegt, dass der Patient selbst motivationsfördernde Aussagen tätigt (z. B. „ich habe ein Problem“, „ich muss etwas dagegen tun“) und wenn man selbst beginnt diese Positionen zu verteidigen, sich genau das Gegenteil beim Patienten einstellen kann. Hier Beispiele für etwaige Strategiemöglichkeiten um Widerstand zu verlagern:

- *Einfache Spiegelung*: eine Strategie ist es einfach das zu spiegeln, was der Patient sagt. Dies hat manchmal den Effekt, dass genau das Gegenteil hervorgerufen wird und es zu einem Gleichgewicht des Zustandsbildes kommt.
- *Spiegelung mit Amplifikation*: eine Steigerungsstufe ist es zu spiegeln, aber die Aussagen des Patienten zu amplifizieren bzw. zu überhöhen, bis zu dem Punkt, wo der Patient sie abstreitet. Dies ist jedoch eine Gradwanderung, weil eine Übertreibung auch Feindseligkeit hervorrufen kann.
- *Die zweiseitige Spiegelung*: Das letzte Beispiel für Aussagen des Therapeuten ist die zweiseitige Spiegelung, welche eine andere Möglichkeit darstellt mit Widerstand umzugehen, wenn der Patient eine Aussage tätigt, die mit Widerstand in Zusammenhang steht. Man spiegelt diese mit Gegenargumenten, die auf Patientenaussagen aus vorhergehenden Therapieeinheiten beruhen.

*Patient*: Aber ich kann mit dem Rauchen einfach nicht aufhören. Ja, Sie haben Recht, Rauchen ist schlecht für den Körper und ich habe mehrere körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens und befürchte, diese werden im Laufe der Zeit schlimmer werden. Aber wenn ich zu rauchen aufhöre werde ich an Gewicht zunehmen und dann werde ich unattraktiv sein. Und darüber hinaus empfinde ich das Rauchen als psychologisch beruhigend.

*Therapeut*: Sie können es sich nicht vorstellen mit dem Rauchen aufzuhören, aufgrund von Bedenken betreffend Ihr Körpergewicht und aufgrund des positiven

psychologischen Effekts. Zugleich sind Sie besorgt über die Folgen auf Ihre körperliche Gesundheit.

- *Das Verrücken des Fokus:* Eine andere Strategie den Widerstand abzubauen ist die Aufmerksamkeit vom problematischen Themenfeld wegzulenken.

*Patient:* Aber ich kann mit dem Rauchen einfach nicht aufhören. Ja, Sie haben Recht, Rauchen ist schlecht für den Körper und ich habe mehrere körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens und ich befürchte, diese werden im Laufe der Zeit schlimmer werden. Aber wenn ich zu rauchen aufhöre werde ich an Gewicht zunehmen und dann werde ich unattraktiv sein. Und darüber hinaus empfinde ich das Rauchen als psychologisch beruhigend.

*Therapeut:* Sie preschen vor. Ich spreche hier nicht darüber, Ihr Verhalten bezüglich des Rauchens zu verändern, und ich glaube nicht, dass Sie sich auf diesen Punkt versteifen sollten. Bleiben wir doch einfach bei den Sachen, die wir hier gerade tun – Ihre “Rauchgeschichte“ durchgehen – und später können wir über etwaige Möglichkeiten, was Sie nun mit den Informationen machen wollen, sprechen.

- *Umlenken von Widerstand (Widerstand annehmen):* Widerstand kann auch insofern begegnet werden, indem man versucht diesen umzulenken (anzunehmen) anstatt entgegen zu treten. Dies beinhaltet ein paradoxes Element, welches dem Patienten oft wieder in eine balancierte bzw. auch entgegengesetzte Perspektive bringt. Diese Strategie kann besonders bei Patienten hilfreich sein, die eine hohes opportunistisches Auftreten haben und die jegliche Idee oder Suggestion verwerfen.

*Patient:* Aber ich kann mit dem Rauchen einfach nicht aufhören. Ja, Sie haben Recht, Rauchen ist schlecht für den Körper und ich habe mehrere körperliche Beschwerden aufgrund des Rauchens und ich befürchte, diese werden im Laufe der Zeit schlimmer werden. Aber wenn ich zu rauchen aufhöre werde ich an Gewicht zunehmen und dann werde ich unattraktiv sein. Und darüber hinaus empfinde ich das Rauchen als psychologisch beruhigend.

*Therapeut:* Und es kann sehr gut sein, wenn wir am Ende unserer Einheiten angelangt sind, dass Sie beschließen werden, weiterhin Ihren Nikotinkonsum und Ihr Rauchverhalten beizubehalten. Es mag zu schwierig erscheinen, etwas zu ändern. Das liegt ganz an Ihnen.

## **Strategie 7: Perspektivenwechsel / Neuausrichtung**

Perspektivenwechsel/Neuausrichtung (*engl.* „Reframing“) ist eine Strategie, bei der der Therapeut den Patienten einlädt, seine Überzeugungen in einem „neuen Licht“ oder in reorganisierter Form zu sehen. Was bisher gesagt wurde, erhält nunmehr eine neue Bedeutung.

Wenn zum Beispiel ein Patient ein Feedback erhält, das seine Probleme bestätigt, kann dies bedeuten: „Ich weiß es besser als du“ und in der Therapie neu bewertet werden: „Ich Sorge mich um dich, du bist mir wichtig“.

Ein Perspektivenwechsel kann dem Patienten helfen, sich zu motivieren und so mit den ungesunden Rauchgewohnheiten umzugehen. Indem man bestehende Probleme in einen eher positiveren oder optimistischeren Rahmen setzt, kommuniziert der MG Therapeut, dass dieses Problem lösbar und veränderbar ist. Beim Entwickeln von Perspektiven ist es wichtig die Sichtweise, die Wörter und Überzeugungen des Patienten zu verwenden.

Anbei einige Beispiele eines interpretativen Perspektivenwechsels mit dem Patienten:

- **Rauchen als Belohnung.** „Sie haben möglicherweise das Bedürfnis, sich an Abenden oder Wochenenden dafür zu belohnen, dass Sie während des Tages oder der Woche stressige bzw. schwierige Aufgaben erfolgreich bewältigt haben“
  - ▶ Die Implikation hier ist, dass es andere Wege gibt, sich zu belohnen (nicht nur durch rauchen).
- **Rauchen als adaptive Funktion:** „Ihr Rauchverhalten könnte man auch unter dem Aspekt sehen, dass darauf abgezielt wird, Konflikte oder Spannungen in Ihren Beziehungen zu vermeiden. Ihr Rauchverhalten zielt darauf ab, den Status quo zu erhalten und Sachen so zu belassen wie sie sind. Es scheint mir so zu sein, dass Sie das Rauchen dafür verwendet haben, um Ihre Beziehungen intakt zu lassen. Und nun scheint es so zu sein, dass es unangenehm wird mit dieser Kompromisslösung.“
  - ▶ Die Implikation hier ist, dass der Patient sich über Beziehungen sorgt und sich bemüht hat diese aufrecht zu lassen, aber auch, dass er effektivere Wege in Zukunft finden muss, um dies tun zu können.

Die prinzipielle Idee beim Perspektivenwechsel/Neuausrichtung ist, die problematische Verhaltensweise in ein positiveres Licht zu stellen, was an sich selbst wieder einen paradoxen Effekt mit sich ziehen kann (Verfestigung des Symptoms), aber dies sollte in einer Art und Weise durchgeführt werden, dass die Person in der Folge aktiv wird und das Problem zu verändern beginnt.

### **Strategie 8: Zusammenfassung**

Es ist sehr hilfreich, während einer Sitzung immer wieder zusammenzufassen, vor allem auch, wenn es gegen Ende einer Einheit zugeht. Dies führt mit sich, dass es zu einem größeren Umfang zu Reflexionen über Aussagen des Patienten kommt. Es ist besonders hilfreich vor allem motivationsfördernde Aussagen des Patienten zu wiederholen und zusammenzufassen. Elemente, die auf Abneigung bzw. Widerstand hinweisen, können im Rahmen der Zusammenfassung im Sinne einer Prävention von ablehnenden Reaktionen seitens der Betroffenen inkludiert werden. So eine Zusammenfassung dient dazu, dass es dem Patienten möglich ist, seine eigenen motivationsfördernden Aussagen ein drittes Mal zu hören, nach den anfänglichen Aussagen, und der darauf durchgeführten Spiegelung. Während einer gesamten Einheit können kurze Zusammenfassungen über „Fortschritte“ gegeben werden. Hier in der Folge ein Beispiel, wie dem Patienten am Ende einer ersten Einheit eine solche Zusammenfassung offeriert werden könnte:

*„Lassen Sie mich versuchen, all das was wir heute gesagt haben zusammenzufassen und sagen Sie mir, ob ich irgendetwas Wichtiges vergessen habe. Ich habe damit begonnen, Sie über Ihren Nikotinkonsum Ihre und Rauchgewohnheiten zu befragen und Sie haben mir einige Sachen erzählt. Sie haben mir gesagt, dass der Nikotinkonsum schnell angestiegen ist und Sie haben beobachtet, dass das Rauchen Ihnen gut tut und Sie psychisch beruhigt. Sie haben sehr viel Geld für Zigaretten und Tabak ausgegeben ausgegeben und sind auch besorgt, dass sich körperliche Probleme entwickeln könnten, wie Kurzatmigkeit, Bronchialasthma oder Lungenkrebs inklusive weiterer Komplikationen. Sie haben somatische Symptome beschrieben und sind besorgt, wie dies alles Ihren Körper und Ihre körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Im Rahmen des Feedbacks waren Sie erstaunt zu hören, dass Ihr Nikotinkonsum im Vergleich zu anderen Personen in dieser Einrichtung relativ hoch ist. Sie haben bereits Zeichen entdeckt, dass Ihr Nikotinkonsum auch beginnt körperlich Schäden anzurichten. Ich schätze Ihre Offenheit diesbezüglich im Rahmen des Feedbacks und ich sehe welche reellen Bedenken Sie bezüglich Ihres Nikotinkonsums und Rauchverhaltens haben. Ist das eine gute Zusammenfassung? Habe ich etwas vergessen?“*

## Phase II – Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung

### Das Erkennen der Bereitschaft für Veränderung

Die oben angeführten Strategien sind darauf ausgerichtet, Motivation aufzubauen und den Entscheidungsprozess des Patienten in Richtung einer Veränderung anzustoßen. Ein zweiter großer Prozess im Rahmen von MG ist die Überzeugung für Veränderung beim Patienten zu festigen, ab jenem Zeitpunkt ab dem genügend Motivation vorhanden ist (Miller & Rollnick, 1991).

Der richtige Zeitpunkt ist ein Schlüsselaspekt – das Wissen, ab wann man beginnt, sich zu einer Verbindlichkeitserklärung hinzubewegen. Hier gibt es eine hilfreiche Analogie zu Verkaufsstrategien – wissen, wann der Kunde überzeugt worden ist und man sich in Richtung Verkaufsabschluss bewegen sollte. Im Rahmen des Prochaska / DiClemente Modells nennt man diese Phase *Entscheidungsphase*, und zwar ist dies der Zeitpunkt, ab dem das Gleichgewicht von der *Vorbereitungsphase* in Richtung Veränderung angestoßen wurde und der Patient nun bereit für Aktivität zu sein scheint (aber nicht unbedingt auch für deren Aufrechterhaltung). So ein Prozess ist nicht irreversibel. Wenn der Übergang in die Aktivität zu lange verzögert wird, kann die Überzeugung oder Bestimmtheit auch verloren gehen. Ist das Gleichgewicht einmal angestoßen, dann ist es Zeit den Beschluss des Patienten zu festigen.

Es gibt keine allgemein gültigen Anzeichen die den Übergang zur *Entscheidungsphase* anzeigen, hier werden aber in der Folge Veränderungen angeführt, die Sie womöglich beobachten können (Miller & Rollnick, 1991):

- der Patient hört auf Bedenken zu äußern bzw. Widerstand zu zeigen.
- der Patient stellt weniger Fragen.
- der Patient scheint mehr gefasst, entschlossen, ungezwungen und friedfertig zu sein.
- der Patient tätigt motivationsfördernde Aussagen, die auf einen Entschluss (oder Offenheit) für Veränderung hinweisen könnten („ich glaube, ich muss etwas unternehmen um meinen Nikotinkonsum zu reduzieren.“ “Wenn ich meinen Nikotinkonsum reduzieren möchte, was kann ich tun?“)
- der Patient beginnt sich vorzustellen, wie sein Leben nach einer solchen Veränderung aussehen könnte.

In der Folge wird eine Checkliste mit Themenbereichen angeführt, die helfen soll, die Bereitschaft eines Patienten für die Akzeptanz, das Verbleiben oder sogar das Vollenden eines Veränderungsprogrammes zu evaluieren. Diese Fragen können

auch hilfreich sein, um herauszufinden, ob ein Betroffener sich gerade in einem Risikobereich befindet, die Therapie vorzeitig abubrechen:

- Hat der Patient vorhergehende Vereinbarungen / frühere Termine versäumt oder Einheiten nicht wahrgenommen ohne sie vorher erneut zu planen?
- Wenn der Patient zur Behandlung gezwungen wurde, hat der Patient mit Ihnen die eigenen Reaktionen bezüglich dieses Zwanges besprochen – Wut, Konfusion, Erleichterung, etc.?
- Zeigt der Patient eine gewisse Art von Unentschlossenheit bzw. Unschlüssigkeit, hinsichtlich der Festsetzung zukünftiger Therapieeinheiten?
- Ist die angebotene Behandlung anders als vom Patienten angedacht oder erwartet; und wenn dies so ist, sind die Reaktionen des Patienten bezüglich dieser unterschiedlichen Auffassungen diskutiert worden?
- Scheint der Patient während der Therapieeinheiten besonders wachsam zu sein oder andererseits eher unschlüssig bzw. im Widerstand bezüglich dargebotener Suggestionen?
- Nimmt der Patient die Teilnahme am Therapieprogramm als erniedrigende Erfahrung wahr oder mehr als „neue Chance im Leben“?

Wenn die Antworten auf diese Fragen einen Mangel an Änderungsbereitschaft erkennen lassen, scheint es sinnvoll, weitere Bereiche bezüglich Ambivalenz und Unsicherheiten zum Thema Rauchstopp oder Reduzierung des Nikotinkonsums und Veränderungen zu explorieren. Es scheint auch in solch einer Situation ratsam, Beschlüsse bzw. Versuche, eine fixe Zusage zum geplanten weiteren Vorgehen zu erhalten, zu verschieben.

Für viele Patienten scheint es so zu sein, dass es keinen definitiven oder klaren Punkt einer Entscheidungsfindung gibt. Oft ist es so, dass Personen über Veränderungsstrategien nachzudenken beginnen, während sie sich bereits in einer fortgeschrittenen *Vorbereitungsphase* befinden. Für manche besteht die Bereitschaft für den Entschluss einer Veränderung darin, dass sie verschiedene Strategien ausprobieren, bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine finden die subjektiv effektiv und befriedigend ist. Dann erst beginnen sie die Veränderung. Der Prozess von der Erwägung zur Aktivität kann graduell von statten gehen, eher im Sinne einer probeweisen Überleitung als in Form einer eigenständigen Entscheidung.

Es ist auch wichtig, sich immer wieder zu erinnern, dass, wenn ein Patient einen Entschluss gefasst zu haben scheint und erste Schritte in Richtung Veränderung setzt, ein gewisses Maß an Ambivalenz noch immer präsent sein kann. Es sollte vermieden werden anzunehmen, dass, sobald der Patient sich entschlossen hat eine Veränderung durchzuführen, es nicht mehr notwendig ist, Strategien aus der

Phase I anzuwenden. Vielmehr scheint es sinnvoller langsam voran zu schreiten, sobald der Patient eine Bereitschaft zu Veränderung erkennen lässt, anstatt dies zu schnell oder zu empathisch durchzuführen. Auch wenn eine Person bei Behandlungsbeginn bereit für eine Veränderung zu sein scheint, ist es sinnvoll, eine der zuvor beschriebenen Strategien zum Motivationsaufbau und Feedback anzuwenden, bevor eine Festigung des Beschlusses beginnt.

Auf jeden Fall kommt man zu dem Punkt, an dem man Strategien heranziehen sollte, die für eine Festigung eines Entschlusses konzipiert sind.

Die in der Folge dargestellten Strategien sind hilfreich, sobald die Anfangsphase beendet wurde und der Patient sich in Richtung Veränderung bewegt.

### **Schlüsselfragen**

Eine hilfreiche Strategie beim Übergang von Phase I zu Phase II ist, eine Art Zusammenfassung der zuvor getätigten Aussagen zur Verfügung zu stellen, in dem man alle Gründe für eine Veränderung, die eine Person angegeben hat, zusammenfasst, ohne aber auch noch die verbleibenden Aspekte von Ambivalenz zu vergessen. Am Ende dieser Zusammenfassung könnten folgende Schlüsselfragen gestellt werden:

- Was machen Sie mit all dem?
- Wo befinden Sie sich nun im Bezug auf Ihren Nikotinkonsum und Ihre Rauchgewohnheiten?
- Was ist Ihr Plan?
- Was glauben Sie werden Sie tun?
- Ich frage mich, was Sie sich über Ihren Nikotinkonsum in diesem Augenblick denken?
- Jetzt, wo Sie schon so weit sind, frage ich mich, was Sie mit all diesen Befürchtungen anstellen?

### **Besprechen eines Planes**

Ein Schlüsselement für den Therapeuten ist den Fokus von Gründen für Veränderung (Phase I – Aufbau von Motivation) auf die Verstärkung eines Entschlusses bzw. dem Ausarbeiten eines Planes für eine Veränderung (Phase II) zu verschieben. Die Patienten initiieren einen solchen Übergang, indem sie manchmal das Bedürfnis oder den Wunsch nach Veränderung äußern, oder indem sie fragen, was sie tun könnten. Alternativ kann eine solche Überleitung auch mit Schlüsselfragen getriggert werden.

Das Ziel während der Phase II ist es, beim Patienten einige Ideen heraus zu locken bzw. in der Folge einen Plan zu entwickeln, wie der Patient mit dem Rauchverhalten umgehen möchte. Es ist nicht die Aufgabe des Therapeuten zu diesem Zeitpunkt einen Vorschlag für einen Veränderungsplan zu präsentieren, oder spezifische Fähigkeiten zu trainieren, um diese Veränderungen auch schaffen zu können. Die generelle Aussage ist: „Nur Sie können Ihren Nikotinkonsum und Rauchverhalten verändern und es liegt nur bei Ihnen.“ Weitere Fragen können helfen: „Wie glauben Sie, dass Sie dies machen können? Was glauben Sie könnte Ihnen helfen?“

### **Kommunizieren der freien Wahlmöglichkeiten**

Eine wichtige und beständige Botschaft im Rahmen von MG ist, die Verantwortung des Patienten und die freie Wahl in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte während des Verstärkungsprozesses einer Beschlussfindung immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

Beispiele:

- Es liegt bei Ihnen, was Sie damit machen wollen.
- Niemand kann das für Sie entscheiden.
- Niemand kann für Sie Ihr Rauchverhalten verändern, nur Sie können dies tun.
- Sie können entscheiden, ob Sie Ihren Nikotinkonsum wie bisher fortsetzen oder ändern möchten.

### **Konsequenzen von Aktivität und Inaktivität**

Eine hilfreiche Strategie kann auch sein, den Patienten zu fragen, was passieren würde, wenn er so weiter machen würde wie bisher. Wie würden die Konsequenzen ausschauen? Es scheint manchmal auch sinnvoll zu sein, eine schriftliche Liste über negative Folgen bei fehlender Veränderung anzulegen. Ähnlich können auch vorausschauend positive Aspekte einer Veränderung auf diese Weise gesammelt werden.

Um ein vollständigeres Bild zu erlangen, können auch die Ängste mit dem Patienten diskutiert werden, die im Rahmen eines solchen Veränderungsprozesses erwartet werden. Was könnten die negativen Konsequenzen sein, wenn man alte Verhaltensmuster aufgibt? Was sind die Vorteile, mit dem Rauchen so fortzufahren wie bisher? Spiegeln, zusammenfassen und Perspektivenwechsel sind die adäquaten Antworten des Therapeuten. Eine Möglichkeit ist hier eine formale Kosten-Nutzen Tabelle zu

kreieren, in dem man den Patienten die positiven und negativen Aspekte einer Veränderungsoption aufschreiben lässt. Was sind die positiven und negativen Bereiche beim Beibehalten des derzeitigen Rauchverhaltens? Was ist der mögliche Nutzen bzw. Schaden beim Durchführen einer Veränderung?

### **Information und Beratung**

Oft benötigen Patienten grundlegende Informationen als wichtigen Beitrag für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Generell sollte man sich frei fühlen, adäquate und spezifische Information, die vom Patienten verlangt wird, auch bereit zu stellen. Es scheint auch nach Bereitstellung der Information hilfreich zu sein, beim Patienten nachzufragen: „Macht dies Sinn für Sie? Überrascht Sie das? Was denken Sie darüber?“

Manchmal fragen Patienten auch nach Rat. „Was glauben Sie was ich machen sollte?“ Es ist durchaus adäquat, die eigene Sichtweise unter diesen Umständen darzulegen, jedoch mit einigen Vorbehalten. Es ist sinnvoll diesbezüglich Vermerke und Erlaubnisse für andere Meinungen einzuführen. Z. B.: Wenn Sie meine Meinung hören wollen, die ich Ihnen sicherlich geben kann, müssen Sie jedoch dies für sich bis zum Ende auch durchdenken. Ich kann Ihnen sagen, was ich denke bzw. was ich in Ihrer Situation machen würde und ich freue mich, dies tun zu können, aber vergessen Sie nicht, dass dies Ihre Entscheidung ist. Wollen Sie meine Meinung hören?

In dieser Situation kann es jedoch hilfreich sein, ein wenig verschlossen oder „schwer zugänglich“ zu bleiben.

- Ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihnen das sagen soll, sicherlich habe ich eine Meinung, aber Sie müssen dies ja für sich selbst entscheiden, wie Sie in Zukunft mit Ihrem Leben umgehen wollen.
- Ich habe ein wenig Bedenken, wenn ich Ihnen einen Ratschlag gebe, denn dann schaut es aus, als ob ich für Sie die Entscheidung getroffen hätte. Sind Sie sicher, dass Sie meine Meinung hören wollen?

Wenn es schließlich zu dem Punkt „wie soll man es tun“ kommt, ist es oft am Besten keine spezifische Strategien vorzuschreiben oder zu versuchen, gewisse spezifische Fertigkeiten versuchsweise anzutrainieren. Im Gegenteil, man versucht diese Aufgaben dem Patienten zurückzugeben:

- Wie glauben Sie, dass Sie dies tun könnten?
- Was könnte Ihnen im Weg stehen?
- Sie werden ziemlich kreativ (stark, klug, einfallsreich) sein müssen, um dafür einen Weg zu finden. Ich frage mich, wie Sie das machen könnten?

Wieder könnten Sie um spezielle Information als Teil dieses Prozesses gefragt werden (z. B. „Ich habe von einem Kaugummi gehört, den man einmal am Tag nimmt und dann ist es einfach, mit dem Rauchen aufzuhören. Wie funktioniert das?“). In solchen Fällen können genaue und konkrete Informationen geäußert werden.

Ein Patient kann auch nach Information fragen, die Sie im Moment nicht haben. Man sollte sich nicht verpflichtet fühlen, alles zu wissen. Es ist auch vollkommen in Ordnung zu sagen, dass man Sachen nicht weiß und dass man sie in der Folge herausfinden möchte. Man kann anbieten, eine gewisse Fragestellung zu recherchieren und im Rahmen der nächsten Therapieeinheit diese Information dem Patienten zu Verfügung zu stellen.

### **Das Ziel der Verhaltensänderung**

Das Ziel im Rahmen eines Veränderungsprozesses ist im Endeffekt die freie Entscheidung jedes einzelnen Patienten, die er für sich selbst auch treffen muss. Im Rahmen des MG-Stils ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten eine solche Wahl „zu erlauben“ oder „zu ermöglichen“ oder „zu billigen“, diese Wahl müssen die Patienten treffen und kann nicht vom Therapeuten übernommen werden.

Gleichzeitig sehen viele Patienten zumindest am Anfang, dass ein angepeiltes Ziel inakzeptabel ist oder aus ihrer Sicht unerreichbar scheint. Das Insistieren des Therapeuten in solchen Fällen kann möglicherweise nur zu einem stärker werden des Widerstandes und mit einem erhöhten Risiko für einen Therapieabbruch einhergehen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, sich das Konzept der „Schadensreduktion“ im Sinne zu behalten: d. h. dass jeglicher Schritt in die richtige Richtung sehr wohl auch ein Schritt in die richtige Richtung ist. Welche Ziele können also in der Folge zur Schadensbegrenzung angeführt werden? Die spezifischere Frage in dieser Situation ist, „welche Veränderungen ist der Patient überhaupt gewillt durchzuführen?“

An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass die (exzessiven) Rauchgewohnheiten durch den Therapeuten nicht verteidigt werden sollen. Das Ziel des Therapeuten ist dem Betroffenen bei der Veränderung des schlechten Nikotinkonsums und der Rauchgewohnheiten zu unterstützen. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass der Therapeut sich verantwortlich fühlt, den Betroffenen bei einem spezifischen Verhalten zu unterstützen, vor allem wenn es scheint, dass der Patient eine andere Richtung einschlägt. Wiederum muss dies in einer Art und Weise geschehen, die nicht zwingend sondern im Einklang mit dem Stil von MG ist („Es ist natürlich Ihre Wahl. Ich sage Ihnen nur, dass ich Bedenken habe, über

die Auswahl die Sie getroffen haben und ich bin bereit Ihnen zuzuhören, aber ich wollte Ihnen nur sagen, dass ich diesbezüglich Bedenken habe.....“).

### **Umgang mit Widerstand**

Ähnliche Prinzipien, wie bereits in Phase I der MG-Therapie beschrieben, können angewendet werden, um Widerstand abzubauen. Ambivalenz und Abneigung werden nicht direkt bearbeitet, sondern werden mit Spiegelung und Perspektivenwechsel begegnet. Gezielte paradoxe Anmerkungen können in dieser Phase hilfreich sein. Eine Möglichkeit ist eine Art von Erlaubnis für ein Ausbleiben von Veränderung zu erteilen:

- Vielleicht kommen Sie zu dem Entschluss, dass es besser für Sie ist, so weiter zu machen wie bisher, auch wenn dies negative Folgen für Sie hat.

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich durch das Hervorrufen einer Art von Krise für die Person durch eine Juxtaposition von zwei wichtigen und inkonsistenten Wertigkeiten:

- Ich frage mich, ob es wirklich möglich ist, Ihren exzessiven Nikotinkonsum weiterzuführen und weiterhin Ihre körperliche Fitness und Attraktivität beizubehalten.

### **Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten- kleiner Handlungsplan“**

Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollte während der Phase II verwendet werden, um den Aktivitätsplan des Patienten zu spezifizieren. Man kann es auch verwenden um Notizen niederzuschreiben, während der Patient in seinen Plänen voranschreitet. Beginnen Sie die Phase II nicht, indem Sie das Arbeitsblatt ausfüllen. Die Informationen für das Arbeitsblatt sollten während eines motivationalen Dialoges aufgeschrieben werden. Diese Informationen können in der Folge die Basis für eine Rekapitulation darstellen (siehe unten). Verwenden Sie das Arbeitsblatt, um sicher zu stellen, dass Sie folgende Aspekte des Planes abgedeckt haben:

#### ***Die Veränderungen, die ich machen möchte.....***

Auf welche Art und Weise bzw. in welchen Bereichen möchte der Patient Änderungen durchführen? Seien Sie konkret. Es ist auch ratsam Ziele zu inkludieren, die positiv gefärbt und erreichbar sind im Gegensatz zu negativen Zielen (keine „schlechten“ Verhaltensweisen), die auch durch eine Narkose erreicht werden können (beenden, vermeiden, Reduktion von Verhaltensmustern).

***Die wichtigsten Gründe, warum ich diese Veränderungen durchführen möchte, sind.....***

Was sind die wahrscheinlichen Konsequenzen von Aktivität bzw. Inaktivität? Welche Motivationen scheinen die wichtigsten für den Patienten zu sein?

***Die Schritte, die ich für einen Veränderungsprozess plane, sind.....***

Wie gedenkt der Patient seine Ziele zu erreichen? Wie könnte die gewünschte Veränderung durchgeführt werden? Im Rahmen des allgemeinen Planes und der beschriebenen Strategien, was sind spezifische und konkrete erste Schritte, die der Patient setzen kann? Wann, wo und wie werden diese Schritte in Angriff genommen?

***Ich werde wissen, dass mein Plan funktioniert, wenn.....***

Was erhofft sich der Patient als Resultat seines Veränderungsplanes? Was sind die Vorteile, die sich der Patient durch diese Veränderung erhofft?

***Einige Punkte, die meine Pläne durchkreuzen könnten, sind.....***

Es ist hilfreich dem Patienten zu helfen, Situationen zu antizipieren, die geplante Veränderungen unterlaufen könnten. Was könnte schief gehen? Was könnte helfen, dass der Patient bei seinem Plan bleibt, obwohl diese Probleme auftauchen?

**Rekapitulieren**

Gegen Ende dieses Festlegungsprozesses, wenn man spürt, dass sich der Patient zu einer Entscheidung für Veränderung hinbewegt, erscheint es hilfreich, diesem eine ausführliche Zusammenfassung der bisherigen Entwicklungen zu Verfügung zu stellen. Dies kann eine Wiederholung der Ursachen für Bedenken beinhalten, die in der Phase I nicht thematisiert werden konnten (siehe „Zusammenfassung“), genauso wie ein zur Verfügung stellen von neu entwickelten Informationen im Rahmen der Phase II. Nachdruck sollte vor allem bei Aussagen zur Selbstmotivation gesetzt werden, beim Plan des Patienten für Veränderung und der festgehaltenen Konsequenzen bei Veränderung bzw. bei fehlender Veränderung. Es sollten die Anmerkungen vom Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten“ als Stütze verwendet werden.

Hier in der Folge ein Beispiel, wie eine solche Rekapitulation durchgeführt werden könnte:

*„Ich versuche nun zu schauen, ob ich verstehe, wo Sie sich gerade befinden. Letztes Mal haben wir nochmals die Gründe beleuchtet, warum Sie Bedenken Ihres Nikotinkonsums und Ihres exzessiven Rauchverhaltens haben. Hier haben Sie eine Vielzahl angeführt. Sie äußerten Bedenken, da Ihr Nikotinkonsum zu*

somatischen Problemen geführt hat. Sie waren auch über die Summen an Geld besorgt, die Sie für Zigaretten ausgegeben haben, und über das allgemein schlechte Befinden in Bezug auf Ihren Körper. Dies hat Ihnen geholfen zu realisieren, dass es an der Zeit war etwas zu unternehmen, zu realisieren, dass es an der Zeit war, Ihren Nikotinkonsum zu reduzieren. Aber mir scheint, dass Sie immer noch überrascht waren, als ich Ihnen die Rückmeldung gegeben habe, in welcher gefährlicher Situation Sie sich bezüglich Ihrer körperlichen Gesundheit befunden haben.

Wir haben in der Folge auch besprochen, was Sie in dieser Situation tun könnten und Sie hatten zu Beginn auch verschiedene Ideen. Sie haben gedacht, dass Sie Ihr Rauchverhalten einfach verändern können. Wir haben darüber gesprochen, was die Folgen sein würden, wenn Sie verschiedene Zugangsweisen versuchen würden. Sie waren besorgt, wenn Sie nicht ein abruptes Ende bzw. eine abrupte Veränderung herbeiführen, dass Sie womöglich wieder in Ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen und vergessen würden, was hier besprochen wurde. Sie haben dies auch als Risikofaktor bestätigt. Sie haben die Idee nicht gemocht, eine Rauchentwöhnungsgruppe außerhalb Ihrer Einrichtung zu besuchen, da Sie Bedenken gehabt haben, dass Sie nicht über angemessene kommunikative und soziale Fähigkeiten verfügen. Obwohl es, wie besprochen, Möglichkeiten gibt, diese Fähigkeiten zu lernen.

Die Richtung in die Sie sich bewegen, zumindest in den letzten 4 Wochen, scheint eine "Periode ohne Zigaretten" zu sein, und Sie schauen wie es Ihnen damit geht und wie Sie sich fühlen. Sie können der Idee, mehr Zeit mit anderen Bewohnern zu verbringen, die ein ähnliches "Rauch(er)problem" haben wie Sie, etwas abgewinnen, sodass Sie mit diesen zusammenkommen können und über Erfahrungen im Rahmen Ihres veränderten Verhaltensmusters auch sprechen können und auch gemeinsam Abend- oder Wochenendaktivitäten tätigen können und so nicht alleine sind, um so auch nicht einem erhöhten Risiko für exzessives Rauchen ausgesetzt zu sein. Sie haben auch wieder daran gedacht an Aktivitäten in der Gemeinschaft teilzunehmen, die Sie früher während des Nachmittags absolviert haben. Sehe ich dies richtig? Habe ich etwas vergessen?"

Wenn der Patient noch zusätzliche Informationen oder Veränderungen anführt, sollten diese reflektiert und in die Rekapitulation integriert werden. Dies sollte auch am Arbeitsblatt notiert werden.

### **Fragen nach Verbindlichkeit**

Nachdem die aktuelle Situation des Patienten, wie oben beschrieben, rekapituliert und die zusätzlichen Anmerkungen und Bedenken des Patienten thematisiert wurden, sollte das nächste Ziel angepeilt werden, nämlich eine formelle Verpflichtung zu Veränderung. Im Wesentlichen zielt diese Vereinbarung darauf ab, dass der Patient sich verbal dazu verpflichtet konkret geplante Schritte auch durchzuführen, um die benötigte Veränderung zu bewirken. Die abschließende Fragestellung (nicht unbedingt im exakten Wortlaut) lautet:

- Sind Sie nun bereit, sich für die Durchführung dieses Schrittes zu verpflichten?

Wenn diese Verpflichtung besprochen wird, ist es ratsam, auch folgende Punkte zu thematisieren:

- Stellen Sie exakt klar, was der Patient zu tun plant. Geben Sie dem Patienten das fertige Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten - ein kleiner Handlungsplan“ und besprechen Sie dieses mit ihm.
- Bestärken Sie den Patienten bei den möglichen Vorteilen einer Veränderung, bzw. auch die Konsequenzen bei Inaktivität bzw. einer Veränderung.
- Fragen Sie nach Bedenken, Ängsten oder Zweifeln, die der Patient haben mag und welchen Einfluss diese auf die Durchführung des Planes haben könnten.
- Fragen Sie auch, welche anderen Hindernisse in Betracht kommen würden, die den Plan des Patienten durchkreuzen könnten. Fragen Sie den Patienten, wie er mit solchen Hindernissen umgehen könnte.
- Stellen Sie auch klar, welche Rolle das soziale Umfeld in der geplanten Änderung haben könnte und wie dieses Umfeld dem Betroffenen auch helfen könnte.
- Definieren Sie auch zusätzliche Möglichkeiten für Hilfe, die der Patient vom Therapeuten bzw. von anderen therapeutischen Einrichtungen haben könnte. Wenn Sie die Behandlung beenden, erinnern Sie den Patienten, dass es ein Folgeinterview geben wird, um herauszufinden, wie es dem Patienten geht.

Wenn der Patient bereit ist eine Verpflichtungserklärung zu unterzeichnen, dann sollte er gebeten werden das Arbeitsblatt „Wie verändere ich mein Verhalten – ein kleine Handlungsplan“ zu unterzeichnen und der Patient sollte das signierte Original erhalten, eine Kopie sollte in der Krankengeschichte abgelegt werden.

Manche Patienten sind nicht bereit, ein Veränderungsziel bzw. sich zu einem Ziel bzw. einem Programm zu verpflichten. In Fällen, in denen die Person sich

ambivalent oder zögerlich bezüglich einer schriftlichen oder verbalen Verpflichtungserklärung zeigt, kann der Person angeboten werden, dass dieser Entschluss zu einem späteren Zeitpunkt gefasst werden kann. Ein genauer Zeitpunkt sollte mit dem Patienten vereinbart werden, um eine Reevaluation und eine erneute Entscheidungsfindung durchführen zu können. Der Hintergedanke hier ist, dass durch das Hinauszögern der Entscheidungsfindung im motivationalen Prozess eine positive Entwicklung initiiert werden kann. Eine solche Flexibilität ermöglicht es dem Patienten, die verschiedenen potentiellen Konsequenzen einer Veränderung nochmals für sich zu thematisieren und hilft dem Patienten auch sich selbst noch vermehrt mit möglichen Konsequenzen auseinander zu setzen. Ansonsten würde der Patient sich gezwungen fühlen eine Verpflichtungserklärung abzugeben, bevor er oder sie überhaupt dazu bereit wäre. In diesem Fall würde ein Patient eventuell die Therapie vorzeitig abbrechen, anstatt einen Gesichtsverlust beim Verfehlen des Zieles zu erleiden. Es ist dann womöglich besser eine der folgenden Aussagen zu tätigen:

- Es scheint, dass Sie noch nicht wirklich bereit sind eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt zu treffen. Das ist nachvollziehbar. Das ist eine große Entscheidung für Sie. Es scheint besser zu sein, die Sachen nicht zu überstürzen, und jetzt keine Entscheidung zu treffen. Warum denken Sie nicht zwischenzeitlich darüber nach und zu unserer nächsten Einheit werden wir nochmals die Vorteile einer Veränderung und die Vorteile ohne Veränderung des Verhaltens thematisieren. Wir können dies das nächste Mal noch fortführen und ich bin mir sicher, dass es früher oder später für Sie klar sein wird, was Sie wollen. Ist das in Ordnung?

Es kann hilfreich sein auf diese Art und Weise explizit das Verständnis für und die Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten auszudrücken, als auch Vertrauen in seine Fähigkeiten, dieses Problem zu lösen, auszusprechen.

## **Phase III – Strategien zur Umsetzung**

Wenn eine solide Basis in Bezug auf eine Veränderungsmotivation (Phase I) aufgebaut worden ist und der Patient auch eine Absichtserklärung abgegeben hat (Phase II), fokussiert MG auf die Umsetzung. Dies kann z. B. im Rahmen der zweiten Therapieeinheit beginnen, abhängig von der Geschwindigkeit des Veränderungsprozesses. Folgende drei Prozesse sind relevant:

- Rückblick auf den Fortschritt des Prozesses
- Erneuerung der Motivation
- Erneuerung der Absichtserklärung

In Phase III ist es ebenfalls notwendig den Bedarf weiterer Therapien oder Zuweisungen zu anderen Institutionen einzuschätzen/zu beurteilen.

### **Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes**

Begonnen werden sollte mit einem Rückblick auf alles was seit der letzten Sitzung geschehen ist. Mit dem Patienten sollte diskutiert werden, welche Absichten geäußert und Pläne gemacht wurden, und exploriert werden, welche Fortschritte der Patient diesbezüglich gemacht hat. Geantwortet werden sollte mit Reflexion und Spiegelung, Fragen, Bestärkung, Perspektivenwechsel (wie zuvor beschrieben). Auch sollte besprochen werden, bis zu welchem Punkt die zuvor festgelegten Ziele und Pläne auch schon umgesetzt werden konnten.

### **Erneuerung der Motivation**

Der Phase I – Prozess („Aufbau von Motivation für Veränderung“) kann hier nochmals verwendet werden, um die Motivation für Veränderung zu erneuern. Das Ausmaß in dem dies durchgeführt werden sollte, hängt von der Einschätzung des Therapeuten ab bzw. auch von der derzeitigen Entschlusskraft des Patienten bezüglich seiner Veränderung. Das kann festgestellt werden, indem man den Patienten fragt, was er selbst als die wichtigste Begründung für eine Veränderung des Rauchverhaltens ansieht.

### **Erneuerung der Absichtserklärung**

Der Phase II – Prozess („Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung“) kann ebenfalls in dieser Phase weitergeführt werden. Dies kann durch eine einfache erneute Verstärkung des Entschlusses, der bereits zuvor gefasst wurde, geschehen. Wenn der Patient signifikante Probleme oder Zweifel bezüglich der initialen Pläne äußert, könnte es Zeit für Reevaluation sein und Zeit dafür, einen neuen Plan mit neuen Absichten zu entwickeln. Es sollte versucht werden das Gefühl des Patienten von Autonomie und Selbstwirksamkeit zu bestärken und die Fähigkeit unterstrichen werden, selbstständig auch Ziele erreichen zu können und selbstständige Pläne durchzuführen.

### **Weitere Behandlung**

Durch das wie oben beschriebene Verstärken der Motivation kann es dazu kommen, dass der Patient beschließt, zusätzliche spezifische Behandlungen zur Erreichung der Ziele in Anspruch zu nehmen. Die Herausforderung in der Phase III ist es herauszufinden, welche Ziele mit solchen zusätzlichen Behandlungsangeboten erreicht werden können und in der Folge aufzuzeigen, welche spezifischen Betreuungseinrichtungen oder Therapiemöglichkeiten heran gezogen werden können, um die getroffenen Ziele auch effektiv erreichen zu können.

## **Die Struktur einer MG-Sitzung**

Die vorangegangenen Abschnitte beschrieben den grundsätzlichen Ablauf einer MG-Sitzung von Phase I bis hin zur Phase III. Dieser Teil wird Aspekte thematisieren, die im Bereich Planung und Durchführung einer MG-Einheit zu erwarten sind.

### **Die erste Einheit**

#### **Vorbereiten der ersten Einheit**

Der grundlegende Hintergedanke ist es dem Patienten ein objektives Feedback bezüglich seines Nikotinkonsums und Rauchverhaltens und der daraus resultierenden Probleme zu geben.

#### **Darstellung des Grundkonzeptes und Grenzen der Behandlung**

Es sollte damit begonnen werden, die Grundlagen des therapeutischen Zuganges zu erklären. Hier sein in der Folge ein Beispiel angeführt, wie dies durchgeführt werden könnte:

*Bevor wir beginnen, lassen Sie mich ein wenig erklären, wie wir gemeinsam arbeiten werden. Sie haben jetzt schon einige Zeit damit verbracht, Fragebögen auszufüllen, die wir benötigen und wir bedanken uns vielmals, dass Sie die Zeit auch für diese Tätigkeiten zur Verfügung gestellt haben. Diese Informationen sind sehr hilfreich für uns heute. Ich muss Ihnen auch gleich vorab sagen, dass ich Sie nicht verändern werde. Ich hoffe, ich kann Ihnen helfen, dass Sie über Ihre derzeitige Situation nachdenken und eventuell überlegen können, wenn überhaupt, was Sie machen wollen, aber wenn es diesbezüglich irgendwas zu verändern gäbe, werden Sie diese Veränderung durchführen müssen. Niemand kann Ihnen sagen, was Sie zu tun haben, niemand wird diese Veränderung für Sie tun. Ich werde Ihnen eine Menge an Information über sich selbst zur Verfügung stellen und manchmal vielleicht beratend zur Seite stehen, aber die Durchführung wird zur Gänze bei Ihnen liegen. Ich könnte Sie gar nicht verändern, auch wenn ich es wollte. Die einzige Person die beschließen kann, ob sie eine Veränderung durchführen will oder nicht, sind Sie selbst. Wie klingt das für Sie?*

*Nachdem wir einige Einheiten gemeinsam durchgearbeitet haben, werden Sie ein besseres Gefühl dafür kriegen, was Sie eigentlich tun wollen. Wenn Sie dann beschließen, dass Sie einige Veränderungen durchführen und von mir auch einige beratende Gespräche diesbezüglich haben wollen, könnte es sein, dass ich Ihnen helfen kann und wir gemeinsam daran arbeiten können. Wenn Sie andere Arten von Unterstützung oder Hilfe brauchen, kann ich Sie auch diesbezüglich zuweisen. Haben Sie irgendwelche Fragen über unsere zukünftige Arbeitsweise?*

Beginnen Sie nach dieser Einleitung mit der ersten Einheit, und zwar in Form einer kurzen Strukturierung dieser ersten Einheit.

Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass ihm Feedback über die Fragebögen und Interviews vor Behandlungsbeginn gegeben werden wird, aber dass Sie zuerst verstehen wollen, wie der Patient seine Situation genau bewertet. Dann sollte mit den Strategien "Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation" fortgefahren werden. Als erste Antwortstrategie während dieser frühen Phase sollte die Spiegelung („Zuhören mit Empathie“) verwendet werden. Andere Strategien sind unter „Bestärken des Patienten“, „Umgang mit Widerstand“, „Perspektivenwechsel“ beschrieben und sind hier entsprechend anzuwenden. Wenn man das Gefühl hat, dass die großen Themen des Patienten bezüglich seiner Problemsituation thematisiert wurden, sollte eine Zusammenfassung der Aussagen (siehe „Zusammenfassung“) gegeben werden. Wenn es für den Patienten passend erscheint, könnte man anmerken, dass der nächste Schritt ein Feedback über die Eingangsdiagnostik sein wird. Wieder sollten Spiegelung, Bestärkung, Perspektivenwechsel, Umgang mit Widerstand wie vorher beschrieben, angewendet werden. Diese Feedbackmöglichkeit wird sich höchstwahrscheinlich nicht im Rahmen der ersten Einheit vollständig durchführen lassen. Falls sich dies nicht ausgeht, sollte dem Patienten erklärt werden, dass das Feedback in der nächsten Therapieeinheit weitergeführt werden wird.

Wann auch immer der Feedbackprozess abgeschlossen ist, sollte der Patient nach einer zusammenfassenden Antwort gefragt werden. Eine Möglichkeit wäre:

- Ich habe Ihnen ziemlich viel Information an dieser Stelle zur Verfügung gestellt und an diesem Punkt frage ich mich, was Sie mit all dieser Information tun bzw. was Sie darüber denken.

Sowohl das Feedback als auch die offene Frage wird öfters Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten hervorrufen, die wieder gespiegelt und reflektiert werden können und als Brücke für die nächste Phase im Rahmen von MG verwendet werden können.

Nachdem die Antwort aus der Feedbackrunde vom Patienten abgeschlossen ist, sollte nochmals eine Zusammenfassung gegeben werden, indem einerseits die Bedenken aus dem ersten Prozesses berücksichtigt als auch die Information der Feedbackrunde (siehe „Zusammenfassung“) eingebaut werden sollte. Dies ist der Punkt, an dem man in die zweite Phase von MG übergehen sollte: das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung (wieder sei darauf hingewiesen, dass Sie im Rahmen dieser ersten Einheit nicht so weit kommen werden, sondern dieser Prozess in den darauf folgenden Einheiten fortgesetzt werden sollte).

Hinweise des Patienten sollten aufgegriffen werden (siehe „Erkennen von Bereitschaft für Veränderung“), Gedanken, Ideen und eventuell Pläne zum Umgang mit dem vorhandenen Problem sollten angeregt werden (siehe „Diskutieren eines Planes“). Während dieser Phase sollten auch Strategien angewendet werden, die unter „das Kommunizieren der freien Wahl“ und „Information und Beratung“ angeführt sind. Vor allem sollte versucht werden beim Patienten Gedanken hervorzurufen, die die Vorteile einer Aktivität unterstreichen und voraussichtliche negative Konsequenzen einer Inaktivität aufzeigen könnten (siehe auch „Konsequenz von Aktivität“). Dies kann in Form einer Kosten/Nutzen-Aufstellung passieren (Gründe so weiter zu machen wie bisher versus Gründe für eine Veränderung) und kann dem Patienten ausgehändigt werden. Die grundlegende Patienten-zentrierte Zugangsweise mit Reflexion und Spiegelung, des Fragens, des Bestärkens, des Perspektivenwechsels und dem indirekten Umgang mit Widerstand sollte während des gesamten Prozesses als auch durch alle MG-Therapieeinheiten hindurch angewendet werden. Diese Phase führt in der Folge zur Bestätigung eines Veränderungsplanes und es sollte darauf geachtet werden, eine diesbezügliche Verpflichtung vom Patienten in jeglicher Form zu erhalten (siehe auch „Fragen nach Verbindlichkeit“). Es kann hilfreich sein, die Ziele des Patienten schriftlich festzuhalten und die geplanten Schritte zur Veränderung am Arbeitsblatt „Veränderungsplan“ festzuschreiben. Wenn es adäquat erscheint, kann der Patient dieses Arbeitsblatt auch unterschreiben. Es sollte darauf geachtet werden, den Patienten nicht frühzeitig zu einer Erklärung zu bewegen. Wenn ein solcher Plan unterschrieben wird, bevor die Überzeugung auch wirklich gefestigt ist, könnte es sein, dass der Patient eher die Behandlung abbricht als zu dem Punkt zurückzukehren, wo Abmachungen noch besprochen werden können.

### **Das Beenden der (ersten) Einheit**

Die (erste) Einheit sollte immer in einer Form beendet werden, indem das zusammengefasst wird, was zuvor durchgearbeitet worden ist. Der Inhalt dieser Zusammenfassung wird davon abhängen, wie fortgeschritten der Prozess ist. In manchen Fällen wird die Entwicklung langsam sein und die meiste Zeit der Einheit wird damit verbracht werden, Feedback zu geben bzw. mit Bedenken und Widerstand des Patienten umzugehen. In anderen Fällen wird der Patient recht rasch in Richtung Entscheidung voranschreiten und man wird am Ende dieser Einheit sogar in Phase II (das Bestärken von Einverständnis) angelangt sein. Die Geschwindigkeit, mit der im Prozess vorangeschritten werden kann, hängt von der derzeitigen Verfassung des Patienten ab. Wann auch immer möglich sollten Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten bezüglich Veränderung im Rahmen der ersten Einheit angeregt und Schritte unternommen werden, um einen Veränderungsplan zu thematisieren, sogar wenn dies nur versuchsweise und inkomplett gelingt. Es sollte auch diskutiert werden, was der Patient tun wird und welche Veränderungen zwischen der ersten und der zweiten Therapieeinheit

gemacht werden. Es sollte nicht gezögert werden, die Absichtserklärung für Veränderung bereits in der ersten Einheit zu thematisieren, wenn dies adäquat erscheint. Andererseits sollte kein Druck entstehen, dies um jeden Preis zu erreichen. Vorzeitige Einwilligungserklärungen sind kurzlebig, und den Patienten zu einer Veränderung zu zwingen, bevor er oder sie diesbezüglich auch bereit ist, wird einen Widerstand hervorrufen und so den MG-Prozess unterminieren.

### **Nichteinhaltung von Vereinbarungen**

Wenn der Patient eine Vereinbarung (darunter fallen auch das nicht wahrnehmen von im Vorfeld fixierten Terminen) nicht einhält, sollte sofort reagiert werden und folgende Punkte exploriert werden:

- Klären Sie die Gründe für die Nichteinhaltung.
- Bekräftigen des Patienten – Bestärken, dass er überhaupt gekommen ist.
- Sprechen Sie aus, dass Sie den Patienten gerne wieder sehen möchten und unterstützen Sie ihn fortzufahren.
- Führen Sie kurz an welche schwerwiegenden Bedenken aufgekommen sind und Ihre Anerkennung (wenn adäquat), dass der Patient dies auch noch weiter thematisieren möchte.
- Drücken sie Ihre Zuversicht hinsichtlich der Aussichten einer Veränderung und des Vorteils für den Patienten aus.
- Fragen Sie auch, ob es irgendwelche Fragen gibt, die Sie dem Patienten beantworten können.
- Treffen einer neuen Vereinbarung.

Wenn keine vernünftigen Begründungen für das Nichteinhalten der Vereinbarung (wie z. B. Krankheit) präsentiert werden, sollte gemeinsam mit dem Patienten thematisiert werden, ob einer der folgenden Punkte womöglich mit der Nichteinhaltung der Vereinbarung in Zusammenhang stehen könnte:

- Ungewissheit bezüglich Notwendigkeit einer Behandlung (wie z. B. „Ich habe nicht wirklich große Probleme“)
- Ambivalenz bezüglich einer Veränderung
- Frustration oder Ärger am Therapieprogramm teilnehmen zu müssen (vor allem bei Patienten, die in das Programm gezwungen wurden)

Mit diesen Bedenken sollte auf eine auf dem MG-Stil basierenden Art und Weise umgegangen werden (z. B. mit aktives Zuhören, Perspektivenwechsel,...).

Weisen Sie darauf hin, dass es am Beginn der Beratungsphase für eine Person nicht überraschend ist, den Widerwillen (Frustration, Ärger etc.) durch die Nichteinhaltung von Vereinbarungen, Verspätungen oder ähnliches auszudrücken.

Den Patienten zu unterstützen, diese Bedenken auch verbal direkt zu äußern, kann diesbezüglich zu einer Besserung führen. Phase-I-Strategien sollten bei Auftreten von Widerstand verwendet werden. Der Patient sollte bestärkt werden die Bedenken zu diskutieren. Dann sollten Diskussionspunkte zusammengefasst, Optimismus über die Aussicht auf Veränderung eingebracht und eine erneute Einwilligung für die Behandlung erhalten werden. Es kann vorteilhaft sein, einige Aussagen zur Eigenmotivation vom Patienten diesbezüglich zu erhalten. Auch sollten Vereinbarungen erneuert werden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine kurze Nachricht oder ein Telefonanruf die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöhen, dass der Patient wiederkommt.

### **Umsetzungsstrategien im Rahmen der MG-Therapien**

Die zweite Therapieeinheit sollte nicht länger als eine Woche danach stattfinden. Es sollte mit einer kurzen Zusammenfassung über die Ereignisse der ersten Einheit angefangen werden, dann kann der MG-Prozess an der Stelle weitergeführt werden, an der die letzte Einheit endete. Der Punkt sollte aufgegriffen werden, an dem der Patient sein persönliches Feedback bezüglich der Diagnostik gegeben hatte, wenn dies nicht vollständig während der ersten absolviert werden konnte. Dann sollte der Prozess in Richtung Phase II – Strategien und dem Beschluss für Veränderung weiterschreiten, wenn dies nicht während der ersten Einheit erreicht werden konnte. Wenn eine grundlegende Einwilligung bezüglich Veränderung vom Patienten im Rahmen der ersten Einheit bekommen werden konnte, dann sollte in der Folge mit Umsetzungsstrategien begonnen werden.

Jede Sitzung sollte mit einer Diskussion über Ereignisse seit der letzten Stunde begonnen werden, danach folgt eine Zusammenfassung über die Fortschritte der letzten Einheiten. Besonders hilfreich scheinen die Umsetzungsstrategien, die zuvor besprochen worden sind:

- I. Analysieren des Fortschrittes
- II. Erneuern der Motivation
- III. Erneuerung der Verpflichtungserklärung

Jede Einheit sollte mit einer Zusammenfassung beendet werden, in der beschrieben wird, an welcher Stelle im Prozess der Patient sich momentan befindet (z.B. die Gründe für Bedenken seitens des Patienten, die Hauptthemen im Rahmen des Feedbacks, der Plan der verhandelt worden ist – siehe „Rekapitulation“). Auch sollten die Erkenntnisse oder nächsten geplanten Schritte thematisiert werden. Der Veränderungsplan (wenn zuvor verhandelt) kann nochmals analysiert bzw. adaptiert werden und falls bereits zuvor niedergeschrieben auch nochmals überarbeitet werden. Während der Phase der Umsetzung ist Vorsicht geboten, vor allem im Hinblick auf Ambivalenz und es

sollte geschaut werden, ob die Absichtserklärung auch weiterhin gefestigt ist. Es ist besser festzustellen, dass sich der Patient noch immer in einer ambivalenten Phase befindet und weiterhin die motivationsstärkenden aufbauenden Strategien der Phase I benötigt, als vorschnell bereits die in Phase II beschriebenen Strategien zur Stärkung der Verpflichtungserklärung anzuwenden.

Es sollte ein klarer Sinn für Kontinuität im Rahmen der Betreuung bestehen. MG-Einheiten sollten als progressive Beratungseinheiten präsentiert werden, und als kontinuierliche Behandlung mit regelmäßiger Therapie und Folge-Einheiten. Die ersten Einheiten fokussieren auf den Aufbau von Motivation und das Verstärken des Willens für Veränderung, die darauf folgenden Einheiten (auch im Rahmen der Evaluation) dienen als periodische Überprüfungen bezüglich des Fortschrittes im Veränderungsprozess. Es kann hilfreich sein, im Rahmen der darauffolgenden Einheiten, spezifische Situationen, die seit der letzten Einheit aufgetreten sind, zu diskutieren und zu thematisieren.

Die Einheiten III und IV sind für die Wochen 3 und 4 anberaumt. Weitere Einheiten können als „Booster“-Einheiten eingeschoben werden, um den motivationalen Prozess zu bestärken.

Falls es zu einem Ausfall der Einheiten von mehreren Wochen kommt, können kurze 5 Minuten-Gespräche als Auffrischungseinheiten angewendet werden und man könnte mit dem Patienten ein paar Tage vor dem vereinbarten Termin telefonieren. Dies dient auch der Kommunikation von aktivem Interesse am Patienten und auch als Erinnerungsstütze. Jede Einheit beginnt mit einer Diskussion über Ereignisse seit der letzten Einheit und es sollte auch zusammengefasst werden, was in den letzten Einheiten erreicht werden konnte. Beenden Sie jede Einheit mit einer Zusammenfassung über die derzeitige Lage des Patienten und den Ansichten des Patienten über mögliche nächste Schritte.

Während dieser Einheiten ist auch darauf zu fokussieren, ob die Ambivalenz noch immer vorhanden ist und ob die Absichtserklärung weiterhin gefestigt scheint. Es ist sicherer davon auszugehen, dass der Patient sich weiterhin in einem ambivalenten Zustandsbild befindet und diesbezüglich auch weiterhin motivationsaufbauende Strategien benötigt.

### **Begleitung und weitere Schritte**

Wenn es zu einer eindeutigen Entwicklung eines Veränderungsplanes kommt, ist der nächste Schritt herauszufinden, welche, wenn überhaupt notwendig, zusätzliche Behandlungsangebote oder Beratungsgespräche dem Patienten zur Unterstützung und zum Erreichen des Zieles zur Verfügung gestellt werden sollen (z. B. Fertigkeitstraining). Wenn man selbst einige oder alle benötigten Behandlungen zur Verfügung stellen kann, sollte fortgefahren werden. Falls dies

nicht möglich ist, sollten die spezifischen Behandlungsmöglichkeiten thematisiert und identifiziert werden, und gegebenenfalls eine Überweisung organisiert werden (wenn auch immer möglich, sollte die Überweisung auch persönlich von der Arbeitsstätte in Anwesenheit des Patienten erfolgen, es sollte auch eine genaue Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden).

### **Der Abschluss**

Der formelle Abschluss der MG-Phase beinhaltet eine finale Rekapitulation über die Situation des Patienten und Fortschritte während der MG-Einheiten. Die abschließende Zusammenfassung sollte folgende Elemente beinhalten:

- Erneute Begutachtung der wichtigsten Faktoren in Bezug auf Motivation des Patienten für Veränderung und Wiederbestärkung der Themen zur Eigenmotivation.
- Zusammenfassung der Aussagen zur Absichtserklärung und Veränderungen, die bis dato erreicht wurden.
- Bestärken und erneute Bestätigung der Aussagen des Patienten bezüglich Veränderungen, die bereits durchgeführt wurden.
- Das Explorieren von zusätzlichen Bereichen für Veränderung, die der Patient in Zukunft noch vollziehen möchte.
- Das Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation für das Beibehalten des Veränderungsprozesses und für zukünftige Veränderungen.
- Unterstützung des Patienten bei Selbstwirksamkeit und thematisieren der eigenen Fähigkeiten des Patienten für Veränderung.
- Umgang mit etwaigen spezifischen Problemen, die evident sind.
- Den Patienten an den nächsten Termin erinnern und anmerken, dass dies auch ein wichtiger Punkt im Gesamtprogramm ist und auch hilfreich bei der Beibehaltung des Veränderungsprozesses sein kann.

Um die Motivation zu konsolidieren kann es sinnvoll sein, den Patienten zu fragen, was die schlechtesten Szenarien wären, wenn der Betroffene wieder mit seinem alten Nikotinkonsum und dem alten Rauchverhalten beginnen würde. Helfen Sie dem Patienten in die direkte Zukunft zu blicken, zukünftige Schritte zu antizipieren oder potentielle Hindernisse, die auftreten können, zu thematisieren, um so einem Rückfall entgegen zu wirken.

---

## **MG – Rauchen**

---



## **ARBEITSBLÄTTER**

## Wie ist Ihr Rauchverhalten?

- Wann haben Sie mit dem rauchen begonnen?
- Warum haben Sie mit dem rauchen begonnen?
- Wie hat sich dies im Lauf der Zeit geändert?
- Was sind Gründe zu rauchen?
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
- Welche Faktoren (z. B. Situationen, Stimmung) beeinflussen Ihr Rauchverhalten?
- Was sind Faktoren, die Ihr Rauchverhalten aufrechterhalten?
- Haben Sie jemals versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?
- Welche Auswirkungen hat das Rauchen auf Ihren Körper?
- Welche Auswirkungen hat das Rauchen auf Ihre Stimmung?
- Was sind die positiven/negativen Einflüsse Ihres sozialen Netzes in Bezug auf das Rauchen?
- Welche (Gesundheits-)Ansichten haben Sie in Bezug auf das Rauchen?
- Besteht eine Beziehung zwischen dem Rauchen und Ihrer psychischen Erkrankung?
- Was sind Ihre Bedenken in Bezug auf Ihre Rauchgewohnheiten?
- Was veranlasst Sie zu denken/glauben, dass Sie bezüglich Ihres Rauchverhaltens etwas ändern müssen?
  
- Gibt es noch etwas, das Sie mir mitteilen möchten?

**Was ich verändern möchte:**

The form consists of 11 empty rounded rectangular boxes for writing. There are 7 boxes scattered in the upper and middle sections of the page, and a vertical column of 4 boxes on the right side. At the bottom of the page, there is a horizontal row of 5 empty rounded rectangular boxes.

## Wichtigkeitsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie wichtig ist für Sie (die Durchführung) diese(r)  
Veränderung?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht wichtig

Extrem wichtig

## Zuversichtsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Änderung umsetzen können?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Überhaupt nicht zuversichtlich

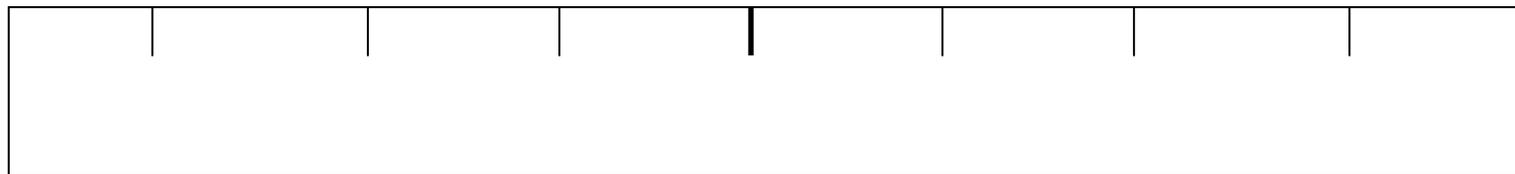
Extrem zuversichtlich

## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern: **Nikotinkonsum / Rauchverhalten**



**Ich bin nicht bereit**

**Ich bin unsicher**

**Ich bin bereit**

## Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Ich möchte folgendes Verhalten ändern:

---

---

Der wichtigste Grund, warum ich diese Änderung machen möchte, ist:

Weitere Gründe für die Durchführung der Änderung sind:

Das Hauptziel bei der Umsetzung der Änderung ist für mich:

Um mein Ziel zu erreichen, werde ich folgende Dinge tun:

Die ersten 3 Schritte/Maßnahmen zur Umsetzung der Änderung sind:

Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn:

## **ENTSCHLÜSSE ABWÄGEN**

Wenn Sie Entschlüsse abwägen, ziehen Sie Kosten und Nutzen von dem, was immer Sie gerade auch tun, in Betracht.

Sie haben bisher exzessiv geraucht, weil Sie glauben, dass die Vorteile des Nikotinkonsums und Rauchverhaltens die Nachteile/Kosten des Rauchens überwiegen.

Das Abwägen von Entschlüssen beinhaltet persönliche Entscheidungen, Ihre Entscheidungen.

## **KONSEQUENZEN**

Konsequenzen sind Resultate von Änderungen Ihres Rauchverhaltens. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Zum Beispiel kann Ihnen Rauchen kurzfristig dabei helfen, sich ruhiger zu fühlen, aber langfristig kann dies Ihre Gesundheit negativ beeinflussen.

Manche Menschen sind in der Lage, Ihre Rauchgewohnheiten von selbst zu ändern. Fragt man solche Menschen, was sie zur Änderung veranlasste, sagen sie oft, dass sie nur "darüber nachgedacht haben". Menschen machen oft Dinge als Resultat der Entschlüsse, die sie fassen. Sie evaluieren die Konsequenzen Ihrer Verhaltensveränderung (Abwägung von Pro/Contra) bevor Sie den entgültigen Entschluss zur Änderung fassen.

**Das ist exakt, was Sie tun können!**

Denken Sie an eine Gewichtungsskala, mit den Nachteilen auf der einen Seite und den Vorteilen auf der anderen Seite. Wenn Vor- und Nachteile ziemlich ausgeglichen sind, gibt es nichts, was Sie zu einer Änderung veranlasst. Wenn Sie Gewichte zu einer Seite der Skala hinzufügen, wird ein Ungleichgewicht entstehen. Um etwas zu ändern, müssen Sie die Waage kippen. Sie müssen Ihr Rauchverhalten persönlich so bewerten, dass das Negative am Rauchen das Positive überwiegt.

Dieser Prozeß wird Entscheidungsfindung genannt.

Wir machen es die ganze Zeit: das Abwägen der Pros und Kontras einer Veränderung. Zum Beispiel wägen Menschen die Pros und Kontras bei der Durchführung einer Veränderung in ihrem Job und ihren Beziehungen ab. Entscheidungen darüber, ob man mit dem Rauchen aufhört, sind genauso zu treffen, wie Entscheidungen in anderen Lebensbereichen.

### **NACHDENKEN ÜBER IHRE RAUCHVERHALTENSWEISEN**

Fragen Sie sich beim Nachdenken über Ihren Nikotinkonsum:

Was könnte ich verlieren oder gewinnen, wenn ich weiterhin rauche?

Welche Rolle spielt das Rauchen in meinem Leben?

Irgendwann haben Sie tatsächlich Vorteile aus Ihrem Nikotinkonsum und Rauchgewohnheiten gezogen – die Einsicht, dass Sie zu Freunden passen, die rauchen. – Wie auch immer, nachdem Sie das hier nun lesen, überdenken Sie gerade diese Vorteile und legen Ihr Hauptaugenmerk auf die Nachteile Ihres Rauchverhaltens.

## ENTSCHEIDUNG ZUR VERÄNDERUNG

Eine Methode, die Ihnen helfen kann, Ihre Gedanken hinsichtlich Rauchgewohnheiten und Nikotinabhängigkeit zu ordnen, ist die Auflistung aller Vor- und Nachteile von Rauchverhaltensweisen. Diese Übung soll Ihnen dabei helfen, darüber nachzudenken, welche Faktoren bei Ihrer Entscheidung zu einer Veränderung mitspielen. Vergessen Sie nicht, dass es sich um **Ihre Entscheidung** zur Veränderung handelt! Sie sind derjenige, der entscheiden muss, was es Ihnen bringt, die Waage zugunsten einer Veränderung zu kippen.

**Das Positive an Ihrem  
aktuellen Nikotinkonsum und  
Rauchverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Das Negative an Ihrem  
aktuellen Nikotinkonsum  
und Rauchverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Mein Plan: Änderung des Verhaltens**  
**- Schwierigkeiten und Hindernisse**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Ich will das folgende Verhalten ändern:**

---

---

Das sind mögliche Haken & Hindernisse, die meine Veränderung behindern könnten:

Wie kann ich mit diesen Haken und Hindernissen umgehen?



---

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich  
Zahngesundheit und Mundhygiene**

---

**- Forschungsmanual -**

**Entwickelt im Rahmen des Forschungsprojekts HELPS**

# Motivierende Gesprächsführung

adaptiert auf den Bereich Zahngesundheit und Mundhygiene

Dieses Manual basiert auf „Motivational Enhancement Therapy Manual“ (1995) von William Miller, Allen Zweben, Carlo DiClemente und Roberto Rychtarik. NIH Publikation Nr. 943723

## Kontakt:

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D - 89312 Günzburg

Tel.: 08221 / 962862  
Fax: 08221 / 9628160  
Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Weiterführende Informationen: <http://www.helps-net.eu/index.htm>

---

# **MG – Zahngesundheit und Mundhygiene**

---



**HANDBUCH**

## Vorwort

Motivierende Gesprächsführung (=MG) Zahngesundheit und Mundhygiene bedient sich eines systematischen Interventionszuganges, um Veränderungsprozesse herbeizuführen. Es basiert auf den Prinzipien der Motivationspsychologie und ist so konzipiert, dass für Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und -pflege schnelle und verinnerlichte motivationale Veränderungen hervorgerufen werden. Diese Form der Behandlung zielt auf Motivationsstrategien ab, die die individuellen Ressourcen für Veränderungsprozesse bei den Betroffenen aktivieren. Diese Therapie kann als eigenständige Intervention bzw. als vorgelagerte Behandlung bzw. aber auch als zusätzliche Option bei bereits laufenden Therapien angewendet werden.

Das Manual MG-Mundhygiene und Zahngesundheit wird mit der Idee veröffentlicht, Behandlungsabläufe und –zugänge, die im Rahmen des HELPS-Projektes entwickelt wurden, einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Forschungshandbuch ist für professionelle klinische Mitarbeiter zusammengefasst und wurde, basierend auf dem „Motivational Interviewing Style (MIS)“, für Menschen mit Problemen im Bereich Mundhygiene und Zahngesundheit konzipiert. Dieses Manual wurde im Rahmen des HELPS-Projektes aufgearbeitet, das Projekt finanziert sich durch Mittel der Europäischen Kommission (DG Sanco - Contract No 2006224).

MG-Zahngesundheit und Mundhygiene basiert auf einem klinischen Zugang, der besser unter dem Begriff „Motivierende Gesprächsführung“ (= *engl* „Motivational Interviewing“) bekannt ist (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991). Das vorliegende Dokument ist eine Adaptierung und Erweiterung des Projektes „MATCH MET Therapist Manual“. Weite Teile des Textes wurden adaptiert bzw. direkt vom ursprünglichen Manual übernommen. Neue illustrative Beispiele wurden angeführt, um die Interventionen im Bereich ungesunder Gewohnheiten hinsichtlich Mundhygiene und – pflege besser veranschaulichen zu können.

Das vorliegende Manual MG-Zahngesundheit und Mundhygiene wurde für die Durchführung von motivierender Gesprächsführung im stationären und ambulanten Bereich konzipiert, wobei dies aber auch in ambulanten Wohnbetreuungseinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angewendet werden kann. Bezüglich der Effektivität dieser Behandlungsmethode wird in dem vorliegenden Manual nicht Bezug genommen. Es wird jedoch festgehalten, dass die Prinzipien von MG im klinischen sowie auch im experimentellen Forschungsbereich gut belegt sind, die spezifische Effektivität und Validität des MG-Zahngesundheit und Mundhygiene, wie in diesem Manual beschrieben, bleibt noch offen.

Das Handbuch MG-Zahngesundheit und Mundhygiene beginnt mit einem Überblick über die Technik von Motivierender Gesprächsführung und mit einer Beschreibung der prinzipiellen Anforderungen bei der Anwendung dieser Methode. Danach werden spezifische Richtlinien zur Durchführung der verschiedenen MG-Einheiten beschrieben. Schließlich werden am Ende des Handbuches Empfehlungen gegeben, wie mit speziellen Problemstellungen, die während der Durchführung der Gesprächsführung auftreten können, umgegangen werden kann.

## Einleitung

### **Motivierende Gesprächsführung – Adaptierung für den Bereich Zahngesundheit und Mundhygiene**

Bei der motivierenden Gesprächsführung für den Bereich Veränderung schlechter Gewohnheiten betreffend Mundhygiene ist zu berücksichtigen, dass Verhaltensänderungen prinzipiell sowohl auf Modifizierungen als auch auf Beseitigung (z.B. schädlicher Getränke wie hochprozentigem Alkohol oder schädlichen Lebensmittel wie Zucker) und auf Neugestaltung sowie auf Enthaltung beruhen. Auch bleibt festzuhalten, dass es prinzipiell keine Fristen zu berücksichtigen gibt, sondern vielmehr konkrete Ziele bezüglich Verhaltensänderungen verfolgt werden sollen, wie z. B. zweimal täglich die Zähne zu putzen oder den Konsum schädlicher Nahrungsmittel zu reduzieren.

Veränderungen im Bereich Mundhygiene und – pflege müssen unter langfristigen, wenn nicht sogar lebenslänglichen Perspektiven gesehen werden, wenn diese auch effektiv Einfluss auf den Gesundheitszustand der Betroffenen (z. B. um Zahnfäule und Karies zu vermeiden) nehmen sollen. Folgerichtig kann die Ambivalenz der Betroffenen die zentrale Hürde für diese langfristigen Veränderungen darstellen.

Das Durchführen der motivierenden Gesprächsführung für diese spezielle Zielgruppe sollte darauf abzielen, dass die Betroffenen lernen mit ihren chronisch angeborenen Veranlagungen umzugehen bzw. auch Wege finden, mit denen diese subjektiv unüberwindbar scheinenden Hürden auch genommen werden können. Weiters bleibt zu berücksichtigen, dass die Reduktion bzw. sogar das gänzliche Weglassen von schädlichen Nahrungsmitteln (z.B. Süßigkeiten oder hochprozentigem Alkohol) oft mit Unlust- bzw. Verlustgefühlen einhergeht und somit auch mit ein Grund für den Abbruch einer Therapie sein kann. Folglich sollte eines der wichtigsten Ziele bei der Durchführung von motivierender Gesprächsführung ein Unterstützen in den positiven Aspekten eines Veränderungsprozesses sein (z. B. was wird gewonnen, was verloren).

### **Motivation für Veränderung**

Es werden nun in der Folge sechs Kernelemente beschrieben, die als aktiver Bestandteil dieses relativ kurzen Interventionsprogrammes zu betrachten sind, wobei auch im Rahmen von Untersuchungen diese Elemente als Marker für Veränderung bestätigt wurden:

- **Rücksprache** über individuelle Risiken bzw. Beeinträchtigungen
- Betonung der persönlichen **Verantwortung** für Veränderungen
- Eindeutige **Ratschläge** bezüglich Veränderung

- Eine Übersicht über alternative Veränderungsmöglichkeiten
- **Empathie** des Therapeuten
- Förderung von **Selbstwirksamkeit** bzw. Optimismus der PatientInnen

Diese therapeutischen Elemente sind auch in Übereinstimmung mit Ergebnissen eines breit angelegten Reviews über Veränderungsprozesse im Motivationsbereich (Miller, 1985; Miller & Rollnick, 1991).

## **Phasenmodell des Veränderungsprozesses**

Prochaska & DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986) haben ein transtheoretisches Modell beschrieben, wie Menschen ihr Verhalten, sowohl im Rahmen einer formellen Behandlung als auch ohne eine solche, ändern. In dieser transtheoretischen Perspektive bewegen sich Individuen im Rahmen eines Veränderungsprozesses durch verschiedene Phasen hindurch, in denen problematische Verhaltensweisen modifiziert werden. Dieses Konzept der unterschiedlichen Phasen ist wichtig um Veränderungsprozesse überhaupt zu verstehen. Jede dieser Phasen verlangt bestimmte Anforderungen und gewisse Fertigkeiten, um eine Veränderung auch wirklich zu erreichen. Sechs von einander abgrenzbare Phasen wurden im Rahmen dieses Modells identifiziert (Prochaska & Di Clemente, 1984, 1986).

Personen, die keine Absicht für Änderungen in problematischen Verhaltensweisen erkennen lassen, befinden sich laut Definition in einer **Absichtslosigkeitsphase** (*engl* „Precontemplation“). Die nächste Stufe, genannt **Vorbereitungsphase** (*engl* „Contemplation“), beschreibt einen Zeitraum, in dem die Personen sowohl die Existenz eines Problems zu erkennen beginnen als auch die Machbarkeit bzw. den Aufwand einer Veränderung in ihrem Verhalten in Erwägung ziehen. Im Rahmen des weiteren Veränderungsprozesses kommt die Person in die **Entscheidungsphase** (*engl* „Determination“), in der Beschlüsse für Aktivität und Veränderung gefasst werden. Ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Person beginnt ihr problematisches Verhalten zu modifizieren, befindet sich der Betroffene in der **Handlungsphase** (*engl* „Action“), die normalerweise etwa für 3-6 Monate anhält. In der Folge erreicht die Person die **Aufrechterhaltungsphase** (*engl* „Maintenance“). Falls der Veränderungsprozess misslingt, spricht man von einer **Rückfallsphase** (*engl* „Relapse“) und die Person kann mit einem neuen Zyklus beginnen.

Der ideale Weg ist also eine progressive direkte Veränderung von einer Phase in die nächste, bis zum Erreichen der *Aufrechterhaltungsphase*. Der Mehrzahl der Betroffenen mit spezifischen ungesunden Mundhygienegewohnheiten werden im Rahmen des Veränderungsprozesses immer wieder Rückfälle bzw. Fehler

unterlaufen, was auch mit einem nicht Erreichen der *Handlungs-* bzw. *Aufrechterhaltungsphase* einhergeht. Die gute Nachricht ist jedoch, dass die meisten Rückfälle erneut mit einem Beginn eines Zyklus einhergehen und die Personen erneut in die *Vorbereitungsphase* eintreten und einen erneuten Veränderungsprozess beginnen. Ein mehrfaches „durchwandern“ dieses Zyklus ist häufig zu beobachten, bevor Personen auch erfolgreich eine Veränderung durchhalten können.

Aus der Perspektive der verschiedenen Phasen bei Veränderungsprozessen heraus, bezieht sich der Zugang der Motivierenden Gesprächsführung vor allem auf die derzeitige Position im Rahmen der Veränderung und unterstützt die Person erfolgreich und nachhaltig durch die verschiedensten Phasen des Veränderungsprozesses hindurch. Für den MG-Therapeuten ist die *Vorbereitungs-* und *Entscheidungsphase* am kritischsten. Das Ziel sollte sein, den Patienten bei grundlegenden Überlegungen in zwei Bereichen zu unterstützen:

1. Vor welchem Zahngesundheitsproblem oder welcher mangelhaften Mundpflegepraxis stehen die Betroffenen und in welcher Weise affiziert es sie (sowohl positiv als auch negativ). Das Abwägen von Pro und Contra schlechter Mundhygienegewohnheiten ist essentiell, um von der *Vorbereitungs-* in die *Entscheidungsphase* überzugehen.
2. Der Patient in der *Vorbereitungsphase* wägt sowohl die prinzipielle Möglichkeit als auch die Vor- bzw. Nachteile einer Veränderung der schlechten Zahngesundheit und Mundhygienegewohnheiten ab. Die Patienten überlegen, ob sie selbst für eine Veränderung fähig sind und in welcher Form solche Veränderungen ihr Leben beeinflussen werden.

In der *Entscheidungsphase* entwickeln die Patienten eine starke Grundhaltung, um in eine Aktivität übergehen zu können. Diese Haltung wird auch durch Erfahrungen aus der Vergangenheit bei verschiedenen Veränderungsversuchen beeinflusst. Personen, die es in der Vergangenheit in mehreren Versuchen nicht geschafft haben ihre und mangelhafte Mundpflegepraxis zu verändern, benötigen vermehrte Unterstützung, um erneut einen Beschluss zu fassen, um so einen neuen Veränderungszyklus beginnen zu können.

Das Verstehen eines Veränderungszyklusses kann dem MG-Therapeuten helfen Empathie zum Patienten aufzubauen und gilt auch als richtungsweisend für das adäquate Vorbereiten von Interventionsstrategien. Es bleibt festzuhalten, dass Personen zwar immer ihren eigenen individuellen ausgeprägten Zyklus von Veränderung durchschreiten, jedoch das Prinzip des Zyklus an sich ist bei allen dennoch gleich. Die Geschwindigkeit und die Effizienz mit der ein solcher Zyklus durchschritten wird variiert von Person zu Person. Das Ziel ist es, den Betroffenen

im Durchschreiten der verschiedenen Phasen zu unterstützen und dies so effektiv und schnell wie möglich zu gestalten.

Die Technik von MG ist in den Theorien und der Forschung über motivationale Veränderungsprozesse gut eingebettet. Die Technik berücksichtigt ein breites Verständnis über die verschiedenen Phasen und Prozesse bei Veränderungen schlechter Mundhygienegewohnheiten. MG basiert auf motivationalen Prinzipien, die sowohl aus experimentellen als auch aus klinischen Forschungsbereichen abgeleitet wurden. Der motivationale Zugang ist durch klinische Studien gut untermauert: die Effektivität ist mit Ergebnissen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vergleichbar und in Anbetracht der Kosteneffektivität schneidet der Behandlungszugang von MG im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten nicht schlechter ab (Holder et al., 1991).

## **Klinische Überlegungen**

### **Rationale und grundlegende Prinzipien**

Der Zugang von MG beginnt mit der Überlegung, dass die Verantwortung und die Möglichkeiten für eine Veränderung beim Patienten selbst liegen. Das Ziel des Therapeuten ist es ein Setting zu gestalten, welches den Patienten unterstützt, seine eigene Motivation und seine eigenen Veränderungsmöglichkeiten herauszufinden. Anstatt die Therapiesitzung selbst als primären Ort für Veränderung anzusehen, versucht der Therapeut die inneren Ressourcen des Patienten zu mobilisieren. MG zielt darauf ab, die intrinsische Motivation für Veränderungen zu aktivieren, was dazu führen soll, dass der Patient Veränderung initiiert, in diesen verbleibt und daraus resultierend vermehrt Anstrengungen unternimmt, das Verhalten zu verändern. Miller & Rollnick (1991) haben fünf grundlegende motivationale Prinzipien für einen solchen Zugang beschrieben:

- Empathischer Beratungsstil
- Entwicklung von Gegensätzen
- Vermeidung von Beweisführungen
- Umgang mit Widerstand
- Unterstützung der Selbstwirksamkeit

### **Empathischer Beratungsstil**

Der MG-Therapeut versucht in der Kommunikation großen Respekt gegenüber dem Patienten zu vermitteln. Kommunikationsstile die eine Über- bzw. Unterlegenheit in der Beziehung darstellen, sollten vermieden werden. Die Rolle des Therapeuten ist eine Mischung aus unterstützendem Begleiter und wissendem Berater. Die Freiheit des Patienten bei der Wahl und Richtung eines

Prozesses wird respektiert. Es bleibt festzuhalten, dass unter diesem Aspekt nur der Patient entscheiden kann, welche Veränderungen in der Folge durchgeführt werden können. Der Therapeut versucht vielmehr zusätzliche Wege aufzuzeigen als Wege abzuwerten und versucht Neues aufzubauen als Altes nieder zu reißen. In der Arbeit mit MG ist das Zuhören bei weitem wichtiger als das Belehren. Die Überzeugungsarbeit ist behutsam, subtil und immer mit dem Wissen, dass Veränderungsprozesse alleine vom Patienten ausgehen können. Die Kraft dieser behutsamen, nicht aggressiven Überzeugungsarbeit ist in vielen klinischen Arbeiten anerkannt worden. Das aktive Zuhören, Reflektieren und Spiegeln von Inhalten ist eine Schlüsselfähigkeit im Rahmen von MG. Es kommuniziert eine grundlegende Akzeptanz des Patienten und betont auch die Unterstützung im Veränderungsprozess.

### **Entwicklung von Gegensätzen**

Motivation für Veränderung entsteht, wenn Personen sich des Gegensatzes zwischen der Situation, in der sie sich befinden und dem Zustand, in dem sie eigentlich gerne sein wollen, bewusst werden. Der MG-Zugang fokussiert auf das Wahrnehmen von solchen Gegensätzen, in diesem Fall mit dem Fokus auf schlechte Mundhygiene, gesundes Zahnfleisch und Zähne. In manchen Fällen (z.B. bei Personen in der *Absichtslosigkeitsphase* im Prochaska & DiClementes Modell) scheint es notwendig solche Gegensätze überhaupt erst einmal zu entwickeln, in dem man die Aufmerksamkeit des Patienten auf verschiedene persönliche Folgeerscheinungen des schlechten Zahnfleisches oder Zähne und der nicht genügenden Mundpflegepraxis richtet. Solche sorgfältig aufgearbeiteten Informationen können eine Krise im Rahmen des Motivationsveränderungsprozesses hervorrufen. Daraus entwickelt sich manchmal eine verstärkte Diskussion bei den Betroffenen über verschiedenste Veränderungsmöglichkeiten, mit dem Hintergedanken, die plötzlich realisierten Diskrepanzen zu reduzieren und so bald wieder in ein emotionales Gleichgewicht kommen zu können. In anderen Fällen betritt der Patient das Behandlungsprocedere in einer späteren Phase (z.B. *Vorbereitungsphase*) und es werden weniger Zeit und Erfordernisse nötig sein, um zu dem Punkt zu gelangen, an dem der Patient sich für Veränderungen entschließt.

### **Vermeidung von Beweisführungen**

Falls schlecht angewendet, kann die Ambivalenz und das Bewusstwerden von Gegensätzen in einer defensiven Copingstrategie enden und auf diesem Weg das Unbehagen des Patienten reduzieren, wobei jedoch keine Veränderung der mangelhaften Mundpflegepraxis und der daraus resultierenden Risiken einhergeht. Ein unrealistischer „Angriff“ (aus der Perspektive des Patienten) auf Gewohnheiten der Mundhygiene führt zumeist zu einer defensiven Haltung und zu Widerstand und impliziert subjektiv auch, dass der Therapeut die Situation nicht richtig versteht. Der MG-Stil vermeidet explizit Argumentationen und

Schlussfolgerungen, die zum Auftreten von Widerstand führen könnten. Der Therapeut versucht nicht mit der Kraft von Argumenten zu beweisen oder zu überzeugen. Stattdessen verwendet der Therapeut andere Strategien, die den Patienten unterstützen, die Folgen seiner ungesunden Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene adäquat zu beobachten und beginnt die subjektiv positiven Aspekte der ungesunden Verhaltensweisen in diesem Bereich abzubauen. Wenn MG sorgfältig durchgeführt wird, ist es der Patient und nicht der Therapeut, der beginnt Argumente für Veränderung hervorzubringen (Miller & Rollnick, 1991).

### **Umgang mit Widerstand**

Der Umgang des Therapeuten mit dem Widerstand des Patienten ist ein essentieller und definierender Aspekt im Rahmen von MG. Die Strategie im Rahmen von MG ist nicht dem Widerstand frontal zu begegnen, sondern den Widerstand mit dem Ziel zu verwenden, dass die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Veränderungsprozess gelegt wird. Es werden dem Patienten neue Möglichkeiten präsentiert über Probleme nachzudenken, jedoch nicht verlangt. Ambivalenz wird als normal und nicht als pathologisch angesehen und weitsichtig exploriert. Die Lösungen werden normalerweise vom Patienten erarbeitet und nicht vom Therapeuten vorgegeben. Dieser Umgang mit dem Widerstand des Patienten wird in der Folge noch detaillierter beschrieben werden.

### **Unterstützung der Selbstwirksamkeit**

Eine Person, die davon überzeugt ist, dass sie ein grundlegendes Problem hat, wird nicht beginnen sich zu verändern bis zu dem Zeitpunkt, wo auch Hoffnung für Erfolg zu bestehen scheint. Pandura (1982) hat diese Selbstwirksamkeit als kritischen Faktor in der Veränderung von Verhalten beschrieben. Selbstwirksamkeit ist, im Wesentlichen, der Glaube, dass jemand ein bestimmtes Verhaltensmuster bzw. bestimmte Fertigkeiten erlernen kann. In diesem Fall muss der Patient davon überzeugt sein, dass es für ihn möglich ist, ungesunde Gewohnheiten im Bereich Mundpflege zu verändern und somit auch resultierende Probleme vermindert werden. Im Alltag könnte man dies Hoffnung oder Optimismus nennen, wobei hier nicht die optimistische Zugangsweise der essentielle Punkt ist. Vielmehr ist es der spezifische Glauben des Patienten, dass er selbst die schlechten Angewohnheiten in Bezug auf Mundhygiene ändern kann. Bis zu dem Punkt, an dem dieses Element nicht vorhanden ist, kann das Wahrnehmen eines Gegensatzes in einer defensiven Copingstrategie (z. B. Rationalisierung, Verneinung) münden und so zur Reduktion des subjektiven Unbehagens führen ohne jedoch, dass daraus jegliche Veränderung des Verhaltens resultiert. Dies ist ein natürlicher und verständlicher selbstschützender Prozess. Wenn jemand überhaupt wenig Hoffnung hat bestehende Probleme verändern zu können, gibt es auch wenige Gründe sich diesem Problem wirklich zu stellen.

MG betont die Wahlmöglichkeit des Patienten bezüglich zukünftiger Strategien für Mundhygiene und -pflege. Der Zugang von MG sieht die Ambivalenz als normale Phase im Rahmen einer Veränderung, daraus resultierend entgegnet der MG-Therapeut dem Widerstand vielmehr mit Reflexion und Spiegelung als mit Argumentation und unterstützt das Potential des Patienten für Veränderung (Selbstwirksamkeit). Der MG-Therapeut erzeugt Motivation und löst beim Patienten Ideen aus, wie Veränderungen ausschauen könnten.

Während Fertigkeitstrainings eine Bereitschaft für Veränderung zum Teil bereits voraussetzen, fokussiert MG explizit auf die Motivation selbst als Schlüsselfaktor beim Triggern von anhaltender Veränderung (Miller & Rollnick, 1991). Fehlen Motivation und Einsatz, scheint ein Fertigkeitstraining verfrüht. Sobald es zu einer Veränderung der Motivationslage kommt, werden die Ressourcen des Betroffenen diesbezüglich genügen. Für einige Betroffene scheint der Zugang im Rahmen des Fertigkeitstrainings wenig effizient, weil es den Fokus vom Schlüsselement der Veränderung verschiebt: einem klaren und beständigen Entschluss für Veränderung (Miller & Brown, 1991). Wie auch immer, MG ist prinzipiell nicht inkompatibel mit Fertigkeitstrainingsprogrammen.

## **Strategien in der Praxis**

### **Phase I – Aufbau von Motivation für Veränderung**

Beratungen für den Bereich Motivation können in zwei grundlegende Phasen unterteilt werden:

1. Aufbau von Motivation für Veränderung
2. Bestärkung im Entschluss für Veränderung (Miller & Rollnick, 1991)

In der frühen Phase fokussiert MG auf die Entwicklung der Patientenmotivation, um eine Veränderung der Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und -pflege hervorzurufen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft für solch eine Veränderung. Manche werden mit einem bereits fest gefassten Entschluss für Veränderung zur Behandlung kommen, wobei auch hier in der Folge die Ernsthaftigkeit dieser Überzeugung exploriert werden sollte, und auch begonnen werden sollte, diesen Entschluss im Rahmen der Therapie zu konsolidieren. Andere wiederum werden eher abgeneigt bis feindlich am Beginn der Therapie erscheinen. Im Extremfall müssen Personen, die sich in der *Absichtslosigkeitsphase* befinden, von Familienangehörigen oder rechtlichen Vertretern in die Behandlung gezwungen werden. Nichts desto trotz werden die meisten Patienten der Erfahrung nach in der *Vorbereitungsphase* in den Behandlungsprozess einsteigen. Sie werden meistens bereits mit

Veränderungsprozessen begonnen haben, werden aber noch eine weitere Bestärkung im Bereich der Veränderungsmotivation benötigen.

Dieser Prozess kann als ein „Anstoßen der Entscheidungsbalance“ angesehen werden (Janis & Mann, 1977; Miller, 1989). Die eine Seite bevorzugt den Status Quo (z.B. Fortführen der mangelhaften Mundpflegepraxis wie zuvor), wohingegen die andere eine Veränderung bevorzugt. Der erstere Aspekt im Entscheidungsprozess wird durch augenscheinlich positive Seiten der mangelhaften Mundpflegepraxis und von Ängsten bezüglich der Folgen einer Veränderung beeinflusst. Andererseits gibt es auch positive Aspekte bei Veränderung des Mundhygienestils und Ängste vor Konsequenzen, falls keine Veränderung gelingt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dieses „Gleichgewicht“ in Richtung einer Veränderung zu bewegen. Acht dafür mögliche anwendbare Strategien werden nun im Detail besprochen (Miller & Rollnick, 1991):

### **Strategie 1: Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation**

Die positive Seite hier ist, dass der MG-Therapeut versucht, gewisse Formen von Aussagen beim Patienten hervorzurufen, die im Rahmen des hier präsentierten Konzeptes als Aussagen zur Eigenmotivation betrachtet werden können. Diese Aussagen beinhalten:

- Das Offensein für Informationen über schlechte Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und –praxis und deren Effekte.
- Bestätigen von reellen bzw. potentiellen Problemen, die mit ungesunden Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und ungenügender Mundpflege in Beziehung stehen.
- Der Ausdruck eines Wunsches, der Notwendigkeit oder der Bereitschaft für Veränderung.
- Ausdruck von Optimismus über die Möglichkeit einer Veränderung.

Es gibt mehrere Wege, solche Aussagen bei Patienten auszulösen. Die eine Möglichkeit wäre es, den Patienten direkt mit einer offen gestellten Frage darauf anzusprechen.

Anbei einige Beispiele:

Ich gehe davon aus, dass Sie nun hier sind, da Sie einige Bedenken bzw. Schwierigkeiten im Bezug auf Ihre Mundhygiene, Zahngesundheit oder -pflege haben. Erzählen Sie mir mehr darüber. Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihre Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und Zahnpflege. Was ist das Positive an diesem Ihrem Verhalten in Bezug auf Mundhygiene und Zahngesundheit? Was ist die negative Seite? Was sind Ihre Befürchtungen bezüglich Ihrer Angewohnheiten? Sagen Sie mir, was Ihnen hinsichtlich Ihrer Mundhygiene oder ähnlichen Problemen aufgefallen ist, wie haben sich diese im Laufe der Zeit

verändert? Was sind die Punkte, über die Sie sich den Kopf zerbrechen, was glauben Sie könnten Ihre Probleme sein, oder was könnte zu einem Problem werden? Was haben Ihnen andere Leute über Ihre Mundhygiene gesagt? Worüber sind andere Menschen diesbezüglich beunruhigt? Was veranlasst Sie zu glauben, dass Sie Ihr Verhalten im Bereich Mundhygiene ändern sollten?

Sobald der Veränderungsprozess sich zu entwickeln beginnt, sollte darauf fokussiert werden, den Prozess laufen zu lassen, vor allem mittels aktivem Zuhören bzw. Spiegeln der Inhalte (siehe unten), in dem man nach Beispielen fragt oder zum Beispiel fragt: „Was gibt es noch?“. Falls es jedoch zum Stocken des Prozesses kommt, kann man auf generelle Bereiche zurückgreifen: Anbei Bereiche, die berücksichtigt werden sollten:

- Nimmt die Fürsorge des Patienten für Mundhygiene ab?
- Hat die schlechte Pflege zu Problemen mit dem Zahnfleisch und den Zähnen und zu Munderkrankungen geführt?
- Hat die mangelhafte Pflege zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld geführt?
- Welche Auswirkungen haben die schlechten Gewohnheiten im Bereich Mundpflege auf die Familie des Patienten?
- Wie wirken sich die schlechten Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene auf die Beziehung des Patienten zu Angehörigen und Freunden aus?
- Wie wirken sich die mangelhafte Mundhygiene und deren Folgen auf die Selbstachtung des Patienten aus?
- Wie wirken sich die schlechte Angewohnheiten im Bereich Mundhygiene auf die körperliche Attraktivität, den Sexualtrieb und die sexuellen Beziehungen des Patienten aus?
- Wie wirken sich die schlechten Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene und deren Folgen auf den Arbeitsplatz und das Arbeitsverhältnis des Patienten aus?

### **Strategie 2: Zuhören mit Empathie**

Die hier gerade dargestellten Strategien können initial Aussagen hervorrufen, es ist jedoch auch entscheidend, wie der Therapeut auf diese Aussagen des Patienten reagiert. Die Fähigkeit des Therapeuten für sorgsame Empathie (aktives Zuhören, reflektieren, verstehen) ist die optimale Antwort im Rahmen des MG-Strategiekonzeptes.

Im Allgemeinverständnis ist Empathie definiert als ein „fühlen mit“ einer Person oder eine Form von sofortigem Verständnis für das Gegenüber, aufgrund einer ähnlichen Erfahrung. Carl Rogers führte einen neuen technischen Begriff für den Begriff Empathie ein, in dem er damit eine besondere Fähigkeit und Art des

„aktiven Zuhörens“ beschrieb (Rogers, 1957, 1959). In diesem Sinne hört der Therapeut dem Patienten sorgfältig zu und reflektiert/spiegelt es dem Patienten oft in einer leicht modifizierten Art und Weise. Die Bestätigung von Gefühlen, die seitens des Patienten ausgedrückt oder impliziert werden, kann ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Art zu antworten birgt einige Vorteile:

- Es ist relativ unwahrscheinlich beim Patienten einen Widerstand hervorzurufen;
- Es unterstützt den Patienten weiterhin über dieses Thema zu sprechen bzw. es auch weiterhin zu bearbeiten;
- Es kommuniziert Respekt und Fürsorglichkeit und stärkt ein therapeutisches Arbeitsverhältnis;
- Es verdeutlicht für den Therapeuten noch einmal exakt das, was der Patient genau gemeint hat;
- Es kann auch zur Bestärkung von hervorgebrachten Ideen des Patienten verwendet werden.

Der letzte Punkt scheint besonders wichtig. Man kann selektiv gewisse Teile der Aussage des Patienten verstärken, andere wiederum können übergangen werden. In diesem Sinne hören dann Patienten Aussagen nicht nur im Rahmen einer selbst getätigten Aussage zur Eigenmotivation, sondern hören auch von dem Therapeuten, dass sie dies gesagt haben. Weiters bringt dieser Antwortstil mit sich, dass der Patient über getätigte Aussagen zu reflektieren beginnt.

Optimales aktives Zuhören verzichtet auf Ratschläge, Abmachungen, Meinungsverschiedenheiten, Suggestionen, Belehrungen, Warnungen und Fragestellungen, zu Gunsten einer Fortführung der Exploration im Sinne des Patienten. Es mag vorteilhaft sein, diese reflektive Zugangsweise anderen therapeutischen Antwortmöglichkeiten entgegenzustellen:

- **Patient:** Ich vernachlässige das Zähneputzen und meine Mundhygiene. Ich habe Mundgeruch und ein wenig Karies. Aber ich glaube nicht, ein wirkliches Problem mit meinem Zahnfleisch und meinen Zähnen zu haben, und ich habe keine Erkrankungen des Mundes oder der Zähne.
- **Konfrontation:** Oh ja, Sie sind es! Wie können Sie da sitzen und mir sagen, dass Sie kein Problem haben, wenn.....?
- **Frage:** Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?
- **Reflexion:** Auf der einen Seite sehen Sie manche Gründe für Bedenken, Sie sprechen über Ihren Mundgeruch und Karies, und andererseits möchten Sie auf keinen Fall als jemand bezeichnet werden, „der Probleme hat“.

Diese Art von aktivem Zuhören sollte im Rahmen von MG angewendet werden. Es sollte nicht angewendet werden, um andere Antworten auszuschließen, aber es sollte der vorwiegende Stil im Rahmen einer Antwort auf Aussagen des Patienten darstellen. Wie in den folgenden Absätzen beschrieben, verwendet der MG-Therapeut auch eine Vielzahl von anderen Strategien.

Schließlich sollte auch an dieser Stelle angemerkt werden, dass selektive Reflexion fehlschlagen kann. Für einen Patienten der ambivalent zu sein scheint, kann einerseits Reflexion über Schwierigkeiten („Sie sehen, dass Ihre mangelhafte Mundhygiene auch körperliche Probleme hervorrufen kann“) auch gegenteilige Aspekte in den Vordergrund bringen („Gut, ich glaube ich habe kein wirkliches Problem, ich habe keine Erkrankung im Mundbereich“). Wenn dies passiert, sollte der Therapeut versuchen, die Ambivalenz zu reflektieren bzw. zu spiegeln. Dies wird am besten mit zweiseitiger Spiegelung durchgeführt, welche die vorhandenen Gegensätze des Patienten beinhaltet. Die beiden gegenseitigen Pole dieser Diskrepanz können am besten mit Worten wie „aber“ oder „und“, verbunden werden, wobei wir Letzteres bevorzugen um Ambivalenz gut darzustellen:

#### *Zweiseitige Spiegelung*

Sie glauben nicht, dass Ihre mangelhafte Mundhygiene Ihre Gesundheit im Moment wirklich gefährdet und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt, dass sich Ihre mangelhafte Mundhygiene auf Ihr soziales Umfeld auswirken könnte, z.B. durch Mundgeruch, und später auch auf Ihre physische Gesundheit, z.B. durch Zahnfäule/Karies und Zahnausfall.

#### **Strategie 3: Fragen**

Der MG-Stil beinhaltet auch gezielte Fragestellungen als eine wichtige Antwortmöglichkeit des Therapeuten. Man sagt dem Patienten nicht, wie er sich fühlen sollte oder was er tun sollte, vielmehr fragt der Therapeut den Patienten über seine eigenen Gefühle, Ideen, Befürchtungen und Pläne. Antworten der Betroffenen werden mit empathischer Reflektion, Bestätigung und Neuausrichtung beantwortet.

#### **Strategie 4: Das Präsentieren von persönlichem Feedback**

Die erste Einheit im Rahmen der MG Therapie sollte auch ein Feedback für den Patienten beinhalten, welches Bezug auf die diagnostische Abklärung vor der Behandlung nimmt. Dies sollte in einer strukturierten Art und Weise durchgeführt werden, in dem man den Patienten auch schriftliche Unterlagen mit Ergebnissen mitgibt (Arbeitsblatt – „Wie ist Ihr Stil bei der Mundhygiene?“), und diese mit Referenzdaten verglichen werden. Um diese Phase zu beginnen, sollte dem Patienten das Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Stil bei der Mundhygiene?“ übergeben

werden, eine Kopie sollte als Referenz in den eigenen Unterlagen verbleiben und eine in die Krankenakte abgelegt werden. Das Arbeitsblatt sollte Schritt für Schritt durchgearbeitet werden, wobei jeder Unterpunkt erklärt werden sollte, vor allem im Bezug auf die Bewertung des Patienten, die mit den vorhandenen Referenzwerten verglichen werden sollten. Ein sehr wichtiger Teil im Rahmen dieses Prozesses ist die Beobachtung des Betroffenen sowie die Art und Weise der Beantwortung im Rahmen des Feedbacks. Beobachten Sie den Patienten während Sie persönliche Rückmeldungen geben. Lassen Sie dem Patienten auch genügend Zeit verbal antworten zu können. Verwenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens, um eventuelle Aussagen zur Eigenmotivation, die im Rahmen dieser Einheit auftreten, verstärken zu können. Antworten sie auch reflektiert bei Aussagen, die mit Widerstand in Bezug gesetzt werden können, vielleicht mit dem Hintergrund, diese in eine zweiseitige Spiegelung einbetten zu können.

### **Strategie 5: Bestärken des Patienten**

Sie sollten auch nach Möglichkeiten suchen den Patienten zu bestätigen, zu loben und aufrichtig bestärken zu können. Solche Bestätigungen können sich in verschiedenen Arten und Weisen positiv auswirken, z. B.:

- Verstärkung der Arbeitsbeziehung
- Aufwertung von Selbstverantwortlichkeit und Empowerment
- Verstärkung von Aussagen im Bezug auf Bemühung und Selbstmotivation
- Stützen des Selbstvertrauens

Beispiele:

- Ich schätze es sehr, dass Sie an dieser Feedbackrunde teilnehmen, das muss sehr hart sein für Sie.
- Ich glaube es ist toll, dass Sie erkennen, dass es hier Risiken gibt und dass Sie etwas unternehmen wollen bevor es noch ernster wird.
- Sie haben wirklich ein paar sehr gute Ideen, wie eine Veränderung vollzogen werden könnte.
- Sie haben heute wirklich einen sehr großen Schritt getan und ich respektiere Sie wirklich dafür.

### **Strategie 6: Umgang mit Widerstand**

Das Thema „Widerstand bei Patienten“ ist ein legitimes Anliegen. Ein nicht umsetzen können von Instruktionen des Therapeuten und das Auftreten von Widerstand bei Behandlungseinheiten (z. B. argumentieren, unterbrechen, nicht wahrhaben wollen eines Problems) sind Aspekte, die eine schlechte Prognose für den Behandlungsausgang darstellen.

Was ist Widerstand? Hier werden in der Folge Verhaltensweisen des Patienten aufgelistet, die mit einem schlechten Behandlungsausgang korrelieren könnten:

**Unterbrechen:** Das Unterbrechen bzw. das gleichzeitig Reden/ ins Wort fallen mit/über den Therapeuten.

**Argumentieren:** Den Therapeuten herausfordern, das Abwerten der Sichtweise des Therapeuten, widersprechen, Feindseligkeit.

**Ablenkung:** Das Wechseln des Themas, nicht antworten, fehlende Aufmerksamkeit.

**Defensivität:** Das Herunterspielen bzw. nicht wahr haben wollen eines Problems, das Entschuldigen bezüglich der eigenen Verhaltensweise, Schuldzuweisungen, Ablehnung der Meinung des Therapeuten, keine Bereitschaft für Veränderung, angebliches Fehlen von negativen Konsequenzen, Pessimismus.

Ein wichtiges Ziel im Rahmen des MG-Zuganges ist ein Auftreten von Widerstand beim Patienten zu vermeiden (antimotivationale Aussagen). Wie man selbst auf Verhaltensweisen reagiert, die auf Widerstand hinweisen, ist eines der Schlüsselemente im Rahmen einer MG-Therapie.

Die erste Regel ist dem Widerstand niemals frontal zu begegnen. Manche Reaktionen bzw. Antworten des Therapeuten ziehen unweigerlich mit sich, dass es zu einer Verstärkung des Widerstandes kommt, und führt dazu, dass der Patient sich eingeengt fühlt und führt eventuell zu weiteren antimotivationalen Aussagen.

Anbei Beispiele für solche Antworten von Therapeuten:

- argumentieren, widersprechen, herausfordern
- werten, kritisieren, Schuldzuweisungen
- warnen vor negativen Konsequenzen
- Versuch mit Logik bzw. Evidenz zu überzeugen
- interpretieren oder analysieren von Gründen für den Widerstand
- Konfrontation mittels Autorität
- Sarkasmus oder Ungläubigkeit

Sogar das direkte Fragen nach Gründen, warum der Patient sich in den Widerstand begeben (z. B. warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?) führt bei dem Patienten zu weiteren defensiven und antimotivationalen Positionen und führt den Therapeuten selbst auch in eine logische Position der Gegenargumentation. Wenn man sich selbst in der Position befindet, dass man beginnt, mit dem Patienten über ein Problem und die Notwendigkeit einer Veränderung zu diskutieren, dann ist es Zeit für einen Strategiewechsel.

Es sollte immer wieder berücksichtigt werden, dass der Fokus darauf liegt, dass der Patient selbst motivationsfördernde Aussagen tätigt (z. B. „ich habe ein Problem“, „ich muss etwas dagegen tun“) und wenn man selbst beginnt diese Positionen zu verteidigen, sich genau das Gegenteil beim Patienten einstellen kann. Hier Beispiele für etwaige Strategiemöglichkeiten um Widerstand zu verlagern:

- *Einfache Spiegelung*: eine Strategie ist es einfach das zu spiegeln, was der Patient sagt. Dies hat manchmal den Effekt, dass genau das Gegenteil hervorgerufen wird und es zu einem Gleichgewicht des Zustandsbildes kommt.
- *Spiegelung mit Amplifikation*: eine Steigerungsstufe ist es zu spiegeln, aber die Aussagen des Patienten zu amplifizieren bzw. zu überhöhen, bis zu dem Punkt, wo der Patient sie abstreitet. Dies ist jedoch eine Gradwanderung, weil eine Übertreibung auch Feindseligkeit hervorrufen kann.
- *Die zweiseitige Spiegelung*: Die zweiseitige Spiegelung ist eine andere Möglichkeit mit Widerstand umzugehen, wenn der Patient eine Aussage tätigt, die mit Widerstand in Zusammenhang steht. Man spiegelt diese mit Gegenargumenten, die auf Patientenaussagen aus vorhergehenden Therapieeinheiten beruhen.
- *Das Verrücken des Fokus*: Eine andere Strategie den Widerstand abzubauen ist die Aufmerksamkeit vom problematischen Themenfeld wegzulenken.

*Patient*: Ich kann aber einfach nicht aufhören, Kuchen und Kekse zu essen. Und ich kann mir nicht immer die Zähne putzen, nachdem ich Süßigkeiten gegessen habe, das ist unmöglich in meinem Job! Und im Übrigen werde ich nicht damit aufhören, Süßigkeiten zu essen. Ich brauche das!

*Therapeut*: Sie preschen vor. Ich spreche hier nicht darüber aufzuhören, und ich glaube nicht, dass Sie sich auf diesen Punkt versteifen sollten. Bleiben wir doch einfach bei den Sachen, die wir hier gerade tun – wir erarbeiten Ihr Feedback – und später können wir über etwaige Möglichkeiten, was Sie nun mit den Informationen machen wollen, sprechen.

- *Umlenken von Widerstand (Widerstand annehmen)*: Widerstand kann auch insofern begegnet werden, indem man versucht diesen umzulenken (anzunehmen) anstatt entgegen zu treten. Dies beinhaltet ein paradoxes Element, welches dem Patienten oft wieder in eine balancierte bzw. auch entgegengesetzte Perspektive bringt. Diese Strategie kann besonders bei Patienten hilfreich sein, die eine hohes opportunistisches Auftreten haben und die jegliche Idee oder Suggestion verwerfen.

### **Strategie 7: Perspektivenwechsel / Neuausrichtung**

Perspektivenwechsel/Neuausrichtung (*engl.* „Reframing“) ist eine Strategie, bei der der Therapeut den Patienten einlädt, seine Überzeugungen in einem „neuen Licht“ oder in reorganisierter Form zu sehen. Was bisher gesagt wurde, erhält nunmehr eine neue Bedeutung.

Wenn zum Beispiel ein Patient ein Feedback erhält, das seine Probleme bestätigt, kann dies bedeuten: „Ich weiß es besser als du“ und in der Therapie neu bewertet werden: „Ich Sorge mich um dich, du bist mir wichtig“.

Ein Perspektivenwechsel kann dem Patienten helfen, sich zu motivieren und so mit den ungesunden Mundhygienegewohnheiten umzugehen. Indem man bestehende Probleme in einen eher positiveren oder optimistischeren Rahmen setzt, kommuniziert der MG Therapeut, dass dieses Problem lösbar und veränderbar ist. Beim Entwickeln von Perspektiven ist es wichtig die Sichtweise, die Wörter und Überzeugungen des Patienten zu verwenden.

Die prinzipielle Idee beim Perspektivenwechsel/Neuausrichtung ist, die problematische Verhaltensweise in ein positiveres Licht zu stellen, was an sich selbst wieder einen paradoxen Effekt mit sich ziehen kann (Verfestigung des Symptoms), aber dies sollte in einer Art und Weise durchgeführt werden, dass die Person in der Folge aktiv wird und das Problem zu verändern beginnt.

### **Strategie 8: Zusammenfassung**

Es ist sehr hilfreich, während einer Sitzung immer wieder zusammenzufassen, vor allem auch, wenn es gegen Ende einer Einheit zugeht. Dies führt mit sich, dass es zu einem größeren Umfang zu Reflexionen über Aussagen des Patienten kommt. Es ist besonders hilfreich vor allem motivationsfördernde Aussagen des Patienten zu wiederholen und zusammenzufassen. Elemente, die auf Abneigung bzw. Widerstand hinweisen, können im Rahmen der Zusammenfassung im Sinne einer Prävention von ablehnenden Reaktionen seitens der Betroffenen inkludiert werden. So eine Zusammenfassung dient dazu, dass es dem Patienten möglich ist, seine eigenen motivationsfördernden Aussagen ein drittes Mal zu hören, nach den anfänglichen Aussagen, und der darauf durchgeführten Spiegelung. Während einer gesamten Einheit können kurze Zusammenfassungen über „Fortschritte“ gegeben werden. Hier in der Folge ein Beispiel, wie dem Patienten am Ende einer ersten Einheit eine solche Zusammenfassung offeriert werden könnte:

„Lassen Sie mich versuchen, all das was wir heute gesagt haben zusammenzufassen und sagen Sie mir, ob ich irgendetwas Wichtiges vergessen habe. Ich habe damit begonnen, Sie über Ihre Mundhygiene/Zahngesundheit und

Ihre Pflegegewohnheiten zu befragen und Sie haben mir einige Sachen erzählt. Sie haben mir gesagt, dass der Konsum von Süßigkeiten schnell angestiegen ist und Sie haben festgestellt, dass die Süßigkeiten Ihre Zähne durch Karies zerstören. Darüber hinaus sind Sie besorgt, weitere physische Probleme zu bekommen, wie Zahnfleischerkrankungen inklusive Konsequenzen bis hin zum Zahnverlust. Sie haben somatische Symptome beschrieben und sind besorgt, wie dies alles Ihre körperliche Attraktivität und körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Im Rahmen des Feedbacks waren Sie erstaunt zu hören, dass Ihre Mundpflege im Vergleich zu anderen Personen in dieser Einrichtung schlechter ist. Sie haben bereits Zeichen entdeckt, dass die mangelhafte Mundpflege auch beginnt körperlich Schäden anzurichten. Ich schätze Ihre Offenheit diesbezüglich im Rahmen des Feedbacks und ich sehe welche reellen Bedenken Sie bezüglich Ihrer mangelhaften Gewohnheiten bei der Mundhygiene/pflege haben. Ist das eine gute Zusammenfassung? Habe ich etwas vergessen?“

## **Phase II – Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung**

### **Das Erkennen der Bereitschaft für Veränderung**

Die oben angeführten Strategien sind darauf ausgerichtet, Motivation aufzubauen und den Entscheidungsprozess des Patienten in Richtung einer Veränderung anzustoßen. Ein zweiter großer Prozess im Rahmen von MG ist die Überzeugung für Veränderung beim Patienten zu festigen, ab jenem Zeitpunkt ab dem genügend Motivation vorhanden ist (Miller & Rollnick, 1991).

Der richtige Zeitpunkt ist ein Schlüsselaspekt – das Wissen, ab wann man beginnt, sich zu einer Verbindlichkeitserklärung hinzubewegen. Hier gibt es eine hilfreiche Analogie zu Verkaufsstrategien – wissen, wann der Kunde überzeugt worden ist und man sich in Richtung Verkaufsabschluss bewegen sollte. Im Rahmen des Prochaska / DiClemente Modells nennt man diese Phase *Entscheidungsphase*, und zwar ist dies der Zeitpunkt, ab dem das Gleichgewicht von der *Vorbereitungsphase* in Richtung Veränderung angestoßen wurde und der Patient nun bereit für Aktivität zu sein scheint (aber nicht unbedingt auch für deren Aufrechterhaltung). So ein Prozess ist nicht irreversibel. Wenn der Übergang in die Aktivität zu lange verzögert wird, kann die Überzeugung oder Bestimmtheit auch verloren gehen. Ist das Gleichgewicht einmal angestoßen, dann ist es Zeit den Beschluss des Patienten zu festigen.

Es gibt keine allgemein gültigen Anzeichen die den Übergang zur *Entscheidungsphase* anzeigen, hier werden aber in der Folge Veränderungen angeführt, die Sie womöglich beobachten können (Miller & Rollnick, 1991):

- der Patient hört auf Bedenken zu äußern bzw. Widerstand zu zeigen.
- der Patient stellt weniger Fragen.
- der Patient scheint mehr gefasst, entschlossen, ungezwungen und friedfertig zu sein.
- der Patient tätigt motivationsfördernde Aussagen, die auf einen Entschluss (oder Offenheit) für Veränderung hinweisen könnten („ich glaube ich muss bezüglich meiner Gewohnheiten bei der Mundpflege etwas tun, um meine Mundhygiene/Zahngesundheit zu verbessern und um Mundgeruch und Karies aufzuhalten; was kann ich tun, wenn ich meine Zahngesundheit verbessern möchte?“)
- der Patient beginnt sich vorzustellen, wie sein Leben nach einer solchen Veränderung aussehen könnte.

In der Folge wird eine Checkliste mit Themenbereichen angeführt, die helfen soll, die Bereitschaft eines Patienten für die Akzeptanz, das Verbleiben oder sogar das Vollenden eines Veränderungsprogrammes zu evaluieren. Diese Fragen können auch hilfreich sein, um herauszufinden, ob ein Betroffener sich gerade in einem Risikobereich befindet, die Therapie vorzeitig abzubrechen:

- Hat der Patient vorhergehende Vereinbarungen / frühere Termine versäumt oder Einheiten nicht wahrgenommen ohne sie vorher erneut zu planen?
- Wenn der Patient zur Behandlung gezwungen wurde, hat der Patient mit Ihnen die eigenen Reaktionen bezüglich dieses Zwanges besprochen – Wut, Konfusion, Erleichterung, etc.?
- Zeigt der Patient eine gewisse Art von Unentschlossenheit bzw. Unschlüssigkeit, hinsichtlich der Festsetzung zukünftiger Therapieeinheiten?
- Ist die angebotene Behandlung anders als vom Patienten angedacht oder erwartet; und wenn dies so ist, sind die Reaktionen des Patienten bezüglich dieser unterschiedlichen Auffassungen diskutiert worden?
- Scheint der Patient während der Therapieeinheiten besonders wachsam zu sein oder andererseits eher unschlüssig bzw. im Widerstand bezüglich dargebotener Suggestionen?
- Nimmt der Patient die Teilnahme am Therapieprogramm als erniedrigende Erfahrung wahr oder mehr als „neue Chance im Leben“?

Wenn die Antworten auf diese Fragen einen Mangel an Änderungsbereitschaft erkennen lassen, scheint es sinnvoll, weitere Bereiche bezüglich Ambivalenz und Unsicherheiten zum Thema Gewohnheiten zur Mundpflege/Mundhygiene und

Verhaltensänderung zu explorieren. Es scheint auch in solch einer Situation ratsam, Beschlüsse bzw. Versuche, eine fixe Zusage zum geplanten weiteren Vorgehen zu erhalten, zu verschieben.

Für viele Patienten scheint es so zu sein, dass es keinen definitiven oder klaren Punkt einer Entscheidungsfindung gibt. Oft ist es so, dass Personen über Veränderungsstrategien nachzudenken beginnen, während sie sich bereits in einer fortgeschrittenen *Vorbereitungsphase* befinden. Für manche besteht die Bereitschaft für den Entschluss einer Veränderung darin, dass sie verschiedene Strategien ausprobieren, bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine finden die subjektiv effektiv und befriedigend ist. Dann erst beginnen sie die Veränderung. Der Prozess von der Erwägung zur Aktivität kann graduell von statten gehen, eher im Sinne einer probeweisen Überleitung als in Form einer eigenständigen Entscheidung.

Es ist auch wichtig, sich immer wieder zu erinnern, dass, wenn ein Patient einen Entschluss gefasst zu haben scheint und erste Schritte in Richtung Veränderung setzt, ein gewisses Maß an Ambivalenz noch immer präsent sein kann. Es sollte vermieden werden anzunehmen, dass, sobald der Patient sich entschlossen hat eine Veränderung durchzuführen, es nicht mehr notwendig ist, Strategien aus der Phase I anzuwenden. Vielmehr scheint es sinnvoller langsam voran zu schreiten, sobald der Patient eine Bereitschaft zu Veränderung erkennen lässt, anstatt dies zu schnell oder zu empathisch durchzuführen. Auch wenn eine Person bei Behandlungsbeginn bereit für eine Veränderung zu sein scheint, ist es sinnvoll, eine der zuvor beschriebenen Strategien zum Motivationsaufbau und Feedback anzuwenden, bevor eine Festigung des Beschlusses beginnt.

Auf jeden Fall kommt man zu dem Punkt, an dem man Strategien heranziehen sollte sollte, die für eine Festigung eines Entschlusses konzipiert sind.

Die in der Folge dargestellten Strategien sind hilfreich, sobald die Anfangsphase beendet wurde und der Patient sich in Richtung Veränderung bewegt.

### **Schlüsselfragen**

Eine hilfreiche Strategie beim Übergang von Phase I zu Phase II ist, eine Art Zusammenfassung der zuvor getätigten Aussagen zur Verfügung zu stellen, in dem man alle Gründe für eine Veränderung, die eine Person angegeben hat, zusammenfasst, ohne aber auch noch die verbleibenden Aspekte von Ambivalenz zu vergessen. Am Ende dieser Zusammenfassung könnten folgende Schlüsselfragen gestellt werden:

- Was machen Sie mit all dem?

- Wo befinden Sie sich nun im Bezug auf Ihre Mundhygiene und Zahngesundheit?
- Was ist Ihr Plan?
- Was glauben Sie werden Sie tun?
- Ich frage mich, was Sie sich über Ihre Gewohnheiten bei der Mundhygiene in diesem Augenblick denken?
- Jetzt, wo Sie schon so weit sind, frage ich mich, was Sie mit all diesen Befürchtungen anstellen?

### **Besprechen eines Planes**

Ein Schlüsselement für den Therapeuten ist den Fokus von Gründen für Veränderung (Phase I – Aufbau von Motivation) auf die Verstärkung eines Entschlusses bzw. dem Ausarbeiten eines Planes für eine Veränderung (Phase II) zu verschieben. Die Patienten initiieren einen solchen Übergang, indem sie manchmal das Bedürfnis oder den Wunsch nach Veränderung äußern, oder indem sie fragen, was sie tun könnten. Alternativ kann eine solche Überleitung auch mit Schlüsselfragen getriggert werden.

Das Ziel während der Phase II ist es, dem Patienten einige Ideen heraus zu locken bzw. in der Folge einen Plan zu entwickeln, wie weiter vorzugehen wäre. Es ist nicht die Aufgabe des Therapeuten zu diesem Zeitpunkt einen Vorschlag für einen Veränderungsplan zu präsentieren, oder spezifische Fähigkeiten zu trainieren, um diese Veränderungen auch schaffen zu können. Die generelle Aussage ist: „Nur Sie selbst können Ihren Zahngesundheitszustand ändern und Ihre Mundpflege verbessern und es liegt nur bei Ihnen.“ Weitere Fragen können helfen: „Wie glauben Sie, dass Sie dies machen können? Was glauben Sie könnte Ihnen helfen?“

### **Kommunizieren der freien Wahlmöglichkeiten**

Eine wichtige und beständige Botschaft im Rahmen von MG ist, die Verantwortung des Patienten und die freie Wahl in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte während des Verstärkungsprozesses einer Beschlussfindung immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

Beispiele:

- Es liegt bei Ihnen, was Sie damit machen wollen.
- Niemand kann das für Sie entscheiden.
- Niemand kann für Sie Ihre schlechte Mundpflege und Ihre Gewohnheiten im Bereich Mundhygiene verändern, nur Sie können dies tun.

- Sie können entscheiden, ob Sie Ihre schlechte Mundpflege wie bisher fortsetzen oder ändern möchten.

### **Konsequenzen von Aktivität und Inaktivität**

Eine hilfreiche Strategie kann auch sein, den Patienten zu fragen, was passieren würde, wenn er so weiter machen würde wie bisher. Wie würden die Konsequenzen ausschauen? Es scheint manchmal auch sinnvoll zu sein, eine schriftliche Liste über negative Folgen bei fehlender Veränderung anzulegen. Ähnlich können auch vorausschauend positive Aspekte einer Veränderung auf diese Weise gesammelt werden.

Um ein vollständigeres Bild zu erlangen, können auch die Ängste mit dem Patienten diskutiert werden, die im Rahmen eines solchen Veränderungsprozesses erwartet werden. Was könnten die negativen Konsequenzen sein, wenn man alte Verhaltensmuster aufgibt? Was sind die Vorteile, mit der schlechten Mundpflege so fortzufahren wie bisher? Spiegeln, zusammenfassen und Perspektivenwechsel sind die adäquaten Antworten des Therapeuten. Eine Möglichkeit ist hier eine formale Kosten-Nutzen Tabelle zu kreieren, in dem man den Patienten die positiven und negativen Aspekte einer Veränderungsoption aufschreiben lässt. Was sind die positiven und negativen Bereiche beim Beibehalten der derzeitigen Gewohnheiten? Was ist der mögliche Nutzen bzw. Schaden beim Durchführen einer Veränderung?

### **Information und Beratung**

Oft benötigen Patienten grundlegende Informationen als wichtigen Beitrag für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Generell sollte man sich frei fühlen, adäquate und spezifische Information, die vom Patienten verlangt wird, auch bereit zu stellen. Es scheint auch nach Bereitstellung der Information hilfreich zu sein, beim Patienten nachzufragen: „Macht dies Sinn für Sie? Überrascht Sie das? Was denken Sie darüber?“

Manchmal fragen Patienten auch nach Rat. „Was glauben Sie was ich machen sollte?“ Es ist durchaus adäquat, die eigene Sichtweise unter diesen Umständen darzulegen, jedoch mit einigen Vorbehalten. Es ist sinnvoll diesbezüglich Vermerke und Erlaubnisse für andere Meinungen einzuführen. Z. B.: Wenn Sie meine Meinung hören wollen, die ich Ihnen sicherlich geben kann, müssen Sie jedoch dies für sich bis zum Ende auch durchdenken. Ich kann Ihnen sagen, was ich denke bzw. was ich in Ihrer Situation machen würde und ich freue mich, dies tun zu können, aber vergessen Sie nicht, dass dies Ihre Entscheidung ist. Wollen Sie meine Meinung hören?

In dieser Situation kann es jedoch hilfreich sein, ein wenig verschlossen oder „schwer zugänglich“ zu bleiben.

- Ich bin mir nicht sicher, ob ich Ihnen das sagen soll, sicherlich habe ich eine Meinung, aber Sie müssen dies ja für sich selbst entscheiden, wie Sie in Zukunft mit Ihrem Leben umgehen wollen.
- Ich habe ein wenig Bedenken, wenn ich Ihnen einen Ratschlag gebe, denn dann schaut es aus, als ob ich für Sie die Entscheidung getroffen hätte. Sind Sie sicher, dass Sie meine Meinung hören wollen?

Wenn es schließlich zu dem Punkt „wie soll man es tun“ kommt, ist es oft am Besten keine spezifische Strategien vorzuschreiben oder zu versuchen, gewisse spezifische Fertigkeiten versuchsweise anzutrainieren. Im Gegenteil, man versucht diese Aufgaben dem Patienten zurückzugeben:

- Wie glauben Sie, dass Sie dies tun könnten?
- Was könnte Ihnen im Weg stehen?
- Sie werden ziemlich kreativ (stark, klug, einfallsreich) sein müssen, um dafür einen Weg zu finden. Ich frage mich, wie Sie das machen könnten?

Wieder könnten Sie um spezielle Information als Teil dieses Prozesses gefragt werden (z. B. „Ich habe über einen Kaugummi gehört, den man einmal am Tag nehmen kann und der einen vor Karies schützt. Wie funktioniert dieser Kaugummi?“). In solchen Fällen können genaue und konkrete Informationen geäußert werden.

Ein Patient kann auch nach Information fragen, die Sie im Moment nicht haben. Man sollte sich nicht verpflichtet fühlen, alles zu wissen. Es ist auch vollkommen in Ordnung zu sagen, dass man Sachen nicht weiß und dass man sie in der Folge herausfinden möchte. Man kann anbieten, eine gewisse Fragestellung zu recherchieren und im Rahmen der nächsten Therapieeinheit diese Information dem Patienten zu Verfügung zu stellen.

### **Das Ziel der Verhaltensänderung**

Das Ziel im Rahmen eines Veränderungsprozesses ist im Endeffekt die freie Entscheidung jedes einzelnen Patienten, die er für sich selbst auch treffen muss. Im Rahmen des MG-Stils ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten eine solche Wahl „zu erlauben“ oder „zu ermöglichen“ oder „zu billigen“, diese Wahl müssen die Patienten treffen und kann nicht vom Therapeuten übernommen werden.

Gleichzeitig sehen viele Patienten zumindest am Anfang, dass ein angepeiltes Ziel inakzeptabel ist oder aus ihrer Sicht unerreichbar scheint. Das Insistieren des

Therapeuten in solchen Fällen kann möglicherweise nur zu einem stärker werden des Widerstandes und mit einem erhöhten Risiko für einen Therapieabbruch einhergehen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, sich das Konzept der „Schadensreduktion“ im Sinne zu behalten: d. h. dass jeglicher Schritt in die richtige Richtung sehr wohl auch ein Schritt in die richtige Richtung ist. Welche Ziele können also in der Folge zur Schadensbegrenzung angeführt werden? Die spezifischere Frage in dieser Situation ist, „welche Veränderungen ist der Patient überhaupt gewillt durchzuführen?“

An dieser Stelle sei auch angemerkt, dass die mangelhafte Mundpflege durch den Therapeuten nicht verteidigt werden sollen. Das Ziel des Therapeuten ist dem Betroffenen bei der Veränderung der mangelhaften Mundpflege zu unterstützen. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass der Therapeut sich verantwortlich fühlt, den Betroffenen bei spezifischen Hygienegewohnheiten zu unterstützen (z.B. beim Gebrauch von Zahnseide), vor allem wenn es scheint, dass der Patient eine andere Richtung einschlägt. Wiederum muss dies in einer Art und Weise geschehen, die nicht zwingend sondern im Einklang mit dem Stil von MG ist („Es ist natürlich Ihre Wahl. Ich sage Ihnen nur, dass ich Bedenken habe, über die Auswahl die Sie getroffen haben und ich bin bereit Ihnen zuzuhören, aber ich wollte Ihnen nur sagen, dass ich diesbezüglich Bedenken habe.....“).

### **Umgang mit Widerstand**

Ähnliche Prinzipien, wie bereits in Phase I der MG-Therapie beschrieben, können angewendet werden, um Widerstand abzubauen. Ambivalenz und Abneigung werden nicht direkt bearbeitet, sondern werden mit Spiegelung und Perspektivenwechsel begegnet. Gezielte paradoxe Anmerkungen können in dieser Phase hilfreich sein. Eine Möglichkeit ist eine Art von Erlaubnis für ein Ausbleiben von Veränderung zu erteilen:

- Vielleicht kommen Sie zu dem Entschluss, dass es besser für Sie ist, so weiterzumachen wie bisher, auch wenn dies negative Folgen für Sie hat.

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich durch das Hervorrufen einer Art von Krise für die Person durch eine Juxtaposition von zwei wichtigen und inkonsistenten Wertigkeiten:

- Ich frage mich, ob es wirklich möglich ist, Ihre schlechte Mundpflege weiterzuführen und weiterhin Ihre körperliche Attraktivität beizubehalten.

### **Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten- kleiner Handlungsplan“**

Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollte während der Phase II verwendet werden, um den Aktivitätsplan des Patienten zu spezifizieren. Man kann es auch verwenden um Notizen niederzuschreiben, während der Patient in seinen Plänen voranschreitet. Beginnen Sie die Phase II nicht, indem Sie das Arbeitsblatt ausfüllen. Die Informationen für das Arbeitsblatt sollten während eines motivationalen Dialoges aufgeschrieben werden. Diese Informationen können in der Folge die Basis für eine Rekapitulation darstellen (siehe unten). Verwenden Sie das Arbeitsblatt, um sicher zu stellen, dass Sie folgende Aspekte des Planes abgedeckt haben:

#### ***Die Veränderungen, die ich machen möchte.....***

Auf welche Art und Weise bzw. in welchen Bereichen möchte der Patient Änderungen durchführen? Seien Sie konkret. Es ist auch ratsam Ziele zu inkludieren, die positiv gefärbt und erreichbar sind im Gegensatz zu negativen Zielen (keine „schlechten“ Verhaltensweisen), die auch durch eine Narkose erreicht werden können (beenden, vermeiden, Reduktion von Verhaltensmustern).

#### ***Die wichtigsten Gründe, warum ich diese Veränderungen durchführen möchte, sind.....***

Was sind die wahrscheinlichen Konsequenzen von Aktivität bzw. Inaktivität? Welche Motivationen scheinen die wichtigsten für den Patienten zu sein?

#### ***Die Schritte, die ich für einen Veränderungsprozess plane, sind.....***

Wie gedenkt der Patient seine Ziele zu erreichen? Wie könnte die gewünschte Veränderung durchgeführt werden? Im Rahmen des allgemeinen Planes und der beschriebenen Strategien, was sind spezifische und konkrete erste Schritte, die der Patient setzen kann? Wann, wo und wie werden diese Schritte in Angriff genommen?

#### ***Ich werde wissen, dass mein Plan funktioniert, wenn.....***

Was erhofft sich der Patient als Resultat seines Veränderungsplanes? Was sind die Vorteile, die sich der Patient durch diese Veränderung erhofft?

#### ***Einige Punkte, die meine Pläne durchkreuzen könnten, sind.....***

Es ist hilfreich dem Patienten zu helfen, Situationen zu antizipieren, die geplante Veränderungen unterlaufen könnten. Was könnte schief gehen? Was könnte helfen, dass der Patient bei seinem Plan bleibt, obwohl diese Probleme auftauchen?

## **Rekapitulieren**

Gegen Ende dieses Festlegungsprozesses, wenn man spürt, dass sich der Patient zu einer Entscheidung für Veränderung hinbewegt, erscheint es hilfreich, diesem eine ausführliche Zusammenfassung der bisherigen Entwicklungen zu Verfügung zu stellen. Dies kann eine Wiederholung der Ursachen für Bedenken beinhalten, die in der Phase I nicht thematisiert werden konnten (siehe „Zusammenfassung“), genauso wie ein zur Verfügung stellen von neu entwickelten Informationen im Rahmen der Phase II. Nachdruck sollte vor allem bei Aussagen zur Selbstmotivation gesetzt werden, beim Plan des Patienten für Veränderung und der festgehaltenen Konsequenzen bei Veränderung bzw. bei fehlender Veränderung. Es sollten die Anmerkungen vom Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten“ als Stütze verwendet werden.

Hier in der Folge ein Beispiel, wie eine solche Rekapitulation durchgeführt werden könnte:

„Ich versuche nun zu schauen, ob ich verstehe, wo Sie sich gerade befinden. Letztes Mal haben wir nochmals die Gründe beleuchtet, warum Sie Bedenken bezüglich Ihrer Mundhygiene/Zahngesundheit haben. Sie äußerten Bedenken, da die mangelhafte Mundhygiene/ schlechte Zahngesundheit zu somatischen Problemen (z.B. Zahnkaries) als auch zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld (z.B. verursacht durch Mundgeruch) geführt haben. Sie waren auch über die Summen an Geld besorgt, die Sie für all die „schädlichen“ Nahrungsmittel (z.B. Süßigkeiten oder hochprozentigen Alkohol) ausgeben haben und dem Faktum, dass der Zustand Ihrer Zähne schlechter zu werden scheint. Der Unfall, den Sie gehabt haben, hat Ihnen geholfen zu realisieren, dass es nun an der Zeit ist, etwas bezüglich Ihrer Mundpflege zu tun, aber mir scheint, dass Sie immer noch überrascht waren, als ich Ihnen die Rückmeldung gegeben habe, in welcher gefährlicher Situation Sie sich bezüglich Erkrankungen im Mundbereich bzw. Ihrer körperlichen Gesundheit im Allgemeinen befunden haben.

Wir haben in der Folge auch besprochen, was Sie in dieser Situation tun könnten und Sie hatten zu Beginn auch verschiedene Ideen. Sie haben gedacht, dass Sie Ihre Mundpflege einfach verändern können. Wir haben darüber gesprochen, was die Folgen sein würden, wenn Sie verschiedene Zugangsweisen versuchen würden. Sie waren besorgt, wenn Sie nicht ein abruptes Ende bzw. eine abrupte Veränderung Ihrer Pflegegewohnheiten herbeiführen, dass Sie womöglich wieder in Ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen und vergessen würden, was hier besprochen wurde. Sie haben dies auch als Risikofaktor bestätigt. Sie haben die Idee nicht gemocht, einen Zahnarzt aufzusuchen, da Sie Bedenken gehabt haben, dass der Zahnarzt Sie dann mit Ihrer Karies und den verlorenen Zähnen sehen würde, auch wenn, wie wir besprochen haben, es eine medizinische Verschwiegenheitspflicht gibt.

Die Richtung in die Sie sich bewegen, zumindest in den letzten 4 Wochen, scheint eine Periode von guter Mundhygiene zu sein, und Sie schauen wie es Ihnen damit geht und wie Sie sich fühlen. Sie können der Idee, mehr Informationen über Mundhygiene und Zahnerkrankungen zu bekommen, etwas abgewinnen, und Sie werden sich mit Ihrer Krankenversicherung für mehr Informationen in Kontakt setzen. Sehe ich dies richtig? Habe ich etwas vergessen?“

Wenn der Patient noch zusätzliche Informationen oder Veränderungen anführt, sollten diese reflektiert und in die Rekapitulation integriert werden. Dies sollte auch am Arbeitsblatt notiert werden.

### **Fragen nach Verbindlichkeit**

Nachdem die aktuelle Situation des Patienten, wie oben beschrieben, rekapituliert und die zusätzlichen Anmerkungen und Bedenken des Patienten thematisiert wurden, sollte das nächste Ziel angepeilt werden, nämlich eine formelle Verpflichtung zu Veränderung. Im Wesentlichen zielt diese Vereinbarung darauf ab, dass der Patient sich verbal dazu verpflichtet konkret geplante Schritte auch durchzuführen, um die benötigte Veränderung zu bewirken. Die abschließende Fragestellung (nicht unbedingt im exakten Wortlaut) lautet:

- Sind Sie nun bereit, sich für die Durchführung dieses Schrittes zu verpflichten?

Wenn diese Verpflichtung besprochen wird, ist es ratsam, auch folgende Punkte zu thematisieren:

- Stellen Sie exakt klar, was der Patient zu tun plant. Geben Sie dem Patienten das fertige Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten - ein kleiner Handlungsplan“ und besprechen Sie dieses mit ihm.
- Bestärken Sie den Patienten bei den möglichen Vorteilen einer Veränderung, bzw. auch die Konsequenzen bei Inaktivität bzw. einer Veränderung.
- Fragen Sie nach Bedenken, Ängsten oder Zweifeln, die der Patient haben mag und welchen Einfluss diese auf die Durchführung des Planes haben könnten.
- Fragen Sie auch, welche anderen Hindernisse in Betracht kommen würden, die den Plan des Patienten durchkreuzen könnten. Fragen Sie den Patienten, wie er mit solchen Hindernissen umgehen könnte.
- Stellen Sie auch klar, welche Rolle das soziale Umfeld in der geplanten Änderung haben könnte und wie dieses Umfeld dem Betroffenen auch helfen könnte.

- Definieren Sie auch zusätzliche Möglichkeiten für Hilfe, die der Patient vom Therapeuten bzw. von anderen therapeutischen Einrichtungen haben könnte. Wenn Sie die Behandlung beenden, erinnern Sie den Patienten, dass es ein Folgeinterview geben wird, um herauszufinden, wie es dem Patienten geht.

Wenn der Patient bereit ist eine Verpflichtungserklärung zu unterzeichnen, dann sollte er gebeten werden das Arbeitsblatt „Wie verändere ich mein Verhalten – ein kleine Handlungsplan“ zu unterzeichnen und der Patient sollte das signierte Original erhalten, eine Kopie sollte in der Krankengeschichte abgelegt werden.

Manche Patienten sind nicht bereit, ein Veränderungsziel bzw. sich zu einem Ziel bzw. einem Programm zu verpflichten. In Fällen, in denen die Person sich ambivalent oder zögerlich bezüglich einer schriftlichen oder verbalen Verpflichtungserklärung zeigt, kann der Person angeboten werden, dass dieser Entschluss zu einem späteren Zeitpunkt gefasst werden kann. Ein genauer Zeitpunkt sollte mit dem Patienten vereinbart werden, um eine Reevaluation und eine erneute Entscheidungsfindung durchführen zu können. Der Hintergedanke hier ist, dass durch das Hinauszögern der Entscheidungsfindung im motivationalen Prozess eine positive Entwicklung initiiert werden kann. Eine solche Flexibilität ermöglicht es dem Patienten, die verschiedenen potentiellen Konsequenzen einer Veränderung nochmals für sich zu thematisieren und hilft dem Patienten auch sich selbst noch vermehrt mit möglichen Konsequenzen auseinander zu setzen. Ansonsten würde der Patient sich gezwungen fühlen eine Verpflichtungserklärung abzugeben, bevor er oder sie überhaupt dazu bereit wäre. In diesem Fall würde ein Patient eventuell die Therapie vorzeitig abbrechen, anstatt einen Gesichtsverlust beim Verfehlen des Zieles zu erleiden. Es ist dann womöglich besser eine der folgenden Aussagen zu tätigen:

- Es scheint, dass Sie noch nicht wirklich bereit sind eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt zu treffen. Das ist nachvollziehbar. Das ist eine große Entscheidung für Sie. Es scheint besser zu sein, die Sachen nicht zu überstürzen, und jetzt keine Entscheidung zu treffen. Warum denken Sie nicht zwischenzeitlich darüber nach und zu unserer nächsten Einheit werden wir nochmals die Vorteile einer Veränderung und die Vorteile ohne Veränderung des Verhaltens thematisieren. Wir können dies das nächste Mal noch fortführen und ich bin mir sicher, dass es früher oder später für Sie klar sein wird, was Sie wollen. Ist das in Ordnung?

Es kann hilfreich sein auf diese Art und Weise explizit das Verständnis für und die Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten auszudrücken, als auch Vertrauen in seine Fähigkeiten, dieses Problem zu lösen, auszusprechen.

## **Phase III – Strategien zur Umsetzung**

Wenn eine solide Basis in Bezug auf eine Veränderungsmotivation (Phase I) aufgebaut worden ist und der Patient auch eine Absichtserklärung abgegeben hat (Phase II), fokussiert MG auf die Umsetzung. Dies kann z. B. im Rahmen der zweiten Therapieeinheit beginnen, abhängig von der Geschwindigkeit des Veränderungsprozesses. Folgende drei Prozesse sind relevant:

- Rückblick auf den Fortschritt des Prozesses
- Erneuerung der Motivation
- Erneuerung der Absichtserklärung

In Phase III ist es ebenfalls notwendig den Bedarf weiterer Therapien oder Zuweisungen zu anderen Institutionen einzuschätzen/zu beurteilen.

### **Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes**

Begonnen werden sollte mit einem Rückblick auf alles was seit der letzten Sitzung geschehen ist. Mit dem Patienten sollte diskutiert werden, welche Absichten geäußert und Pläne gemacht wurden, und exploriert werden, welche Fortschritte der Patient diesbezüglich gemacht hat. Geantwortet werden sollte mit Reflexion und Spiegelung, Fragen, Bestärkung, Perspektivenwechsel (wie zuvor beschrieben). Auch sollte besprochen werden, bis zu welchem Punkt die zuvor festgelegten Ziele und Pläne auch schon umgesetzt werden konnten.

### **Erneuerung der Motivation**

Der Phase I – Prozess („Aufbau von Motivation für Veränderung“) kann hier nochmals verwendet werden, um die Motivation für Veränderung zu erneuern. Das Ausmaß in dem dies durchgeführt werden sollte, hängt von der Einschätzung des Therapeuten ab bzw. auch von der derzeitigen Entschlusskraft des Patienten bezüglich seiner Veränderung. Das kann festgestellt werden, indem man den Patienten fragt, was er selbst als die wichtigste Begründung für eine Veränderung im Bereich der Gewohnheiten für Mundhygiene/pflege ansieht.

### **Erneuerung der Absichtserklärung**

Der Phase II – Prozess („Das Stärken des Bekenntnisses zu Veränderung“) kann ebenfalls in dieser Phase weitergeführt werden. Dies kann durch eine einfache erneute Verstärkung des Entschlusses, der bereits zuvor gefasst wurde, geschehen. Wenn der Patient signifikante Probleme oder Zweifel bezüglich der initialen Pläne äußert, könnte es Zeit für Reevaluation sein und Zeit dafür, einen neuen Plan mit neuen Absichten zu entwickeln. Es sollte versucht werden das

Gefühl des Patienten von Autonomie und Selbstwirksamkeit zu bestärken und die Fähigkeit unterstrichen werden, selbstständig auch Ziele erreichen zu können und selbstständige Pläne durchzuführen.

### **Weitere Behandlung**

Durch das wie oben beschriebene Verstärken der Motivation kann es dazu kommen, dass der Patient beschließt, zusätzliche spezifische Behandlungen zur Erreichung der Ziele in Anspruch zu nehmen. Die Herausforderung in der Phase III ist es herauszufinden, welche Ziele mit solchen zusätzlichen Behandlungsangeboten erreicht werden können und in der Folge aufzuzeigen, welche spezifischen Betreuungseinrichtungen oder Therapiemöglichkeiten heran gezogen werden können, um die getroffenen Ziele auch effektiv erreichen zu können.

## **Die Struktur einer MG-Sitzung**

Die vorangegangenen Abschnitte beschrieben den grundsätzlichen Ablauf einer MG-Sitzung von Phase I bis hin zur Phase III. Dieser Teil wird Aspekte thematisieren, die im Bereich Planung und Durchführung einer MG-Einheit zu erwarten sind.

### **Die erste Einheit**

#### **Vorbereiten der ersten Einheit**

Der grundlegende Hintergedanke ist es dem Patienten ein objektives Feedback bezüglich seines mangelhaften Zustand der Zahngesundheit und seiner mangelhaften Mundpflege und der daraus resultierenden Probleme zu geben.

#### **Darstellung des Grundkonzeptes und Grenzen der Behandlung**

Es sollte damit begonnen werden, die Grundlagen des therapeutischen Zuganges zu erklären. Hier sein in der Folge ein Beispiel angeführt, wie dies durchgeführt werden könnte:

Bevor wir beginnen, lassen Sie mich ein wenig erklären, wie wir gemeinsam arbeiten werden. Sie haben jetzt schon einige Zeit damit verbracht, Fragebögen auszufüllen, die wir benötigen und wir bedanken uns vielmals, dass Sie die Zeit auch für diese Tätigkeiten zur Verfügung gestellt haben. Diese Informationen sind sehr hilfreich für uns heute. Ich muss Ihnen auch gleich vorab sagen, dass ich Sie nicht verändern werde. Ich hoffe, ich kann Ihnen helfen, dass Sie über Ihre derzeitige Situation nachdenken und eventuell überlegen können, wenn

überhaupt, was Sie machen wollen, aber wenn es diesbezüglich irgendwas zu verändern gäbe, werden Sie diese Veränderung durchführen müssen. Niemand kann Ihnen sagen, was Sie zu tun haben, niemand wird diese Veränderung für Sie tun. Ich werde Ihnen eine Menge an Information über sich selbst zur Verfügung stellen und manchmal vielleicht beratend zur Seite stehen, aber die Durchführung wird zur Gänze bei Ihnen liegen. Ich könnte Sie gar nicht verändern, auch wenn ich es wollte. Die einzige Person die beschließen kann, ob sie eine Veränderung durchführen will oder nicht, sind Sie selbst. Wie klingt das für Sie?

Nachdem wir einige Einheiten gemeinsam durchgearbeitet haben, werden Sie ein besseres Gefühl dafür kriegen, was Sie eigentlich tun wollen. Wenn Sie dann beschließen, dass Sie einige Veränderungen durchführen und von mir auch einige beratende Gespräche diesbezüglich haben wollen, könnte es sein, dass ich Ihnen helfen kann und wir gemeinsam daran arbeiten können. Wenn Sie andere Arten von Unterstützung oder Hilfe brauchen, kann ich Sie auch diesbezüglich zuweisen. Haben Sie irgendwelche Fragen über unsere zukünftige Arbeitsweise? Beginnen Sie nach dieser Einleitung mit der ersten Einheit, und zwar in Form einer kurzen Strukturierung dieser ersten Einheit.

Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass ihm Feedback über die Fragebögen und Interviews vor Behandlungsbeginn gegeben werden wird, aber dass Sie zuerst verstehen wollen, wie der Patient seine Situation genau bewertet. Dann sollte mit den Strategien "Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation" fortgefahren werden. Als erste Antwortstrategie während dieser frühen Phase sollte die Spiegelung („Zuhören mit Empathie“) verwendet werden. Andere Strategien sind unter „Bestärken des Patienten“, „Umgang mit Widerstand“, „Perspektivenwechsel“ beschrieben und sind hier entsprechend anzuwenden. Wenn man das Gefühl hat, dass die großen Themen des Patienten bezüglich seiner Problemsituation thematisiert wurden, sollte eine Zusammenfassung der Aussagen (siehe „Zusammenfassung“) gegeben werden. Wenn es für den Patienten passend erscheint, könnte man anmerken, dass der nächste Schritt ein Feedback über die Eingangsdiagnostik sein wird. Wieder sollten Spiegelung, Bestärkung, Perspektivenwechsel, Umgang mit Widerstand wie vorher beschrieben, angewendet werden. Diese Feedbackmöglichkeit wird sich höchstwahrscheinlich nicht im Rahmen der ersten Einheit vollständig durchführen lassen. Falls sich dies nicht ausgeht, sollte dem Patienten erklärt werden, dass das Feedback in der nächsten Therapieeinheit weitergeführt werden wird.

Wann auch immer der Feedbackprozess abgeschlossen ist, sollte der Patient nach einer zusammenfassenden Antwort gefragt werden. Eine Möglichkeit wäre:

- Ich habe Ihnen ziemlich viel Information an dieser Stelle zur Verfügung gestellt und an diesem Punkt frage ich mich, was Sie mit all dieser Information tun bzw. was Sie darüber denken.

Sowohl das Feedback als auch die offene Frage wird öfters Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten hervorrufen, die wieder gespiegelt und reflektiert werden können und als Brücke für die nächste Phase im Rahmen von MG verwendet werden können.

Nachdem die Antwort aus der Feedbackrunde vom Patienten abgeschlossen ist, sollte nochmals eine Zusammenfassung gegeben werden, indem einerseits die Bedenken aus dem ersten Prozesses berücksichtigt als auch die Information der Feedbackrunde (siehe „Zusammenfassung“) eingebaut werden sollte. Dies ist der Punkt, an dem man in die zweite Phase von MG übergehen sollte: das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung (wieder sei darauf hingewiesen, dass Sie im Rahmen dieser ersten Einheit nicht so weit kommen werden, sondern dieser Prozess in den darauf folgenden Einheiten fortgesetzt werden sollte).

Hinweise des Patienten sollten aufgegriffen werden (siehe „Erkennen von Bereitschaft für Veränderung“), Gedanken, Ideen und eventuell Pläne zum Umgang mit dem vorhandenen Problem sollten angeregt werden (siehe „Diskutieren eines Planes“). Während dieser Phase sollten auch Strategien angewendet werden, die unter „das Kommunizieren der freien Wahl“ und „Information und Beratung“ angeführt sind. Vor allem sollte versucht werden beim Patienten Gedanken hervorzurufen, die die Vorteile einer Aktivität unterstreichen und voraussichtliche negative Konsequenzen einer Inaktivität aufzeigen könnten (siehe auch „Konsequenz von Aktivität“). Dies kann in Form einer Kosten/Nutzen-Aufstellung passieren (Gründe so weiter zu machen wie bisher versus Gründe für eine Veränderung) und kann dem Patienten ausgehändigt werden. Die grundlegende Patienten-zentrierte Zugangsweise mit Reflexion und Spiegelung, des Fragens, des Bestärkens, des Perspektivenwechsels und dem indirekten Umgang mit Widerstand sollte während des gesamten Prozesses als auch durch alle MG-Therapieeinheiten hindurch angewendet werden. Diese Phase führt in der Folge zur Bestätigung eines Veränderungsplanes und es sollte darauf geachtet werden, eine diesbezügliche Verpflichtung vom Patienten in jeglicher Form zu erhalten (siehe auch „Fragen nach Verbindlichkeit“). Es kann hilfreich sein, die Ziele des Patienten schriftlich festzuhalten und die geplanten Schritte zur Veränderung am Arbeitsblatt „Veränderungsplan“ festzuschreiben. Wenn es adäquat erscheint, kann der Patient dieses Arbeitsblatt auch unterschreiben. Es sollte darauf geachtet werden, den Patienten nicht frühzeitig zu einer Erklärung zu bewegen. Wenn ein solcher Plan unterschrieben wird, bevor die Überzeugung auch wirklich gefestigt ist, könnte es sein, dass der Patient eher die Behandlung

abbricht als zu dem Punkt zurückzukehren, wo Abmachungen noch besprochen werden können.

### **Das Beenden der (ersten) Einheit**

Die (erste) Einheit sollte immer in einer Form beendet werden, indem das zusammengefasst wird, was zuvor durchgearbeitet worden ist. Der Inhalt dieser Zusammenfassung wird davon abhängen, wie fortgeschritten der Prozess ist. In manchen Fällen wird die Entwicklung langsam sein und die meiste Zeit der Einheit wird damit verbracht werden, Feedback zu geben bzw. mit Bedenken und Widerstand des Patienten umzugehen. In anderen Fällen wird der Patient recht rasch in Richtung Entscheidung voranschreiten und man wird am Ende dieser Einheit sogar in Phase II (das Bestärken von Einverständnis) angelangt sein. Die Geschwindigkeit, mit der im Prozess vorangeschritten werden kann, hängt von der derzeitigen Verfassung des Patienten ab. Wann auch immer möglich sollten Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten bezüglich Veränderung im Rahmen der ersten Einheit angeregt und Schritte unternommen werden, um einen Veränderungsplan zu thematisieren, sogar wenn dies nur versuchsweise und inkomplett gelingt. Es sollte auch diskutiert werden, was der Patient tun wird und welche Veränderungen zwischen der ersten und der zweiten Therapieeinheit gemacht werden. Es sollte nicht gezögert werden, die Absichtserklärung für Veränderung bereits in der ersten Einheit zu thematisieren, wenn dies adäquat erscheint. Andererseits sollte kein Druck entstehen, dies um jeden Preis zu erreichen. Vorzeitige Einwilligungserklärungen sind kurzlebig, und den Patienten zu einer Veränderung zu zwingen, bevor er oder sie diesbezüglich auch bereit ist, wird einen Widerstand hervorrufen und so den MG-Prozess unterminieren.

### **Nichteinhaltung von Vereinbarungen**

Wenn der Patient eine Vereinbarung (darunter fallen auch das nicht wahrnehmen von im Vorfeld fixierten Terminen) nicht einhält, sollte sofort reagiert werden und folgende Punkte exploriert werden:

- Klären Sie die Gründe für die Nichteinhaltung.
- Bekräftigen des Patienten – Bestärken, dass er überhaupt gekommen ist.
- Sprechen Sie aus, dass Sie den Patienten gerne wieder sehen möchten und unterstützen Sie ihn fortzufahren.
- Führen Sie kurz an welche schwerwiegenden Bedenken aufgekommen sind und Ihre Anerkennung (wenn adäquat), dass der Patient dies auch noch weiter thematisieren möchte.
- Drücken sie Ihre Zuversicht hinsichtlich der Aussichten einer Veränderung und des Vorteils für den Patienten aus.
- Fragen Sie auch, ob es irgendwelche Fragen gibt, die Sie dem Patienten beantworten können.
- Treffen einer neuen Vereinbarung.

Wenn keine vernünftigen Begründungen für das Nichteinhalten der Vereinbarung (wie z. B. Krankheit) präsentiert werden, sollte gemeinsam mit dem Patienten thematisiert werden, ob einer der folgenden Punkte womöglich mit der Nichteinhaltung der Vereinbarung in Zusammenhang stehen könnte:

- Ungewissheit bezüglich Notwendigkeit einer Behandlung (wie z. B. „Ich habe nicht wirklich große Probleme“)
- Ambivalenz bezüglich einer Veränderung
- Frustration oder Ärger am Therapieprogramm teilnehmen zu müssen (vor allem bei Patienten, die in das Programm gezwungen wurden)

Mit diesen Bedenken sollte auf eine auf dem MG-Stil basierenden Art und Weise umgegangen werden (z. B. mit aktives Zuhören, Perspektivenwechsel,...).

Weisen Sie darauf hin, dass es am Beginn der Beratungsphase für eine Person nicht überraschend ist, den Widerwillen (Frustration, Ärger etc.) durch die Nichteinhaltung von Vereinbarungen, Verspätungen oder ähnliches auszudrücken. Den Patienten zu unterstützen, diese Bedenken auch verbal direkt zu äußern, kann diesbezüglich zu einer Besserung führen. Phase-I-Strategien sollten bei Auftreten von Widerstand verwendet werden. Der Patient sollte bestärkt werden die Bedenken zu diskutieren. Dann sollten Diskussionspunkte zusammengefasst, Optimismus über die Aussicht auf Veränderung eingebracht und eine erneute Einwilligung für die Behandlung erhalten werden. Es kann vorteilhaft sein, einige Aussagen zur Eigenmotivation vom Patienten diesbezüglich zu erhalten. Auch sollten Vereinbarungen erneuert werden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine kurze Nachricht oder ein Telefonanruf die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöhen, dass der Patient wiederkommt.

### **Umsetzungsstrategien im Rahmen der MG-Therapien**

Die zweite Therapieeinheit sollte nicht länger als eine Woche danach stattfinden. Es sollte mit einer kurzen Zusammenfassung über die Ereignisse der ersten Einheit angefangen werden, dann kann der MG-Prozess an der Stelle weitergeführt werden, an der die letzte Einheit endete. Der Punkt sollte aufgegriffen werden, an dem der Patient sein persönliches Feedback bezüglich der Diagnostik gegeben hatte, wenn dies nicht vollständig während der ersten absolviert werden konnte. Dann sollte der Prozess in Richtung Phase II – Strategien und dem Beschluss für Veränderung weiterschreiten, wenn dies nicht während der ersten Einheit erreicht werden konnte. Wenn eine grundlegende Einwilligung bezüglich Veränderung vom Patienten im Rahmen der ersten Einheit bekommen werden konnte, dann sollte in der Folge mit Umsetzungsstrategien begonnen werden.

Jede Sitzung sollte mit einer Diskussion über Ereignisse seit der letzten Stunde begonnen werden, danach folgt eine Zusammenfassung über die Fortschritte der letzten Einheiten. Besonders hilfreich scheinen die Umsetzungsstrategien, die zuvor besprochen worden sind:

- I. Analysieren des Fortschrittes
- II. Erneuern der Motivation
- III. Erneuerung der Verpflichtungserklärung

Jede Einheit sollte mit einer Zusammenfassung beendet werden, in der beschrieben wird, an welcher Stelle im Prozess der Patient sich momentan befindet (z.B. die Gründe für Bedenken seitens des Patienten, die Hauptthemen im Rahmen des Feedbacks, der Plan der verhandelt worden ist – siehe „Rekapitulation“). Auch sollten die Erkenntnisse oder nächsten geplanten Schritte thematisiert werden. Der Veränderungsplan (wenn zuvor verhandelt) kann nochmals analysiert bzw. adaptiert werden und falls bereits zuvor niedergeschrieben auch nochmals überarbeitet werden. Während der Phase der Umsetzung ist Vorsicht geboten, vor allem im Hinblick auf Ambivalenz und es sollte geschaut werden, ob die Absichtserklärung auch weiterhin gefestigt ist. Es ist besser festzustellen, dass sich der Patient noch immer in einer ambivalenten Phase befindet und weiterhin die motivationsstärkenden aufbauenden Strategien der Phase I benötigt, als vorschnell bereits die in Phase II beschriebenen Strategien zur Stärkung der Verpflichtungserklärung anzuwenden.

Es sollte ein klarer Sinn für Kontinuität im Rahmen der Betreuung bestehen. MG-Einheiten sollten als progressive Beratungseinheiten präsentiert werden, und als kontinuierliche Behandlung mit regelmäßiger Therapie und Folge-Einheiten. Die ersten Einheiten fokussieren auf den Aufbau von Motivation und das Verstärken des Willens für Veränderung, die darauf folgenden Einheiten (auch im Rahmen der Evaluation) dienen als periodische Überprüfungen bezüglich des Fortschrittes im Veränderungsprozess. Es kann hilfreich sein, im Rahmen der darauffolgenden Einheiten, spezifische Situationen, die seit der letzten Einheit aufgetreten sind, zu diskutieren und zu thematisieren.

Die Einheiten III und IV sind für die Wochen 3 und 4 anberaumt. Weitere Einheiten können als „Booster“-Einheiten eingeschoben werden, um den motivationalen Prozess zu bestärken.

Falls es zu einem Ausfall der Einheiten von mehreren Wochen kommt, können kurze 5 Minuten-Gespräche als Auffrischungseinheiten angewendet werden und man könnte mit dem Patienten ein paar Tage vor dem vereinbarten Termin telefonieren. Dies dient auch der Kommunikation von aktivem Interesse am Patienten und auch als Erinnerungsstütze. Jede Einheit beginnt mit einer

Diskussion über Ereignisse seit der letzten Einheit und es sollte auch zusammengefasst werden, was in den letzten Einheiten erreicht werden konnte. Beenden Sie jede Einheit mit einer Zusammenfassung über die derzeitige Lage des Patienten und den Ansichten des Patienten über mögliche nächste Schritte.

Während dieser Einheiten ist auch darauf zu fokussieren, ob die Ambivalenz noch immer vorhanden ist und ob die Absichtserklärung weiterhin gefestigt scheint. Es ist sicherer davon auszugehen, dass der Patient sich weiterhin in einem ambivalenten Zustandsbild befindet und diesbezüglich auch weiterhin motivationsaufbauende Strategien benötigt.

### **Begleitung und weitere Schritte**

Wenn es zu einer eindeutigen Entwicklung eines Veränderungsplanes kommt, ist der nächste Schritt herauszufinden, welche, wenn überhaupt notwendig, zusätzliche Behandlungsangebote oder Beratungsgespräche dem Patienten zur Unterstützung und zum Erreichen des Zieles zur Verfügung gestellt werden sollen (z. B. Fertigkeitstraining). Wenn man selbst einige oder alle benötigten Behandlungen zur Verfügung stellen kann, sollte fortgefahren werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten die spezifischen Behandlungsmöglichkeiten thematisiert und identifiziert werden, und gegebenenfalls eine Überweisung organisiert werden (wenn auch immer möglich, sollte die Überweisung auch persönlich von der Arbeitsstätte in Anwesenheit des Patienten erfolgen, es sollte auch eine genaue Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden).

### **Der Abschluss**

Der formelle Abschluss der MG-Phase beinhaltet eine finale Rekapitulation über die Situation des Patienten und Fortschritte während der MG-Einheiten. Die abschließende Zusammenfassung sollte folgende Elemente beinhalten:

- Erneute Begutachtung der wichtigsten Faktoren in Bezug auf Motivation des Patienten für Veränderung und Wiederbestärkung der Themen zur Eigenmotivation.
- Zusammenfassung der Aussagen zur Absichtserklärung und Veränderungen, die bis dato erreicht wurden.
- Bestärken und erneute Bestätigung der Aussagen des Patienten bezüglich Veränderungen, die bereits durchgeführt wurden.
- Das Explorieren von zusätzlichen Bereichen für Veränderung, die der Patient in Zukunft noch vollziehen möchte.
- Das Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation für das Beibehalten des Veränderungsprozesses und für zukünftige Veränderungen.
- Unterstützung des Patienten bei Selbstwirksamkeit und thematisieren der eigenen Fähigkeiten des Patienten für Veränderung.
- Umgang mit etwaigen spezifischen Problemen, die evident sind.

- Den Patienten an den nächsten Termin erinnern und anmerken, dass dies auch ein wichtiger Punkt im Gesamtprogramm ist und auch hilfreich bei der Beibehaltung des Veränderungsprozesses sein kann.

Um die Motivation zu konsolidieren kann es sinnvoll sein, den Patienten zu fragen, was die schlechtesten Szenarien wären, wenn der Betroffene wieder seine alten Gewohnheiten bei der Mundhygiene aufnehmen würde. Helfen Sie dem Patienten in die direkte Zukunft zu blicken, zukünftige Schritte zu antizipieren oder potentielle Hindernisse, die auftreten können, zu thematisieren, um so einem Rückfall entgegen zu wirken.

---

## **MG – Zahngesundheit und Mundhygiene**

---



### **ARBEITSBLÄTTER**

## Wie gehen Sie mit Ihrer Zahngesundheit um?

### Wie oft...

(nie, gelegentlich, häufig)

- sprechen Sie mit Ihrem Arzt über Ihre Zahngesundheit?
- finden Sie verschiedene Möglichkeiten, um Ihre Zahngesundheit im Alltag zu verbessern: durch Zähneputzen, Benutzung von Zahnpasta, durch Gurgeln und Verwendung von Zahnseide?
- besuchen Sie einen Zahnarzt?
- nehmen Sie Schmerzmittel anstatt einen Zahnarzt zu besuchen?

Wenn Sie die meisten Fragen mit "häufig" beantwortet haben – *Großartig!*

Wenn Sie die meisten Fragen mit "nie" – oder "manchmal" beantwortet haben, könnten/dürften Sie durch Veränderung Ihres Verhaltens bezüglich der Zahngesundheitspflege eine Verbesserung in diesem Bereich erzielen.

### Wo(mit) würden Sie beginnen?

**Was ich verändern möchte:**

The form consists of 18 empty rounded rectangular boxes arranged in a structured layout. There are 10 boxes with a dark border and 8 boxes with a light border. The dark-bordered boxes are arranged as follows: one in the top-left, one in the top-right, one in the middle-left, one in the middle-center, one in the middle-right, one in the bottom-left, and one in the bottom-right. The light-bordered boxes are arranged in a vertical column on the right side of the page, with four boxes at the top and four boxes at the bottom.

## Wichtigkeitsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie wichtig ist für Sie (die Durchführung) diese(r)  
Veränderung?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Überhaupt nicht wichtig

Extrem wichtig

## Zuversichtsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Änderung umsetzen können?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht zuversichtlich

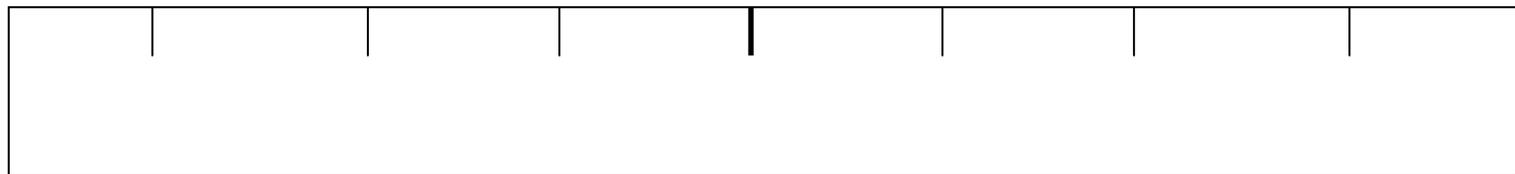
Extrem zuversichtlich

## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern: **Zahngesundheit und Mundhygiene**



Ich bin nicht bereit

Ich bin unsicher

Ich bin bereit

## Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Ich möchte folgendes Verhalten ändern:

---

---

Der wichtigste Grund, warum ich diese Änderung machen möchte, ist:

Weitere Gründe für die Durchführung der Änderung sind:

Das Hauptziel bei der Umsetzung der Änderung ist für mich:

Um mein Ziel zu erreichen, werde ich folgende Dinge tun:

Die ersten 3 Schritte/Maßnahmen zur Umsetzung der Änderung sind:

Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn:

## **ENTSCHLÜSSE ABWÄGEN**

Wenn Sie Entschlüsse abwägen, ziehen Sie Kosten und Nutzen von dem, was immer Sie gerade auch tun, in Betracht.

Sie verhielten sich bisher passiv in Bezug auf Ihre Zahngesundheit, weil Sie glauben, dass die Vorteile einer Lebensweise, in der Sie Ihre Zahngesundheit vernachlässigen, die Nachteile/Kosten für einen Lebensstil, in dem Sie für Ihre Mundhygiene sorgen, überwiegen.

Das Abwägen von Entschlüssen beinhaltet persönliche Entscheidungen, Ihre Entscheidungen.

## **KONSEQUENZEN**

Konsequenzen sind Folgen Ihres Verhaltens, z. B., nicht die Zähne zu putzen. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Zum Beispiel kann Ihnen die Vernachlässigung Ihrer Zahngesundheit kurzfristig dabei helfen, sich unbelastet zu fühlen, aber langfristig kann sich dies negativ auf Ihre Zahngesundheit und Mundhygiene durch Karies oder Zahnausfall auswirken.

Manche Menschen sind in der Lage, Ihr Verhalten selbst zu ändern. Fragt man solche Menschen, was sie zur Änderung veranlasste, sagen sie oft, dass sie nur "darüber nachgedacht haben". Menschen machen oft Dinge als Resultat der Entschlüsse, die sie fassen. Sie evaluieren die Konsequenzen Ihrer Verhaltensveränderung (Abwägung von Pro/Contra) bevor Sie den entgeltigen Entschluss zur Änderung fassen.

**Das ist exakt, was Sie tun können!**

Denken Sie an eine Gewichtungsskala, mit den Nachteilen Ihres vernachlässigten Mundhygieneverhaltens auf der einen Seite und den Vorteilen auf der anderen Seite. Wenn Vor- und Nachteile ziemlich ausgeglichen sind, gibt es nichts, was Sie zu einer Änderung veranlasst. Wenn Sie Gewichte zu einer Seite der Skala hinzufügen, wird ein Ungleichgewicht entstehen. Um etwas zu ändern, müssen Sie die Waage kippen. Sie müssen Ihr Verhaltensmuster, das die Zahngesundheit vernachlässigt persönlich so bewerten, dass das Negative an dem Mangel der Mundhygieneausübung das Positive überwiegt.

Dieser Prozeß wird Entscheidungsfindung genannt.

Wir machen es die ganze Zeit: das Abwägen der Pros und Kontras einer Veränderung. Zum Beispiel wägen Menschen die Pros und Kontras bei der Durchführung einer Veränderung in ihrem Job und ihren Beziehungen ab. Entscheidungen darüber, ob man eigene Zahngesundheit und Mundhygiene verbessert, sind genauso zu treffen, wie Entscheidungen in anderen Lebensbereichen.

## **NACHDENKEN ÜBER IHREN ZAHNGESUNDHEITZUSTAND UND IHRE GEWOHNHEITEN BEZÜGLICH DER MUNDHYGIENE**

Fragen Sie sich beim Nachdenken über Ihren Zahngesundheitszustand und Ihre Gewohnheiten bezüglich der Mundhygiene:

Was könnte ich verlieren oder gewinnen, wenn ich weiter meine Zahngesundheit vernachlässige? Welche Rolle spielt Zahngesundheit und Mundhygiene in meinem Leben?

## ENTSCHEIDUNG ZUR VERÄNDERUNG

Eine Methode, die Ihnen helfen kann, Ihre Gedanken hinsichtlich Ihrer Zahngesundheit zu ordnen, ist die Auflistung aller Vor- und Nachteile, die Ihre Gewohnheiten bezüglich der Mundhygiene und Mangel an Zahngesundheit mit sich bringen. Diese Übung soll Ihnen dabei helfen, darüber nachzudenken, welche Faktoren bei Ihrer Entscheidung zu einer Veränderung mitspielen. Vergessen Sie nicht, dass es sich um **Ihre Entscheidung** zur Veränderung handelt! Sie sind derjenige, der entscheiden muss, was es Ihnen bringt, die Waage zugunsten einer Veränderung zu kippen.

**Das Positive an Ihrem  
aktuellen  
Zahngesundheitszustand,  
Ihren Gewohnheiten und  
Mangel an Mundhygiene**

---

---

---

---

---

---

---

**Das Negative an Ihrem  
aktuellen  
Zahngesundheitszustand,  
Ihren Gewohnheiten und  
Mangel an Mundhygiene**

---

---

---

---

---

---

---

## Mein Plan: Änderung des Verhaltens

### - Schwierigkeiten und Hindernisse

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Ich will das folgende Verhalten ändern:**

---

---

Das sind mögliche Haken & Hindernisse, die meine Veränderung behindern könnten:

Wie kann ich mit diesen Haken und Hindernissen umgehen?

---

# **Motivierende Gesprächsführung**

**adaptiert auf den Bereich Alkoholkonsum**

---

**- Forschungsmanual -**

**Entwickelt im Rahmen des Forschungsprojekts HELPS**

# Motivierende Gesprächsführung

adaptiert auf den Bereich Alkoholkonsum

Dieses Manual basiert auf „Motivational Enhancement Therapy Manual“ (1995) von William Miller, Allen Zweigen, Carlo DiClemente und Roberto Rychtarik. NIH Publikation Nr. 943723

## Kontakt:

Prisca Weiser  
Universität Ulm  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D - 89312 Günzburg

Tel.: 08221 / 962862  
Fax: 08221 / 9628160  
Email: [prisca.weiser@uni-ulm.de](mailto:prisca.weiser@uni-ulm.de)

Weiterführende Informationen: <http://www.helps-net.eu/index.htm>

---

## **MG – Alkoholkonsum**

---

### **HANDBUCH**

## Vorwort

Motivierende Gesprächsführung (MG) Alkoholkonsum bedient sich eines systematischen Interventionszuganges, um Veränderungsprozesse herbeizuführen. Es basiert auf den Prinzipien der Motivationspsychologie und ist so konzipiert, dass hinsichtlich eines ungesunden Trinkverhaltens schnelle und verinnerlichte motivationale Veränderungen hervorgerufen werden können. Diese Form der Behandlung zielt auf Motivationsstrategien ab, die die individuellen Ressourcen für Veränderungsprozesse bei den Betroffenen aktivieren. Diese Therapie kann als eigenständige Intervention bzw. als vorgelagerte Behandlung oder auch als zusätzliche Option bei bereits laufenden Therapien angewendet werden.

Das Manual „MG-Alkoholkonsum“ wird mit der Idee veröffentlicht, Behandlungsabläufe und –zugänge, die im Rahmen des HELPS-Projektes entwickelt wurden, einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dieses Forschungshandbuch ist für professionelle klinische Mitarbeiter zusammengefasst und wurde, basierend auf dem „Motivational Interviewing“, für Menschen mit Problemen in Bereich „Alkoholkonsum und Trinkverhalten“ konzipiert. Dieses Manual wurde im Rahmen des HELPS-Projektes ausgearbeitet, das Projekt finanziert sich durch Mittel der Europäischen Kommission (DG Sanco - Contract No 2006224).

Das vorliegende Dokument ist eine Adaption und Erweiterung des Manuals „Motivational Enhancement Therapy“. Der Text wurde übersetzt bzw. für den Bereich Trinkverhalten adaptiert. Beispiele werden zur Veranschaulichung und für die Umsetzung in die Praxis angeführt, um die theoretische Basis zu verdeutlichen.

Das vorliegende Manual „MG-Alkoholkonsum“ wurde für die Durchführung von motivierender Gesprächsführung im stationären und ambulanten Bereich konzipiert und lässt sich gut in die Regelversorgung von psychiatrischen Heimen und Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen integrieren.

Im Folgenden werden zunächst die fünf Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung erläutert. Anschließend werden die einzelnen Schritte der MG-Technik beschrieben und Beispiele genannt, die aus dem Anwendungsbereich „Alkoholkonsum“ entstammen, um eine Übertragung in den praktischen Alltag zu erleichtern. Abschließend werden Empfehlungen gegeben, wie mit spezifischen Problemstellungen, welche während der Anwendung der Gesprächsführung auftreten können, umgegangen werden kann.

## **Einleitung**

### **Motivierende Gesprächsführung – adaptiert auf den Bereich Alkoholkonsum**

Bei der motivierenden Gesprächsführung für den Bereich „Verhaltensänderung der Trinkgewohnheiten“ ist zu berücksichtigen, dass sich die Verhaltensänderungen sowohl auf Modifikation wie auch Abstinenz beziehen können. Auch bleibt festzuhalten, dass es grundsätzlich keine zeitlichen Vorgaben oder Fristen gibt, sondern vielmehr sollen klar definierte und konkrete Ziele bezüglich einer bestimmten Verhaltensänderungen, in den Vordergrund gestellt werden (z. B. nur ein Glas Wein am Abend; nicht jeden Tag Alkohol konsumieren).

Veränderungen im Bereich Alkoholkonsum müssen unter einer langfristigen, wenn nicht sogar lebenslangen Perspektiven gesehen werden, wenn diese auch effektiv Einfluss auf den Gesundheitszustand der Betroffenen (z. B. Reduktion der Einnahme von alkoholischen Getränken bei Hyperlipidämie) nehmen sollen. Folgerichtig kann die Ambivalenz der Betroffenen die zentrale Hürde für solche langfristigen Veränderungen darstellen.

Die Anwendung der motivierenden Gesprächsführung soll dazu führen, dass die Klienten lernen Wege zu finden, mit denen subjektiv unüberwindbar erscheinende Hürden auch genommen werden können. Weiter bleibt zu berücksichtigen, dass die Reduktion von gewohnten Alkoholmengen bzw. der vollständige Verzicht auf persönlich bevorzugte Getränke (Schnaps, Bier, Wein u. a.), oft mit Unlust- bzw. Verlustgefühlen einhergeht und somit auch ein Grund für den Abbruch einer Therapie sein kann. Folglich sollte eines der wichtigsten Ziele bei der Verwendung von motivierender Gesprächsführung Unterstützung der positiven Aspekte eines Veränderungsprozesses sein (z. B. was wird gewonnen, was verloren).

### **Ziele der Motivierenden Gesprächsführung**

Die motivierende Gesprächsführung hat vor allem zwei Ziele:

1. Ziel: Förderung der Änderungsbereitschaft  
→ wenn Patienten wenig Änderungsbereitschaft signalisieren, steht die Förderung der intrinsischen (= inneren) Motivation am Anfang
2. Ziel: Förderung der Änderungskompetenz  
→ bei bestehender Änderungsbereitschaft steht die Klärung der Frage „Wie kann ich die Veränderung erreichen?“ im Vordergrund. In dieser Phase ist die Förderung der Änderungskompetenz Ziel der Intervention.

Um diese Ziele erreichen zu können bietet die Motivierende Gesprächsführung verschiedene Interventionstechniken an, auf die weiter unten eingegangen wird (→ Grundlegende Prinzipien der MG, s.u.)

## Das Phasenmodell des Veränderungsprozesses

Prochaska & DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986) haben ein transtheoretisches Modell beschrieben, wie Menschen ihr Verhalten, sowohl im Rahmen einer formellen Behandlung als auch ohne eine solche, ändern können. In dieser transtheoretischen Perspektive bewegen sich Individuen im Rahmen eines Veränderungsprozesses durch verschiedene Phasen hindurch, in denen problematische Verhaltensweisen modifiziert werden. Dieses Konzept der unterschiedlichen Phasen ist wichtig, um Veränderungsprozesse überhaupt zu verstehen. Jede dieser Phasen stellt bestimmte Anforderungen und verlangt gewisse Fertigkeiten, um eine Veränderung auch wirklich zu erreichen. Sechs voneinander abgrenzbare Phasen wurden im Rahmen dieses Modells identifiziert (Prochaska & Di Clemente, 1984, 1986).

Menschen, die keine Absichten zur Veränderung von problematischen Verhaltensweisen erkennen lassen, befinden sich laut Definition in einer **Absichtslosigkeitsphase** (*engl.* „Precontemplation“). Die nächste Stufe, genannt **Vorbereitungsphase** (*engl.* „Contemplation“), beschreibt einen Zeitraum, in dem eine Person sowohl die Existenz eines Problems zu erkennen beginnt, als auch die Machbarkeit bzw. den Aufwand einer Veränderung ihres Verhaltens in Erwägung zieht. Im Rahmen des weiteren Veränderungsprozesses, gelangt der Betroffene in die **Entscheidungsphase** (*engl.* „Determination“), in der Beschlüsse zu Aktivität und Veränderung gefasst werden. Ab dem Zeitpunkt, zu dem die Person mit der Änderung ihres problematischen Verhaltens beginnt, befindet sie sich in der **Handlungsphase** (*engl.* „Action“), die normalerweise etwa 3-6 Monate anhält. Als nächstes erreicht der Betroffene die **Aufrechterhaltungsphase** (*engl.* „Maintenance“). Falls der Veränderungsprozess misslingt, spricht man von einer **Rückfallsphase** (*engl.* „Relapse“) und die Person kann den Zyklus erneut beginnen.

Der ideale Weg ist also eine progressive direkte Veränderung von einer Phase in die nächste, bis zum Erreichen der *Aufrechterhaltungsphase*. Der Mehrzahl der Betroffenen, die ein gesundheitsschädliches Trinkverhalten zeigen werden im Rahmen des Veränderungsprozesses immer wieder Rückfälle bzw. Fehler unterlaufen, was ein Erreichen der *Handlungs-* bzw. *Aufrechterhaltungsphase* unmöglich macht. Die gute Nachricht ist jedoch, dass die meisten Rückfälle erneut mit einem Beginn des Zyklus einhergehen und die Personen wieder in die *Vorbereitungsphase* eintreten und einen erneuten Veränderungsprozess beginnen. Ein mehrfaches „Durchwandern“ dieses Zyklus ist häufig zu beobachten, bevor Patienten eine Veränderung auch erfolgreich durchhalten können.

Aus der Perspektive der verschiedenen Phasen bei Veränderungsprozessen, bezieht sich der Zugang der motivierenden Gesprächsführung vor allem auf die derzeitige Position im Rahmen der Veränderung und unterstützt den Patienten erfolgreich und nachhaltig durch die verschiedensten Phasen des Veränderungsprozesses hindurch.

Für den MG-Therapeuten ist die *Vorbereitungs-* und *Entscheidungsphase* am kritischsten. Das Ziel sollte sein, den Patienten bei grundlegenden Überlegungen in zwei Bereichen zu unterstützen:

1. Sowohl die Erkenntnis, vor welchem Alkoholproblem der Betroffene steht und in welcher Weise es ihn affiziert (positiv oder negativ), als auch die Abwägung von Pro und Contra einer ungesunden Trinkweise sind essentiell, um von der *Vorbereitungs-* in die *Entscheidungsphase* überzugehen.
2. In der *Vorbereitungsphase* wägt der Patient sowohl die prinzipielle Möglichkeit als auch die Vor- bzw. Nachteile einer Veränderung seines ungesunden Trinkverhaltens ab. Der Betroffene überlegt, ob er selbst zu einer Veränderung fähig ist und in welcher Form solche Veränderungen sein Leben beeinflussen werden.

In der *Entscheidungsphase* entwickeln die Patienten eine starke Grundhaltung, um Aktivität entwickeln zu können. Diese Haltung wird auch durch Erfahrungen aus der Vergangenheit bei verschiedenen Veränderungsversuchen beeinflusst. Personen, denen schon früher in mehreren Versuchen nicht gelang, ihre Trinkgewohnheiten zu verändern, benötigen verstärkte Unterstützung, um erneut einen Beschluss zu fassen, und einen neuen Veränderungszyklus beginnen zu können.

Das Verstehen eines Veränderungsprozesses kann dem MG-Therapeuten helfen Empathie für den Patienten aufzubauen und gilt auch als richtungsweisend für das adäquate Vorbereiten von Interventionsstrategien. Es bleibt festzuhalten, dass Patienten zwar immer ihren eigenen individuell ausgeprägten Zyklus von Veränderung durchschreiten, jedoch ist das Prinzip des Zyklus an sich bei allen gleich. Die Geschwindigkeit und die Effizienz, mit der ein solcher Zyklus durchschritten wird, variiert von Person zu Person. Das Ziel ist es, den Betroffenen im Bewältigen der verschiedenen Phasen zu unterstützen und dies so effektiv und schnell wie möglich zu gestalten.

Die Technik von MG ist in den Theorien und der Forschung über motivationale Veränderungsprozesse gut eingebettet. Die Technik berücksichtigt ein breites Verständnis der verschiedenen Phasen und Prozesse bei Veränderungen ungesunder Trinkweisen. MG basiert auf motivationalen Prinzipien, die sowohl aus experimentellen als auch aus klinischen Forschungsbereichen abgeleitet wurden. Der motivationale Zugang ist durch klinische Studien gut untermauert: die Effektivität ist mit Ergebnissen von alternativen Behandlungsmöglichkeiten vergleichbar und in Anbetracht der Kosteneffektivität schneidet der Behandlungszugang von MG im Vergleich zu anderen nicht schlechter ab (Holder et al., 1991).

## **Grundlegende Prinzipien**

Der Zugang von MG beginnt mit der Überlegung, dass die Verantwortung und die Möglichkeiten für eine Veränderung beim Patienten selbst liegen. Das Ziel des Therapeuten ist es ein Setting zu gestalten, welches den Patienten darin unterstützt, seine eigenen Motivationen und Veränderungsmöglichkeiten herauszufinden. Anstatt die Therapiesitzung selbst als primären Ort für Veränderung anzusehen, versucht der Behandelnde die inneren Ressourcen des Patienten zu mobilisieren. MG zielt darauf ab, die intrinsische Motivation zur Veränderung zu aktivieren, was dazu führen soll, dass der Patient Veränderungen initiiert, diese aufrechterhält und infolge dessen weitere Anstrengungen unternimmt, sein Verhalten zu verändern. Miller & Rollnick (1991) haben fünf grundlegende motivationale Prinzipien für einen solchen Zugang beschrieben:

- Empathischer Beratungsstil
- Entwicklung von Diskrepanzen
- Vermeidung von Beweisführungen
- Widerstand aufnehmen und umlenken
- Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern

### **Empathischer Beratungsstil**

Der MG-Therapeut versucht in der Kommunikation großen Respekt gegenüber dem Patienten zu vermitteln. Kommunikationsstile, die eine Über- bzw. Unterlegenheit in der Beziehung darstellen, sollten vermieden werden. Die Rolle des Therapeuten ist eine Mischung aus unterstützendem Begleiter und wissendem Berater. Die Freiheit des Patienten bei der Wahl und Richtung eines Prozesses wird respektiert. Es bleibt festzuhalten, dass unter diesem Aspekt nur der Patient entscheiden kann, welche Veränderungen in der Folge durchgeführt werden. Der Therapeut versucht vielmehr zusätzliche Wege aufzuzeigen als Wege abzuwerten, und Neues aufzubauen als Altes niederzureißen. Bei der Arbeit mit MG ist das Zuhören bei weitem wichtiger als das Belehren. Die Überzeugungsarbeit ist behutsam, subtil und immer in dem Wissen, dass Veränderungsprozesse alleine vom Patienten ausgehen können, zu leisten. Die Kraft dieser behutsamen, nicht aggressiven Überzeugungsarbeit ist in vielen klinischen Arbeiten anerkannt worden. Das aktive Zuhören, Reflektieren und Spiegeln von Inhalten ist eine Schlüsselfähigkeit im Rahmen von MG. Es vermittelt eine grundlegende Akzeptanz des Patienten und betont auch die Unterstützung im Veränderungsprozess.

### **Entwicklung von Diskrepanzen**

Motivation zur Veränderung entsteht, wenn Personen sich des Gegensatzes zwischen der Situation, in der sie sich befinden und dem Zustand, in dem sie eigentlich gerne sein wollen, bewusst werden. Der MG-Zugang fokussiert auf das Wahrnehmen von solchen Gegensätzen, in diesem Fall auf ungesundes

Trinkverhalten. In manchen Fällen (z. B. bei Personen in der *Absichtslosigkeitsphase* im Prochaska & DiClementes-Modell) scheint es notwendig, ein Bewusstsein für solche Gegensätze überhaupt erst einmal zu entwickeln, indem man die Aufmerksamkeit des Patienten auf verschiedene persönliche Folgeerscheinungen seines ungesunden Trinkverhaltens lenkt.

Solche sorgfältig aufgearbeiteten Informationen können eine Krise im Rahmen des Motivationsveränderungsprozesses hervorrufen. Daraus entwickelt sich manchmal bei dem Betroffenen eine verstärkte Auseinandersetzung über verschiedenste Veränderungsmöglichkeiten, mit dem Hintergedanken, die plötzlich realisierten Diskrepanzen zu reduzieren und so bald wieder zu einem emotionalen Gleichgewicht finden zu können. In anderen Fällen betritt der Patient das Behandlungsprozedere in einer späteren Phase (z.B. *Vorbereitungsphase*) und es werden weniger Zeit und Erfordernisse nötig sein, um zu dem Punkt zu gelangen, an dem der Patient sich für Veränderungen entscheidet.

### **Vermeidung von Beweisführungen**

Falls schlecht angewendet, kann die Ambivalenz und das Bewusstwerden von Gegensätzen in einer defensiven Copingstrategie enden und auf diesem Weg das Unbehagen des Patienten reduzieren, wobei jedoch keine Veränderung des übermäßigen Konsums an Alkohol und der daraus resultierenden Risiken einhergeht. Ein unrealistischer „Angriff“ (aus der Perspektive des Patienten) auf die ungesunden Trinkgewohnheiten führt zumeist zu einer defensiven Haltung und zu Widerstand und impliziert subjektiv auch, dass der Therapeut die Situation nicht richtig versteht.

Der MG-Stil vermeidet explizit Argumentationen und Schlussfolgerungen, die zum Auftreten von Widerstand führen könnten. Der Therapeut versucht nicht mit der Kraft von Argumenten zu beweisen oder zu überzeugen. Stattdessen verwendet der Behandelnde andere Strategien, die den Patienten darin unterstützen, über die Folgen seines ungesunden Lebensstils gründlich nachzudenken und beginnt die subjektiv positiven Aspekte des Alkoholmissbrauchs mit dem Patienten abzubauen. Wenn MG sorgfältig durchgeführt wird, ist es der Patient und nicht der Therapeut, welcher Argumente für Veränderungen hervorzubringen beginnt (Miller & Rollnick, 1991).

### **Widerstand aufnehmen und umlenken**

Der Umgang des Therapeuten mit dem Widerstand des Patienten ist ein essentieller und definierender Aspekt im Rahmen von MG. Die Strategie von MG ist nicht dem Widerstand frontal zu begegnen, sondern diesen mit dem Ziel zu verwenden, die Aufmerksamkeit des Patienten auf den Veränderungsprozess zu lenken. Dem Betroffenen werden neue Möglichkeiten präsentiert, über Probleme nachzudenken, jedoch nicht von ihm gefordert. Ambivalenz wird als normal und nicht als pathologisch angesehen und weitsichtig exploriert. Die Lösungen werden

normalerweise vom Patienten selbst erarbeitet und nicht vom Therapeuten vorgegeben. Dieser Umgang mit dem Widerstand des Patienten wird im Folgenden noch detaillierter beschrieben.

### **Zuversicht stärken und Selbstwirksamkeit fördern**

Eine Person, die davon überzeugt ist, dass sie ein grundlegendes Problem hat, wird nicht beginnen, sich zu verändern, bis zu dem Zeitpunkt, ab dem auch Aussicht auf Erfolg zu bestehen scheint. Pandura (1982) hat diese Selbstwirksamkeit als kritischen Faktor in der Veränderung von Verhaltensweisen beschrieben. Selbstwirksamkeit ist, im Wesentlichen, der Glaube, dass man selbst ein bestimmtes Verhaltensmuster bzw. bestimmte Fertigkeiten erlernen kann. In diesem Fall muss der Patient davon überzeugt sein, dass es für ihn möglich ist, sein ungesundes Trinkverhalten zu verändern und somit auch resultierende Probleme zu vermindern. Im Alltag könnte man dies Hoffnung oder Optimismus nennen, wobei hier nicht die optimistische Zugangsweise der essentielle Punkt ist. Vielmehr ist es der spezifische Glaube des Patienten, dass er selbst dieses Alkoholproblem lösen kann. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem dieses Element nicht vorhanden ist, kann das Wahrnehmen eines Gegensatzes in einer defensiven Copingstrategie (z. B. Rationalisierung, Verneinung) münden und so zur Reduktion des subjektiven Unbehagens führen ohne jedoch, in einer Veränderung des Verhaltens zu resultieren. Dies ist ein natürlicher, verständlicher und selbstschützender Prozess. Wenn der Betroffene kaum Hoffnung hat, bestehende Probleme verändern zu können, dann gibt es auch wenige Gründe sich diesem Problem wirklich zu stellen.

MG betont die Wahlmöglichkeit des Patienten bei zukünftigen Trinkgewohnheiten. Der Zugang von MG sieht die Ambivalenz als normale Phase im Rahmen einer Veränderung, daraus resultierend begegnet der MG-Therapeut dem Widerstand vielmehr mit Reflexion und Spiegelung als mit Argumentation und unterstützt das Potential des Patienten für Veränderung (Selbstwirksamkeit). Der MG-Therapeut erzeugt Motivation und löst beim Patienten Ideen aus, wie Veränderungen aussehen könnten.

Während Fertigkeitstrainings eine Bereitschaft zur Veränderung zum Teil bereits voraussetzen, fokussiert MG explizit auf die Motivation selbst als Schlüsselfaktor beim Triggern von anhaltender Veränderung (Miller & Rollnick, 1991). Fehlen Motivation und Einsatz, scheint ein Fertigkeitstraining verfrüht. Sobald es zu einer Veränderung der Motivationslage kommt, werden die Ressourcen des Patienten diesbezüglich genügen. Für einige Betroffene scheint der Zugang im Rahmen des Fertigkeitstrainings wenig effizient, weil er den Fokus vom Schlüsselement der Veränderung verschiebt: einem klaren und beständigen Entschluss für Veränderung (Miller & Brown, 1991). Wie auch immer, ist MG prinzipiell nicht inkompatibel mit Fertigkeitstrainingsprogrammen.

## Strategien in der Praxis

### Phase I – Aufbau von Motivation zur Veränderung

In Phase I fokussiert sich MG auf die Entwicklung der Patientenmotivation, um eine Veränderung der Trinkgewohnheiten hervorzurufen. Die Betroffenen unterscheiden sich in ihrer Bereitschaft zu solch einer Veränderung. Manche werden mit einem bereits fest gefassten Entschluss zur Veränderung in die Behandlung kommen, wobei auch hier zuerst die Ernsthaftigkeit dieser Überzeugung exploriert werden sollte. Dieser Entschluss sollte im Rahmen der Therapie gefestigt werden. Andere Patienten wiederum, werden zu Beginn der Therapie eher abgeneigt oder sogar feindlich erscheinen. Im Extremfall müssen Personen, die sich in der *Absichtslosigkeitsphase* befinden, von Familienangehörigen oder rechtlichen Vertretern in die Behandlung gezwungen werden. Der Erfahrung nach werden die meisten Betroffenen jedoch in der *Vorbereitungsphase* in den Behandlungsprozess einsteigen. Sie werden meistens bereits mit Veränderungsprozessen begonnen haben, aber noch weitere Bestärkung im Bereich der Veränderungsmotivation benötigen.

Diesen Prozess kann man als ein „Anstoßen der Entscheidungsbalance“ ansehen (Janis & Mann, 1977; Miller, 1989). Bei diesem Prozess wird auf der einen Seite der Status Quo (weiterer übermäßiger Verzehr an Alkohol), auf der anderen eine Veränderung derselben bevorzugt. Der erste Aspekt im Entscheidungsprozess wird durch augenscheinlich Positives der ungesunden Trinkgewohnheiten und Ängste bezüglich der Folgen einer Veränderung beeinflusst. Andererseits gibt es auch positive Aspekte bei Veränderung des aktuellen Trinkverhaltens und Ängste vor Konsequenzen, falls keine Veränderung gelingt. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dieses „Gleichgewicht“ in Richtung einer Veränderung zu bewegen. Acht dafür anwendbare Strategien werden nun im Detail besprochen (Miller & Rollnick, 1991).

#### Strategie 1: Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation

Der MG-Therapeut versucht, gewisse Formen von Aussagen beim Patienten hervorzurufen, die im Rahmen des hier präsentierten Konzeptes als Aussagen zur Eigenmotivation betrachtet werden können. Diese Aussagen beinhalten:

- Empfänglichkeit für Informationen über Alkoholmissbrauch und dessen Folgen
- Bestätigen von realen bzw. potentiellen Problemen, die mit ungesundem Trinkverhalten in Beziehung stehen
- Ausdruck eines Wunsches, der Notwendigkeit oder Bereitschaft zur Veränderung
- Ausdruck von Optimismus über die Möglichkeit einer Veränderung

Es gibt mehrere Wege, solche Aussagen bei dem Patienten auszulösen. Die eine Möglichkeit wäre es, den Betroffenen direkt mit einer offen gestellten Frage darauf anzusprechen. Anbei einige Beispiele:

*Ich gehe davon aus, dass Sie nun hier sind, da Sie einige Bedenken bzw. Schwierigkeiten in Bezug auf Ihr Trinkverhalten haben. Erzählen Sie mir über diese. Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihren Alkoholkonsum. Was mögen Sie am meisten an den Sachen, die Sie trinken? Was ist dabei das Positive für Sie? Was ist die negative Seite? Was sind Ihre Befürchtungen, wenn Sie übermäßig Alkohol trinken? Welche Befürchtungen haben Sie bei Ihren derzeitigen Trinkgewohnheiten? Sagen Sie mir, was Ihnen bei Ihrem Trinkverhalten aufgefallen ist, wie hat sich dieses im Laufe der Zeit verändert? Was sind die Aspekte, über die Sie sich den Kopf zerbrechen, was glauben Sie können Ihre Probleme sein, oder was könnte zu einem Problem führen? Was haben Ihnen andere Leute über Ihr unkontrolliertes Trinken gesagt? Worüber sind andere Menschen diesbezüglich beunruhigt? Was veranlasst Sie zu glauben, dass Sie Ihr Trinkverhalten ändern sollten?*

Sobald der Veränderungsprozess sich zu entwickeln beginnt, sollte darauf geachtet werden, den Prozess laufen zu lassen, vor allem mittels aktivem Zuhören bzw. Spiegeln der Inhalte (siehe unten), in dem man sich nach Beispielen erkundigt oder fragt: „Was gibt es noch?“. Falls es jedoch zum Stocken des Prozesses kommt, kann man auf generelle Bereiche zurückgreifen, die im Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Trinkverhalten?“ beschrieben sind. Dieses Arbeitsblatt kann für eine strukturierte Exploration verwendet werden. Folgende Aspekte sollten berücksichtigt werden:

- Menge und Toleranz – ist die Gesamtmenge an alkoholischen Getränken, die der Patient zu sich nimmt, steigend? Scheint es, dass der Patient größere Mengen benötigt, um ähnliche Effekte wie zuvor erzielen zu können (Verminderung von emotionalem Distress) oder größere Dosis verträgt ohne wirklich einen Effekt zu spüren?
- Verhalten – hat das ungesunde Trinkverhalten in irgendeiner Form Schwierigkeiten im sozialen Umfeld des Betroffenen geschaffen (z. B. durch Stehlen von alkoholischen Getränken aus dem Kühlschrank anderer Bewohner; Probleme mit Freunden bzw. Familienmitgliedern aufgrund der Betrunkenheit)? Hat es zur Verantwortlichkeitslosigkeit geführt? Unannehmlichkeiten bei Bewegung, finanziellen Problemen, bzw. befremdendes Verhalten (wie z. B. Aggressivität) verursacht?
- Coping – benutzt der Patient Alkohol, um mit Problemen bzw. Alltagsschwierigkeiten umzugehen? Wie gut funktioniert dies, um Probleme zu reduzieren?
- Abhängigkeit – wie abhängig ist der Patient vom Alkohol? Ist eine Art von Druck vorhanden, z. B. jeden Tag zu trinken?

- Emotionale Gesundheit – wie beeinflusst übermäßiges Trinken die Emotionen des Patienten? Schämt sich die Person diesbezüglich, gibt es Schuldgefühle oder Kontrollverlust aufgrund des Trinkens?
- Familie – welche Auswirkungen hat der übermäßige Alkoholverzehr auf das Familiensystem?
- Gutes Selbstwertgefühl – in welcher Form beeinflusst das ungesunde Trinkverhalten und dessen Konsequenzen das Selbstkonzept des Betroffenen?
- Physische Gesundheit – hat das übermäßige Trinken irgendwelche körperlichen Konsequenzen bzw. Erkrankungen hervorgerufen (z. B. Lebererkrankungen, Herzschäden, Kreislaufbeschwerden)?
- Wichtige Beziehungen – welchen Einfluss hat der Alkoholmissbrauch auf die Beziehung mit dem Partner bzw. den engen Freunden?
- Arbeitsplatz – in welcher Form haben die ungesunden Trinkgewohnheiten und deren Folgen Einfluss auf das Arbeitsverhältnis des Betroffenen?
- Schlüsselpersonen – was denken Schlüsselpersonen des Patienten über seinen übermäßigen Verzehr an Alkohol?
- Beziehungen und Sexualität – in welcher Form hat der übermäßige Alkoholgenuss Einfluss auf die physische Attraktivität, Sexualität, Libido und sexuellen Beziehungen?
- Psychische Fähigkeiten – hat das aktuelle Trinkverhalten Einfluss auf die kognitiven Funktionen des Patienten?

### **Strategie 2: Zuhören mit Empathie**

Die gerade dargestellten Strategien können initial Aussagen hervorrufen, es ist jedoch auch entscheidend, wie der Therapeut auf diese Aussagen des Patienten reagiert. Die Fähigkeit des Therapeuten für sorgsame Empathie (aktives Zuhören, Reflektieren, Verstehen) ist die optimale Reaktion im Rahmen des MG-Strategiekonzeptes.

Im Allgemeinverständnis ist Empathie definiert als „fühlen mit“ einer Person oder eine Form von sofortigem Verständnis für das Gegenüber, aufgrund einer ähnlichen Erfahrung. Carl Rogers führte einen neuen technischen Begriff für Empathie ein, in dem er damit eine besondere Fähigkeit und Art des „aktiven Zuhörens“ beschrieb (Rogers, 1957, 1959). In diesem Sinne hört der Therapeut dem Patienten sorgfältig zu und reflektiert/spiegelt es dem Patienten oft in einer leicht modifizierten Art und Weise wieder. Die Bestätigung von Gefühlen, die seitens des Patienten ausgedrückt oder impliziert werden, kann ebenfalls in das Gespräch aufgenommen werden. Diese Art zu antworten birgt einige Vorteile:

- Es ist relativ unwahrscheinlich beim Patienten Widerstand hervorzurufen
- Es unterstützt den Patienten darin, weiterhin über das jeweilige Thema zu sprechen bzw. es weiterhin zu bearbeiten
- Es vermittelt Respekt und Fürsorglichkeit und stärkt ein therapeutisches Arbeitsverhältnis
- Es verdeutlicht dem Therapeuten noch einmal exakt das, was der Patient genau gemeint hat
- Es kann auch zur Bestärkung von hervorgebrachten Ideen des Patienten verwendet werden

Der letzte Punkt scheint von besonderer Bedeutung zu sein. Man kann selektiv gewisse Teile der Aussage des Patienten verstärken, andere wiederum können übergangen werden. In diesem Sinne empfangen Patienten Aussagen nicht nur im Rahmen einer selbst getätigten Äußerung zur Eigenmotivation, sondern hören auch von ihrem Therapeuten, dass sie dies gesagt haben. Weiterhin bringt dieser Antwortstil mit sich, dass der Patient über die gemachten Aussagen zu reflektieren beginnt.

Optimales aktives Zuhören verzichtet auf Ratschläge, Abmachungen, Meinungsverschiedenheiten, Suggestionen, Belehrungen, Warnungen und Fragestellungen zugunsten einer Fortführung der Exploration im Sinne des Patienten. Es mag vorteilhaft sein, diese reflektive Zugangsweise anderen therapeutischen Antwortmöglichkeiten gegenüberzustellen:

Patient: *Ich glaube, ich trinke manchmal zu viel, aber ich glaube nicht, dass ich ein Problem mit dem Alkohol habe, ich fühle mich nicht abhängig.*

- **Konfrontation:** *Oh ja, Sie sind es! Wie können Sie da sitzen und mir sagen, dass Sie kein Problem haben, wenn...?*
- **Frage:** *Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?*
- **Reflexion:** *Auf der einen Seite sehen Sie manche Gründe für Bedenken und andererseits möchten Sie auf keinen Fall als jemand genannt werden, der „Probleme hat“.*

Patient: *Meine Freundin sagt mir immer, dass ich zu viel trinke.*

- **Werten:** *Was ist falsch an dieser Aussage? Sie hat höchstwahrscheinlich gute Gründe so zu denken.*
- **Frage:** *Warum glaubt Sie das?*
- **Reflexion:** *Und das ärgert Sie wirklich.*

Patient: *Wenn ich aufhöre Bier und Schnaps zu trinken, was unternehme ich dann mit Freunden?*

- **Ratschlag:** *Ich glaube, Sie werden neue Freunde brauchen.*
- **Suggestion:** *Gut, Sie könnten Ihren Freunden sagen, dass Sie kein Alkohol mehr mit Ihnen trinken, aber Sie werden sie weiterhin treffen.*
- **Reflexion:** *Es ist hart für Sie sich vorzustellen, ohne Schnaps und Bier leben zu müssen.*

Diese Art von aktivem Zuhören wird im Rahmen der MG angewendet. Andere Techniken müssen nicht ausgeschlossen werden, aber empathisches Zuhören sollte den vorwiegenden Stil im Rahmen einer Antwort auf Aussagen des Patienten darstellen. Wie in den folgenden Absätzen beschrieben, verwendet der MG-Therapeut auch eine Vielzahl von anderen Strategien.

Schließlich sollte an dieser Stelle angemerkt werden, dass selektive Reflexion fehlschlagen kann. Für einen Patienten, der ambivalent zu sein scheint, kann Reflexion über Schwierigkeiten auch gegenteilige Aspekte in den Vordergrund bringen:

Therapeut: *Sie sehen, dass Ihr ungesundes Trinkverhalten auch körperliche Probleme hervorrufen kann*

Patient: *Gut, ich glaube, ich habe kein wirkliches Problem*

Wenn dies passiert, sollte der Therapeut versuchen, die Ambivalenz zu reflektieren bzw. zu spiegeln. Dies wird am besten mit zweiseitiger Spiegelung erreicht, welche die vorhandenen Gegensätze des Patienten beinhaltet. Die beiden gegenseitigen Pole dieser Diskrepanz können am besten mit Worten wie „aber“ oder „und“, verbunden werden, wobei wir Letzteres bevorzugen, um Ambivalenz gut darzustellen:

Zweiseitige Spiegelung:

*Sie glauben nicht, dass der übermäßige Verzehr an Alkohol im Moment ihre Gesundheit wirklich gefährdet und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt, dass dieses Trinkverhalten Ihre körperliche Gesundheit angreifen könnte. Sie genießen es wirklich, Schnaps und Bier zu sich zu nehmen und Sie würden es hassen, dies aufgeben zu müssen und Sie sehen auch auf der anderen Seite, dass dies gravierende Probleme im Bereich Ihrer körperlichen Gesundheit hervorruft, z. B. Leberbeschwerden.*

### **Strategie 3: Fragen**

Der MG-Stil beinhaltet auch gezielte Fragestellungen als eine wichtige Reaktionsmöglichkeit des Therapeuten. Man diktiert dem Patienten nicht, wie er sich fühlen oder was er tun sollte, vielmehr befragt der Therapeut den Patienten über

seine eigenen Gefühle, Ideen, Befürchtungen und Pläne. Aussagen der Betroffenen werden mit empathischer Reflektion, Bestätigung und Neuausrichtung beantwortet.

#### **Strategie 4: Das Präsentieren von persönlichem Feedback**

Die erste Einheit im Rahmen der MG-Therapie sollte auch ein Feedback für den Patienten beinhalten, welches Bezug auf die diagnostische Abklärung vor der Behandlung nimmt. Dies sollte in einer strukturierten Art und Weise durchgeführt werden, in dem man den Patienten auch schriftliche Unterlagen mit Ergebnissen mitgibt (Arbeitsblatt – „Wie ist Ihr Trinkverhalten?“), und diese mit Referenzdaten verglichen werden. Um diese Phase zu beginnen, sollte dem Patienten das Arbeitsblatt „Wie ist Ihr Trinkverhalten?“ übergeben werden, eine Kopie sollte als Referenz in den eigenen Unterlagen verbleiben und eine weitere in die Krankenakte abgelegt werden. Das Arbeitsblatt sollte Schritt für Schritt durchgearbeitet werden, wobei jeder Unterpunkt erklärt werden sollte, vor allem im Bezug auf die Bewertung des Patienten, die mit den vorhandenen Referenzwerten verglichen werden sollte. Ein sehr wichtiger Teil im Rahmen dieses Prozesses ist die Beobachtung des Betroffenen sowie die Art und Weise der Beantwortung im Rahmen des Feedbacks. Beobachten Sie den Patienten während Sie persönliche Rückmeldungen geben. Lassen Sie dem Patienten auch genügend Zeit, um antworten zu können. Verwenden Sie die Technik des aktiven Zuhörens, um eventuelle Aussagen zur Eigenmotivation, die im Rahmen dieser Einheit auftreten, verstärken zu können. Antworten Sie auch reflektiert auf Aussagen, die mit Widerstand in Bezug gesetzt werden können, vielleicht mit dem Hintergrund, diese in eine zweiseitige Spiegelung einbetten zu können.

#### **Strategie 5: Bestärken des Patienten**

Sie sollten auch nach Möglichkeiten suchen den Patienten bestätigen, loben und aufrichtig bestärken zu können. Solche Bestätigungen können sich auf verschiedene Art und Weise positiv auswirken, z. B.:

- Verstärkung der Arbeitsbeziehung
- Aufwertung von Selbstverantwortlichkeit und Empowerment
- Verstärkung von Aussagen in Bezug auf Bemühung und Selbstmotivation
- Stützen des Selbstvertrauens

Beispiele:

- *Ich schätze es sehr, dass Sie an dieser Feedbackrunde teilnehmen, das muss sehr hart für Sie sein*
- *Ich glaube, es ist toll, dass Sie erkennen, dass es hier Risiken gibt und, dass Sie etwas unternehmen wollen bevor es noch ernster wird*

- *Sie haben wirklich ein paar sehr gute Ideen, wie eine Veränderung vollzogen werden könnte*
- *Sie haben heute einen bedeutenden Schritt getan und ich respektiere Sie ehrlich dafür*

### **Strategie 6: Umgang mit Widerstand**

Das Thema „Widerstand bei Patienten“ ist ein legitimes Anliegen. Unfähigkeit zur Umsetzung von Instruktionen des Therapeuten und das Auftreten von Widerstand bei Behandlungseinheiten (z. B. argumentieren, unterbrechen, verdrängen eines Problems) sind Aspekte, die eine schlechte Prognose für den Behandlungsausgang darstellen.

Was ist unter Widerstand zu verstehen? Hier werden Verhaltensweisen des Patienten aufgelistet, die mit einem schlechten Behandlungsausgang korrelieren könnten:

- **Unterbrechen:** Das Unterbrechen bzw. das gleichzeitige Reden mit dem Therapeuten
- **Argumentieren:** Den Therapeuten herausfordern; widersprechen; die Sichtweise des Therapeuten abwerten; Feindseligkeit
- **Ablenkung:** Das Wechseln des Themas; fehlende Aufmerksamkeit; nicht antworten
- **Defensivität:** Das Herunterspielen bzw. die Verdrängung eines Problems; das Entschuldigen bezüglich der eigenen Verhaltensweise; Schuldzuweisungen; Ablehnung der Meinung des Therapeuten; keine Bereitschaft zur Veränderung; angebliches Fehlen von negativen Konsequenzen; Pessimismus

Ein wichtiges Ziel im Rahmen des MG-Zuganges ist ein Auftreten von Widerstand beim Patienten zu vermeiden (antimotivationale Aussagen). Wie der Behandelnde auf Verhaltensweisen reagiert, die auf Widerstand hinweisen, ist eines der Schlüsselemente im Rahmen einer MG-Therapie. Die erste Regel ist dem Widerstand niemals frontal zu begegnen. Manche Reaktionen bzw. Antworten des Therapeuten ziehen unweigerlich nach sich, dass es zu einer Verstärkung des Widerstandes kommt, und führt dazu, dass der Patient sich eingeengt fühlt und eventuell zu weiteren antimotivationalen Aussagen.

Beispiele für solche Antworten von Therapeuten sind:

- argumentieren, widersprechen, herausfordern
- werten, kritisieren, Schuld zuweisen

- vor negativen Konsequenzen warnen
- versuchen mit Logik bzw. Evidenz zu überzeugen
- interpretieren oder analysieren von Gründen für den Widerstand
- Konfrontation mittels Autorität
- Sarkasmus oder Ungläubigkeit

Sogar das direkte Fragen nach Gründen, warum der Patient sich in den Widerstand gebe (z. B. „*Warum glauben Sie, dass Sie kein Problem haben?*“) löst bei dem Betroffenen weitere defensive und motivationshemmende Positionen aus, und bringt den Therapeuten selbst in eine ungünstige Position der Gegenargumentation. Wenn man als Therapeut in eine Position gerät, in der man mit dem Patienten über ein Problem und die Notwendigkeit einer Veränderung diskutiert, ist es Zeit für einen Strategiewechsel.

Es sollte stets berücksichtigt werden, dass der Fokus darauf gelegt werden muss, den Patienten zu motivationsfördernden Aussagen zu bewegen (z. B. „*Ich habe ein Problem*“, „*Ich muss etwas dagegen tun*“). Wenn man selbst beginnt diese Positionen zu verteidigen, kann sich genau das Gegenteil beim Patienten einstellen. Hier einige Beispiele für etwaige Strategiemöglichkeiten, um Widerstand zu verlagern:

- *Einfache Spiegelung*: eine Strategie ist es, einfach das zu spiegeln, was der Patient sagt. Dies hat manchmal den Effekt, dass genau das Gegenteil hervorgerufen wird und es zu einem Gleichgewicht des Zustandsbildes kommt.
- *Spiegelung mit Amplifikation*: eine Steigerungsstufe ist es, zu spiegeln, aber die Aussagen des Patienten zu amplifizieren bzw. zu überhöhen, bis zu dem Moment, wo der Patient sie abstreitet. Dies ist jedoch eine Gratwanderung, weil eine Übertreibung auch Feindseligkeit hervorrufen kann.
- *Die zweiseitige Spiegelung*: eine andere Möglichkeit für den Umgang mit Widerstand stellt die zweiseitige Spiegelung dar. Der Therapeut reagiert auf die Äußerungen des Patienten mit Gegenargumenten, die auf Patientenaussagen aus vorhergehenden Therapieeinheiten beruhen:

Patient: *Aber ich kann einfach nicht aufhören, Schnaps und Bier zu trinken, ich meine, alle meine Freunde trinken während unserer Kneipentour!*

Therapeut: *Sie können es sich nicht vorstellen, keine alkoholischen Getränke wie Schnaps und Bier zu sich zu nehmen, während es Ihre Freunde tun und zur gleichen Zeit sind Sie besorgt wegen der Auswirkungen auf Ihre körperliche Gesundheit.*

- *Das Verrücken des Fokus:* Eine weitere Strategie den Widerstand abzubauen ist die Aufmerksamkeit von problematischem Themenfeld abzulenken:

Patient: *Aber ich kann einfach nicht aufhören, Schnaps und Bier zu trinken, ich meine, alle meine Freunde trinken während unserer Kneipentour!*

Therapeut: *Sie sind voreilig. Ich spreche hier nicht darüber, dass Sie damit aufhören sollen. Versteifen Sie sich nicht auf diesen Punkt. Bleiben wir doch einfach bei den Sachen, die wir hier gerade tun – wir erarbeiten Ihr Feedback – und später können wir über verschiedene Möglichkeiten sprechen, was Sie nun mit den Informationen machen wollen.*

- *Umlenken von Widerstand (Widerstand annehmen):* Widerstand kann auch insofern begegnet werden, indem man versucht diesen umzulenken (anzunehmen) anstatt ihm entgegen zu treten. Dies beinhaltet ein paradoxes Element, welches den Patienten oft wieder in eine balancierte bzw. auch entgegengesetzte Perspektive bringt. Diese Strategie kann besonders bei Patienten hilfreich sein, die ein stark opportunistisches Auftreten aufweisen und die jegliche Idee oder Suggestion verwerfen:

Patient: *Aber ich kann einfach nicht aufhören, Schnaps und Bier zu trinken, ich meine, alle meine Freunde trinken während unserer Kneipentour!*

Therapeut: *Und es kann sehr gut sein, dass Sie am Ende unserer Einheiten beschließen werden, weiterhin übermäßig zu trinken, genauso wie Sie es auch früher während der Jausen getan haben. Etwas zu ändern, ist schwierig. Das liegt ganz bei Ihnen.*

### **Strategie 7: Perspektivenwechsel / Neuausrichtung**

Perspektivenwechsel/Neuausrichtung (*engl.* „Reframing“) ist eine Strategie, bei der der Therapeut den Patienten einlädt, seine Überzeugungen in einem „neuen Licht“ oder in reorganisierter Form zu sehen. Was bisher gesagt wurde, erhält nunmehr eine neue Bedeutung. Wenn zum Beispiel ein Patient ein Feedback erhält, das seine Probleme bestätigt, kann dies bedeuten: *„Ich weiß es besser als du“* und in der Therapie neu bewertet werden: *„Ich sorge mich um dich, du bist mir wichtig“*.

Ein Perspektivenwechsel kann dem Patienten helfen, sich zu motivieren und so mit den ungesunden Trinkgewohnheiten umzugehen. Indem man bestehende Probleme in einen eher positiven oder optimistischen Rahmen setzt, legt der MG-Therapeut dar, dass dieses Problem lösbar und veränderbar ist. Beim Entwickeln von Perspektiven ist es wichtig, die Sichtweise, Wörter und Überzeugungen des Patienten zu verwenden.

Anbei einige Beispiele des interpretativen Perspektivenwechsels mit dem Patienten:

- **Alkohol als Belohnung:** *„Sie haben möglicherweise das Bedürfnis, sich an Abenden oder Wochenenden dafür zu belohnen, dass Sie während des Tages oder der Woche stressige bzw. schwierige Aufgaben erfolgreich bewältigt haben“*
  - ▶ Die Implikation ist hier, dass es andere Wege gibt, sich zu belohnen, ohne auf alkoholische Getränke zurückgreifen zu müssen.
- **Alkohol als Schutzfunktion:** *„Es scheint so, dass Sie keine zusätzlichen Stressfaktoren in Ihrer Familie bzw. mit Ihren Freunden riskieren wollen, indem Sie offen Bedenken bzw. Schwierigkeiten in Ihrem Leben thematisieren (geben Sie Beispiele an). Als Ergebnis scheint es so zu sein, dass Sie alles für sich selbst behalten und Spannungen bzw. Stress abbauen, indem Sie zu viel trinken, um Ihrer Familie nicht zur Last zu fallen“.*
  - ▶ Die Implikation ist hier, dass der Betroffene die innere Stärke bzw. Ressourcen besitzt, um seine Familie besorgt ist, und Wege finden könnte mit diesem Themenfeld anders umzugehen als durch Vermeidungsverhalten oder übermäßigen Verzehr an Alkohol.

Die prinzipielle Idee beim Perspektivenwechsel/Neuausrichtung ist, die problematische Verhaltensweise in ein positives Licht zu stellen, was einen paradoxen Effekt nach sich ziehen kann (Verfestigung des Symptoms), aber dies sollte in einer Art und Weise durchgeführt werden, dass der Patient in der Folge aktiv wird und das Problem zu verändern beginnt.

### **Strategie 8: Zusammenfassung**

Es ist sehr hilfreich, während einer Sitzung immer wieder Erarbeitetes zusammenzufassen, vor allem gegen Ende einer Einheit. Dies bringt mit sich, dass es in einem größeren Umfang zu Reflexionen über Aussagen des Patienten kommt. Es ist besonders hilfreich, in erster Linie motivationsfördernde Äußerungen des Patienten zu wiederholen und zusammenzufassen. Elemente, die auf Abneigung bzw. Widerstand hinweisen, können im Rahmen der Zusammenfassung im Sinne einer Prävention von ablehnenden Reaktionen seitens der Betroffenen inkludiert werden. So ein Rückblick dient dazu, dass es dem Patienten möglich wird, seine eigenen motivationsfördernden Aussagen ein drittes Mal zu hören, nach den anfänglichen Aussagen, und der darauf durchgeführten Spiegelung. Während einer gesamten Einheit können kurze Zusammenfassungen über „Fortschritte“ gegeben werden. Hier ein Beispiel, wie dem Patienten am Ende einer ersten Einheit ein solcher Rückblick ermöglicht werden könnte:

*Lassen Sie mich versuchen, all das, was wir heute besprochen haben, zusammenzufassen und sagen Sie mir, ob ich irgendetwas Wichtiges vergessen habe. Ich habe damit begonnen, Sie über Ihr ungesundes Trinkverhalten zu befragen und Sie haben mir Einiges erzählt. Sie haben mir gesagt, dass der Konsum von alkoholischen Getränken schnell angestiegen ist und Sie haben diesbezüglich eine hohe Toleranz erfahren. Sie haben sehr viel Geld für Schnaps, Bier und Wein ausgegeben und sind auch besorgt, dass sich körperliche Probleme entwickeln könnten, wie z. B. Leberkrankheiten, Herzbeschwerden und weitere Komplikationen. Sie haben somatische Symptome beschrieben und sind besorgt, wie dies alles Ihren Körper und Ihre körperliche Gesundheit beeinträchtigen kann. Im Rahmen des Feedbacks waren Sie erstaunt zu hören, dass der Konsum von Alkohol im Vergleich zu anderen Patienten in dieser Einrichtung relativ hoch ist. Sie haben bereits Zeichen entdeckt, dass übermäßiger Alkoholgenuss auch körperliche Schäden anzurichten beginnt. Ich schätze Ihre Offenheit diesbezüglich und sehe, welche realen Bedenken Sie wegen ihres Trinkverhaltens haben. Ist das eine gute Zusammenfassung? Habe ich etwas vergessen?*

## **Phase II – Das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung**

### **Das Erkennen der Bereitschaft zur Veränderung**

Die oben angeführten Strategien sind darauf ausgerichtet, Motivation aufzubauen und den Entscheidungsprozess des Patienten in Richtung einer Veränderung anzustoßen. Der zweite große Prozess im Rahmen von MG ist, die Überzeugung zur Veränderung beim Patienten zu festigen, sobald genügend Motivation vorhanden ist (Miller & Rollnick, 1991).

Der richtige Zeitpunkt ist ein Schlüsselaspekt – das Wissen, ab wann man sich für eine Verbindlichkeitserklärung entscheiden sollte. Hier gibt es eine hilfreiche Analogie zu Verkaufsstrategien – die Erkenntnis, ab wann der Kunde überzeugt worden ist und der Verkäufer sich mit ihm über einen Verkaufsabschluss unterhalten kann. Im Rahmen des Prochaska / DiClemente - Modells nennt man diesen Abschnitt *Entscheidungsphase*, und zwar ist dies der Zeitpunkt, ab dem das Gleichgewicht von der *Vorbereitungsphase* in Richtung Veränderung angestoßen wird und der Patient bereit für die Aufnahme von Aktivität zu sein scheint (aber nicht unbedingt auch für deren Aufrechterhaltung). So ein Prozess ist nicht irreversibel. Wenn der Übergang in die Aktivitätsphase zu lange verzögert wird, können die Überzeugung oder Bestimmtheit auch verloren gehen. Ist das Gleichgewicht einmal erreicht, dann ist es an der Zeit den Beschluss des Patienten zu festigen.

Es gibt keine allgemein gültigen Anzeichen, die den Übergang zur *Entscheidungsphase* kennzeichnen. In der Folge treten jedoch im Benehmen des Patienten manche Veränderungen auf, die Sie womöglich beobachten können (Miller & Rollnick, 1991):

- der Patient hört auf, Bedenken zu äußern bzw. Widerstand zu zeigen
- der Patient stellt weniger Fragen
- der Patient scheint gefasster, entschlossener, ungezwungener und friedfertiger zu sein
- der Patient macht Aussagen, die auf einen Entschluss (oder Offenheit) zur Veränderung hinweisen könnten („*Ich glaube, ich muss etwas tun, was meinen Alkoholkonsum betrifft; Was kann ich tun, um mein Trinkverhalten zu verbessern?*“)
- der Patient beginnt sich vorzustellen, wie sein Leben nach einer solchen Veränderung aussehen könnte

Nun wird eine Checkliste mit Themenbereichen angeführt, die helfen soll, die Bereitschaft eines Patienten für die Akzeptanz, das Verbleiben oder sogar das Vollenden eines Veränderungsprogrammes zu evaluieren. Diese Fragen können auch hilfreich sein, um festzustellen, ob ein Risiko besteht, dass der Betroffene die Therapie vorzeitig abbricht:

- Hat der Patient vorhergehende Vereinbarungen / frühere Termine versäumt oder Sitzungen nicht wahrgenommen ohne sie vorher erneut zu planen?
- Wenn der Patient zur Behandlung gezwungen wurde, hat er mit Ihnen seine Reaktionen bezüglich dieses Zwanges besprochen – Wut, Konfusion, Erleichterung, etc.?
- Zeigt der Patient eine gewisse Art von Unentschlossenheit bzw. Unschlüssigkeit, wenn es um die Festsetzung zukünftiger Therapieeinheiten geht?
- Verläuft die angebotene Behandlung anders als der Patient sie sich vorstellte und erwartete? Wenn das der Fall ist, wurde die Reaktion des Patienten bezüglich dieser unterschiedlichen Auffassungen besprochen?
- Scheint der Patient während der Therapieeinheiten besonders aufmerksam zu sein oder ist er eher unschlüssig bzw. ablehnend gegenüber den dargebotenen Suggestionen?
- Empfindet der Patient die Teilnahme am Therapieprogramm als erniedrigend oder als „neue Chance im Leben“?

Wenn die Antworten auf diese Fragen einen Mangel an Änderungsbereitschaft erkennen lassen, ist es sinnvoll, weitere Bereiche bezüglich Ambivalenz und Unsicherheiten zum Thema Alkoholkonsum und Veränderungen zu explorieren. Dem

Therapeuten wird es in solch einer Situation geraten, zu versuchen, Beschlüsse bzw. eine fixe Zusage zum geplanten weiteren Vorgehen zu verschieben.

Bei vielen Patienten scheint es so zu sein, dass es für sie keinen definitiven oder klaren Zeitpunkt einer Entscheidungsfindung gibt. Oft ist es so, dass die Betroffenen über Veränderungsstrategien nachzudenken beginnen, während sie sich bereits in einer fortgeschrittenen *Vorbereitungsphase* befinden. Für manche besteht die Bereitschaft für den Entschluss zu einer Veränderung darin, dass sie verschiedene Strategien ausprobieren, bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie eine finden, die für sie effektiv und befriedigend ist. Erst dann fangen sie mit der Veränderung an. Der Prozess von der Erwägung zur Aktivität kann graduell von statten gehen, eher im Sinne einer probeweisen Überleitung als in Form einer eigenständigen Entscheidung.

Es ist wichtig nicht zu vergessen, dass auch bei Patienten, die einen Entschluss zur Veränderung gefasst und erste Schritte in diese Richtung gemacht haben, immer noch ein gewisses Maß an Ambivalenz präsent sein kann. Die Annahme, dass sobald der Patient sich zur Veränderung entschlossen hat, die Anwendung der Strategien aus der Phase I nicht mehr notwendig sind, ist daher nicht richtig. Sobald der Patient eine Bereitschaft zu Veränderung erkennen lässt, ist es sinnvoll, langsam und nicht zu schnell oder zu empathisch voranzugehen. Auch wenn eine Person bei Behandlungsbeginn zu einer Veränderung bereit zu sein scheint, ist es wichtig, bevor die Festigung des Beschlusses eingeleitet wird, eine der zuvor beschriebenen Strategien für Motivationsaufbau und Feedback anzuwenden.

Auf jeden Fall, gelangt man zu dem Punkt, an dem man Strategien verwenden sollte, die für Festigung des Entschlusses konzipiert sind.

Im Weiteren werden Strategien dargestellt, die hilfreich sind, wenn die Anfangsphase beendet ist und der Patient sich in Richtung Veränderung bewegt.

### **Schlüsselfragen**

Eine hilfreiche Strategie beim Übergang von Phase I zu Phase II ist es, dem Patienten eine Art Zusammenfassung der zuvor gemachten Aussagen anzubieten. Das sollte eine Zusammenstellung aller von dem Patienten zuvor genannten Gründe für eine Veränderung sein. Die verbleibenden Aspekte von Ambivalenz sollten dabei berücksichtigt werden. Am Ende der Zusammenfassung könnten folgende Schlüsselfragen gestellt werden:

- Was machen Sie mit all dem?
- Wo befinden Sie sich nun in Bezug auf Ihren Alkoholkonsum?
- Was ist Ihr Plan?

- Was glauben Sie, was Sie tun werden?
- Ich frage mich, was Sie sich über Ihr Trinkverhalten in diesem Augenblick denken?
- Jetzt, wo Sie schon so weit sind, frage ich mich, wie Sie mit all diesen Befürchtungen umgehen werden?

### **Besprechen eines Planes**

Ein Schlüsselement für den Therapeuten ist es, den Fokus von Gründen zur Veränderung (Phase I – Aufbau von Motivation) auf die Verstärkung eines Entschlusses bzw. das Ausarbeiten eines Planes zur Veränderung (Phase II) zu verschieben. Die Patienten initiieren einen solchen Übergang, indem sie manchmal das Bedürfnis oder den Wunsch nach Veränderung äußern, oder indem sie fragen, was sie dafür tun könnten. Alternativ kann eine solche Überleitung auch mit Schlüsselfragen ausgelöst werden.

Das Ziel während der Phase II ist es, herauszufinden, welche Ideen der Patient bezüglich der Veränderung seines Trinkverhaltens hat und in der Folge einen Plan zu entwickeln, wie der Betroffene mit seinem übermäßigen Alkoholverzehr umzugehen denkt. In dieser Phase ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten, Vorschläge für einen Veränderungsplan zu präsentieren oder spezifische Fähigkeiten zu trainieren, die diese Veränderungen möglich machen. Die generelle Aussage ist:

*Nur Sie können Ihr ungesundes Trinkverhalten verändern. Es liegt nur bei Ihnen.*

Auch folgende Fragen können nützlich sein:

*Wie glauben Sie, dass Sie das realisieren können? Was könnte Ihnen dabei helfen?*

### **Besprechen der freien Wahlmöglichkeiten**

Eine wichtige und beständige Botschaft im Rahmen von MG ist, die Verantwortung des Patienten und die freie Wahl in den Mittelpunkt zu stellen. Dies sollte während des Verstärkungsprozesses einer Beschlussfindung immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

Beispiele:

- *Es liegt bei Ihnen, was Sie damit machen wollen*
- *Niemand kann das für Sie entscheiden*

- *Niemand kann für Sie Ihr ungesundes Trinkverhalten ändern, nur Sie können das tun*
- *Nur Sie können entscheiden, ob Sie Ihr ungesundes Trinkverhalten beibehalten oder ändern wollen*

### **Konsequenzen von Aktivität und Inaktivität**

Eine hilfreiche Strategie kann auch sein, den Patienten zu fragen, was passieren würde, wenn er sein Verhalten nicht ändert. Wie würden die Konsequenzen aussehen? Manchmal scheint es auch sinnvoll zu sein, eine schriftliche Liste mit negativen Folgen bei fehlender Veränderung zusammenzustellen. Auf diese Weise können auch positive Aspekte einer Veränderung gesammelt werden.

Um ein vollständigeres Bild zu erlangen, kann der Therapeut mit dem Patienten auch über die Ängste sprechen, die im Rahmen eines solchen Veränderungsprozesses zu erwarten sind. Was könnten die negativen Konsequenzen sein, wenn man alte Verhaltensmuster aufgibt? Welche Vorteile gibt es, wenn der Patient seine Angewohnheiten im Bereich des Alkoholkonsums beibehält? Spiegeln, Zusammenfassen und Perspektivenwechsel sind die adäquaten Antworten des Therapeuten. Eine Möglichkeit ist hier eine formale Kosten-Nutzen Tabelle zu erstellen, in der man den Patienten aufschreiben lässt, welche positiven und negativen Aspekte eine Veränderungsoption mit sich bringt. Was sind die positiven und negativen Faktoren beim Beibehalten der derzeitigen Trinkgewohnheiten? Was ist der mögliche Nutzen bzw. Schaden beim Durchführen einer Veränderung?

### **Information und Beratung**

Oft benötigen Patienten grundlegende Informationen als wichtigen Beitrag für ihren Entscheidungsfindungsprozess. Generell sollte der Therapeut sich frei fühlen, adäquate und spezifische Informationen, welche vom Patienten verlangt werden, auch zur Verfügung zu stellen. Es scheint auch nach Bereitstellung der Information hilfreich zu sein, beim Patienten nachzufragen: *„Macht das Sinn für Sie? Überrascht Sie das? Was denken Sie darüber?“*.

Manchmal fragen Patienten auch nach einem Rat: *„Was glauben Sie, was ich machen sollte?“*. Es ist durchaus angemessen, die eigene Sichtweise unter diesen Umständen darzulegen, jedoch mit einigen Vorbehalten.

Der Patient sollte für den Umgang mit der persönlichen Meinung des Therapeuten sensibilisiert werden und daraufhin nochmals nach seiner ausdrücklichen Zustimmung gefragt werden:

*Wenn Sie meine Meinung hören wollen, die ich Ihnen natürlich schildern kann, müssen Sie über das Gesagte auch ernsthaft nachdenken. Ich kann Ihnen*

*sagen, was ich denke bzw. was ich in Ihrer Situation machen würde und ich freue mich, dies tun zu können, aber vergessen Sie nicht, dass dies Ihre Entscheidung ist. Wollen Sie meine Meinung hören?*

In dieser Situation kann es jedoch manchmal hilfreich sein, ein wenig verschlossen oder „schwer zugänglich“ zu bleiben:

- *Ich bin mir nicht sicher, ob ich es Ihnen sagen soll. Natürlich habe ich eine Meinung dazu, aber Sie müssen ja für sich selbst entscheiden, wie Sie in Zukunft mit Ihrem Leben umgehen wollen*
- *Ich habe ein wenig Bedenken, Ihnen einen Ratschlag zu geben. Es sieht dann nämlich aus, als ob ich die Entscheidung für Sie getroffen hätte. Sind Sie sicher, dass Sie meine Meinung hören wollen?*

Wenn es schließlich zu der Frage nach der Realisierbarkeit kommt, ist es oft am besten, dem Patienten keine besonderen Strategien vorzuschreiben oder zu versuchen, ihm spezifische Fertigkeiten probeweise anzutrainieren. Im Gegenteil sollte der Therapeut diese Aufgabe dem Patienten übertragen:

- *Was glauben Sie, wie Sie das machen könnten?*
- *Was könnte Ihnen im Weg stehen?*
- *Sie werden ziemlich kreativ (stark, klug, einfallsreich) sein müssen, um dafür einen Weg zu finden. Ich frage mich, wie Sie das machen könnten?*

In diesem Prozess kann der Patient den Therapeuten wieder um spezielle Information bitten (z. B. *„Ich habe von einer Selbsthilfegruppe gehört, die man besuchen kann und die einen vor Trinkattacken schützt. Wie funktioniert das?“*). In solchen Fällen können genaue und konkrete Informationen geäußert werden.

Der Patient kann auch nach Information fragen, die Sie im Moment nicht haben. Man sollte sich nicht verpflichtet fühlen, alles zu wissen. Es ist auch vollkommen in Ordnung zu sagen, dass man gewisse Sachen nicht weiß, dass man sie aber herausfinden möchte. Sie können anbieten, über die bestimmte Fragestellung zu recherchieren und im Rahmen der nächsten Therapieeinheit diese Information dem Patienten zu Verfügung zu stellen.

### **Das Ziel der Verhaltensänderung**

Das eigentliche Ziel im Rahmen des Veränderungsprozesses ist, dass der Patient zu einer freien Entscheidung finden sollte. Im Rahmen des MG-Stils ist es nicht Aufgabe des Therapeuten eine solche Wahl „zu erlauben“, „zu ermöglichen“ oder „zu

billigen“. Die Entscheidung muss der Patient treffen, sie darf nicht vom Therapeuten übernommen werden.

Gleichzeitig kommt es vielen Patienten zumindest am Anfang vor, dass ein bestimmtes Ziel inakzeptabel oder unerreichbar ist. Das Insistieren des Therapeuten bei solchen Patienten kann möglicherweise zu einem stärker werdenden Widerstand führen und das Risiko für einen Therapieabbruch kann sich dabei erhöhen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, das Konzept der „Schadensreduktion“ zu beachten: d. h., dass jeder Schritt in die richtige Richtung sehr wohl auch ein Schritt in die richtige Richtung ist. Welche Ziele können also in der Folge zur Schadensbegrenzung angeführt werden? Die spezifische Frage in dieser Situation ist: Welche Veränderungen ist der Patient überhaupt bereit durchzuführen?

An dieser Stelle ist auch anzumerken, dass der übermäßige Alkoholgenuss durch den Therapeuten nicht verteidigt werden sollte. Das Ziel des Behandelnden ist es, den Patienten bei der Änderung seines ungesunden Trinkverhaltens zu unterstützen. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass der Therapeut sich verantwortlich fühlt, dem Betroffenen bei der Erhaltung spezifischer Trinkgewohnheiten zu helfen, vor allem, wenn es ihm scheint, als ob der Patient eine andere Richtung einschlägt. Dies wiederum muss in einer Art und Weise geschehen, die nicht zwingend, sondern im Einklang mit dem Stil von MG funktioniert:

*Es ist natürlich Ihre Wahl. Ich sage Ihnen nur, dass ich Bedenken über Ihre Auswahl habe. Ich bin bereit Ihnen zuzuhören, aber ich wollte Ihnen sagen, dass ich diesbezüglich Bedenken habe.*

### **Umgang mit Widerstand**

Ähnliche Prinzipien, wie bereits in Phase I der MG-Therapie beschrieben wurden, können angewendet werden, um Widerstand abzubauen. Ambivalenz und Abneigung werden nicht direkt bearbeitet, sondern mit Spiegelung und Perspektivenwechsel begegnet. Gezielte paradoxe Anmerkungen können in dieser Phase hilfreich sein. Eine Möglichkeit ist es, eine Art von Erlaubnis für ein Ausbleiben von Veränderung zu erteilen:

*Vielleicht kommen Sie zu dem Entschluss, dass es besser für Sie ist, die gleichen Trinkgewohnheiten beizubehalten, auch wenn dies negative Folgen für Sie hat.*

Eine weitere Möglichkeit ergibt sich durch das Hervorrufen einer Art von Krise für die Person durch eine Juxtaposition von zwei wichtigen und inkonsistenten Wertigkeiten:

*Ich frage mich, ob es wirklich möglich ist, dass Sie weiterhin unkontrolliert trinken und dabei körperlich attraktiv bleiben können.*

### **Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“**

Das Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollte während der Phase II verwendet werden, um den Aktivitätsplan des Patienten zu spezifizieren. Man kann das Blatt auch nutzen, um dort Notizen zu machen, während der Patient in seinen Plänen voranschreitet. Beginnen Sie die Phase II nicht, indem Sie das Arbeitsblatt ausfüllen, sondern schreiben Sie die Informationen während eines motivationalen Dialoges auf. Diese Informationen können im weiteren Behandlungsverlauf die Basis für eine Rekapitulation darstellen (siehe unten). Verwenden Sie das Arbeitsblatt, um sicher zu stellen, dass Sie folgende Aspekte des Planes abgedeckt haben:

#### ***Veränderungen, die ich erreichen möchte.....***

Auf welche Art und Weise bzw. in welchen Bereichen möchte der Patient Änderungen durchführen? Seien Sie konkret. Es ist auch ratsam, Ziele aufzuschreiben, die positiv gefärbt und erreichbar sind, im Gegensatz zu negativen Zielen (keine „schlechten“ Verhaltensweisen), die auch durch eine Narkose erreicht werden können (beenden, vermeiden, Reduktion von Verhaltensmustern).

#### ***Die wichtigsten Gründe, warum ich diese Veränderungen durchführen möchte, sind.....***

Was sind die wahrscheinlichen Konsequenzen von Aktivität bzw. Inaktivität? Welche Motivationen scheinen die wichtigsten für den Patienten zu sein?

#### ***Schritte, die ich für einen Veränderungsprozess plane, sind.....***

Wie denkt der Patient, seine Ziele zu erreichen? Wie könnte die gewünschte Veränderung durchgeführt werden? Im Rahmen des allgemeinen Planes und der beschriebenen Strategien, was sind spezifische und konkrete erste Schritte, die der Patient machen kann? Wann, wo und wie werden diese Schritte in der Tat umgesetzt?

#### ***Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn.....***

Was wünscht sich der Patient als Resultat des Veränderungsplanes? Was sind die Vorteile, die sich der Patient durch diese Veränderung erhofft?

#### ***Einige Punkte, die meine Pläne durchkreuzen könnten, sind.....***

Es ist wichtig dem Patienten zu helfen, Situationen zu bedenken, die an den geplanten Veränderungen hindern könnten. Was kann schief gehen? Was könnte helfen, bei dem Plan zu bleiben, obwohl diese Probleme auftauchen?

## Rekapitulieren

Am Ende des Festlegungsprozesses, wenn man spürt, dass der Patient sich in Richtung einer Entscheidung zur Veränderung bewegt, ist es hilfreich, ihm eine ausführliche Zusammenfassung der bisherigen Entwicklungen zur Verfügung zu stellen. Dies kann eine Wiederholung der Ursachen für sein Bedenken beinhalten, die in der Phase I nicht thematisiert werden konnten (siehe „Zusammenfassung“). Genauso kann man dem Betroffenen die im Rahmen der Phase II entwickelten Informationen zur Verfügung zu stellen. Nachdruck sollte vor allem bei Aussagen zur Selbstmotivation gesetzt werden, beim Plan des Patienten zur Veränderung und der festgehaltenen Konsequenzen einer erfolgten oder fehlenden Veränderung. Die Anmerkungen des Arbeitsblattes „Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ sollten dabei als Stütze verwendet werden.

Hier ist ein Beispiel, wie eine solche Rekapitulation durchgeführt werden könnte:

*Ich versuche nun zu sehen, ob ich verstehe, wo Sie sich gerade befinden. Letztes Mal haben wir nochmal die Gründe beleuchtet, warum Sie Bedenken bezüglich Ihres ungesunden Trinkverhaltens haben. Sie haben eine Vielzahl von solchen Überlegungen genannt. Sie äußerten Bedenken, weil der übermäßige Alkoholgenuß sowohl zu somatischen Problemen als auch zu Schwierigkeiten im sozialen Umfeld geführt hat. Sie waren auch über die Summen an Geld besorgt, die Sie für den Einkauf von alkoholischen Getränken ausgeben und dem Faktum, dass Ihr Alkoholkonsum, „das über das Maß trinken“, Ihrer Kontrolle mehr und mehr entgleitet. Der Unfall, den Sie hatten, hat Ihnen geholfen zu realisieren, dass es nun an der Zeit ist, etwas bezüglich Ihres unkontrollierten Trinkens zu unternehmen. Aber es scheint mir, dass Sie immer noch überrascht waren, als ich Ihnen die Rückmeldung gab, in welcher gefährlicher Situation Sie sich bezüglich Ihrer körperlichen Gesundheit befinden.*

*Im weiteren Verlauf haben wir auch besprochen, was Sie in dieser Situation tun könnten und Sie hatten zu Beginn auch unterschiedliche Ideen. Sie haben gedacht, dass Sie Ihr Trinkverhalten einfach verändern können. Wir haben darüber gesprochen, welche Folgen verschiedene Zugangsweisen haben könnten, die Sie versuchen würden. Sie waren besorgt, wenn Sie nicht ein abruptes Ende bzw. eine abrupte Veränderung Ihrer Trinkgewohnheiten herbeiführen, dass Sie womöglich wieder in Ihre alten Verhaltensmuster zurückfallen und vergessen würden, was hier besprochen wurde. Sie haben dies auch als Risikofaktor bestätigt. Die Idee, einen Selbsthilfekurs für Personen mit Alkoholproblemen zu besuchen, hat Ihnen nicht gefallen, da Sie Bedenken hatten, andere Menschen würden sehen, dass Sie Probleme mit dem Trinken haben. Obwohl in solchen Gruppen das Prinzip der Anonymität vorhanden ist und viele von den Teilnehmern sich in einer ähnlichen Situation*

*wie Sie befinden, äußerten Sie sich dem Beitreten eines solchen Kurses abneigend gegenüber.*

*Die Richtung, in die Sie sich bewegen, zumindest in den letzten 4 Wochen, scheint eine Periode von gesundem Trinkverhalten zu sein, und Sie können sehen, wie es Ihnen damit geht und wie Sie sich dabei fühlen. Sie können der Idee, mehr Zeit mit anderen Bewohnern zu verbringen, die ähnliche Alkoholprobleme wie Sie haben, etwas abgewinnen. Sie können mit ihnen zusammenkommen und über Erfahrungen bezüglich Ihres veränderten Verhaltensmusters sprechen. Außerdem können Sie gemeinsam am Abend oder am Wochenende etwas unternehmen und so nicht alleine bleiben, um nicht einem erhöhten Risiko für emotional herbeigeführtes übermäßiges Trinken ausgesetzt zu werden. Sie haben auch daran gedacht, wieder an gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen, die Sie auch früher ausgeübt haben. Sie haben auch in Erwägung gezogen, verantwortungsvolle Herausforderungen anzunehmen bzw. eine Arbeit, die Sie beschäftigt. Sehe ich das richtig? Habe ich etwas vergessen?*

Wenn der Patient noch zusätzliche Informationen oder Veränderungen anführt, sollten diese reflektiert und in die Rekapitulation integriert werden. Dies sollte auch am Arbeitsblatt notiert werden.

### **Fragen nach Verbindlichkeit**

Nachdem die aktuelle Situation des Patienten, wie oben beschrieben, rekapituliert und die zusätzlichen Anmerkungen und Bedenken des Patienten thematisiert wurden, sollte das nächste Ziel angestrebt werden, nämlich eine formelle Verpflichtung zur Veränderung. Im Wesentlichen verfolgt diese Vereinbarung den Zweck, dass der Patient sich verbal dazu verpflichtet, konkret geplante Schritte auch durchzuführen, um die benötigte Veränderung zu bewirken. Die abschließende Fragestellung (nicht unbedingt im exakten Wortlaut) ist:

*Sind Sie nun bereit, sich für die Durchführung dieses Schrittes zu verpflichten?*

Wenn die Verpflichtung besprochen wird, ist es ratsam, auch folgende Aspekte zu thematisieren:

- Stellen Sie exakt klar, was der Patient zu tun plant. Geben Sie dem Patienten das fertige Arbeitsblatt „Wie ändere ich mein Verhalten - kleiner Handlungsplan“ und besprechen Sie dieses mit ihm.
- Bestärken Sie den Patienten bei den möglichen Vorteilen und Konsequenzen einer Veränderung bzw. auch den Konsequenzen der Inaktivität.

- Fragen Sie nach Bedenken, Ängsten und Zweifeln, die der Patient hat. Welchen Einfluss können diese auf die Durchführung des Planes haben?
- Fragen Sie den Patienten, welche anderen Schwierigkeiten in Frage kommen, die ihn an der Durchführung des Planes hindern könnten. Welche Möglichkeiten gäbe es, um mit solchen Hindernissen umzugehen?
- Stellen Sie klar, welche Rolle das soziale Umfeld in der geplanten Änderung haben und in wieweit es dem Betroffenen auch helfen könnte.
- Definieren Sie zusätzliche Möglichkeiten für Hilfe, die der Patient vom Therapeuten bzw. von anderen therapeutischen Einrichtungen haben könnte. Wenn Sie die Behandlung beenden, erinnern Sie den Patienten daran, dass es ein Folgeinterview geben wird, um zu erfahren, wie es dem Patienten geht.

Wenn der Patient bereit ist, eine Verpflichtungserklärung zu unterschreiben, dann sollte er gebeten werden das Arbeitsblatt „Wie verändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan“ zu unterzeichnen. Der Patient sollte das signierte Original erhalten, eine Kopie sollte in die Krankengeschichte abgelegt werden.

Manche Patienten sind nicht bereit, sich zu einem Veränderungsziel bzw. einem Programm zu verpflichten. In Fällen, in denen der Betroffene sich ambivalent oder zögerlich bezüglich einer schriftlichen oder verbalen Verpflichtungserklärung zeigt, kann der Person angeboten werden, diesen Entschluss zu einem späteren Zeitpunkt zu fassen. Ein genauer Zeitpunkt sollte mit dem Patienten vereinbart werden, um eine Reevaluation und eine erneute Entscheidungsfindung durchführen zu können. Der Hintergedanke ist dabei, dass durch das Hinauszögern der Entscheidungsfindung im motivationalen Prozess eine positive Entwicklung initiiert werden kann. Eine solche Flexibilität ermöglicht es dem Patienten, die verschiedenen potentiellen Folgen einer Veränderung nochmal zu überdenken und hilft dem Betroffenen, sich selbst ausreichend mit möglichen Konsequenzen auseinanderzusetzen. Ansonsten könnte der Patient sich gezwungen fühlen, eine Verpflichtungserklärung abzugeben, bevor er überhaupt dazu bereit ist. In diesem Fall würde ein Patient eventuell die Therapie vorzeitig abbrechen, um einen Gesichtsverlust beim Verfehlen des Zieles zu vermeiden. Es ist dann womöglich besser, z. B. folgende Aussage zu machen:

*Es scheint, dass Sie noch nicht wirklich bereit sind eine solche Entscheidung zum jetzigen Zeitpunkt zu treffen. Das ist nachvollziehbar. Das ist ein wichtiger Schritt für Sie. Es ist vielleicht besser, diese Dinge nicht zu überstürzen, und jetzt keine Entscheidung zu treffen. Warum denken Sie nicht erst mal darüber nach, und in unserer nächsten Einheit werden wir nochmal die Vorteile einer Veränderung und das Positive an der Beibehaltung ihres Verhaltens besprechen. Ich bin mir sicher, dass es früher oder später für Sie klar sein wird, was Sie wollen. Ist das in Ordnung?*

Es kann hilfreich sein, auf diese Art und Weise explizit sowohl Verständnis für und die Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten zu zeigen, als auch Vertrauen in seine Fähigkeiten, dieses Problem zu lösen, auszusprechen.

### **Phase III – Strategien zur Umsetzung**

Wenn eine solide motivationale Basis für eine Veränderung (Phase I) aufgebaut worden ist und der Patient auch eine Absichtserklärung abgegeben hat (Phase II), fokussiert sich MG auf die Umsetzung des vereinbarten Planes. Damit kann man schon im Rahmen der zweiten Therapieeinheit beginnen, abhängig vom Tempo des Veränderungsprozesses. Folgende drei Aspekte sind dafür relevant:

- Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes
- Erneuerung der Motivation
- Erneuerung der Absichtserklärung

In Phase III ist es ebenfalls notwendig, den Bedarf weiterer Therapien oder Zuweisungen in andere Institutionen einzuschätzen bzw. zu beurteilen.

#### **Rückblickende Beurteilung des Fortschrittes**

Phase III sollte mit einem Rückblick auf alles, was seit der letzten Sitzung geschehen ist, begonnen werden. Mit dem Patienten sollte darüber diskutiert werden, welche Absichten geäußert und Pläne gemacht wurden, und erkundet, welche Fortschritte der Patient diesbezüglich erzielt hat. Der Therapeut sollte mit Reflexion, Spiegelung, Fragen, Bestärkung und Perspektivenwechsel (wie zuvor beschrieben) antworten. Es sollte außerdem besprochen werden, bis zu welchem Punkt die zuvor festgelegten Ziele und Pläne auch schon umgesetzt werden konnten.

#### **Erneuerung der Motivation**

Der Phase I–Prozess („Aufbau von Motivation zur Veränderung“) kann hier nochmals angewendet werden, um die Motivation zur Veränderung zu erneuern. Die Dringlichkeit der Wiederholung hängt von der Einschätzung des Therapeuten und der derzeitigen Entschlusskraft des Patienten zur Veränderung, ab. Dies kann festgestellt werden, indem man den Patienten fragt, was er selbst für die wichtigsten Gründe zur Verhaltensänderung im Bereich Alkoholkonsum hält.

#### **Erneuerung der Absichtserklärung**

Der Phase II–Prozess („Das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung“) kann ebenfalls in dieser Phase weitergeführt werden. Dies kann durch eine einfache erneute Verstärkung des Entschlusses, der bereits zuvor gefasst wurde, geschehen. Wenn der Patient signifikante Probleme oder Zweifel bezüglich der erarbeiteten Pläne äußert, ist es sinnvoll, eine Reevaluation durchzuführen und einen neuen Plan

mit neuen Absichten zu entwickeln. Der Therapeut sollte dabei versuchen, das Gefühl des Patienten von Autonomie und Selbstwirksamkeit zu bestärken und die Fähigkeit, selbstständig Ziele erreichen und selbstständige Pläne durchführen zu können, betonen.

### **Weitere Behandlung**

Das beschriebene Verstärken der Motivation kann zum Beschluss des Patienten führen, zusätzliche spezifische Behandlungen zum Erreichen der Ziele in Anspruch zu nehmen. Die Aufgabe des Therapeuten in der Phase III ist es herauszufinden, welche Ziele sich mit solchen zusätzlichen Behandlungsangeboten erreichen lassen. Der Therapeut sollte dem Patienten aufzeigen, welche spezifischen Betreuungseinrichtungen oder Therapiemöglichkeiten für die effektive Verwirklichung der angestrebten Pläne herangezogen werden können.

## **Die Struktur einer MG-Sitzung**

In den vorangegangenen Abschnitten wurde der grundsätzliche Ablauf einer MG-Sitzung von Phase I bis zur Phase III beschrieben. In diesem Teil werden Aspekte thematisiert, die im Bereich Planung und Durchführung einer MG-Einheit zu erwarten sind.

### **Die erste Einheit**

#### **Vorbereiten der ersten Einheit**

Der grundlegende Gedanke ist es, dem Patienten ein objektives Feedback bezüglich seines ungesunden Trinkverhaltens und der daraus resultierenden Probleme zu geben.

#### **Darstellung des Grundkonzeptes und Grenzen der Behandlung**

Es sollte damit begonnen werden, die Grundlagen des therapeutischen Zuganges zu erläutern. Ein Beispiel für so eine Erklärung ist:

*Bevor wir anfangen, lassen Sie mich ein wenig erklären, wie wir gemeinsam arbeiten werden. Sie haben jetzt schon einige Zeit damit verbracht, Fragebögen auszufüllen, die wir benötigen und wir bedanken uns vielmals, dass Sie die Zeit dafür genommen haben. Diese Informationen sind sehr hilfreich für uns. Ich muss Ihnen auch gleich am Anfang sagen, dass ich Sie nicht verändern kann. Ich hoffe jedoch, Sie dazu ermutigen zu können, über Ihre derzeitige Situation nachzudenken und eventuell zu überlegen, wie Sie mit dieser umgehen wollen. Wenn es nämlich in Bezug auf Ihr Trinkverhalten irgendetwas zu verändern gäbe, werden Sie selbst diese Veränderung durchführen müssen. Niemand kann Ihnen sagen, was Sie zu tun haben,*

*niemand wird diese Veränderung für Sie übernehmen. Ich werde Ihnen eine Menge an Information über sich selbst zur Verfügung stellen und manchmal vielleicht beratend zur Seite stehen, aber die Durchführung der Veränderung liegt nur bei Ihnen. Ich könnte Sie gar nicht verändern, auch wenn ich es wollte. Die einzige Person die beschließen kann, ob sie eine Veränderung durchführen will oder nicht, sind Sie selbst. Wie klingt das für Sie?*

*Nachdem wir einige Einheiten gemeinsam durchgearbeitet haben, werden Sie ein besseres Gefühl dafür bekommen, was Sie eigentlich tun wollen. Wenn Sie dann beschließen, dass Sie einige Veränderungen vornehmen und beratende Gespräche mit mir führen wollen, wäre es möglich, dass ich Ihnen helfen kann. In diesem Fall können wir gemeinsam daran arbeiten. Wenn Sie andere Arten von Unterstützung oder Hilfe brauchen, kann ich Sie auch diesbezüglich beraten. Haben Sie irgendwelche Fragen über unsere zukünftige Arbeitsweise?*

Beginnen Sie nach dieser Einleitung mit der ersten Einheit, und zwar in Form einer kurzen Strukturierung der ersten Sitzung. Dem Patienten sollte mitgeteilt werden, dass er vor Behandlungsbeginn ein Feedback über die ausgefüllten Fragebögen und Interviews erhalten wird. Zuerst wollen Sie verstehen, wie der Patient seine Situation genau bewertet. Dann sollte mit der Strategie "Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation" weiter gearbeitet werden. Als erste Antwortreaktion während dieser frühen Phase sollte die Spiegelung („Zuhören mit Empathie“) verwendet werden. Andere Strategien, „Bestärken des Patienten“, „Umgang mit Widerstand“ und „Perspektivenwechsel“ sind hier ebenso im Bedarfsfall anzuwenden.

Wenn der Therapeut der Meinung ist, dass die wichtigen Themen des Patienten bezüglich seiner Problemsituation besprochen wurden, sollte eine Zusammenfassung der Aussagen (siehe „Zusammenfassung“) erfolgen. Wenn es für den Patienten passend erscheint, könnte der Behandelnde anmerken, dass der nächste Schritt ein Feedback über die Eingangsdiagnostik sein wird. Wieder sollten Spiegelung, Bestärkung, Perspektivenwechsel und Umgang mit Widerstand, wie vorher beschrieben, angewendet werden. Ein vollständiges Feedback kann wahrscheinlich im Rahmen der ersten Einheit nicht gegeben werden. In diesem Fall sollte der Therapeut dem Patienten erklären, dass der Feedbackprozess in der nächsten Therapiesitzung fortgesetzt werden wird.

Wann auch immer der Feedbackprozess abgeschlossen ist, sollte der Patient anschließend nach einer zusammenfassenden Antwort gefragt werden. Eine Möglichkeit wäre:

*Ich habe Ihnen nun ziemlich viel Information zur Verfügung gestellt und jetzt frage ich mich, was Sie mit all dieser Information machen wollen bzw. was Sie darüber denken.*

Sowohl das Feedback als auch die offenen Fragen werden öfters Aussagen zur Eigenmotivation beim Patienten hervorrufen, die wieder gespiegelt, reflektiert und als Brücke in die nächste Phase im Rahmen von MG verwendet werden können.

Nachdem der Patient die Fragen aus der Feedbackrunde beantwortet hat, sollte der Therapeut ihm nochmals eine Zusammenfassung bieten (siehe „Zusammenfassung“), in der sowohl die Bedenken aus dem ersten Prozess als auch die Informationen der Feedbackrunde berücksichtigt werden. Dies ist der Zeitpunkt, an dem man in die zweite Phase von MG übergehen sollte: das Stärken des Bekenntnisses zur Veränderung (wieder sei darauf hingewiesen, dass der Therapeut im Rahmen dieser ersten Einheit nicht so weit kommen wird, sondern dieser Prozess in den darauf folgenden Einheiten fortgesetzt werden sollte).

Hinweise des Patienten sollten aufgegriffen (siehe „Erkennen von Bereitschaft zur Veränderung“), Gedanken, Ideen und eventuelle Pläne zum Umgang mit dem vorhandenen Problem angeregt werden (siehe „Diskutieren eines Planes“). Während dieser Phase sollten auch Strategien angewendet werden, die unter „das Kommunizieren der freien Wahl“ und „Information und Beratung“ angeführt sind. Vor allem sollte versucht werden, beim Patienten Gedanken hervorzurufen, die die Vorteile einer Aktivität betonen und voraussichtliche negative Konsequenzen einer Inaktivität aufzeigen (siehe auch „Konsequenz von Aktivität“). Das kann in Form einer Kosten/Nutzen-Aufstellung erfolgen (Gründe für Beibehaltung der Trinkgewohnheiten versus Gründe für eine Veränderung) und dem Patienten ausgehändigt werden. Die grundlegende patientenzentrierte Zugangsweise mit Reflexion und Spiegelung, Fragen, Bestärken, Perspektivenwechsel und indirektem Umgang mit Widerstand sollte während des gesamten Prozesses und aller MG-Therapieeinheiten angewendet werden.

Diese Phase führt also nach und nach zur Bestätigung eines Veränderungsplanes. Dabei sollte der Therapeut darauf achten, eine Verpflichtung vom Patienten in jeglicher Form zu erhalten (siehe auch „Fragen nach Verbindlichkeit“). Es kann hilfreich sein, die Ziele des Patienten schriftlich festzuhalten und die geplanten Schritte zur Veränderung am Arbeitsblatt „Veränderungsplan“ aufzuschreiben. Wenn es angemessen erscheint, kann der Patient dieses Arbeitsblatt auch unterschreiben. Es sollte darauf geachtet werden, den Patienten nicht frühzeitig zu einer Erklärung zu drängen. Wenn ein solcher Plan unterzeichnet wird, bevor die Überzeugung auch wirklich gefestigt ist, könnte es sein, dass der Patient eher die Behandlung abbricht als zu dem Zeitpunkt zurückzukehren, an dem Abmachungen noch besprochen werden können.

### **Das Beenden der (ersten) Einheit**

Die (erste) Einheit sollte immer in einer Form beendet werden, in der zusammengefasst wird, was zuvor erarbeitet worden ist. Der Inhalt dieser Zusammenfassung wird davon abhängen, wie fortgeschritten der Prozess ist. In manchen Fällen wird die Entwicklung langsam sein und die meiste Zeit der Einheit wird damit verbracht, Feedback zu geben bzw. mit Bedenken und Widerstand des Patienten zu arbeiten. In anderen Fällen wird der Patient recht schnell in Richtung Entscheidung voranschreiten und am Ende der Einheit sogar in Phase II (das Bestärken von Einverständnis) ankommen. Das Tempo, mit dem im Prozess vorangeschritten werden kann, hängt von der derzeitigen Verfassung des Patienten ab. Wann es auch immer möglich ist, sollten beim Patienten im Rahmen der ersten Einheit Aussagen zur Eigenmotivation bezüglich Veränderung angeregt und Schritte unternommen werden, um einen Veränderungsplan zu thematisieren, sogar wenn dies nur versuchsweise und unvollständig gelingt. Es sollte auch diskutiert werden, was der Patient tun wird und welche Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Therapieeinheit bestehen. Es sollte nicht gezögert werden, die Absichtserklärung zur Veränderung bereits in der ersten Einheit zu thematisieren, falls dies sinnvoll erscheint. Andererseits sollte kein Druck entstehen, dies um jeden Preis zu erreichen. Vorzeitige Einwilligungserklärungen sind kurzlebig, und das Zwingen des Patienten zu einer Veränderung, bevor er dazu bereit ist, wird einen Widerstand hervorrufen und so den MG-Prozess unterminieren.

### **Nichteinhaltung von Vereinbarungen**

Wenn der Patient eine Vereinbarung nicht einhält (dazu zählt z. B., dass der Betroffene die im Vorfeld fixierten Termine nicht wahrnimmt), muss darauf sofort reagiert werden. Folgende Aspekte sollten dabei berücksichtigt werden:

- klären Sie die Gründe für die Nichteinhaltung
- bekräftigen Sie den Patienten – bestärken Sie ihn, indem Sie ihn loben, dass er überhaupt gekommen ist
- sagen Sie, dass Sie den Patienten gerne wiedersehen möchten und unterstützen Sie ihn dabei, mit der Einheit fortzufahren
- führen Sie kurz an, welche schwerwiegenden Bedenken aufgekommen sind und zeigen Sie Ihre Anerkennung (wenn angebracht), falls der Patient dies auch noch weiter thematisieren möchte
- drücken sie Ihre Zuversicht im Hinblick auf die Aussichten zur Veränderung und der Vorteile für den Patienten aus
- erkundigen sie sich beim Patienten auch, ob es irgendwelche Fragen gibt, die Sie ihm beantworten können
- treffen Sie eine neue Vereinbarung

Wenn keine plausiblen Begründungen (z. B. Krankheit) für das Nichteinhalten der Vereinbarung genannt werden, sollte gemeinsam mit dem Patienten besprochen werden, ob einer der folgenden Aspekte damit in Zusammenhang stehen könnte:

- Ungewissheit bezüglich Notwendigkeit einer Behandlung (wie „*Ich habe keine wirklich großen Probleme*“)
- Ambivalenz bezüglich einer Veränderung
- Frustration oder Ärger, am Therapieprogramm teilnehmen zu müssen (vor allem bei Patienten, die in die Therapie gezwungen wurden)

Auf diese Bedenken sollte eine auf dem MG-Stil basierende Reaktion folgen (aktives Zuhören, Perspektivenwechsel und ähnliche).

Weisen Sie den Patienten darauf hin, dass es am Beginn der Beratungsphase für eine Person nicht überraschend ist, den Widerwillen (Frustration, Ärger etc.) durch die Nichteinhaltung von Vereinbarungen, Verspätungen oder ähnliches auszudrücken. Den Patienten zu unterstützen, diese Bedenken auch direkt zu äußern, kann zu einer Besserung dieser Problem führen. Phase-I-Strategien sollten beim Auftreten von Widerstand verwendet werden. Der Patient sollte darin bestärkt werden, über seine Bedenken zu diskutieren. Danach sollten Diskussionspunkte zusammengefasst, Optimismus über die Aussicht auf Veränderung eingebracht und eine erneute Einwilligung für die Behandlung erhalten werden. Es kann vorteilhaft sein, einige Aussagen zur Eigenmotivation vom Patienten zu erhalten. Auch sollten Vereinbarungen erneuert werden. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass eine kurze Nachricht oder ein Telefonanruf die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient wiederkommt, signifikant erhöhen.

### **Umsetzungsstrategien im Rahmen der MG-Therapien**

Die zweite Therapieeinheit sollte nicht länger als eine Woche nach der ersten stattfinden. Sie sollte mit einer kurzen Zusammenfassung über die Ereignisse der ersten Einheit beginnen, dann kann der MG-Prozess an der Stelle weitergeführt werden, an der die letzte Sitzung endete. Der Punkt sollte aufgegriffen werden, an dem der Patient sein persönliches Feedback bezüglich der Diagnostik gegeben hatte, wenn dies nicht vollständig während der ersten Einheit absolviert werden konnte. Dann sollte der Prozess in Richtung Phase II – Strategien und dem Beschluss zur Veränderung weiterschreiten, wenn dies nicht während der ersten Einheit erreicht werden konnte. Wenn der Patient die Einwilligung zur Veränderung im Rahmen der ersten Einheit gegeben hat, dann sollte mit Umsetzungsstrategien begonnen werden.

Jede Sitzung sollte mit einer Diskussion über Ereignisse anfangen, die seit der letzten Einheit stattfanden. Danach sollte eine Zusammenfassung der erreichten

Fortschritte folgen. Besonders hilfreich scheinen dabei die Umsetzungsstrategien zu sein, die zuvor beschrieben worden sind:

- I. Analysieren des Fortschrittes
- II. Erneuern der Motivation
- III. Erneuerung der Verpflichtungserklärung

Jede Einheit sollte mit einer Zusammenfassung beendet werden, in der beschrieben wird, an welcher Stelle im Prozess der Patient sich momentan befindet (z. B. Gründe für Bedenken seitens des Patienten; die Hauptthemen im Rahmen des Feedbacks; der Plan, der vereinbart wurde – siehe „Rekapitulation“). Auch sollten die Erkenntnisse oder die nächsten geplanten Schritte thematisiert werden. Der Veränderungsplan (wenn zuvor verhandelt) kann nochmals analysiert bzw. übernommen werden und, falls bereits zuvor niedergeschrieben, auch nochmals überarbeitet werden. Während der Phase der Umsetzung ist Vorsicht geboten, vor allem im Hinblick auf Ambivalenz. Der Therapeut sollte darauf achten, ob der Betroffene tatsächlich zur Festigung der Absichtserklärung bereit ist. Es ist besser festzustellen, dass sich der Patient noch immer in einer ambivalenten Phase befindet und weiterhin die motivationsstärkenden aufbauenden Strategien der Phase I benötigt, als vorschnell bereits die in Phase II beschriebenen Strategien zur Stärkung der Verpflichtungserklärung anzuwenden.

Es sollte ein klarer Sinn für Kontinuität im Rahmen der Betreuung bestehen. MG-Sitzungen sollten als progressive Beratungseinheiten und als kontinuierliche Behandlung mit regelmäßiger Therapie und Folge-Einheiten präsentiert werden. Die ersten Einheiten fokussieren auf den Aufbau von Motivation und das Verstärken des Willens zur Veränderung, die darauf folgenden (auch im Rahmen der Evaluation) dienen als periodische Überprüfungen bezüglich des Fortschrittes im Veränderungsprozess. Es kann hilfreich sein, im Rahmen der weiteren Sitzungen, spezifische Situationen, die seit der letzten Einheit aufgetreten sind, zu diskutieren und zu thematisieren.

Die Einheiten III und IV sind für die dritte und vierte Woche anberaumt. Weitere Sitzungen können als „Booster“-Einheiten eingeschoben werden, um den motivationalen Prozess zu bestärken.

Falls es zu einem Ausfall der Sitzungen von mehreren Wochen kommt, können kurze fünfminütige Gespräche als Auffrischungseinheiten angewendet werden und der Therapeut könnte mit dem Patienten ein paar Tage vor dem vereinbarten Termin telefonieren. Dies dient als Demonstration von aktivem Interesse am Patienten und als Erinnerungsstütze. Jede Einheit beginnt mit einer Diskussion über Ereignisse, die seit der letzten Sitzung stattfanden und es sollte auch zusammengefasst werden, was seit den letzten Einheiten erreicht werden konnte. Beenden Sie jede Einheit mit

einem Überblick über die derzeitige Lage des Patienten. Welche Ansichten hat der Betroffene zu seinen nächsten möglichen Schritten?

Während dieser Einheiten ist auch darauf zu achten, ob die Ambivalenz noch immer vorhanden ist und ob die Absichtserklärung weiterhin gefestigt zu sein scheint. Es ist sicherer davon auszugehen, dass der Patient sich weiterhin in einem ambivalenten Zustandsbild befindet und auch weiterhin motivationsaufbauende Strategien benötigt.

### **Begleitung und weitere Schritte**

Wenn es zu einer eindeutigen Entwicklung eines Veränderungsplanes kommt, besteht der nächste Schritt darin, herauszufinden, welche (wenn überhaupt notwendig) zusätzlichen Behandlungsangebote oder Beratungsgespräche dem Patienten zur Unterstützung und zum Erreichen des Zieles zur Verfügung gestellt werden sollten (z. B. Fertigkeitstraining). Wenn der Therapeut selbst einige oder alle benötigten Behandlungen anbieten kann, sollte fortgefahren werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten die spezifischen Behandlungsmöglichkeiten thematisiert und identifiziert werden, und gegebenenfalls eine Überweisung organisiert werden (wenn auch immer möglich, sollte die Überweisung auch persönlich von der Arbeitsstätte in Anwesenheit des Patienten erfolgen, es sollte auch eine genaue Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden).

### **Der Abschluss**

Der formelle Abschluss der MG-Phase beinhaltet eine finale Rekapitulation über die Situation und Fortschritte des Patienten während der MG-Einheiten. Die abschließende Zusammenfassung sollte folgende Elemente einbeziehen:

- Erneute Begutachtung der wichtigsten Faktoren in Bezug auf Motivation des Patienten zur Veränderung und Wiederbestärkung der Themen zur Eigenmotivation
- Zusammenfassung der Aussagen zur Absichtserklärung und Veränderungen, die bis zu diesem Zeitpunkt erreicht wurden
- Bestärken und erneute Bestätigung der Aussagen des Patienten bezüglich der bereits durchgeführten Veränderungen
- Explorieren von zusätzlichen Bereichen zur Veränderung, die der Patient in Zukunft noch vollziehen möchte
- Hervorrufen von Aussagen zur Eigenmotivation für das Beibehalten des Veränderungsprozesses und für zukünftige Veränderungen
- Unterstützung des Patienten bei Selbstwirksamkeit und Thematisieren der eigenen Fähigkeiten des Patienten zur Veränderung
- Umgang mit etwaigen spezifischen Problemen, die evident sind

- Erinnern des Patienten an den nächsten Termin und Bemerken, dass dies auch ein wichtiger Punkt im Gesamtprogramm ist und hilfreich bei der Beibehaltung des Veränderungsprozesses sein kann

Um die Motivation zu konsolidieren kann es sinnvoll sein, den Patienten zu fragen, was die schlechtesten Szenarien wären, wenn der Betroffene wieder seine alten Trinkgewohnheiten aufnehmen würde. Helfen Sie dem Patienten in die Zukunft zu blicken, weitere Schritte zu antizipieren oder potentielle Hindernisse, die auftreten können, zu thematisieren, um so einem Rückfall entgegen zu wirken.

---

## **MG – Alkoholkonsum**

---

### **ARBEITSBLÄTTER**

## Wie ist Ihr Trinkverhalten?

- Wann haben Sie zu trinken begonnen?
- Warum haben Sie zu trinken begonnen?
- Wie hat sich dies im Lauf der Zeit geändert?
- Was sind Gründe zu trinken?
- Wie viel Alkohol nehmen Sie pro Tag zu sich?
- Welche Faktoren (z. B. Situationen, Stimmung) beeinflussen Ihr Trinkverhalten?
- Was sind Faktoren, die Ihr Trinkverhalten aufrechterhalten?
- Haben Sie jemals versucht, mit dem Trinken aufzuhören?
- Welche Auswirkungen hat das Trinken auf Ihren Körper?
- Welche Auswirkungen hat das Trinken auf Ihre Stimmung?
- Was sind die positiven/negativen Einflüsse Ihres sozialen Netzes in Bezug auf Ihren Alkoholkonsum?
- Welche (Gesundheits-) Ansichten haben Sie in Bezug auf das Trinken?
- Besteht eine Beziehung zwischen dem Trinken und Ihrer psychischen Erkrankung?
- Was sind Ihre Bedenken in Bezug auf Ihre Trinkgewohnheiten?
- Was veranlasst Sie zu denken/glauben, dass Sie bezüglich Ihres Trinkverhaltens etwas ändern müssen?
- Gibt es noch etwas, das Sie mir mitteilen möchten?

**Was ich verändern möchte:**

The form consists of two main sections of empty rounded rectangular boxes. The first section is a central cluster of 10 boxes arranged in a roughly circular pattern: one at the top, one at the bottom, one on the left, one on the right, and two in the middle. The second section is a vertical column of 5 boxes on the right side of the page.

## Wichtigkeitsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie wichtig ist für Sie (die Durchführung) diese(r) Veränderung?

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



Überhaupt nicht wichtig

Extrem wichtig

## Zuversichtsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10: wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die Änderung umsetzen können?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Überhaupt nicht zuversichtlich

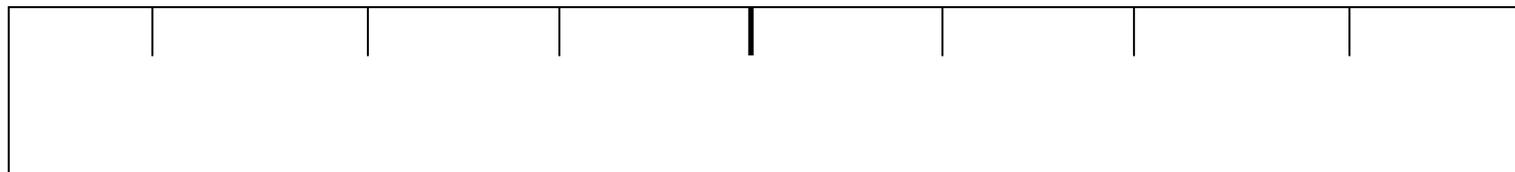
Extrem zuversichtlich

## Bereitschaftsskala

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Verhalten ändern: **Alkoholkonsum / Trinkverhalten**



**Ich bin nicht bereit**

**Ich bin unsicher**

**Ich bin bereit**

## Wie ändere ich mein Verhalten – kleiner Handlungsplan

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Ich möchte folgendes Verhalten ändern:

---

---

Der wichtigste Grund, warum ich diese Änderung machen möchte, ist:

Weitere Gründe für die Durchführung der Änderung sind:

Das Hauptziel bei der Umsetzung der Änderung ist für mich:

Um mein Ziel zu erreichen, werde ich folgende Dinge tun:

Die ersten 3 Schritte/Maßnahmen zur Umsetzung der Änderung sind:

Ich weiß, dass mein Plan funktioniert, wenn:

## **ENTSCHLÜSSE ABWÄGEN**

Wenn Sie Entschlüsse abwägen, ziehen Sie Kosten und Nutzen von dem, was immer Sie gerade auch tun, in Betracht.

Sie haben bisher exzessiv getrunken, weil Sie glauben, dass die Vorteile des übermäßigen Alkoholgenusses die Nachteile/Kosten des Trinkens überwiegen.

Das Abwägen von Entschlüssen beinhaltet persönliche Entscheidungen, Ihre Entscheidungen.

## **KONSEQUENZEN**

Konsequenzen sind Resultate von Änderungen Ihres Alkoholverhaltens. Diese können sowohl positiv als auch negativ sein. Zum Beispiel kann Ihnen Alkohol kurzfristig dabei helfen, sich locker zu fühlen, aber langfristig kann dies Ihre Gesundheit negativ beeinflussen.

Manche Menschen sind in der Lage, Ihre Trinkgewohnheiten von selbst zu ändern. Fragt man solche Menschen, was sie zur Änderung veranlasste, sagen sie oft, dass sie nur "darüber nachgedacht haben". Menschen machen oft Dinge als Resultat der Entschlüsse, die sie fassen. Sie evaluieren die Konsequenzen Ihrer Verhaltensveränderung (Abwägung von Pro/Contra) bevor Sie den entgültigen Entschluss zur Änderung fassen.

**Das ist exakt, was Sie tun können!**

Denken Sie an eine Gewichtungsskala, mit den Nachteilen auf der einen Seite und den Vorteilen auf der anderen Seite. Wenn Vor- und Nachteile ziemlich ausgeglichen sind, gibt es nichts, was Sie zu einer Änderung veranlasst. Wenn Sie Gewichte zu einer Seite der Skala hinzufügen, wird ein Ungleichgewicht entstehen. Um etwas zu ändern, müssen Sie die Waage kippen. Sie müssen Ihr Trinkverhalten persönlich so bewerten, dass das Negative am Trinken das Positive überwiegt.

Dieser Prozeß wird Entscheidungsfindung genannt.

Wir machen es die ganze Zeit: das Abwägen der Pros und Kontras einer Veränderung. Zum Beispiel wägen Menschen die Pros und Kontras bei der Durchführung einer Veränderung in ihrem Job und ihren Beziehungen ab. Entscheidungen darüber, ob man mit dem Trinken aufhört, sind genauso zu treffen, wie Entscheidungen in anderen Lebensbereichen.

## **NACHDENKEN ÜBER IHRE TRINKVERHALTENSWEISEN**

Fragen Sie sich beim Nachdenken über Ihren Alkoholkonsum:

Was könnte ich verlieren oder gewinnen, wenn ich weiterhin trinke?  
Welche Rolle spielt Alkohol in meinem Leben?

Irgendwann haben Sie tatsächlich Vorteile aus Ihrem Alkoholkonsum und Trinkgewohnheiten gezogen – die Einsicht, dass Sie zu Freunden passen, die trinken. – Wie auch immer, nachdem Sie das hier nun lesen, überdenken Sie gerade diese Vorteile und legen Ihr Hauptaugenmerk auf die Nachteile Ihres Trinkverhaltens.

## ENTSCHEIDUNG ZUR VERÄNDERUNG

Eine Methode, die Ihnen helfen kann, Ihre Gedanken hinsichtlich Trinkgewohnheiten und Alkoholabhängigkeit zu ordnen, ist die Auflistung aller Vor- und Nachteile von Trinkverhaltensweisen. Diese Übung soll Ihnen dabei helfen, darüber nachzudenken, welche Faktoren bei Ihrer Entscheidung zu einer Veränderung mitspielen. Vergessen Sie nicht, dass es sich um **Ihre Entscheidung** zur Veränderung handelt! Sie sind derjenige, der entscheiden muss, was es Ihnen bringt, die Waage zugunsten einer Veränderung zu kippen.

**Das Positive an Ihrem  
aktuellen Alkoholkonsum und  
Trinkverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Das Negative an Ihrem  
aktuellen Alkoholkonsum  
und Trinkverhalten**

---

---

---

---

---

---

---

**Mein Plan: Änderung des Verhaltens  
- Schwierigkeiten und Hindernisse**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Ich will das folgende Verhalten ändern:**

---

---

Das sind mögliche Haken & Hindernisse, die meine Veränderung behindern könnten:

Wie kann ich mit diesen Haken und Hindernissen umgehen?



**MOTIVIERENDE GESPRÄCHSFÜHRUNG  
MIT MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN  
ERKRANKUNGEN**

## Motivierende Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit einer psychischen Erkrankung können unterschiedliche Einschränkungen und spezifische Probleme aufweisen, die im Zusammenhang mit ihrer Krankheit stehen und die Einfluss auf ihre Motivation für eine Verhaltensänderung nehmen und es darüber möglicherweise auch zu Interferenzen mit der Technik der Motivierenden Gesprächsführung (= MG) kommen kann. Beispielsweise weisen Personen mit einer Schizophrenie chronisch oder zeitweise erhebliche kognitive Defizite auf, was die Fähigkeit, in vollem Umfang an Motivierenden Gesprächsführungssitzungen teilzunehmen, beeinflussen kann.

Einige psychische Erkrankungen, bspw. die Depression und die Schizophrenie, sind geprägt durch eine Vielzahl an Veränderungen im neurobiologischen, kognitivem und verhaltensorientiertem Bereich, welche die Anwendbarkeit der Motivierenden Gesprächsführung bei dieser Zielgruppe einschränken können. Beispielsweise setzt MG an einer Änderung des zielgerichteten Verhaltens an, jedoch haben Patienten mit Schizophrenie manchmal Schwierigkeiten, intentionales Verhalten Aufrecht zu halten. MG postuliert, dass Veränderung durch eine laufende Beurteilung der Vor- und Nachteile eines spezifischen Verhaltens und die Fähigkeit einer Person, Veränderungen vorzunehmen, erreicht wird. Schizophrenie ist jedoch durch kognitive Symptome gekennzeichnet, die sowohl Introspektion als auch komplexe Problemlösungsstrategien beeinträchtigen können. Zudem fokussiert MG – durch den gesamten Veränderungsprozess hindurch – auf persönliche Ziele, für die wiederum eine Vielzahl von Coping-Strategien notwendig sind, die allerdings manchmal nicht im aktuellen Repertoire von Personen mit Schizophrenie zu finden sind. Die Zielsetzung der MG – die Verhaltensänderung – kann auf diesem Weg also nicht erreicht werden.

Darüber hinaus kann die Motivation von Patienten mit einer psychischen Störung durch weitere Faktoren gemindert sein. Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung scheinen bis zu einem gewissen Grad nicht mit so genannten allgemein geläufigen „Verstärkern“ auf der Verhaltensebene motiviert werden zu können. Manche psychiatrische Patienten zeigen Antriebsverminderung und Mangel an Interesse an üblicherweise motivierenden (sozialen) Ereignissen. Diese Personen können auch Schwierigkeiten bei der Identifizierung von Kosten und Nutzen spezieller Ziele haben. Zusätzlich leiden viele Patienten an einer Negativsymptomatik. Daher könnte es Ihnen an Antrieb fehlen, um komplexe Verhaltensabläufe zu initiieren, die für eine Verhaltensänderung erforderlich sind. Anhedonie, ein weiteres Zeichen der Negativsymptomatik, kann die Erfahrung einer positiven Wirkung beeinträchtigen, und dadurch die Fähigkeit des Patienten, Freude und positive Verstärkung durch ein erreichtes Verhaltensänderungsziel zu erleben, verringern und die subjektive Einschätzung hinsichtlich der Vorteile einer neuen Verhaltensweise einschränken.

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass folgende Faktoren für eine Verhaltensänderung relevant erscheinen: intrinsische Motivation; die Fähigkeit zur Selbstkontrolle auch bei Auftreten von kontraproduktiven Verlockungen; Copingstrategien auf einer kognitiven und Verhaltensebene, sowie

soziale Unterstützung. Leider finden sich oft bei Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung Einschränkungen in jedem dieser Bereiche.

Ein weiterer Faktor, der die Anwendbarkeit des transtheoretischen Modells bei Menschen mit psychischen Störungen beeinträchtigen kann, ist die ausgeprägte **kognitive Beeinträchtigung**, die oft mit der Erkrankung einhergeht. Patienten mit dauerhafter und schwerer psychischer Erkrankung, wie eben zum Beispiel einer Schizophrenie, weisen oft bedeutsame Schwierigkeiten bezüglich Aufmerksamkeit, Gedächtnis und komplexeren kognitiven Prozessen, wie zum Beispiel abstraktem Denken auf.

Diese **kognitiven Defizite** machen es Patienten mit Schizophrenie mitunter sehr schwer, sich an den komplexen Prozessen, die für bewusste Verhaltensänderung nötig sind, zu beteiligen. Defizite in der Fähigkeit, Zusammenhänge zwischen vergangenen Erfahrungen und gegenwärtiger Stimuli herzustellen, können die Fähigkeit beeinträchtigen, das gegenwärtige Verhalten und den ungesunden Lebensstil mit den negativen Folgen in einem zeitlichen Ablauf in Verbindung zu bringen und dementsprechend das Entscheidungsspektrum zu modifizieren. Schwierigkeiten hinsichtlich Problemlösungsfähigkeit und abstraktem logischem Denken können die Fähigkeit beeinträchtigen, die Vor- und Nachteile des ungesunden Lebensstils zu beurteilen und realistische Ziele zu formulieren. Die Motivation für Veränderung variiert zeitlich, wenn man eine ungesunde Angewohnheit bewältigen will, jedoch haben psychisch kranke Personen oftmals die zusätzliche Belastung, ihre Absichten/Vorsätze und Bekenntnisse zur Veränderung nicht vollends abrufen zu können. Frontotemporale Beeinträchtigungen sind assoziiert mit einem Phänomen, welches man als „vergessen sich zu erinnern“ bezeichnen kann, wobei hier der Patient Schwierigkeiten hat, sich an Bekenntnisse zur Veränderung zu erinnern oder Fertigkeiten zur Bewältigung anzuwenden.

Eine andere Einschränkung geht mit **sozialer Beeinträchtigung** einher, die oft mit einer psychischen Erkrankung auftritt. Personen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis sind oft nicht in der Lage, bestimmte soziale/gesellschaftliche Rollen auszuführen, sie haben Schwierigkeiten Konversationen anzubahnen und aufrecht zu erhalten und sind häufig außerstande, Ziele zu erreichen oder ihre Bedürfnisse in Situationen zu erfüllen, die soziale Interaktion erfordern.

Dennoch erfassen existierende Behandlungsmodelle nicht angemessen die spezifischen Lern- und Leistungsdefizite, die für psychisch kranke Menschen charakteristisch sind. HELPS hat einen Behandlungsansatz entwickelt, der die spezifischen Defizite hinsichtlich Motivation, kognitiver Leistungsfähigkeit und sozialer Fertigkeiten bei psychischer Erkrankung berücksichtigt.

MG Therapeuten sollten sich daran erinnern, dass MG nur der erste Schritt ist, Personen zu helfen ihre Ziele zu verwirklichen. Nur weil der Patient feststellt, dass die Erreichung eines bestimmten Ziels weit mehr Nutzen als Kosten erbringen würde, heißt noch nicht, dass das Ziel auch erreicht wird. Die Person kann an mehreren Beeinträchtigungen aufgrund der psychiatrischen Krankheit leiden, die die Zielerreichung erschweren. Einmal motiviert, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, kann es sein, dass die

Person verschiedene andere psychosoziale Interventionen benötigt, beispielsweise Fertigkeitstrainings oder Psychoedukation.

Basierend auf den Erfahrungen bei der Adaptierung der Motivierenden Gesprächsführung für Personen mit einer psychischen Erkrankung empfehlen wir folgende Punkte für Leiter von MG-Sitzungen:

- Wir empfehlen die Anwendung eines respektvollen und unterstützenden Gesprächsstils, um die Teilnahme an der Therapie zu verbessern. Dieser Ansatz entspricht aktuellen Trends, die Empowerment und Selbstbestimmung in der Behandlung von Personen mit schweren und permanenten psychischen Erkrankungen unterstützen.
- MG Gruppensitzungen sollten in Kleingruppen durchgeführt werden, mit maximal sechs bis acht Teilnehmern, um genügend Aufmerksamkeit für die Einzelnen sicherzustellen und die Möglichkeit zu bieten, Fertigkeiten bereits während einer Therapiesitzung auszuprobieren. Die 40- bis 60-minütigen Sitzungen werden zuerst einmal wöchentlich abgehalten, später möglicherweise mit längeren Abständen („Booster-Sessions“) für etwa weitere sechs Monate. Dieser Behandlungsrahmen gibt den Teilnehmern Zeit, Motivation für eine Veränderung und die Arbeit an ihren Zielen aufzubauen.
- Mehrere Punkte sollten wegen der kognitiven Defizite der Betroffenen in Erwägung gezogen werden. Die Sitzungen sollten klar strukturiert sein und das Hauptaugenmerk auf Verhaltenstraining gelegt werden. Die angebotenen Lernunterlagen sollte in kleine Einheiten aufgeteilt werden. Komplexe soziale Abläufe, wie zum Beispiel das Schließen von Freundschaften oder das Ablehnen schlechter Ernährung (Fast Food), sollten in einzelne Komponenten zerlegt werden, wie zum Beispiel die Aufrechterhaltung des Augenkontakts oder die Fähigkeit „nein“ sagen zu können. Den Patienten wird zuerst beigebracht, diese Elemente einzeln auszuführen, und in der Folge schrittweise zu kombinieren. Das optimale Maß an Struktur versus patientenzentriertem Ansatz in der Behandlung hängt von der Stärke der psychiatrischen Symptome ab. Kognitive- oder Kommunikationsdefizite erfordern, dass eine MG-Intervention an die Fähigkeiten des Patienten angepasst wird.
- Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung können erhebliche Schwierigkeiten beim Erfassen abstrakter Konzepte und der Generalisierung von Handlungsgrundsätzen haben. Anstatt typische Problemlösungsfertigkeiten und Bewältigungsstrategien zu lehren, die auf eine Vielzahl von Situationen angewendet werden können, fokussieren wir auf spezielle Fertigkeiten, die Handhabung ausgewählter Risikosituationen erforderlich sind.
- Es wird von Lernhilfen Gebrauch gemacht, wie beispielsweise Handouts, Flipcharts oder Tafeln, Arbeitsblättern und Erinnerungskarten, um die Anforderungen an Gedächtnis und Aufmerksamkeit zu reduzieren.

- Wir raten, die Patienten nicht unter Druck zu setzen, gleich zu Beginn des Programms Ziele hinsichtlich eines speziellen ungesunden Verhaltens festzulegen. Vielmehr empfehlen wir sich primär darum zu bemühen, dass sich die Betroffenen überhaupt am Programm beteiligen. Grund dafür ist, dass die niedrige Selbstwirksamkeit viele Patienten davon abhält, sich an einer Verhaltensänderung zu beteiligen. Die niedrige Selbstwirksamkeit ist oft auf eine lange Geschichte von Fehlschlägen bei der Erreichung von Zielen zurückzuführen. Konsequenterweise sollte man zuerst versuchen, die Selbstwirksamkeit zu stärken, indem Erfolgserlebnisse in das Programm eingebaut werden. Patienten erreichen Erfolg, indem sie Fertigkeiten erlernen, die darauf gerichtet sind, Konversationen zu beginnen und unangemessene Anforderungen abzuwehren. Erst dann wird der Fokus auf soziale Situationen verlagert, die mit dem ungesunden Verhalten des Patienten einhergehen. Wenn den Betroffenen geholfen wird Ziele zu definieren, haben diese bereits erfolgreich einige Fertigkeiten praktiziert, die benötigt werden, um die angepeilten Ziele zu erreichen. Der Inhalt der Sitzungen zu Coping-Mechanismen und Rückfallsprävention basiert auf der Theorie sozialen Lernens.
- Das Vorliegen von psychotischen Symptomen sollte nicht automatisch zu einem Ausschluss aus einer MG-Sitzung führen. Therapeuten können selektiv über relevante Aspekte der Patientenaussagen reflektieren und von Randthemen zurück auf den Hauptfokus des Gespräches lenken, nämlich ein spezifisches ungesundes Verhalten zu ändern. Obwohl es verlockend ist, MG bei Klienten nicht anzuwenden, die sehr konkretistisch sind oder eine lange Antwortlatenz präsentieren, zeigen die Erfahrungen, dass eine Verlangsamung des Tempos, um auf einen Input des Patienten zu warten, oft zu guten Ergebnissen führt. Das Entwickeln von eigenen Ideen der Patienten (auch wenn nur eingeschränkt) oder das Entwickeln von Wahlmöglichkeiten (selbst wenn die Auswahlmöglichkeiten vom MG-Leiter angeboten werden) ist möglich, sogar wenn eine stark strukturierte Therapie von klinischen Überlegungen bestimmt ist.
- Eine wichtige Bedingung für die Anwendung der MG ist die Fähigkeit, ein harmonisches Verhältnis und einen gemeinsamen klinischen Fokus aufzubauen. Wenn sich dies nicht aus den anfänglichen Übungen entwickelt, dann verwenden Sie den generellen MG-Stil im Rahmen von kurzen, flexiblen Sitzungen mit dem Ziel, Themen zu erarbeiten, die für den Klienten von Interesse sind.
- MG – so wie hier beschrieben – ist dafür konzipiert, die körperliche Gesundheit zu verbessern, und wir ermutigen, die Anwendung der MG zur Förderung dieser Ziele in Betracht zu ziehen. MG ist aber bei akuten Krisensituationen nicht angebracht.
- Strukturierte Übungen sind nützlich um eine Diskussion über ungesundes Verhalten zu beginnen. Diese Übungen bieten eine gewisse Struktur, um Sitzungen zu organisieren und um erfolgreich Assoziationen hervorzurufen, die in einer weniger strukturierten Weise exploriert werden können. Patienten mit Schizophrenie oder einer anderen schweren psychischen Erkrankung werden unterschiedlich reagieren, wenn sie bei unstrukturierter Diskussion über belastende Aspekte ihres Lebens reden. Wenn Versuche, eine Person spezifisch mit MG-Interviewtechniken (offene

Fragen; Reflexionen) zu motivieren, zu wenig Erfolg zeigen, kann es von Nutzen sein, strukturierte Übungen einzuführen um produktive Gespräche führen zu können. Patienten beschreiben die Überlegungen zu Pro und Contra einer Veränderung und Aufgaben zu persönlichen Zielen oft als außerordentlich hilfreich und ersuchen auch um Kopien der Arbeitsblätter als konkrete Erinnerungshilfen.

- Es scheint auch relativ einfach zu sein, bei Patienten mit psychischen Erkrankungen und multiplen Alltagsproblemen Gespräche über Veränderungen zu initiieren. Schwieriger ist es jedoch, in der Folge auch eine entsprechende Veränderung des Verhaltens zu erreichen. Patienten mit schweren und persistierenden psychischen Erkrankungen könnten besonders damit Schwierigkeiten haben, die Motivation in eine reelle Änderung des Verhaltens umzusetzen. Verbale Absichtsäußerungen dürfen nicht mit Verhaltensänderung gleich gesetzt werden, falls die Patienten Fertigungsdefizite und/oder ein niedriges Maß an Selbstwirksamkeit haben. Daher empfehlen wir die Anwendung von Techniken zur Motivationssteigerung zusammen mit verhaltensorientierten und auf Fertigkeiten fokussierenden Trainings, falls ein Patient Defizite in diesem Bereich aufweist.



## HELPS- TOOLKIT FEEDBACK FRAGEBOGEN

## HELPS TOOLKIT FEEDBACK FRAGEBOGEN

Als Teil unserer Verpflichtung das HELPS- Toolkit stetig zu verbessern, bitten wir all jene, die das Toolkit verwenden, diesen Fragebogen auszufüllen. Wir wären sehr dankbar für Ihre Meinung und würden Sie bitten, den ausgefüllten Fragebogen an uns zu retournieren (Porto zahlt Empfänger). Selbstverständlich werden diese Daten anonymisiert und völlig vertraulich bearbeitet.

Helfen Sie uns bei der Verbesserung des Toolkits.

VIELEN DANK!

### Das HELPS- Netzwerk

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Intervention von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Diagnose/Patienten: \_\_\_\_\_

Beruf/Betreuer: \_\_\_\_\_

Anzahl der Teilnehmenden: \_\_\_\_\_

Bitte ...	Sehr gut	Interessant	Neutral	Nicht interessant	Furchtbar
geben Sie uns Rückmeldung über das <b>Interesse</b> am HELPS Toolkit					
beurteilen Sie die <b>Qualität</b> des HELPS Toolkit					
beurteilen Sie die <b>Brauchbarkeit</b> der Informationen im Toolkit für Sie					
beurteilen Sie die <b>Anwendbarkeit</b> der Informationen im Toolkit für Sie					
beurteilen Sie die <b>Machbarkeit</b> der Informationen im Toolkit für Sie					

AKZEPTANZ			
	ja	Unentschlossen	Nein
Ich bin mit dem HELPS Toolkit zufrieden			
Ich habe den Willen das HELPS Toolkit weiterzuverwenden			
Das Toolkit kann in die Organisationsstruktur der behandelnden Einrichtung eingebaut werden.			

INHALT			
	Ja	Unentschlossen	Nein
Der Inhalt des HELPS Toolkits ist interessant			
Es gab zu viele Elemente im HELPS Toolkit, die ich nicht verwenden konnte			
Die Anwendung des HELPS Toolkit ist sehr relevant für unsere Einrichtung			
Das Toolkit spricht direkt die Bedürfnisse unserer PatientInnen an			
Das Toolkit spricht direkt die Ziele des Betreuerteams an			
Das Toolkit spricht direkt die Ziele unserer Betreuungseinrichtung an			

PRAKTIKABILITÄT			
	Ja	Unentschlossen	Nein
Ich konnte den Anweisungen im Toolkit leicht folgen			
Die Übergabe des Programms war gut organisiert			
Es gab genügend Ressourcen, um das Toolkit umzusetzen			
Dieses Toolkit ist gut anwendbar bei PatientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen			

MATERIALIEN			
	Ja	Unentschlossen	Nein
Ich fand die Instruktionen hilfreich			
Die Information wurde klar präsentiert			
Die Papierversion ist gut verwendbar			
Die elektronische Version ist gut verwendbar			

<b>EFFEKTIVITÄT</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Unentschlossen</b>	<b>Nein</b>
Die Intervention hatte positive Effekte auf die Gesundheit der PatientInnen			
Die Intervention hatte einen positiven Effekt auf die Befindlichkeit der PatientInnen			
Die Intervention hatte einen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten der PatientInnen			
Die Intervention hatte negative Effekte auf die Gesundheit der PatientInnen.			
Die Intervention hatte einen negativen Effekt auf die Befindlichkeit der PatientInnen.			
Die Intervention hatte einen negativen Effekt auf das Gesundheitsverhalten der PatientInnen			

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung !**

Das HELPS- Netzwerk