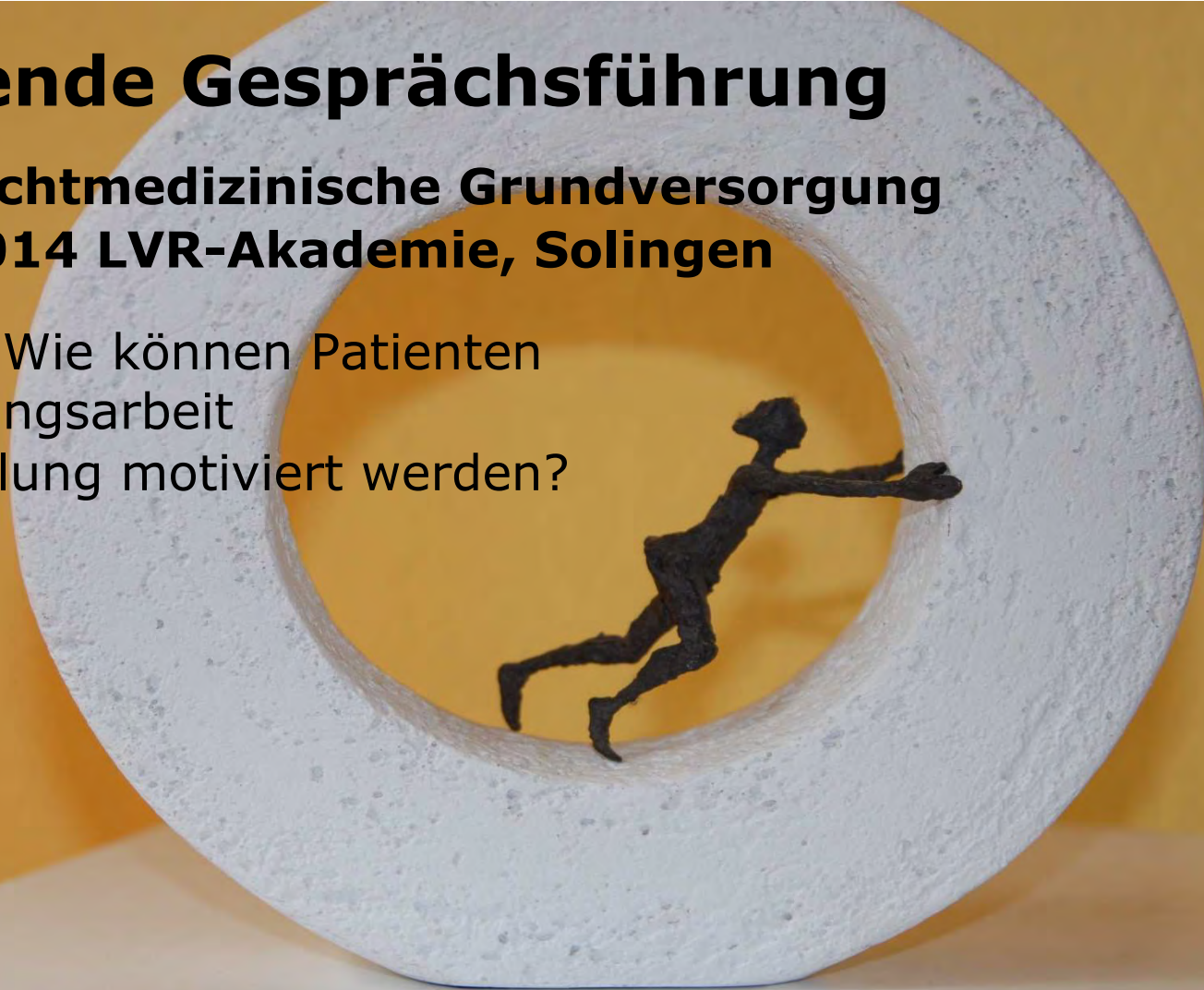


Motivierende Gesprächsführung

**4. Modul: Suchtmedizinische Grundversorgung
13.-14.03.2014 LVR-Akademie, Solingen**

Grundfrage: Wie können Patienten zur Veränderungsarbeit in der Behandlung motiviert werden?



Udo Raum



„Speisekarte“

Theorie:

- **Motivation: Überlegungen zur Motivation von Patienten**
 - > Motivationspsychologische Konzepte im klinischen Kontext:
 - Motivation im klinischen Kontext
 - „Rubikon-Modell“ nach Heckhausen et al.
 - „Erwartung X Wert X Modelle“
 - psychologische Psychotherapie (u. a. Sachse, Grawe, Young)
 - > Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick
 - Grundkonzept, Methoden und Interventionen
 - > Transtheoretisches Modell nach Di Clementi, Prochaska, Norcross
 - > Einzelne Behandlungskonzepte vor dem Hintergrund komorbider Störungen

Praktische Übungen:

- Selbsterfahrungsübung,
- Übungen zur Gesprächsführung, zu Methoden und Interventionen

Überblick: Motivierende Gesprächsführung in der Suchtbehandlung

Bedeutung:

- **Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung in den 80er und 90er Jahren:**
 - > weniger konfrontative, aversive Methoden und Interventionen
 - > stattdessen Fokussierung auf Motivation

Grundlage u. a.:

1. Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick

- > Humanistisches Paradigma: klassische Gesprächspsychotherapie nach Rogers (dtsch. 1972)

2. kognitiv-verhaltenstherapeutisches Paradigma:

- > „selfefficacy model“ (Bandura, 1977)
- > Methodik der kognitiven Verhaltenstherapie (A. T. Beck 1978, u. a.),
- > Transtheoretisches Modell (Di Clementi, Prochaska & Nocross 1992)

3. Aktuell: Berücksichtigung eines komorbiden Störungsgeschehens

- > Rückfallprophylaxe Training (RPT, Klos und Görger, 2009)
- > Sucht und Persönlichkeitsstörungen (Schematherapie, Ball, 2006)
- > Sucht und Psychose

Therapiemotivation und Änderungsmotivation

Therapiemotivation (Sachse et al, 2011):

- > lediglich die Motivation ein therapeutisches Setting aufzusuchen
- > unterschiedliche Gründe:
 - > sich einem Behandlungsprozess zu unterziehen: Ziel → Veränderung.
 - > Fassadäre Alibi-Strategie: Ziel, keine Veränderung aber Zustimmung, Erlösung oder Stabilisierung, Demonstration, Sicherheit etc.
These: „Patienten machen Therapie, um sich nicht verändern zu müssen.“

Änderungsmotivation:

- > Änderungsmotivation = Änderungsentschlossenheit
- > „Änderungsmotivation ist die Motivation, aktiv etwas dafür tun zu wollen, dass sich ein Zustand oder ein System ändert: Der Patient will nicht nur, dass etwas „anders wird“ (motiviert), er will „etwas anders machen“ (volitional).
- > setzt eine antizipierte Vorstellung voraus, was sich durch die Behandlung verändern soll und eine Ahnung, wie die Veränderung zu erreichen ist.



Eigenschaften von Änderungsmotivation

Eine Änderungsmotivation impliziert ferner, eine Vorstellung über

- > Krankheitssymptome und die Nachteile, „Kosten“ der Symptomatik
- > die Nachteile, („Kosten“), die wesentliche Bedürfnisse oder eine Erfüllung von Motiven verhindert.
- > eine Attribuierung der Symptomatik auf sich selber und damit die Einschätzung selbst die Nachteile („Kosten“) zu erzeugen. Die Folge ist, dass der Patient davon ausgeht, selber etwas ändern zu müssen, um eine Symptomreduzierung zu erreichen. (Sachse et al, 2011)
- > eine Akzeptanz oder zumindest ein Hinnehmen der Patientenrolle und des therapeutischen Settings und der damit verbundenen Nachteile, („Kosten“).
- > eine Klärung und eine Reduzierung der Ambivalenz, die bei der Frage aufgeworfen wird, an der Behandlung teilzunehmen oder nicht.



Änderungsmotivation und Leidensdruck:

Leidensdruck (Sachse, et al. 2011):

- Der Patient nimmt die Nachteile, („Kosten“) seiner Symptomatik wahr oder zum Teil wahr.
- Dies bedeutet aber nicht, dass Leidensdruck gleich Änderungsmotivation ist:
 - **Leidensdruck \neq Änderungsmotivation**
- Der Patient kann Leidensdruck auch äußern, um andere Nachteile („Kosten“) zu reduzieren oder in seiner Motivation stark ambivalent sein.
- Für die Ausbildung einer Änderungsmotivation erscheint Sachse et al. die Hinzufügung einer Verantwortungsübernahme wesentlich.
 - **Leidensdruck + Verantwortung = Änderungsmotivation**



Unterscheidung: Makro- zu Mikromotivation (Sachse et al., 2011):

- **Makromotivation:** Verwirklichung längerfristiger Ziele, die eine Kongruenz zu wesentlichen Grundbedürfnissen bedeuten würde.
 - > **Symptomverminderung,**
 - > **„Kostenreduzierung“**
- **Mikromotivation:** Verwirklichung einer Compliance und allgemeinen Mitarbeit in der Therapie, um eine längerfristige Erreichung von Makromotiven zu erzielen.

Relevanz für die therapeutische Arbeit

- **Zu Beginn einer Behandlung abklären, was ein Patient tatsächlich von der Behandlung hat, bzw. haben will:**
 - > Was möchte er von der Behandlung, an Behandlungserfolg mitnehmen?
 - > Ist er „Besucher“ oder „Kunde“? Ist er **stabilisierungsmotiviert** hinsichtlich seines aktuellen Status oder ist er **veränderungsmotiviert**?
 - > Inwieweit erkennt der Patient die „Kosten“ seiner Problematik und attribuiert diese auf sich selber?
 - > Inwieweit kann er erkennen, dass er durch seine Problematik wesentliche andere Grundbedürfnisse nicht erfüllt bekommt, Grundbedürfnisse ggf. selber sabotiert?
 - > Wie hoch ist seine Verantwortungsübernahme?
- **Makro- und Mikromotivation**
 - > Ohne Makromotivation keine Mikromotivation! Deshalb zu Beginn einer Behandlung sehr viel Klärungsarbeit mit dem Ziel, konkrete und realistische langfristige Ziele erreichen zu können.

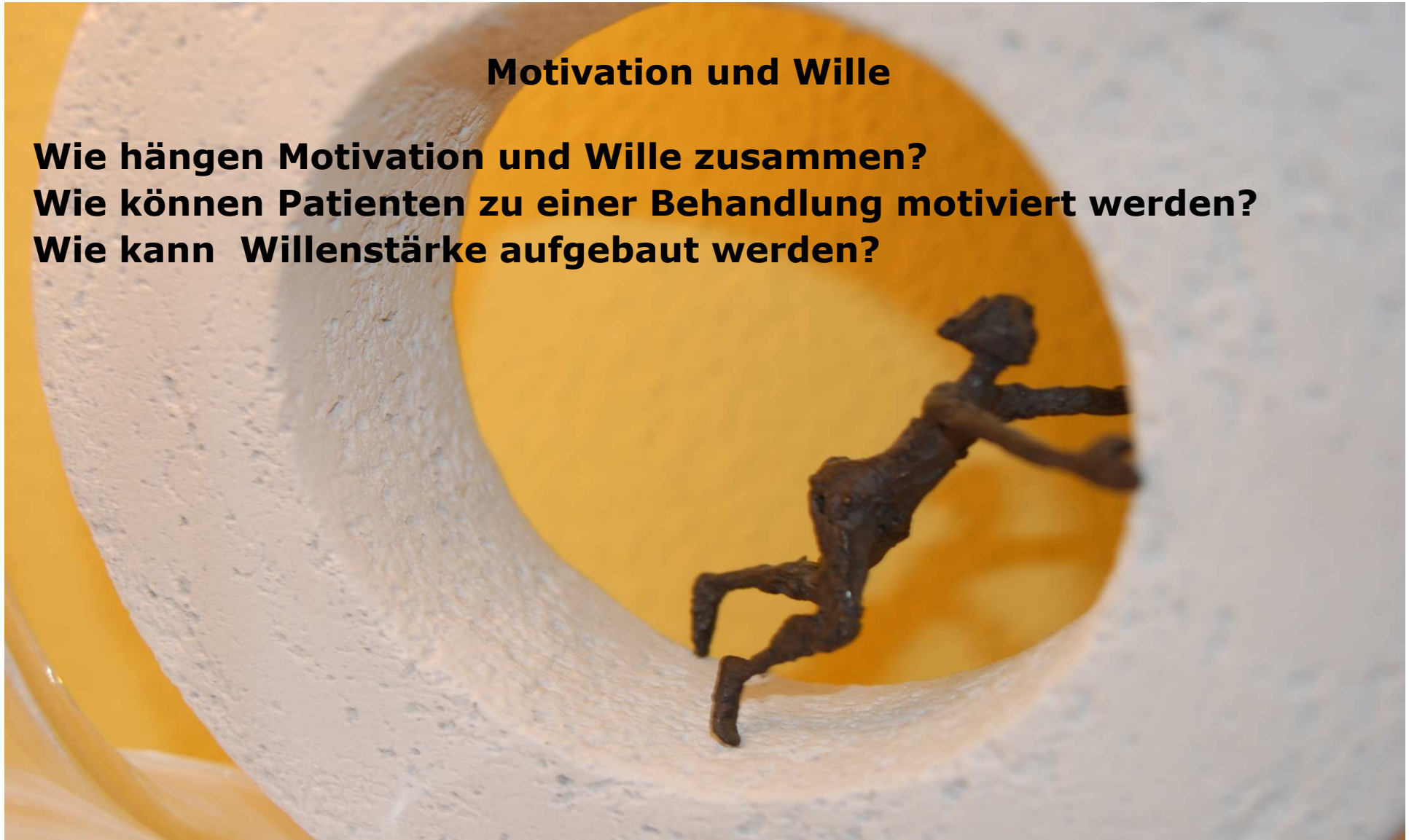


Motivation und Wille

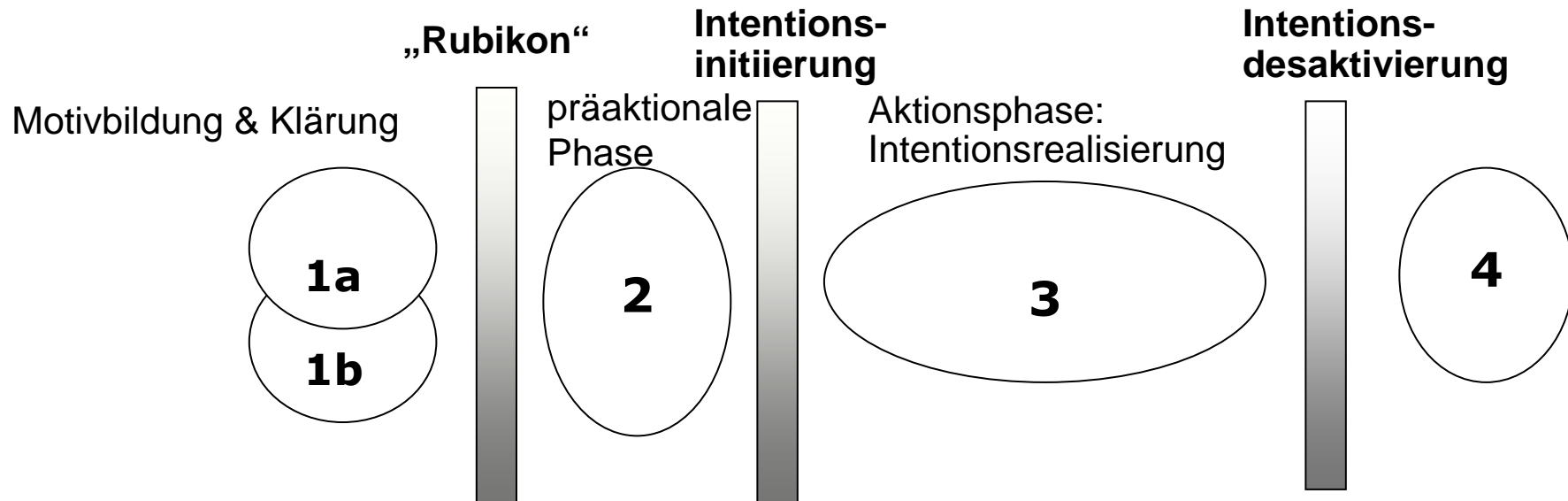
Wie hängen Motivation und Wille zusammen?

Wie können Patienten zu einer Behandlung motiviert werden?

Wie kann Willenstärke aufgebaut werden?



Rubikon-Modell zur Motivation und Intention (Heckhausen, Gollwitzer 1987)



1. Motivbildung: 1. a Planung (kognitiv), 1. b. Erleben (emotional), Ressourcen abklären

Rubikon: Beginn der Handlungsphase

2: Volitionsphase der Entschlussbildung

3: Volitionsphase der Handlungsrealisierung

Ende der Handlungsphase

4: Motivationsphase durch Rückbezug: Reflexion des bisher Erreichten

Bezug des Rubikon-Modell zur psychotherapeutischen Praxis

1. Phase der Motivbildung: Herausbildung einer Makromotivation

- I. 1a, Planung (kognitiv): Klärung wesentlicher dysfunktionaler Einstellungen (kognitive Schemata) zur Problematik. Psychoedukation zum Störungsverlauf
- II. 1b, Erleben (emotional): Klärung wesentlicher sozialer Grundbedürfnisse, Inkongruenzen und Bewältigungs-, Copingsstile (Bewältigungsmodus).
- III. Potentiale und Ressourcen abklären: Welche Kognitionen und Metakognitionen helfen dem Patienten bei der Stabilisierung und Genesung?

Rubikon: Beginn der Handlungsphase: Herausbildung einer Mikromotivation

- 2: Volitionsphase der Entschlussbildung: („Was will ich durch die Behandlung erreichen?“)
- 3: Volitionsphase der Handlungsrealisierung: („Vorstellung“ über den Weg und die Umsetzung: Die Behandlung)

Ende der Handlungsphase

- 4: Motivationsphase mit Rückbezug: Reflexion des Therapieverlaufs

Rückbezug zu der erfolgreich stattgefundenen Behandlung bedeutet Motivation

Unterscheidung:

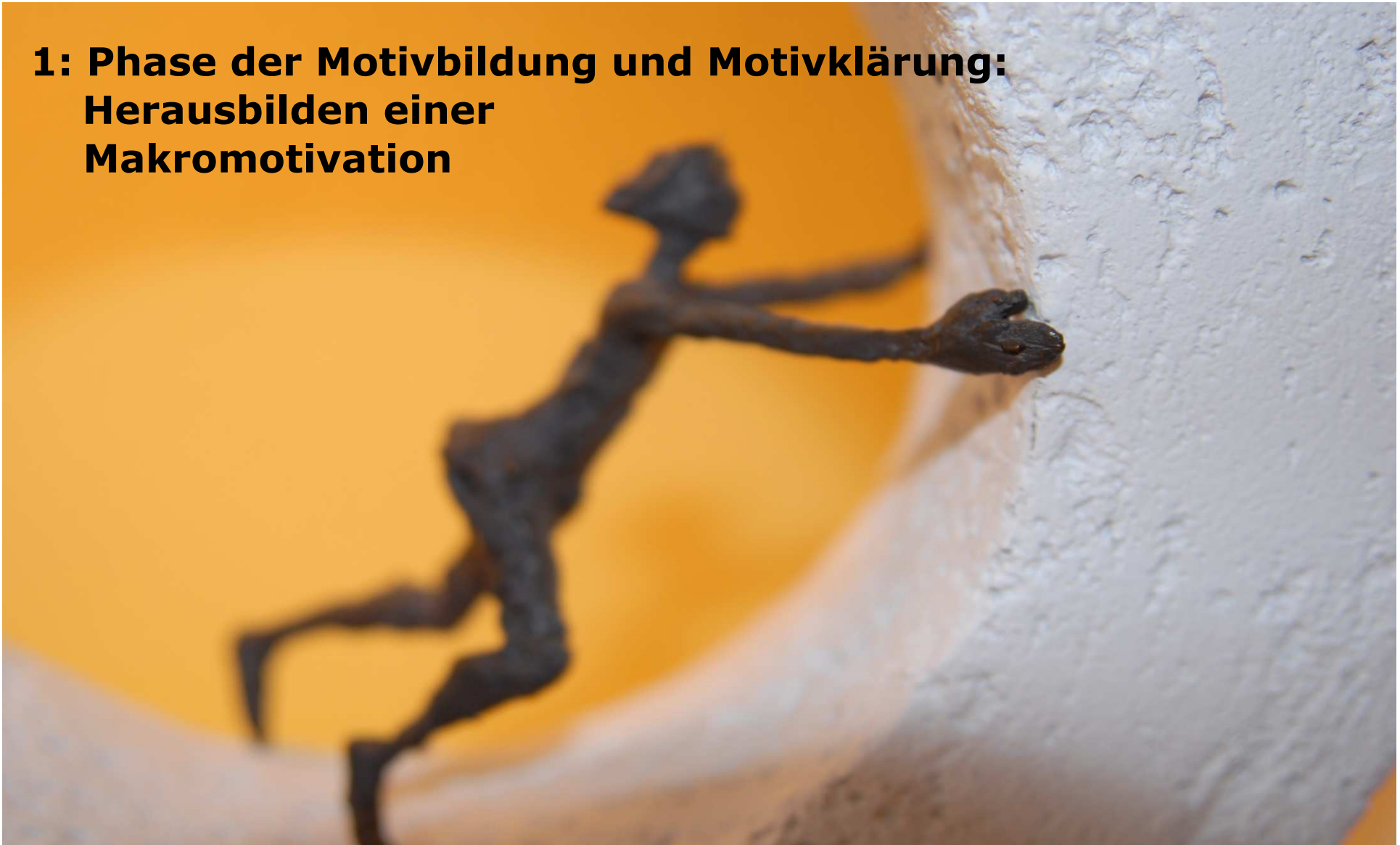
- **Motivation** ... Streben und Ausrichten des Verhaltens nach erwarteter Folgen bzw. wünschenswerten Zielzuständen, bewusst oder automatisiert.
von (Problem: Sammelbegriff)
- **Volition** ... die Bildung, Planung, Durchführung und Realisierung von Absichten und eben von Motiven. (Im Volksmund: „Willensstärke“).

Damit aus der Therapie-
motivation eine Veränderungs-
absicht wird, ist zu Beginn eine
Vorstellung über die angenom-
menen Ziele und die Folgen der
Behandlung notwendig. Im
Verlauf der Behandlung erfolgt
eine Festigung der
Veränderungsabsicht durch
Klärungsarbeit der Motive.



Rubikon-Modell der Handlungsphasen (Heckhausen, Gollwitzer et al. 1987)

**1: Phase der Motivbildung und Motivklärung:
Herausbilden einer
Makromotivation**



Rubikon-Modell zur psychotherapeutischen Praxis: Motivationsphase

1: Phase der Motivbildung und Motivklärung: Herausbilden einer Makromotivation

- Änderungsmotivation bedeutet,
 - > die Vorstellung, was übergeordnet wichtig ist, was längerfristige, soziale „Lebens“-ziele sind und wie sich diese im Alltag realisieren.
 - > die Vorstellung, welche Therapieziele leiten sich hiervon ab oder was will ich in der Therapie erreichen? Was würde mich zufriedener machen?
 - > Sind diese Lebensziele mit wesentlichen sozialen Motiven und letztendlich auch den Therapiezielen vereinbar? (vgl. Ambivalenz)
 - > Welche positiven Effekte würden aus einer erfolgreichen Therapie resultieren?
- Klärung wesentlicher dysfunktionaler Einstellungen (kognitive Schemata)
 - > Welche Einstellungen („innere Begrenzer“ oder „innere Antreiber“) bestehen (überwiegend implizit), die einen Therapieerfolg unwahrscheinlich erscheinen lassen (vgl. Veränderungsarbeit) und wie komme ich zu einer funktionalen Überzeugung über mich und die Beziehungen um mich herum?

Rubikon-Modell zur psychotherapeutischen Praxis: Motivationsphase

- Herausarbeiten der wesentlichen Symptomkosten:
 - > Welche wesentlichen, sozialen Nachteile – „**Kosten**“ - hat der Patient?
 - > Welche wesentlichen Motive, Grundbedürfnisse sind durch „Kosten“ beeinträchtigt?
 - > Welche „Kosten“ werden durch die Therapie und durch meine Mitarbeit reduziert?
 - > Wie wichtig ist die persönliche Bedeutung der „Kosten“ und warum genau möchte der Patient die „Kosten“ reduzieren?
 - > Welche Therapieplanung und Therapieziele lassen sich daraus ableiten?



Ambivalenzproblem dargestellt durch die Kosten-Nutzen-Waage

**Nachteile („Kosten“) des
des Status Quo**

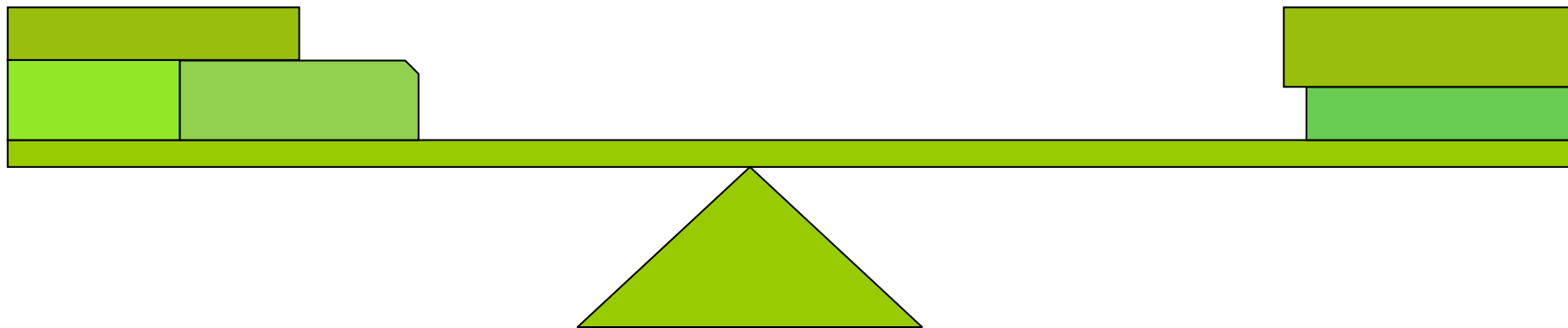
versus

Nutzen einer Veränderung

Nutzen des Status Quo

versus

Nachteile einer Veränderung



Ist der Patient **stabilisierungsmotiviert** hinsichtlich seines aktuellen Status (Person, Identität, Emotionalität etc.) oder ist er **veränderungsmotiviert** (Hinsichtlich welcher Dimension)?

Welche **Annäherungstendenzen** und welche **Vermeidungstendenzen** zeigt der Patient?

**Vier Felder-Entscheidungsmatrix:
Prinzip: Vorteile versus Nachteile visualisieren**

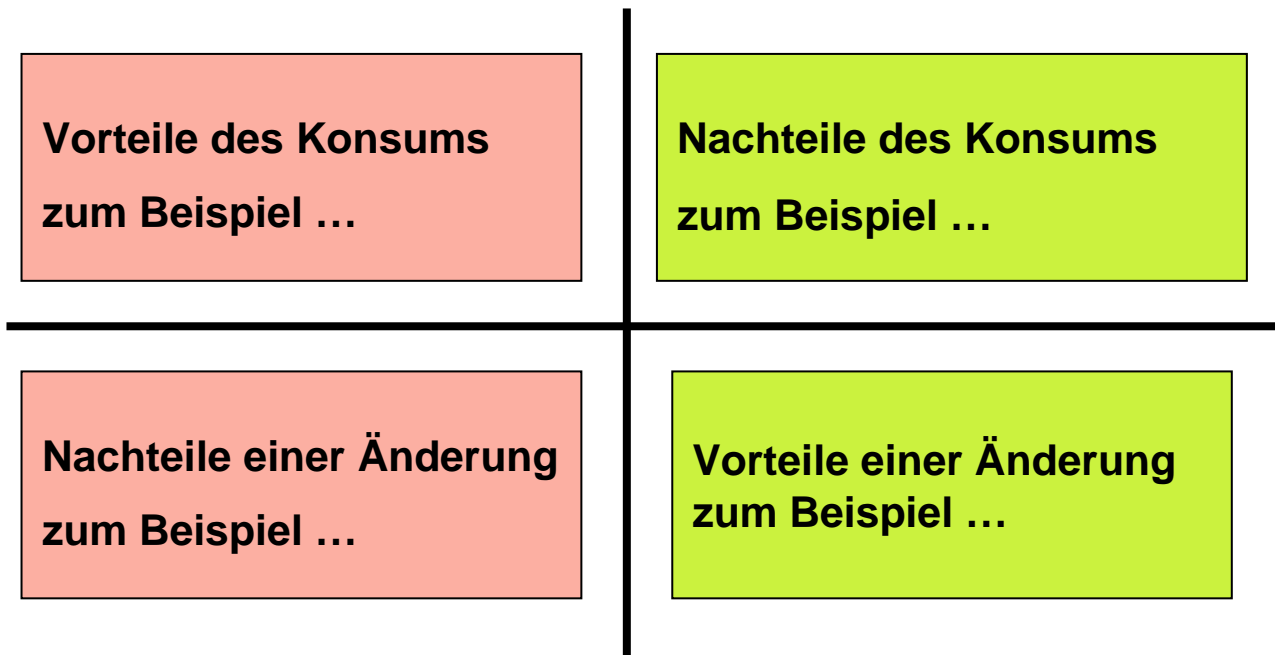


Tabelle zur Entscheidungswaage (Miller & Rollnick, 2004, Seite 34):

(Achtung: Gründe, die für eine abstinenten Lebensweise sprechen oder für ein Weiter konsumieren, sollten sich möglichst an dem Erleben, also der Emotionalität ausrichten! Kein kognitiver Diskurs über die Vor- und Nachteile von Sucht!!!)

Weiter konsumieren		abstinenten Lebensweise	
Vorteile	Nachteile	Vorteile	Nachteile
<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung • Euphorisieren • Ritual, Statussymbol soz. Szenen • Kompetenzerleben oder -steigerung <p>etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frustrationen von Grundbedürfnissen • Körperliche Schädigung • Verlust von Status, Beziehungen • Verlust der Steuerungsfähigkeit <p>etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ressourcen • körperliche Gesundheit • Selbstsicherheit • Legalität • „Klaren Blick für die Realität“ <p>etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Spaß • Verlust der soz. Szene oder des soz. Status • fortlaufende Kog. Kontrolle • Identität? <p>etc.</p>

Ambivalenz und Konflikte zwischen Motiven:

Thesen (Sachse, 2011, Grawe, 1998)

- Keine Entscheidung ohne Kosten
- Kein Veränderungsprozess ohne „Kosten“
- Mit jedem Veränderungsprozess geht eine **Annäherungs-** und **Vermeidungstendenz** einher. Deshalb kein Veränderungsprozess ohne Ambivalenz.
 - > **Annäherungstendenz T_A :** Σ Änderungsmotiven (Symptome loszuwerden, Kosten zu verringern; Kontrolle über die Probleme etc.)
 - > **Vermeidungstendenz T_V :** Σ Ängste, Antriebslosigkeit, Symptome werden genossen etc. und manifestiert sich in „Sabotage“).
- **Konfliktpunkt $T_A = T_V$:** Ambivalenz wird explizit darstellbar. Dollard und Miller (1950) Ambivalenz-Konflikt oder Annäherungs-Vermeidungskonflikt

1. Übung

- Paarinterview über Konsummuster:
- Reflektieren Sie eigene Konsummuster und explorieren Sie die Konsummuster bei Ihrem/-r Partner/-in, auf der Grundlage der Ambivalenzproblematik und Klären Sie fördernde versus begrenzende Merkmale des Konsums.



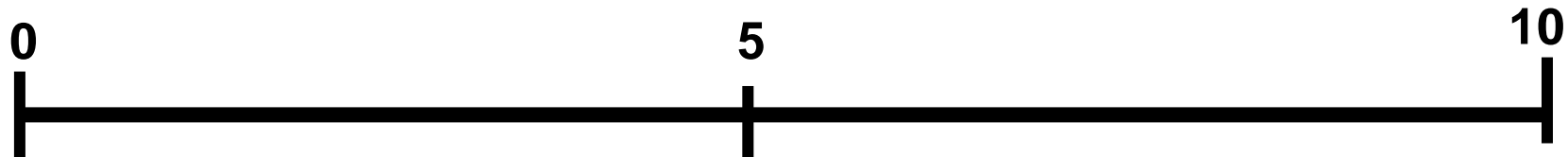
Street Art Lissabon



Methoden und Interventionen zur Motivationsarbeit (Change-Talk):

- **Wichtigkeitsrating**, Skalierungsübungen und Aufgaben
- **Vier Felder-Entscheidungsmatrix**
- „**Stühlearbeit**“, (Young, dtsh. 2004, Roediger 2008)
„**Einpersonenrollenspiel**“, EPR (Rainer Sachse, 2006, 2011,
„**emotionsfokussierte Psychotherapie** (Greenberg, 2002)
- **Interventionen:**
 - > offene Fragen,
 - > sokratischer Dialog,
 - > zirkuläres Fragen
 - > Reframing, Umattribution, Realitätsvalidierung

Wichtigkeitsrating, Skalierungsübungen und Aufgaben



Durchführungshinweis: Gefahr einer ausschließlich kognitiven Bearbeitung. Aber wesentlich ist eine emotionale Fokussierung und Erlebnisorientierung.

Interventionsbeispiele:

Klärung

- Was halten Sie im Moment von einer Veränderung, hin zur Abstinenz?
- Wenn „0“ für „nicht wichtig“ stünde und „10“ für „sehr wichtig“, welchen Wert würden Sie sich selber im Moment geben?
- Was gab den Ausschlag, dass Sie diesen Wert gewählt haben und nicht einen tieferen?

Veränderung

- Was müsste geschehen, damit Ihr Wert auf der Skala um eine Position ansteigen würde?
- Nach der Therapie, auf welcher Position würden Sie sich dann befinden?

- 
-
- **„Stühlearbeit“, „Einpersonenrollenspiel“ (EPR)
„emotionsfokussierte Psychotherapie“**

Veränderungsmethode¹ zum Zweck,

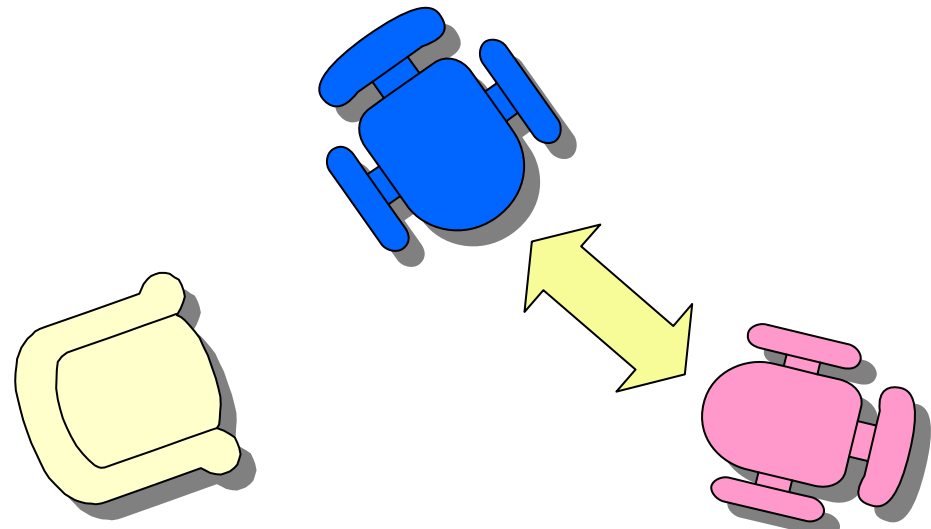
- erkennen dysfunktionaler Bewältigungsstrategien
- kognitive Umstrukturierung (Reframing)
- Schemata, Bedürfnisse zu differenzieren
- Ressourcen zu aktivieren
- Aufbau funktionaler Bewältigungsstrategien
- und diese konsequent durchzudenken, zu erleben
- und Aufbau von Veränderungsmotivation

1. Vereinzelt auch im Rahmen der Klärungsarbeit

- **Emotionsgenerierender Dialog des Patienten zwischen**
- **PSt. dys.** (Patientenstuhl) einerseits dysfunktionalen (symptombezogenen) Kognitionen/ Bewältigungsmodi und
- **PSt. funk.** (Therapeutenstuhl) andererseits funktionalen (lösungsorientierten) Kognitionen/Bewältigungsmodi

Therapeut: Moderiert den Dialog des Patienten, fasst zusammen und setzt ihn zweckgerichtet um.

„Patientenposition“, PSt. dysfunktional
dysfunktionale Anteile



„Therapeuten-Stuhl“

„Therapeutenstuhl“ PSt. funktional
funktionale Anteile

Zirkuläres Fragen (Triadisches Fragen)

- Frage- und Interventionstechnik, zum Anregen eines Perspektivenwechsels, („... sich in andere hineinversetzen zu können.“) Veränderung starrer Kommunikations- und Beziehungsmuster sowie Herstellung eines Realitätsbezugs.
- Prinzip des „offenen Tratschens“ oder des „um die Ecke Fragens“. Gegensatz zum linearen Fragen.
- Beispiele:
 - > „ (Name) wie hat der (Mitpatient X) die Situation erlebt und wie würde er diese beurteilen?“ (triadische Frage)
 - > „Was glaubst Du als Patient, wer den meisten Vorteil davon hat, wenn auf der Station alle ein Abstinenzgebot einhielten?“ (Klassifikationsfrage)
 - > „Was hat sich für wen und wie verändert, seit es hier auf der Station strickte unvorsehbare Drogenkontrolle gibt?“ (Wirklichkeitskonstruktion)
 - > „Nehmen wir an, Ihre Frau (oder eine andere nahe Bezugsperson) würde merken, dass Sie zwei Jahre nicht mehr konsumiert hätten. Was würde sich für die Beteiligten ändern?“ (Wunderfrage)

Sokratischer Dialog

- Charakteristisch ist ein fortlaufendes und **hypothesengeleitetes Fragen**, ohne bewusst dogmatisch oder appellativ Erklärungen zu geben.
- Der Patient soll quasi „klientenzentriert“ seine eigenen Einstellungen, Meinungen und Umgangsweisen reflektieren.
- Der Therapeut nimmt in der Therapeut – Patient – Beziehung eine scheinbar nicht – wissende, naiv - fragende und um ein Verständnis bemühte, sowie dem Patienten zugewandte und engagierte Haltung ein.
- Alte Sichtweisen, insbesondere dysfunktionale Einstellungen, negative Selbstüberzeugungen zu reflektieren und auf den Realitätsbezug hin zu überprüfen (Vorhandene Widersprüche und Inkongruenzen erkennen, „Realitätsprüfung“).
- Selbständig alternative und funktionale Strategien zur Problemlösung entwickeln.
- Selbständiges ressourcenorientiertes Denken und Handeln fördern.

Reframing, Umattribution, Realitätsvalidierung: u. a.

- > **Reframing** (positive Umbewertung eines Symptoms)
„Bis zur nächsten Sitzung machen Sie alles, was Sie in Ihrem Abstinenzverhalten fördert.“ (... dem entgegen, „konsumieren Sie nicht.“)
- > **Umattribution**: Differenzierung und Veränderung der Ursachenzuschreibung, veränderte Attribuierung (Konzept „Locus of Control, Rotter“ 50er/60er Jahre)
- > **Realitätsvalidierung**: Austesten von Kognitionen, Körpererleben, **Biofeedback**
- > Technik der **Entkatastrophisierung**: realistische Antizipation von Konsequenzen.
- > **Symptomverschreibung**: (hierbei Vorsicht!!!) Appelle oder Interventionen zum Zweck, den Bezug zum sozialen System zu klären, aufzudecken. Die Handlungskontrolle über die problematische Verhaltensweise (Modus) wieder zu erlangen. Annahme: Jedes Problemverhalten oder maladaptives Schema besitzt eine Funktion bezogen auf das soziale System.

Beziehungsgestaltung und Grundsätze der motivierenden Gesprächsführung

in der Phase

- > der Motivbildung,**
- > der Problemaktualisierung,**
- > der Ressourcenklärung**
- > und der Veränderungsarbeit.**

Motivierende Gesprächsführung nach W. R. Miller und Rollnick (Motivational Interviewing)

- 1983: Als Begriff von William R. Miller eingeführt. Danach Fachaufsätze
- 1991: 1. Auflage bei Guilford Press, N.Y. 1999 erste dtsh. Ausgabe
- 2002: Überarbeitete zweite Auflage (2004, dtsh.)

Psychotherapeutische Vision, der „*spirit*“:

Motivation wird als ein interaktiver Prozess in einer „helfenden, partnerschaftlichen Beziehung“ betrachtet (Miller & Rollnick, dtsh. 2004, 42, 53)

Der Therapeut soll beim Patienten selbstmotivierende Aussagen („change-talk“) hervorrufen und verstärken. Evokation: Veränderungspotentiale und Ressourcen sind beim Patienten vorhanden.

Change-talk sind Äußerungen des Patienten, mit denen er seine Fähigkeit, Bereitschaft, Gründe, Wünsche und eine Selbstverpflichtung für eine Veränderung zum Ausdruck bringt (ebda., 25). Autonomie des Patienten.



1. Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick

- **Behandlungsprinzip:** Wechsel zwischen aktivem Intervenieren und aufbauender Reflexion/Verantwortungsübernahme (Beschreibung nach E. Roediger): Analogie: Tango.

F Feedback: Dem Patienten persönliche Rückmeldung geben, heißt in dosierter Form, so dass er die Rückmeldung annehmen kann (vgl. Regeln zur Konfrontation).

R Responsibility: Fördernde Interventionen zur Verantwortungsübernahme (vgl. Mikro-, Makromotivation, Hausaufgaben, Beziehungsgestaltung).

A Advice: „Der Therapeut geht wieder rein:“ Erarbeiten von funktionalen Bewältigungsstrategien (... entgegen Dysfunktionalität, Suchtproblematik)

M Menu of Technique: Selbstentwicklung! Entwicklung von eigenen und damit „eigene Auswahl“ von funktionalen Lösungen.

E Express Empathy: „Wieder reingehen“: Erfolg aktiv verstärken und Empathie aktiv-emotional ausdrücken. Wie viel Dramatik?

S Support Self-efficacy: „Wieder rausgehen:“ Die Selbstwirksamkeit und Ressourcen fördern.

Grundeinstellungen (Haltung der Behandler):

- Therapeut-Patient-Beziehung ist gekennzeichnet durch die **drei Basisvariablen** der klass. GT nach Rogers.
 - > **Empathie:** Einführendes Verstehen in das Erleben des Klienten
 - > **Kongruenz:** Echtheit des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten
 - > **Akzeptanz:** Vorurteilsfreies Akzeptieren des Wertesystems des Klienten
- **konkretes Beziehungsverhalten:**
 - > Ruhiger, respektvoller Gesprächsstil ohne direktive Konfrontation! Der Patient soll einen Entwicklungsraum erhalten, um seine inneren Motive zu entfalten: „**Therapie als Wachstumsraum**“
 - > **Wahrnehmen der Motive** und inneren Einstellungen des Patienten um Möglichkeiten der Veränderung zu schaffen.
 - > **Widerstand** wird als eine Frage des Umgangs mit der Ambivalenz betrachtet.

1. Motivation zur Veränderung besteht aus **drei Komponenten**

(ebda., 27): (vgl. Rubikon-Modell)

- > **Absicht:** Faktor für die Qualität, wie energisch ein Patient eine Veränderung wirklich anstrebt.
- > **Fähigkeit:** Zuversicht für eine Veränderung.
- > **Bereitschaft** einem Ziel eine Priorität einzuräumen.

2. Motivierende Gesprächsführung in der Therapeut- Patient- Beziehung ist durch **vier Basisprinzipien** gekennzeichnet (ebda., 58)

1. **Empathie - dem Menschen gegenüber - ausdrücken**
2. **Diskrepanz entwickeln**
3. **Widerstand umkehren**
4. **Selbstwirksamkeit fördern**



1. Empathie ausdrücken

- Thesen von Miller & Rollnick (ebda. 59):
 - > Akzeptanz fördert Veränderung.
 - > Geschicktes aktives Zuhören ist unabdingbar.
 - > Ambivalenz ist normal.
- Verstehen was der Patient „meint“, im Gegensatz zu dem, was er „sagt“ und ihn hierin wertschätzen (vgl. Sprachtheorie Herrmann [1982] „Erschließen der propositionalen Basis“.)
- Therapeut-Patient-Beziehung emotional und authentisch gestalten
- soweit möglich.
- Komplementäre Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung zu den sozialen Grundbedürfnissen des Patienten.



I. Klärung wesentlicher sozialer Grundbedürfnisse, Inkongruenzen und Modus

These:

Motivationsarbeit und Motivklärung sind emotionsfokussiert und erlebnisbezogen, da das kognitive Geschehen durch affektive Prozesse in hohem Maße bestimmt wird (vgl. Kuhl, 1983). Deshalb erfolgt eine Motivation im therapeutischen Prozess über

1. die kongruente Gestaltung der wesentlichen Grundbedürfnisse in der Therapeut-Patient-Beziehung (Beziehungsausgestaltung; Selbstwerterhöhung; Kontrollerwartung, Unlustvermeidung u.a.)
2. langfristig eine Verringerung der Inkongruenz zwischen den Grundbedürfnissen und dem alltäglichen Erleben.

Konkrete emotionsfokussierte Arbeit!!!!

- > Explizierende Gesprächsführung
- > Imaginationsübung und Körpererleben fokussierende Techniken

1. Empathie ausdrücken: Interventionsbeispiele

- „Ich kann das gut verstehen, wenn Sie „einen Frust schieben“, weil Sie nicht das bekommen, was Sie sich wünschen.“ (Kontrolle)
- „Ich habe den Eindruck, dass Sie einfach nicht wieder scheitern wollen, wenn Sie hier an dieser Stelle vorhaben die Therapie abubrechen. Sie haben früher häufig die Erfahrung gemacht, rückfällig zu werden. Als Ihr Therapeut ist mir aber wichtig danach zu schauen, wie ein erneutes Scheitern verhindert werden kann.“ (Kontrolle)
- Trost zusprechen, was braucht der Patient? „Okay, ich verstehe, dass Sie das sehr geschmerzt hat [Sachverhalt]. Schauen Sie, was Ihnen gut täte?“ oder „... was brauchen Sie?“ (Fokussierung auf Grundbedürfnis)

2. Diskrepanz entwickeln

- These von Miller & Rollnick (ebda. 59):
 - > Der Patient soll die Argumente für eine Veränderung selber liefern.
 - > Eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gegenwärtigem Verhalten und persönlich wichtigen Werten und Zielen motiviert zu Veränderung.

→ Ressourcenorientierte & bestätigungsorientierte Interventionen

- „Ich merke gerade, dass Sie sich über Ihr Suchtverhalten ärgern. Das ist völlig okay, wenn Sie sich hier ärgern. Ich möchte genau wissen was Sie ärgert, was mit Ihnen los ist! ...[folgend] ... Wie können Sie erreichen, dass Sie den Ärger nicht wieder runterschlucken. Was täte Ihnen gut?“
- Schauen Sie sich mal die langfristigen Folgen Ihres Konsums an: Sind Sie damit zufrieden? [Sokratischer Dialog: Kosten und negative Folgen konkret aufführen. „Bein-in-dieTür-Technik“]
- Emotionaler Positionswechsel: Patienten aufstehen lassen und aus einer externen Position auf sich schauen lassen: „Schauen Sie mal wie [Vor]-name da sitzt: Was würden Sie ihm empfehlen, wenn es Ihr bester Freund oder Ihr Sohn wäre?“

3. Widerstand umkehren

- These von Miller & Rollnick (ebda., 62):
 - > Nicht für eine Veränderung argumentieren.
 - > Widerstand nicht direkt begegnen.
 - > Neue Perspektiven hervorrufen. „Widerstand“ ist ein Signal die therapeutische Methode zu ändern.
 - > Der Patient ist derjenige, der Antworten und Lösungen bereithält.

Interventionsbeispiele:

- **(Ambivalenz als Therapeut deutlich machen):** „Ein Teil von mir möchte Sie erleichtern und ich denke, dass es für Sie sehr hart ist, sich Ihrer Suchtproblematik zu nähern und zu stellen. Als Ihr Therapeut ist es mir aber wichtig, Sie zu bestätigen die Entwöhnungsbehandlung durchzustehen.“
- **(Psychologischer Judo [Jay Haley] oder Thai Chi Technik):** „Ja, vielleicht habe ich in der letzten Sitzung nicht richtig zugehört oder bin begriffsstutzig, das tut mir leid. Versuchen Sie doch noch einmal für mich zu erklären, was eigentlich in Ihnen los war, als ...“

4. Selbstwirksamkeit fördern

- These von Miller & Rollnick (ebda., 62):
 - > Die Selbsteinschätzung, sich verändern zu können, wird als wichtiger Motivator angesehen.
 - > Der Patient trägt die Verantwortung für die Umsetzung seines Veränderungsentschlusses.
 - > Die Ansicht des Therapeuten, dass der Patient eine Fähigkeit zur Veränderung besitzt, wird zur Selffulfilling Prophecy (vgl. Rosenthal-Effekt, u. a. 1992)

Interventionsbeispiele (auch ressourcenorientierte Strategien):

- „Schauen Sie mal, seit zwei Wochen sind Sie abstinent: Wie schaffen Sie es, sich zu kontrollieren? ... oder ... dem Suchtdruck standzuhalten?“
- „Zwischen 1989 und 1996 hatten Sie eine stabile abstinente Phase. Wie haben Sie dies geschafft?“



Strategien für den Behandlungsbeginn

(mit Bezug auf Miller & Rollnick, 2004, 98ff)

... und darüber hinaus.

Zu Beginn,

- offene Fragen stellen
- aktives Zuhören
- Bestätigung
- Zusammenfassen
- Change-Talk hervorrufen

... und darüber hinaus ... ergänzt

- Plausibilitätsfallen
- konfrontative Interventionen



Offene Fragen stellen

- Offene Fragen im Gegensatz zu geschlossene Fragen (Fragen, die mit Ja/Nein-Antworten zu beantworten sind), um möglichst wenig die Therapeut-Patient-Beziehung zu kontrollieren, den Patienten viel explorieren zu lassen und ins Verstehen der Person und Problematik rein zu kommen (vgl. „FRAME-Prinzip“ und „Sokratischer Dialog“)
- **Interventionen:**
 - > „Was hat Sie hier hingeführt?“ oder „Erzählen Sie mal, worum geht’s heute hier?“
 - > „Okay, ich verstehe jetzt was Ihnen Sorgen macht, erzählen Sie mir mehr hierüber. Ich möchte das noch besser verstehen:“
 - > „Wie können Sie es schaffen, die nächsten Tage abstinent zu bleiben?“

Aktives Zuhören

Miller und Rollnick, (ebda. 102) bezogen auf Gordon, 1997:

Zwölf Probleminterpretationen im Gespräch, die „Beziehungskredit“ kosten:

- Befehlen, anordnen, kommandieren
- Warnen, ermahnen, drohen
- Beraten, Lösungen geben, Vorschläge machen
- Vorhaltungen machen, belehren, logische Argumente anführen
- Zureden, moralisieren, predigen
- urteilen, kritisieren, widersprechen, beschuldigen
- loben, zustimmen
- Beschimpfen, lächerlich machen, beschämen
- Interpretieren, analysieren, diagnostizieren
- Beruhigen, mitleiden, trösten, unterstützen
- Forschen, fragen, verhören
- Zurückziehen, ablenken, aufheitern, zerstreuen.

... Grundlage: Non-direktive Gesprächsführung!!!

Change-Talk hervorrufen

- Interventionen, um die Nachteile des Status Quo erkennbar zu machen und die Vorteile einer Veränderung hervorzuheben:
 - > **Nachteile Status Quo**
 - > „Schauen Sie mal auf Ihre ‚Kosten‘, die der Konsum mit sich bringt: Was sind die Nachteile?“ „Ich war mir gar nicht bewusst...“
 - > **Vorteile einer Veränderung**
 - > „Wenn Sie die Therapie jetzt hier beginnen, wo bestünde für Sie hierbei ein Vorteil?“ (Konkretisieren, emotionalisieren) „Schauen Sie mal darauf, was das für Beziehung zu Ihren Kindern bedeutet? Wie würden dann Ihre Kinder Sie im Gegensatz zu heute erleben?“
 - > **Zuversicht einer Veränderung**
 - > „Schauen Sie die Abstinenzphase an, die Sie damals geschafft haben:“
 - > **Verstärken einer Veränderungsabsicht**
 - > Aus Sicht des Therapeuten ist es wichtig, dass Sie über ein Aufhören nachdenken.

Bestätigung

- Verstärkung von Verhaltensweisen, die eine Veränderungsmotivation signalisieren. Wesentlich, da die Patienten häufig dysfunktionale, kognitive Schemata (im Sinne der kog.-VT) ausgebildet haben und negative Selbstmerkmale und Situationsaspekte fokussieren.
- **Interventionen (Beispiele)**
 - > „Prima, wenn Sie es geschafft haben...“
 - > „Ich habe den Eindruck, Sie können sich wirklich prima sprachlich ausdrücken.“
- **weitere Methoden:**
 - > Rituale nach einer bewältigten/erfolgreichen Phase
 - > Zikuläres Fragen

Zusammenfassen

- Den Aufmerksamkeitsfokus noch einmal auf die geklärten Problemaspekte lenken und zusammenfassen, verknüpfen. Hierbei den Patienten auf meta-kognitiv das Erreichte bewerten lassen.
- **Interventionen**
 - > „So, jetzt sind wir am Ende der Sitzung angelangt: Was nehmen Sie aus der heutigen Stunde mit? Worüber lohnt es noch einmal nachzudenken?“
(Ritualisiert nach jeder Sitzung)
 - > „Haben Sie etwas wichtiges ausgelassen?“

2. Übung

- Kleingruppenübung, mit drei/vier Teilnehmern/-innen
- Praktizieren Sie einen Change-Talk, ein Rollenspiel auf der Grundlage der oben aufgeführten Methoden und Interventionen.
- Benützen Sie dabei entweder die Fallvorlage im Anhang oder einen eigenen Fall.



Street Art Lissabon



2. Praktionale Phase: Volitionsphase der Entscheidungsbildung

Wie erfolgt eine Entscheidungsbildung?

Wie können Patienten in ihrem Entschluss stabilisiert werden?



2. Präktionale Phase: Volitionsphase der Entscheidungsbildung

- **Phase einer Zustandsveränderung** vom Motivations-, in den Entscheidungszustand

„ich wünsche mir“
„ich möchte“
„ich strebe an“



„ich will, bin entschlossen“
„ich habe eine Vorstellung
der Konsequenzen“

- **Stärke der Entscheidungsbildung** Intervall (mit Bezug auf Sachse, 2011):
Pseudo-Entscheidung

„Ich könnte etwas verändern“
Vorsatzbildung, aber keine
Entscheidung für eine
Alternative. Entscheidung
auf der Ebene von „Silverster-
vorsätzen“ (Kuhl, 1983)



Echten Entscheidung

„Ich will eine Veränderung“
„Ich nehme auch die Kosten,
Nachteile einer Veränderung
in Kauf und schirme die
Entscheidung anderen
Möglichkeiten gegenüber ab.“

- Entscheidend für eine möglichst „starke“ Entscheidungsbildung ist eine Klärung der Motive, Grundbedürfnisse auf der Makroebene (Frage: Warum Therapie?).
Explizierung!!!!



3. Präaktionale Phase: Volitionsphase der Entscheidungsbildung

Therapeutisches Vorgehen bei Schwierigkeiten bei der Entscheidungsbildung

- **Geringe oder ungeklärte Motive:**
 - die „Symptomkosten“ werden als zu gering eingeschätzt, um eine tatsächliche Veränderungsentschlossenheit auszubilden.
 - Kosten deutlich machen
 - Grundbedürfnisse verdeutlichen und klären
 - Ambivalenz herausstellen und klären.
- **Probleme bei der Erarbeitung von Motiven:**
 - Keine oder nur geringe Introspektionsfähigkeit
 - ausgesprägte Vermeidungsmotive (im Sinne von Grawe, 1998)
 - dysfunktionale kognitive Schemata: Bagatellisierungsstrategie, polarisiertes Denken. etc.
- **Konflikt zwischen Motiven: Ambivalenzen**
 - Die einzelnen Konfliktanteile klären, herausstellen und Entscheidung herbeiführen. → Problem: Ambivalenzen

Modelle zur Erklärung von motivationalen Prozessen

Erwartung –mal-Wert-Modelle (Übersicht: Heckhausen, 1989)

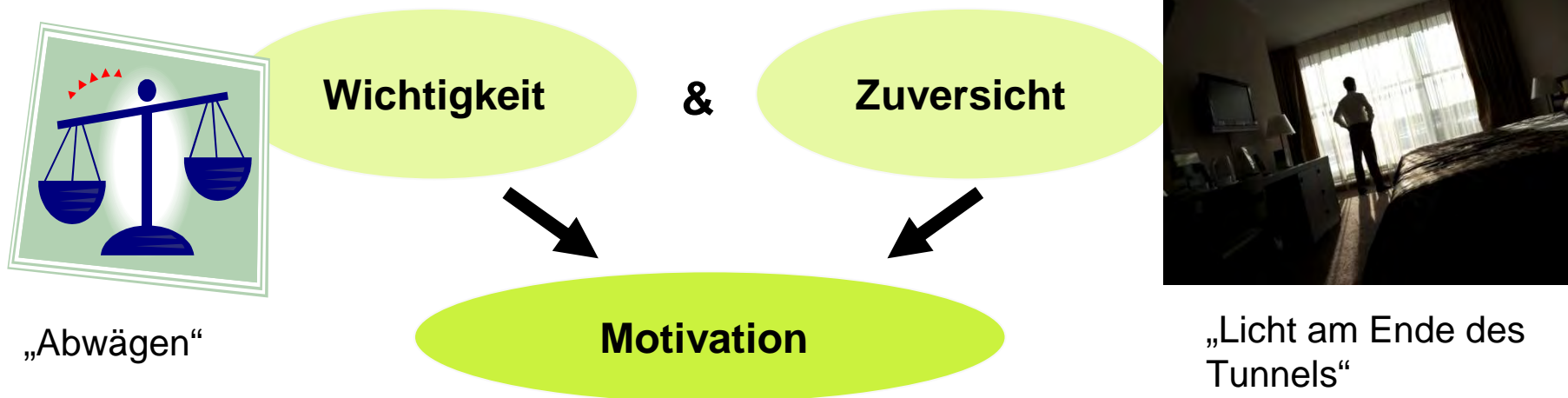
- Die Motivation, ein bestimmtes Therapieziel erreichen zu wollen, ergibt sich aus der Höhe der persönlichen Bedeutung (Valenz) dieses Ziels und der Beurteilung der Höhe der Erfolgswahrscheinlichkeit dieses Ziel zu erreichen.

$$\mathbf{M(otivation) = V(alenz) \times W(ahrscheinlichkeit)}$$

(Motivation = Wichtigkeit X Zuversicht)



Motivational betrachtet kann eine hohe persönliche Bedeutung eines Ziels eine geringe Erfolgswahrscheinlichkeiten ausgleichen.





Selbstwirksamkeitserwartung und Locus of control (Bandura, 1986; Rotter, 1954)

- Konzept: „**Locus of Control**“ (LoC, Rotter) Attribution von Erfolg/Misserfolg auf internale versus externale Ursachen: These: internale, variable und kontrollierbare Ursachenzuschreibung erhöht die eigene Effizienzerwartung beim nächsten Mal weiterhin erfolgreich zu sein (Weiner, 1986).
- **Selbstwirksamkeitserwartung** (SWE): Annahmen einer Person über ihre Potentiale und Ressourcen, um zielführend Handlungen auszuführen, damit die antizipierten Ziele erreicht werden (Bandura, 1986).

Umgang mit einer Ambivalenz und Insuffizienzerwartungen

- **1. Problem:** Der Patient nimmt eine externale Ursachenzuschreibung (**LoC**) für einen Behandlungserfolg vor oder geringe Selbsteffizienzerwartung (SWE).
 - > Wenn LoC external ist → internal-attribuierte Erfolgserfahrung aufbauen.
 - > Wenn SEW gering ist → Selbsteffizienz aufbauen.
Methoden: Ressourcenorientierte Methoden, Interventionen, kog. Umstrukturierung
- **2. Problem:** Der Patient verdeutlicht ein hin- und hergerissen sein, eine Ambivalenz (Annäherung und Vermeidung) in die Therapie einzusteigen oder nicht.
 - > Ambivalenzpole verdeutlichen! „Kosten“ der jeweiligen Position erlebbar machen.
Methoden: Klärungsarbeit der Motive. „Kosten“ verdeutlichen; ggf. paradoxe Intervention.
- **3. Problem:** Der Patient begann eine Behandlung, jedoch stellt sich die Entscheidung als eine Pseudo-Entscheidung dar.
 - > Deutlich machen, dass der Patient „noch“ nicht wirklich entschlossen ist, eine Veränderung vorzunehmen („Was will er eigentlich?“).
 - > Therapeutisch hinwirken, dass er eine tatsächlich „echte“ Entscheidung trifft.
Methoden: wie Pkt 2.: Erlebnisorientierte-emotionsfokussierte Methoden, „Stühlearbeit“

Plausibilitätsfallen (vgl. Ellis, Rational-Emotionale Therapie RET)

- „Besucher“ weisen vor allem zu Beginn einer Behandlung häufig Überzeugungen hinsichtlich ihrer Person, der Problematik und generell ihrer Lebenszufriedenheit auf, die den Aufbau einer Veränderungsmotivation erschweren und die dysfunktionalen Bewältigungsmodi (→ Symptome) stabilisieren. Beispiele:
 - > „Trösten Sie mich nicht. Das ist Mitleid! Bin dann ein kleines Kind. Schonen Sie mich nicht. Ich will stark sein.“
 - > „Klar habe ich Abends zwei, drei Bier getrunken. Deshalb bin ich aber noch kein Alkoholiker. Die Diagnose nach der letzten Entgiftung ist gelogen.“
- **Interventionen** (→ Kongruenz zu den Grundbedürfnissen ausdrücken)
 - > „Ich kann verstehen, wenn Sie stark sein wollen. Als Therapeut ist mir aber wichtig, Ihnen hier in der Behandlung Raum für Ihre verletzten Gefühle und Bedürfnisse zu geben, die jeder Mensch hat.“
 - > Konfrontationen des Ambivalenz-Erlebens/der Symptomatik als Hypothese oder als Frage formulieren: „ Mir erscheint... „ oder noch vorsichtiger „Korrigieren Sie mich, wenn ich mich irre *Ich möchte Ihnen ja gerne glauben, dass Sie Aber mein Wissen sagt mir, dass Ihre geröteten Augen dafür sprechen, dass Sie am Wochenende getrunken haben.*“

Konfrontative Interventionen

- **Konfrontation:**

- > **Empathische Konfrontation** („Nachbeelterung“, Young, 2005)
- > Achtung! Konfrontationen **„buchen“** Beziehungskredit! (Sachse, 2010, 129)
- > Unterteilung: **„harte“** und **„weiche“ Konfrontationen**
- > Formel: So hart wie möglich und so weich wie nötig!

- **„Härtestufen“ von Konfrontation** (Sachse, 2010, 129)

1. Konfrontation mit den „Kosten“, Nachteile seines Konsums (Achtung: Abhängigkeitsproblematik!!). Die Nachteile seines dysfunktionalen Bewältigungsmodi benennen.
2. „Kosten“ relevant machen (Den Klienten auf die Inkongruenz aufmerksam machen, die zwischen seinen [authentischen] Bedürfnissen und seiner dysfunktionalen Bewältigungsmodi bestehen.)
3. Klient verursacht „Kosten“ (Intervention, die auf eine internale Attribuierung der „Kosten“ abzielt. Vorraussetzung für Veränderung)
4. Konfrontation mit den dysfunktionalen Modi, der Spielstruktur (mit Imageaspekten und Appellen)



3. Volitionsphase der Handlungsrealisierung

Transtheoretisches Modell nach Di Clementi, Prochaska, Norcross (1992)

1. **Absichtslosigkeit**
Precontemplation
2. **Absichtsbildung**
Contemplation
3. **Vorbereitung**
Preparation
4. **Aktion/Handlung**
Action
5. **Aufrechterhaltung**
Maintenance
6. **Stabilisierung**
Termination





Transtheoretisches Modell:

1. Absichtslosigkeit (Precontemplation):

- > Eingeschränktes/fehlendes Problembewusstsein
- > Keine oder nur eine geringe Absicht das Problem zu verändern.
- > Die Wahrnehmung des Problems wird vermieden
- > Behandlungsmotivation gering und wenn überhaupt dann extrinsisch.

2. Absichtsbildung (Contemplation)

- > Nachdenklichkeit: die Nachteile („die Kosten“) werden bewusst.
- > Probleme werden als solche erkannt, aber noch keine Veränderungsmotivation
- > Ambivalenz: Abwägen von Vor- und Nachteilen, Inkongruenz

3. Vorbereitung (Preparation)

- > Nachdenklichkeit: Entschlussbildung, das Verhalten zu verändern steht kurz bevor.
- > Veränderungsmotivation ist gebildet und noch ohne intentionale Stärke.



Transtheoretisches Modell:

4. Aktion/Handlung (Action)

- > **Handlung:** aktive Einstellung zur Verhaltensveränderung
- > **Veränderung der Problembewältigung:** Reduzierung von vermeidenden, dysfunktionalen Verhaltensweisen und Erlernen eines funktionalen Copings
- > **Ressourcenaktivierung**
- > Erkennen erster positiver Veränderungen des Problemverhaltens

5. Aufrechterhaltung (Maintenance)

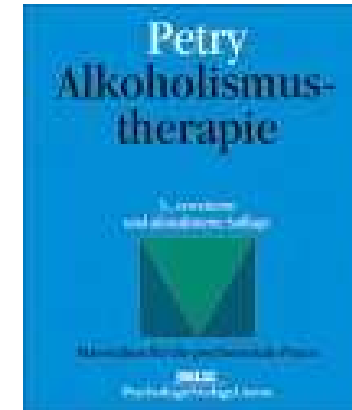
- > Aufrechterhalten gezielter Veränderungen
- > Stabilisierung eines funktionalen Copings
- > Zunehmende größere Motivation Rückfälle zu verhindern.

6. Stabilisierung (Termination)

- > Zunehmende Stabilisierung und der damit verbundenen Bewältigungsstrategien

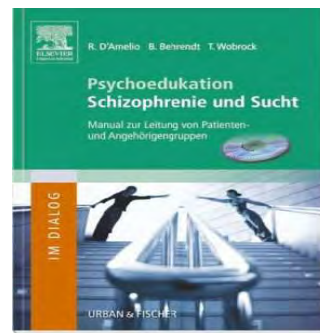
Transtheoretisches Modell als Stadienmodell zur Erklärung des Rückfalls:





Behandlungskonzepte zur Behandlung einer Suchtproblematik sowie komorbide Störungsaspekte (Auswahl)

0. Rückfallprophylaxe Training (RPT, Klos und Görger, 2009)
1. Dual Focus Schema Therapie (DFST, Ball Samuel Ball, 1998, 2004)
2. Psychotherapie bei ADHS im Erwachsenenalter (Hesslinger et al., 2004)
3. Schizophrenie und Sucht



**4. Motivationsphase durch Rückbezug:
Reflexion des Erreichten**



4. Motivationsphase durch Rückbezug: Reflexion des Erreichten

- **Rückbezug** meint eine Reflexionsschleife mit einem meta-kognitiven Bewertungsprozess über die (Be)-handlungsphase. Ziel meta-kognitive Steuerung anregen.
 - > Nach einer Sitzung: „Was nehmen Sie aus der heutigen Sitzung mit?“ oder „Was war in der heutigen Sitzung wichtig, wo es sich lohnt im Anschluss noch einmal drüber nachzudenken?“
 - > Nach einer Behandlung: „Was haben Sie in den letzten Monaten an Stabilität erreicht?“ oder „Wie schaffen Sie es abstinent zu bleiben?“, auf veränderte Problembewältigungsstrategien fokussieren.
 - > Nach einem Rückfall oder einer Krisenbewältigung: Aufarbeitung der Krisenproblematik
 - > Benennen von stabilisierende Faktoren
 - > Benennen von Krisenfaktoren zur Stabilisierung.
 - > Bei Ambivalenz: Ambivalenz explizieren.

Literatur und Internet



- **Altmannsberger, W.**, Jatzlau, N., Klein-Isberner, T. Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. 2004, Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- **Ball, S. A.**, Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addict Behavior*; 1998, 23(6): 883-91.
- **D'Amelio, R.**, Behrendt, B., Wobrock, T. Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. 2007, Zürich. Urban & Fischer-Verlag.
- **Gordon, T.**, Patientenkonferenz, dtsh. Aufl. 1997, Hoffmann & Campe-Verlag.
- **Heckhausen, H.** Motivation und Handeln, 2. Aufl. 1989, Berlin, Springer-Verlag.
- **Hesslinger, B.** Philipsen, A., Richter, H. Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. 2004, Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- **Klos, H.**, Görgen, W. Rückfallprophylaxe Training. 2009, Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- **Miller, W. R.**; Rollnick, S. Motivierende Gesprächsführung. 2004, Freiburg, Lambertus – Verlag.

-
- **Prochaska**, J. Noscross, J. Di Clemente, C. Jetzt fange ich neu an. 1997 München, Knaur-Verlag.
 - **Sachse**, R. , Thomas, L., Sachse, M. Klienten motivieren. 2012
 - **Sachse**, R. Sachse, M. Fasbender, J. Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen, 2010, Göttingen, Hogrefe-Verlag.

Internetadressen:

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.: <http://www.dhs.de>
- Bibliothek der DHS, dort kann man online recherchieren und auch ausleihen: <http://www.dhs.de/web/bibliothek/index.php>
- Viele Aufsätze und Folien zur Behandlung: Sucht, Methoden und Persönlichkeitstörung Rainer Sachse: <http://ipp-Bochum.de>

Referent: Kontaktdaten

Udo Raum (Psychologischer Psychotherapeut, Supervision, Wuppertal)

Webseite: www.psychotherapie-raum.de

E-Mail: udo.raum@rub.de